

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

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

ТОМЪ II.
ОКТАБРЬ.
1902 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1902.

Доволено цензурою. Г. Казань, 22 декабря 1902 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Цѣлебныя и вредоносныя силы свѣта *).

В. Бургсдорфа.

М.л. Т.г.!

Минувшій XIX вѣкъ, явившій столько примѣровъ торжества генія человѣка на пути прогресса во всѣхъ областяхъ нашихъ знаній, ознаменованъ особо поступательнымъ движеніемъ также и медицинскихъ наукъ. Поднявъ завѣсу таинственности надъ многими біологическими и патологическими явленіями, представлявшими, казалось, вѣчной загадкой для нашего ума, этотъ вѣкъ даровалъ человѣчеству рядъ средствъ самозащиты и борьбы съ тѣми многочисленными врагами, которымъ оно вѣками приносило безчисленныя жертвы.

Подобныя успѣхи въ борьбѣ за здоровье и жизнь выпали въ минувшемъ столѣтіи одинаково какъ на долю хирургіи, такъ и терапіи, и лишь въ видѣ исключенія эти успѣхи зависѣли отъ случайныхъ обстоятельствъ. Такъ, если изобрѣтеніе хлороформа и его примѣненіе было въ полномъ смыслѣ *inventum novum*, то истинная гордость современной медицины—серотерапія въ примѣненіи ея къ такимъ грознымъ бичамъ человѣчества, какъ дифтеритъ, холера, чума и проч.—отнюдь не подсказана эмпиріей, а явилась заключительнымъ звеномъ въ цѣлой цѣпи логически связанныхъ положеній, обусловленныхъ открытіемъ и изученіемъ невѣдомаго дотолѣ міра живыхъ существъ, доступныхъ лишь наблюденію вооруженнаго микроскопомъ глаза, т. е. обязано успѣхамъ бактериологіи.

Но обогащеніе арсенала врачебныхъ средствъ, шедшее параллельно съ развитіемъ медицины, не всегда совершалось насчетъ средствъ и методовъ новыхъ. Исторія медицины прошедшаго сто-

*) Рѣчь, читанная въ годичномъ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 1-го Октября 1902 г.

лѣтія свидѣтельствуемъ намъ тотъ фактъ, что рядомъ съ вновь установленными замѣчательными принципами лѣченія и введеніемъ ряда цѣнныхъ медикаментовъ, появляется въ терапіи новое направленіе, стремленіе утилизировать въ интересахъ здоровья силы самой природы, стремленіе воспользоваться тѣми естественными агентами, которые, какъ воздухъ, вода и свѣтъ, были вѣчными спутниками жизни и цѣлебное значеніе которыхъ гораздо больше цѣнилось въ глубокой древности.

Такъ, свѣтъ солнца, которое и до сихъ поръ боготворится нѣкоторыми первобытными народностями, считался высшимъ даромъ небесъ. Для древнихъ египтянъ солнце было священнымъ. Бальдуръ,—это олицетвореніе высшей чистоты и священнаго величія древне-германской мифологіи,—почитался богомъ свѣта. У грековъ Прометей похищаетъ огонь съ неба и приноситъ его человѣчеству, какъ одинъ изъ высшихъ божественныхъ даровъ, озаряющихъ свѣтомъ вселенную. Вѣра въ полезное дѣйствіе солнечнаго свѣта у грековъ настолько была глубока, что выставленіе дѣйствію лучей его обнаженнаго и натертаго мазиами тѣла было у нихъ распространеннымъ діететическимъ приемомъ.

У римлянъ, какъ видно изъ свидѣтельствъ Плинія второго, а также Цицерона, пользованіе солнечными лучами, такъ называемое „heliosis“, было общепринятымъ и совершалось или на плоскихъ крышахъ ихъ домовъ или же въ специальныхъ домовыхъ пристройкахъ—„solarium“, гдѣ они возлежали или прогуливались на солнцѣ. Исторически извѣстный Діогенъ такъ ревностно цѣнилъ цѣлебныя свойства солнца, что однажды, принимая солнечную ванну, обратился съ просьбой къ Александру Великому, чтобы этотъ въ знакъ особой милости, не заслонялъ ему солнечныхъ лучей.

По указанію Орибазія, Геродотъ пользовался свѣтомъ не только въ цѣляхъ гигиеническихъ, но и лѣчебныхъ, для укрѣпленія ослабленной мускулатуры и ея развитія, причемъ иногда комбинировалъ солнечную ванну съ песочной. Антиллъ, по заявленію Аэція, трактуемъ о дѣйствіи солнечныхъ ваннъ болѣе подробно и приписываетъ имъ повышеніе транспираціи, вызваніе пота, укрѣпленіе мускулатуры, уничтоженіе водяночныхъ скопленій и отложеній жира, а также задержку увеличенія тѣла; онъ же отмѣчаетъ ускореніе дыханія подъ вліяніемъ солнечныхъ ваннъ и пользу послѣднихъ при умственномъ утомленіи. Самая процедура солнечнаго лѣченія производилась такимъ образомъ, что больные съ укутанной въ полотно головою ложились на пропитанной масломъ кожѣ и, мѣняя здѣсь свое положеніе, подвергались дѣйствію солнечныхъ лучей. Такое лѣченіе производилось Геродотомъ и Антиломъ при elephantiasis, а Целіемъ Аврелианомъ при различныхъ

кахексіяхъ, при ожирѣніи, при артритѣ, anasarca, fluor albus, страданіяхъ пузыря, коликахъ, желтухѣ и pithiriasis. По указанію А. К. Цельса, благотворное дѣйствіе солнечныхъ ваннъ сказывалось при страданіяхъ нервной системы, параличахъ, гипохондріи, истеріи, а также при нѣкоторыхъ конституціональныхъ заболѣваніяхъ дѣтскаго возраста. Помимо сочетаній солнечныхъ ваннъ съ песочными, у римлянъ производилось соединеніе первыхъ и съ водяными ваннами.

Всѣ эти довольно отрывочныя данныя о примѣненіи свѣта въ древней медицинѣ съ гигиеническими и лѣчебными цѣлями канули затѣмъ, съ паденіемъ древней культуры и воцареніемъ схоластическаго направленія, въ Лету почти полнаго забвенія и въ теченіе чуть ни двухъ тысячелѣтій свѣтъ былъ исключенъ изъ списка важныхъ цѣлебныхъ агентовъ.

Лишь въ началѣ XIX столѣтія примѣненіе свѣта въ медицинѣ съ лѣчебными цѣлями вновь появляется на сценѣ и въ лицѣ Löbel'я, Hufeland'a, Rosenbaum'a, Schreber'a, Bert'a, находитъ себѣ первыхъ пионеровъ. Однако и эти изслѣдователи въ своихъ назначеніяхъ свѣтовой терапіи дѣйствовали вначалѣ болѣе или менѣе эмпирически, подражая древнимъ. Такъ, Löbel рекомендуетъ солнечное лѣченіе при различныхъ дискразіяхъ и конституціональныхъ аномаліяхъ, при насморкѣ, отравленіи ртутью, причемъ, слѣдуя совѣту древнихъ, примѣняетъ это лѣченіе лишь въ безвѣтряные дни, не въ голодномъ состояніи и не тотчасъ послѣ обильной ѣды. Hufeland въ своей макробиотикѣ училъ, что „вода, теплота и свѣтъ суть небесныя дары и охранители всего живущаго. На первомъ планѣ изъ нихъ стоитъ свѣтъ, этотъ безпорно ближайшій другъ жизни, для которой значеніе его несравненно существеннѣе, чѣмъ принято думать Жизненное благоденствіе всякаго существа, по мнѣнію Hufeland'a, тѣмъ выше, чѣмъ больше происходитъ пользование свѣтомъ“. Такъ какъ причину рахита и золотухи Hufeland видѣлъ въ голоданіи свѣтомъ и воздухомъ, то лѣченіе свѣтомъ въ такихъ случаяхъ считалъ вполнѣ показаннымъ. По Schreber'у, примѣненіе свѣта показано преимущественно въ дѣтскомъ возрастѣ и особенно при различныхъ формахъ недоразвитія и вообще ослабленія питанія, соединеннаго съ блѣдностью кожныхъ покрововъ.

Въ серединѣ XIX столѣтія Edwards'омъ, Moleschott'омъ, Pflüger'омъ, Picton'омъ, Charcot были предприняты первыя попытки освѣтить физиологическую роль свѣта, чѣмъ данъ былъ первый толчекъ къ примѣненію его въ терапіи на рациональныхъ, покоящихся на физическихъ данныхъ, началахъ.

Уже въ древности было извѣстно, что дѣйствіе свѣта на организмъ, какъ здороваго, такъ и больного человѣка, представляется

двойственнымъ и что слѣдуетъ отличать вліяніе свѣта въ тѣсномъ смыслѣ отъ вліянія его, какъ носителя тепловой энергіи. Исслѣдованія въ области физики свѣта, касающіяся свѣтовой дисперсіи и детальнаго изученія спектра, начавшіяся въ первой половинѣ XIX столѣтія, въ связи съ расширеніемъ всего ученія о свѣтѣ и открытіемъ новыхъ его источниковъ, какъ извѣстно, привело физиковъ къ установленію трехъ сортовъ лучей: тепловыхъ, свѣтовыхъ и химическихъ. Это ученіе о тройственномъ дѣйствіи свѣта было цѣлкомъ перенесено въ медицину и послужило фундаментомъ научной фототерапіи. Рядомъ многочисленныхъ работъ, относящихся ко второй половинѣ минувшаго столѣтія и принадлежащихъ Downes и Blunt'y, Black'y, Barlow'y, Walters'y, Widmark'y, Duclaux, Arloing'y, Serrano Faticati, Lubbert'y, Tindall'ю, Uffelmaun'y, Auerbach'y, Engelman'y, особенно же Niels R. Finsen'y, а у насъ Годневу, Ускову, Маклакову, Горбачевичу и др., работъ, направленныхъ къ болѣе или менѣе обстоятельному обслѣдованію біологическаго значенія этихъ трехъ видовъ свѣтовой энергіи, были добыты очень цѣнные и руководящіе факты, давшіе въ медицинѣ ключъ какъ къ уясненію многихъ фізіологическихъ явленій, такъ и къ уясненію сущности полезнаго дѣйствія свѣта и къ его осмысленному примѣненію въ терапіи. Конецъ же минувшаго вѣка, явивъ намъ многочисленныя фактическія доказательства разительныхъ успѣховъ фототерапіи при лѣченіи самыхъ разнообразныхъ патологическихъ формъ, приковалъ къ ней всеобщее вниманіе въ медицинѣ и утвердилъ за ней прочное и почетное мѣсто среди другихъ физическихъ методовъ лѣченія.

Въ настоящемъ своемъ видѣ, сообразно принципиальнымъ взглядамъ на цѣлебное дѣйствіе лучистой энергіи, употребленію того или другаго источника свѣта, устройству самыхъ свѣтолѣчебныхъ аппаратовъ и приспособленій, фототерапія распадается на рядъ отдѣльныхъ методовъ.

Среди этихъ методовъ, по оригинальности мысли и глубинѣ идеи, опирающейся на строго научныя физическія данныя, стоитъ безъ сомнѣнія на первомъ планѣ общепризнанный теперь методъ копенгагенскаго профессора N. Finsen'a.

Основываясь на точно установленной бактерицидной способности наиболѣе преломляемыхъ лучей правой половины спектра синнихъ, фіолетовыхъ и особенно ультра-фіолетовыхъ лучей, длина волнъ которыхъ отличается наименьшей величиною и которые еще недавно физики называли химическими, Finsen съ помощью остроумно конструированныхъ приборовъ сталъ примѣнять эти лучи при тѣхъ кожныхъ пораженіяхъ, въ основѣ которыхъ лежитъ развитіе микроорганизмовъ. Когда же оказалось, что лучамъ короткой волны присуще также свойство производить крайне важныя измѣ-

пеція въ самихъ тканяхъ, измѣненія, обуславливаюція инволюцію характерныхъ для извѣстныхъ кожныхъ заболѣваній патологическихъ продуктовъ,—кругъ примѣненія этихъ лучей еще болѣе расширился.

На практикѣ способъ Finsen'a примѣняется въ настоящее время въ двухъ основныхъ модификаціяхъ, смотря по тому, употребляется ли для лѣченія электрической свѣтъ вольтовой дуги или свѣтъ солнца. И въ томъ, и другомъ случаѣ дѣйствующіе химическіе лучи проводятся въ пораженное мѣсто въ ступенномъ состояніи и, насколько возможно, отфильтровываются отъ лучей лѣвой половины спектра—тепловыхъ лучей прежней терминологіи, наименѣе преломляемыхъ и обладающихъ наибольшей длиною волны. Замѣчательные успѣхи метода Finsen'a всего лучше видны изъ слѣдующихъ цифровыхъ данныхъ.

По отчету самого Finsen'a на XIII международномъ медицинскомъ конгрессѣ 1900 г. въ Парижѣ, изъ 553 случаевъ волчанки (*lupus vulgaris*), т. е. того заболѣванія, лѣченіе котораго еще такъ недавно составляло одно изъ самыхъ больныхъ мѣстъ дерматотерапіи,—въ 362 достигнуто полное излѣченіе съ прекраснымъ косметическимъ эффектомъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, несмотря на продолжительное послѣдующее наблюденіе, возврата болѣзни не оказалось. По заявленію Finsen'a на съѣздѣ дерматологовъ въ Бреславлѣ въ 1901 г., число волчаночныхъ больныхъ, закончившихъ совершенно свѣтовое лѣченіе, возросло уже до 456. На этомъ съѣздѣ были приведены итоги примѣненія свѣта въ *Lysinstitut*'ѣ Finsen'a при лѣченіи другихъ кожныхъ поражений. Такъ, изъ 44 случаевъ *lupus erythematoses* 14 окончилось выздоровленіемъ, а въ 15 достигнуто улучшение. При *alopescia areata* положительный результатъ лѣченія, въ смыслѣ полного излѣченія, достигнутъ въ 30 случаяхъ изъ 49. Въ 24 случаяхъ *epithelioma cutaneum* выздоровленіе послѣдовало у 11 больныхъ. Изъ 25 случаевъ *acne vulgaris* закончились излѣченіемъ 13 случаевъ. Кромѣ того, значительное уменьшеніе красноты отмѣчено въ 19 случаяхъ *naevus vascularis planus*, изъ которыхъ нѣкоторыя формы почти совершенно завершились выздоровленіемъ. Наконецъ, еще раньше Finsen въ своихъ „*Mitteilungen aus Finsens medicinske Lysinstitut in Kopenhagen 1901*," сообщилъ объ излѣченіи въ двухъ случаяхъ *tuberculosis cutis verrucosa*.

Такіе же блестящіе успѣхи лѣченія свѣтомъ волчанки по Finsen'у была достигнуты D-r Sabouraud (*Hôpital Saint-Louis, Paris*), D-r Sequeira (*London Hospital, London*), Prof. Lortet и Dr. Genaud (*Lyon*) D-r Malcolm Morris'омъ (*London*), D r. Leredde (*Paris*) и другими авторами, примѣнявшими этотъ способъ не только въ Европѣ, но и почти во всѣхъ остальныхъ странахъ свѣта.

На всѣхъ русскихъ станціяхъ, гдѣ примѣнялся методъ Fin-
sen'a, результаты лѣченія тоже вполне гармонируютъ съ таковыми
же свѣтового института Finsen'a. Такъ, проф. О. В. Петерсенъ,
подводя итоги почти двухгодичной работы на станціи свѣтолѣченія
при Институтѣ Экспериментальной медицины въ Петербургѣ, гово-
ривъ: „наши результаты за 1³/₄ года были также прекрасны, какъ
при волчанкѣ, такъ и въ одномъ случаѣ пендинской язвы. Резуль-
таты при начинающемся кожномъ ракѣ также были у насъ весьма
удовлетворительные“... и далѣе: „менѣе удовлетворительные были
результаты при *Lupus erythematoses*, что впрочемъ совпадаетъ съ
наблюдениями и Finsen'a“. По отчету Д-ра А. А. Глѣбовскаго на
последнемъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ (1902), касающемся
двухгодичной дѣятельности петербургской свѣтолѣчебной станціи
при академической клиникѣ проф. Н. А. Вельяминова, изъ 38
случаевъ *lupus vulgaris* въ 37 результаты получились благопріят-
ные. Также съ очень удовлетворительнымъ результатомъ было про-
ведено лѣченіе свѣтомъ въ 3-хъ случаяхъ *naevus vasculosus planus*.

На томъ же съѣздѣ мною сообщены были итоги лѣченія свѣ-
томъ по Finsen'у на казанской станціи, устроенной при дерматоло-
гической университетской клиникѣ проф. А. Г. Ге.

За первый годъ дѣятельности этой станціи свѣтъ примѣнялся
въ 40 случаяхъ волчанки, причемъ къ концу года въ трехъ слу-
чаяхъ было достигнуто излѣченіе, 14 больныхъ находились на
пути къ выздоровленію, а у 20 констатировано улучшеніе. Изъ
11 человекъ съ *lupus erythematoses* излѣченъ одинъ; трое выздо-
равливали, 5 были въ періодѣ улучшенія. Изъ 20 случаевъ *epi-
thelioma cutaneum* 4 находились на пути къ выздоровленію, а въ
11 случаяхъ получено улучшеніе.

По сообщеніямъ д-ра Забусова съ асхабадской и д-ра Шварца
съ ташкентской станціи весьма утѣшительные результаты методъ
Finsen'a далъ также и при столь распространенной въ тѣхъ мѣ-
стахъ пендинской язвѣ.

Въ описанномъ сейчасъ способѣ лѣченія свѣтомъ цѣлебное
дѣйствіе, какъ уже сказано, принадлежитъ концентрированнымъ
лучамъ короткой волны. Но есть рядъ болѣзненныхъ процессовъ
и процессовъ, какъ сейчасъ увидимъ, крайне серьезныхъ, гдѣ
благотворные результаты дѣйствія свѣта сказываются, напротивъ,
при примѣненіи лучей только лѣвой половины спектра и именно
красныхъ лучей. Способъ лѣченія этими лучами, такъ неудачно
описываемый многими авторами подъ названіемъ „негативной“
фототерапіи Finsen'a, состоитъ въ томъ, что больной помѣщается
въ комнату, окна и двери которой завѣшиваются красною, непро-
ницаемою для химическихъ лучей солнца матеріей, вслѣдствіе чего
доступъ этихъ лучей къ больному совершенно прекращается.

Разительный успѣхъ этого своеобразнаго примѣненія свѣта сказался съ особенной очевидностью прежде всего при лѣченіи оспы. D-r Lindholm и Swendsen были первыми, которые воспользовались этимъ методомъ въ 8 случаяхъ оспы у невакцинированныхъ дѣтей и притомъ съ отличными результатами. Всѣ ихъ больные изъ нѣсколько удлиненнаго везикулярнаго періода, избѣгнувъ нагноенія и связанной съ нимъ лихорадки, перешли въ періодъ выздоровленія и были такимъ образомъ избавлены отъ образованія безобразящихъ оспенныхъ рубцовъ. D-r Feilberg лѣчилъ такимъ же образомъ 11 оспенныхъ больныхъ и, не смотря на то, что нѣкоторые изъ этихъ случаевъ обѣщали очень тяжелое теченіе, ни въ одномъ изъ нихъ нагноительной лихорадки не было, и всѣ больные на 11—12-ый день болѣзни, при подсыханіи пузырьковъ, перешли въ выздоровленіе безъ послѣдующаго образованія рубцовъ. Объ изумительныхъ результатахъ такого лѣченія даже въ серьезныхъ случаяхъ оспы говорить, далѣе, Benkert; кромѣ того, одобрительный отзывъ о такомъ лѣченіи сдѣланъ Krohn'омъ, Day, Péronet, Abel'емъ Backman'омъ и др. Въ общемъ успѣхъ такого лѣченія оспы констатированъ не менѣе чѣмъ въ 150 случаяхъ. Что суть дѣла заключается здѣсь въ устраненіи вліянія лучей сильнаго преломленія, доказывается контрольными опытами. Такъ, Swendsen двумъ своимъ оспеннымъ больнымъ позволилъ выйти на дневной свѣтъ въ то время, когда оспенные пузырьки на лицѣ ихъ подсохли, а на тылѣ кистей рукъ еще существовали въ зрѣломъ состояніи. Въ результатѣ получилось то, что пузырьки тыла рукъ перешли въ нагноеніе, давъ характерные пустулы съ типическими затѣмъ оспенными рубцами; лицо же отъ пустулъ и оспенныхъ рябинъ осталось свободнымъ.

Помимо оспы, благотворное дѣйствіе краснаго свѣта многими авторами отмѣчено при кори и скарлатинѣ.

Такъ, Backmann въ сотняхъ случаяхъ кори и 5 случаяхъ скарлатины нашелъ ослабляющее вліяніе такого лѣченія на высыпь; продолжительность теченія болѣзни уменьшалась, осложненія отсутствовали. Такіе же лестные отзывы объ этомъ методѣ даетъ Birkerod на основаніи собственныхъ наблюденій двухъ скарлатинозныхъ больныхъ, гдѣ лихорадка, неподдававшаяся ни хинину, ни антипирину, ни антифебрину, уступила красному свѣту. Schüller провелъ въ красномъ свѣтѣ 26 случаевъ кори и 14 скарлатины и вынесъ впечатлѣніе, что свѣтъ этотъ дѣйствуетъ при названныхъ заболѣваніяхъ очень успокаивающимъ образомъ, уничтожающимъ зудъ и укорачивающимъ теченіе какъ сыпи, такъ и конъюнктивитовъ. Сюда же относятся аналогичныя наблюденія Schlui въ Тунисѣ, Thumann'a въ Копенгагенѣ и др.

Благотворное вліяніе краснаго свѣта констатировано далѣе, при рожѣ, гдѣ вмѣстѣ съ быстрымъ паденіемъ температуры, наблюдалось также быстрое исчезновеніе и красноты. Наконецъ Winternitz употреблялъ красный свѣтъ съ успѣхомъ при экземѣ.

Чтобы покончить съ методомъ Finsen'a, остается упомянуть, что въ свѣтовомъ институтѣ его, стяжавшемъ теперь всемірную извѣстность, съ успѣхомъ примѣняется лѣченіе и общими свѣтовыми ваннами, какъ солнечными, такъ и электрическими—вольтовой дуги, при различныхъ формахъ малокровія, также рассчитанныя на дѣйствіе химическихъ лучей, но безъ предварительной ихъ концентраціи.

Благопріятное дѣйствіе несгущенныхъ лучей вольтовой дуги было отмѣчено впоследствии и другими авторами (Эвальдъ, Козловскій) при мѣстномъ ихъ примѣненіи въ случаяхъ невралгій, невритовъ, острыхъ и хроническихъ формахъ ревматизма и мигрени.

Солнечныя ванны, ведущія свое происхожденіе отъ эмпирической фототерапіи древнихъ, въ срединѣ XIX вѣка. по почину Rikli, были снова введены въ употребленіе. Благотворный эффектъ ихъ примѣненія основывается частью на ихъ потогонномъ дѣйствіи, частью же на принимаемой усиленной возбудимости нервной системы и повышеніи общаго обмѣна веществъ. Въ виду этого онѣ находятъ себѣ иногда примѣненіе при болѣзняхъ, соединенныхъ съ аномаліями этого обмѣна: сахарномъ мочеизнуреніи, ожирѣніи, подагрѣ, ревматизмѣ, рахитѣ, блѣдной нѣмочи, а также гипохондріи.

Отъ специальныхъ солнечныхъ ваннъ должны быть отличаемы воздушно солнечныя ванны, гдѣ обнаженная поверхность тѣла подвергается дѣйствію непрямыхъ солнечныхъ лучей, а разсѣянныхъ,—методъ мало въ настоящее время распространенный и рассчитанный на закаленіе тѣла при наклонности къ простуднымъ заболѣваніямъ и укрѣпленіе нервной системы.

Съ изобрѣтеніемъ электрическихъ лампочекъ накаливанія, послѣднія вскорѣ стали тоже примѣняться въ медицинской практикѣ. Инициатива ихъ введенія въ терапію принадлежитъ Kellogg'у, американскому врачу, обладающему огромной санаторіей въ штатѣ Мичиганъ.

Съ его легкой руки пользованіе свѣтомъ этихъ лампочекъ получило крайне широкое распространеніе и въ настоящее время производится на разные лады съ самыми разнообразными лѣчебными цѣлями. Въ простѣйшемъ случаѣ свѣтъ одной такой лампочки прямо рефлектируется на поверхность тѣла. Придуманы болѣе сложные ручные рефлекторы изъ группы такихъ лампъ. Наконецъ, конструированы весьма совершенные и сложные аппараты, родъ футляровъ, въ которые помѣщаются или отдѣльныя части

тѣла или все оно цѣликомъ, кромѣ головы, причеиъ свѣтъ въ такихъ случаяхъ излучается лампочками, расположенными на внутреннихъ, служащихъ рефлекторами сторонахъ такихъ резервуаровъ, известныхъ подъ названіемъ электрическихъ свѣтовыхъ ваннъ. Полезное дѣйствіе такихъ ваннъ должно быть отнесено, конечно, не на счетъ химическихъ лучей, содержаніе которыхъ въ лампочкахъ накаливанія очень невелико, а на счетъ лучей болѣе длинной волны, т. е. по преимуществу тепловыхъ.

Въ силу этого основнымъ эффектомъ такого лѣченія является энергичное потогонное дѣйствіе съ возбужденіемъ сердечной дѣятельности и болѣе или менѣе выраженнымъ повышеніемъ кровяного давленія. Благодаря такому дѣйствію, такія ванны нашли себѣ поклонниковъ при лѣченіи почечныхъ и сердечныхъ отековъ, плевритовъ, при общемъ ожирѣніи, подагрѣ, диабетѣ, ревматическихъ заболѣваніяхъ и вообще во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется повышение обмѣна веществъ. Помимо этихъ заболѣваній, успѣхъ лѣченія съ помощью такихъ общихъ и мѣстныхъ ваннъ отмѣченъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ невралгій, невритовъ, при ушибахъ и соединенныхъ съ ними кровоизліаніяхъ, въ известныхъ формахъ кожныхъ болѣзней, при сифилисѣ и хроническихъ отравленіяхъ металлами.

За послѣднее время нѣкоторыми авторами вмѣсто обыкновенныхъ лампочекъ накаливанія начинаютъ примѣняться цвѣтныя, особенно синяго стекла лампочки и имъ приписывается усиленное обезболивающее и разсасывающее дѣйствіе.

Попытки комбинированія только что описанныхъ ваннъ съ дуговыми лампами для совмѣстнаго дѣйствія того и другого источника свѣта, насколько мнѣ известно, оказались неудачными и такіе приборы не получили широкаго распространенія.

Цѣлебное дѣйствіе свѣта не ограничивается однакоже всѣми вышеперечисленными формами страданій человѣка. Еще и раньше дѣлались попытки къ изученію вліанія того или другого цвѣтнаго освѣщенія на психику душевно-больныхъ. Есть указанія, что красныя лучи дѣйствуютъ при этомъ возбуждающимъ образомъ, а синіе и фіолетовыя—успокаивающимъ. Исходя отсюда, иногда оказывалось полезнымъ маниаковъ помѣщать въ комнаты съ синими стеклами, а меланхоликовъ въ помѣщенія, освѣщенные краснымъ свѣтомъ.

Въ 1895 г. сказочныя мечтанія Philander'a, помышлявшаго о возможности сдѣлать человѣка прозрачнымъ, получили свое осуществленіе въ великомъ открытіи Röntgen'a. Новый, повѣданый имъ видъ лучистой энергіи приобрѣлъ тотчасъ въ медицинѣ огромное значеніе сначала какъ средства діагностическаго, а потомъ и терапевтическаго. По современному состоянію вопроса о рентгено-

терапии послѣдняя приобрѣла значеніе прежде всего въ дерматологіи.

Рядомъ многочисленныхъ изслѣдователей полезное дѣйствіе X лучей доказано при *lupus vulgaris*, *lupus erythematodes*, *favus*, *hypertrichosis*, эпителиомахъ, слоновой болѣзни и *psoriasis*.

Но, представляя столь могущественный цѣлебный факторъ, свѣтъ при извѣстныхъ условіяхъ является не менѣе энергичнымъ и вредоноснымъ дѣятелемъ.

Кожные покровы человѣка, назначенные самой природой стоять на рубежѣ матеріальнаго существа его съ внѣшнимъ міромъ и на стражѣ отъ всякихъ вредныхъ воздѣйствій внѣшней среды, являются тѣмъ органомъ, который прежде всего даетъ намъ разительные примѣры такого болѣзнетворнаго вліянія свѣта.

Такъ, издавна извѣстная въ дерматологіи *erythema caloricum* представляетъ образчикъ вызваннаго усиленнымъ сверхъ нормъ физиологической выносливости дѣйствіемъ тепловыхъ лучей кожного страданія. Установленная Finzen'омъ клиническая форма *Erythema photochemicum* представляетъ крайне характерный и интересный дерматитъ, обязанный энергичному вліянію химическихъ лучей какъ солнечнаго, такъ и электрическаго—дугового свѣта.

Въ качествѣ самостоятельнаго патологическаго процесса это фотохимическое воспаленіе было неоднократно наблюдаемо путешественниками полярныхъ странъ, а также при восхожденіи на горы и описано подъ названіемъ ожоги глетчеровъ—*Gletscherbrand*, *Schneeurose*, *Schneebrand*.

По этому поводу Nordenskiöld дѣлаетъ слѣдующія указанія въ замѣткахъ о своемъ путешествіи по Гренландіи. „Солнечный блескъ на сухомъ, разрѣженномъ, чистомъ воздухѣ, пишетъ онъ, вызывалъ на незакрытыхъ частяхъ лица яркую красноту, соединенную съ жгучей болью и образованіемъ пузырей, какъ при ожогѣ. Спустя нѣкоторое время, пузыри подсыхали, а надкожица на носу, ушахъ и щекахъ отдѣлялась въ видѣ большихъ чешуй. Это повторялось много разъ. Подобное явленіе, говоритъ Nordenskiöld далѣе, кажется никогда не замѣчается подъ вліяніемъ жгучаго тропическаго солнца, по крайней мѣрѣ на мѣстахъ, лежащихъ вблизи моря“.

Подобныя же указанія о свѣтовомъ ожогѣ въ сѣверныхъ странахъ были сдѣланы Widmark'омъ, Berlin'омъ, Klutschak'омъ и др. Иногда примѣры этого интереснаго кожного пораженія, обусловленнаго рефlekсами химическихъ лучей отъ снѣговой поверхности, встрѣчаются и въ нашей мѣстности ранней весной.

Къ числу заболѣваній кожи, находящихся въ связи съ дѣйствіемъ свѣта какъ въ этиологическомъ отношеніи, такъ и въ отношеніи теченія процесса, принадлежатъ далѣе *xeroderma pigmentosa*.

tosum Kaposi, prurigo aestivale Hutchinson'a и pellagra. По заявленію Unna, при xeroderma pigmentosum первоначальныя пятна появляются на мѣстахъ открытыхъ дѣйствию солнечныхъ лучей, „которые оказываютъ абсолютно неблагоприятное вліяніе на ростъ и дальнѣйшее развитіе узловъ“.

При prurigo aestivale и пеллагрѣ эритема обычно развивается подъ вліяніемъ лучей весенняго солнца. Кроме только что перечисленныхъ процессовъ, Veiel и Wolters описываютъ наблюдавшіеся ими случаи особой чувствительности кожи къ дѣйствию солнечныхъ лучей, гдѣ достаточно было экспозиція ея въ нѣсколько минутъ, чтобы идиосинкразія сказалась появленіемъ эритемы. Выше было упомянуто, что дѣйствіе химическихъ лучей сказывается болѣе или менѣе неблагоприятно на теченіи оспы, кори, скарлатины, рожи и экземы, чѣмъ вызывается необходимость защиты паціентовъ отъ вліянія активническаго свѣта.

Остается упомянуть, что и рѣнтгеновскіе лучи могутъ вызывать въ кожѣ тяжкія расстройства тканевого питанія въ видѣ некротизирующаго дерматита съ образованіемъ длительныхъ, неподдающихся лѣченію язвъ. Какъ извѣстно, заявившій себя цѣнными изслѣдованіями въ области изученія лучей Рѣнтгена физикъ Clauseu палъ жертвою своихъ экспериментовъ, получивъ смертельный ожогъ кожи руки.

Что касается до другихъ органовъ человѣка, то вредное дѣйствіе свѣта на нихъ изучено менѣе достаточно и въ заключеніе я позволю себѣ отмѣтить лишь случаи неблагоприятнаго вліянія свѣта на зрѣніе, въ смыслѣ раздраженія сѣтчатки и послѣдующаго болѣе или менѣе стойкаго ослѣпленія. Примѣры такого дѣйствія свѣта неоднократно наблюдались какъ на заводахъ, гдѣ практикуется спаиваніе металловъ по способу Бенардоса съ помощью сильныхъ электрическихъ токовъ, такъ и въ полярныхъ странахъ одновременно съ erythema solare, такъ, наконецъ, и при работѣ съ рѣнтгеновскими лучами.

Всѣ эти отрицательныя стороны дѣйствія свѣта, конечно, нисколько не умаляютъ его терапевтической цѣнности, и безъ сомнѣнія современная фототерапія, развивающаяся на прочныхъ и научныхъ физико-медицинскихъ устояхъ, есть одинъ изъ блестящихъ трофеевъ въ области мирныхъ завоеваній человѣческаго ума, завѣщанныхъ намъ прошлымъ столѣтіемъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

N. Finsen: Ueber die Anwendung von concentrirten chemischen Lichtstrahlen in der Medicin, 1899.

N. Finsen: Ueber die Bedeutung der chemischen Strahlen des Lichtes für Medicin und Biologie, 1899.

Mitteilungen aus Finsens Medicinske Lysinstitut in Kopenhagen, 1900 и 1901.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, siebenter Congress Breslau, 1901.

M. Möller: Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankhaftem Zustande, 1900.

H. Kattenbracker: Das Lichtheilverfahren, 1899.

H. Rieder: Свѣтолечение, 1902.

Восьмой Пироговскій Съѣздъ, выпускъ 6-ой. Авторефераты и положенія докладовъ по секціямъ, 1902.

О. В. Петерсенъ: Успѣхи свѣтолѣченія по способу проф Finsen'a, Врачъ 1901. № 45.

Изъ лабораторіи Казанской нервной клиники проф. Л. О. Даркшевича.

Объ истинныхъ гетеротопіяхъ спинного мозга.

В. Мееодіева.

Подъ именемъ „гетеротопіи“ въ патологической анатоміи разумѣется смѣщеніе какихъ-либо частей органа съ ихъ обычнаго мѣста на другое.

Въ спинномъ мозгу эта аномалія выражается нарушеніемъ взаимной топографіи сѣраго и бѣлаго вещества, Кларковыхъ столбовъ и центрального канала.

Каждому извѣстна нормальная картина поперечнаго разрѣза спинного мозга: центральная сѣрая фигура окружена бѣлымъ веществомъ; если такой сѣрезъ мысленно раздѣлить чрезъ переднюю и заднюю продольныя борозды, то получатся двѣ симметрическія половины рисунка. Какъ старые изслѣдователи (Stilling⁽¹⁾, Bidder⁽²⁾, Kupfer⁽²⁾, Deiters⁽³⁾), такъ и позднѣйшіе (Cornil⁽¹⁰⁾, Ranvier⁽¹⁰⁾, Aeby⁽⁴⁾, Seligmüller⁽⁵⁾, Gowers⁽⁶⁾, Obersteiner⁽⁷⁾, Edinger⁽⁸⁾, Ziehen⁽⁹⁾) установили, что этотъ центральный нервный органъ въ типической формѣ построенъ вполне симметрично и бѣлое вещество грубо-микроскопически слагается главнѣйшимъ образомъ изъ продольныхъ волоконъ, на поперечныхъ сѣрѣзахъ встрѣчаемыхъ въ видѣ кружковъ (Gowers⁽⁶⁾ l. c. T. I., стр. 17; Obersteiner⁽⁷⁾ l. c., S. 229; Cornil-Ranvier⁽¹⁰⁾ l. c., S. 732). Далѣе, нормально сѣрое вещество занимаетъ опредѣленное мѣсто, группируясь по всему спинному мозгу вокругъ центрального канала и лишь въ видѣ исключенія попадаютъ разбросанныя нервныя клѣтки въ бѣломъ веществѣ (Obersteiner⁽⁷⁾, с. 230; Aeby⁽⁴⁾, с. 985 и 987). Тонкій сѣрый такъ называемый корковый слой спинного мозга (*subria Waldeyer'a*), отдѣляющій отъ *riae* периферію бѣлаго вещества, можно по его незначительности игнорировать.

Исходя изъ приведенныхъ данныхъ нормальной топографіи частей спинного мозга, мы должны отмѣчать всякое болѣе или менѣе рѣзкое отклоненіе отъ типическаго строенія этого органа, тѣмъ болѣе, что изученіе анатоміи спинного мозга при патологическихкихъ процессахъ далеко еще недостаточно.

Патологоанатомъ, намъ кажется, къ спинному мозгу (какъ и вообще къ нервной системѣ) долженъ относиться съ несравненно большимъ вниманіемъ при изслѣдованіи, чѣмъ къ другимъ органамъ,—выдѣлять малѣйшее отклоненіе отъ нормы, такъ какъ спинной мозгъ отмѣчается и тѣмъ, что въ немъ на весьма ограниченномъ пространствѣ собраны въ строгой системѣ элементы, завѣдующіе важнѣйшими, разнообразнѣйшими отправленіями.

Наконецъ, на первый взглядъ ничтожныя аномаліи спинного мозга могутъ быть источникомъ серьезныхъ страданій организма.

Правда, гетеротопія пока относится къ *raga et curiosa* патологической анатоміи, но это объясняется, быть можетъ, несовершенствомъ знаній анатоміи и патологіи нервныхъ страданій вообще и спинальныхъ въ частности.

Въ исторіи невропатологіи есть два поучительныхъ примѣра: *syringomyelia* и *sclerosis disseminata*; теперь никто не усумнится въ діагностикѣ этихъ страданій и въ специфичности извѣстныхъ патолого-анатомическихкихъ картинъ для нихъ, между тѣмъ оба процесса долгое время признавались патологоанатомами за *raga et curiosa*.

Для сирингоміэліи, извѣстной еще въ 1837 г. Ollivier (впервые давшему самый терминъ „сирингоміэліи“), потребовались работы вплоть до 90-ыхъ годовъ (Schultze ⁽⁵⁰⁾, Kronthal ⁽⁵¹⁾, Oppenheim ⁽⁵²⁾), пока добрались до истины. Въ атласѣ патологической анатоміи еще въ 1835 г. Cruveillier ⁽¹⁴⁾ рисовалъ *sclerosis disseminata*, какъ курьезъ анатомическій, и только болѣе позднѣйшіе наблюдатели выяснили значеніе этого курьеза (Leyden ⁽¹¹⁾, Rindfleisch ⁽¹²⁾, Vulpian ⁽¹³⁾, Zenker ⁽¹⁵⁾, Charcot ⁽¹⁶⁾).

На гетеротопію давно обратили вниманіе, не мало описано случаевъ ея, но описанія недостаточно связаны съ клиническими данными, поэтому этиологія, патологическое значеніе гетеротопическихкихъ отклоненій недостаточно изучено.

