



УЧ. ЗАВ. У
J. K. Y

КАЗАНСКІИ
МЕДИЦИНСКІИ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. А. Н. НАЗЕМЪ-БЕНА.

ТОМЪ IV.
ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.
1904 Г.



КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1904.

СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

- Прив.-доц. **И. М. Гиммель.** Радій въ біологіи и медицинѣ. 1.
- Проф. **Н. М. Любимовъ.** Къ ученію объ острой лейкеміи.
(Продолженіе) 20.
- А. Д. Никольскій.** Бактеріологическое изслѣдованіе воды водопровода г. Казани. 79.
- А. Д. Никольскій.** Описаніе устройства клиникъ, городскихъ больницъ и нѣкоторыхъ общественныхъ учреждений и спеціальныхъ заведеній въ Германіи (въ Пруссіи, Саксоніи, Баваріи и Силезіи) и въ Парижѣ 85.

II. РЕФЕРАТЫ.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ, ОБЩАЯ ПАТОЛОГІЯ И БАКТЕРІОЛОГІЯ.

- М. Вѣлоглазовъ:** Къ гематологіи пинги.—**Н. Я. Чистовичъ** и **О. А. Шестакова:** О морфологическихъ измѣненіяхъ крови при краснухѣ.—**Р. Д. Зеленскій:** Къ казуистикѣ эхинококковъ головного мозга. 104.

ХИРУРГІЯ.

- Е. Г. Лазаревъ:** Къ казуистикѣ эмпіемъ этмоидальной пазухи.—**В. Н. Розановъ:** Къ техникѣ оперативнаго пособія при заболѣваніяхъ позвонковъ.—**В. Н. Орловъ:** Современная классификація острой кишечной непроходимости; брыжжеечныя отверстия, какъ причина obturационной непроходимости кишекъ.—

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. НАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ IV.

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1904 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета

1904.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 25 февраля 1904 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Радій въ біологіи и медицинѣ *).

Приватъ-доцентъ И. М. Гиммель.

М.м. Г.г.

Ни одно открытіе въ области науки и искусства, какъ бы оно не было мало, никогда не остается безъ вліянія на другіе отдѣлы человѣческихъ знаній. Свѣтъ, даже самый слабый, внесенный въ одну область нашихъ знаній, долженъ, какъ правило, въ большей или меньшей степени освѣтить и другіе отдѣлы. Безъ сомнѣнія, интенсивность и площадь освѣщенія будутъ тѣмъ сильнее и больше, чѣмъ сильнее новый источникъ свѣта, чѣмъ шире онъ разбрасываетъ свои лучи.

Въ тоже время на всякое открытіе нельзя смотрѣть какъ на результатъ случайности, едва ли возможно согласиться съ тѣми, кто утверждаетъ, что большинство открытій есть только счастливая случайность. Ничто не появляется какъ *Deus ex machina*, всякое открытіе есть результатъ логическихъ посылокъ и экспериментовъ, часто неизвѣстной самому изобрѣтателю до конца его выкладокъ и операций, почему величина открытій и первичная сфера ихъ вліянія рѣдко расходится съ познавательной и мыслительной способностью изобрѣтателя.

Вплоть до настоящаго времени, согласно законамъ химіи и физики, мы думали, что всѣ тѣла могутъ быть только въ трехъ состояніяхъ, твердомъ, жидкомъ и газообразномъ, что атомы недѣлимы. Но, появляется на сцену новый элементъ, недавно найденный въ природѣ—радій, химическія и физическія свойства котораго, какъ и вліяніе на животный міръ, не укладываются въ извѣстныя намъ рамки. Наука не давала намъ никакихъ предска-

* Речь, читанная въ годишномъ засѣданіи Казанскаго Общества врачей.

заній о его существованіи въ природѣ, она до настоящаго времени не предвидѣла его, почему нѣкоторые можетъ быть и скажутъ, что здѣсь счастливый случай, самопроизвольное открытіе, если такъ можно сказать.

Нѣтъ, это неправда. Если химія и физика не предугадали существованія въ природѣ даннаго элемента, то открытіе Рентгеномъ X лучей и работы, направленные для отысканія ихъ причины, послужили толчкомъ для открытія веществъ, обладающихъ радіоактивной энергіей.

Къ работамъ въ данномъ направленіи французскаго физика Н. Becquerel'я побудило то, что причину образованія X лучей думали найти въ фосфоресценціи внутреннихъ стѣнокъ стеклянныхъ трубокъ, изъ которыхъ выкачанъ воздухъ. Хотя его опыты съ фосфоресцирующими и флюоресцирующими веществами не дали ему положительныхъ результатовъ, но во время своихъ работъ онъ замѣтилъ, что соли урана и металлическій уранъ, который абсолютно не флюоресцируетъ, способны испускать лучи, очень сходные по своему дѣйствию съ X лучами Рентгена. Лучи, открытые имъ и получили названіе Беккерелевскихъ лучей.

Они, какъ и X лучи, не видимы, не способны отражаться и преломляться, дѣйствуютъ на фотографическую пластинку, проникаютъ черезъ темную бумагу, каучукъ, дерево и большинство металловъ и ионизируютъ воздухъ, т. е. увеличиваютъ его электропроводимость. Лучи Беккереля сходны въ тоже время и съ катодными лучами Lenard'a, возникающими въ круговой трубкѣ, въ томъ отношеніи, что отклоняются подъ вліяніемъ магнита при чемъ даютъ цѣлый спектръ, что доказываетъ ихъ неоднородность, рентгеновскіе же лучи магнитомъ не отклоняются. Условія же возникновенія тѣхъ и другихъ безъ сомнѣнія не имѣютъ между собою ничего общаго, такъ какъ рентгеновскіе лучи получаютъ при пропусканіи электрическаго тока черезъ такъ называемую кругсову или гейслерову трубку и потомъ непрерывно, а беккерелевскіе лучи выдѣляются изъ урана и его солей непрерывно, безъ всякаго вліянія воздѣйствія. Эта чудесная способность солей урана испускать изъ себя лучи есть для насъ въ настоящее время совершенно загадочное явленіе, намъ не извѣстенъ источникъ и причина свѣтовой энергіи, благодаря которой развивается лучеиспусканіе, не сходное съ обыкновеннымъ фосфоресцирующимъ свѣченіемъ, такъ какъ соли урана свѣтятся не только безъ источника свѣта, но даже безъ предварительнаго освѣщенія. Свѣченіе урана не прекращается при $+193^{\circ}$ температуры и при томъ условіи, если онъ нѣсколько мѣсяцевъ пробылъ въ абсолютной темпотѣ.