Намъ также случайно встрѣтился мозгъ съ рѣзкой гетеротопіей, который отъ V шейнаго нерва до *conus medullaris* и былъ изслѣдованъ микроскопически. При извлеченіи мозга со стороны позвоночнаго канала, мозговыхъ оболочекъ, спинномозговыхъ нервовъ особенностей не наблюдалось, но, разрѣзая чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ вполне уплотнѣвшій въ Мюллеровской жидкости мозгъ, уже макроскопически замѣтили мы, что на поперечномъ срѣзѣ фигура сѣраго вещества неправильно очерчена, несимметрична и

разъединена на вѣсколько участковъ. Тогда мозгъ былъ разрѣзанъ на кусочки, которые залитыми въ целлоидинъ рѣзались микро-томомъ. Срѣзы красились главнымъ образомъ по Weigert-Pal'ю. Weigert'у, Marchi и Gieson'у. Здѣсь замѣтимъ, что несмотря на обычный ходъ уплотнѣнія заливки, мозгъ въ гетеротопическихкихъ участкахъ рѣзался довольно плохо, срѣзы разрывались. На это свойство *) плохо рѣзаться указываютъ и другіе, изслѣдовавшіе гетеротопическіе мозги (Kronthal ⁽¹⁷⁾, Pick ⁽¹⁸⁾, Jacobsohn ⁽¹⁹⁾, Nagy ⁽²⁰⁾).

Окраска по Marchi показала отсутствіе перерожденій въ веществѣ изслѣдованнаго мозга. Оболочки мозговья, сосуды, спинальные корешки ничего патологическаго не представляли. Центральный каналъ облитерированъ на всемъ протяженіи (субъектъ пожилой).

Главное вниманіе наше привлекла оригинальность, необычность взаимной топографіи сѣраго и бѣлаго вещества, сѣрой фигуры и хода волоконъ бѣлаго. Въ этихъ отношеніяхъ и были найдены крупныя аномаліи.

Непрерывная серія срѣзовъ показываетъ, что аномаліи ограничивались нижнею половиною шейнаго отдѣла, прерываясь на IV nerv. thoracicus и вновь появляясь на протяженіи трехъ послѣднихъ грудныхъ сегментовъ; ниже этого уровня до конца строеніе мозга было нормально.

Описаніе микроскопическихкихъ картинъ довольно трудно и для точной передачи ихъ сошлемся на прилагаемые рисунки.

Ненормальности, главнымъ образомъ, касаются лѣвой половины сѣраго вещества и начинаются на уровнѣ V N. C.; здѣсь (рис. 1) очертаніе сѣрой фигуры въ правой половинѣ мозга правильное, въ лѣвой-же нельзя различить передняго и задняго роговъ; кромѣ того, лѣвая половина сѣрой фигуры отдѣлена отъ остальной части сѣраго вещества прослойкой бѣлаго и отолвинута отъ средней линіи въ область лѣвыхъ боковыхъ столбовъ. Количественно сѣраго вещества въ смѣщенной части больше, чѣмъ въ правой нормальной; впередъ отъ центрального канала идетъ выростъ сѣраго вещества. Въ то время какъ въ правой половинѣ отчетливо видно выступленіе переднихъ и входеніе заднихъ корешковъ, въ лѣвой даже при большемъ увеличеніи мы не различаемъ этихъ корешковъ. При болѣе сильномъ увеличеніи оказывается, что смѣщенная часть сѣраго вещества бѣдна нервными клѣтками и по строенію близка къ *substantia gelatinosa*.

Бѣлая прослойка, врѣзавшаяся влѣво отъ облитерированнаго центрального канала между обѣими половинами сѣрой фигуры, со-

*) Тоже мы слышали отъ Л. О. Даркшевича, наблюдавшаго случай гетеротопіи.

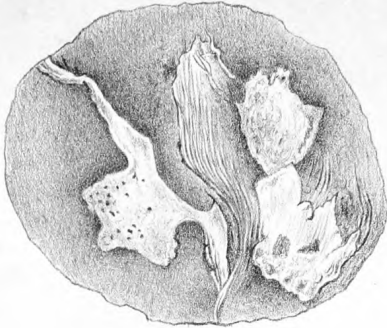
стоитъ изъ волоконъ, направляющихся въ плоскости препарата изъ Goll'евскихъ столбовъ въ передніе. Въ лѣвой половинѣ сѣраго вещества на томъ мѣстѣ, гдѣ долженъ быть передній рогъ, находится кругловатый компактный пучокъ волоконъ, идущихъ по оси органа. Наконецъ, отъ наружнаго края гетеротопического вещества отходятъ волокна, косо направляющіяся въ боковые столбы.

Нѣсколько срѣзовъ ниже (на VI. N. C., рис. 2) ненормальный дорзовентральный пучокъ выраженъ рѣзче, его волокна можно прослѣдить до передней периферіи препарата. Лѣвая сѣрая половина потеряла компактность и постепенно раздѣлилась на два островка, отошедшихъ: задній, большій къ пункту вступленія лѣвыхъ заднихъ корешковъ, передній, меньшій къ пункту выхода лѣвыхъ переднихъ. Оба островка разъединены волокнами, идущими спереди назадъ. Почти весь лѣвый боковой столбъ на этомъ уровнѣ слагается изъ волоконъ не осевого (какъ въ нормѣ) направленія, а косою. И здѣсь, какъ на рис. 1., гетеротопическія гнѣзда весьма бѣдны гангліозными клѣтками и не представляютъ ничего характернаго для передняго или задняго рога (корешки, нервныя клѣтки). Передній сѣрый выступъ еще замѣтенъ.

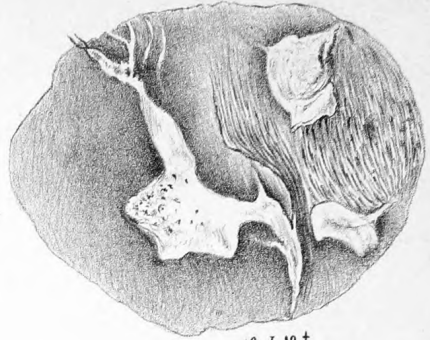
На VII. N. C. (рис. 3 и рис. 4) картина иная: раздробленіе лѣвой половины сѣраго вещества еще больше; компактный пучокъ волоконъ дугообразно изъ лѣвыхъ мозжечковыхъ столбовъ чрезъ боковые пересѣкаетъ шейку лѣваго задняго рога и уходитъ въ лѣвый Burdach'овъ столбъ; въ тоже время боковой лѣвый рогъ другимъ менѣе компактнымъ пучкомъ отрѣзается отъ остальной сѣрой фигуры. Въ результатъ получились изъ лѣвой половины сѣрой субстанции четыре участка: верхушка задняго рога остатокъ передняго рога на своихъ мѣстахъ, большой островъ (въ видѣ сапога) лежитъ въ лѣвомъ боковомъ столбѣ; и еще выше послѣдняго (дорзальнѣе) островочекъ связанный сѣрой перемычкой съ верхушкой задняго лѣваго рога. Всѣ эти сѣрые островки соединены между собою косыми и дугообразными нервными волокнами. При сильномъ увеличеніи въ переднемъ рогѣ, въ островкахъ и видны отличныя гангліозныя клѣтки съ отростками. Вступленіе заднихъ и выходъ переднихъ корешковъ видно ясно, причемъ отъ передняго острова также отходятъ волокна впередъ, похожія на начала переднихъ корешковъ.

Нѣсколько срѣзовъ ниже вышеупомянутый дугообразный пучокъ дѣлается рѣзкимъ, компактнымъ, виднымъ даже безъ луны, благодаря его темной окраскѣ (рис. 4.). На границѣ VII и VIII N. N. C. появляются новыя разнообразныя, ненормальныя по направленію пучки въ лѣвой половинѣ мозга, разбивающіе ее еще на большее количество изолированныхъ сѣрыхъ участковъ. Взаимная топографія бѣлой и сѣрой мозговыхъ субстанцій нарушается

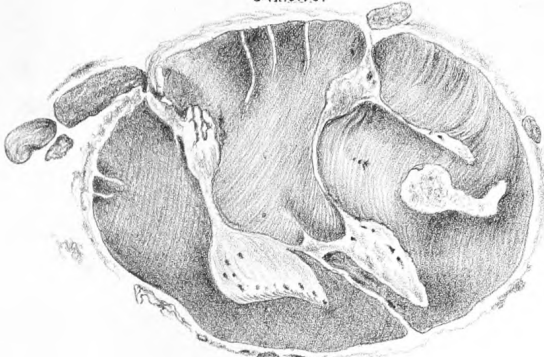
1.V. №. С.



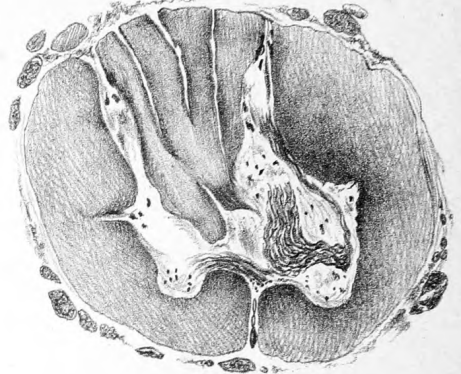
2.VI. №. С.



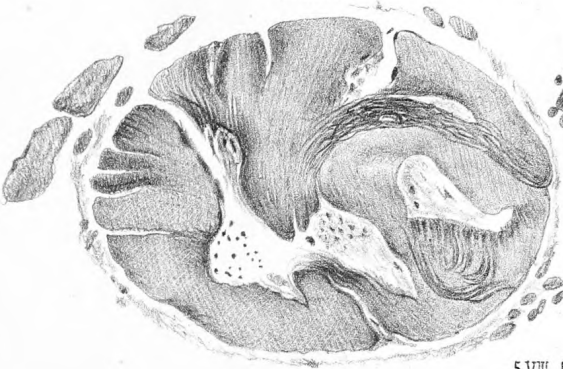
3.VII. №. С.



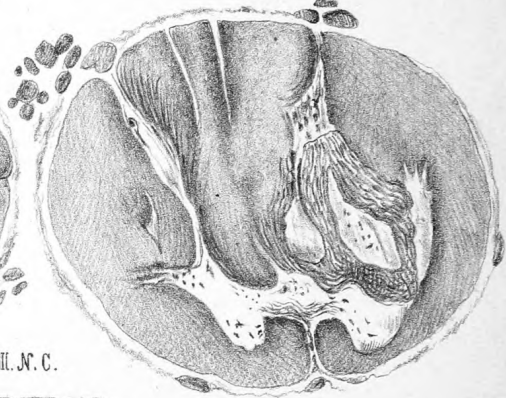
6.I. №. Т.



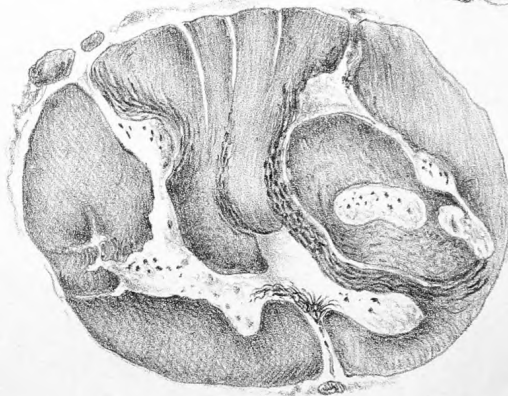
4.VII. №. С.



7. №. Т.



5.VIII. №. С.

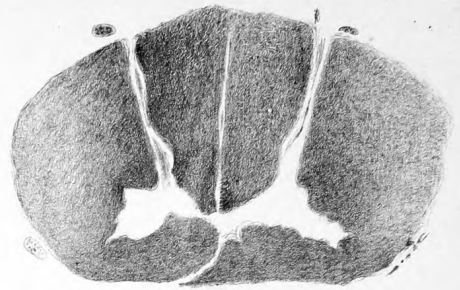




8. II. № т.



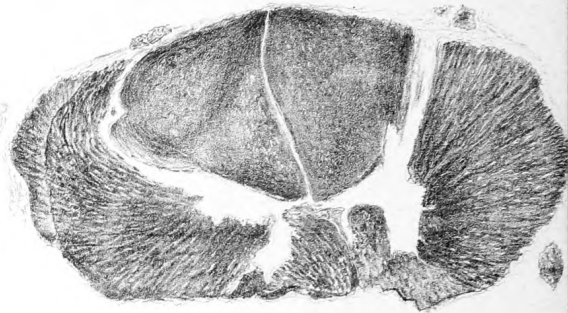
12. IX. № т.



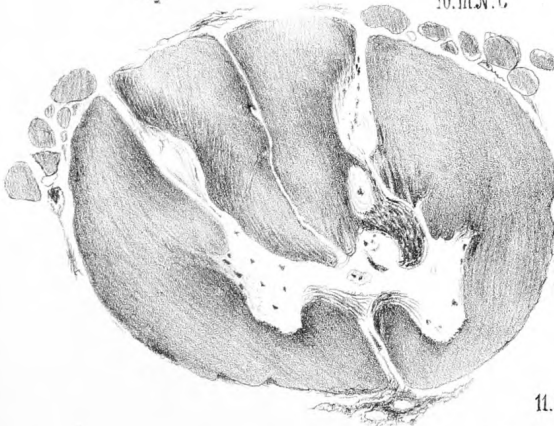
9. II. № т.



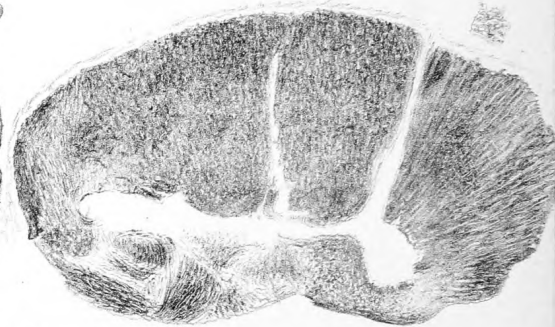
13. XI. № т.



10. III. № т.



14. XII. № т.



11. III. № т.



вслѣдствіе этого еще сильнѣе. Описаніе картинъ срѣзовъ съ VIII N. C. затруднительно тѣмъ болѣе, что послѣ каждыхъ 8—10 срѣзовъ картины мѣняются: тамъ и сямъ появляются новые пучки, прихотливо пробѣгающіе по спинному мозгу изъ одного столба въ другой безъ всякой тенденціи, объединяющей всѣ препараты. Общее впечатлѣніе таково: на VIII N. C. большая раздробленность вызывается многочисленными крупными пучками различныхъ направленій; изъ нихъ всего рѣзче пучокъ (рис. 5), который направляется дуговидно изъ лѣвой краевой зоны по лѣвой корешковой области, плотно прилегая снаружи къ заднему рогу и загибаясь книзу, врѣзается въ сѣрое вещество своей стороны, отдѣляя его большую часть въ область лѣвыхъ боковыхъ столбовъ, гдѣ самъ пучокъ исчезаетъ.

Въ боковомъ лѣвомъ столбѣ теперь уже три сѣрыхъ острова, взаимно связанные сѣрыми тонкими перемышками и волокнами нервными всевозможныхъ направленій. Ганглиозные элементы въ островкахъ ясно выражены. На протяженіи слѣдующихъ сегментовъ съ I и II N. N. t. срѣзы также разнообразны (рис. 6, 7, 8 и 9). Такъ на рис. 6. центръ лѣвой сѣрой половины пробивается компактнымъ темнымъ по окраскѣ пучкомъ вертикальныхъ волоконъ, понемногу переходящихъ сначала въ косое, потомъ дуговое и, наконецъ, круговое направленіе, особенно замѣтное на рис. 7, гдѣ сѣрый островъ окаймляется какъ бы потокомъ нервныхъ волоконъ. Въ гетеротопическихъ сѣрыхъ островахъ сохранились ганглиозные элементы. Здѣсь отмѣчается впервые (рис. 7 и 8), что и правая половина сѣраго вещества нѣсколько вовлекается въ аномалійный процессъ: шейка праваго задняго рога, понемногу истончаясь, сходитъ на нѣтъ, замѣщаясь бѣлымъ веществомъ и такъ изолируется верхушка праваго задняго рога.

На границѣ сегментовъ, соотвѣтствующихъ II и III N. N. t. аномаліи понемногу сглаживаются, лѣвая половина сѣрой субстанции начинаетъ собираться въ одно цѣлое, ненормальные пучки ступшеваются и на III N. t. вся ненормальность, кромѣ асимметріи сѣраго вещества, выражается въ отдѣленіи лѣваго задняго рога отъ его основанія (рис. 10 и 11); но въ началѣ IV N. t. картина поперечнаго срѣза принимаетъ вполне нормальный видъ, удерживающійся до уровня IX N. t., гдѣ снова выступаетъ асимметрія сѣраго вещества (рис. 12). Сначала отмѣчается удлиненіе сѣрой спайки, благодаря чему объ половины сѣрой фигуры отстоятъ другъ отъ друга много дальше, чѣмъ въ нормѣ, задніе столбы чрезмѣрно развиты въ передне-заднемъ направленіи. Вслѣдствіе всего этого сѣрая фигура ненормально растянута (рис. 12).

Возникающая на этомъ уровнѣ асимметрія ниже постепенно возрастаетъ; она достигаетъ maximum на XI N. t., гдѣ (рис. 13)

осложняется крайне необычнымъ ходомъ волоконъ: лишь задніе столбы удерживаютъ осевое направленіе своихъ волоконъ. вмѣстѣ съ асимметрией въ лѣвой половинѣ сѣра наблюдается и количественное уменьшеніе сѣраго вещества, вытѣсняемаго бѣлымъ; передній лѣвый рогъ постепенно исчезаетъ, а задній вытягивается въ одну прямую съ сѣрой спайкой; это наиболѣе выражено на уровнѣ XII N. t. (рис. 14); тутъ еще ненормальность и въ ходѣ волоконъ лѣваго передняго и боковаго столбовъ: изъ лѣваго передняго столба большая часть волоконъ параллельно очертанію всего препарата направляется въ лѣвые боковые столбы. Правая же сторона препаратъ съ уровнями IX, X, XI и XII N. N. t. рисуетъ совершенно нормальныя топографическія соотношенія между мозговыми субстанціями. Кѣлѣтки, сосуды, гліозная ткань, волокна ничѣмъ не отличаются отъ нормы, хотя весь поперечникъ мозга рѣзко уменьшенъ противъ нормы. Въ началѣ поясничной области мозгъ нормаленъ и таковымъ остается до конца.

Резюмируемъ найденныя анатомическія уклопенія: отъ V N. C. до IV N. t. гетеротопія сѣраго и бѣлаго вещества, строго ограниченная лѣвой половиной спинного мозга, достигающая максимумъ на VII и VIII N. C. Отъ IV N. t. до IX N. t. мозгъ уклоненій не представляетъ. Отъ IX N. t. до I N. L. снова—постепенныя лѣвостороннія аномаліи: асимметрия, ненормальные пучки, уменьшеніе лѣвой сѣрой половины, отсутствіе лѣваго передняго рога. Въ качественномъ отношеніи гистологическіе элементы на всемъ протяженіи спинного мозга не измѣнены.

Итакъ, предъ нами спинной мозгъ нормальный во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, кромѣ топографіи отдѣльныхъ его участковъ, т. е. heterotopia въ чистѣйшемъ видѣ, какъ ее понимаютъ и другіе изслѣдователи. Напримѣръ, Otto⁽²¹⁾, Kronthal⁽²²⁾ считаютъ цѣлость (качественную) мозгового вещества необходимымъ признакомъ гетеротопіи въ истинномъ смыслѣ. „Если сѣрые рога атрофированы, а бѣлое вещество воспалительно размягчено, нельзя говорить о гетеротопіи“ (Kronthal⁽²²⁾); „перемѣщеніе сѣрой субстанции вслѣдствіе патологическихъ процессовъ нельзя называть гетеротопіей“ (Otto⁽²¹⁾). Тоже утверждаетъ Virchow⁽²³⁾ въ первомъ описаніи церебральной гетеротопіи.

Далѣе, слѣдовало бы перейти къ выясненію этиологіи и патологіи найденныхъ аномалій, но прежде докажемъ, что описанныя здѣсь микроскопическія картины, дѣйствительно, представляютъ прижизненныя измѣненія, а не артефакты.

Доказать же это тѣмъ болѣе необходимо послѣ работы Van-Gieson⁽²⁴⁾, который утверждаетъ, что манипуляціями (сдавленіемъ, крученіемъ, ударами и т. п.) надъ нормальнымъ спиннымъ мозгомъ могутъ быть экспериментально вызваны картины гетеротопій

и даже удвоеній мозга. Поэтому авторъ извѣстные ему 32 случая спинальной гетеротопіи раздѣляетъ на истинныя и ложныя, признавая за истинныя гетеротопіи лишь 7 и два своихъ.

Хотя работа его представляетъ результатъ изслѣдованія 100 спинныхъ мозговъ больныхъ и здоровыхъ субъектовъ, тѣмъ не мѣнѣе намъ кажется, что искусственныя смѣщенія и раздѣленія можно отличить отъ гетеротопіи и истинной дубликатуры спинного мозга. Правда, въ литературѣ иногда описываются артефакты за патологическія измѣненія и критическій взглядъ необходимъ для оцѣнки изслѣдуемаго матеріала.

Здѣсь умѣстно привести ошибки Feist ⁽²⁵⁾, Collins ⁽²⁶⁾, Kahlden. ⁽²⁷⁾ Feist подъ именемъ „tumorartigen Missbildungen Rückenmarks“, а Kahlden подъ именемъ „tumorartigen Neuromen Rückenmarks“ описали выступы бѣлаго вещества чрезъ разрывы pia. Первому указалъ на ошибку Oppenheim ⁽²⁸⁾, второму—Hanau ⁽²⁹⁾ и Schlesinger ⁽³⁰⁾, который самъ описалъ три случая истинныхъ невромъ спинного мозга (Schlesinger ⁽³¹⁾) и далъ критерій для отличія истинныхъ невромъ отъ артефактовъ: истинныя невромы состоятъ изъ волоконъ чрезвычайно тонкихъ, окрашиваются по Weigert-Pal'ю иначе, нежели бѣлое вещество самого мозга; покрыты pia и рѣзко ограничены отъ мозга гліозной оболочкой. Collins ⁽²⁶⁾, какъ примѣръ завѣдомаго артефакта, описалъ смѣщеніе septi mediani posterioris и праваго Кларкова столба въ лѣвую сторону: благодаря поперечному сдавленію, правый Кларковъ столбъ очутился прижатымъ къ лѣвому соимянному столбу.

Чтобы имѣть собственное сужденіе о возможности экспериментальнаго полученія гетеротопій, мы повторили опыты Gieson'a надъ мозгами кошки и человѣка. Извлеченные изъ позвоночника мозги *до уплотненія* освобождались отъ оболочекъ и подвергались ударамъ, осевому вытяженію, крученію по оси, сдавленію съ боковъ, спереди назадъ, расплющиванію по оси; затѣмъ уплотнялись въ Мюллеровской жидкости, заливались въ целлоидинъ и полученные срѣзы красились по Weigert'у, Pal'ю и др. способамъ.

Не смотря на такіе грубые приемы, мы не получали ничего иного, кромѣ грубыхъ-же разрывовъ, смѣщеній и искаженія сѣрой фигуры и бѣлаго вещества; поэтому не можемъ согласиться съ Gieson'омъ въ томъ, что гетеротопіи вызываются грубымъ обращеніемъ съ изслѣдуемымъ матеріаломъ ⁽²⁷⁾. Быть можетъ, чтобы достигъ экспериментальнаго успѣха, требуется особо искусное нанесеніе травмы въ опредѣленныхъ направленіяхъ. Всего этого нельзя допустить при обычномъ способѣ извлеченія спинного мозга, которое дѣлается, конечно, осторожно, безъ насилій, подобныхъ нашему эксперименту. Далѣе, если бы легко вызывались гетеротопіи меха-

нически, то онѣ и встрѣчались бы чаще, между тѣмъ самъ Gieson изъ ста мозговъ нашель лишь въ двухъ. Ниже мы скажемъ, что Zappert и Hirschmann изъ 150 дѣтскихъ мозговъ нашли гетеротопію лишь въ трехъ.

Мы съ своей стороны изъ 30 изслѣдованныхъ человѣческихъ и такого-же числа мозговъ животныхъ (кошка, собака, морская свинка, кроликъ) нашли одинъ разъ гетеротопію у человѣка, которая здѣсь описана.

На основаніи этихъ соображеній и собственнаго опыта думаемъ, что гетеротопія явленіе не частое въ спинномъ мозгу; искусственная-же гетеротопія не легко получить, а грубыя смѣщенія отъ механическихъ причинъ нетрудно всегда отличить отъ настоящей гетеротопіи.

Возвращаясь къ нашимъ препаратамъ, не найдемъ-ли въ нихъ признаковъ, которые дѣлали бы несомнѣннымъ прижизненность этихъ аномалій и исключали возможность механическаго объясненія. Таковыми мы считаемъ:

1) присутствіе аномалійныхъ, разнообразныхъ пучковъ, нарушившихъ цѣлость сѣрой фигуры.

2) ограниченность аномалій одной лѣвой половиной органа.

3) разнообразіе гетеротопическихъ картинъ даже на протяженіи одного сегмента.

4) исчезаніе лѣвой половины сѣраго вещества въ ниже-грудномъ отдѣлѣ.

Ни одно изъ приведенныхъ 4-хъ явленій не можетъ быть вызвано механическимъ насиліемъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ предъ собою несомнѣнное прижизненное нарушеніе строенія органа.

Чѣмъ-же оно вызывается и имѣетъ ли какое патологическое значеніе для организма?

Въ нашемъ случаѣ аномалія встрѣчена неожиданно и клиническая сторона совершенно неизвѣстна; поэтому за рѣшеніемъ поставленныхъ вопросовъ обратимся къ литературѣ.

Heterotopia въ центральной нервной системѣ отмѣчена уже давно и притомъ она чаще встрѣчается въ тѣхъ отдѣлахъ, гдѣ строеніе болѣе сложно (Obersteiner, l. c., S. 212). Наичаще ее находятъ въ мозжечкѣ.

Rieger⁽³²⁾ изъ 400 мозжечковъ встрѣтилъ въ 75; затѣмъ, по частотѣ гетеротопій стоитъ головной мозгъ (смотри подробную литературу у Meine⁽³³⁾), причемъ церебральная гетеротопія иногда сочетается съ спинномозговой.

Meschede⁽³⁴⁾ при paralysis agitans наблюдалъ гетеротопическія сѣрыя массы въ концѣ праваго задняго рога бокового желудочка, продолжавшіяся въ кору извилинъ правой затылочной доли;

далѣе—изолированные сѣрые острова въ *centrum semiovale*, въ средней части спинного мозга и такія же гнѣзда на различныхъ мѣстахъ въ лѣвой его половинѣ.

Въ спинномъ мозгу гетеротопіи встрѣчаются рѣже и представляютъ большое разнообразіе по локализаци.

Мы предлагаемъ всѣ описанныя въ литературѣ гетеротопическія аномаліи спинного мозга разбить на шесть самостоятельныхъ типовъ, которыхъ и станемъ придерживаться при разборѣ литературы:

- 1) Гетеротопіи сѣраго вещества.
- 2) Гетеротопіи бѣлаго вещества.
- 3) Комбинированныя гетеротопіи того и другого вещества.
- 4) Гетеротопіи Кларковыхъ столбовъ.
- 5) Гетеротопіи сѣраго вещества, связанныя съ удвоеніемъ мозга.
- 6) Гетеротопіи сѣраго вещества въ спинальныхъ корешкахъ.

1. Гетеротопіи сѣраго вещества.

1 случай. А. Pick ⁽¹⁸⁾ при спинномозговой прогрессивной мышечной атрофіи нашель въ верхнепоясничномъ мозгу въ лѣвомъ Голлевоу столбѣ островокъ гетеротопической субстанции, замѣтный даже макроскопически, построенный по типу *substantiae gelatinosae Rolandi*.

2 случай. Принадлежитъ Meschede ⁽³⁴⁾ (выше приведенъ).

3 случай. Schultze ⁽³⁶⁾ при *dementia paralytica*, кончившейся летально въ $\frac{1}{2}$ года и сопровождавшейся скоротечной параличей, правостороннимъ парезомъ рукъ, *decubitus*, наблюдалъ въ спинномъ мозгу аномаліи: въ нижней половинѣ грудного отдѣла оба столба Кларковы сдвинуты до взаимнаго касанія; далѣе книзу одинъ изъ столбовъ этихъ и передній соимянный рогъ уменьшаются, другой увеличивается и деформируется; затѣмъ, уменьшающійся столбъ и ему соотвѣтствующій передній рогъ исчезаютъ, замѣщаясь бѣлымъ веществомъ (подобно моему рис. 14). На границѣ съ поясничнымъ мозгомъ вся передняя половина заднихъ столбовъ занята сѣрой массой, построенной, какъ Кларковы столбы; передній рогъ той и другой стороны узокъ.

4 случай. Bramwell ⁽³⁷⁾ при *paralysis pseudohypertrophica* нашель: въ шейной части узкіе передніе рога отдѣлены бѣлой массой, гдѣ помѣщается изолированный кусокъ сѣрой субстанции съ моторными клѣтками. Въ шейномъ утолщеніи справа появляется какъ бы

вырость изъ боковыхъ столбовъ, въ который входитъ отпрыскъ изъ праваго передняго рога. Вырость достигаетъ акме въ срединѣ шейнаго утолщенія и постепенно исчезаетъ.

5 случай. Droummond ⁽³⁸⁾ при *paralysis pseudohypertrophica* видѣлъ вырость сѣрой и бѣлой субстанции на всемъ протяженіи шейнаго и грудного мозга.

6 случай. Воноте ⁽³⁹⁾ у 2-лѣтнаго ребенка съ безпалой рудиментарной лѣвой стопой и недоразвитіемъ всей лѣвой ноги нашель въ поясничномъ утолщеніи, въ периферической части обоихъ Голлевыхъ столбовъ, по сѣрому островку; островки увеличиваются, формируются въ два новыхъ заднихъ рога, затѣмъ еще два переднихъ и получается двѣ сѣрыхъ фигуры, обращенныя другъ къ другу задними рогами.

7 случай. Brasch ⁽⁴⁰⁾ при *tabes* и *dementia paralytica*, кромѣ перерожденій заднихъ и боковыхъ столбовъ съ верхне-шейнаго отдѣла до *pars sacralis*, видѣлъ гетеротопію сѣраго вещества, главнымъ образомъ, лѣваго передняго рога съ IV N. C. до X N. t.; въ верхнемъ грудномъ отдѣлѣ была ограниченная *extrapial'*ная гетеротопія сѣраго вещества.

8 случай. Turner et Campbell ⁽⁴¹⁾ при *myelitis transversa* въ области X, XI, XII N. N. t. рядомъ съ міэлитомъ нашли исчезновеніе сѣраго вещества лѣвой стороны, *canalis centralis*, *septi mediani posterioris*. Случай нечистый: не было ли тутъ вторичныхъ измѣненій въ сѣромъ веществѣ. Клинически: *polyarthritis*, *decubitus*, *dermatitis exfoliativa*.

9 случай. Tooth ⁽⁴²⁾ при „*allgemeine Paralyse*“ рядомъ съ міэлитическими очагами, увеличеніемъ гліи въ грудномъ отдѣлѣ нашель перемѣщеніе сѣраго вещества. Случай также подозрителенъ: было воспалительное измѣненіе сѣраго вещества.

10 случай. Buccholtz ⁽⁴³⁾ при *dementia paralytica*, кромѣ перерожденія заднихъ и боковыхъ столбовъ нашель въ шейномъ мозгу гетеротопію сѣраго вещества правой стороны: вмѣсто праваго передняго рога двѣ треугольныя сѣрыя массы *), соединенныя сѣрой же перемычкой; Голлевъ столбъ и пирамидный боковой перерождены и находятся на своихъ мѣстахъ. Слѣд. здѣсь исключается возможность механическаго вліянія (противъ Gieson'a).

11 случай. Кёррен ⁽²⁵⁾ при боляхъ въ нижнихъ конечностяхъ, крестцѣ, парестезіяхъ въ лѣвой ногѣ и лѣвой паховой области,

(*) Раздѣленныя соединительнотканной, толстой перегородкой, видной на нѣкоторыхъ сѣзахъ.

аналгезіи лѣваго бедра и нижней части живота наблюдалъ на IV N. t. и VI N. t. сильную двухстороннюю гетеротопію сѣраго вещества; волокна и клѣтки цѣлы. Первичная хондрома нижней челюсти, метастазировавшая на поясничные позвонки (*rachymeningitis incipiens* въ области метастаза).

12 случай. Valenza ⁽⁴⁴⁾ нашель у взрослой здоровой собаки гетеротопію обоихъ Голлевыхъ и лѣваго Бурдахова ядеръ. Голлевскія ядра до середины пирамиднаго перекреста нормальны, а выше разбиваются на нѣсколько сѣрыхъ участковъ, связанныхъ между собой и съ задней спайкой сѣрыми перемычками. Бурдаховское лѣвое ядро на самыхъ каудальныхъ срѣзахъ состоитъ изъ отдѣльныхъ выростовъ, исходящихъ изъ лѣваго задняго рога; выше выросты (ихъ два) соединяются въ квадратную массу, связанную съ заднимъ рогомъ; затѣмъ, постепенный переходъ въ норму.

13 случай. Ruffini ⁽⁴⁵⁾ у табука видѣлъ двухстороннюю гетеротопію сѣраго вещества на III, IV, V N. N. C., II, III, VI, VII, VIII, IX N. N. t.

14 случай. Bella-Nagy ⁽²⁰⁾ при *dementia senilis* нашель гетеротопію сѣраго вещества отъ нижняго перекреста пирамидъ до шейнаго утолщенія. На переходѣ переднихъ роговъ въ задніе видны еще 2 вторыхъ переднихъ рога съ моторными клѣтками; правый прибавочный передній рогъ видѣруется въ задніе столбы. Клѣтки и волокна нормальны.

15 случай. Bella-Nagy ⁽²⁰⁾ при *dementia senilis* съ постоянными правосторонними клоническими судорогами конечностей нашель гетеротопію сѣраго вещества отъ III N. C. до VII N. C. одной правой стороны мозга. Клѣтки и волокна нормальны. Нельзя-ли связать правостороннія судороги съ правосторонними аномаліями мозга?

16 случай. Bella-Nagy ⁽²⁰⁾ при *paralysis progressiva* видѣлъ гетеротопію сѣраго вещества въ области iIII и III N. N. C. (двухсторонняя).

17 случай. Senator ^(46; 47) при острыхъ бульбарныхъ явленіяхъ (параличъ языка, глотанія, рѣчи, анестезія R. I. N. trigemini, частый пульсъ—параличъ N. X, XI, *exitus letalis* въ два мѣсяца) наблюдалъ, кромѣ множественной миѣлосаркомы реберъ, узость и тонкость всего спинного мозга; въ грудномъ отдѣлѣ 2 центральныхъ канала, въ поясничномъ утолщеніи 3 центральныхъ канала и гетеротопическій островъ сѣрой субстанции въ правомъ Бурдаховомъ столбѣ. Клѣтки и волокна нормальны.

18 случай. Musso ⁽⁴⁸⁾ нашель въ заднемъ столбѣ гетеротопическій фокусъ, построенный какъ Кларковы столбы, съ которыми онъ и соединяется сѣрымъ узкимъ мостикомъ.

19 случай. Zappert и Hirschmann ⁽⁴⁹⁾ у 11-дневнаго ребенка, (который двигался, сосалъ) при полномъ отсутствіи большого мозга, мозговыхъ ножекъ, стволowychъ гангліи, пирамидъ, нашель отсутствіе пирамидныхъ пучковъ во всю длину спинного мозга и два гетеротопическихъ острова сѣрой субстанціи въ обоихъ заднихъ столбахъ на I и II N. N. L.

20 случай. Тѣ же авторы описываютъ подобную гетеротопію у нѣскольکو дневнаго ребенка съ vitium cordis congenitale.

21 случай. Тѣми же авторами описывается подобная гетеротопія у плода доношеннаго, страдавшаго Gehirnsdefekt. Оба автора нашли гетеротопію въ 3-хъ мозгахъ изъ изслѣдованныхъ ими 150-ти.

2. Гетеротопіи бѣлаго вещества.

Здѣсь мы подразумѣваемъ ненормальную взаимную топографію столбовъ бѣлаго вещества, необычныя пучки и массовое ненормальное направленіе волоконъ спинного мозга (а иногда и продолговатаго вмѣстѣ).

1 случай. Schröder van der Kolk ⁽⁵³⁾ еще въ 1859 году описалъ въ продолговатомъ мозгу 23-лѣтнаго идиота на мѣстѣ правой редуцированной большой оливы ненормальный широкій продольный пучокъ, появленіе котораго авторъ объясняетъ недоразвитіемъ соимянной оливы.

2 случай. Flechsig ⁽⁵⁴⁾ подъ именемъ accessorische Bildung представилъ пучокъ, который выступалъ изъ моста рядомъ съ правой пирамидой и далѣе, обогнувъ дистальный конецъ большой оливы сзади и сверху, уходилъ въ веревчатое тѣло своей стороны.

3 случай. Buccholtz ⁽⁵⁵⁾ рядомъ съ неодинаковымъ развитіемъ большихъ оливъ нашель неравномѣрное развитіе всего продолговатаго мозга.

4 случай. Pick ⁽⁵⁶⁾ у 12½ л. идиота наблюдалъ асимметрію на всемъ пирамидномъ пути отъ Варолиева моста до конца спинного мозга, которая начиналась съ дистальнаго края моста: правая пирамида толще лѣвой; она постепенно принимаетъ полулунную форму и охватываетъ какъ шапкой правую оливу. Послѣдняя въ свою очередь больше лѣвой и ея ось поставлена иначе, нежели ось лѣвой оливы. Ниже на дистальномъ концѣ оливы правая пирамида разбивается на 2 пучка: одинъ на обычномъ мѣстѣ, а другой снаружи отъ оливы. Это раздѣленіе пирамиды удерживается до пе-

перекреста пирамидъ. Въ верхне-шейномъ мозгу правый боковой столбъ много значительнѣе лѣваго и эта асимметрія пирамиднаго пути продолжается до ниже-поясничнаго отдѣла. Авторъ считаетъ асимметрію спинного мозга происшедшей отъ асимметріи продолговатаго. Hiss⁽⁵⁷⁾, цитируемый авторомъ, думалъ, что такая ненормальность зависитъ отъ величины и положенія оливь, такъ какъ оливы развиваются раньше пирамидъ, которыя позднѣе спускаются возлѣ оливь, но въ описанномъ здѣсь случаѣ Pick'a пирамиды были асимметричны еще выше оливь, что не подтверждаетъ взгляда Hiss'a. Вопросъ остается открытымъ, потому что и выше моста мозгъ, изслѣдованный Pick'омъ, оказался нормальнымъ.

5 случай. Pal⁽⁵⁸⁾ встрѣтился съ двумя оригинальными пучками въ сѣромъ веществѣ спинного мозга: первый въ цервикальномъ утолщеніи шелъ вкось отъ бокового рога къ концу задней спайки, второй же на дорзодюмбальной границѣ пересѣкалъ спайку, идя изъ заднихъ столбовъ въ передніе (подобно моему рис. 1, 2).

6 случай Pick⁽⁵⁹⁾ } Въ 1890 г. независимо другъ отъ друга

7 случай. Cramer⁽⁶⁰⁾ } авторы наблюдали интересный аномалійный пучокъ. Pick'овскій пучекъ компактный, выдѣляющійся по окраскѣ (рѣзкой), односторонній, начинается на верхнемъ концѣ пирамиднаго перекреста изъ боковыхъ столбовъ, идетъ церебрально, располагаясь вкнутри и впереди отъ *substantiae gelatinosae Rolandi* и на верхнемъ концѣ продолговатаго мозга входитъ въ *corpus restiforme* своей стороны. На своемъ пути онъ не посылаетъ волоконъ ни къ сосѣднимъ ядрамъ, ни къ бѣлымъ системамъ; встрѣтился автору изъ 100 продолговатыхъ мозговъ въ одномъ (неизвѣстно кому принадлежавшемъ при жизни).

Описаніе того-же пучка Cramer'омъ отличается лишь незначущими деталями и принадлежитъ случаю *hemiatrophia cerebelli* той же стороны, гдѣ былъ пучекъ. Оба автора виляютъ въ этомъ пучкѣ непрерывную связь боковыхъ столбовъ съ мозжечкомъ. Кромѣ того, у Flechsig⁽⁵⁴⁾ находимъ указанія, что пирамиды нерѣдко бываютъ различны на той и другой сторонѣ спинного мозга (варіаціи строенія); это относится одинаково и къ перекрещеннымъ (неравномѣрный перекрестъ) и не къ неперекрещеннымъ (Flechsig⁽⁵⁴⁾, S. 204, 205).

Ненормально косою ходъ волоконъ въ спинномъ мозгу указанъ былъ при *сириноміэліи* и *haematorrachis Hitzig'омъ*⁽⁶²⁾, который на основаніи локализаціи такихъ волоконъ близъ сосудовъ объяснялъ это явленіе ретракціей послѣднихъ; но позднѣе Siemerling—въ ко-

сѣхъ волокнахъ заднихъ столбовъ не нашелъ никакой зависимости ихъ направленія отъ сосудовъ. Случай Siemerling'a ⁽⁶¹⁾ ниже приведенъ подробно.

Такимъ образомъ, изолированныя аномаліи бѣлаго вещества (асимметрія, гетеротопія) чаще всего касаются пирамидныхъ путей (активныхъ, двигательныхъ). Пока не касаемся аномалій бѣлаго вещества спинного мозга въ зависимости отъ измѣненій головного мозга, ампутацій конечностей, т. е. вторичныхъ аномалій.

3. Комбинированныя гетеротопіи сѣраго и бѣлаго вещества.

1 случай. Buscholtz ⁽⁶³⁾ при delirium acutum (смерть въ 5 дней) встрѣтилъ асимметрію сѣрой субстанции на всемъ протяженіи спинного мозга, лѣвая половина котораго слабѣе развита правой. На границѣ грудного отдѣла съ поясничнымъ—гетеротопическій островъ въ переднихъ лѣвыхъ столбахъ, связанный съ ненормальнымъ пучкомъ, идущимъ сагиттально впередъ изъ лѣваго передняго столба.

2 случай. Siemerling ⁽⁶¹⁾ при тяжелой истеріи съ тотальной анестезіей кожи и слизистыхъ оболочекъ, отсутствіемъ мышечнаго чувства, парализомъ (кромѣ того, были концентрическое суженіе поля зрѣнія, дисхроматопсія, пониженіе слуха, обонянія, вкуса, глубокая апатія) нашелъ, кромѣ перерожденія ядеръ отъ III до XII пары черепныхъ (кромѣ N. XI) и большей части заднихъ столбовъ шейнаго и верхне-грудного мозга, прирожденныя аномаліи: 1) соединительно-тканную перегородку, врѣзавшуюся въ medulla oblongata ⁽⁶¹⁾ отъ начала перекреста пирамидъ до выхода N. XII.; 2) косое и поперечное направленіе волоконъ всѣхъ столбовъ (главнымъ образомъ заднихъ) въ ниже-грудномъ мозгу; 3) гетеротопію сѣраго вещества и смѣщеніе Кларковыхъ столбовъ въ ниже-грудномъ.

3 случай. Feist ⁽⁶⁴⁾ у прогрессивнаго паралитика (смерть въ 2¹/₂ года) кромѣ перерожденія въ шейной части—Голлевыхъ и боковыхъ, въ грудной—Бурдаховыхъ и боковыхъ, въ поясничной—заднихъ, боковыхъ пирамидныхъ и мозжечковыхъ, нашелъ гетеротопію сѣраго вещества главнымъ образомъ лѣвой половины, а мѣстами и правой, на протяженіи VI N. t—XII N. t. Сѣрыя массы соединены ненормально идущими косыми и поперечными волокнами (большею частью перерожденными).

4 случай. Heiden ⁽⁶⁵⁾ у субъекта, погибшаго въ 5 дней при жестокихъ боляхъ въ рукахъ и ногахъ и въ шейной и грудной части позвоночника, парализіи, развившихся послѣ простуды, нашелъ: выше шейнаго утолщенія отсутствовали fissura longitudinalis anterior, canalis centralis, commissura alba et grisea, septum media-

num posterius, передніе рога; все было замѣщено нервными перерожденными волокнами хаотическаго направленія; множество соединительно-тканыхъ перегородокъ („Spaltbildung“ по Hitzig'у ⁽⁶²⁾); на всемъ грудномъ—задніе рога узки, длинны, передніе коротки, широки и разбиты на участки бѣлымъ веществомъ.

(Упоминаемое здѣсь нахожденіе необычныхъ соединительно-тканыхъ перегородокъ составляетъ также особый видъ аномалій центральной нервной системы, который встрѣчали многіе: Heiden ⁽⁶³⁾, Hitzig ⁽⁶²⁾, Siemerling ⁽⁶¹⁾, Buccholtz ⁽⁴³⁾. Наконецъ въ 1900 г. Oppenheim ⁽¹¹⁶⁾ описалъ подъ именемъ „Bildungsanomalie“ ненормальную перегородку внутри передняго четверохолмія, дѣлившую передній отдѣлъ Сильвіева водопровода пополамъ. Перегородка соединительно-тканая, выстлана эпителиемъ съ обѣихъ сторонъ таковымъ же, какъ и aqueductus. Эта находка относится къ случаю „бульбарнаго паралича безъ анатомической основы“. Укажемъ, что и другіе авторы—Eisenlohr ⁽¹¹⁵⁾, Senator ⁽⁴⁷⁾—находили „Bildungsanomalie“ при этомъ заболѣваніи).

5 случай мой, здѣсь описанный.

4. Гетеротопіи Кларковыхъ столбовъ.

1 случай. Pick ⁽⁶⁶⁾ первый обратилъ вниманіе на ненормальное положеніе Кларковыхъ столбовъ, найденныхъ имъ у умершаго отъ плеврита: въ большей части грудного отдѣла Кларковы столбы сдвинуты другъ къ другу, отдѣляясь взаимно лишь незначительной полоской желатинознаго вещества; впереди отъ нихъ лежитъ втрое противъ нормы утолщенная сѣрая спайка.

2 случай. Pick и Kahler ⁽⁶⁷⁾ у табика въ грудномъ мозгу нашли недоразвитіе Кларковыхъ столбовъ при чрезвычайной узости заднихъ столбовъ и миниатюрности неправильной сѣрой фигуры.

3 случай. Kesteven ⁽⁶⁸⁾ у женщины, погибшей при явленіяхъ пuerperального психоза, видѣлъ парціальный дефектъ Кларковыхъ столбовъ. Эта женщина пять разъ изъ восьми родовъ заболѣвала психозомъ.

4 случай. Schultze ⁽³⁶⁾ при dementia paralytica и

5 случай. Siemerling ⁽⁶¹⁾ при тяжелой истеріи наблюдали сближеніе Кларковыхъ столбовъ (см. выше).

6 и 7 случаи принадлежатъ К. и G. Petren ⁽⁷⁰⁾, которые вовсе не нашли Кларковыхъ столбовъ по всему протяженію спинного мозга у двухъ анэнцефаликовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія, общая патология и бактеріологія.

Прив.-доц. Студентскій. *Къ вопросу о цитотоксинахъ.* „Извѣст. Имп. Воен.-Медиц. Академіи“ 1902 г. Т. V, № 1.

Желая получить цитотоксины для различныхъ органовъ, авторъ производилъ опыты (безъ особыхъ мѣръ асептики) надъ печенью, рапсreas, мозгомъ, надпочечн. желез. и щитовидной жел. и получалъ отрицательные результаты. Далѣе, производя опыты надъ яичниками при соблюденіи правилъ асептики, авторъ нашелъ, что сыворотка животныхъ (собакъ), приготовленныхъ впрыскиваніями кошачьихъ яичниковъ, незначительно таксичнѣе нормальной сыворотки. Изъ 7 кошекъ, получившихъ сыворотку подготовленныхъ собакъ, 3 погибли во время впрыскиванія при явленіяхъ расстройства сердечной и дыхательной дѣятельности, а 4 прожили 2 мѣсяца и были убиты. Гистологическое изслѣдованіе органовъ (яичниковъ, почекъ и печени) показало измѣненія лишь въ нѣкоторыхъ участкахъ почекъ (вакуолизация эпителия витыхъ канальцевъ при сохраненіи ядеръ и клѣточныхъ границъ).

А. В. Сивре.

В. С. Дѣлицкій. *Случай такъ наз. лазурной печени и облитерирующаго воспаления околосердѣя и плевры.* „Мед. Обозр. 1902 г. Т. LVIII, № 18.

Авторъ описываетъ случай, гдѣ плевра праваго легкаго была рѣзко утолщена (отъ 2 mm. до 1 cm.). Полость околосердечной сумки совершенно облитерирована, такъ что легкое, сердце, железы и клѣт-

чатка—все это срослось вмѣстѣ въ одну сплошную бѣлую массу. Нижняя половина сердца была срослена съ діафрагмой. Сердце не было увеличено, но оно было окружено толстой (до 7 мм.), мѣстами обызвествленной оболочкой; эндокардій былъ склерозированъ. Печень была уменьшена и покрыта бѣлымъ блестящимъ утолщеннымъ брюшнымъ покровомъ. Серозный покровъ желчнаго пузыря былъ также утолщенъ. Цирротическихъ измѣненій въ печени не было. Діафрагма въ своей сухожильной части была рѣзко утолщена и срослена съ покровомъ печени, съ правой плеврой и перикардіемъ.

А. В. Сивре.

И. И. Широкогоровъ. *Endothelioma серозныхъ оболочекъ.* „Больничная Газ. Боткина“ 1902 г. № 41.

Больная при явленіяхъ боли гъ правомъ боку, кашлѣ, одышкѣ, при скопленіи въ полости правой плевры мутной серозной жидкости (пробная пункция) умерла. Клиническій діагнозъ былъ: pleuritis dextra exsudativa serosa. На секціонномъ столѣ былъ поставленъ другой діагнозъ: туберкулезный плевритъ, фибринозный слипчивый туберкулезный перикардитъ, миліарный туберкулезъ (?) и интерстиціальное воспаление легкихъ, хроническій туберкулезный перигепатитъ, интерстиціальныи метритъ, асцитъ и анасарка. При микроскопическомъ изслѣдованіи однако оказалось, что бугерки, принятыя за туберкулезныя, были эндотелиомами. Такимъ образомъ ни при жизни, ни даже на секціонномъ столѣ нельзя было установить точный діагнозъ. Авторъ указываетъ, что симптомами при эндотелиомѣ плевры бываютъ 1) большое скопленіе въ полости плевры экссудата, количество котораго послѣ каждой пункции становится все большимъ, 2) болѣзненность въ боку, 3) dyspnoë, 4) кашель и 5) болѣзнь протекаетъ при явленіяхъ воспаления.

А. В. Сивре.

Р. И. Гундеггеръ. *Случай язвеннаго холецистита при брюшномъ тифѣ съ прободеніемъ въ брюшину.* „Больн. Газ. Боткина“, 1902 г. № 41.

Авторъ описываетъ случай, гдѣ у одного больного брюшнымъ тифомъ была діагноспирована перфорация кишечника и произведена поэтому laparotomia; но кишечникъ оказался цѣлымъ; петли кишечныя

были покрыты хлопьями фибрина, окрашенными въ желтый цвѣтъ. Черезъ два дня послѣ операціи больной умеръ и при вскрытіи перфорированнымъ оказался желтый пузырь.

А. В. Сивре.

Проф. Н. В. Петровъ. *Алкоголизмъ. Измѣненія при немъ въ кровеносныхъ сосудахъ.* „Журн. Русск. Общ. Охран. Народ. Здравіе. 1902. № 9—10.

Авторъ, изслѣдуя различныя кровеносныя сосуды у алкоголиковъ и у животныхъ, отравленныхъ алкоголемъ, нашелъ, что въ кровеносныхъ сосудахъ животныхъ различныхъ видовъ алкоголь вызываетъ одинаковыя измѣненія. Ядра клѣтокъ въ оболочкахъ сосудовъ набухаютъ, а затѣмъ сморщиваются; измѣненія хроматинной части ядра бываютъ болѣе рѣзки, когда въ спиртѣ имѣется примѣсь сивушнаго масла. Въ протоплазмѣ клѣтокъ (въ мышечныхъ болѣе, чѣмъ въ соединительно-тканыхъ) наступаютъ различныя дегенеративныя измѣненія: гіалиновое, жировое перерожденія и вакуолизация. Эластическая ткань также измѣняется; перехода изъ эластина въ элацинъ не наблюдается, но ткань становится менѣ упругой и болѣе хрупкой. Измѣненія въ эластической ткани въ связи съ перерожденіемъ мышечныхъ элементовъ ведутъ къ пониженію тонуса сосудовъ и къ расширенію ихъ просвѣта.

Алкоголь поражаетъ стѣнки сосудовъ неравномерно, особенно у стариковъ. Изслѣдуя сосуды при алкоголизмѣ, можно наблюдать два періода: 1) дегенеративный и 2) прогрессивный, состоящій въ разрошненіи *intimae et mediae*. Разростаніе элементовъ внутренней и средней оболочекъ наблюдается въ свободные отъ употребленія алкоголя промежутки; при постоянномъ же употребленіи алкоголя пролиферативныя явленія выражены бываютъ слабо, поэтому можно думать, что спиртъ задерживаетъ пролиферативныя процессы.

А. В. Сивре.

А. М. Безрѣдна. *О предохранительныхъ прививкахъ при чумѣ.* Русск. Врачъ 1902 г. № 43.

Для предохраненія организма отъ заразныхъ болѣзней вообще и въ частности отъ чумы существуютъ два способа: 1) прививка сывоткой и 2) прививка убитыми разводками микробовъ. Первый спо-

собъ быстро иммунизируетъ организмъ по отношенію къ чумной инфекціи, но дней черезъ 10—15 иммунитетъ пропадаетъ. Второй способъ защищаетъ организмъ отъ чумы болѣе продолжительный срокъ, 4—6 мѣсяцевъ и болѣе, но иммунитетъ появляется поздно, черезъ 8—12 дней; въ эти дни (т. е. отъ момента прививки до пріобрѣтенія иммунитета) организмъ становится менѣ защищеннымъ отъ чумной инфекціи, чѣмъ организмъ, не получавшій прививку. Авторъ бралъ 2-хъ или 3-хъ дневныя агаровыя разводки чумной палочки, соскабливалъ поверхность и смывалъ физиологическимъ растворомъ NaCl. Полученную такимъ способомъ густую эмульсію онъ нагревалъ въ водяной банѣ при температурѣ 60° въ продолженіе часа, послѣ чего всѣ микробы были убиты. Еще болѣе сгустившуюся эмульсію приливаютъ въ сильно агглютинирующей сывороткѣ. Черезъ 12 часовъ всѣ микробы падаютъ на дно, образуя плотный слой; осадокъ этотъ тщательно промывается; смѣшанный съ физиологическимъ растворомъ NaCl онъ даетъ «противочумную вакцину Безрѣдки».

По словамъ автора, его вакцина не имѣетъ токсическихъ свойствъ, иммунизируетъ животное черезъ 48 часовъ, предохраняетъ организмъ въ продолженіи 5¹/₂, а можетъ быть и болѣе, мѣсяцевъ и въ промежуткѣ между прививкой и полученіемъ иммунитета, въ противоположность вакцинѣ Хавкина, не понижаетъ сопротивляемость организма къ чумѣ

А. В. Сивре.

Д-ръ Юревичъ. *О наследственной и внутриутробной передачѣ агглютинирующихъ свойствъ и о выработкѣ плодами агглютининовъ.* Болън. Газета Боткина 1902 г. № 44.

Въ своей статьѣ авторъ касается трехъ вопросовъ: 1) отношенія агглютинирующихъ свойствъ крови взрослыхъ нормальныхъ животныхъ и ихъ новорожденныхъ; 2) передачи агглютининовъ во время беременности и самостоятельной выработки плодомъ агглютининовъ во время инфекціи матери и 3) наследственной передачи свойства выробатывать агглютинины

Опыты ставились съ тифозной палочкой.

Что касается перваго вопроса, то на основаніи своихъ опытовъ авторъ дѣлаетъ выводъ, что если кровь матери агглютинируетъ тифозную палочку, то кровь плода можетъ или проявлять агглютинирующія свойства въ 6 разъ слабѣе, чѣмъ кровь матери, или можетъ вовсе не имѣть агглютинирующихъ свойствъ.

Результаты, отвѣчающія на второй на второй вопросъ раздѣляются авторомъ на 3 группы: а) кровь матери такъ слабо агглютинировала, что не передавала этого свойства крови плода, б) кровь новорожденныхъ агглютинировала, но слабѣе крови матери въ среднемъ въ 10 разъ и с) кровь плода не агглютинировала, хотя сыворотка

крови матери имѣла агглютинирующія свойства при разведеніи въ 600 и 1000 разъ. Авторъ дѣлаетъ выводъ, что сила агглютинаціи плода зависитъ отъ индивидуальныхъ особенностей плаценты и отъ величины промежутка времени между родами и днемъ, когда кровь матери имѣла максимальныя агглютинирующія свойства. Рѣшая вопросъ, передаются-ли агглютинины матери плоду въ готовомъ видѣ черезъ плаценту, или плодъ самъ принимаетъ участіе въ борьбѣ съ инфекціей матери, авторъ вводилъ готовые агглютинины въ подкожную кѣтчатку матери и нашелъ, что агглютинины переходятъ въ кровь плода.

Что касается третьяго вопроса, авторъ пришелъ къ выводу, что плоду передается по наследству способность выробатывать агглютинины и кровь плода въ его опытахъ иногда превышала по агглютинирующимъ свойствамъ во много разъ кровь матери.

А. В. Сивре.

С. Груздевъ. *Къ патологической анатоміи нервной системы при острой лейкэміи.* „Медиц. прибавленія къ морск. сборнику“, Августъ 1902 г.

Авторъ описываетъ случай лейкэміи, протекшій, судя по достовѣрному анамнезу, быстро, но при жизни больного не распознанный. Основной болѣзненный процессъ былъ замаскированъ здѣсь припадками со стороны нервной системы, выражавшимися двухстороннимъ опущеніемъ верхняго вѣка, диплопией, головою болью, рвотою, что заставляло предполагать «мозговую опухоль или опухолевидное разраженіе». Какъ показала аутопсія, параличныя явленія со стороны глазодвигательныхъ нервовъ обусловливались разраженіемъ лимфоматозной ткани, сдавившей ихъ такъ сильно, что осевые цилиндры потеряли способность нормально окрашиваться. Подобное изолированное пораженіе глазодвигательныхъ нервовъ при лейкэміи до сихъ поръ не было описано. Что касается самого бѣлокровія, то оно носило смѣшанный характеръ, такъ какъ измѣненными оказались селезенка, лимфатическія железы и костный мозгъ,

Н. Осокинъ.

Фармакологія.

Н. С. Жданъ-Пушнинъ. *Полевой хвощъ, какъ кровоостанавливающее.* „Врачебная Газета“ № 10 (5 октября).

Авторъ обращаетъ вниманіе врачей-практиковъ и лабораторныхъ изслѣдователей на новое примѣненіе въ медицинской практикѣ *Herbae Equiseti arvensis*—полевого хвоща—въ качествѣ кровоостанавливаю-

шаго. Наведенный на мысль народнымъ употребленіемъ этой травы при порѣзахъ, авторъ испыталъ внутреннее примѣненіе ея „на подходящихъ больныхъ“, а именно: а) при ежедневномъ двухнедѣльномъ кровохарканьи; б) при носовыхъ кровотеченіяхъ; с) при геморроидальныхъ кровотеченияхъ; д) при меноррагіяхъ четырехлѣтней давности; е) при метроррагіи. Больные принимали въ теченіе дня отъ 2 до 3 чайныхъ чашекъ холоднаго настоя, приготовленнаго на самоварѣ изъ мелкаго порошка высушенной травы (стол. ложка травы на чайн. чашку воды). Во всѣхъ шести пользованныхъ случаяхъ или достигнуто полное прекращеніе кровотеченій, или получено значительное улучшение. Приемы испытываемаго средства не дали ни разу какихъ либо побочныхъ неблагоприятныхъ явленій. Авторъ особенно отмѣчаетъ отсутствіе запора.

Что касается внѣшняго вида *Herbae Equiseti*, то авторъ описываетъ ее такъ: «стебли растенія узловатые, съ кольчато расположенными вѣтвями, двоякаго рода: одни плодоносные, появляющіеся ранней весной, другіе—бесплодные—развиваются лѣтомъ. Первые 15—20 см. вышины; не вѣтвистые, красноватые, съ широкими пленчатыми влагалищами; по созрѣваніи споръ скоро отмираютъ и смѣняются бесплодными; эти послѣдніе 30—60 см. вышины, жесткіе, сильно вѣтвистые, съ 4—гранными вѣточками. Листья мелкіе, кольчатые, сростаются въ зубчатая влагалища». *Herba Equiseti* распространена широко по Европѣ и Азіи.

П. Овчинниковъ.

М. И. Любовскій. *Уротропинъ и его терапевтическое значеніе.* Критическій обзоръ литературы за 1894—1900 гг. (Отдѣльный оттискъ „Врачебный Газеты“, № 31).

Уротропинъ, нашедшій себѣ довольно значительное примѣненіе, особенно въ заграничной практикѣ, при нѣкоторыхъ разстройствахъ обменна веществъ, связанныхъ съ дѣятельностью почекъ, и при страданіяхъ мочевыхъ путей, вызвалъ обширную литературу, рассматривающую какъ его фармакологическое дѣйствіе, такъ и терапевтическое примѣненіе. Авторъ цитируемой работы объединяетъ въ ней тѣ результаты, какіе получены различными изслѣдователями уротропина.

Въ фармакологіи уротропина выступаютъ на первый планъ два свойства этого вещества. Первое—антисептическое, благодаря которому уротропинъ задерживаетъ развитіе въ мочѣ микроорганизмовъ, но лишь при температурѣ тѣла. Оно объясняется отщепленіемъ формальдегида въ мочѣ, содержащей уротропинъ. Вторымъ свойствомъ является способность этого средства, при переходѣ въ мочу, растворять мочевую кислоту и ея конкременты. Въ объясненіе такого факта кладется опять таки присутствіе въ мочѣ освобождающагося формальдегида, который способенъ образовать съ мочевой кислотой легко

растворимыя соединенія. Третье свойство уротропина, лежащее въ основѣ его терапевтическаго влiянiя при фосфатурiи, еще мало извѣстно и не поддается объясненiю.—Опыты относ. физиологическаго дѣйствiя уротропина на организмъ показали, что даже большiя дозы его переносятся организмомъ безъ вредныхъ послѣдствiй.

Добытыя лабораторнымъ путемъ свѣдѣнiя объ уротропинѣ легли въ основу его терапевтическаго примѣненiя. Способность придавать мочѣ свойства, содѣйствующiя растворенiю мочевоi кислоты, позволила примѣнить уротропинъ при мочекислотѣ диатезѣ и въ случаяхъ обнаруженiя мочекислыхъ конкрементовъ. Клиническiя наблюденiя въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ указываютъ на полную пригодность уротропина при упомянутыхъ страданiяхъ. Дозы, употребляемыя при этомъ, не превышаютъ 2,0 pro die. Хотя уротропинъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ повышаетъ диурезъ, но служить мочегоннымъ средствомъ не можетъ.

Антисептическое дѣйствiе уротропина находитъ примѣненiе при микробныхъ заболѣванiяхъ мочевыхъ путей. Хотя есть авторы, совершенно отрицающiе всякое значенiе уротропина въ этомъ отношенiи, однако громадное большинство видитъ въ уротропинѣ вполне пригодное (по нѣкоторымъ, даже специфическое) средство при микробныхъ болѣзняхъ мочепоолового аппарата. Разногласiя существуютъ однако и здѣсь. Одни, напр., утверждаютъ непригодность уротропина при гонорройныхъ заболѣванiяхъ, другiе напротивъ и въ этомъ направленiи видѣли хорошее дѣйствiе уротропина. Точно также одни наблюдали хорошия результаты отъ примѣненiя уротропина при туберкулезномъ циститѣ, иные этого не видѣли. Въ общемъ, благоприятные отзывы сводятся къ тому, что при циститахъ, острыхъ и хроническихъ, при пиелитѣ, пиелитѣ, бактериурии, хроническомъ заднемъ уретритѣ и т. под. уротропинъ даетъ быстрый и блестящiй успѣхъ. Отсутствiе раздражающихъ свойствъ даетъ ему преимущество предъ другими средствами, назначаемыми для дѣйствiя при выдѣленiи мочею. Уротропинъ примѣнимъ не только въ практикѣ взрослыхъ, но также и въ дѣтской (излеченiе гнойнаго пиелита у ребенка 11 мѣсяцевъ). Доза взрослому не должна превышать 2,0 pro die. Обыкновенно даютъ 0,5 три раза въ день. Для малютокъ соотвѣтственно менѣе.—На антисептическомъ дѣйствiи уротропина основано, наконецъ, профилактическое примѣненiе его во 1-хъ, при брюшномъ тифѣ во избѣжанiе наступленiя цистита, особенно когда въ мочѣ найденъ брюшнотифозный бациллъ; во 2-хъ, при хирургическомъ вмѣшательствѣ на мочевыхъ путяхъ. Въ послѣднемъ случаѣ уротропинъ даютъ за нѣсколько дней до операцiи.

Менѣе всего испытано дѣйствiе уротропина при фосфатурiи. Отдѣльныя наблюденiя съ успѣшнымъ результатомъ заставляютъ осмотрительныхъ изслѣдователей рекомендовать лишь пробовать назначенiе уротропина при фосфатурiи.

П. Овчинниковъ.

ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Н. И. Делекторскій. *Къ вопросу о примѣненіи атропина при непроходимости кишекъ у взрослыхъ и дѣтей.* Дѣтск. Мед. 1902 г. № 4.

Предварительно авторъ въ таблицѣ приводитъ 35 случаевъ подкожного примѣненія атропина различными авторами при непроходимости кишекъ у взрослыхъ, изъ которыхъ 6 окончились смертью. Возрастъ больныхъ отъ 20 до 80 л.; наименьшая разовая доза атропина 0,0005; наибольшая—0,005; наибольшее количество атропина, введенное въ наименьшее количество времени (въ теченіе 12 часовъ), было 0,008; стулъ черезъ 4, 6 и 24 часа послѣ послѣдняго впрыскиванія атропина. Въ 5 случаяхъ съ исходомъ въ выздоровленіе наблюдались судороги, потеря сознанія, бредъ и т. п.; токсическія явленія наступали чаще черезъ нѣсколько минутъ и рѣдко черезъ 2—3 часа послѣ впрыскиванія; расширеніе зрачковъ было не во всѣхъ случаяхъ и появлялось оно черезъ различное время. Въ немногихъ случаяхъ отмѣчено учащеніе пульса на 20—30 ударовъ въ минуту. Многими авторами отмѣчено быстрое успокоеніе болей и прекращеніе рвоты. Какихъ либо длительныхъ разстройствъ организма никѣмъ изъ приведенныхъ авторовъ не указывается. Примѣненіе атропина наиболѣе целесообразно тамъ, гдѣ имѣется дѣло съ повышеннымъ тонусомъ тормозящаго нервнаго аппарата въ кишечникѣ или съ парезомъ двигательнаго аппарата при нормальномъ состояніи тормозящаго; при непроходимости другого происхожденія атропинъ можетъ оказаться средствомъ, поддерживающимъ въ надлежащемъ видѣ кровообращеніе въ кишечникѣ. Кагеръ высказывается за примѣненіе атропина при непроходимости послѣ операціи.

Самъ авторъ примѣнилъ атропинъ въ двухъ случаяхъ у дѣтей — у дѣвочки 4 л. 11 м. и мальчика 12 лѣтъ. Въ первомъ случаѣ имѣлась закупорка кишечника (въ теченіе трехъ дней дѣвочка ѣла сухеную черемуху, сколько хотѣла); въ три пріема было впрыснуто 0,003 атропина. Первое впрыскиваніе 20 числа въ 4 ч. вечера 0,0007 атропина—черезъ $\frac{1}{2}$ часа зрачки немного расширились, пульсъ чаще на 24 удара въ минуту, черезъ 3 часа нѣсколько возбужденное состояніе; въ 7 ч. вечера того же числа второе впрыскиваніе 0,0007 атропина, черезъ часъ зрачки расширены также, пульсъ нѣсколько чаще, легкое возбужденное состояніе; 21 числа утромъ рвота; въ 11 ч. утра еще 0,001 атропина, яркій румянецъ, блестящій взглядъ, зрачки расширены; въ 5 ч. вечера впрыснуто еще 0,0006 атропина и въ 6 в. вечера, т. е. черезъ часъ послѣ впрыскиванія, прослабило безъ боли; въ 10 ч. вечера явленія возбужденія усилились, больная безпокойна, сознаніе подавлено, съ часу ночи спокойна. Въ дальнѣйшемъ теченіи

болѣзни (въ клиникѣ) парезъ кишечника. Во второмъ случаѣ съ явленіями воспалительнаго процесса въ области слѣпой кишки было впрыснуто 0,003 атропина. 23 Ноября въ 10 ч. утра впрыснуто 0,001 атропина, боли меньше, въ 5 ч. вечера зрачки умѣренно расширены; въ 7 ч. вечера—еще 0,001 атропина, къ утру рвота; въ 5 ч. вечера 24 числа впрыснуто еще 0,001 атропина; 26 числа утромъ клистирь, сходилъ безъ боли, причѣмъ вышла аскарида повидимому давно умершая, дряблая, утерявшая круглую форму. Декабря 1-го было впрыснуто 0,0005 атропина; черезъ $\frac{1}{2}$ часа сонливость, черезъ 3 часа послѣ впрыскиванія прослабило съ болью—куски кала съ кровью и слизью; въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни также парезъ кишечника,

В. Зуевъ.

—————

Б. Н. Черно-Шварцъ. *Случай ангины Vincent'a.* Дѣт. Мед. 1902 г. № 4.

Самъ Vincent различаетъ 2 формы ангины, различныя по клиническому теченію и по находимымъ микроорганизмамъ. Первая форма—дифтерийная, болѣе легкая и болѣе рѣдкая. Язва очень поверхностная, налетъ болѣе плотный, лихорадка не высокая и длится 2—3 дня, железы припухаютъ умѣренно, продолжительность болѣзни нѣсколько дней; изъ микроорганизмовъ обыкновенно одни веретенообразныя палочки. Вторая форма—язвенно-пленчатая, болѣе тяжелая и чаще встрѣчающаяся. Язва глубже, налетъ болѣе рыхлый, сѣроватый или сѣро-желтый, изъ рта зловонный запахъ, миндалины рѣзко увеличены, железы значительно припухаютъ, глотаніе затруднено, лихорадка до 39 и выше, продолжительность болѣзни 8—9 дней, иногда даже 60; теченіе тяжелое; изъ микроорганизмовъ—палочки вмѣстѣ со спирохетами. Къ сожалѣнію приготовленіе культуръ пока не удалось. Случай автора. У мальчика 2 л. 4 м лимфатическія железы подъ угломъ нижней челюсти сильно опухли, болѣзненны. слизистая полости рта нормальна, обѣ миндалины увеличены и воспалены; на правой плотно сидящей выступающей надъ уровнемъ грязный сѣро-зеленоватаго цвѣта налетъ, на лѣвой же онъ болѣе нѣжный, бѣловатый сѣтевидный, мягкое небо и задняя стѣнка глотки безъ налетовъ, очень противный запахъ изъ рта, бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Бактеріологическое изслѣдованіе (повторенное трижды): масса всевозможныхъ микроорганизмовъ съ преобладаніемъ веретенообразныхъ палочекъ со спирохетами, палочекъ Леффлера нѣтъ; въ культурѣ-разводки стрептококковъ. Лихорадочное состояніе тянулось 6 дней, налеты держались 9 дней. Особенность случая: пораженіе обѣихъ миндалинъ (наблюдается рѣже), отсутствіе етоматита, сравнительно тяжелое теченіе.

В. Зуевъ.

В. П. Жуновскій. *Erysipelas neonatorum.* Нѣсколько случаевъ рожи и ея осложненій у новорожденныхъ. Дѣт. Мед. 1902 г. № 4.

Съ клинической стороны различаютъ у новорожденныхъ двѣ формы рожи: 1) рожа у септическихъ дѣтей и 2) у здоровыхъ; у послѣднихъ описаны даже эпидеміи. Наблюдались внутриутробныя зараженія плода. Кромѣ пупка входными воротами для str. erysipelatis могутъ служить различныя трещины кожи, ссадины, поврежденія во время родовъ и т. п. Авторъ приводитъ свои 5 случаевъ. Случай 1-ый. Рожа туловища, головы, лица, зѣва и глотки. Смерть на 16-ый день. Второй случай: рожа туловища, половыхъ органовъ и конечностей. Phlegmone purulentum. Peritonitis. Смерть на 20-ый день. Третій случай: Рожа пупочной области. Перитонитъ. Смерть на 7-ой день. Четвертый случай: рожа лица. Гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Смерть. Еще до начала рожи найдена scleroëdema neonat. Приводятся результаты патолого-анатомическаго вскрытія всѣхъ 4 случаевъ. Пятый случай. Рожа спины, крестца и ягодиць. Обширный абсцессъ — отъ нижнихъ краевъ лопатки до крестца. Выздоровленіе. Лечение обычное.

В. Зуевъ.

Ал. Бѣлоусовъ. *Случай маляріи, симулировавшей эпилепсію.* Дѣт. Мед. 1902 г. № 4.

У гимназиста 12 л., свободнаго со стороны наслѣдственности нервныхъ и психическихъ болѣзней и сифилиса, появились сначала легкіе судорожныя припадки по 2—3 раза въ день, затѣмъ участившіеся до 20 и болѣе разъ въ сутки. Болѣзнь принята была за эпилепсію, но лечение препаратами брома пользы нисколько не приносило. Изслѣдованіе авторомъ крови на малярійные паразиты дало положительный результатъ (селезенка была незначительно увеличена). При леченіи хининомъ и мышьякомъ припадки скоро ослабѣли, стали рѣже и затѣмъ совсѣмъ прекратились.

В. Зуевъ.

Хирургія.

А. В. Бенетовъ. *Изъ казуистикъ внутреннихъ ущемленій.* „Хирургія“, Т. XII, № 69.

Помимо нормально существующихъ въ брюшинѣ отверстій и кармановъ, могущихъ дать поводъ къ внутреннему ущемленію кишекъ, условія для того могутъ создаваться какъ хронически воспалительнымъ

процессомъ, образующимъ фиброзныя перемычки, такъ и другого происхожденія соединительно-тканными тяжами. Случай, описанный авторомъ, принадлежитъ къ послѣдней категоріи. Онъ и представляетъ интересъ, главнымъ образомъ, съ патолого-анатомической стороны, нежели съ клинической точки зрѣнія. Впрочемъ, и съ этой стороны онъ заслуживаетъ вниманія въ силу того, что представляетъ сравнительно рѣдко встрѣчающійся симптомъ—такъ называемый «признакъ Duplay» Этотъ симптомъ заключается въ появленіи жидкаго вышота въ брюшинѣ при существованіи ущемленія безъ слѣдовъ перитонита.—Діагнозъ заболѣванія былъ поставленъ при жизни; авторъ принялъ больную подлѣ наблюденіе черезъ 11 часовъ послѣ начала заболѣванія; наблюденіе длилось 2 ч. 50 м.; были уже сдѣланы приготовленія къ операціи, но больная умерла при явленіяхъ быстро возрастающей общей слабости и падающей дѣятельности сердца, проболѣвъ немного болѣе 13 часовъ.

Вскрытіе подтвердило діагнозъ и обнаружило такую картину. Соединительно-тканный круглый тяжъ, длиною въ 6 см., тянущійся позади тонкихъ кишекъ отъ colon transversum справа внизъ и влѣво къ началу jejunі, образовалъ кольцо, въ которое сзади и проникла главная масса тонкихъ кишекъ. Явленій остраго перитонита нѣтъ, слѣдовъ бывшаго хроническаго воспаленія—также. Тяжъ имѣетъ нѣсколько утолщенной костной консистенціи, не поддающихся ножу. Микроскопическое изслѣдованіе этого образованія показало составъ его изъ волокнистой соединительной ткани, съ массою не крупныхъ сосудовъ. Просвѣта нѣтъ. Тяжъ покрытъ брюшиною. Утолщенія представляютъ простую петрификацію.

Относительно происхожденія тяжа авторъ приходитъ къ заключенію о врожденности его, съ одной стороны, въ виду отсутствія просвѣта (исключеніе дивертикула), съ другой—на основаніи совершеннаго отсутствія признаковъ хроническаго перитонита въ другихъ частяхъ peritonei (исключеніе воспалительнаго происхожденія) и, наконецъ, вслѣдствіе существованія на немъ брюшиннаго покрова.

П. Овчинниковъ.

С. В. Кофманъ. *О такъ называемыхъ подкожныхъ протезахъ.* *Gersuni.* „Хирургія“ Т. XII. № 69.

Въ 1900 году Gersuni опубликованъ успѣшный результатъ, достигнутый впрыскиваніемъ парафина въ случаѣ недержанія мочи у женщины вслѣдствіе потери пузырнаго жома. Испытывая этотъ способъ въ аналогичномъ Gersuni'евскому случаѣ, Pfanenstiel не получилъ хорошаго результата и наблюдалъ, кромѣ того, у больной явленія легочной эмболии. Meyer, на основаніи опытовъ надъ животными, опасается неблагоприятнаго мѣстнаго (воспаленіе) и отдаленнаго (эмболии) вліянія всасываемаго парафина на организмъ. Но Moszkowicz разсѣби-

ваетъ опасенія Meyer'a, хотя и утверждаетъ, что мѣстная реакція, при введеніи употребляемаго Gersuni параффина въ подкожную клітчатку, можетъ наблюдаться, но лишь въ видѣ отека; болѣе же сильное раздраженіе можетъ вызывать твердый параффинъ. Поэтому въ способѣ Gersuni употребляется параффинъ съ точкою плавленія 36—40. Обезиложенный предварительнымъ кипяченіемъ и остуженный въ шприцѣ, онъ вводится (лучше черезъ тонкую иглу) изъ одного укола въ разныхъ направленіяхъ. Во избѣжаніе возможной эмболии, Wolff предложилъ замѣнить параффинъ Gersuni другимъ, болѣе твердымъ, съ точкою плавленія въ 57—60°. Впрыскиваніе такого параффина практикуется (съ извѣстными предосторожностями для устраненія застыванія) Ekstein'омъ. Имѣется уже для этого особый приборъ (предлагаемый Karewski).