И хотя въ настоящее время существуютъ двѣ теоріи, желающихъ объяснить причину радіоактивности урана и его солей, изъ которыхъ одна говорить, что уранъ и его соли, взявъ какую

то, недоступную для наблюденія энергію извѣдъ, превращаютъ ее въ беккерелевскіе лучи, а другая утверждаетъ, что причина свѣченія заключается въ разложеніи атомовъ и образованіи такимъ путемъ лучистой энергіи, но ни та, ни другая теорія не является прочно обоснованной, почему мы и можемъ говорить лишь о фактѣ существованія въ природѣ радиоактивныхъ элементовъ, замѣчательныхъ по своимъ свойствамъ.

Открытіе Becquerel'я побудило другихъ изслѣдователей искать въ природѣ новыя радиоактивныя вещества. Ихъ труды увѣнчались успѣхомъ и изъ урановой смоляной руды, заключающей въ себѣ смѣсь различныхъ металловъ, имъ удалось добыть множество радиоактивныхъ веществъ, солей уже извѣстныхъ металловъ (барія, торія, висмута и свинца). Изъ нихъ, одни быстро теряли свою радиоактивность, а другіе ее сохраняли. Способность къ лучеиспусканію у первой части веществъ объяснилась вторичною или индуцированою способностью, потому что было выяснено индуцирующее вліяніе солей урана на другіе, соприкасающіеся съ ними соли, не способныя къ самостоятельному лучеиспусканію.

Изъ второй группы веществъ, способныхъ къ самостоятельному лучеиспусканію, супругами Curie было выдѣлено соединеніе висмута, лучеиспусканіе котораго во много разъ превосходило лучеиспусканіе урана. И хотя между вновь открытымъ соединеніемъ висмута и уже ранѣе химикамъ извѣстнымъ было химическое тождество, тѣмъ не менѣе радиоактивность вновь открытаго заставила изслѣдователей предполагать существованіе новаго элемента и дать ему новое названіе полоній.

Работая въ томъ же направленіи далѣе, супруги Curie замѣтили сильную радиоактивность солей барія, при чемъ выдѣлили изъ нихъ путемъ кристаллизаціи элементъ, отличающійся отъ солей барія не только радиоактивностью, но и атомнымъ вѣсомъ, который равняется приблизительно 225, тогда какъ атомный вѣсъ барія только 137 и своеобразнымъ яркочернымъ спектромъ, тогда какъ спектръ барія зеленый. Ко всему этому въ спектрѣ поглощенія онъ даетъ не свойственныя ни барію, ни какому либо другому уже извѣстному элементу, три типическія полосы поглощенія. Они назвали новый элементъ радіемъ.

Не смотря на то, что другіе изслѣдователи выдѣлили изъ урановой смоляной руды еще нѣсколько другихъ радиоактивныхъ веществъ, какъ-то радіотеллуръ, актиній, торій и др., но радій изъ всѣхъ ихъ привлекаетъ къ себѣ большее вниманіе изслѣдователей не только своею активностью, но и ббльшимъ разнообразіемъ испускаемыхъ имъ лучей.

Мы имѣемъ передъ собой новый источникъ свѣта, свѣта постояннаго, не исчезаемаго, не теряющаго своихъ свойствъ отъ вре-

мени и дѣйствія. Кому не извѣстно въ настоящее время дѣйствіе солнечнаго свѣта, этого великаго фактора жизни. Въ то время какъ въ однихъ случаяхъ онъ необходимъ, безъ него немыслима жизнь, въ другихъ онъ является пагубнымъ, убивающимъ агентомъ. Последнее свойство его, выражающееся въ задержаніи роста бактерий и умерщвленіи ихъ или, иными словами, бактерицидность свѣта, извѣстна давно. Въ силу этого свойства онъ прекрасный дезинфекторъ жилищъ. На принципѣ бактерицидности свѣта основаны методы леченія многихъ паразитарныхъ заболѣваній кожи; врачамъ извѣстно благотворное вліяніе лучей солнца на процессъ заживленія открытыхъ ранъ, статистика даетъ указаніе на то; что жилища, лишенная свѣта, даютъ большій процентъ заболѣваній.

Но, если свѣтъ пагубно дѣйствуетъ на нѣсныя организмы, на бактерий, то на растенія и животныхъ онъ дѣйствуетъ положительно благотворно. Онъ ускоряетъ произрастаніе сѣмянъ растеній, ускоряетъ ростъ и регулируетъ питаніе самихъ растеній, оживающихъ при первомъ весеннемъ лучѣ солнца, онъ вліяетъ на геотропизмъ и сонъ растеній.

Не мѣньшее, если не большее, вліяніе оказываетъ свѣтъ на міръ животныхъ и человѣка, рефлекторно дѣйствуя на общій обмѣнъ веществъ и на составъ крови. Повышая или понижая обмѣнъ веществъ, онъ дѣйствуетъ на настроеніе животныхъ и конечно человѣка, способствуетъ общему здоровью и гармоніи формъ, какъ высказался объ этомъ Александръ Гумбольдтъ. Но, дѣйствіе свѣта имѣетъ свою и обратную сторону. Сильный свѣтъ можетъ произвести воспаленіе сѣтчатки и полную потерю зрѣнія, на кожѣ онъ въ состояніи произвести глубокія измѣненія отъ незначительной пигментаціи, до образованія глубокихъ, долго не заживающихъ, язвъ включительно.

Разъ свѣтъ самъ по себѣ является цѣлебнымъ средствомъ, то вполне справедливо и естественно то возведеніе на степень лечебнаго средства, какъ естественнаго источника свѣта солнца, такъ и искусственныхъ, примѣняемыхъ за послѣднее время въ довольно широкихъ размѣрахъ. Въ этихъ стѣнахъ уже не разъ раздавалось слово о леченіи свѣтомъ вообще, объ открытіи Рентгена и о леченіи по методу Финзена, такъ что говорить объ нихъ я буду по столько, по сколько это будетъ необходимо при описаніи роли въ биологіи и терапіи вновь открытаго въ природѣ элемента радія.

Радій, котораго бромистое соединеніе Вы видите передъ собою, имѣетъ видъ бураго, крупитчатаго порошка, нѣсколько похожаго на обыкновенный, растертый курительный табакъ. Онъ очень дорогъ; эти 10 mgm., находящіеся въ моемъ распоряже-

ни стоятъ 100 марокъ. Заключенъ онъ въ данпомъ случаѣ въ стеклянную трубочку, запаянную съ обоихъ концовъ.