Примѣненіе Gersuni'евскаго способа довольно разносторонне. Онъ примѣнялся какъ въ гинекологической практикѣ (введеніе параффина въ околоматочную клітчатку по поводу prolapsus uteri; для суженія влагалища вслѣдствіе выпаденія его стѣнокъ), такъ и въ хирургической для разныхъ цѣлей,—напр., для закрытія свищевыхъ ходовъ, для образованія суженія при отсутствіи sphincteris vesicae или ani; для суженія грыжевого отверстія и др. Наконецъ, въ офтальмологической практикѣ употреблялся этотъ способъ для выполненія глазной впадины послѣ экзентераціи.

Наблюденія, принадлежащія автору, таковы. Онъ примѣнялъ впрыскиваніе параффина по Gersuni во 1-хъ, въ цѣляхъ исправленія носа. Имъ совершенно исправлены два сѣдлообразныхъ носа (въ одномъ случаѣ съ отсутствіемъ перегородки; въ другомъ съ кожными рубцами) и значительно приподняты сильно вдавленный и совершенно запавшій носъ (въ томъ и другомъ случаѣ возстановленіе носа незакончено вслѣдствіе отъѣзда больныхъ). Реактивныхъ явленій въ двухъ случаяхъ не замѣчено; въ одномъ наблюдался дерматитъ, въ одномъ—отекъ. Употреблено параффина въ случаяхъ полного возстановленія 2 и 3 гр. Во 2-хъ, автору удалось исправить втянутый рубецъ на лбу. Введеніемъ 2 капель параффина рубецъ приподнять и лишентъ краснаго цвѣта, но все же замѣтенъ при ближайшемъ разсматриваніи. Далѣе, впрыскиваніемъ параффина достигнуто закрытіе свищевыхъ ходовъ (3 mm. въ поперечникѣ) между полостью рта и носа (послѣ неудачной пластической операціи закрытія широкаго сообщенія). Введено нѣсколько куб. см. массы подъ слизистую, выстилающую ходъ. Черезъ 1½ нед. потребовалось повторить впрыскиваніе. Наконецъ, въ одномъ случаѣ для исправленія уродства послѣ экстирпаціи бугорчатой молочной железы, по заживленіи раны, введено 200 гр. параффина. Отсутствіе мѣстной реакціи. Успѣшные случаи автора заканчиваются печальнымъ фактомъ потери одной большой отъ легочной эмболии при введеніи параффина въ цѣляхъ устраненія prolapsus vaginae. Явленія эмболии подмѣнены въ моментъ операціи (послѣдняя недокончена), и черезъ 24 часа больная скончалась.

П. Овчинниковъ.

Н. Lohnstein. *Новый способ лечения мозолистых стриктур мочеиспускательного канала.* „Врачебная Газета“ №№ 42 и 43.

Авторъ убѣдился, что какъ бужированіе не даетъ стойкаго результата въ леченіи уретральныхъ стриктуръ, такъ ни одинъ изъ способовъ оперативнаго вмѣшательства не въ состояніи уничтожить инфильтрата, ведущаго къ суженію, а главное—предотвратить сращенія краевъ производимаго сѣченія стриктуры. Выработавъ свой способъ леченія, авторъ предлагаетъ его, какъ наиболѣе способствующій устраненію по крайней мѣрѣ функциональныхъ симптомовъ страданія. Принципъ его—примѣненіе гальванокаустики—не новъ; новъ—инструментъ и нѣкоторыя подробности въ ходѣ леченія. Авторъ поставилъ себѣ двѣ цѣли: во-первыхъ, образовать въ фиброзной ткани на протяженіи стриктуры правильный каналъ, обнажая по возможности неизмѣненную ткань, и во-вторыхъ, удержать отъ зарощенія новообразованный ходъ безъ послѣдовательнаго повторнаго бужирования. Этихъ цѣлей онъ достигаетъ употребленіемъ инструмента, построеннаго по принципу уретротомы Bottini. Въ металлической круглой шинѣ (№ 18 по скалѣ Charrière'a), вводимой въ уретру либо самостоятельно, либо подъ руководствомъ тонкаго зонда, привинчиваемаго на мѣсто клюва, скользитъ пластинчатый стержень, снабженный на концѣ трехграннымъ платино-иридіевымъ ножомъ (различной величины). Такъ какъ ножъ проводится въ уретру не скрытымъ, то край его, обращенный къ слизистой оболочкѣ, тупъ и становится рѣжущимъ при красномъ накачиваніи, которое достигается соединеніемъ ножа (въ павильонѣ стержня) съ источникомъ электрической энергіи.

Прежде примѣненія уретротомы, авторъ обыкновенно расширяетъ стриктуру бужированіемъ (до 20—22 №). Подготовленіе къ операциіи обычное. Анестезія—мѣстная кокаиномъ. Введя черезъ стриктуру шину и фиксировавъ ее, авторъ приводитъ въ дѣйствіе холодильный аппаратъ (построенный по образцу холодильника при операциіи Bottini). Медленно введя ножъ до суженія, онъ замыкаетъ токъ, сила котораго, необходимая для краснаго раскачиванія лезвія, контролируется амперометромъ. Раскаленный ножъ осторожно продвигается черезъ суженіе и производитъ разединеніе фибрознаго кольца на соответствующую глубину. Лишь только перестаетъ ощущаться препятствіе, токъ размыкается, и ножъ выводится обратно, либо продвигается далѣе, если имѣются другія стриктуры.

Произведенное сѣченіе фибрознаго кольца расширяется боковымъ потягиваніемъ ткани, а образующійся струнъ препятствуетъ сращенію стѣнокъ хода. Такимъ образомъ достигается стойкое расширеніе стриктуры.

Авторъ примѣнялъ свой способъ въ случаяхъ законченныхъ процессовъ, съ значительными расстройствами мочеиспусканія, уже послѣ безуспѣшнаго хирургическаго вмѣшательства по другимъ способамъ. Онъ находитъ возможнымъ и первичное примѣненіе своего способа главн. образ. въ виду легкости операциіи, ничтожной реакціи со стороны организма и хорошихъ результатовъ, полученныхъ имъ. Къ достоин-

ствамъ метода относится: а) ничтожность или даже отсутствіе явленій задержанія мочи; б) легкость и безболѣзненность даже перваго мочеиспусканія, в) возможность амбулаторнаго примѣненія (тахіміст покойнаго положенія 1—2 часа); д) ничтожность кровотеченія во время операциі; е) отсутствіе послѣдовательныхъ кровотеченій (кромѣ одного случая, въ которомъ черезъ 3 нед. послѣ операциі выдѣлился при мочеиспусканіи кровяной сгустокъ); ф) отсутствіе мочевыхъ затековъ; г) правильность раненія, препятствующая застою раневого отдѣляемаго въ случаѣ недостатка асептики. Впрочемъ, т. наз. уретральной лихорадки нельзя избѣжать. Авторъ заканчиваетъ статью шестью исторіями болѣзни б. или м. прослѣженныхъ случаевъ, въ которыхъ рецидивовъ не наблюдалось въ теченіе срока большаго, нежели при другихъ способахъ хирургическаго леченія уретральныхъ стриктуръ.

II. Овчинниковъ.

В. М. Платоновъ. *Спинно-мозговое обезболиваніе.* „Хирургія“. т. XII. № 70.

Вопросъ о спинно-мозговой анестезіи, получившій начало въ 1885 году въ практикѣ американца L. Sarning'a, далеко еще не разработанъ, и въ хирургической практикѣ спинно-мозговая анестезія примѣняется совсѣмъ не часто, особенно въ Россіи, гдѣ большинствомъ встрѣчена отрицательно. Среди иностранныхъ хирурговъ Tuffier относится въ горячимъ защитникамъ этого способа анестезіи. Schwarz и Kader довольны результатами своихъ наблюденій. Bier вѣритъ въ будущность метода, но требуетъ дальнѣйшей разработкы вопроса. Mikulicz также считаетъ необходимыми новыя изслѣдованія.

Въ Екатеринодарской городской больницѣ съ сентября 1900 года предпринято систематическое примѣненіе спинно-мозговой анестезіи, и подъ такого рода наркозомъ за 1900 годъ произведено 78 операций, а въ 1901 г.—201; послѣдніе случаи въ краткомъ извлеченіи приводятся авторомъ. Оперировались: грыжи (18 случ.); заболѣванія женской мочеполовой сферы (75); апендициты (19); заболѣванія мужскихъ половыхъ органовъ, промежности и задняго прохода (43); желудочно-кишечнаго тракта и мочевого пузыря (17); нижнихъ конечностей (29).

Наиболѣе существенные выводы, къ которымъ приходитъ авторъ, слѣдующіе. 1. Изъ употребляемыхъ для спинно-мозговой анестезіи средствъ—кокаина ($\frac{1}{2}$ —2%), евкаи́на (4—6%) и тропококаина (2—5%) слѣдуетъ остановиться на евкаи́нѣ. Послѣдній, вводимый (0,04—0,05) непрямѣнно въ спинномозговую каналъ (впрыскиваніе въ субдуральное пространство не ведетъ къ желанной цѣли) рѣже другихъ вызываетъ побочныя явленія. 2. Анестезія, наступающія прежде всего на промежности и наружныхъ половыхъ частяхъ, а черезъ 2—3 минуты

на пальцахъ ногъ, потомъ въ теченіе 10—15 мин. распространяется выше, доходя иногда до реберъ; она имѣетъ характеръ частичной анестезіи—обезболиванія, аналгезіи,—тактильная же и термическая чувствительность сохранены. 3. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ (изъ 201 въ 197) аналгезія совершенна. 4. 50% подвергнутыхъ спинно-мозговой анестезіи переносятъ ее безъ всякихъ дурныхъ ощущеній; въ худшемъ случаѣ вслѣдъ за чувствомъ недомоганія, давления подъ ложечкой появляется тошнота и рвота (1—2—4 раза); черезъ 10—15 м. все проходитъ, и больной успокаивается. Указанные симптомы наблюдаются или вмѣстѣ или по отдѣльности. 5. Центральная нервная система и периферическая выше анестезированныхъ областей остаются незатронутыми. Пульсъ всегда учащается на 10—20 ударовъ, можетъ доходить до 120. Дыханіе углублено и учащено на 2—4 вдоха. Иногда наблюдается произвольная дефекація. 6. Аналгезія длится отъ $\frac{1}{2}$ часа до 2 ч. 40 м.; восстановление чувствительности совершается въ обратномъ ея уничтоженію порядкѣ. 7. Изъ послѣдовательныхъ явлений отмѣчается: въ большинствѣ случаевъ, черезъ 4—5 час. повышение температуры до 37, 5—39, 5 (два раза до 40, 2) иногда съ предшествующимъ знобомъ; почти въ половинѣ случаевъ—головная боль, обыкновенно прекращавшаяся къ утру слѣдующаго дня вмѣстѣ съ пониженіемъ температуры, но въ исключительныхъ случаяхъ державшаяся 3—4 дня.

Техника впрыскиванія несложна. Опредѣливъ прощупываніемъ (въ сидячемъ, слегка наклонномъ положеніи больного) промежутокъ между 3 и 4 или 4 и 5 поясничными остями (при затрудненіи для прощупыванія остей, положеніе промежутка между 3 и 4 опредѣляется горизонтальной линіей, соединяющей высшія точки подвздошныхъ костей), вкалываютъ на 0,5 см. вправо отъ средней линіи платиновую иглу (длиною въ 8 см) и осторожно углубляютъ ее (приблизительно на 4—6 см), уклоняя слегка влѣво, до появленія прозрачной жидкости. Соединяютъ иглу со шприцемъ Pravaz'a и вводятъ не болѣе 1 с. см. раствора.—Съ появленіемъ анестезіи, больного укладываютъ въ требуемое операцией положеніе.

П. Овчинниковъ.

В. М. Ченанъ. *Къ хирургіи опухолей легкаго. Саркома легкаго. Переносъ въ правой паховой области. Резекція легкаго. Изслѣченіе опухоли въ паховой области.* „Хирургія“. т. XII № 70.

Начало научной разработки хирургіи легкихъ относится къ 1873 г., когда Mosler и Hüter сдѣлали первую пневмотомію по поводу поверхностной бронхоэктазіи. Экспериментальныя наблюденія на животныхъ, принадлежащіе Glück'у, Schmidt'у, Block'у и др., доказали возмож-

ность легочной хирургіи и выносливость легкаго къ хирургическому вмѣшательству. Къ 1898 г. Tuffier могъ насчитать уже 306 случаевъ оперативнаго вмѣшательства на легкихъ по разнымъ поводамъ: раны легкаго, травматическія выпаденія, грыжи, опухоли, эхинококкъ, туберкулезныя бронхоэктатическія каверны, гнойники, омертвѣнія, актиномикозъ, инородныя тѣла. Въ его собраніи на долю опухолей приходится всего 7 случаевъ, въ которыхъ была примѣнена резекція легкаго. Инициаторомъ этой операціи Tuffier считаетъ Sedillot. Авторъ реферлируемой статьи дополняетъ таблицу Tuffier двумя случаями, относящимся ко времени до 1898 г.,—A. Milton'a и R. Park'a,—и тремя—послѣ 1897 г.—Helferich'a (1898), Gerulanos (1898) и своимъ (1901)—и насчитываетъ, такъ обр., 12 случаевъ операцій надъ легкимъ по поводу опухолей. Почти всѣ 12 случаевъ относятся къ вторичнымъ опухолямъ (саркома, хондрома и миксохондрома); сомнѣніе возникло лишь по поводу случая Рѣпа, который, по Fergier, долженъ быть отнесенъ къ первичнымъ опухолямъ. На всѣ эти случаи насчитывается 7 смертельныхъ исходовъ и 5 выздоровленій, изъ которыхъ въ одномъ случаѣ больной жилъ 4 г. 8 мѣс, а въ другомъ—больная Krönlein'a—7 лѣтъ послѣ первой операціи (случай рецидивирующей саркомы) «Эти результаты, говоритъ авторъ, нельзя не назвать ободряющими и располагающими къ дальнѣйшимъ попыткамъ».

Принадлежащій автору случай относится къ 30-лѣтней женщинѣ, которая явилась съ жалобами на сильныя боли въ правомъ боку, слабость, потерю аппетита, исхуданіе. Объективное изслѣдованіе обнаружило ассиметрію грудной клѣтки; въ области 5—8 реберъ впереди отъ *lin. axillaris ant.*—плоская припухлость, покрытая нормальной кожей, неподвижная, болѣзненная, слегка сглаживающая межреберья, мягковатая, но безъ зыбленія, величиною 15—20 см., безъ рѣзкихъ границъ. Въ области опухоли притупленіе тона, ослабленный *fremitus pectoralis*, ослабленіе везикулярнаго дыханія, выходящее и за предѣлы припухлости. Хриповъ нѣтъ. Въ правомъ паху опухоль величиною въ грецкій орѣхъ, по мѣстоположенію не соответствующая лимфатическому узлу. При распознаваніи злокачественнаго новообразованія въ грудной клѣткѣ, приступлено къ операціи. По удаленіи поверхностныхъ слоевъ опухоли, оказалось, что послѣдняя проросла подъ ребра, которыя (4—7) найдены изъѣденными и удалены на протяженіи 15—20 см. Постепенное удаленіе подлежащей опухоли показало проростаніе ея въ ткань легкаго въ нижней долѣ, при чемъ легкое оказалось сросленнымъ съ діафрагмой. Плевра вскрыта на пространствѣ 3-хъ копѣечной монеты; явленій пневмоторакса не было. Часть легочной ткани, занятой опухолью, насколько возможно было безъ риска проникнуть въ брюшную полость, удалена при помощи Раquelin'овскаго аппарата. Кровотеченія не было. Рана легкаго рыхло тампонирована марлей, на кожную наложены швы. Паховой метастазъ также удаленъ; оказалась, что опухоль сидѣла въ толщѣ мышцъ. Въ послѣоперационномъ теченіи болѣзни на 1-й день обнаружены явленія со стороны легкихъ—незначительный кашель и кровохарканіе, уменьшившіяся на 2-й день. При манипуляціяхъ въ уходѣ за раной, явленій раздраженія легкаго не замѣчено.

На четвертый день послѣ операциі замѣченъ упадокъ сердечной дѣятельности, постепенно прогрессирувавшій въ слѣдующіе дни. На 17 день—смерть. Вскрытія не было.

Приводя въ концѣ статьи литературныя данныя относительно оперативной техники, авторъ останавливается болѣе подробно на второмъ моментѣ операциі—разрѣзѣ плевры—въ виду существеннаго вопроса о значеніи оперативнаго пневмоторакса.

Меньшинство авторовъ, допуская возможность борьбы съ этимъ явленіемъ, мало боятся его. Другіе считаютъ необходимымъ присутствіе плевральныхъ сращеній и обращаютъ особенное вниманіе на распознаваніе послѣднихъ. Къ сожалѣнію, ни одинъ изъ существующихъ способовъ распознаванія не даетъ, по отзывамъ авторовъ, надежнаго результата. Тоже самое слѣдуетъ сказать и о различныхъ способахъ искусственнаго производства сращеній. Что касается третьяго момента—резекціи легкаго, то, за недостаточнымъ количествомъ случаевъ этой операциі, еще не выработано никакихъ общихъ правилъ. Также не выяснено еще—слѣдуетъ ли зашивать легочную рану или оставлять ее открытою.

II. Овчинниковъ.

С. П. Федоровъ *Къ казуистикѣ опухолей брюшной полости.*
„Хирургія“ т. XII. № 70.

У 40-лѣтней женщины въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ развилась въ животѣ опухоль, сопровождаемая явлениями исхуданія. При объективномъ изслѣдованіи найдена бугристая опухоль, занимающая средину живота. Отъ печени и лобка опухоль отдѣляется полосой тимпаническаго звука; по сторонамъ опухоли, въ лежачемъ положеніи большой—тимпаническій тонъ, надъ опухолью—тупость. Съ половымъ аппаратомъ опухоль связи не имѣетъ. Она подвижна въ стороны, но не смѣщается ни кверху ни книзу. Диагностирована злокачественная опухоль (саркома) верхняго отдѣла брюшной полости.

При чревосѣченіи найдено: опухоль, покрытая сращеннымъ съ нею салъникомъ, сверху ограничена желудкомъ, снизу—поперечно-ободочной кишкой. Сзади нѣтъ связи ни съ рапсгелс, ни съ ретроперитонеальными лимфатическими узлами. Очевидно, ростъ опухоли начался между листками желудочно-ободочной связки, и при значительномъ увеличеніи опухоль вдвинулась между желудкомъ и colon transversum. Съ тѣмъ и другимъ органомъ опухоль сращена; обширными сращеніями съ желудкомъ и должна быть объяснена ея неподвижность вверхъ и внизъ.

Послѣ разъединенія сращеній, оказалось, что colon transversum на протяженіи 15 см. отдѣлена какъ отъ салъника, такъ и отъ mesoco

лон. Въ виду несомнѣнной опасности омертвѣнія, этотъ участокъ инвагинированъ въ направленіи къ col. descendens. Инвагинація фиксирована швами серозной оболочки. Такой приемъ употребленъ въ виду нежеланія затянуть операцію, съ одной стороны, а съ другой—чтобы не подвергать больную, страдавшую вмѣстѣ и нефритомъ, опасности загрязненія брюшины. Рана серозной оболочки желудка зашита непрерывнымъ шелковымъ швомъ. Брюшная стѣнка зашита наглухо. Послѣ-операционное теченіе благоприятное. Полный успѣхъ инвагинаціи. Въ первыелишь дни была у больной икота, тошнота и рвота, исчезнувшія на 4-й день. Чусочковъ кишечной стѣнки въ испражненіяхъ не найдено. Съ 5-го дня-аппетитъ, самостоятельный стулъ. Prima intentio. Черезъ 4 недѣли больная выписалась. Въсь изсѣченной опухоли $8\frac{1}{2}$ фунтовъ; микроскопическій діагнозъ: sarcoma fusocellulare myxomatodes.

II. Овчинниковъ.

Е. І. Канскій. *Замѣтка о кишечной магnezіальной пуговкѣ Chlumsk'аго.* „Русскій хирургическій архивъ“. кн. 5.

Предлагая магnezіальную кишечную пуговку, Chlumsky говоритъ о легкомъ разсасываніи ея въ зависимости отъ характера отдѣляемаго того или иного отдѣла желудочно-кишечнаго тракта. Однако опубликованные Зельдовичемъ наблюденія неравномѣрнаго разрушенія выдѣляющейсѣ магnezіальной пуговки, примѣненной въ трехъ случаяхъ gastroenterostomiae, наводитъ на сомнѣніе въ правильности выводовъ Chlumsk'аго. Для выясненія вопроса авторомъ предпринята экспериментальная работа о вліяніи желудочнаго и кишечнаго сока на магній и магnezіальную пуговку. Исправивъ нѣкоторыя неточности хирургической литературы касательно химической характеристики металла, авторъ излагаетъ сущность своихъ экспериментовъ. Послѣдніе состоятъ изъ двухъ группъ. Съ одной стороны, авторъ дѣлалъ различнаго рода операціи на кишечникѣ собаки съ примѣненіемъ испытываемой пуговки. Параллельно этому пластинки металла подвергались дѣйствию желудочнаго и кишечнаго сока in vitro. Результаты того и другого опытовъ—аналогичны.

Общее въ нихъ то, что магній легко поддается дѣйствию кислотнаго желудочнаго сока и нисколько не измѣняется, приходя въ соприкосновеніе съ щелочнымъ отдѣляемымъ кишечника. Какъ въ случаяхъ gastroenterostomiae въ испражненіяхъ собакъ къ концу 6 или 7 сутокъ были находимы осколки пуговки съ извѣденной, шероховатой поверхностью; такъ при опытахъ in vitro пластинки магнія быстро (къ концу 1 сут.) растворялись желудочнымъ сокомъ собаки. Съ другой стороны, какъ при операціяхъ надъ кишечникомъ пуговки выдѣлялись только почернѣвшими, такъ и in vitro магnezіевыя пластин-

ки въ теченіе 10 дней пребыванія въ кишечномъ сокѣ оставались безъ измѣненія. Такимъ образомъ, расчеты на расщепленіе магніевой пуговки могутъ осуществиться лишь въ случаяхъ gastroenterostomie или при операціяхъ на кишкахъ вблизи желудка, гдѣ нейтрализація кислотности пищевой кашицы еще не наступила; въ противномъ случаѣ, оставаясь безъ измѣненія, пуговка Chlumsk'аго теряетъ всякое преимущество предъ пуговкой Murphy.

Кромѣ того, оказывается безразличнымъ для расщепленія—какія кислоты содержатся въ желудочномъ сокѣ. На это указываютъ во 1-хъ, случаи расщепленія пуговки при gastroenterostomie и въ случаяхъ рака, при отсутствіи соляной кислоты, и во вторыхъ, опыты in vitro съ кислотами, содержащимися въ желудочномъ сокѣ раковыхъ больныхъ. Наконецъ, на основаніи указаннаго значенія кислотности слѣдуетъ считать опаснымъ примѣненіе пуговки Chlumsk'аго при повышенной кислотности въ виду возможности ея слишкомъ ранняго расщепленія.

II. Овчинниковъ.

В. Д. Добромысловъ. *Къ ученію о первичныхъ саркомахъ желудка.* „Русскій хирургическій архивъ“. кн. 5.

Первичныя саркомы желудка—рѣдкое заболѣваніе; въ настоящее время въ литературѣ описаны всего 60 случаевъ этого рода. Что касается патолого—анатомическаго типа саркомъ, то описаны кругло и веретено-образно клеточковыя (наиболѣе частый видъ), лимфосаркомы, миосаркомы и ангиосаркомы (наименѣе частый)

Діагностика саркомы желудка крайне сбивчива. Ни одинъ изъ признаковъ не отличается непреложностью. Даже такой, повидимому, всѣми признанный характернымъ для отличія саркомы (кромѣ лимфосаркомы) отъ рака симптомъ—именно, органиченность связанной съ желудкомъ опухоли и подвижность ея—иногда оказывается невѣрнымъ. Авторъ наблюдалъ однажды опухоль съ этими именно признаками, и она оказалась карциномой. Только въ случаѣ присутствія саркоматозныхъ элементовъ въ рвотѣ ставитъ діагнозъ внѣ сомнѣнія. Но и въ этомъ случаѣ саркома можетъ быть вмѣстѣ съ ракомъ. Въ случаѣ, наблюдавшемся авторомъ, опухоль развилась у 53—лѣтней женщины въ теченіе 5 лѣтъ, вызвавъ къ концу этого періода значительное исхуданіе и соотвѣтственныя субъективныя ощущенія. Изслѣдованіе больной обнаружило полушаровидное выпячиваніе живота, обусловленное мелкобугристой опухолью, твердой консистенціи. Смятаемость опухоли значительна во всѣ стороны; оно болѣзненно особенно при оттягиваніи опухоли книзу. Опухоль не связана ни съ половымъ аппаратомъ, ни съ печенью, ни съ почкой; къ селезенкѣ отношенія не

имѣть. Предположено злокачественное новообразованіе въ связи съ желудкомъ, тѣмъ болѣе, что при максимальномъ оттягиваніи опухоли внизъ, прощупывается тяжъ, идущій въ область желудка.

При чрезосѣченіи обнаружено, что опухоль единична, лежитъ позади желудка и имѣетъ съ нимъ на *curvatura minor* незначительныхъ размѣровъ, но глубокую связь. Для удаленія опухоли потребовалось сдѣлать сквозную рану желудка. Послѣдняя закрыта 2—этажнымъ швомъ. Глухой шовъ брюшной стѣнки. Гладкое послѣоперационное теченіе. Полное выздоровленіе. Больная потеряна изъ виду.

Изсѣченная опухоль—сѣвратокрасноватаго цвѣта, мелкобугриста, 15 см. въ діаметрѣ; въ разрѣзѣ имѣетъ эксцентрически лежащую полость, выполненную 400 с. см. крови. Стѣнки полости отъ 2 мм. до 4, 5 см. толщины.

Произведено подробное микроскопическое изслѣдованіе самой опухоли и связи ея со стѣнкой желудка (ножки опухоли). Заслуживаетъ вниманія отношеніе мышечнаго слоя къ опухоли (слизистая мало измѣнена и не имѣетъ связи съ опухолью). Присутствіе мышечной ткани обнаружено въ ножкѣ опухоли и на противоположномъ прикрѣпленію полюсѣ какъ разъ въ тонкой стѣнкѣ полости. Вся остальная периферія опухоли свободна отъ мышечныхъ элементовъ. Мышечный пластъ въ ножкѣ опухоли постепенно истончается; наконецъ, мышцы, какъ бы раздвигаясь, встрѣчаются отдѣльными пучками. Получается такое впечатлѣніе, что опухоль начала роста въ мышечномъ пластѣ стѣнки, постепенно раздвинула его и вышла подъ серозную оболочку, унеся съ собою на противоположный полюсъ часть мышечной ткани. Опухоль по всей поверхности сохраняетъ совершенно цѣлымъ серозный покровъ. Не смотря на происхожденіе опухоли изъ мышечнаго участка стѣнки микроскопическое изслѣдованіе не позволяетъ думать о саркоматозномъ перерожденіи первичной мышечной опухоли, такъ какъ нигдѣ, даже въ самомъ близкомъ соприкосновеніи мышечнаго пласта съ опухолью (а по мѣстамъ оно настолько тѣсно, что клѣтки той и другой ткани какъ бы перемѣшаны) не найдено переходныхъ формъ. Точно также все строеніе опухоли по отдаленнымъ участкамъ представляетъ типическую картину *sarc. fuso cellularis*, прерываемую по мѣстамъ участками воспалительной инфильтраціи. Поэтому авторъ высказываетъ предположеніе, что источникомъ развитія послужила либо околососудистая, либо интермускулярная соединительная ткань. Происхожденіе кровяной кисты авторъ относитъ на счетъ разрыва сосудовъ на почвѣ гліиноваго перерожденія саркоматозной ткани,—участки этого рода найдены въ значительномъ количествѣ по окружности кисты.

П. Овчинниковъ.

А. Б. Араповъ. *Случай септицеміи, вызванной кишечной палочкой (bacterium coli commune).* Русскій хирургическій архивъ. вѣ. 5.

Всякое клиническое подтвержденіе экспериментальныхъ данныхъ усиленія вирулентности сапрофитирующихъ микроорганизмовъ очень цѣнно какъ съ точки зрѣнія микробиологіи, такъ съ точки зрѣнія клинической діагностики. Таковъ случай д—ра Арапова, описанный имъ въ цитируемой статьѣ.—Литературныя данныя относительно повышенія патогенности *bac. coli comm.* указываютъ на несомѣнную возможность для этого микроба достигъ высокой степени вирулентности. Отмѣчено при этомъ, что повышенію ядовитости кишечной палочки способствуютъ, во 1-хъ, застой кишечнаго содержимаго, во 2-хъ, острый катарръ кишекъ. Въ послѣднемъ случаѣ *bacillus coli communis* получаетъ склонность къ диссеминаціи съ различной локализацией и легко можетъ вызвать септицемію съ явленіями, похожими на уремическія. Вскрытіе обнаруживаетъ въ подобныхъ случаяхъ энтеритъ, экхимозы и некротическіе фокусы въ паренхиматозныхъ органахъ. Таковы результаты экспериментовъ.

Больной д—ра Арапова былъ принятъ въ больницу съ явленіями рѣзкой желтухи, болями въ правомъ подреберьи, при сильномъ *status typhosus*. Въ анамнезѣ—злоупотребленіе ѣдой, возникновеніе заболѣванія со знобомъ, поносъ. Исслѣдованіе обнаружило, при нѣсколько вздутomъ животѣ, опухоль, занимающую область желчнаго пузыря. Верхняя граница печени нормальна, нижняя непосредственно переходитъ въ опухоль Селезенка при перкуссии на 7 ребрѣ, не простушивается. Температура до 39, 8 съ рѣзкими колебаніями. Брюшная стѣнка правой стороны болѣзненна. Икота, жидкій стулъ окрашенными фекальными массами. Діазореакція Эрлиха и Видалевская реакція дали отрицательный результатъ. Діагноспировано гнойное воспаленіе желчнаго пузыря, гнойный ангиохолитъ и мѣстный перитонитъ. Относительно этиологическаго момента вопросъ остался нерѣшеннымъ. Лапаротомія обнаружила увеличенную печень и колоссально растянутый желчный пузырь, который вскрытъ, вшитъ въ брюшную рану и дренированъ. Содержимое пузыря—мутная желчь. Хотя больной перенесъ операцию хорошо, но она не улучшила его состоянія, и къ утру слѣдующаго дня больной умеръ.

Бактеріологически исслѣдована желчь, вытекшая изъ пузыря при операци. Исслѣдованіе обнаружило чистую разводку палочки, которая при дальнѣйшихъ испытаніяхъ оказалась *bast. coli comm.* Сдѣлано вскрытіе. Патолого—анатомически, кромѣ паренхиматозной дегенерации органовъ, найдено: *enteritis et colitis* (безъ измѣненія Пайеровыхъ бляшекъ), громадное увеличеніе печени, перигепатитъ; 2 абсцесса печени въ куриное яйцо (сѣрозеленый вонючій гной); увеличеніе и дряблость селезенки; геморрагіи селезенки и легкихъ.

Содержимое абсцессовъ и селезеночный сокъ въ постѣвахъ дали культуры *bact. col: communitis*. Такимъ образомъ выяснена этиологія заболѣванія.

П. Овчинниковъ.

А. С. Гаврилко. *О множественныхъ симметрическихъ липомахъ.* „Русскій хирургическій архивъ.“ кн. 5.

Приведенные въ статьѣ 3 случая множественныхъ симметрическихъ липомъ авторъ считаетъ доказательными для теоріи нервного происхожденія этого вида опухолей. Какъ извѣстно, теорія эта среди другихъ, высказанныхъ различными авторами мнѣній объ этиологіи множественныхъ симметрическихъ липомъ, пользуется поддержкой значительнаго числа авторовъ. Главнѣйшимъ основаніемъ такого взгляда является совпаденіе симметрическихъ липомъ съ различными страданіями нервной системы. Наиболѣе значительными въ этомъ отношеніи фактами указываются случаи происхожденія липомъ на глазахъ наблюдателей у больныхъ съ быстро наступавшими нервными заболѣваніями (травматическій невритъ, парезъ нижнихъ конечностей, развившійся послѣ паденія).

Физиологическимъ субстратомъ заболѣванія ставится неправильная функція трофическихъ нервовъ, завѣдующихъ обмѣномъ веществъ въ тканяхъ, ихъ ростомъ и сохраненіемъ цѣлости.

У больного, котораго лично наблюдалъ авторъ, обнаружена общая неправильность въ физиологической дѣятельности кожныхъ покрововъ,—у него, помимо симметрическихъ липомъ, занимающихъ въ обиліи переднюю часть туловища, расположившихся также по передней поверхности бедра, на поясницѣ, ягодичахъ и по всей окружности верхнихъ конечностей, найдены еще и другія кожныя заболѣванія: *vitiligo, verruca, angiomata*. Общее число липомъ—около 130. Микроскопическое изслѣдованіе даетъ типическую картину.

Въ остальныхъ двухъ случаяхъ, изслѣдованіе которыхъ не принадлежитъ автору, отмѣчены «значительныя уклоненія отъ физиологической нормы со стороны нервной системы.» Въ одномъ случаѣ (симметрическія липомы сгибательной поверхности предплечій) больная въ 20-лѣтнемъ возрастѣ имѣла какое-то нервное страданіе; во второмъ (симметрическія липомы сгибательной поверхности предплечій)—больной «производитъ впечатлѣніе чловѣка съ рѣзко повышенной возбудимостью.» Однако въ обоихъ случаяхъ имѣются механическія вліянія (больной—кучеръ, больная—прачка) моментъ, считавшійся въ этиологіи липомъ за основной еще *Virchow*'омъ. Авторъ разсматриваетъ эти вліянія, какъ могущія вызвать невритъ, на почвѣ котораго уже образовался липоматозъ.

Въ статьѣ приведена довольно обширная литература отн. происхожденія липоматоза вообще и въ частности симметрическихъ множественныхъ липомъ.

П. Овчинниковъ.

М. В. Евреиновъ и М. М. Ботезать. *Къ казуистикѣ аномалій общей сонной артеріи.* „Русскій хирургическій архивъ.“ кн. 5.

Описываемая аномалія состоитъ прежде всего въ томъ, что а. carotis communis sinistra начинается отъ дуги аорты не самостоятельнымъ стволомъ, а отходитъ отъ безымянной артеріи на высотѣ 1 см. и поднимается на свое мѣсто пересѣкая трахею. Съ другой стороны, дѣленіе а. car. comm. на вѣтви слишкомъ низкое; оно опредѣляется слѣдующими цифрами: на 5, 5 см. ниже верхняго края cartilaginis thyreoideae и на 2. 0—ниже tuberculi Chassaignac.

Благодаря этимъ двумъ условіямъ длина сонной артеріи равна всего 7, 1 см. А. thyreoidea superior отходитъ также ниже обычнаго, а именно на 1, 3 см. выше дѣленія общей сонной, т. е. на 0, 7 см. ниже Шассеньякова бугорка.

Изъ литературныхъ справокъ явствуетъ, что аномаліи укороченія арт. carotidis вѣдѣствіе ненормально низкаго дѣленія принадлежатъ къ весьма рѣдкимъ. Встрѣтившееся автору укороченіе заняло третье мѣсто. Наименьшая встрѣченная длина а. carotidis—4 см. (Morgagni); второе мѣсто занимаетъ случай Ryan'a (6 см).

Что касается происхожденія данной аномаліи, то авторы, руководясь изслѣдованіями проф. Тихомирова, склонны принять за причину описываемой ими ненормальности 2-й изъ указываемыхъ проф. Тихомировымъ моментовъ, а именно—смѣщеніе начала артеріи вслѣдствіе временнаго нарушенія въ соотвѣтствіи роста частей организма (въ эмбриональной жизни), но откзываются точнѣе указать степень участія окружающихъ сосудовъ органовъ въ произведеніи аномаліи, потому что слѣдовъ несоотвѣтствія роста не осталось во взросломъ организмѣ.

Съ хирургической точки зрѣнія описанная аномалія имѣетъ значеніе для временной пріостановки кровотока путемъ прижатія артеріи къ tub. Chassaignac, при операціяхъ перевязки общей сонной артеріи и а. thyreoideae. Косвенный ходъ артеріи черезъ трахею опасенъ при операціяхъ надъ дыхательнымъ горломъ.

П. Овчинниковъ.

Глазныя болѣзни.

Д—ръ В. Ф. Велямовичъ. *О необходимости законодательной нормы для высокихъ степеней гиперметропіи по отношенію къ военно—строевой службѣ.*

Такъ—какъ по дѣйствующимъ русскимъ узаконеніямъ объ аномаліяхъ органовъ зрѣнія, допускающихъ или ограничивающихъ способность къ военной службѣ, совершенно игнорируется гиперметропія, для которой законъ не указываетъ предѣльной степени, совмѣстимой съ требованіями военной службѣ,—то всякій гиперметропъ, какъ—бы высока ни была степень сго ненормальной рефракціи, признается неизбѣжно годнымъ къ военно—строевой службѣ, если только онъ обладаетъ нормальной остротой зрѣнія безъ очковъ. Между тѣмъ опытъ показываетъ, что гиперметропы высокихъ степеней мало пригодны для несенія военно—строевой службѣ, являясь напр., очень плохими стрѣлками, не могущими долго и хорошо фиксировать мишень, прицѣль и мушку ружья, вслѣдствіе скоро наступающей у нихъ аккомодативной астенопіи. Поэтому д—ръ Велямовичъ полагаетъ необходимымъ включить въ росписаніе болѣзней, препятствующихъ для зачисленія въ военно—строювую службу, лит. А и Б и гиперметропію, если она превышаетъ 5 Д, какъ это сдѣлано, напр., для міопіи. Свое предложеніе авторъ мотивируетъ тѣмъ, что только при гиперметропіи, непревышающей 5 Д, глазъ обладаетъ запасной аккомодацией равной $\frac{1}{2}$ всей аккомодации, величина которой въ возрастѣ 20—21 г. равняется преломляющей силѣ двояковыпуклой чечевицы въ 10 Д и что только одна $\frac{1}{2}$ ея можетъ быть расходована при фиксаціи глазомъ близкихъ предметовъ, такъ—какъ другая $\frac{1}{2}$ всей величины аккомодации у гиперметропа въ 5 Д идетъ на нейтрализацію этой аномаліи рефракціи при установкѣ глаза на безконечно далекое разстояніе, т. е. на такое разстояніе, гдѣ эмметропъ совершенно не тратитъ своей аккомодации. Д—ръ Велямовичъ вполне справедливо думаетъ, что почти тѣ-же мотивы, которые приводятся въ пользу требованія $V = \frac{1}{2}$, могутъ съ наименьшимъ основаніемъ быть выдвинуты и въ защиту требованія для военно—строевой службѣ наличности не менѣе $\frac{1}{2}$ запасной аккомодации, т. е. чтобы гиперметропія не превышала 5 Д. («Практическій Врачъ», 1902 г., № 1-й.

Б. Алафоновъ.

Д—ръ А. И. Сычевъ. *Случай остеомы глазницы.* („Вѣстникъ Офтальмологіи“, 1901 г., ноябрь—декабрь).

Въ случаѣ д-ра Сычева правый глазъ 24-хъ лѣтняго пациента былъ совершенно вытѣсненъ изъ орбиты и, находясь внѣ глазной щели, покоился на шекѣ въ области fossae caninae., глазъ былъ красный, болѣзненный при прикосновеніи, незрячій и имѣлъ на роговицѣ leucoma centrale. Въ области верхняго вѣка на $\frac{1}{2}$ сант. ниже середины верхняго орбитальнаго края находилось свищевое отверстіе, изъ котораго выходило отдѣляемое, но зондъ черезъ которое не проходилъ, давая ощущение кости. При ощупываніи пальцами черезъ верхнее вѣко глазница оказалось выполненной неподвижной опухолью, плотной, какъ слоновая кость. Величина опухоли съ куриное яйцо; приче́мъ она сливалась съ верхнимъ краемъ орбиты во внутренней $\frac{1}{3}$ его, нижній же край хорошо ощупать мѣшалъ болѣзненный глазъ. Вслѣдствіе сильной свѣтобоязни больной не могъ смотрѣть лѣвымъ глазомъ и жаловался на очень сильную боль въ правомъ глазу во всей головѣ. По словамъ больного, опухоль появилась лѣтъ 5 назадъ въ области внутренне-верхняго угла орбиты и вначалѣ больного особенно не беспокоила, такъ-какъ глазъ еще полгода назадъ видѣлъ и не болѣлъ. Такъ какъ нельзя было поручиться за отсутствіе проникновенія опухоли въ полость черепа, то авторъ отъ радикальной операциі отказался и рѣшилъ только энуклеировать глазъ и сдѣлать тарзорафію. Послѣ энуклеаціи оказалось, что опухоль покрыта фиброзной тканью, совершенно гладка, крайне тверда, вполне неподвижна и выполняетъ рѣшительно всю глазницу. Въ удаленномъ глазѣ никакихъ измѣненій кромѣ leucoma макроскопическаго не найдено.

Б. Агафоновъ.

ОБЗОРЪ

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

Н. И. Котовщикова,

Заслуж. проф. Казанскаго Университета.

I. Методы изслѣдованія.

1. Сердце.

Осмотръ области сердца.

I. Aikman (21) обращаетъ вниманіе на ослабленіе дыхательныхъ движеній 2-го и 3-ьяго лѣваго межреберья при перикардитѣ, когда еще нѣтъ обычныхъ признаковъ воспаления, какъ то притупленія и шумовъ тренія. Эти симптомы могутъ появиться лишь черезъ нѣсколько дней (черезъ 2—4) послѣ начала измѣненія дыхательныхъ движеній. Во время выздоровленія ослабленіе исчезаетъ—при возвратахъ перикардита появляется снова.

Меньшая его выраженность наблюдается при эндокардитѣ: при остромъ—болѣе или менѣе короткій срокъ, при хроническомъ—замѣчается какъ постоянное явленіе.

Продолжительность и мѣсто сердечнаго толчка. Извѣстно, что Martius считаетъ сердечный толчекъ выраженіемъ высокаго давленія въ желудочкѣ и продолжительность его—указаніемъ на «время напряженія» (Verschlusszeit)—на промежутокъ, проходящій между 1-мъ тономъ и открытіемъ аорты.

Rudolf Schmidt (322) считаетъ такого рода взглядъ невѣрнымъ: еслибы это было такъ, то напр. въ случаяхъ недостаточности митральнаго клапана не должно было бы быть сердечнаго толчка. Въ одномъ случаѣ недостаточности аортальныхъ клапановъ, инсуфициенціи трехстворки и митральнаго клапана сердечный толчекъ былъ очень силенъ и распространенъ, чего бы не было, если бы Martius былъ правъ.

По Schmidt'у начало напряженія дѣйствительно выражается началом толчка верхушки, но конецъ—артеріальной пульсовой волной. Увеличеніе времени напряженія наблюдается при органической недостаточности митральнаго клапана и характеризуется удлинениемъ времени, проходящимъ между сердечнымъ толчкомъ и пульсомъ. Этимъ опаздываніемъ пульса можно воспользоваться для дифференціальной діагностики между органической недостаточностью митральнаго и анемической инсufficiенціей двустворки.

У одной, только что родившейся, дѣвочки Kalph Hanson (150) замѣтилъ, что сердечный толчекъ находился на правой сторонѣ груди. Дыханіе было поверхностно, кожа блѣдна. Смерть наступила черезъ $\frac{1}{4}$ часа. При вскрытіи груди сердце оказалось въ правой половинѣ ея, тотчасъ у края грудины съ основаніемъ подъ правымъ соскомъ. Правое легкое было нормальнаго вида, но нѣсколько меньше обыкновеннаго; лѣвое было чуть замѣтно, мѣсто же его занимала кишка-слѣпая у самой ключицы.

H. Lohsse (224) описываетъ чрезвычайно сильное перемѣщеніе сердца вправо, вслѣдствіе сморщиванія праваго легкаго и эмфиземы лѣваго.

Пульсаціи видны въ двухъ точкахъ: въ 4-мъ межреберьи почти на передней правой аксиллярной линіи и въ другой—въ 5-мъ межреберьи—на парастернальной.

Въ послѣднемъ мѣстѣ лежитъ верхушка сердца, а около подмышковой линіи—основаніе сердца. Такимъ образомъ, все сердце перемѣщено вправо; сильнѣе основаніе; сердце стало болѣе горизонтальнымъ.

Walbaum (373) описалъ случай приобрѣтенной декстрокардіи у одной 25 л. дѣвушки, у которой сердечный толчекъ былъ въ 4-мъ правомъ межреберьи на два пальца отъ края грудины. Больная жаловалась на головокруженія, одышку, боли въ верхней части живота, отсутствіе аппетита, отекъ ногъ. Кашля и мокроты не было. При леченіи указаннныя нарушенія компенсаціи пропали.

М. Д. Цирульскій (392) демонстрировалъ случай опущенія печени и сердца. У больнаго 27 л. въ прошломъ ревматизмъ (дважды), паденіе, кашель, одышка, серцебіеніе, отекъ ногъ, грудная клѣтка бочкообразна, правая сторона ея при дыханіи отстаетъ отъ лѣвой, синюха губъ. Въ подложечной области твердое, бьющееся тѣло, біеніе котораго совпадаютъ по времени съ пульсомъ лучевой артеріи. Справа спереди, начиная съ 4-го ребра, тупость отъ кровянистаго плейритическаго выпота.

Сердечный толчекъ въ 6-мъ межреберьи; правое сердце ниже верхушки сердца. Недостаточность двустворчатой заслонки.

Е. Б. Блюменау (56) демонстрировалъ сходный случай. Больная 53 л. При осмотрѣ въ области лѣваго подреберья замѣчается бьющееся выпячиваніе, конически заостренной формы, выступающее пальца на 2—3 изъ подъ края реберъ; біеніе совпадаетъ съ пульсовыми ударами. Нижняя граница праваго легкаго на уровнѣ 7-го ребра переходитъ въ печеночную тупость, которая опущена; нижній край послѣдней на уровнѣ пупка. Во 2-мъ правомъ межреберьи—систолическій

и діастоліческій шуму, здѣсь же біеніе и ощущеніе frémissement. Распознаваніе: аневризма аорты, осложненная опушеніемъ сердца и печени.

По мнѣнію В. М. Кернига, во 2-мъ случаѣ не можетъ быть рѣчи о самостоятельномъ опушеніи сердца, такъ какъ въ лѣвой половинѣ грудной клѣтки ясно опредѣляется аневризма. У 1-го больного кровянистый характеръ выпота заставляеть заподозрить новообразованіе и потому говорить о самостоятельномъ опушеніи сердца съ полною увѣренностью нельзя.

О кардіоптозѣ (morbus Rummo) сдѣлалъ интересныя сообщенія Delusa (225), снабдивъ свою работу снимками.

Ludwig Braun (60) на основаніи своихъ наблюденій убѣжденъ что такъ называемое «подвижное сердце» при неувеличенности органа принадлежитъ къ исключительнымъ и далеко не частымъ явленіямъ. Крайне рѣдко приходится констатировать перемѣщеніе границъ при различнаго рода положеніяхъ больныхъ. Нѣсколько чаще наблюдаются случаи, когда сердечный толчекъ перемѣщается при боковыхъ положеніяхъ на 3—6 сант. и болѣе при положеніяхъ на лѣвомъ боку, и на 2—4 сант. при положеніи на правомъ. Но если сердце гипертрофировано и увеличено, то оно дѣйствительно способно перемѣщаться подобно маятнику, какъ около неподвижной точки, лежащей при устьѣ большихъ сосудовъ. У дѣтей и молодыхъ субъектовъ легко наблюдать эти передвиженія. То же должно сказать про случаи аневризмъ аорты.

Нарушенія при подвижномъ сердцѣ, описанныя разными авторами, зависятъ по мнѣнію Braun'a, не отъ подвижности сердца, а отъ измѣненій, какъ то: отъ гипертрофій, которыя вызываютъ подвижность. Тоже должно сказать о тахикардіи. По мнѣнію автора, частые удары зависятъ не отъ подвижности, а отъ инсуфициенціи сердца.

Вообще, по мнѣнію Braun'a, немного остается доказаннаго въ ученіи о подвижномъ сердцѣ.

Рентгено скопія, рентгенограммы.

Выдающійся интересъ представляетъ атласъ рентгенограммъ Н. Ziemssen'a и Rieder'a (19). Изъ заболѣваній сердца и сосудовъ изображены: 1) эксудативный перикардитъ, 2) хлорозъ, 3) хлорозъ, расширеніе сердца съ его гипертрофіей, 4) стенозъ митральнаго клапана, 5) атероматозъ лучевой и локтевой артерій, 6) врожденная декстрокардія, 7) эксудативный перикардитъ, 8) аневризма дуги аорты, 9) недостаточность и стенозъ митральнаго клапана, 10) врожденный порокъ сердца, 11) аневризма восходящей и дуги аорты и 12) гнойные медиастинитъ, перикардитъ и лѣвосторонній плевритъ.

G. Holzknecht (12) въ своемъ руководствѣ описываетъ гѣнь здороваго сердца при различномъ направленіи лучей и отношеніе ея къ окружающимъ частямъ, измѣреніе величины сердца.

Въ патологiи сердца описываются временныя и стойкія перемѣщенія сердца, ненормальныя движенія тѣни сердца, измѣненіе величины и формы изображенія сердца.

Затѣмъ описываются: аорта, ея смѣщенія, аневризмы грудной ея части, эктазии art. aponumaticae, v. saevae descendentes и опухоли средостѣнія.

Въ небольшой брошюрѣ (63 стр.) о рентгеноскопiи Heinrich'a Kraft'a (14) описываются нормальныя картины спереди грудной клѣтки, сзади, а также при косомъ освѣщенiи—при помѣщенiи лампы между позвоночникомъ и задней лѣвой аксиллярной линіей, на высотѣ 8 грудного позвонка и при помѣщенiи экрана спереди на правой половинѣ груди и наоборотъ.

Далѣе описываются дѣятельность сердца въ нормальномъ и патологическомъ состоянiи, какъ она видна на экранѣ, средостѣніе и большіе сосуды, грудобрюшная преграда и заболѣванія легкихъ.

Къ книгѣ приложены 4 фототипическихъ изображенія грудной клѣтки на 2-хъ таблицахъ. Albers-Schonberg (22) дѣлаетъ обзоръ всѣхъ успѣховъ примѣненія X—лучей за шестилѣтіе, протекшее со времени ихъ открытiя.

Большое значеніе приобрѣтаетъ опредѣленіе посредствомъ X—лучей величины сердца и большихъ сосудовъ. Этому опредѣленію долго мѣшали движенія сердца и сосудовъ, но новѣйшія видоизмѣненія аппаратовъ Moritz'емъ, Behn'омъ и др. позволяютъ въ настоящее время очень точное снятіе всего силуэта сердца. Всѣ эти аппараты построены на примѣненiи только однихъ отвѣсныхъ X—лучей. Въ точности этого способа можно убѣдиться на снимкахъ съ труповъ и металлическихъ предметовъ.

Для полученія снимка, человекъ кладутъ на спину, очертаніе сердца и сосудовъ наносится прямо на кожу груди карандашемъ при помощи аппарата Moritz'a, что можно сдѣлать въ систолѣ и діастолѣ и изъ сравненія чертежей измѣряются величины сердечныхъ экскурсій. Крайне важно изслѣдованіе у тучныхъ людей и эмфизематиковъ, гдѣ другіе методы не даютъ точныхъ результатовъ. Хорошъ этотъ методъ еще и тѣмъ, что онъ только одинъ даетъ точный снимокъ праваго предсердія, даже праваго желудочка при глубокомъ вдохѣ, а, главное, исключаетъ всякій субъективизмъ.

Проводя линію отъ яремной ямки до пупка, раздѣлимъ сердце на двѣ части. Слѣва этой линіи лежитъ лѣвый желудочекъ, справа правое предсердіе и желудочекъ. Величина лѣваго желудочка выражается поперечной линіей, проведенной отъ верхушки сердца до этой срединной линіи; величина праваго предсердія—также поперечной линіей отъ наиболѣе выпуклой части сердца до той же срединной линіи. Особенно цѣнны эти измѣренія, если они производятся повторно, нанося ихъ каждый разъ на бумагу и сравнивая рисунки на-кладываемъ другъ на друга. Такой способъ очень важенъ для наблюденія за больными.

Исслѣдованія Karfunkel'я (191) надъ трупами показали съ очевидностью, что опредѣленіе лѣвой и правой границы сердца по методу Levy Dorn'a и Moritz'a даетъ совершенно точные результаты.

Въ одномъ случаѣ смѣщенія сердца вправо рентгеноскопія позволила Th. Struppel'ю (347) съ совершенною точностью выяснитъ причины этого

Болезненныя измѣненія начались послѣ паденія съ высоты 13 метровъ. Послѣ принятія пищи, особенно жидкой, появлялся въ лѣвой половинѣ груди, которая была расширена, шумъ плеска и урчаніе

При рентгеноскопіи оказалось свѣтлое пятно въ лѣвой половинѣ груди, а введенный въ желудокъ зондъ (наполненный ртутью) замѣчался на экранѣ въ видѣ петли въ лѣвой половинѣ груди.

Этимъ былъ обезпеченъ діагнозъ грыжи и діафрагмы и выяснена причина смѣщенія сердца.

Излагая успѣхи рентгеноскопіи за послѣднее шестилѣтіе Albert-Schönberg (22) замѣчаетъ относительно опредѣленія аневризма аорты, что вначалѣ часто за эктазію принимали пульсирующую дугу аорты. Въ настоящее время, благодаря работамъ Holzknecht'a, выяснены отличительныя черты расширенія аорты. Однако и теперь начальныя стадіи развитія аневризмы опредѣляются рѣдко.

Вообще, по мнѣнію Hildebrand'a (162), слѣдуетъ къ результатамъ рентгеноскопіи аорты относиться очень осторожно, чтобы избѣгать возможныхъ діагностическихъ ошибокъ. Причиной ихъ служитъ встрѣчающееся и у здоровыхъ людей уклоненіе въ расположеніи дуги аорты, именно, если аорта лежитъ нѣсколько лѣвѣе, чѣмъ обычно, тѣнь ея становится больше и эту тѣнь можно по ошибкѣ счесть за аневризму. Другой поводъ къ ошибкамъ такого рода могутъ дать опухоли, развивающіяся въ средостѣніи.

По наблюденіямъ А. М. Королько (508) исслѣдованія лучами Röntgen'a имѣетъ весьма важное значеніе для распознаванія аневризмъ аорты и даетъ возможность отличить эту болѣзнь отъ различныхъ пораженій средостѣнія, легкихъ и пищевода. Очень затрудняютъ дыхательныя движенія, которыя, какъ извѣстно, сообщаются и шеѣ, головѣ, позвоночнику, рукамъ и органамъ брюшной полости. Если заставить человѣка учащенно глубоко дышать, то этимъ можно приостановитъ у него дыханіе на 1 минуту; такимъ вспомогательнымъ средствомъ и приходится пользоваться при исслѣдованіи лучами Röntgen'a. Чтобы лучше уловить оттѣнки на экранѣ слѣдуетъ передъ наблюденіемъ пребыть въ темнотѣ 10—15 минутъ, вслѣдствіе чего восприимчивость сѣтчатки къ свѣту увеличивается почти во 100 разъ. Докладчикъ показалъ больного, 54 л., который, считая себя совершенно здоровымъ, въ Іюнѣ вдругъ потерялъ голосъ. Нѣсколько мѣсяцевъ болѣзнь его оставалась не распознанной лечившими его врачами. Исслѣдованіе лучами Röntgen'a обнаружило ясно выраженную аневризму аорты.

По поводу этого доклада П. А. Яппа сдѣлалъ сообщеніе о больномъ съ значительными затрудненіями глотанія, при чемъ у него бывали промежутки, когда онъ могъ относительно гораздо лучше гло-

тать; за короткій сравнительно срокъ его 6 разъ зондировали. Бугорчатковое пораженіе верхушки легкаго; сердце увеличено, дуга аорты не увеличена; пульсъ съ обѣихъ сторонъ одинаковъ. Въ виду сомнѣній въ распознаваніи суженія пищевода больной былъ подвергнутъ изслѣдованію лучами Röntgen'a, которое обнаружило цилиндрическую аневризму нисходящей аорты. Больному была назначена желатина, послѣ чего глотаніе и самочувствіе стали улучшаться. Черезъ полгода больной перенесъ волокнинное воспаленіе легкихъ и въ послѣдствіе погибъ отъ бугорчатки легкихъ. Явленіями суженія пищевода не страдалъ.

Проф. В. А. Штанге отмѣтилъ трудность распознаванія аневризмъ аорты вообще, а особенно въ случаяхъ, дающихъ мало клиническихъ явленій, и важное именно здѣсь значеніе изслѣдованіе лучами Röntgen'a.

Относительно распознаванія заболѣваній артерій K ü m m e l (205) убѣжденъ, что рентгеноскопией можно легко опредѣлить артеріосклерозъ и прослѣдить его въ тончайшихъ развѣтвленіяхъ сосуда. Даже это удастся не только въ поверхностно лежащихъ артеріяхъ, но и во внутреннихъ органахъ.

Кардіографія.

A. Jaquet und R. Metzner (183) изслѣдовали больного съ врожденной щелью въ груди, уже передъ тѣмъ нѣсколько разъ разобраннаго другими изслѣдователями. Согласно съ мнѣніемъ Damsch'a, опубликовавшаго послѣднее изслѣдованіе больного, они признаютъ пульсирующее большое тѣло въ щели за *conus arteriosus* праваго желудочка. Начертаніе этой пульсация дало кривую, сходную съ кардіограммой.

Авторы воспользовались случаемъ, гдѣ можно было легко наблюдать движенія одной части сердца и рядомъ лежащей части начала артерій, для изученія продолжительности отдѣльныхъ фазъ сердечнаго сокращенія. Они подтверждаютъ данныя Hürthle'я, что первый тонъ совпадаетъ съ зубцомъ на поднимающемся колѣнѣ, а второй—съ началомъ опускающагося колѣна въ кардіограммѣ и что время напряженія (*Anspannungszeit*) съ начала систолы до вытеканія крови въ аорту продолжается около $\frac{3}{100}$ секунды. При положеніи больного на боку удавалось начертить черезъ щель и движенія праваго предсердія: для его систолы нужно около $\frac{15}{100}$ секунды.

Guido Bigi (410) дѣлаетъ нѣкоторыя замѣчанія относительно кардіограммъ. Время открытія клапановъ аорты не совпадаетъ съ верхушкою кардіограммы, а отдѣлено отъ нея на $\frac{1}{100}$ — $\frac{3}{100}$ секунды. Средняя скорость систолическаго поднимающагося плеча колеблется между 0,05—0,01 сек.; продолжительность его 0,02—0,22 сек. Мѣсто 2-го тона не удается точно локализовать на кардіограммѣ.

Перкуссия.

W. Ebstein (10) горячо рекомендуетъ пальпаторную перкуссію, при чемъ границы органовъ опредѣляются не по разницѣ звуковъ, а по противодѣйствію, оказываемому пальпаторному пальцу со стороны изслѣдуемыхъ тканей. Пользуясь этимъ методомъ опредѣляется очень точно расширение вправо сердца, что для обыкновенной перкуссіи нерѣдко дѣло совершенно невозможное. Также въ превосходствѣ этого способа убѣдился I. Grober для опредѣленія границъ перикардіальныхъ выпотовъ. Особенно цѣнны для выясненія значенія этого способа перкуссіи сердца наблюдения Moritz'a (254). Онъ сравнилъ данныя пальпаторной перкуссіи (перкуссія пальцемъ по пальцу, при чемъ первымъ наносились не короткіе удары, а болѣе продолжительные—сшупывающіе удары) съ ортодіаграфическими изслѣдованіями (помощью параллельныхъ X—лучей), которыя даютъ совершенно точную фигуру сердца.

Оказалось, что какъ правая, такъ и лѣвая границы сердца опредѣляются очень точно въ 68% случаевъ.

Правая граница сердца находилась обыкновенно нѣсколько справа праваго края грудины, а лѣвая—нѣсколько лѣвѣе сердечнаго толчка и при изгибѣ груди заходила еще болѣе кнаружи.

Для опредѣленія правой границы употреблялась сильная перкуссія, для лѣвой—слабая, а затѣмъ средней силы.

Для обыкновенной перкуссіи A. Гросгликъ рекомендуетъ „перкуторъ“. Онъ состоитъ изъ 3 частей: молоточка, плессиметра и ручки. Первый представляетъ стержень внизу съ резиною, который, благодаря пружинѣ, можетъ съ большей или меньшей силой (смотря по большому или меньшему поднятію) ударять по узкому плессиметру, прикрѣпленному къ ручкѣ. Такимъ способомъ постукиваніе на различныхъ мѣстахъ будетъ совершаться всегда съ одною опредѣленною силою и на очень ограниченномъ пространствѣ. Такой маленькій плессиметръ удержатъ руками безъ ручки нельзя. Помощью этого прибора автору удавалось открывать самыя незначительныя отклоненія въ звукѣ и опредѣлять очень точно границы органовъ. На послѣднемъ съѣздѣ польскихъ естествоиспытателей и врачей въ Краковѣ перкуторъ награжденъ золотою медалью.

D. M. Converse (83) совѣтуетъ при перкуссіи сердца пользоваться методомъ Rotin'a, состоящемъ въ томъ, что слабое постукиваніе производится по перпендикулярно опущеннымъ къ границамъ сердца линіямъ, по такъ наз. концентрическому методу. Вообще никогда не слѣдуетъ перкутировать по самому сердцу, а вокругъ его. Но и при этомъ способѣ никогда перкуторныя границы не совпадаютъ совершенно точно съ анатомическими.

Аускультативная перкуссія. На то мѣсто, къ которому прикасается изслѣдуемый органъ, по предложенію Runeberg'a¹⁾ ставится стетоскопъ, а вокругъ него, все болѣе и болѣе удаляясь, производятъ очень слабую перкуссію или поглаживаютъ кончикомъ пальца. Пока это происходитъ надъ органомъ, звукъ, появляющійся при этомъ,

¹⁾ Zeitschr. f. Klin. Med. т. 42, стр. 81.

совершенно ясенъ, и, кажется, какъ будто онъ происходитъ непосредственно передъ ухомъ; но, какъ только граница органа будетъ переступлена, звукъ пропадаетъ или уничтожается его свойство кажущагося близкаго его образованія. Очень легко совершается разграниченіе двухъ органовъ, содержащихъ газъ, которые при обыкновенной перкуссіи даютъ одинаковый по высотѣ ясный звукъ. Всего удобнѣе употреблять мягкій стетоскопъ, при чемъ легко слѣдить, гдѣ лежитъ граница органа и очертить ее самому выслушивающему.

М. Висс (67) пользуется для аускультативной перкуссіи исключительно стетоскопомъ (безъ верхняго расширенія), снабженнымъ резиноюю трубкою и ушною оливою. При легкой перкуссіи органа, надъ которымъ стоитъ стетоскопъ, слышится барабанный звукъ съ металлическимъ отгѣнкомъ (въ особенности при перкуссіи органовъ, содержащихъ газъ); за предѣлами органа звукъ становится глухимъ. При этомъ способѣ изслѣдованія очень легко опредѣляются границы легкихъ и сердца. Способъ этотъ хвалитъ Ed. Reichmann (294). Звуковыя разницы, получаемыя при этомъ между тѣмъ органомъ, надъ которымъ поставленъ стетоскопъ, и внѣ этого органа, значительно рѣзче, чѣмъ при обыкновенной перкуссіи. Но получаютъ особенно хорошіе результаты, если вмѣсто легкой перкуссіи употреблять вертикально поставленную реберчатую палочку (7 см. длины и 1 ширины), потирать по ней и выслушивать получаемыя при этомъ звуки. Часто слѣдуетъ вдавливать палочку въ изслѣдуемую часть: этимъ устраняется вліяніе напряженія кожи и звуки будутъ передаваться только черезъ тотъ органъ, который изслѣдуетъ.

Звуки, получаемыя при перкуссіи, I. Hoffmann (172) выслушиваетъ посредствомъ фонэндоскопа Bianchi и Smith'a

Аускультативную перкуссію всего удобнѣе производить въ лежачемъ положеніи субъекта.

При выстукиваніи внѣ границъ сердца слышенъ довольно ясный звукъ. Какъ только перкуторный ударъ попадаетъ въ область сердечнаго притупленія, сейчасъ же характеръ звука мѣняется тѣмъ, что къ нему присоединяется новый отгѣнокъ, такимъ образомъ слышатся какъ будто слоги Teck—Tock, если только вообще можно описать словами слуховыя ощущенія. Всего сильнѣе этотъ отгѣнокъ въ нижнихъ частяхъ сердца и слабѣе—въ верхнихъ.

Единственное, но незначительное затрудненіе при опредѣленіи границъ сердца посредствомъ аускультативной перкуссіи состоитъ въ усиленіи звука на груди, что можно принять за измѣненіе его характера. Но при небольшомъ навыкѣ это не можетъ вести за собой какой либо ошибки.

Выслушиваніе.

Sybulski (90) слѣлалъ наблюденія надъ примѣненіемъ фонэндоскопа для аускультатіи сердца. Тоны слышатся сильнѣе, чѣмъ при выслушиваніи чрезъ стетоскопъ, слабые шумы слышатся

нѣсколько слабѣе, а рѣзкіе—безъ измѣненія. Фонэндоскопъ не измѣняетъ ни свойства, ни тѣмбра звуковыхъ явленій сердца. Въ итогѣ своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ выводу, что если фонэндоскопъ и обладаетъ нѣкоторыми недостатками, однако вполне пригоденъ для аускультации.

Тоны сердца фотографировалъ Ant. Holowinski (175). Аппаратъ, съ которымъ онъ работалъ, состоялъ изъ четырехъ частей: 1) изъ микрофона или кардіофона, 2) изъ оптического телефона, диафрагма котораго давала ньютоновскія кольца, 3) изъ освѣщающаго приспособленія для этихъ колець, состоящаго изъ керосиновой лампы и магнетической лампы для ихъ фотографирования и 4) изъ вращающагося барабана, на которомъ наклеена была чувствительная къ свѣту бумага для снятія Ньютоновскихъ колець. Если данныя этого аппарата будутъ сравнены съ сфигмограммами сонной и лучевой артерій, возможно опредѣленіе времени напряженія (Spannungszeit), начинающагося съ первымъ тономъ и оканчивающагося съ открытіемъ аорты, а также опредѣленіе времени ризслабленія желудочка (со времени 2-го тона до времени открытія митрального отверстія).

Время напряженія опредѣлено у 8 субъектовъ: оно оказалось равнымъ 0,05—0,15 сек. У трехъ здоровыхъ людей при артеріальномъ давленіи въ 160 милл. ртуті оно оказалось около 0,06 сек.; при томъ же давленіи оно было равно 0,11—0,15 сек. у двухъ худыхъ и анемическихъ субъектовъ. У одной анемической больной (при 130 давленія) найдено было 0,006; у 3-хъ худыхъ субъектовъ при высокомъ давленіи (200 милл.) оказалось между 0,09 и 0,13 сек.

Господствовавшая до сихъ поръ теорія Bamberg'a о возникновеніи 6 тоновъ сердца была поколеблена работой R. Geigel'я, доказавшаго, что оба первыхъ тона, у верхушки и основанія, возникаютъ одновременно и потому первые тоны сосудовъ не могутъ происходить отъ напряженія ихъ стѣнокъ, такъ какъ оно наступаетъ значительно позже появленія тона въ верхушкѣ сердца. Такимъ образомъ, первые тоны возникаютъ стъ внезапной перемѣны состоянія стѣнокъ желудочковъ и движенія венозныхъ клапановъ. Для доказательства вѣрности этого ученія L. Vign (60) приводитъ одно клиническое наблюденіе, относящееся къ 56 лѣтней женщинѣ, страдавшей перикардитомъ и артеріосклерозомъ. У больной перемежающійся неправильный пульсъ. При экстрасистолѣ большею частію не было пульса ни въ аортѣ, ни въ сонной и лучевой артеріяхъ, но, не смотря на это, слышались совершенно ясно тоны, какъ у верхушки, такъ и у основанія сердца. Понятно, что о систолическомъ напряженіи аорты въ данномъ случаѣ не могло быть и рѣчи.

Раздвоеніе вторыхъ тоновъ, по наблюденіямъ С. С. Gibbes'a (143), происходитъ при измѣненіи въ относительной высотѣ кровяного давленія въ аортѣ и легочной артеріи. Закрытіе клапановъ появляется раньше на сторонѣ увеличеннаго давленія и это, по мнѣнію автора, этиологическое условіе для возникновенія удвоенія 2-го тона. Авторъ указываетъ въ своей работѣ только на случаи съ увеличеннымъ давленіемъ въ art. pulmonalis и основываетъ свою теорію на

анализъ обѣихъ звуковыхъ явленій, входящихъ въ составъ двойного тона, разбирая 1) мѣстность, въ которой слышенъ этотъ тонъ, 2) относительную громкость той и другой части тона, 3) мѣсто въ которомъ слышна наиболѣе сильно первая или вторая часть тона и 4) отношеніе двойного тона къ діастолическимъ шумамъ аорты и митрального клапана.

Шумы сердца. M. Prince (288) признаетъ, что митральное отверстіе окружено мускульнымъ кольцомъ, а не эластическими волокнами, какъ устье аорты.—Кольце это представляетъ продолженіе мышечнаго слоя, образуетъ сфинктеръ, который дѣйствуетъ только при опредѣленныхъ условіяхъ.

Изслѣдуя 73 субъектовъ во время ихъ волненій и вообще при неспокойномъ состояніи ихъ духа, авторъ въ 25 случаяхъ наблюдалъ появленіе систолическаго шума. При вторичномъ изслѣдованіи этихъ субъектовъ, когда не было причины имъ волноваться, шума не оказывалось.

Авторъ такого рода фактъ объясняетъ тѣмъ, что вслѣдствіе нервного возбужденія, наступаетъ сильное сокращеніе круговаго слоя мышцъ сердца, при чемъ поднимается настолько сильно кровяное давленіе, что сфинктеръ растягивается или не можетъ достаточно сократиться. Въ подобныхъ случаяхъ авторъ находилъ иногда сердечное притупленіе увеличеннымъ.

Такіе же неорганическіе шумы митрального клапана могутъ возникнуть при здоровомъ сердцѣ при значительномъ повышеніи кровяного давленія въ сосудахъ, напр. при нефритѣ или при уменьшенной работоспособности сердца при нормальномъ давленіи въ артеріяхъ, напр. при миокардитѣ, при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, особенно при дифтеритѣ.

Такимъ образомъ, возможенъ переходъ отъ фізіологической недостаточности двустворки къ патологической.

W. I. Penfold (273), изслѣдуя сердце у трехъ субъектовъ, наблюдалъ нечистый систолическій шумъ въ верхушкѣ сердца, но при вскрытіи не нашлось недостаточности митрального, а оказалась инсуфициенція трехстворчатого клапана (см. ниже о недостаточности трехстворки) и думаетъ, что шумы, наблюдаемые въ верхушкѣ сердца, не должны быть относимы всегда къ митральному клапану, но часто и къ трехстворчатому.

Пресистолическій шумъ въ верхушкѣ сердца происходитъ, по наблюденіямъ G. Gibbes'a (143), не только при стенозѣ лѣваго венознаго кольца. Уже Flint указалъ, что такой шумъ можетъ наблюдаться при недостаточности аортальныхъ клапановъ.

Gibbes признаетъ происхожденіе пресистолическаго шума при слѣдующихъ обстоятельствеахъ:

1) При срощеніи створокъ митрального клапана, а также при тромбахъ, растущихъ изъ предсердія и входящихъ въ венозное кольцо.

2) При расширеніи венознаго кольца, при здоровомъ и нормальномъ по величинѣ митральномъ клапанѣ.

3) При нормальной величинѣ венознаго кольца, но при шероховатостяхъ на митральномъ клапанѣ.

4) При недостаточности аортальныхъ клапановъ, какъ при совершенно нормальномъ венозномъ кольцѣ и его клапанѣ, такъ точно при расширенномъ кольцѣ, какъ при здоровомъ клапанѣ, такъ и при утолщеніи его створокъ.

5) Пресистолическій шумъ появляется, когда обратная волна можетъ ударить въ переднюю митральную створку или въ перегородку, если при этомъ существуетъ гипертрофія или расширеніе сердца.

Вообще при отсутствіи суженія венознаго кольца пресистолическій шумъ появляется при двухъ условіяхъ, крайне важныхъ, а именно: при гипертрофіи лѣваго желудочка, когда мышечные звуки усиливаются, и при нарушеніи компенсаціи, при чемъ появляется частичный асинхронизмъ и образованіе звуковъ во время діастолы.

Что пресистолическій шумъ при стенозѣ венознаго кольца происходитъ дѣйствительно во время сокращенія предсердія Н. Walsham (374) убѣдился при разсматриваніи движеній сердца на свѣтящемся экранѣ. Оказалось, что начало шума совпадало съ движеніемъ лѣвой границы сердца влѣво. А это происходитъ при сокращеніи предсердія.

Діастолическій шумъ аорты принято выслушивать во 2-мъ правомъ межреберьи. Н. W. Syers (249) рассказываетъ, что шумъ этотъ слышится громче въ этомъ мѣстѣ только въ 5% случаевъ, не больше, а во всѣхъ остальныхъ онъ наблюдается яснѣ всего на срединѣ грудной кости, надъ мечевиднымъ отросткомъ и еще во 2-мъ межреберьи слѣва, непосредственно у грудины. Нерѣдко этотъ шумъ бываетъ очень нѣженъ и пропускается, если только ищутъ его во второмъ межреберьи справа.

Діастолическій шумъ въ аортѣ наблюдалъ W. I. Penfold (273) у 23 субъектовъ, а недостаточность аортальныхъ клапановъ нашлась при вскрытіи лишь у троихъ.

Flint (1862 г.) указалъ, что при недостаточности аортальныхъ клапановъ можетъ, какъ выраженіе этого страданія, наблюдаться пресистолическій шумъ въ верхушкѣ сердца. Will. Sidn. Thayer (358) обратилъ вниманіе на этотъ Flint'овскій шумъ и убѣдился, что онъ встрѣчается значительно чаще, чѣмъ объ этомъ думаютъ. Въ 74 случ. недостаточности аортальныхъ клапановъ авторъ наблюдалъ въ 45 (въ 60, 8%) діастолическій шумъ въ сердечной верхушкѣ, не отличающійся отъ шума при стенозѣ лѣваго венознаго кольца. Шумъ этотъ въ большинствѣ случаевъ былъ пресистолическимъ, оканчивался 1-мъ тономъ или переходилъ въ систолическій шумъ. Въ 12 случаяхъ (26, 6%) при вскрытіи нашли дѣйствительно стенозъ лѣваго венознаго кольца при существующей недостаточности аортальныхъ клапановъ, въ 33-хъ же случаяхъ (73,3%) митральное отверстіе было нормально. Такимъ образомъ, въ очень многихъ случаяхъ недостаточности аорты былъ найденъ пресистолическій шумъ.

Огличить Flint'овскій шумъ отъ пресистолическаго шума иногда не возможно; нужно помнить, что первый оканчивается чаще продолжительнымъ тономъ и пульсъ оказывается высокимъ, сжачущимъ.

Въ трехъ случаяхъ недостаточности аортальныхъ клапановъ Drasche (107) наблюдалъ музыкальные шумы. Въ одномъ— шумъ былъ двойнымъ. Онъ происходилъ, какъ показало вскрытіе, вѣроятно, отъ колебанія оторваннаго кусочка клапана, свободно двигавшагося въ просвѣтѣ устья аорты. Въ другомъ случаѣ, также недостаточности аорты, шумъ, просуществовавшій извѣстное время, пропалъ. Можетъ быть, это произошло отъ прирашенія подобнаго же оторваннаго кусочка клапана. Въ 3-мъ случаѣ музыкальный характеръ шума былъ объясненъ напряженіемъ сухожильныхъ нитей. Но при вскрытіи они не были найдены.

Ercole Galvagni (139) сообщаетъ о музыкальныхъ шумахъ и приводитъ цѣлый рядъ относящихся сюда случаевъ.

По мнѣнію Н. D. Arnold'a (28), наблюденіе за шумами сердца при порокахъ сердца можетъ дать важныя точки опоры для сужденія о состояніи мускулатуры сердца. Сила шума не есть указатель тяжести заболѣванія. Если при расширенномъ сердцѣ появляется неслышимый прежде шумъ, или если слабый шумъ становится громкимъ, то это представляетъ очень благоприятный признакъ, указывающій на улучшеніе компенсаціи. Если пропадаетъ существовавшій шумъ, то это можетъ зависѣть какъ отъ улучшенія порока, такъ точно и отъ наступающей сердечной слабости. Всего болѣе подвержены измѣненіямъ шумы, происходящія въ лѣвомъ венозномъ отверстіи.

При его стенозѣ часто нѣтъ никакого шума вслѣдствіе того, что сила лѣваго предсердія недостаточна. Значеніе шума при недостаточности двустворки не всегда можно установить. Онъ можетъ зависѣть отъ неизлечимыхъ заболѣваній клапановъ или отъ проходящихъ заболѣваній мускулатуры. Митральный клапанъ отличается отъ аортальныхъ двумя важными особенностями, а именно: 1) вокругъ его нѣтъ того сильнаго развитія фиброзной ткани на мѣстѣ прикрѣпленія и величина этого кольца зависитъ отъ большаго или меньшаго растяженія мускульной стѣнки; 2) парусы двустворки сами по себѣ не представляютъ какого либо препятствія для обратнаго теченія крови, между тѣмъ какъ аортальные—значительнос. Препятствіе первой возникаетъ отъ chordae tendineae и папиллярныхъ мышць. Своимъ сокращеніемъ они вліяютъ на обратный токъ крови и, слѣдовательно, отъ силы ихъ напряженія зависигъ сила шума. Въ нормальномъ состояніи митральный клапанъ уже при систолѣ и шире при діастолѣ.

Систолическіе шумы при ревматизмѣ не всегда зависятъ отъ эндокардита, но они всегда указываютъ на недостаточность двустворки, которая можетъ произойти при здоровомъ клапанѣ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ шумы должны считаться анемическими—зависящими отъ расширенія отверстія; если же при этомъ имѣется жировое перерожденіе миокарда, то шумы, разумѣется, органическіе. Въ другихъ случаяхъ расширеніе мускула сердца зависитъ отъ подорваннаго питанія. Въ большинствѣ случаевъ анемическіе шумы слышатся и въ легочной артеріи.