Я выше говорилъ, что лучи Becquerel'я, подобно X лучамъ невидимы; но если Вы возьмете эту трубочку и будете смотрѣть на нее въ темной комнатѣ, давъ глазу привыкнуть къ темнотѣ, то Вы увидите, что она свѣтится. Слѣдовательно произошла ошибка, лучи Becquerel'я свѣтятся. Итъ, свѣченіе которое мы видимъ, есть вторичное, индуктированное, происходящее отъ свѣченія индуктированныхъ солей, связанныхъ съ радіемъ.

Въ данномъ случаѣ мы ощущаемъ зрѣніемъ не собственно лучи радія, а фосфоресценцію соли его и разъ данное соединеніе будетъ заключено въ непроницаемую для свѣта коробку, то свѣченіе исчезнетъ, всѣ же радиоактивныя свойства препарата останутся въ полной своей силѣ.

Въ настоящій моментъ я позволю себѣ перейти къ фізіолого-патологическимъ свойствамъ радія, не исчезающимъ и въ томъ случаѣ, если коробочка съ радіемъ будетъ заключена въ непроницаемую для обыкновеннаго свѣта обертку.

Еще въ 1901 году Himstedt и Giesel замѣтили, что радій, помещенный въ непроницаемую для свѣта коробку, свѣтится, что глазъ, при приближеніи къ нему коробочки, какъ-бы наполняется свѣтомъ. Намъ въ настоящее время извѣстно, что лучи Рентгена, обуславливая флюоресценцію тѣхъ же веществъ, какъ и лучи радія какъ напримѣръ платиносиеродистаго барія, не вызываютъ въ человѣческомъ глазу ощущенія свѣта. Приходится допустить, что для какихъ то лучей радія есть флюоресцирующія въ глазу среды, не реагирующія на X лучи, что служитъ конечно важнымъ отличіемъ между X лучами и лучами радія.

Изученіемъ дѣйствія радія на нормальный и патологическій глазъ занялся д-ръ Лондонъ, работающій въ Институтѣ Экспериментальной медицины. По опредѣленію Лондона нормальный глазъ получаетъ свѣтъ отъ радія въ томъ случаѣ, когда онъ находится отъ него на разстояніи приблизительно 12 сантиметровъ; передъ глазомъ, при приближеніи къ нему радія, получается впечатлѣніе сивевато-бѣлаго поля, которое, если перемѣщать радій то къ тому, то къ другому глазу, будетъ также перемѣщаться. Это явленіе будетъ совершенно одинаково при завязанныхъ и открытыхъ глазахъ, если опытъ производится въ темнотѣ. Будете-ли Вы подносить воробочку съ радіемъ спереди или сбоку и затылка головы, отъ этого свѣченіе не исчезнетъ, лишь будетъ измѣняться его интенсивность въ зависимости отъ толщины проникаемой среды, въ данномъ случаѣ черепной крышки и слоя мозга. Въ противоположность Giesel'ю и Himstedt'у Лондонъ доказалъ, что свѣченіе не находится въ зависимости отъ хрусталика, какъ утверждали первые авторы,

что наоборот, глазъ, въ которомъ хрусталикъ помутнѣлъ или совсѣмъ отсутствуетъ, получаетъ болѣе сильное свѣтовое ощущеніе, чѣмъ здоровый глазъ и что причина лежитъ въ непосредственномъ раздраженіи сѣтчатки, флюоресценцію которой мы и видимъ. Въ томъ же случаѣ, когда сѣтчатка атрофирована совершенно или глазъ удаленъ съ сѣтчаткой, при приближеніи радія къ глазу не получается никакого свѣтового ощущенія. При измѣненіи только половины сѣтчатки радій вызываетъ въ глазу впечатлѣніе свѣтового полукруга. Правда, для точнаго выясненія вопроса о причинѣ свѣченія радія нужны дальнѣйшіе эксперименты и въ всякаго сомнѣнія они послѣдуютъ.

Трудно лишь согласиться съ Лондономъ въ томъ, что свѣченіе въ глазу, получаемое при приближеніи радія къ вискамъ и затылку, находится въ зависимости отъ раздраженія психическихъ зрительныхъ центровъ, расположенныхъ въ затылочныхъ доляхъ полушарій мозга. Гораздо проще эту будетъ объяснить проникновеніемъ лучей радія въ сѣтчатку сзади черезъ черепную крышку и мозгъ, какъ уже и высказался объ этомъ академикъ Тархановъ. Конечно, въ настоящее время ни то, ни другое мнѣніе еще не лежатъ на прочно обоснованномъ фундаментѣ, для этаго нужны дальнѣйшіе опыты и наблюденія, которые, какъ я полагаю не замедлятъ появиться въ виду захватывающаго интереса даннаго вопроса.

Наблюденія Лондона со слѣпыми представляютъ еще большій интересъ; онъ указалъ, что слѣпцы, которымъ ощущенія свѣта знакомы, хотя-бы въ видѣ дѣйствія молніи, при приближеніи къ глазу радія получаютъ ощущеніе свѣта; совершенно же слѣпые не получаютъ его. Далѣе, слѣпцы отличающіе свѣтъ отъ тѣни, но неспособные различать форму предметовъ, различаютъ въ темнотѣ, при помощи радія, контуры этихъ предметовъ, они начинаютъ лучше видѣть предметы, при проеціи послѣднихъ на освѣщенномъ радіемъ экранѣ. Такъ два мальчика: 11 и 13 лѣтъ лишившіеся зрѣнія на первомъ году жизни (вслѣдствіе атрофіи зрительнаго нерва), видѣли и узнавали на экранѣ, благодаря ассоціаціи съ прежними осязательными ощущеніями различные предметы, монеты, ключи, крестъ, квадратъ и т. д., но лѣнсне, котораго одинъ изъ мальчиковъ никогда не имѣлъ въ рукахъ, не было узнано имъ на экранѣ. Такіе результаты дали Лондону нѣкоторое право высказаться, что радій найдеть можетъ быть со временемъ примѣненіе въ леченіи нѣкоторыхъ случаевъ слѣпоты и что при его помощи получится возможность выучить нѣкоторыхъ слѣпыхъ чтенію и письму по зрячему, по выраженію самихъ слѣпцовъ. Мало этаго, Лондонъ утверждаетъ, что при посредствѣ радія слѣпыхъ можно обучать одноцвѣтной живописи и что такое