Перикардіальные шумы. Въ одномъ случаѣ срощенія перикардія съ верхушкою сердца короткими перемычками, у 80 л. субъек-

та, страдавшаго маразмомъ, Drasche (107) наблюдалъ въ мѣстности сердечнаго толчка систолическій свистящій звукъ, похожій на тонъ колебанія скрипичной струны. Онъ усиливался при усиленіи сердечной дѣятельности и не измѣнялся отъ придавливанія стетоскопомъ выслушиваемаго мѣста и при разныхъ положеніяхъ субъекта. Въ мѣстности сердечнаго же толчка, кромѣ указанного шума, слышалась вибрація. Притупленіе сердечное не было увеличено, 2-й тонъ легочной артеріи не былъ акцентуированъ. Ближайшими причинами шума были, по мнѣнію автора, колебанія натягивающихся при систолѣ перемычекъ.

При выслушиваніи груди одного субъекта Binetti (52) наблюдалъ выдыхательный шумъ, синхроничный съ сокращеніями сердца. Этотъ шумъ настолько тяготилъ больного, что онъ изъ за него только обратился къ врачу. Въ данномъ случаѣ, дѣло шло о застарѣломъ плевритическомъ экссудатѣ туберкулезнаго происхожденія съ утолщеніемъ плевры, пролиферацией интралобулярной и перибронхіальной соединительной ткани, облитерацией многихъ легочныхъ альвеолъ и съ бронхіэктазіями. Кромѣ этого, имѣлась гипертрофія праваго желудочка, плевроперикардическія срашенія и облитерация многихъ легочныхъ капилляровъ. Эти измѣненія вызывали описываемый сердечно-легочный шумъ.

Выдыхательное движеніе воздуха во время систолы наблюдается и при нормальныхъ условіяхъ, но тогда оно бываетъ такъ ничтожно, что можетъ быть замѣчено только кардіопневмографомъ Landois или посредствомъ пламени манометра,

При физиологическихъ обстоятельствахъ это явленіе объясняется тѣмъ, что при систолѣ лѣваго желудочка артеріальная кровь еще не успѣла выйти изъ грудной клѣтки, тогда какъ венозная кровь и кровь праваго желудочка пошла въ малый кругъ. Такимъ образомъ, абсолютный объемъ массы крови, находящейся въ моментъ систолы въ груди, увеличивается, что вызываетъ выталкиваніе воздуха изъ легкихъ.

Если же существуетъ гипертрофія праваго желудочка, который съ силой гонитъ кровь въ легкія, уменьшенныя ателектазомъ, большую или ту же массу крови, какъ и раньше, при здоровомъ состояніи органа, то количество выталкиваемого воздуха должно быть значительно больше. Подобный же случай описанъ Herz'емъ (Wien. Klin. Wochenschr. 1901, № 11) подъ именемъ дыхательнаго пульса.

Приспособляемость и работоспособность сердечной мышцы.

Крайне важно было бы опредѣлять въ каждомъ данномъ случаѣ индивидуальныя особенности сердечной мышцы (Graupner, 144). Они у различныхъ людей чрезвычайно различны. Нѣкоторые выдерживаютъ, напр. многолѣтнее злоупотребленіе алкоголемъ, табакомъ, а у другихъ сравнительно болѣе невинныя вліянія обуславливаютъ измѣненія въ сердцѣ. При кровати больныхъ можно убѣдиться, какъ у иныхъ скоро яды ревматизма и вообще различнаго рода инфек-

ціонныхъ болѣзней поражаютъ сердце, а у другихъ—при многократныхъ заболѣваніяхъ сердце остается нетронутымъ.

Подъ вліяніемъ тяжелой работы развивается повышенное давленіе, которое дѣйствуетъ на сердце далеко неодинаковымъ образомъ, что зависитъ, какъ показалъ цѣлый рядъ наблюденій, не отъ анатомическихкихъ условій органа, а отъ тонуса его стѣнокъ. Сердце можетъ активно расширяться во время своей діастолы и увеличивать вмѣстимость своей полости, при чемъ двукратный, даже троекратный объемъ крови, находящейся въ ней, не вызываетъ сколько нибудь замѣтнаго повышенія кровяного давленія относительно нормы. Такого рода приспособляемость имѣетъ громадное значеніе при порокахъ сердца. Такъ, напр., при недостаточности аортальныхъ клапановъ діастолическое расширение лѣваго желудочка компенсируетъ первое время ненормальный притокъ крови изъ аорты и теченіе крови изъ лѣваго предсердія нисколько не затрудняется, почему и не образуется застоя въ маломъ кругѣ кровообращенія. Но какъ только наступитъ пассивное расширение или растяженіе лѣваго желудочка, которое всегда сопровождается ослабленіемъ его дѣятельности, какъ сейчасъ же кровообращеніе разстроится.

Способность сердца активно расширяться зависитъ отъ запасныхъ силъ въ сердцѣ, которыя колеблются въ очень широкихъ предѣлахъ. Чтобы приблизиться къ опредѣленію этихъ силъ, можно воспользоваться тою быстротою, съ какой наступаетъ утомленіе сердца при какой нибудь опредѣленной работѣ. Но, несомнѣнно, способъ этотъ не приложимъ къ субъектамъ съ слабымъ сердцемъ: онъ можетъ вести за собою нежелательныя вредныя послѣдствія. Поэтому Smith (334) рекомендуетъ точно опредѣлять величину сердца и выяснять минимальныя его размѣры. При сильной его работѣ оно расширяется, но очень не на долго, быстро приходитъ къ нормѣ. Быстрота возстановленія сердца можетъ служить мѣриломъ функциональной способности мышцы сердца. При потерѣ этой способности время возстановленія будетъ длиннымъ, не 10—15 минутъ, какъ при здоровомъ сердцѣ, а значительно долѣе или сердце даже не въ состояніи будетъ вернуться въ прежнее состояніе безъ терапевтическаго вмѣшательства.

Mendelsohn (238) мѣриломъ работоспособности сердца считаетъ способность его къ отдохновенію. Оно отдыхаетъ въ діастолѣ и чѣмъ рѣже систолы, тѣмъ отдыхъ сердца продолжительнѣе. Чѣмъ скорѣе учащенный пульсъ возвращается послѣ работы къ нормѣ, тѣмъ работоспособнѣе сердце.

При своихъ изслѣдованіяхъ авторъ убѣдился, что при здоровомъ сердцѣ, послѣ работы въ 100—200 килограмметровъ, учащенный пульсъ становится сейчасъ же нормальнымъ. При большей (200—500 км.) остается недолго учащеннымъ, падаетъ ниже нормы и минуты черезъ 2—3 послѣ этого получаетъ нормальную частоту. Послѣ работы болѣе, чѣмъ въ 500 килм, пульсъ остается учащеннымъ на болѣе долгій срокъ.

Болезное, малоработоспособное сердце послѣ работы въ 25—50 км. успокаивается очень нескоро.

Такимъ образомъ, опредѣленіе времени, въ теченіе котораго, послѣ опредѣленной работы, пульсъ возвращается къ нормальной частотѣ, будетъ мѣриломъ функциональной способности сердца.

2. Сосуды.

Частота пульса. Методы сосчитыванія.

R. Grünbaum (472) совѣтуетъ опредѣлять не количество ударовъ въ опредѣленное время, а опредѣлять время, необходимое для происхожденія 15 ударовъ по часамъ (Rennuhr), стрѣлка которыхъ показываетъ $\frac{1}{5}$ часть секунды. Способъ этотъ точнѣе обыкновеннаго.

Вмѣстѣ съ Amson'омъ авторъ (472) произвелъ наблюденія надъ колебаніемъ частоты пульса при механической работѣ. Учащеніе пульса наблюдается вмѣстѣ съ началомъ работы. Учащеніе рѣзче, если производится непривычная работа. Если послѣ кажущагося полнаго отдохновенія отъ тяжелой работы опять заняться ею, то пульсъ хотя не дѣлается чаще, чѣмъ въ 1-й разъ, но паденіе частоты послѣ окончанія работы происходитъ медленнѣе.

Urbantschisch (601) на себѣ лично изучалъ дѣйствіе давленія на разныя части тѣла на число пульсовыхъ ударовъ. Онъ нашель, что бинтованіе конечностей Эсмарховскимъ бинтомъ, также живота пятисантиметровымъ эластическимъ бинтомъ повышаетъ частоту пульса. У женщинъ и дѣтей корсетъ повидимому дѣйствуетъ подобнымъ же образомъ, такъ что не представляется не возможнымъ, что разница въ частотѣ пульса у женщинъ и мужчинъ отчасти зависитъ отъ нецѣлесообразной одежды.

У чахоточныхъ, по наблюденіямъ M. Fassin'a (123), частота пульса крайне неустойчива. Хотя и у здоровыхъ людей пульсъ ускоряется подъ вліяніемъ ѣды, душевныхъ волненій, тѣлесныхъ напряженій, однако ускореніе это едва замѣтно, а у чахоточныхъ достигаетъ значительной степени. Такъ, послѣ ѣды пульсъ можетъ ускоряться на 10 ударовъ въ минуту, послѣ прогулки—на 30. Особенно характерно неустойчивое ускореніе пульса для такъ наз. эретической чахотки, сопровождающейся частыми кровохарканіями, приливами и т. д. Ближайшая причина этого лежитъ въ состояніи центровъ, отравляемыхъ токсинами чахотки, въ прижатіи блуждающаго нерва опухшими лимфатическими железами. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ давленіи железъ можетъ наблюдаться и уменьшеніе частоты пульса.

Бугорчатый ядъ можетъ вызывать еще въ то время ускореніе пульса, когда нѣтъ видимыхъ проявленій чахотки. Такъ было у одного 30 л. мужчины. Пульсъ былъ постоянно болѣе 100. Исхуданіе было рѣзкое. И только черезъ годъ появились несомнѣнные признаки чахотки. По этому авторъ считаетъ учащеніе пульса, сопровождающееся исхуданіемъ (если только оно не можетъ объясниться какими либо другими заболѣваніями), за важный признакъ скрытой бугорчатки.

М. Heitler (484) замѣтилъ, что при поколачиваніи мѣстности сердечнаго толчка и печени пульсъ, бывшій до этого слабымъ, становился высокимъ и полнымъ и сердечное притупленіе уменьшалось. Но такого же рода измѣненія въ пульсѣ можно было получить при раздраженіи вообще кожи, костей, мускуловъ и т. д. Въ разные дни, у одного и того же субъекта и у разныхъ индивидуумовъ сила и выраженность явленія колебалась въ очень широкихъ границахъ. Первые раздраженія производятъ болѣе сильный эффектъ, чѣмъ послѣдующія.

Сфигмографы.

И. М. Левашевъ (523) устроилъ сфигмографъ, похожій на sphygmographe totalisateur Franc'a. Аппаратъ этотъ состоитъ изъ системы 2-хъ подвижныхъ въ отвѣсномъ направленіи рычаговъ, соединенныхъ между собой передачей; верхній рычагъ увеличиваетъ движенія нижняго; къ послѣднему на тоненькой оси прикрѣпленъ столбикъ, заканчивающійся круглой пластинкой, служащей для передачи свойственныхъ біеніямъ колебаній пальца; верхній рычагъ заканчивается пишущимъ перомъ. Fr. Francъ устанавливалъ пластинку сверхъ 1-го сустава пальца, тотчасъ послѣ сгиба. И. М. Левашевъ получалъ также хорошія кривыя, ставя ее прямо на ноготь, который служилъ естественной упругой подкладкой. Нижняя часть пальца покоится въ металлической формочкѣ, обтянутой резиной. Для правильности дѣйствія, пластинка, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, нагружалась свинцевыми кружками различнаго вѣса. Рычаги на осяхъ прикрѣплены къ колонкамъ, для удобства установки прибора движущимся вверхъ, внизъ, впередъ и назадъ. Пишущее перо заканчивалось или тонкой зостреной пластинкой для записи на копченой бумагѣ или тонкой стеклянной трубочкой-капилляромъ для записи краской на движущейся лентѣ бумага кимографа. Рука лица, у котораго желали снять кривую капиллярнаго пульса, должна имѣть наиболѣе спокойное положеніе, слегка согнутое предплечіе помѣшалось на штативѣ, прикрѣпленномъ къ столу, кисть укладывалась на какой-либо подкладкѣ, а указательный или средній палецъ помѣшались въ формочку прибора, на ноготь опускалась при помощи подвижныхъ колонокъ круглая пластинка, на которую накладывались по мѣрѣ надобности свинцовые грузы, которая передавала измѣненія объема конца пальца рычагамъ.

Имѣя въ виду чувствительность прибора Fr. Franc'a, простоту его устройства, удобство примѣненія на больномъ и возможность записывать кривыя на безконечной лентѣ кимографа, И. М. Левашевъ рѣшилъ видоизмѣнить его, чтобы записывать при помощи такой же системы рычаговъ пульсъ лучевой артеріи. Давленіе на артерію производилось помощью металлическаго цилиндра, заканчивающагося немногомъ вогнутымъ пелотомъ, который какъ бы верхомъ садится на лучевую артерію. Въ цилиндръ для сжиманія артеріи наливалось известное количество ртути, необходимое для полученія наиболѣе пра-

вильныхъ и высокихъ размаховъ пишушаго пера. Кривыя, полученныя этимъ приборомъ, совершенно тождественны съ получаемыми и другими сфигмографами, но имѣютъ то преимущество, что въ нихъ можно было судить о колебаніяхъ кровяного давления.

Langendorf (516) сообщаетъ сравнительныя изслѣдованія сфигмографа Marey'a и Dudgeon Jaquet'a, сдѣланныя по его порученію и подъ его руководствомъ кандидатомъ медицины Bätke. Оказалось, что при примѣненіи аппарата Marey'a получались кривыя при всякой частотѣ (до 150 и болѣе) пульса, подобныя нормальнымъ, безъ примѣси постороннихъ зубцовъ, но аппаратъ Jaquet чертилъ правильно только кривыя пульса ниже средней частоты. Уже при незначительномъ повышеніи числа пульсовыхъ ударовъ замѣтны были неправильности отъ колебаній самаго пишушаго аппарата, при еще большемъ учащеніи пульса получалась невѣроятная форма кривой. То же относится и къ аппаратамъ Dudgeon'a и еще больше къ дешевому сфигмографу Dudgeon-Richardson'a, въ которыхъ, къ сожалѣнію, пружина замѣнена подвижною тяжестью, что ведетъ къ возникновенію еще большихъ самородныхъ колебаній.

Н. О. Nicholson (261) оспариваетъ мнѣніе писателей, что будто бы пульсъ новорожденныхъ на сфигмограммѣ даетъ простой типъ кривой. По его наблюденіямъ, кривая представляетъ острую вершину, вторичная волна ясно замѣтна. Сфигмограмма не имѣетъ монотоническаго типа. Напротивъ, она скорѣе показываетъ свойства относительно-высокаго напряженія пульса. У совсѣмъ маленькихъ дѣтей форма кривой пульса можно сравнить съ кривой при стенозѣ аорты у взрослыхъ. Здѣсь тоже на лицѣ всѣ признаки высокаго пульсового напряженія. Дикротизмъ вполне выраженъ при рожденіи. Къ концу 1-го года жизни вершина пульсовой кривой дѣлается острѣе и вторичныя пульсовыя волны выраженнѣе, а пульсъ остается еще въ умѣренномъ высокомъ напряженіи. У дѣтей моложе года повышенія температуры не влекутъ за собою усиленіе дикротизма или гипердикротизма пульса.

И. В. Троицкій (597) сдѣлалъ докладъ о сфигмографіи дѣтей. Изложивъ литературу вопроса и вкратцѣ коснувшись современнаго ученія о пульсѣ, докладчикъ передалъ итоги собственныхъ наблюденій. Данныя представлены въ рядѣ сфигмографическихъ таблицъ соотвѣтственно различнымъ ступенямъ дѣтскаго возраста. Изслѣдованія производились помощью сфигмографа Dudgeon Richardson'a (который докладчикъ считаетъ наиболѣе пригоднымъ) надъ дѣтьми, не болѣвшими ни одной изъ тѣхъ болѣзней, которыя могли бы такъ или иначе вліять на кровеносную систему. Данныя докладчика приводятъ къ заключенію, что строго-научно и точно обставленныя наблюденія патологическихъ случаевъ дадутъ въ распоряженіе врача рядъ важныхъ признаковъ для распознаванія и предсказанія, какъ при болѣзненныхъ процессахъ, такъ и при клинической картинѣ нарушенія основныхъ законовъ физическаго развитія.

J. Grünberg (474) пишетъ о діагностическомъ значеніи сфигмограммъ при порокахъ сердца и заболѣваніяхъ сосудовъ и представля-

еть цѣлый рядъ кривыхъ, снятыхъ аппаратомъ Dudgeon'a. Наименѣе характерныя сфигмограммы получаются при недостаточности митрального клапана; но нерѣдко этотъ недостатокъ характерности можетъ быть признакомъ для діагноза. При стенозѣ лѣваго венознаго кольца — сфигмограммы даютъ низкую волну, аритмію, которая можетъ наблюдаться еще въ то время, когда мышца лѣваго желудочка еще не измѣнена. Высокая волна, съ крутымъ падающимъ плечомъ, съ маленькими вторичными возвышеніями характерна для недостаточности зортальныхъ клапановъ. Сфигмограмма эта рѣзко измѣняется при артеріосклерозѣ, при чемъ характерныя черты инсufficiенціи аорты пропадаютъ.

При стенозѣ аорты сфигмограммы обозначаются измѣненіями на поднимающемся плечѣ волны, которое идетъ далеко не такъ вертикально, какъ при всѣхъ другихъ порокахъ; закругляется къ вершинѣ и оказывается анакротическимъ. То же можно наблюдать при атеромѣ сосудовъ. При обѣихъ страданіяхъ на первомъ планѣ стоитъ медленность пульса (очень пологое паденіе падающаго плеча сфигмограммы).

Аппараты для измѣренія кровяного давленія. Выше былъ описанъ аппаратъ, предложенный И. М. Левашевымъ (523). Кривыя, полученные этимъ приборомъ, хотя тождественны съ получаемыми и другими сфигмографами, но имѣютъ, кромѣ того, тѣ преимущества, что въ нихъ можно судить о колебаніяхъ кровяного давленія не только по виду отдѣльныхъ пульсовыхъ волнъ, но и паденіямъ или повышеніямъ абсциссы.

Кромѣ этого аппарата имѣются и другіе. Большею распространенностью пользуются сфигмоманометръ Riva-Rossi, сфигмометръ Hill'я и Barnard'a, тонометръ Gärtner'a, приборъ Basch'a.

Устройство этихъ приборовъ и способъ изслѣдованія будутъ понятны изъ слѣдующаго:

Сфигмоманометръ Riva-Rossi состоитъ изъ трехъ частей, соединенныхъ трубками вмѣстѣ: манометра, резиннаго рукава и двойнаго баллона для вдунанія воздуха. Рукавъ сдѣланъ изъ резинового мѣшка, длиною 40, и шириною около 4 сент. При измѣреніи давленія накладываютъ резиновый рукавъ вокругъ середины плеча и укрѣпляютъ его свободные концы посредствомъ зажима. Затѣмъ начинаютъ посредствомъ баллона нагнетать воздухъ въ рукавъ; стѣнки его шаровидно выпячиваются и сжимаютъ мягкія части плеча. При этомъ слѣдятъ за пульсомъ: какъ только онъ исчезнетъ, уменьшаютъ давленіе въ рукавѣ; какъ только пульсъ появится, отмѣчаютъ стояніе ртути въ манометрѣ. Цифра эта будетъ выражать высоту кровяного давленія.

Приборъ Hill'я и Barnard'a состоитъ изъ кожаннаго браслета, который надѣвается на плечо и внутри котораго прикрѣплена длинная резиновая подушечка. Когда браслетъ надѣтъ, эта подушечка почти охватываетъ плечо. Подушечка эта сообщается съ воздушнымъ насосомъ и съ металлическимъ манометромъ. При накачиваніи воздуха въ браслетъ стрѣлка манометра начинаетъ дѣлать пульсаторныя движенія и при ихъ maximum'ѣ давленіе, показываемое манометромъ, будетъ соответствовать среднему давленію въ артеріяхъ. Повышая давленіе

въ браслетѣ, увидимъ, что пульсаторныя движенія становятся слабѣе и, наконецъ, исчезнуть совсѣмъ. Тогда уменьшаютъ давленіе до тѣхъ поръ, пока движенія стрѣлки опять достигнутъ maximum'a. Въ этотъ моментъ пробѣрается полученная ранѣе цифра давленія.

Похожіи на приборъ Riva-Rocci, Hill'я и Barnard'a устроилъ Н. v. Recklinghausen (562). Резиновая муфта съ двойными стѣнками, внѣшняя сторона которой закрыта жестяной оболочкой, наполняется водою до тѣхъ поръ, пока на нижележащей части не пропадаетъ пульсъ артерій. Муфта одѣвается на плечо, предплечіе и т. д. Вода накачивается насосомъ. Подобная манжетка сообщается манометромъ или записывающимъ давленіе аппаратомъ посредствомъ трубки. Существеннымъ свойствомъ этой манжетки является ея ширина (около 15 сант.), такъ какъ главный недостатокъ прежнихъ заключался въ малой площади изслѣдованія, отчего происходили значительныя ошибки. Авторъ доказываетъ возможность быстро и точно такимъ способомъ измѣрять максимальное давленіе пульса въ большихъ артеріяхъ человѣка и пригодность аппарата какъ для клиническихъ, такъ и для физиологическихъ цѣлей.

Тонометръ Gärtner'a состоитъ изъ металлическаго кольца въ 1 сант. вышиною и 2,5 въ поперечникѣ, имѣющаго въ стѣнкѣ припаянную металлическую трубку; къ внутренней стѣнкѣ кольца прилегаютъ сплошная резиновая перепонка. При увеличеніи давленія эта перепонка вытягивается и если кольцо будетъ надѣто на палець, то сдавливаетъ сосуды. Передъ надѣваніемъ кольца палець долженъ быть обезкровленъ, этого достигаютъ тѣмъ, что на палець накатывается узкое гуттаперчевое кольцо, отрѣзанное отъ достаточно узкой гуттаперчевой трубки.

Нагнетая воздухъ въ пространство между металлическимъ кольцомъ и гуттаперчевою перепонкою, разрѣзываютъ гуттаперчевое кольцо, которое было употреблено для обезкровливанія пальца, уменьшаютъ давленіе металлическаго кольца, выпуская изъ него воздухъ, замѣчаютъ, когда палець изъ блѣднаго и безкровнаго сдѣлается пурпуровокраснымъ. Въ это время отмѣчаютъ стояніе ртутнаго столба, которое будетъ соответствовать боковому кровяному давленію въ ладонной дугѣ.

Сравнительныя изслѣдованія посредствомъ этого аппарата и Basch'евского были сдѣланы К. Hirsch'емъ (491) и Sommerfeld'омъ (587). Между тѣмъ какъ первый предпочитаетъ мѣрить кровяное давленіе Basch'евскимъ аппаратомъ, второй—тонометромъ Gärtner'a.

Л. И. Усковъ (602) сдѣлалъ сравнительныя изслѣдованія всѣми указанными приборами. Что касается сфигмоманометра Riva-Rocci и сфигмометра Hill'я и Barnard'a, то они очень похожи другъ на друга и отличаются лишь способомъ опредѣленія кровяного давленія. При изслѣдованіи сфигмоманометромъ Riva-Rocci отмѣчается стояніе ртути во время появленія пульса, при чемъ, такъ какъ это время легко уловить пальцемъ, все изслѣдованіе производится быстро и не имѣется времени для образованія венныхъ застоевъ. Совершенно

обратное наблюдается при употреблении сфигмометра Hill-Barnard'a: здѣсь, какъ извѣстно, кровяное давленіе опредѣляется по наибольшимъ пульсовымъ колебаніямъ стрѣлки; но, во 1-хъ, быстро сдѣлать этого нельзя, такъ какъ требуется прослѣдить цѣлый рядъ послѣдовательныхъ колебаній стрѣлки, прежде чѣмъ будетъ достигнута наибольшія для данной величины кровяного давленія; во 2-хъ, при быстрыхъ и большихъ размахахъ (недостаточности заслонки аорты) совсѣмъ нельзя разобрать въ стояннй стрѣлки, а потому приходится уменьшать стягиваніе кольца, чтобы ослабить колебаніе стрѣлки (Яроцкій). Въ такомъ хлопотливомъ налаживаніи прибора проходитъ много времени и образуются венные застои, измѣняющіе величину давленія. При тонометрѣ Gärtner'a не только не можетъ быть рѣчи о венныхъ застояхъ, но появленіе красноты легко отмѣчается зрѣніемъ (Sommerfeld, Членовъ и др.), такъ что изслѣдованіе заканчивается очень быстро и субъективная ошибка совершенно исключается.

Мѣсто приложенія и способъ сдавленія артерій въ первыхъ двухъ приборахъ одинаковъ. Въ сущности отъ нихъ мало отличается и тонометръ Gärtner'a: тотъ же рукавъ, замѣненный здѣсь пневматическимъ кольцомъ; разница лишь въ томъ, что послѣднимъ сдавливаются мелкія пальцевыя артеріи, тогда какъ первыми двумя плечевыя. Способъ сдавливанія артерій, крайне хлопотливый при приборѣ v. Basch'a, здѣсь доведенъ до крайней простоты. Особенно удачно устроенъ резиновый рукавъ Riva-Rocci, точно держашійся на одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, тогда какъ пневматическое кольцо и, повидимому, металлическое кольцо Hill-Barnard'a по окончаніи изслѣдованія, могутъ мѣнять мѣсто; но все же, по сравненію съ v. Basch'евскимъ пелотомъ, эти кольца находятся въ болѣе постоянныхъ соотношеніяхъ къ сдавливаемой артеріи и, удерживаясь чисто механически, не требуютъ никакихъ утомляющихъ вниманіе дѣйствій.

Передача пневматическаго давленія на артеріи во всѣхъ приборахъ обуславливается яйцевиднымъ выпячиваніемъ резиновой перепонки; при чемъ требуется, чтобы не происходило растяженія резины или сдавленія мягкихъ частей, лежащихъ подъ нею, такъ какъ въ 1-мъ случаѣ получились бы высшія цифры давленія, а во 2-мъ низшія. Эти условія въ совершенствѣ выполняются при изслѣдованіи сфигмоманометрами v. Basch'a и Riva-Rocci, тогда какъ металлическія кольца Gärtner'a и Hill-Barnard'a не всегда можно вполне точно приладить къ объему изслѣдуемой части, такъ какъ размѣры металлической оправы въ приборѣ Gärtner'a не мѣняются совсѣмъ, а въ приборѣ Hill-Barnard'a лишь до извѣстной степени. Во всякомъ случаѣ несоответствіе размѣровъ изслѣдуемой части съ кольцомъ вызываетъ или растяженіе резины или сдавленіе мягкихъ частей. Особенно много неудобствъ въ этомъ отношеніи представляетъ кольцо Gärtner'a, такъ какъ объемъ пальцевъ колеблется въ большихъ размѣрахъ—этимъ, вѣроятно, и объясняются различныя цифры давленія, полученныя на отдѣльныхъ пальцахъ; такъ по Sommerfeld'у давленіе на различныхъ пальцахъ колеблется отъ 108 до 122 мм. ртутя, а по Hirsch'у разница въ давленіи доходитъ отъ 10 до 25 мм. ея. Во избѣжаніе

этого Gärtner и Sommerfeld совѣтуютъ измѣрять давленіе всегда въ одномъ и томъ же пальцѣ, а Weiss предлагаетъ имѣть различной величины кольца. Но и резиновый рукавъ Riva-Rocci слѣдуетъ накладывать тщательно, чтобы не было ни слишкомъ сильного, ни слишкомъ слабого стягиванія, въ противномъ случаѣ можетъ произойти ошибка, достигающая, по Gumprecht'у, до 20 mm. ртuti.

Цѣлымъ рядомъ наблюденій Л. И. Усковъ убѣдился, что приборъ Riva-Rocci даетъ правильное представленіе о состояніи кровяного давленія. Тогда онъ сталъ провѣрять тонометръ Gärtner'a; для этой цѣли онъ слѣлалъ рядъ параллельныхъ наблюденій надъ этими приборами. Всего слѣлано 100 измѣреній.

Въ большинствѣ случаевъ съ увеличеніемъ давленія въ лучевой артеріи возрастало давленіе и въ пальцевой и обратно. Только при рѣзкихъ уклоненіяхъ въ величинѣ периферическихъ сопротивленій и упадка сердечной дѣятельности этого соотвѣтствія не было. Объясняется это тѣмъ, что цифры давленія, получаемыя сфигмоманометромъ Riva-Rocci, измѣняются въ зависимости отъ силы сокращенія лѣваго желудочка, тогда какъ цифры давленія тонометра Gärtner'a, главнымъ образомъ, зависятъ отъ величины периферическихъ сопротивленій, именно, съ уменьшеніемъ послѣдней цифры давленія увеличиваются и наоборотъ. Это обстоятельство обуславливаетъ неодинаковую разницу въ показаніяхъ обоихъ приборовъ и служитъ важнымъ распознавательнымъ признакомъ при оцѣнкѣ работы сердца.

Въ виду такого большого значенія одновременнаго примѣненія обоихъ приборовъ, у Л. И. Ускова возникла мысль соединить ихъ въ одинъ; съ этою цѣлью посредствомъ Т-образной трубочки пневматическое кольцо Gärtner'a было включено въ систему трубокъ сфигмоманометра Riva-Rocci и измѣреніе производилось послѣднимъ. Вставленные между Т-образной трубкой и резиновымъ рукавомъ съ одной стороны, и пневматическимъ кольцомъ съ другой, два крана позволяли, по желанію, разобщать то 1-е, то 2-е приспособленіе для измѣренія давленія. Воздухъ нагнетался двойнымъ баллономъ, которымъ давленіе соразмѣряется лучше, чѣмъ однимъ баллономъ Gärtner'a.

На основаніи вышеизложеннаго Усковъ приходитъ къ тому заключенію, что сфигмоманометръ Riva-Rocci и тонометръ Gärtner'a принадлежать къ точнымъ приборамъ и вполне пригодны для клиническихъ изслѣдованій, особенно при совмѣстномъ употребленіи. Однако послѣдній приборъ обладаетъ большими недостатками, чѣмъ первый. Главный же недостатокъ обоихъ этихъ приборовъ—ихъ малая портативность.

Условія, вліяющія на высоту кровяного давленія. И. М. Левашевъ (523) изслѣдовалъ, пользуясь своимъ сфигмографомъ, вліянія дыхательныхъ движеній. При этомъ онъ получалъ довольно разнорѣчивыя данныя, если не принималъ во вниманіе слѣдующихъ условій: спокойное (поверхностное) дыханіе, быстрый глубокой вдохъ и выдохъ, медленное глубокое вдыханіе съ остановкою въ концѣ и такое же выдыханіе и т. п. Все это различнымъ образомъ

вліяеть на кривую пульса. При покойномъ дыханіи во время вдоха линия кривой слегка приподымается, отдѣльныя пульсовыя волны увеличиваются, вторичныя волны бывають сильнѣе выражены и отодвинуты дальше отъ вершины; выдохъ, наоборотъ, понижаетъ кривую, уменьшаетъ самыя волны и придвигаетъ вторичную волну ближе къ вершинѣ. Такимъ образомъ, вдохъ при покойномъ дыханіи повышаетъ кровяное давленіе, выдохъ понижаетъ его.

Въ началѣ глубокаго вдоха вся линия пульсовой кривой остается на одной высотѣ или нѣсколько повышается, затѣмъ слѣдуетъ довольно большое паденіе. Отдѣльныя пульсовыя волны въ началѣ мало измѣняются, затѣмъ становятся то болѣе высокими, то болѣе низкими; нисходящая линия дѣлается болѣе пологой, восходящая на глубинѣ вдоха понижается; вторичная волна подвигается ближе къ вершинѣ. Такимъ образомъ, глубокій вдохъ понижаетъ кровяное давленіе и слѣд. нельзя отрицать того, что отрицательное колебаніе давленія при вдыханіи непосредственно затрудняетъ выступленіе крови изъ грудной полости. При выдохѣ кровяное давленіе постепенно повышается до нормы.

Sommerfeld (587), работая съ тонометромъ, убѣдился, что кровяное давленіе колеблется у здороваго между 100 и 130 мм. ртутн. Болѣе высокія цифры попадались у нервныхъ, особенно у неврастениковъ.

Въ противоположность Zadek'у авторъ нашель увеличеніе давленія послѣ фды, при чемъ учащеніе пульса не обязательно, что происходитъ отъ поступленія пищевыхъ соковъ въ потокъ крови. Холодъ понижаетъ кровяное давленіе, такъ какъ сокращеніе сосудовъ имѣеть послѣдствіемъ увеличеніе препятствій въ кровообращеніи. То же происходитъ при сбергываніяхъ послѣ купанія, вызывающихъ потъ, такъ какъ потъ, облегчаетъ сосудистую систему, вслѣдствіе потери жидкости, почему при систолѣ выбрасывается меньше крови. При небольшихъ мышечныхъ напряженіяхъ, когда еще пота нѣтъ, пульсъ учащается и кровяное давленіе повышается, благодаря болѣе энергичнымъ сокращеніямъ сердца.

Queirel и G. Reunaud (558) занимались вопросомъ объ артеріальномъ давленіи во время беременности, родовъ и послѣ нихъ, какъ въ нормальныхъ, такъ и въ патологическихъ случаяхъ. Изъ ихъ изслѣдованій видно, что давленіе это къ концу беременности понижается, во время родовъ повышается, а по выходѣ плода быстро падаетъ; послѣ родовъ 4—5 дней держится высоко, затѣмъ, постепенно падая, доходитъ до обычныхъ 15—16 стм. ртутн. Давленіе повышается при истеріи, эклампсіи и содержащей бѣлокъ мочѣ; понижается—при выкидышѣ, кровотеченіи и многоводіи (hydramnion).

По изслѣдованію O. Fellner'a (124), сдѣланнымъ тонометромъ Gärtner'a, оказывается, что во время беременности кровяное давленіе стоитъ почти въ границахъ нормы, во время родовъ оно достигаетъ высшей степени во время схватки и понижается въ паузѣ. Съ разрывомъ пузыря давленіе нѣсколько падаетъ. Выше всего оно при прорѣзываніи головки. Непосредственно послѣ рожденія кровяное

давленіе падаєть далєко ниже нормы. Послѣ родовъ оно падаєть при сокращеніяхъ матки и поднимается въ промежуткахъ между ними. Въ послѣродовомъ періодѣ оно поднимается до 3-го дня, потомъ оно постоянно падаєть.

При кормленіи грудью пульсъ и давленіе поднимаются и падаютъ тотчасъ послѣ него, а потомъ постепенно поднимаются опять.

У чахоточныхъ, по наблюденіямъ John'a (501), въ начальной стадіи развитія страданія кровяное давленіе не измѣняется. Паденіе наблюдается вмѣстѣ съ паденіемъ вѣса и съ уменьшеніемъ силъ больного. По этому авторъ считаєть паденіе давленія за дурной прогностическій признакъ. Однако ниже 70 mm. авторъ не наблюдалъ ни разу. Причина паденія лежитъ въ сосудорасширяющемъ вліяніи бугорковаго яда, который начинаетъ дѣйствовать лишь тогда, когда онъ накопляется давно и въ большемъ количествѣ. Кромѣ этого, болѣе жидкая кровь чахоточныхъ не способна достаточно питать сердечную мышцу, почему оказывается уменьшеніе его способности къ работѣ.

Повышеніе кровяного давленія у чахоточныхъ John наблюдалъ только при осложненіи нефритомъ.

А. И. Яроцкій (617), работая съ аппаратомъ Hill'я и Barnard'a, получилъ среднюю воличину кровяного давленія на плечевой артеріи у взрослога человѣка въ сидячемъ положеніи 110—130 mm.

Среди цифръ автора самое низкое кровяное давленіе наблюдалось у молодого человѣка, 17 лѣтъ, съ крупозною пневмонією—во время кризиса—60 mm. Давленіе въ 66 mm. наблюдалось у беременной женщины, 26 л., на 7-й день крупознаго воспаленія легкихъ. Въ случаѣ тяжелаго общаго перитонита, при слабомъ нитевидномъ пульсѣ, давленіе было 72 mm. Также 72 mm. было кровяное давленіе въ случаѣ тяжелаго и злокачественнаго малокровія (отъ широкаго лентеца: красныхъ кровяныхъ шариковъ 400000, гемоглобина 10⁰/₁₀₀ (1)).

Низкія цифры кровяного давленія наблюдались также въ третьемъ періодѣ туберкулеза легкихъ.

Наоборотъ, наиболѣе высокія цифры наблюдались при нефритѣ. Напримѣръ, у больной, 27 лѣтъ, съ увеличеннымъ, неправильно и ускоренно работавшимъ сердцемъ, съ отеками и съ 3¹/₄⁰/₁₀₀ бѣлка по Эссбаху, кровяное давленіе было 160 mm.

Высокія цифры наблюдались въ двухъ случаяхъ выпотного плеврита. При этомъ страданіи, возникшемъ на почвѣ интерстиціального воспаленія легкихъ, при температурѣ 39° (безъ бѣлка въ мочѣ), 22 ноября кровяное давленіе было 130 mm., 23-го 160 mm. и 24 Ноября 154 mm.

Въ другомъ случаѣ очень большого выпотного плеврита, у очень крѣпкаго молодого субъекта, которому пришлось сдѣлать цѣлый рядъ высасываній, наблюдались такія цифры: 26 Ноября до пункции у больного было 128 mm., 27 на другой день послѣ высасыванія 114 mm., 29-го Ноября—120 mm., 4 Декабря, послѣ новой пункции—114 mm.

¹⁾ Въ этихъ четырехъ случаяхъ кровяное давленіе опредѣлялось, вслѣдствіе слабости больныхъ, въ лежачемъ положеніи. Во всѣхъ же дальнѣйшихъ случаяхъ—въ сидячемъ.

Сравнительно высокое кровяное давление наблюдалось въ случаѣ свинцовой колики. Такъ, у больного, 23 лѣтъ, кровяное давление было 120 mm.

При артеріосклерозѣ кровяное давление было въ 114—120 mm.

Въ случаяхъ крупозной пневмоніи, осложненной инфлюенцей, кровяное давление колебалось у отдѣльныхъ больныхъ и во время отдѣльныхъ наблюдений отъ 78—114 mm.

При работѣ съ приборомъ Hill'я и Barnard'a случаи съ очень слабымъ неправильнымъ пульсомъ не представляли затрудненій. Самыми трудными, наоборотъ, являлись случаи недостаточности полулунныхъ клапановъ аорты, когда стрѣлка на очень большомъ протяженіи циферблата производитъ большіе размахи и очень трудно рѣшить, гдѣ же приходится maximum.

Обыкновенно опредѣлить величину кровяного давления удавалось съ точностью до 5 mm.; иногда казалось, что можно съ увѣренностью опредѣлить ее съ точностью до 2,5 mm. Вообще самымъ труднымъ въ этомъ способѣ является опредѣленіе того пункта, гдѣ стрѣлка совершаетъ maximum своихъ размаховъ, такъ какъ и вообще размахи стрѣлки сравнительно незначительные.

Здѣсь лежитъ источникъ извѣстнаго субъективизма въ опредѣленіи. Но, кажется, что источникъ ошибки при этомъ способѣ далеко не такъ вреденъ въ конечномъ результатѣ, чѣмъ, напр., при способѣ v. Basch'a.

Schott (576) изслѣдовалъ кровяное давление у сердечныхъ больныхъ во время бальнео-гимнастическаго леченія. Оказывается что кровяное давление повышается—разъ существуетъ сердечное заболѣваніе, при которомъ показанъ этотъ методъ леченія. Совсѣмъ иные результаты получаются при такихъ заболѣваніяхъ сердца, гдѣ существуетъ высокая степень артеріосклероза или далеко зашедшій міокардитъ, при аневризмахъ сердца или аорты, служащихъ противопоказаніемъ, по автору, для этого метода леченія. При нихъ замѣчается пониженіе послѣ купанія и гимнастики. Если при анеміи, или Cheyne—Stokes'овскомъ феноменѣ существуетъ ненормально высокое давление, то замѣчаютъ пониженіе тонометрическихъ чиселъ при бальнео-гимнастической терапіи.

И. М. Левашевъ (523) изслѣдовалъ вліяніе на кровяное давление подкожнаго впрыскиванія эфирной настойки валеріаны. Оказалось, что оно очень быстро повышается, при чемъ повышение это движется короткое время, затѣмъ давление постепенно возвращается къ нормѣ. Вѣроятно, средство это, какъ возбуждающее сердечную дѣятельность, дѣйствуетъ только эфиромъ и потому для болѣе длительного возбужденія ея едва ли примѣнимо.

Вены.

Arturo Lanzerini (517) наблюдалъ отрицательный пульсъ v. saphenae internaе у одного 59 л. субъекта, страдавшаго недостаточностью митральнаго и аортальныхъ клапановъ и суженіемъ аорты.

Vena saphena была видна подъ кожею въ видѣ шнурка, въ 8 mm. шириною, начиная съ того мѣста, гдѣ вена переходила черезъ среднюю приводящую мышцу, чтобы взойти въ Scarp'овскій треугольникъ, и оканчивалась утолщеніемъ нѣсколько ниже паховой складки. При горизонтальномъ положеніи больного вена пульсировала, при чемъ расширеніе вены предшествовало діастолѣ артерій. При стояннн больного біенія не было. Вскрытіе показало, что vena saphena была 17 mm. въ окружности, вверху расширялась какъ груша; заслонки въ ней, относительно ея просвѣта, были очень невелики. Lanzerini думаетъ, что пульсъ вены являлся результатомъ отрицательнаго давленія въ бедряной венѣ. Появленію пульса благопріятствовало оплотнѣніе венъ конечностей (которое было найдено при аутопсіи). Порокъ же сердца, если и имѣлъ вліяніе на образованіе пульса, то только вторичное.

(Продолженіе слѣдуетъ).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

І. Книги и монографіи.

А. Оригинальныя.

**Лошиловъ П. А. О санитарныхъ условіяхъ кожевеннаго производства въ Нижегородской губ. Н.-Новгородъ 1902 г.

**Мерингъ М. М. О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва». Казань. 1902 г.

**Оглавленіе и алфавитный указатель къ первымъ десяти томамъ протоколовъ Московскаго Венерологическаго и Дерматологическаго О.-ва. (Годы 1891/92 по 1900/901). Москва. 1902 г.

**Отчетъ по приѣмному покою О.-ва Кременчугскихъ врачей за 1898 г. Кременчугъ. 1902 г.

**Полумордвиновъ Д. О чувствительныхъ нервныхъ окончаніяхъ въ мышцахъ произвольнаго движенія. Казань. 1902 г.

**Онъ-ж с. Концевой нервный аппаратъ электрическихъ органовъ ската. Казань. 1902 г.

**Протоколы засѣданій и Труды О.-ва Естествоиспытателей при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ. Варшава. 1902 г.

**Протоколы Ковенскаго Медицинскаго О.-ва. 1902 г.

*Разшевскій. Замѣтки по фармакологіи для фельдшеровъ. СПб. 1902 г. ц. 1 р. 20 к.

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

**Сборникъ докладовъ и отчетовъ Врачей санитарнаго надзора Казанскаго Округа путей Сообщенія. СПб. 1902 г.

**Труды О-ва Дѣтскихъ Врачей состоящаго при Московскомъ Университетѣ. 1901—1902 г.

**Труды О-ва Русскихъ Врачей г. Одессы. Вып. 4. Одесса. 1902 г.

**Труды Одесскаго Отдѣла Русскаго О-ва охраненія народнаго здравія. Вып. 3. СПб. 1902 г.

**Труды Физико-Медицинскаго О-ва учрежденнаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ въ 1804 г. 1901 и 1902 г.

Б. П е р е в о д н ы я.

*Coldzieher. Терапія глазныхъ болѣзней. СПб. 1903 г. ц. 2 р. 50 к.

*Кадьянъ. Поврежденія и хирургическія заболѣванія кишекъ и брыжейки СПб. 1903. ц. 1 р. 50 к.

*Краерелин. Введеніе въ психіатрическую клинику. 30 лекцій. СПб. 1902 г. ц. 1 р. 50 к.

*Lesser. Ученіе о наследственномъ сифилисѣ. СПб. 1902 г. ц. 15 к.

*Mann и Bernhardt. Электротерапія СПб. 1903 г. ц. 1 р.

*Schlech. Болѣзни полости рта, зѣва и носа. СПб. 1903 г. ц. 2 р. 50 к.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1902 г. №-10. 11.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1902 г. Кн. 9.

**Больничная Газета Боткина. 1902 г. №-39—Араповъ А. Б. Къ вопросу о страхованіи нисшаго больничнаго персонала на случай заболѣванія, инвалидности и смерти—Петровъ Н. В. Объ образованіи хрящевой и костной ткани въ миндалевидной железѣ (окончаніе).—Велямовичъ В. Ф. Удвоенный сифились и сифилитическая наследственность (Продолженіе).—Рудзкій. Студенты-медики въ Краковѣ.

№-40.—Васень В. А. Два случая беременности двойнями при разрушеніи одного плода въ трубѣ, а другого въ нормальномъ плодовмѣстилицѣ.—В. I. Муравскій. Къ казуистикѣ remphigus vegetans.—Бурлаковъ В. М. О благотворномъ дѣйстви хинина при febris puerperalis.—Велямовичъ В. Ф. (Окончаніе) —

№-41.—Широкогоровъ И. И. Endothelioma серозныхъ оболочекъ.—Гундлеръ Р. И. Случай язвеннаго холецистита при брюшномъ тифѣ съ прободеніемъ въ брюшину.

№-42.—Щепинскій А. А. Къ вопросу о леченіи суставного и мышечнаго ревматизма по способу д-ра Bourdet.—Либихъ Ф. Ф. Два случая двусторонняго раненія плевры.—Чулковъ И. Къ статьѣ д-ра Диманта «Городская виѣбольничная бесплатная врачебная помощь въ Москвѣ въ связи съ вопросомъ объ организаціи ея на VIII. Пироговскомъ съѣздѣ.

№-43.—Чистовичъ Ф. Я. Запустѣніе и гіалиновое перерожденіе Мальпигіевыхъ тѣлъ почки.—Ломпсаковъ П. П. Случай ожога электрическимъ токомъ головы, праваго плеча и кистей рукъ.—Баловъ А. Къ вопросу объ усыпальницахъ.

**Вопросы философіи и психологіи. 1902 г. Сентябрь—Октябрь—

**Врачебная Газета. 1902 г. №-39.—Гороховъ Д. Е. Къ казуистикѣ разрывовъ матки во время родовъ.—Заусайловъ М. Я. Самый простой и самый дешевый аппаратъ для дезинфекціи формалиномъ.—Бендерскій И. А. О подвижности желудка и объ отличительномъ распознаваніи сщущенія желудка отъ его расширенія.—Цейтлинъ М. О. Pneumothorax у эмфизематика, осложнившійся подковожной эмфиземой (Окончаніе).—Каляпинъ И. В. Къ ученію о продолжительности и теченіи сыпного тифа (Окончаніе).

№-40.—Зимницкій С. и Родославовъ П. Къ урологіи желтухи.—Цыбульскій И. О выборѣ подходящихъ случаевъ бугорчатки для леченія въ санаторіяхъ и о раннемъ распознаваніи бугорчатки.—Айзенбергъ В. М. Случай родовъ четвернями.—Кузницкій С. Ѳ. Къ казуистикѣ penis incarceratus.

№-41.—Михинъ П. В. Нѣсколько случаевъ чревосѣченій изъ моей практики.—Кушевъ Н. Е. Случай одервенѣлости позвоночника.—Домбровскій Н. Ф. Къ казуистикѣ застарѣлыхъ осложненныхъ парафимозовъ.—Зимницкій С. и Родославовъ. (Продолженіе).

№-43.—Lohnstein Н. Новый способъ леченія мозолистыхъ стриктуръ мочеиспускательнаго канала.—Богословскій Д. И. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ въ полостяхъ уха, носа, рта, глотки и гортани.—Гольдбергъ М. Л. Рѣдкій случай Placentae praeviae succenturiatae у первородящей.—Зимницкій и Родославовъ (окончаніе).—

№-43.—Грамматикати И. Н. Систематическія внутриматочныя впрыскиванія, какъ способъ леченія въ гинекологіи.—Бандалинъ Я. Г. Желѣзо и хлоровъ.—Lohnstein. (окончаніе).—Зильберминцъ А. Г. Къ казуистикѣ Dermatitis bullosa ex vaso.

**Вѣстникъ Гомеопатической Медицины. 1901 г. №-9—10.

**Вѣстникъ Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины. 1902 г. Сентябрь.—Бокаріусъ Н. С. О дифференціальной діагностикѣ приживленнаго и посмертнаго происхожденія странгуляціонной борозды.—Мурзаевъ Б. В. Матеріалы для характеристики бугорчатки чловѣка и птицъ.—Спасскій А. М. Санитарныя условія гончарнаго производства въ Екатеринбургскомъ уѣздѣ.

Октябрь.—Мурзаевъ Б. В. (Окончаніе).—Максимовичъ Н. Къ статистику глазныхъ болѣзней и слѣпоты въ Харьковскомъ уѣздѣ (Окончаніе).—Гороховъ Д. Е. Къ вопросу о реорганизации губернскихъ земскихъ больницъ—Констансовъ С. В. Чумная эпидемія въ Киргизскихъ степяхъ Астраханской губ.

**Вѣстникъ Хирургіи. 1902 г. №-19—Оригинальныхъ ст. не содержать.

№-20.—Оригинальныхъ ст. не содержать.

**Дѣятель. 1902 г. № 12, 13.

**Дѣтская Медицина. 1902 г. №4.—Бѣлоусовъ А. Ф. Дѣтская больница св. Зинаиды въ г. Сумахъ Харьковской губ.—Делекторскій К. И. Къ вопросу о примѣненіи атропина при непроходимости кишекъ у взрослыхъ и дѣтсей.—Черно-Шварцъ Б. Н. Случай ангины Vincent.—Жуковскій В. П. Erysipelas neonatorum. Нѣсколько случаевъ рожи и ея осложненій у новорожденныхъ.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней. 1902 г. Сентябрь.—Козленко М. Endometritis dolorosa.—Машкиллейсонъ Н. К. Случай cysto-teratoma sacralis затруднившій роды.—Александровъ А. Н. Внутренне-наружныя мочепузырно-крестцовыя электризации при женскихъ болѣзняхъ.—Тирютинъ Д. А. Медицинскій отчетъ родильнаго отдѣленія Акушерско-Гинекологической клиники Императорскаго Харьковскаго Университета за 1896/7—1900/1 г.г.

**Журналъ Дерматологіи и Сифилидологіи. 1902 г. №8.—Главче Е. Е. О взаимной связи одонтологіи и сифилидологіи.—Heller J. Важные для діагностики postsyphilitическіе и parasymphilitическіе признаки.

**Журналъ невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова 1902 г. кн. 5-я.—Кожевниковъ А. Я. Животные паразиты головного и спинного мозга.—Росолимо Г. И. Термическая и болевая анестезія, какъ симптомъ очаговаго пораженія мозгового ствола.—Ганнушкинъ П. Б. Объ острой параноѣ.—Гейнеръ Т. А. О протоплазматическихъ отросткахъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга у взрослыхъ позвоночныхъ.—Корсаковъ С. С. Психіатрическія экспертизы.

**Журналъ Русскаго О-ва Охраненія Народнаго Здравія. 1902 г. № 9—10.—Петровъ Н. В. Алкоголизмъ, измѣненія при немъ въ кровеносныхъ сосудахъ.—Всергъ И. С. Очеркъ санитарнаго положенія рабочихъ на рыбныхъ промыслахъ дельты р. Волги.—Кашкадамовъ В. П. Объ опредѣленіи азотной кислоты въ водѣ по способу Noll'я.

**Журналъ Русскаго физико-Химическаго О-ва. 1902 г. Вып. 7.

**Записки Русскаго Бальнеологическаго О-ва въ Пятигорскѣ. 1902 г. Апрель—Май.

Записки Императорскаго Новороссійскаго Университета 1902 г. Т. 89.

Земледѣлецъ. 1902 г. № 9.

Зубоврачебный Вѣстникъ. 1902 г. № 10, 11.

**Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1902 г. Сентябрь № 1. Т. V—Словцовъ В. И. О связываніи солей мѣди печению.—Карницкій А. О. Феррометръ Jolles'a, какъ клинической методъ изслѣдованія.—Логичъ Г. Ф. Объ опредѣленіи двигательной и секреторной способности желудка по способу проф. Sahli.—Студенскій А. Къ вопросу о цитотоксинахъ. Октябрь.—Круглевскій Н. А. Случай двойной верхней полой вены у женщины 65 лѣтъ и объясненіе причины аномалій этого рода.—Лангъ Г. Ф. О вліяніи у чело-вѣка на отдѣлительную работу желудка.—Бонштедтъ Г. Э. Къ вопросу о способѣ родоразрѣшенія при лицевомъ предлежаніи съ подвороткомъ обращенномъ къзади.—Зеленковскій Я. В. Объ оперативномъ леченіи выпячиваній (стафиломъ) роговой оболочки.—Гольдбергъ-Златогоровъ С. И. Серотерапія и предохранительныя прививки противъ инфекціонныхъ болѣзней въ 1900 г.

**Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи. 1902 г. № 12.—

**Медицинская Бесѣда. 1902 г. № 18. Игумновъ С. Нормировка, какъ средство для улучшенія земско-медицинской организациі.—Ростовцевъ Г. И. Медицинская профилактика и свобода личности. Недѣйствительность карантинной системы профилактики.—Флеровъ Н. А. Flores sulfures loti s. sulfur depuratum при кровавомъ поносѣ.

№ 19.—Кулешовъ Л. Больничное леченіе и страхованіе рабочихъ на рудникахъ Грушевско-Власовскаго района донской области.

№ 20.—Альтшулеръ Е. И. О борьбѣ съ эпидеміями.—Гороховъ Д. Е. По вопросу о реорганизациі существующей Смоленской губ. зем. б-цы въ связи съ задачами дѣятельности Смоленскаго губ. земства.

**Медицинскій Журналъ д-ра Окса. 1902 г. № 10.—Булатовъ П. Н. и Фрейбергъ Н. Г. Краткій учебникъ по гигиенѣ.

**Медицинское Обзорѣніе. 1902 г. № 18.—Эгизъ. О доброкачественныхъ опухоляхъ кишечника у дѣтей.—Синюшинъ. Случай резекціи плечевого сплетенія.—Делицкій. Случай т. н. глазурной печени и облитерирующаго воспаленія околосердця и плевры.

№ 18.—Ганнушкинъ и Сухановъ. Къ ученію о маніи.—Усовъ. Къ казуистикѣ осложненій аневризмы аорты.—Поляковъ. Случай сердечно-легочного шума.—Вермель О примѣненіи питательныхъ веществъ въ хирургической практикѣ.

№ 20.—Ланговой. О примѣненіи противъ сифилитическаго лѣченія у больныхъ страдающихъ одновременно туберкулезомъ и сифилисомъ.—Мацлаковъ. Возможность примѣненія химическихъ лучей свѣта въ офталмологіи.—Рахманиновъ. Систематическій указатель русской медицинской литературы за 1902 г.

**Неврологическій Вѣстникъ. 1902 г. Т. X. Вып. 3.—Полуморд-виновъ Д. Обь отношеніи между возбудимостью и непроходимостью нервовъ.—Николаевъ В. В. Къ вопросу о сосудодвигателяхъ легкихъ лягушки.—Нарбутъ В. Электрическая возбудимость мышц у новорожденныхъ въ связи со строеніемъ мышц и нервныхъ волоконъ.—Янишевскій А. Е. Къ вопросу о дѣйствиіи брюшнаго тифа на нервную систему.—Поповъ Н. М. Болѣзнь Магіе (акромегалия).—Воротынскій Б. И. Медико-хозяйственный отчетъ по психіатрическому Отдѣленію (съ колоніей) Одесской городской больницы за 1901 г. (Окончаніе).

**Практическій Врачъ. 1902 г. № 39.—Фейнбергъ Б. И. Случай первичной абсолютной аменнорреи.—Мелкихъ С. М. Два случая хроническаго индуративнаго панкреатита. Діагностика хроническихъ панкреатитовъ.

№ 40.—Бенисовичъ Н. М. Два случая полнаго удаленія гортани при раковомъ ея пораженіи.—Мелкихъ С. М. Два случая хроническаго индуративнаго панкреатита (Продолженіе).—Канторовичъ А. В. Къ казуистикѣ излеченія epuresis postucae удаленіемъ аденоидныхъ разрошеній.

№ 41.—Юффе Б. И. и Капланъ Я. Ф. Къ вопросу о т. н. «травматическомъ неврозѣ» Случай истеріи послѣ психической травмы.—Мелкихъ С. М. Два случая хроническаго индуративнаго панкреатита (Окончаніе).—Матусовскій А. І. Очеркъ глазной заболѣваемости и окулистической помощи въ г. Николаевѣ.

*Русскій Архивъ Патологіи, Клинической Медицины и Бактеріологіи 1902 г. № 3.—Страдомскій Н. Ф. Случай Hydrothorax chyloformis въ полости лѣвой плевры.—Шапошниковъ Б. М. Къ вопросу Pneumothorax хѣ.—Савченко И. Г. и Бердниковъ А. Къ ученію обь алексинахъ.—Рымовичъ Ф. Ф. Къ микробиологіи нормальнаго конъюнктивальнаго мѣшка.—Салазкинъ С. О нахожденіи въ чистомъ кишечномъ сокѣ собакъ фермента, расщепляющаго альбумозу, resp. пептонъ.

*Русскій Врачъ. 1902 г. № 40.—Турнеръ Г. И. Спортъ и физическія упражненія въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ.—Кулябко А. А. Новые опыты оживленія сердца. Оживленіе человѣческаго сердца.—Постоевъ Я. Я. Изсѣченіе печени и вліяніе его на газообмѣнъ у животныхъ.—Натансонъ А. В. Двойное прободеніе стѣнокъ глазнаго яблока осколками железа (Окончаніе).—Ануфриевъ А. А. Къ вопросу обь удаленіи коживицъ въ яичника черезъ влагалище (Продолженіе).—Ющенко А. И. О желудочномъ пищевареніи, преимущественно обь отдѣлительной работѣ желудочныхъ железъ у душевно-больныхъ (Продолженіе).—

№ 41.—Романовъ Ѳ. И. Первичная бугорчатка селезенки.—Турнеръ Г. И. Спортъ и физическія упражненія въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ (Продолженіе).—Петерсъ Р. А. (Продолженіе).—Шабадь А. І. Къ казуистикѣ операциі Scott'a при сосудистой роговицѣ.—Мишкевичъ Г. К. Новый способ оживленія при мнимой смерти новорожденныхъ.—Галлеръ П. К. Малярійная язва глотки.

№ 42.—Мари Н. Н. О задачахъ сравнительной патологии.—Архангельская А. Г. О 1100 извлеченій катарактъ.—Креверъ Л. Р. О «Chorionepithelioma».—Бекетовъ А. В. Произвольное или старческое омертвѣніе.—Рубинштейнъ Г. Р. Къ вопросу объ эволюціи бѣлаго кровяного шарика.—Рутковскій П. К. Общіе согревающіе электрическіе компрессы.

№ 43.—Заблудовскій И. В. Къ леченію заболѣванной яичекъ и прилежащихъ къ нимъ частей.—Безрѣдка А. М. О предварительныхъ прививкахъ при чумѣ.—Турнеръ Г. И. (Продолженіе).—Петерсъ Р. А. (Окончаніе).—Фавръ В. В. Опыты зараженія челоуѣка болотной лихорадкой черезъ ужаленіе *anopheles*.—Ануфриевъ А. А. (Окончаніе).—Креверъ Л. Р. (Окончаніе).

№ 44.—Гейнацъ В. Н. О позднихъ возвратахъ рака.—Сусловъ К. И. Обь осумкованной грыжѣ влагалищной оболочки яичка и ея происхожденіи.—Фавръ В. В. О полиморфизмѣ чумной палочки.—Турнеръ Г. И. (Оконч.). Рубинштейнъ Г. Р. (Окончаніе).—Либовъ Б. А. О связи заболѣванной женскихъ половыхъ органовъ съ заболѣваніями носа.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней 1902 г. Т. IV. Сентябрь.—Членовъ М. О произвольныхъ и рубцовыхъ келоидахъ (Окончаніе).—Романовскій Н. Fibroma molluscum multiplex.—Гринклеръ Н. О *syphilis visceralis* и его проявленіяхъ въ формѣ хирургическихъ заболѣваний.—Совинскій З. В. Къ казуистикѣ абсцессовъ яичка при переломѣ.

**Русскій Хирургическій Архивъ. 1902 г. Кн. 5.—Стуккеи Л. Г. Случай врожденнаго мочевого свища пупка.—Канскій Е. I. Замѣтка о кишечной магnezіальной пуговкѣ Chlumsk'аго.—Добросмысловъ В. Д. Къ ученію о первичныхъ саркомахъ желудка.—Брейтманъ Г. И. Упрощеніе оперативнаго вмѣшательства при частичной гангренѣ кишки въ ушѣмленной грыжѣ.—Араповъ А. Б. Случай септицимии, вызванной кишечной палочкой.—Тирмосъ I. А. Къ изученію дефектовъ уретры путемъ пересадки слизистой оболочки.—Тиховъ П. Къ вопросу о *Dipoma arborescens* колѣннаго сустава.—Евреиновъ М. В. и Ботсзатъ М. И. Къ казуистикѣ аномалій общей сонной артеріи.—Спасокукоцкій С. И. Гнойное воспаленіе колѣннаго сустава при раненіяхъ и его хирургическое леченіе.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1902 № 19.—Жуковскій В. П. Два случая острой головной водянки при кровоизліяніяхъ въ мозжечекъ новорожденныхъ.—Кувичинскій В. Г. Къ вопросу объ этиологіи атрофическаго цирроза печени.—Манасинъ. Къ вопросу о профилактикѣ и распространеніи венерическихъ болѣзней и сифилиса въ арміи и арміей

№ 20.—Дробный Б. А. Вліяніе единичнаго размыкательнаго индукціоннаго удара на мышцу при воспаленіи ея.—Манасинъ. (Продолженіе).—

**Современная клиника. 1902 г. № 9.—Nothnagel Н. Клиника суженій и закрытій кишекъ.

№ 10.—Ehrlich P. и Lazarus A. Паталогія и терапія различныхъ формъ малокровія.—Mendelsohn M. Уходъ за больными.—König F. Исторія развитія бугорчатки суставовъ.

**Современная Медицина и Гигіена. 1902 г. № 9.—Брейтманъ М. Я. Новѣйшія лекарственныя средства въ систематическомъ изложеніи за послѣднія 5 лѣтъ.—Сениъ. Основы хирургической патологіи и терапіи.—Пуссонъ А. Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей.—Фоссіусъ. Учебникъ глазныхъ болѣзней.—Ридеръ и д-ръ Маркузе. Свѣтолѣченіе

№ 20.—Брейтманъ М. Я. (Продолженіе).—Пуссонъ А. (Окончаніе).—Фоссіусъ. Учебникъ глазныхъ болѣзней.—Сениъ Основы хирургической патологіи и терапіи.—Ридеръ и д-ръ Маркузе (Продолженіе).

Современная Терапія. 1902 г. № 10.—Оригинальныхъ ст. не содержатъ.

Терапевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 19.—Rudolf V. Мѣстное леченіе бугорчатки легкихъ вдыханіемъ антибактеріино-дѣйствующихъ газовъ и заново устроенный для этой цѣли аппаратъ.

№ 20.—Заволжская Ю. И: Эвіанъ и его терапевтическое значеніе при болѣзняхъ обмѣна и другихъ заболѣваніяхъ.

№ 21.—Ritter v. Weissmagr: Медикаментозное и симптоматическое леченіе бугорчатки легкихъ.

**Технологъ. 1902 г. № 6, 7.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1902 г. № 9.

**Ученныя записки Императорскаго Казанскаго Университета. 1902 г. Июль—Августъ.—Труды факультетской терапевтической клиники Имп. Каз. Университета, издаваемые подъ редакціей проф. С. В. Левашова.—Усковъ Л. Клиническія наблюденія надъ терапіей сердечныхъ болѣзней.

Сентябрь.—Усковъ. (Продолженіе.)

**Ученныя Записки Императорскаго Юрьевскаго Университета. 1902 г. № 4.

**Фармацевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 38, 39, 40, 41, 42, 43,

**Фармацевтъ 1902 г. № 37, 38, 39, 40, 41.

**Фельдшеръ. 1902 г. № 19, 20.

**Хирургія, 1902 г. № 70. Т. XII. Платоновъ, В. М. Спинно-мозговая аналгезія.—Чеқанъ В. М. Къ хирургіи опухолей легкаго.—Жуковский В. П. О врожденныхъ суженіяхъ кишекъ. 4 случая врожденныхъ суженій кишекъ у дѣтей.—Федоровъ С. П. Къ казуистикѣ опухолей брюшной полости.—Алтуховъ Н. В. Необычайно длинный червеобразный отростокъ. Брызжеечное положеніе.—Шелеповъ В. В. Къ вопросу о переломѣ пяточной кости.

**Электричество. 1902 г. № 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Н. Осокинъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— 6-го Октября 1902 года происходило чествованіе заслуженнаго ординарнаго профессора госпитальной терапевтической клиники Николая Ивановича Котовщикова по поводу его 30-лѣтней учено-педагогической дѣятельности. Къ 1 часу дня въ квартирѣ юбиляра собрались попечитель учебнаго округа С. О. Слѣшковъ, ректоръ университета Д. И. Дубяго, масса профессоровъ, врачей, студентовъ и почитателей глубокоуважаемаго и популярнаго врача-терапевта. Первымъ обратился къ юбиляру съ привѣтственными словами деканъ медицинскаго факультета Н. М. Любимовъ. Затѣмъ, старшій врачъ Казанской губернской земской больницы проф. Н. А. Засѣцкій прочиталъ адресъ отъ врачей, служащихъ въ больницѣ, слѣдующаго содержанія:

Глубокоуважаемый Николай Ивановичъ!

Ровно пять лѣтъ тому назадъ, въ этомъ залѣ мы, врачи Казанской губернской земской больницы, поздравляли Васъ съ 25-лѣтнимъ юбилеемъ; быстро, незамѣтно, въ совмѣстной работѣ, промелькнули эти пять лѣтъ, и сегодня мы снова поздравляемъ Васъ,—поздравляемъ съ 30-лѣтнимъ юбилеемъ Вашей ученой и врачебной дѣятельности. Мы рады, что Ваши силы прекрасно сохранились для дальнѣйшей дѣятельности, что вы можете работать съ той же энергіей и съ тѣмъ же умѣніемъ, какъ работали и до сихъ поръ; мы говоримъ о Вашей работоспособности потому, что все остальное, потребное для ученаго и учителя, Вамъ присуще въ избыткѣ. Ваши прекрасныя дарованія, Ваши обширныя познанія въ области внутренней патологии, Вашъ высоко симпатичный нравственный обликъ хорошо извѣстны каждому изъ насъ. Пусть еще долгіе и долгіе годы госпитальная терапевтическая клиника и клиника профессора Николая Ивановича Котовщикова будутъ синонимами въ устахъ врачей, студентовъ Казанскаго университета и публики города Казани.

Врачи Казанскаго военнаго госпиталя поздравляли юбиляра въ привѣтственной телеграммѣ слѣдующимъ образомъ: «привѣтствуемъ Васъ, глубокоуважаемый профессоръ, съ знаменательнымъ днемъ Вашей жизни и шлемъ наилучшія пожеланія.

Медицинскій персоналъ Казанской, городской, Адмиралтейской больницъ прислалъ слѣдующаго содержанія телеграмму: «привѣтствуя Ваше превосходительство въ знаменательный день тридцатилѣтія Вашего славнаго служенія на пользу науки и общества, горячо желаемъ Вамъ продолженія столь высокополезной дѣятельности на многіе и многіе годы.

Студенты-медики V курса привѣтствовали юбиляра слѣдующимъ адресомъ:

Многоуважаемый и дорогой профессоръ,
Николай Ивановичъ!

Сегодня исполнилось 30 лѣтъ Вашей научной и педагогической дѣятельности, 30 лѣтъ самаго честнаго и почетнаго служенія на благо страждущаго человѣчества въ качествѣ гуманнаго врача практика и воспитателя цѣлаго поколѣнія юношей. Цѣлыя тысячи юношескихъ сердецъ, воспитанныхъ Вами въ гуманистическихъ завѣтахъ медицины, въ различныхъ концахъ обширнаго района нашего университета и въ отдаленныхъ концахъ нашего обширнаго отечества, сохраняя святыя принципы Ваши—врача гуманиста—несутъ черную труженическую жизнь на благо многострадальной и дорогой для каждаго изъ насъ родины.

Въ продолженіе многотрудной Вашей дѣятельности на поприщѣ профессора, Вы все время высоко держали знамя медицинской науки и всегда стояли на высотѣ современнаго знанія. Вы всегда старались передать намъ все, что даетъ современная медицина; Вы учили и учите насъ, какъ всегда должно строго-научно мыслить у постели больного и тѣмъ даете намъ возможность во всеоружіи научнаго знанія выступить на лучшемъ поприщѣ человѣческой дѣятельности—облегченія людскихъ страданій.

Вашъ принципъ, провозглашенный на первыхъ Вашихъ лекціяхъ намъ, что діагнозъ въ современномъ смыслѣ этого слова долженъ быть всегда поставленъ патолого-анатомическій, что только такой діагнозъ, т. е. точное представленіе патологическихъ процессовъ, размыгрывающихся въ больномъ организмѣ, даетъ возможность врачу успѣшно бороться съ могучимъ врагомъ человѣчества—болѣзнью,—останется для насъ святымъ принципомъ въ будущей практической нашей дѣятельности на поприщѣ врачей. Всемогущее и всеокрушающее время, убѣлившее сѣдинами Вашу голову, не могло сокрушить Ваше гуманное сердце и Вашъ свѣтлый научный умъ. Ваша личность является для насъ примѣромъ неутомимаго ученаго, гуманнаго врача—практика. Ваша научная дѣятельность, начавшаяся еще со студенческой скамьи, до послѣдняго времени не прекращается. Ваше имя можно часто встрѣтить не только въ нашихъ повременныхъ изданіяхъ, но и въ заграничной литературѣ. Ваша діагностика и таблицы къ ней являются популярнѣйшими книгами какъ среди учащейся молодежи, такъ, насколько намъ извѣстно, и среди врачей практиковъ и не только въ районѣ

дорогого намъ университета, но и въ отдаленныхъ концахъ нашего отечества. — Все это заставляетъ насъ, Вашихъ воспитанниковъ, принести своему любимому учителю самыя искреннія и свѣтлыя пожеланія.

Да продлится еще на многія лѣта Ваша плодотворная научная дѣятельность, пускай еще шире растетъ Ваша высоко-гуманная дѣятельность врача—цѣлителя народа. Мы же—Ваши ученики—будемъ свято хранить въ своихъ сердцахъ образъ великаго ученаго и незабвеннаго гуманиста.

Затѣмъ, принесли поздравленія въ видѣ адреса держащіе экзамень въ государственной медицинской комиссіи.

Кромѣ того, было получено много поздравительныхъ телеграммъ изъ разныхъ концовъ Россіи отъ товарищей юбиляра и его пациентовъ. Мѣстные газеты посвятили юбиляру прочувствованныя статьи. Послѣ принесенія поздравленій былъ предложенъ гостямъ завтракъ, во время котораго было произнесено нѣсколько рѣчей, въ которыхъ юбиляръ былъ ярко обрисованъ, какъ сердечно относящійся къ больнымъ врачъ и какъ талантливый преподаватель и педагогъ.

— «Казанскій Телеграфъ» (№ 2875) пишетъ: «фальсификація молока, продаваемого на базарѣ, достигла въ послѣднее время чрезвычайныхъ размѣровъ. На это обстоятельство санитарному надзору слѣдуетъ обратить серьезное вниманіе.»—Насколько мы освѣдомлены, въ Казани, считающей себя столицей востока, доселѣ нѣтъ никакого правильно организованнаго санитарнаго надзора. Въ прошломъ году мѣстный врачебный инспекторъ входилъ въ городскую думу съ представленіемъ крайней необходимости имѣть для городскихъ рынковъ (къ слову сказать, малоопятныхъ) санитарнаго врача, но дума отклонила это предложеніе. Не мѣшало бы въ этомъ случаѣ г. Казани взять примѣръ съ полувосточнаго приволжскаго города Астрахани, гдѣ имѣется спеціальныи врачъ, на обязанности котораго лежитъ ежедневный осмотръ городскихъ рынковъ. Конечно, одинъ врачъ не въ состояніи усмотрѣть за доброкачественностью всѣхъ продуктовъ, но тѣмъ не менѣе, на нашъ взглядъ, лучше эта полумѣра, чѣмъ ничего.

— «Русскій Врачъ» (№ 43), сообщая со словъ «Курьера» о случаяхъ преступлений, совершаемыхъ находящимися на свободѣ душевнобольными, говоритъ: «города и особенно земства тратятъ на психіатрическое дѣло большія средства, но все еще, какъ видно недостаточныя для удовлетворенія этой настоятельной нужды». — На нашъ взглядъ, такіе опасные для общества душевнобольные остаются на свободѣ далеко не всегда вслѣдствіе недостатка мѣстъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Каждый психіатръ можетъ привести изъ своей практики не мало примѣровъ, гдѣ, не смотря на ясно выраженное душевное заболѣваніе субъекта и вытекающую отсюда необходимость помѣщенія его въ спеціальную лечебницу, экспертиза

врачебнаго отдѣленія Губернскаго правленія признавала состояніе психики больного нормальнымъ, и больной оставался поэтому на свободѣ. Это и выполнѣ понятно, если принять во вниманіе, что экспертиза больного производится нерѣдко безъ участія спеціалиста-психіатра; да, наконецъ, и послѣдній бываетъ ограниченъ, по закону, при экспертизѣ извѣстнымъ количествомъ вопросовъ, отвѣты на которые весьма часто не могутъ дать никакого представленія о психикѣ больного. Помимо этого, нерѣдко случается, что опасный для окружающихъ больной, по настоянію его родственниковъ, считающихъ его выздоровѣвшимъ, выписывается изъ психіатрической больницы, не смотря на неоднократныя увѣщеванія и предостереженія врача-психіатра. Удержать такого завѣдомо опаснаго больного психіатръ тѣмъ не менѣе, по закону, не имѣетъ права.

Отсюда само собою вытекаетъ, что на ряду съ усовершенствованіями организаціи психіатрической помощи населенію необходимо измѣненіе порядка освидѣтельствванія душевнобольныхъ въ особыхъ Присутствіяхъ; необходимо кромѣ того, чтобы само общество научилось правильно оцѣнивать ту опасность, которую представляетъ собою для окружающихъ душевно-больной. Лишь все это, взятое въ совокупности, будетъ болѣе или менѣе вѣрно гарантировать общество отъ преступленій, совершаемыхъ душевнобольными.

— 19-го Октября прив.-доц. при кафедрѣ патологической анатоміи П. П. Заболотовъ прочелъ вступительную лекцію на тему: «современное состояніе ученія о стросніи бугорка». Въ тотъ же день прив.-доц. при кафедрѣ фармакологіи В. В. Николаевъ прочелъ вступительную лекцію на тему: «современное состояніе фармакологіи».

— Второй ассистентъ при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета М. П. Романовъ съ осени с. г. перешелъ на службу въ министерство финансовъ.

— На кафедрѣ фізіологіи на естественномъ отдѣленіи физико-математическаго факультета Казанскаго университета избранъ совѣтомъ бывшій профессоръ этого университета по кафедрѣ общей патологіи на медицинскомъ факультетѣ Н. А. Хорватъ.

— Мы слышали изъ достовѣрныхъ источниковъ, что профессоръ терапевтической факультетской клиники Казанскаго университета С. В. Левашевъ съ осени будущаго года оставляетъ Казань и переходитъ на медицинскій факультетъ Новороссійскаго университета.

— Въ то время какъ врачи стѣснены въ лечебномъ примѣненіи гипноза извѣстнымъ циркуляромъ Медицинскаго Департамента, объ отмѣнѣ котораго въ настоящее время уполномочено хлопотать Правленіе общества русскихъ врачей въ па-

мать Пирогова участниками послѣдняго съѣзда, по разнымъ городамъ Россіи разѣзжаютъ и даютъ свободно публичныя представленія сеансовъ гипноза и даже лѣчать больныхъ лица, не имѣющія врачебнаго диплома. Не давно въ разныхъ губернскихъ городахъ при огромномъ стеченіи публики, давалъ представленіе сеансовъ гипноза подъ видомъ фокусовъ нѣкій Альбертъ Лорицъ, имѣнующій себя на безцеремонно-рекламныхъ афишахъ, расклеенныхъ по городу за нѣсколько дней до представленія, а с с и с т е н т о мъ извѣстнаго Нансійскаго гипнолога проф. В е г н е і м'а. По наведеннымъ полиціей справкамъ оказалось, что Альбертъ Лорицъ—казацъ Полтавскаго уѣзда Александръ Норицъ, не имѣющій никакой научной степени. Мы хорошо помнимъ, что два года тому назадъ гипнотизеру Фельдману, пытавшемуся также дать здѣсь публичныя сеансы гипноза, было категорически отказано въ разрѣшеніи и даже было предложено немедленно выѣхать изъ Казани, такъ какъ онъ, подобно г-ну Норицу, вздумалъ принимать у себя пациентовъ.

Было бы очень желательно, чтобы на всѣхъ этихъ господъ Фельдмановъ, Лорицевъ, Бадмаевыхъ и т. п. цѣлителей было обращено, наконецъ, должное вниманіе и указано имъ ихъ мѣсто тѣми, въдаты кому сіе надлежитъ. Вѣдь несомнѣнно, эти лица вмѣсто распространенія здравыхъ понятій о медицинѣ среди публики только сбиваютъ ее съ толку и отуманиваютъ до полной потери даже элементарной критики. Иллюстраціей послѣднему можетъ служить недавно помѣщенное въ Тульскихъ Епархіальныхъ Вѣдомостяхъ письмо священника, который, посмотрѣвшись на подобные публичныя сеансы одного фокусника, возвѣщаетъ своей паствѣ, что онъ «убѣжденъ, что все это происходитъ при содѣйствіи з л ы хъ д у х о в ѣ.»!