ученіе уже дало благопріятные результаты какъ и обученіе письму и чтенію. Очень желательно, чтобы все это оправдалось въ болѣе широкихъ размѣрахъ. Но нельзя пройти молчаніемъ и не указать на то, что всему этому до нѣкоторой степени можетъ помѣшать непреломляемость лучей радія, неспособныхъ къ отраженію, а слѣдовательно къ свѣденію и разсѣванію и не могущихъ поэтому давать ясныхъ изображеній на днѣ глаза, годныхъ не только для яснаго распознаванія, но иногда даже и для простаго представленія, хотя въ тоже время можетъ быть удастся все это устранить или обойти. Къ тому же и количество опытовъ и наблюдений, сдѣланныхъ въ этомъ направленіи, сравнительно не велико и, пужно, съ большей долей вѣроятія, ждать, что дальнѣйшія работы дадутъ еще какія либо указанія на пользу примѣненія радія въ терапіи слѣпоты. Въ настоящее же время опыты Hollzknecht'a и Schwarz'a, въ противоположность мнѣнія Лондона, доказываютъ, что у людей, у которыхъ, хотя и есть атрофія зрительнаго нерва, но острота зрѣнія сохранена на столько, что они могутъ отличить различныхъ людей, острота зрѣнія отъ дѣйствія радія на сѣтчатку не повышается, что радій; при освѣщеніи платиносинеродистаго экрана, даетъ точно такой же свѣтъ, какъ и обыкновенный источникъ свѣта. Они указываютъ, что еще два года тому назадъ Heller доказалъ, что больные съ атрофіей зрительнаго нерва, благодаря упражненіямъ съ темными предметами на свѣтломъ фонѣ, могутъ довести свой плохой, при свѣтѣ, остатокъ зрѣнія до способности воспріятія свѣтовыхъ ощущеній. Вы можете себѣ представить, насколько большой интересъ долженъ возбуждать къ себѣ радій, если онъ, хотя отчасти, оправдаетъ возлагаемыя на него надежды въ отвщеніи терапіи слѣпоты и въ особенности, если дальнѣйшая разработка данного вопроса прибавитъ къ этому еще что нибудь, что вполнѣ допустимо.

Уже въ небольшой промежутокъ времени со дня открытія радія удалось доказать, что роль радиоактивныхъ лучей радія, въ смыслѣ дѣйствія на органическій міръ, очень велика. Радиоактивные лучи радія убиваютъ микроорганизмовъ даже въ томъ случаѣ, если послѣдніе находятся на вполнѣ удобныхъ для ихъ питанія средахъ. Pfeiffer и Friedberger пользовались для своихъ опытовъ съ радіемъ тифозными и холерными бактеріями и доказали, что радій оказываетъ на ихъ ростъ задерживающее вліяніе и даже убиваетъ. Въ то время какъ на участкахъ питательной среды, не подвергшихся дѣйствію радиоактивныхъ лучей радія, ростъ бактерій былъ пышный, на мѣстѣ дѣйствія лучей онъ совершенно отсутствовалъ. Строя предположеніе, что задержка роста произошла не отъ бактерисидности радиоактивныхъ лучей, а очень можетъ быть въ силу измѣненія питательной среды подъ ихъ вліяніемъ, вышесказанные экспериментаторы, послѣ устране-

нія дѣйствія лучей радія, дѣлали снова посѣвъ на свободныхъ отъ бактерій участкахъ и ростъ бактерій выступалъ на нихъ во всей своей силѣ, что указывало на то, что стерильное пространство на питательной средѣ получалось отъ воздѣйствія лучей радія на самихъ бактерій, а не на питательную среду. Споры сибирской язвы, засушенные на шелковыхъ ниткахъ, погибали въ опытахъ Pfeiffer'a и Friedberger'a отъ лучей радія въ теченіе трехъ сутокъ.

Опыты съ задержаніемъ роста бактерій при дѣйствіи на нихъ лучей особенно демонстративны будутъ въ томъ случаѣ, когда на питательную среду будетъ посѣяна цвѣтовая бактерія, какъ на примѣръ *bac. prodigiosus*. Въ этомъ случаѣ вся область, неподверженная дѣйствію лучей радія, гдѣ бактерія росла свободно, будетъ имѣть насыщенно красный цвѣтъ, участки же, на которые падали лучи радія, будутъ имѣть цвѣтъ той питательной среды; на которой былъ сдѣланъ посѣвъ бактерій.

Въ данное время я могу Вамъ продемонстрировать задержаніе роста *bac. prodigiosus*. посѣянаго на картофели.

Здѣсь я считаю долгомъ заявить, что всѣ опыты съ радіемъ я продѣлываю въ лабораторіи глубокоуважаемаго проф. Н. М. Любимова, за что и приношу ему свою сердечную благодарность).

Теперь, если радиоактивные лучи радія такъ бактерицидны, если они къ тому же способны вызывать воспаленіе въ тканяхъ животнаго организма, (что есть уже установленный фактъ, о чемъ я буду говорить нѣсколько ниже), то уже à priori можно было бы допустить, что они должны оказывать цѣлебное дѣйствіе при леченіи различныхъ паразитарныхъ заболѣваній кожи и злокачественныхъ опухолей у человѣка.

И дѣйствительно, работы, предпринимаемыя въ этомъ направленіи въ настоящее время въ достаточно широкихъ, размѣрахъ, отчасти увѣнчались блестящими результатами, побуждая исследователей работать дальше. Н. Strebel въ 1901 году примѣнилъ радій при *lupus vulgaris*: узелки поблѣднѣли, чувство напряженія исчезло. Далѣе, въ одномъ изъ засѣданій Вѣнскаго Медицинскаго Общества д-ръ Ехнер сдѣлалъ докладъ о двухъ случаяхъ меланосаркомы и одномъ случаѣ рака полости рта, польвованныхъ лучами Беккереля въ клиникѣ проф. Gussenbauer'a. Въ первомъ случаѣ была рецидивирующая меланосаркома верхняго плеча съ многочисленными метастазами въ окружности. Послѣ 5—25 минутной радіаціи маленькихъ, подкожныхъ, просвѣчивающихъ темнымъ цвѣтомъ меланосаркоматозныхъ узловъ, на нихъ обнаруживался болѣе или менѣе сильный дерматитъ, смотря по продолжительности сеанса. Затѣмъ наступало обратное развитіе узловъ, которое ясно можно было констатировать черезъ двѣ недѣли, а по прошествіи еще двухъ недѣль мелкіе узлы исчезали

совершенно, въ особенности тѣ, которые подвергались радіаціи въ теченіи 15 и больше минутъ. На самой кожѣ отъ дѣйствія радія получалась плоская язва, заживающая рубцомъ; при этомъ Ехлер заявляетъ, что лучи радія раньше вызываютъ некрозъ клетокъ меланосаркомы, чѣмъ ткани кожи. Точно такіе же результаты получались и во второмъ случаѣ меланосаркомы. Въ третьемъ случаѣ былъ ракъ слизистой оболочки рта у мужчины, имѣющаго 61 годъ отъ роду. Больной обратился въ клинику по поводу рецидива язвы послѣ операціи. Одна раковая язва, величиною въ серебрянный полтинникъ, помѣщалась у праваго угла рта и возвышалась на нѣсколько миллиметровъ надъ здоровой окружностью, вторая на лѣвой небноязычной дужкѣ. Язва у угла рта подвергалась радіаціи 6 разъ; продолжительность сеансовъ была отъ 15—20 минутъ. Черезъ непродолжительный промежутокъ времени язва исчезла совершенно.

Въ томъ же засѣданіи д-ръ Holzknacht сообщилъ о своихъ результатахъ, полученныхъ при примѣненіи лучей радія при аѣкоторыхъ кожныхъ болѣзняхъ (*psoriasis vulgaris*, *lupus hypertrophicus*, эпителиома, телеангіэктазія) въ клиникѣ проф. Lang'a. При псориазѣ достаточно минутнаго приложенія радія къ псориагической бляшкѣ для того, чтобы наступило исчезновение инфильтрата приблизительно черезъ 14 дней, хотя Holzknacht не исключаетъ при этомъ возможности возврата. При гипертрофической волчанкѣ лица, одинъ узелокъ, расположенный на лбу, былъ подвергнутъ радіаціи впродолженіи 7 минутъ: онъ очень скоро сгорѣлъ и сравнялся съ кожей. Очень хорошіе результаты достигались при леченіи радіемъ эпителиомы щеки, во выдающіеся, при леченіи телеангіэктазій. Докладчикъ имѣлъ случай плоской телеангіэктазіи, занимавшей всю лѣвую руку. Дѣйствию радія были подвергнуты только 8 участковъ пораженной конечности, діаметръ каждаго изъ нихъ равнялся приблизительно $\frac{1}{2}$ сантиметра; радіаціи каждаго участка продолжалась 10 минутъ. На красномъ фонѣ сосудистаго пятна, соотвѣтственно мѣстамъ приложенія радія, образовалось восемь кружковъ бѣлой, нѣжной, совершенно нормальной кожи.

У насъ въ Россіи д-ръ Гольдбергъ первый примѣнялъ радій къ леченію двухъ случаевъ *ulcus rodens* въ хирургическомъ отдѣленіи Максимилиановской лѣчебницы въ Петербургѣ. Одинъ изъ его больныхъ, подвергшійся въ общемъ приблизительно семичасовой экспозиціи, вылечился окончательно и фотографическія копіи, снятыя мною съ фотографическихъ изображеній, приложенныхъ къ его работѣ, даютъ намъ право сказать, что здѣсь достигнуть успѣхъ не только терапевтической, но и косметической, не заставляющей желать ничего лучшаго. У второй больной, подвергшейся радіаціи въ теченіе 4 $\frac{1}{2}$ часовъ (сеансы, какъ и въ первомъ слу-

чаѣ, продолжались отъ 15 минутъ, до 1-го часа включительно), получилось быстрое образование рубца.

Наконецъ, примѣненіе радія въ терапіи волчанки (*lupus vulgaris*) дало хорошіе результаты по отзывамъ Парижскихъ дерматологовъ.

Такъ, еще 5 іюля 1902 года въ засѣданіи Парижскаго дерматологическаго общества д-ръ Danlos демонстрировалъ 4 больныхъ съ очень распростраенной бугорковой волчанкой, у которыхъ часть пораженной поверхности подвергалась въ теченіе 24—36 часовъ дѣйствию лучей радія. По заявленію Danlos'a, черезъ 7—8 часовъ послѣ начала сеанса, эпидермисъ сморщивался и начиналъ отслаиваться, при чемъ только изрѣдка появлялись фликтены. Возникавшія при такой терапіи поверхностныя изъязвленія, заживая въ 1—3 мѣсяца, оставляли послѣ себя гладкіе, ровные и совершенно плоскіе рубцы; они представляли рѣзкій контрастъ съ шероховатымъ видомъ сосѣднихъ люповыхъ очаговъ, пользовавшихся выскабливаніемъ или прижиганіями. По мнѣнію Danlos'a волчанка уступаетъ лучамъ радія быстрѣе, чѣмъ леченію по способу Фивзева, причѣмъ излеченіе получается столь же полное.

По поводу даннаго сообщенія извѣстный французскій дерматологъ Brocq высказался, что нѣтъ другаго способа леченія волчанки, оставляющаго послѣ себя такіе превосходные во всѣхъ отношеніяхъ рубцы.

Въ этомъ же засѣданіи проф. Hallopeau и д-ръ Gadaud демонстрировали *lupus verrucosus* ручной кисти, пользоваемый радіемъ. Упациента, подъ вліяніемъ радія, бородавчатныя разращенія исчезли довольно быстро, замѣнившись замѣчательно ровнымъ и гладкимъ рубцомъ.

Du Castel же отгѣнилъ, что волчанка у даннаго больного сопротивлялась всѣмъ, до настоящаго времени извѣстнымъ, методамъ леченія. Далѣе, Dantes и Bloch указываютъ на хорошее вліяніе радія на *lupus erythematodes*. Наконецъ 6-го октября 1903 года по новому стилю Darier сдѣлалъ сообщеніе въ Парижской Медицинской Академіи относительно болеутоляющихъ свойствъ радія при невралгіяхъ, при иридо-циклитѣ, остромъ иритѣ и при различныхъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся болевыми ощущеніями (*goutte, cystite, ranaris*).—Очень сожалѣю, что немогу сообщить результатовъ работы французскаго д-ра Blandamour'a, который написалъ уже диссертацию на тему „*traitement du Lupus par le Radium*“,—которой я еще не успѣлъ получить.