А. Оаворскій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ основанный въ память В. А. Манасѣина

подъ редакціею

проф. В. В. Подвысоцкаго. и д-ра С. В. Владиславлева.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

1) Статьи оригинальныя и переводныя по всеѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиены, съ рисунками и таблицами.

2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.

3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по всеѣмъ отраслямъ медицины.

4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о всеѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.

5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.

6) Рецензій и библиографій русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиенѣ.

7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.

8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіяся врачебныхъ вопросовъ.

9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лицъ на поприщѣ медицины.

10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ

11) Служебныя назначенія и перемѣщенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.

12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекающія недѣли и мѣсяцы.

Срокъ выхода журнала въ свѣтъ еженедѣльный.

Подписная цѣна, съ доставкой и пересылкою, на годъ 9 рублей.

«Русскій Врачъ» будетъ придерживаться тѣхъ-же принциповъ, которыми руководился покойный редакторъ «Врача». Но, сохраняя въ общемъ характеръ «Врача», новый органъ расширяетъ его программу введеніемъ нѣсколькихъ новыхъ отдѣловъ, изъ коихъ Письма изъ запада и Краткое содержаніе текущей журнальной литературы представляетъ особенный интересъ.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію, а также отдѣльныя оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача» просятъ присылать одному изъ редакторовъ его, или проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, Университетъ), или д-ру С. В. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Ивановская, № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккеръ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14), а также во всеѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Открыта подписка на 1902 годъ.

Съ 1 октября 1901 года начался шестой годъ изданія

ежемесячнаго иллюстрированнаго журнала

„Книжныхъ магазиновъ товарищества М. О. Вольфъ

ИЗВѢСТІЯ ПО ЛИТЕРАТУРѢ, НАУКАМЪ И БИБЛЮГРАФІИ“.

Назначеніе журнала—дать читающей публикѣ возможность своевременно слѣдить за всѣмъ, что есть новаго въ области литературы, наукъ и библиографіи у насъ въ Россіи и за границею. Въ этихъ видахъ журналъ «Книжныхъ Магазиновъ товарищества М. О. Вольфъ извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи» помѣщаетъ иллюстрированныя статьи и замѣтки по вопросамъ изъ указанной области, критическіе отзывы о наиболѣе выдающихся новыхъ сочиненіяхъ, списки новыхъ книгъ и важнѣйшихъ журнальныхъ статей, русскихъ и иностранныхъ, свѣдѣнія о готовящихся къ печати новыхъ изданіяхъ и пр. Особый отдѣлъ журнала посвященъ справкамъ, совѣтамъ и отвѣтамъ на предлагаемыя читателями журнала вопросы.

Въ теченіе 1901 года въ литературномъ отдѣлѣ журнала были помѣщены, между прочимъ, слѣдующія иллюстрированныя статьи:

Авторское право въ его прошломъ и настоящемъ. Очеркъ (съ 1 рис.) Н. Бѣлозерскаго.—Бюро газетныхъ справокъ.—В. В. Сабанинъ и его опытъ составленія «Росписи русскимъ книгамъ». Критико-библиографическая замѣтка Виктора Русакова.—Вопросъ объ авторскомъ правѣ въ «Союзѣ русскихъ писателей» съ 1 рис.). Н. Бѣлозерскаго—Воспоминанія о Писемскомъ. П. Д. Боборыкина.—Въ обществѣ «королей мысли» Очеркъ С. Юрьевского.—Двѣ смерти: Писемскій и Достоевскій. (Къ двадцатипятилѣтію кончины обоихъ писателей) (съ 2 рис.) Н. Тихомирова.—Древнія рукописи въ современномъ воспроизведеніи. Замѣтка Н. Передольскаго.—«Журналъ ученыхъ». Замѣтка Е. Чернова—За мѣсяць. Литературное обозрѣніе (съ 4 рис.).—Императрица Екатерина II-ая, какъ писательница. Критическій очеркъ. (По поводу изданія ея сочиненій на основаніи подлинныхъ рукописей) съ 1 рис.) Ив. Порошина.—Исторія русской книги въ очеркахъ и образцахъ (съ 50 рис.). П. И. Покровскаго.—Источники словаря русскихъ дѣтскихъ писателей. Замѣтка Виктора Русакова.—Какъ я задумалъ написать мой романъ «Quo vadis». Замѣтка

ОБЪЯВЛЕНИЯ

Генрика Сенкевича.—Книга на Парижской выставкѣ.—Письмо изъ Парижа (съ 1 рис.). Н. Готовцева.—Книжные склады въ Россіи. Статья. Н. Львовскаго.—Когда и гдѣ читать нашихъ поэтовъ. Статьи (съ 1 рис.). Пл. Краснова.—Международный конгрессъ книгоиздателей въ Лейпцигѣ. Сообщение Лейпцигскаго корреспондента «Извѣстій» (съ 5 рис.). N, Z.—Нравственность и собираніе книгъ.—Изъ замѣтокъ англійскаго коллекціонера.—Нѣмецкіе библиотечные знаки. Статья (съ 8 рис.). Ганса Зингера.—О безпокойной книгѣ. Очеркъ Максима Горькаго.—О критикѣ вообще и литературной критикѣ въ частности (съ 1 рис.). (По шарлю Морра). Н. И. Порошина.—О недобросовѣстности современныхъ писателей. Статья Шмелева.—Осужденныя католическою церковью книги. Замѣтка Пл. Краснова.—Отраженіе собственной жизни писателей въ ихъ произведеніяхъ. Очеркъ (съ 1 рис.). А. Маврова.—Русская политическая газета. Н. Надежина.—Русскій издатель благотворитель К. Т. Солдатенковъ и его заслуги для русскаго просвѣщенія. Очеркъ (съ 2 рис.). И. П. Мерцаловъ.—Собираніе книгъ—какъ страсть. Статья (съ 1 рис.). Ф. Лопухина.—Собраніе старопечатныхъ книгъ библиотеки. А. И. Кастерина.—Современныя русскія женщины-писательницы. Очеркъ (съ 7 рис.). Вл. Новоселова.—Совѣзъ читателей. Замѣтка П. Сивкова.—Спеціальная библиотека по благотворительности. Замѣтка С. Ф. Л.—Странствующая библиотека (съ 1 рис.).—Успѣхъ Сенкевича—въ Россіи и за границею. (Къ дватцатипятилѣтію дѣятельности писателя). Очеркъ съ 3 рис.). Виктора Русакова.—Художественное украшеніе книгъ. Замѣтка (съ 1 рис.). П. Мерцалова.—Эволюція современной беллетристики.—Интервью съ Марселемъ Прево.

Годовая подписная цѣна журналу на полуведеленовой бумагѣ, съ доставкой и пересылкою 1 руб., изданіе на веленовой бумагѣ 2 р.

Объявленія для помѣщенія въ «Извѣстіяхъ» принимаются съ уплатою по 25 коп. за мѣсто, занимаемое одною строкою нонпарели въ $\frac{1}{2}$ ширины страницы.

Подписка и объявленія принимаются въ книжныхъ магазинахъ Товарищества М. О. Вольфъ С.-Петербургъ, Гостинный Дворъ, № 18. Москва, Кузнецкій Мостъ, № 12.

Адресъ редакціи: С.-Петербургъ, Вас. Островъ: 16 лин., д. 5—7.

ОБЪ ИЗДАНИИ

Университетскихъ Извѣстій

въ 1902 году.

Цѣль настоящаго изданія остается прежнею: доставлять членамъ университетскаго сословія свѣдѣнія, необходимыя имъ по отношеніямъ ихъ къ Университету, знакомить публику съ состояніемъ и дѣятельностію Университета и различныхъ его частей.

ОГЪЯВЛЕНІЯ

Согласно съ этою цѣлью, въ Универс. Извѣстіяхъ печатаются:

- 1) Протоколы засѣданій университетскаго Совѣта.
- 2) Новыя постановленія и распоряженія по университету.
- 3) Свѣдѣнія о преподавателяхъ и учащихся, списки студентовъ и постороннихъ слушателей.
- 4) Обзорнѣе преподаванія по полугодіямъ.
- 5) Программы, конспекты и библиографическіе указатели для учащихся.
- 6) Библиографическіе указатели книгъ, поступающихъ въ университетскую бібліотеку и въ студенческой ея отдѣлъ.
- 7) Свѣдѣнія и изслѣдованія, относящіяся къ устройству и состоянію ученой административной и хозяйственной части Университета,
- 8) Свѣдѣнія о состояніи коллекцій, кабинетовъ, музеевъ и другихъ учебно-вспомогательныхъ заведеній Университета.
- 9) Годичные отчеты по Университету.
- 10) Отчеты о путешествіяхъ преподавателей съ учеными цѣлями.
- 11) Разборы диссертаций, представляемыхъ для полученія ученыхъ степеней—соисканія наградъ, *pro venia legendi* и т. п., а также и самыя диссертациі.
- 12) Рѣчи, произносимыя на годичномъ актѣ и въ другихъ торжественныхъ собраніяхъ.
- 13) Вступительныя, пробныя, публичныя лекціи и полные курсы преподавателей.
- 14) Ученныя труды преподавателей и учащихся.
- 15) Матеріалы и переводы научныхъ сочиненій.

Указанныя статьи распределяются на двѣ части—1) официальную и протоколы, отчеты и т. п. 2)—неофициальную (статьи научнаго содержанія), съ отдѣлами—критико-библиографическимъ, посвященнымъ критическому обзорнѣю выдающихся явленій ученой литературы (русской и иностранной) и научной хроники заключающимъ въ себѣ извѣстія о дѣятельности Ученыхъ обществъ, состоящихъ при Университетѣ и т. п. свѣдѣнія. Въ прибавленіяхъ печатаются матеріалы, указатели бібліотеки, списки таблицы метеорологическихъ наблюденій и т. п.

Университетскія Извѣстія въ 1902 году будутъ выходить ежемѣсячно книжками, содержащими въ себѣ 20 печатныхъ листовъ. Цѣна за 12 книжекъ Извѣстій безъ пересылки шесть рублей пятьдесятъ копѣекъ, а съ пересылкой семь рублей. Подписка и заявленія объ обмѣнѣ изданіями принимаются въ канцеляріи Правленія Университета.

Студенты Университета Св. Владиміра платятъ за годовое изданіе Университетскихъ Извѣстій 3 руб., а студенты прочихъ Университетовъ 4 руб.; продажа отдѣльныхъ книжекъ не допускается.

Университетскія Извѣстія высылаются только по полученіи подписныхъ денегъ.

Гг. иногородные могутъ обращаться съ требованіями своими къ комиссіонеру Университета Н. Я. Оглоблину въ С-Петербургъ, на Малую Садовую, № 4-й, и въ Кіевъ, на Крещатику, въ книжный магазинъ его же, или непосредственно въ Правленіе Университета Св. Владиміра.

Гл. Редакторъ *В. Иконниковъ.*

Открыта подписка на 1902 г.

на новый еженедельный журнал

„ПРАКТИЧЕСКІЙ ВРАЧЪ“.

подъ редакціей д-ра *С. Б. Орджикова*.

«Практический Врачъ» будетъ выходить съ 1-го Января 1902 года еженедельно, въ объемѣ 2—2½ печатныхъ листовъ.

Подходя своей программой къ существующимъ уже повременнымъ изданіямъ, новый журналъ, какъ показываетъ его названіе, будетъ отличаться строго практическимъ направленіемъ и явится органомъ, посвященнымъ научнымъ и бытовымъ интересамъ врачей-практиковъ. Соответственно, этому, на ряду съ оригинальными и переводными статьями практическаго характера, видное мѣсто въ немъ займутъ клиническія лекціи и медицинская казуистика. Широкое мѣсто будетъ также отведено критическимъ обзорамъ по наиболее важнымъ и животрепещущимъ вопросамъ практической медицины, преимущественно по вопросамъ, стоящимъ на рубежѣ двухъ главнѣйшихъ областей—внутренней медицины и хирургіи. Особенное вниманіе будетъ обращено на отдѣлъ рефератовъ, которые въ формѣ сжатыхъ, но достаточно полныхъ, очерковъ должны знакомить читателя со всѣми новыми, отечественными и иностранными работами, опять-таки практическаго характера. Не меньшее вниманіе редакція намѣрена удѣлять терапевтическому отдѣлу, гдѣ будутъ систематически отмѣчаться успѣхи терапіи по всѣмъ отраслямъ врачеванія (включая физическія методы леченія, гидротерапію, бальнеологію, климатолеченіе, свѣтолеченіе, рентгенотерапію и пр.). Здѣсь-же найдутъ себѣ мѣсто практическія замѣтки, рецептныя формулы, діететическія указанія и т. п. Къ этому отдѣлу примыкаютъ отчеты засѣданій русскихъ и иностранныхъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ, рецензіи новыхъ медицинскихъ книгъ и библиографическія замѣтки. Наконецъ, особый отдѣлъ «Практическаго Врача» посвящается разработкѣ бытовыхъ вопросовъ и вопросовъ общественной медицины въ широкомъ смыслѣ. Кромѣ статей по названнымъ вопросамъ, сюда войдутъ корреспонденціи изъ русскихъ и заграничныхъ университетскихъ центровъ, лѣтописи важнѣйшихъ событій врачебной жизни, мелкія извѣстія, смѣсь.

Задача «Практическаго Врача»—давать вѣрное и полное отраженіе успѣховъ медицины и—что такъ важно въ наше время крайней спеціализаціи,—содействовать установленію болѣе тѣсной и живой связи между отдѣльными спеціальностями. Чуждый узкаго доктринерства и вѣрный своему скромному названію, новый органъ будетъ постоянно и исключительно имѣть въ виду дѣйствительныя и насущныя нужды практическаго врача, посильно стремясь къ разрѣшенію всѣхъ вопросовъ, возникающихъ въ его многотрудной дѣятельности.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Придавая огромное значеніе клинической медицинѣ, редакція остановилась на мысли—давать своимъ подписчикамъ, сверхъ 32 №№ «Практическаго Врача» безъ особой доплаты, еще 12 книжекъ, посвященныхъ исключительно клиническимъ лекціямъ, подъ названіемъ:

„Современная клиника“.

Задача «Современной клиники»—поддержать связь практическаго врача съ клиникой, связь, которая, къ сожалѣнію, все болѣе и болѣе утрачивается по мѣрѣ того, какъ онъ втягивается въ практику, «Современная клиника» предназначается преимущественно для врачей, работающихъ вдали отъ научныхъ центровъ съ ихъ клиническими учрежденіями, большими больницами, лабораторіями и другими вспомогательными средствами. Но и товарищи, поставленные въ болѣе счастливыя условія, найдутъ въ ней полный критическій отчетъ о всѣхъ діагностическихъ терапевтическихъ и техническихъ успѣхахъ медицины.

«Современная клиника» будетъ выходить ежемѣсячно выпусками, въ размѣрѣ отъ 3—4 печатныхъ листовъ книжнаго формата, что въ концѣ года составитъ томъ, объемомъ до 40 листовъ убористой печати. Къ послѣдному выпуску будутъ приложены подробное оглавленіе и алфавитный указатель.

Подписная цѣна на оба изданія, на еженед. журналъ «Практическій Врачъ» съ «Современной клиникой»—за годъ 6 р., за 1/2 года 3 р. съ пересылкой и доставкой.

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

Подписка принимается въ Редакціи.—С.-Петербургъ, Садовая ул., д. 29,
Редакторъ-издатель д-ръ С. Б. Орѣчкинъ.

Открыта подписка на 1902 годъ

(тринадцатый годъ изданія)

на общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“

XIII годъ изданія,

посвященный всѣмъ отраслямъ медицины.

Журналъ выходитъ ежемѣсячно, 12 книжекъ (24 №№) въ годъ. Годовая цѣна за 12 книгъ 3 руб., за 1/2 года 6 книгъ 1 р. 50 к., за 1/3 года 4 книги 1 р съ доставкой и пересылкою.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Плата за объявленіе по 20 коп. за строку петита. Подписка принимается въ редакціи «Акушерки» въ Одессѣ (адресъ почтѣ извѣстенъ) во всѣхъ книжныхъ магазинахъ и во всѣхъ почтовыхъ конторахъ съ наложеніемъ платежа или переводомъ.

Редакторъ-Издатель Акушеръ П. М. Амброжевичъ.

Въ Редакціи продаются: оставшіеся экземпляры «Акушерки» прежнихъ лѣтъ: 1890, 1892, 1893 по одному рублю за сброшюванный полный экземпляръ 1897, 1898, 1899, 1900 и 1901, для подписавшихся и на 1902-й по два рубля за экземпляръ, для прочихъ-же по три рубля.

«Руководитель повивальной бабки» д-ра А. Артемьева, 40 к. вмѣсто 1 р.—осталось очень небольшое число экземпляровъ.

«Ребенокъ В. Н. Жука. Гигіена ребенка отъ рожденія до 3-хъ лѣтъ—изд. 1897 г.—цѣна 1 р., тоже ограниченное число экземпляровъ. Всѣ цѣны для выписывающихъ изъ редакціи съ пересылкою.

ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

4 книги въ годъ съ приложеніями.

подписная цѣна:

Для студентовъ Харьковскаго Университета назначается по 2 руб. въ годъ, для иногороднихъ лицъ. безъ пересылки 4 рубля, а съ пересылкой 5 рублей въ годъ.

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

Редакторъ Проф. Д. Овсянко-Куликовскій.

Открыта подписка на 1902 годъ.

ЖУРНАЛЪ „ТЕХНОЛОГЪ“.

Годъ изданія 5-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Описаніе техническ. новѣйшихъ изобрѣтеній и усовершенствованій. Описаніе выставокъ (Парижской—1900). Техническ. описаніе городскихъ хозяйствъ. Электричество. 2) Описаніе цѣлмхъ техническихъ производствъ. 3) Смѣсь:—краткія техническ. и сельско-хозяйственныя новости. 4) Техн. библиографія. Техническ. образование. 5) Распор. касающ. заводской промышленности. Привилегіи. 6) Чертежи, рисунки, планы. 7) Объявленія.

Въ 1902 г. будетъ помѣшено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

1) Рецепты для промышленности и хозяйства (продол.).

2) Новое производство.

Обширная программа съ рисунками.

Цѣна журнала за годъ съ прилож. и перес. 5 р.

Адр. редакціи журнала «Технологъ», Одесса, Театральн. пер., д. № 12.

Подписка принимается у К. Риккера СПБ. 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 въ журналу „Технологъ“:

Въ 1898. 1899, 1900 и 1901 г. были приложенія: Пастеризованный виноградный сокъ (ц. 50 к.—Кальціумъ карбиды 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.) и др.

Въ 1902 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 вполне замѣняютъ окраску половъ въ домахъ масляной краской; оклейка половъ ситцемъ или обоями производится въ одинъ два—дня, что можно дѣлать зимою и получается очень красивый и прочный полъ, который можно мыть водою.

Одесса. Инженеръ Н. П. Мельниковъ соб. домъ. Театр. пер.

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 и 1901 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЬ

МЕДИЦИНСКІЯ ПРИБАВЛЕНІЯ

КЪ МОРСКОМУ СБОРНИКУ

будетъ выходить и въ 1902 году книжками отъ 4 до 5 листовъ.

Журналь посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ, имѣющихъ отношеніе къ санитарному состоянію флота.

Достаточно отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи Главнаго Медицинскаго Инспектора Флота.

Цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, дѣлается бесплатное объявленіе въ слѣдующемъ № журнала.

Завѣдующей редакціей М. О. Парфильевъ.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

ЗЕМЛЕДѢЛЕЦЪ

ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛЪ

Сельскаго Хозяйства

И ЕСТЕСТВОЗНАНІЯ

СЪ ОТДѢЛОМЪ

ШКОЛЬНОЕ ХОЗЯЙСТВО

Выходитъ ежемѣсячно книжками 3 листа

при благосклонномъ участіи лучшихъ силъ: В. А. Анзимирова, проф. К. А. Вернеръ, А. Воинова, С. А. Гатцука, А. В. Герцика, В. І. Гомилевскаго, проф. Г. И. Гурина, М. А. Зернса, В. Г. Доппельмаира, В. В. Еропкина, В. Г. Заленскаго, А. А. Зубрилина, І. И. Ивашкевича, Ав. А. Калантара, В. В. Корватовскаго, Ф. И. Косоротова, проф. Н. М. Кулагина, проф. П. Н. Кулешова, Ю. Р. Ланцкаго, В. Л. Максимова, П. В. Отоцкаго, М. И. Ошанина, Л. А. Піотрашко, проф. Д. Н. Прянишникова, И. И. Пузыревскаго, Д. М. Россинскаго, кн. С. П. Урусова, М. Д. Штаудс и другихъ.

Учеными Комитетами 1) Министерства Земледѣлія и Г. И. «Журналъ» допущенъ въ подвѣдомственныя Министерству учебныя заведенія, 2) Мин. Нар. Просв.—допущенъ къ приобрѣтенію въ народныя школы и бесплатныя бібліотеки и читальни и одобренъ для учительскихъ бібліотекъ всѣхъ низшихъ учебн. завед.

Въ теченіе года «Земледѣлецъ» даетъ: 12 книжекъ журнала, 3 отдѣльныхъ руководства по сельскому хозяйству и естествознанію въ приложеніи къ журналу, коллекцію сѣмянъ полезныхъ и вредныхъ въ сельскомъ хозяйствѣ растений.

Подписная цѣна: 2 р. за годъ.—1 р. за $\frac{1}{2}$ года. За границу 2 р. 50 коп. съ доставкой и пересылкой.

Разсрочка допускается: 1 р. при подпискѣ и 1 р. къ 15 апрѣля.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

За наложенный платежъ 25 коп.

Старые годы «Школьнаго Хозяйства» продаются за 1 р. 23 к. за каждый годъ, 2 р. 40 к. за 2 года вмѣстѣ, 3 р. 50 к. за 3 года, 4 р. 60 к. за 4 года, 5 р. 70 к. за 5 лѣтъ и 7 р. 80 к. за 7 лѣтъ (съ пересылкой).

Черезъ Контору журнала «Земледѣлецъ» можно получать всякія книги съ уступкой 10% для подписчиковъ журнала.

Объявленія печатаются въ концѣ текста по цѣнѣ 20 р. за страницу, 11 р. за $\frac{1}{2}$ стр., 6 р. за $\frac{1}{4}$ стр., 3 р. 50 к. за $\frac{1}{8}$ стр. и 2 р. за $\frac{1}{16}$ стр. Отдѣльныя приложенія не болѣе 1 лота вѣсомъ разсылаются по 6 р. за тысячу экз.; за каждый лишній лоть 4 р. На годовыя и полугодовыя объявленія дѣлается уступка.

Адресъ редактора; С.-Петербургъ, Казанская 12. Контора редакціи: Малая Конюшенная, 10.

Редакторъ-издатель Ав. Калантаръ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

НА

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„Практическая Медицина“

ВМѢСТѢ

«съ Врачебной Газетой».

Подписная цѣна 10 руб. съ перес. и доставкой. Заграницу 14 руб.

Отдѣльно 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.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, Малая Итальянская 13, въ конторѣ журнала «Практическая Медицина» и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Открыта подписка на 1902 годъ

(т. XIX, годъ тринадцатый)

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

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

«Ученныя Записки» выйдутъ въ 1902 году въ количествѣ 6 вып., составивъ тѣмъ болѣе 20 печатн. листовъ (томъ XIX). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за границу—4 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.*

„Врачебной Газеты“

(бывшаго „Еженедѣльника“ журнала „Практическая Медицина“).

Подъ редакціей д-ра А. А. Лозинскаго.

Вступая въ девятый годъ своего существованія, «Еженедѣльникъ и при замѣнившемъ его новомъ названіи «Врачебная Газета» неизмѣнно будетъ слѣдовать основнымъ задачамъ, которыя онъ поставилъ себѣ цѣлью, сохранить прежнее свое направленіе, создавшее и укрѣпившее тѣсную связь между нимъ и его читателями; разница, и очевидно къ выгодѣ газеты, будетъ только заключаться въ томъ, что значительно увеличенные размѣры, въ которыхъ она издается съ половины 1901 г., дадутъ намъ возможность еще болѣе расширить программу ея, въ еще болѣе степени отводить мѣсто могущему интересовать читателей матеріалу. Такимъ образомъ «Врачебная Газета», не уклоняясь отъ преобладающаго практическаго характера, но въ то же время стремясь быть «вѣрнымъ отраженіемъ сложной медицинской науки, съ каждымъ днемъ выдвигающей на очередь все новыя и новыя вопросы, будетъ удѣлять въ научномъ своемъ отдѣлѣ подобающее вниманіе и сторонѣ теоретической. Наряду съ этимъ она будетъ посылно служить и другой своей основной задачѣ—защитѣ общественно бытовыхъ интересовъ какъ всего врачебнаго сословія вообще, такъ и каждаго изъ его членовъ въ частности: не вторгаясь въ домашнюю жизнь врача и строго отдѣляя ее отъ его общественной дѣятельности, «Врачебная Газета» въ своемъ бытовомъ отдѣлѣ, какъ и донинѣ будетъ неуклонно отстаивать честь и достоинство врачебнаго сословія отъ всякихъ посягательствъ, откуда бы они ни исходили извнѣ-ли или изнутри.

Однимъ изъ измѣненій газеты является выдѣленіе чисто терапевтическихъ вопросовъ въ особый отдѣлъ, предпринятое какъ въ цѣляхъ ихъ расширенія, такъ и легчайшаго и болѣе удобнаго отысканія читателями.

Программа изданія слѣдующая:

1) Оригинальныя и переводныя статьи преимущественно практическаго направленія, иллюстрированныя, при надобности, рисунками. 2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ вопросамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному сословию. 3) Рефераты всѣхъ оригинальныхъ статей, печатающихся въ главныхъ общихъ русскихъ медицинскихъ журналахъ, дающіе возможность полнѣе ознакомиться съ научными матеріалами каждаго изъ этихъ журналовъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Терапевтической отдѣлъ. 6) Отчетъ о засѣданіяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 7) Корреспонденціи. 8) Хроника и мелкія извѣстія. 9) Объявленіе.

Редакторы: д-ръ А. А. Лозинскій.

д-ръ О. А. Лунцъ.

Издатель В. С. Эттингеръ.

Подписная цѣна на годъ 5 руб., на полъ-года 2 р. 50 к. и на 3 мѣсяца 1 руб. 25 коп.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1902 ГОДЪ.

Въ ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и заграницей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протоколовъ засѣданій Совѣта; отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія, распределенія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературные съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованныя.

Ученыя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ *Ө. Мищенко.*

ОБЪЯВЛЕНІЯ

На 1902 годъ

(десятый годъ изданія).

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА и проф. Н. М. ПОПОВА.

Въ 1902 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырежды книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

Подписка принимается въ Редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

Принимается подписка на 1902 годъ

(13-й годъ изданія)

НА

БОЛЬНИЧНУЮ ГАЗЕТУ БОТКИНА.

выходящую еженедѣльно въ объемѣ 2—3 листовъ,

подъ редакцей проф. М. М. Волкова и прив.-доц. Н. Я. Кетчера и при ближайшемъ участіи д-ра В. М. Бородулина, доц. Е. С. Боткина, Проф. С. С. Боткина, д-ра И. А. Дмитріева, д-ра А. А. Нечаева, проф. Г. П. Павлова, проф. В. Н. Сиротинина, доц. Г. А. Смирнова и д-ра А. А. Троянова.

Съ 1897 г. газета издается въ увеличенномъ объемѣ и по значительно расширенной программѣ, отвѣчая по своему характеру болѣшимъ еженедѣльнымъ медицинскимъ иностраннымъ изданіямъ. Съ наступающаго 1902 года, желая сдѣлать газету болѣе доступной, редакція нашла возможнымъ, не измѣняя объема изданія, понизить подписную цѣну до шести рублей въ годъ. Программа газеты сохраняетъ свой прежній характеръ,

ОБЪЯВЛЕНІЯ

но отдѣлъ больничнаго и общественно-санитарнаго дѣла въ Россіи и за границей, посвящаемый выясненію возникающихъ вопросовъ общественной медицины, будетъ подвергнутъ дальнѣйшему преобразованію и расширенію. Завѣдываніе этимъ отдѣломъ, а равно соприкасающимся съ нимъ отдѣломъ обзорнѣя текущихъ событій медицинской жизни принялъ на себя бывшій редакторъ «Общественно-санитарнаго Обзорнѣя», завѣдующій санитарнымъ бюро С.-Петербургской Губернской Земской Управы д-ръ И. А. Дмитріевъ; отдѣлъ будетъ заключать въ себѣ самостоятельныя статьи по вопросамъ врачебно-санитарнаго дѣла въ земствахъ и думахъ, обзоры его устройствъ въ разныхъ мѣстностяхъ и городахъ, отчеты о съѣздахъ врачей и т. п., статьи и обзоры по вопросамъ больничнаго быта, ухода за больными и т. п.

Такимъ образомъ программа газеты въ 1902 г. будетъ заключать въ себѣ слѣдующіе отдѣлы:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины и соприкасающихся съ ней наукъ.

II. Больничное и общественно-санитарное дѣло въ Россіи и за границей.

III. Систематизированные рефераты и обзорнѣя главнѣйшихъ произведеній русской и иностранной медицинской литературы.

IV. Корреспонденціи.

V. Отчеты о больничныхъ совѣщаніяхъ по научному отдѣлу, о засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ, о медицинскихъ съѣздахъ, о диспутахъ Военно-Медицинской Академіи и медицинскихъ факультетовъ Имперіи. Газета печатаетъ официальные протоколы засѣданій Общества русскихъ Врачей, Общества Больничныхъ Врачей и Общества Дѣтскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ.

VI. Критика и библіографія.

VII. Обзорнѣя текущихъ событій медицинской жизни; мелкія сообщенія; справочныя свѣдѣнія; данныя о движеніи больныхъ въ С.-Петербургскіи больницахъ, сообщаемыя Спб. статистическимъ бюро.

Подписная цѣна: за годъ съ доставкой 6 руб., за полгода съ доставкой 3 р.

Подписка принимается въ магазинѣ книгъ и учебныхъ пособій Н. Н. Морева подъ фирмою Н. Фену и К^о (С.-Петербургъ, Невскій просп., 90—92, телефонъ № 1323) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Для ознакомленія съ газетой отдѣльныя №№ можно приобрѣтать по 20 к. въ книжномъ магазинѣ Н. Н. Морева.

1902 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА годъ 7.

ЖА ЖУРНАЛЪ

„Вопросы Нервно-Психической Медицины“,

издаваемый подъ редакціей профессора унив. св. Владимира

И. А. СИКОРСКАГО

въ Кіевѣ.

Журналъ, какъ показываетъ отчасти и самое иззваніе его, имѣетъ своей задачей—помимо спеціальныхъ ислѣдованій по психіатріи и нервной патолог.и—содѣйствовать разрѣшенію вопросовъ, общихъ для всѣхъ отдѣловъ медицины, насколько эти вопросы могутъ быть освѣщены съ точки зрѣнія психіатріи и нервной патолог.и. Журналъ ставитъ одной изъ своихъ цѣлей—сближеніе различныхъ медицинскихъ специальностей на почвѣ общихъ вопросовъ и научныхъ обобщеній, достигнутыхъ неврологіей.

Объединеніе медицины на почвѣ невролог.и представляется желательнымъ и плодотворнымъ. Объединяющую силу содержать въ себѣ вопросы этиолог.и и патолог.и болѣзней; этимъ вопросамъ и будетъ отведено надлежащее мѣсто. Вниманіе журнала будетъ посвящено также терапіи нервныхъ болѣзней и нервно-психической гигиенѣ, такъ какъ та и другая содержатъ рядъ данныхъ всего болѣе объединяющихъ медицину.

Журналъ предполагаетъ слѣдить за выдающимися вопросами и фактами въ различныхъ областяхъ медицины и будетъ стараться своевременно дѣлать рефераты и обзоры по содержанію этихъ вопросовъ. Но независимо отъ того для успѣшнѣйшаго достиженія намѣченной цѣли, въ январской книжкѣ каждаго года будетъ помѣщаемъ отчетъ объ успѣхахъ нервно-психической медицины и сопредѣльныхъ знаній за истекшій годъ. Отчетъ этотъ—въ критико-библиографической формѣ направленийъ съ изложеніемъ результатовъ, достигнутыхъ наукою и ея примѣненіями на дѣлѣ.

Журналъ выходитъ книжками каждыя три мѣсяца по слѣдующей программѣ:

1) Оригинальныя статьи по вопросамъ психіатріи и нервной патолог.и, а также по вопросамъ анатом.и, физиолог.и, гигиенѣ нервной системы и врачебной экспертизы, относящейся къ этимъ предметамъ

2) Критика и библиографія по тѣмъ же вопросамъ.

3) Хроника нервныхъ клиникъ, психіатрическихъ клиникъ, домовъ для умалишенныхъ, заведеній идиотовъ и исправительныхъ заведеній

4) Краткія замѣтки по содержанію трехъ предыдущихъ отдѣловъ.

Статьи для журнала присылаются редактору въ заказныхъ письмахъ или бандероляхъ по слѣдующему адресу: Кіевъ, профессору И. А. Сикорскому (Б.-Подвальная, 15).

Авторы критическихъ обзоровъ получаютъ гонораръ 60 р. за печат. листъ.

Авторы статей получаютъ по 25 экз. отдѣльныхъ оттисковъ. О присланныхъ въ редакцію книгахъ и изданіяхъ будетъ оповѣщено въ одной изъ ближайшихъ книжекъ.

Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой въ годъ 6 р.

Лица, подписывающіяся на 5-й и 6-й годъ журнала, платятъ 10 р., на 1-й, 2-й 3-й 4-й, 5-й и 6—24 р.

Подписка принимается: въ Редакціи журнала (Кіевъ. Б.-Подвальная 15), въ книжныхъ магазинахъ Оглобина, Югансона и Розова въ Кіевѣ, а также въ книжномъ магазинѣ Карла Риккера въ Спб. (Невскій, 14).

1902 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА годъ XIII.

на журналъ

„ВОПРОСЫ ФИЛОСОФІИ

И

ПСИХОЛОГІИ“.

ИЗДАНИЕ МОСКОВСКАГО ПСИХОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА.

при содѣйствіи С.-Петербургскаго Философскаго Общества.

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

1-го января 1902 г. поступить въ продажу «Сборникъ статей, посвященныхъ памяти Вл. С. Соловьева» (№ 56 журнала—Вопр. Фил. и Псих.) ц. 3 р.

Въ „Вопросахъ Философіи и Психологіи“

принимаютъ участіе слѣдующія лица:

Н. А. Абрикосовъ, Ю. И. Айхенвальдъ, В. Анри, Н. Н. Баженовъ, О. Д. Батюшковъ, А. Н. Бекетовъ, А. Н. Бернштейнъ, П. Д. Боборыкинъ, Е. А. Бобровъ, С. Н. Булгаковъ, В. Р. Буцке, А. С. Вѣлкинъ, В. А. Вагнеръ, В. Э. Вальденбергъ, А. В. Васильевъ, А-дръ И. Введенскій, Д. В. Викторовъ, Н. Д. Виноградовъ, П. Д. Виноградовъ, В. И. Герье, А. Н. Гиляровъ, В. А. Гольцевъ, Л. О. Даркшевичъ, В. В. Жюппотонъ, Н. А. Звѣревъ, О. А. Зеленогорскій, В. Н. Ивановскій, П. А. Иванцевъ, А. П. Казанскій, М. И. Каринскій, Н. И. Карѣевъ, В. О. Ключевскій, А. Я. Кожевниковъ, Я. Н. Колубовскій, В. П. Сербскій, О. Е. Коршъ, Н. Н. Ланге, П. Ломброзо, Л. М. Лопатинъ, С. М. Лукьяновъ, П. Н. Милуковъ, П. В. Мокіевскій, П. И. Новгородцевъ, Л. Е. Оболенскій, Д. Н. Овсянко-Куликовскій, И. Ф. Огневъ, Э. Л. Радловъ, П. В. Струве, В. С. Серебрянниковъ, П. П. Соколовъ, С. А. Соллертинскій, Ф. В. Софроновъ, Г. Е. Струве, С. А. Сухановъ, П. В. Тихомировъ, гр. Л. Н. Толстой, кн. Е. Н. Трубецкой, кн. Н. С. Трубецкой, Н. А. Умовъ, Г. И. Челпановъ, В. Н. Черинъ, Н. О. Шаталовъ, Н. И. Шишкинъ и др.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Самостоятельныя статьи и замѣтки по философіи и психологіи. Въ понятіи философіи и психологіи включаются: логика и теорія знаній, этика и философія права, эстетика, исторія философіи и метафизика, философія наукъ, опытная и физиологическая психологія, психопатія. 2) Критическія статьи и разборы ученій и сочиненій западно-европейскихъ и русскихъ философовъ и психологовъ. 3) Общія обзоры литературы поименованныхъ наукъ и отдѣловъ философіи и библиографія. 4) Философская и психологическая критика произведеній искусства и научныхъ сочиненій по различнымъ отдѣламъ знанія. 5) Переводы классическихъ сочиненій по философіи древняго и новаго времени.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ

УСЛОВІЯ ПОДПИСКИ: На годъ (съ 1-го января 1902 г. по 1-е января 1903 г. безъ доставки—6 р., съ доставкой въ Москвѣ—6 р. 50 к., съ пересылкой въ другіе города—7 р., за границу—8 р.

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

Подписка принимается въ конторѣ журнала: Москва М. Никитская, Георгіевскій пер., д. Соловьевой, и книжныхъ магазиновъ «Русской Мысли», «Новаго Времени» (С.-Петербургъ, Москва, Одесса и Харьковъ), Карбасникова (С.-Пб., Москва, Варшава), Вольфа (С.-Пб. и Москва), Оглобина (Кіевъ) Башмакова (Казань и другіихъ).

Полные годовые экземпляры журнала за второй (№ № 5—9) годъ продаются по 6 р. (въ виду крайняго ограниченнаго количества оставшихся экземпляровъ), за третій (№ № 10—14), четвертый (№ № 16—20), пятый (№ № 21—25), шестой (№ № 26—30)—по 2 р. за каждый годъ, седьмой (№ 31—35), восьмой (№ 36—40), девятый (№ № 41—45) и десятый (46—50) годы по 3 р. за экземпляръ съ пересылкой; экземпляры за 1900 г. продаются за 4 р. съ пер., за 1901 г.—6 р. Подписчики на новый 1902 г. получаютъ журналъ при выпискѣ всѣхъ прежнихъ годовъ изданія сразу по 3 рубля за экземпляръ второго года (№ № 5—6) и по 2 руб. за каждый изъ остальныхъ, до 1900 г. включительно, годовыхъ экземпляровъ. № 15-й журнала, не входящій не въ одинъ изъ годовыхъ комплектовъ, весь распроданъ. При выпискѣ всѣхъ означенныхъ книгъ наложеннымъ платежамъ взимается съ cadaго руб. по 2 к.

Редакторъ: **И. С. Н. Трубецкой.**

Л. М. Лопатинъ.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

въ **С.-Петербургѣ,**

будетъ выходить въ 1902 году въ прежнемъ объемѣ и по прежней программѣ.

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

Редакторы: { Профессоръ Д. Оттъ.
Докт. медиц. Л. Личкусъ.