Повидимому, медицина пріобрѣтаетъ въ радіѣ могучее цѣлебное средство для борьбы съ такими тяжелыми, страшными болѣзнями, какъ ракъ, саркома и волчанка, уже не говоря про другіе дерматозы и, радиотерапія должна завоевать себѣ въ недалекомъ

будущемъ права гражданства. Если же мы примемъ еще къ свѣденію фактъ, подмѣченный Вонн'омъ, что лучи радія задерживаютъ и даже приостанавливаютъ ростъ тваней, то трудно несогласиться съ тѣмъ, что у насъ въ рукахъ есть средство для задержки различныхъ, быстро растущихъ злокачественныхъ опухолей и, слѣдовательно, возможность болѣе успѣшно бороться съ ними. Но радиоактивные лучи радія далеко не безразличны для кожи. При экспериментальныхъ работахъ съ радіемъ и леченіи, съ нимъ слѣдуетъ обращаться крайне осторожно. Послѣ продолжительнаго дѣйствія радія на кожу, на ней получаютъ, совершенно неожиданно, какъ бы холодные ожоги, безъ лихорадки, безъ какого-бы ни было чувства неволокости. Весquetel въ теченіе шести часовъ носилъ въ карманѣ своего сюртука очень активную соль радія, запаянную въ стеклянную трубку и завернутую въ бумагу и картонъ и черезъ десять дней послѣ этаго у него на груди, въ томъ мѣстѣ, около котораго находилась трубочка съ радіемъ, появилось сильное воспаленіе кожи съ послѣдующимъ изъязвленіемъ. При чемъ изъязвившаяся кожа зарубцевалась только черезъ 49 дней. Curie подвергала дѣйствию лучей малоактивнаго препарата радія свою руку въ теченіе 10 часовъ, послѣ чего у него на рукѣ появилась краснота и затѣмъ язва, зажившая черезъ 52 дня. Весquetel и Curie, при долговременномъ занятіи съ препаратами радія, наблюдали у себя на пальцахъ красноту и шелушеніе, не исчезающія въ теченіе долгаго промежутка времени.

Наблюденія Голдберга и Лондона, а равнымъ образомъ и другихъ авторовъ, также указываютъ на разрушительное дѣйствіе радія на кожу, при долгомъ примѣненіи послѣдняго. И хотя препараты радія излучаютъ изъ себя теплоту (какъ указали на это Curie и Laborde и др.), тѣмъ не менѣе кожа человека не чувствуетъ при ожогахъ никакой теплоты. Въ зависимости отъ продолжительности соприкосновенія препарата радія съ кожей, разстоянія его отъ послѣдней и радиоактивности, получаютъ различныя степени ожога: во первыхъ—эритема, во вторыхъ—фликтена, въ третьихъ—струпь и въ четвертыхъ—изъязвленіе. 10 mgm. бромистаго радія, запаянные въ маленькую стеклянную трубочку (препаратъ полученъ мною отъ Мерска черезъ аптеку Грахе, благодаря любезной предупредительности администраціи которой, я уже имѣлъ черезъ восемь дней, послѣ моей просьбы, препаратъ радія) были приложены мною на нижней трети наружной стороны предплечія лѣвой руки на самомъ себѣ въ теченіе трехъ часовъ. Черезъ 10 дней на кожѣ появилась незначительная краснота, увеличивающаяся день ото дня и приблизительно на 20-ый день въ центрѣ эритематознаго пятна уже было замѣтно образованіе пузырька съ серознымъ содержимымъ. Этотъ пузырекъ продержавшись около

двухъ педѣль и подсыхая мало по малу, далъ въ результатѣ коросточку, но отпаденіи которой на кожѣ не было замѣтно язвочки, а лишь была гладкая, ярко красная, какъ бы слегка влажная поверхность. На мѣстѣ приложенія радія и чрезъ 52 дня послѣ приложенія радія краснота, съ значительно выраженнымъ на немъ шелушеніемъ не исчезла, при оцупываніи же замѣтно уплотнѣніе кожи и нѣсколько увеличенная чувствительность. Черезъ два съ половиной мѣсяца образовался бѣлый, блестящій, слегка втянутый рубецъ, совершенно лишенный волосъ отличающійся отъ таковыхъ же послѣ примѣненія метода Финзена.

Подобное дѣйствіе лучей радія подмѣтили при своихъ работахъ еще Halloreau и Gadaud. У ихъ пациента, про котораго говорилось выше и у котораго бородавчатая волчаночная разраженія на рукѣ исчезли очень скоро, замѣнившись замѣчательно ровнымъ и гладкимъ рубцемъ, отъ слишкомъ долгихъ экспозицій (первый сеансъ продолжался 24, а второй 20 часовъ), появились двѣ атоническія язвочки, не зажившія въ продолженіи 6 мѣсяцевъ. Сверхъ того склерозныя пораженія пальцевъ какъ-бы усилились, такъ какъ больной заявилъ, что неподвижность фалангъ пальцевъ появилась у него лишь послѣ примѣненія радія. Повидимому лучи радія, подобно X лучамъ, имѣютъ склерогенное дѣйствіе. По поводу даннаго больного Danlos заявилъ, что слишкомъ продолжительны были сеансы и что язвочки появились лишь послѣ послѣдняго сеанса, длившагося 120 часовъ.

Гольдбергъ пожелавшій изучить дѣйствіе радія прежде на себѣ, чѣмъ примѣнять его съ лечебными цѣлями, привязалъ коробочку съ бромистымъ радіемъ къ предплечію своей лѣвой руки и продержалъ ее привязанной три часа.

На четвертый день, послѣ снятія съ руки радія, на мѣстѣ приложенія его появилось красное пятно, соответствующее повеличинѣ диаметру слюяной пластинки, закрывающей коробочку съ радіемъ. Затѣмъ черезъ два дня на мѣстѣ краснаго пятна появился пузырь, кожа центра котораго омертвѣла; далѣе получилась язва съ плотными краями, съ дномъ, выстланномъ ялыми гравуляціями, покрытыми гнойнымъ налетомъ и некротическими корками, а черезъ нѣсколько дней типическая фагеденическая язва.

Черезъ нѣсколько дней появились четыре точно такихъ же язвы, какъ и на мѣстѣ приложенія радія, выше локтеваго сгиба, на наружной, и ниже, на внутренней сторонѣ предплечія, а потомъ еще двѣ—одна на правой сторонѣ подбородка и одна въ паховомъ сгабѣ лѣвой ноги. Всѣ послѣдующія язвы, благодаря кратковременному дѣйствію радія, зажили довольно скоро, первичная же, на мѣстѣ приложенія радія, не зажила еще и черезъ 3½ мѣсяца послѣ сеанса радіаціи. Нежелательное-побочное дѣй-

ствіе радія произошло въ давномъ случаѣ въ силу проникновенія лучей радія черезъ эбонитъ и мѣдное кольцо коробочки.

Что лучи радія оказываютъ мѣстное дѣйствіе и на кожу животныхъ, то на это указала Danisz. Кожа животныхъ, съ которыми экспериментировала Danisz, при продолжительномъ на нее дѣйствіи радиоактивныхъ лучей радія, разрушалась, но подлежащія ткани страдали мало. Онъ отмѣтилъ, что у кроликовъ на рубцахъ, образовавшихся послѣ приложенія радія, получался усиленный ростъ шерсти, а у свинокъ наоборотъ, полное отсутствіе растительности. Лондонъ, экспериментируя съ бѣлыми мышами, подтвердилъ наблюденія Danisz'a. По его наблюденіямъ кожа мышей при долгомъ дѣйствіи радія краснѣетъ, шерсть на нихъ выдѣзаетъ при малѣйшемъ дотрагиваніи; кожа кроликовъ и морскихъ свинокъ реагируетъ на радій точно такъ же, какъ указала на это Danisz.

Въ настоящее время уже есть работа, отчасти выясняющая картину микроскопическихъ измѣненій нормальной кожи животныхъ и кожи людей, страдающихъ волчанкой, подверженной дѣйствію лучей радія. Бельгійскій врачъ Halkin, работавшій надъ этимъ вопросомъ въ Бреславской клиникѣ проф. Neisser'a, экспериментировалъ съ кожей поросятъ, близко подходящей по своему гистологическому строенію къ человѣческой кожѣ и съ кожей людей, страдающихъ волчанкой и пришелъ къ заключенію, что гистологическія измѣненія, вызываемыя радіемъ въ здоровой и больной кожѣ, очень сходны съ измѣненіями, вызываемыми лучами Рентгена. Большинство препаратовъ Halkin'a я видѣлъ лично и позволяю себѣ присоединиться къ вышесказанному мѣнью.

При дальнѣйшихъ своихъ опытахъ Danisz, помѣщая стекляныя трубочки съ хлористымъ радіемъ подъ кожу животныхъ, наблюдалъ у нихъ появленіе параличей, которые очень возможно объяснить разрушительнымъ дѣйствіемъ лучей радія на близъ лежащія двигательные нервы, при чемъ проводимость ихъ преобразуется и получается картина параличей. Эта картина параличей красиво демонстрировалась Danisz'емъ на личинкахъ, помѣщенныхъ въ стеклянную трубку вмѣстѣ съ радіемъ; личинки мало по малу переставали двигаться и наконецъ умирали.

Въ отношеніи вліянія радія на весь организмъ опыты Лондона даютъ такія указанія. Если посадить нѣсколько мышей въ стеклянную банку и положить въ послѣднюю коробочку съ радіемъ, то уже черезъ непродолжительный промежутокъ времени у радіруемыхъ животныхъ будетъ наблюдаться покраснѣніе ушей. Ни чѣмъ инымъ, какъ параличемъ симпатическаго нерва, нельзя объяснить этаго покраснѣнія. Съ теченіемъ времени уши краснѣютъ все сильнѣе и сильнѣе и наконецъ получается такая картина,

какъ будто-бы животнымъ перерѣзаны симпатическіе нервы въ шейной ихъ части. На вторыхъ, третьихъ сутки, хотя бы къ этому времени непосредственное дѣйствіе радія и было устранено, появляются симптомы мозгового заболѣванія. Животныя какъ-бы погружаются въ свой внутренній міръ, равнодушно отвернувшись отъ всего окружающаго. Они закрываютъ глаза, не прикасаются къ пищѣ, дѣлаются вялыми и неподвижными. Затѣмъ наступаютъ явленія параличей со стороны конечностей, особенно заднихъ. Въ концѣ концовъ они совершенно лишаются способности передвигаться, впадаютъ въ безсознательное состояніе и погибаютъ при явленіяхъ паралича дыханія. Такъ Лондонъ описываетъ картину патологическаго дѣйствія радія на животныя. Опыты съ дѣйствіемъ радія на мышей были повторены мною; они вполне подтверждаютъ картину, описанную Лондономъ; мыши и въ моихъ опытахъ умирали при явленіи параличей конечностей.

По этому же поводу проф. Тархановъ дѣлаетъ вычисленіе, что радій, уже въ количествѣ 30 μgrm . въ состояніи въ одинъ годъ отнять жизнь у 2—3 тысячъ мышей, не расходуясь замѣтнымъ образомъ и вызывая къ тому же цѣлый рядъ химическихъ и физическихъ явленій.

Лондонъ думаетъ, что причина вышесказанныхъ явленій лежитъ въ параличѣ мозга и въ особенности дыхательныхъ центровъ, обуславливающихъ остановку дыханія. Но тщательное изслѣдованіе и ясное освѣщеніе этого вопроса принадлежитъ будущему, потому что вскрытія труповъ животныя указываютъ кромѣ того на гиперемію мозговыхъ оболочекъ и сильно измѣненную селезенку. Даже единичныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, какъ напр. изслѣдованіе Halkin'a въ отношеніи кожи, въ отношеніи головного мозга и периферической нервной системы, насколько намъ извѣстно, нѣтъ.

Изъ этихъ, сравнительно не многихъ, констатированныхъ фактовъ, Вы можете составить себѣ представленіе, на сколько сильно дѣйствіе радія на животный организмъ, какая масса неразрѣшенныхъ вопросовъ встаетъ передъ изслѣдователями, которые пожелаали-бы взяться за этотъ вопросъ.

Далеко не безразличенъ радій и для міра растений; онъ задерживаетъ проростаніе сѣмянъ и уничтожаетъ хлорофиль растений. Но ваше вниманіе болѣе привлекаетъ его дѣйствіе на міръ животныхъ, почему я и не могу пройти молчаніемъ интересныхъ опытовъ Bohn'a.

Bohn указалъ, что радій, при непродолжительномъ его дѣйствіи на яйца морскаго ежа, ускоряетъ ходъ эмбриональнаго развитія, при продолжительномъ же замедляетъ и качественно видоизмѣняетъ его, т. е. даетъ поводъ къ различнаго рода уродствамъ въ развитіи.

Bohn, дѣйствуя радіемъ на 8-ми дневные зародыши лягушекъ, еще заключенные въ икрѣ, получалъ уродливыхъ головастики, при чемъ ростъ ихъ замедлялся. И нельзя сказать, чтобы дѣйствіе радія на икринки было очень продолжительно. Трубочки, съ запаяннымъ въ немъ радіемъ, помѣщались въ сосудъ съ лягушечьей икрой или икрой жабъ всего только на 3—6 часовъ и тѣмъ не менѣе происходили измѣненія въ развитіи въ качественномъ и количественномъ отношеніи, тѣмъ получали особія свойства, не присущія имъ въ нормальномъ состояніи.

Не менѣе, если не болѣе интересными, являются опыты Bohn'a съ мужскими и женскими воспроизводительными элементами. На сперматозоидовъ радій дѣйствуетъ убивающимъ образомъ, тогда какъ женскія яйца подѣ влияніемъ радія являются болѣе способными къ оплодотворенію и даже нѣкоторая часть ихъ (4 на 1000) развивается безъ оплодотворенія, путемъ партеногенеза. По мнѣнію Bohn'a лучи радія дѣйствуютъ въ данномъ случаѣ на хроматинъ клѣточного ядра, это дѣятельное начало клѣтки, производя ускореніе или же замедленіе и полное прекращеніе его функціи. Нужно думать, что во всѣхъ этихъ процессахъ огромную роль играетъ индуцированная активность, которая можетъ пріобрѣтаться отъ радія различными веществами. Очень можетъ быть, что эта пріобрѣтенная на болѣе или менѣе срокъ радиоактивность, оказываетъ то или иное дѣйствіе не только на генеративные процессы клѣтки, но даже и на ея жизнеспособность. И хотя въ настоящее время лучи радія, кромѣ α -лучей, раздѣляются еще на α -лучи, и β -лучи, изъ которыхъ первые легко поглощаются различными веществами, производятъ сильную іонизацію и слабо дѣйствуютъ на фотографическую пластинку, а вторые проникаютъ почти черезъ всѣ преграды, слабо іонизируютъ воздухъ и сильно дѣйствуютъ на фотографическую пластинку, тѣмъ не менѣе мы не знаемъ, какіе лучи радія дѣйствуютъ патологическимъ или терапевтическимъ образомъ, нужно ли для дѣйствія въ выше-сказанныхъ случаяхъ ихъ суммированное или только одиночное дѣйствіе.

Физики считаютъ основными свойствами, какъ лучей радія, такъ и вообще радиоактивныхъ веществъ іонизацію и эманацию, не говоря уже объ открытой только за послѣднее время способности повышать температуру, окружающихъ радій тѣлъ. Воздухъ, вода и другія среды, подвергшись дѣйствію радія (точно также, какъ и X лучамъ), становятся весьма электропроводными. Лучи радія, при прохожденіи черезъ воздухъ, разлагаютъ нейтральныя частицы его на положительныя и отрицательныя, почему и получается его болѣе высокая электропроводность, способность разряжать наэлектризованныя тѣла. Въ то же время всѣ радиоактивныя ве-

щества и радій въ особенности обладаютъ способностью эманации, состоящей въ томъ, что онѣ испускаютъ изъ себя, въ особенности во влажной атмосферѣ, какія то мельчайшія, легкія, летучія частицы, осаждающіяся на всѣ окружающіе предметы и особенно на наэлектризованные отрицательно, сообщая имъ временную радиоактивность. При этомъ явленіи эманации, признаваемой большинствомъ ученыхъ, въ самомъ радиоактивномъ веществѣ не происходитъ никакой замѣтной потери, не смотря на то, что подверженныя дѣйствию лучей радія неорганическія или органическія тѣла приобрѣли значительную, такъ называемую индуцированную радиоактивность.

Причину дѣйствія радія на животный организмъ Тархановъ думаетъ искать именно въ этихъ свойствахъ радія—въ іонизации и эманации. Онъ говоритъ, что если лучи радія въ состояніи іонизировать воздухъ, воду и т. д., то вполне естественно, что и животное тѣло также можетъ іонизироваться, его частицы будутъ распадаться на положительныя и отрицательныя іоны и это уже одно можетъ и должно сильно отражаться на жизненныхъ процессахъ. Что такая іонизация живаго тѣла въ дѣйствительности происходитъ, доказывается прямо тѣмъ, что въ немъ развивается индуцированная радиоактивность при дѣйстви на него радія и ему подобныхъ тѣлъ. Если потоки матеріальныхъ частицъ пропизываютъ даже металлы, то тѣмъ болѣе они могутъ вторгаться въ тѣла живыхъ организмовъ и внесеніемъ въ экономію послѣднихъ этихъ неизвѣстныхъ пока матеріальныхъ летучихъ частицъ вызывать измѣненія въ химизмѣ ихъ тѣла, въ процессахъ обмѣна веществъ, влекушія за собою тѣ или другія послѣдствія. Эта ясная, удобопонятная теорія Тарханова, высказанная на основаніи логическихъ разсужденій, требуетъ, какъ онъ и самъ заявляетъ, дальнѣйшихъ подтвержденій въ смыслѣ экспериментовъ и наблюденій.

Дальнѣйшія работы, если и не скоро откроютъ причину активности лучей радія, то несомнѣнно принесутъ много новыхъ интересныхъ фактовъ, которые обогатятъ науку вообще и безъ сомнѣнія принесутъ пользу нашей отрасли знаній—медицинѣ. Іонизацией и эманацией Тархановъ дѣлаетъ попытку объяснить рядъ интересныхъ явленій природы.

Такъ онъ говоритъ, сильнѣе всего іонизированъ воздухъ почвы, благодаря болѣе тѣсному соприкосновенію его съ радіемъ; почвенный же воздухъ іонизируетъ затѣмъ воздухъ надъ землею. Отсюда будетъ понятно вліяніе болѣе или менѣе іонизированнаго воздуха на всю природу, на весь растительный и животный міръ.

Гибель 40000 населенія на островѣ Мартиникѣ, послѣ вулканическаго изверженія, Тархановъ позволяетъ себѣ объяснить

сильной іонизаціей воздуха, послѣ изверженія изъ вѣдръ земли огромнаго количества радіоактивныхъ веществъ.

Онъ думаетъ, что урожаи также находятся въ нѣкоторой зависимости отъ радіоактивности воздуха, дѣйствующей разрушительно на сѣмена и растенія. Большая активность минеральныхъ водъ у источниковъ должна находиться въ зависимости отъ іонизаціи ихъ, исчезающей мало по малу, по мѣрѣ истеченія изъ источника.

Наконецъ Тархановъ дѣлаетъ предположеніе, что женщины должны быть болѣе воспримчивыми къ радіоактивнымъ лучамъ, потому что, какъ извѣстно онѣ чаще всего наэлектризованы отрицательно, тогда какъ мужчины, напротивъ того, положительно. Въ настоящее же время извѣстно, что тѣла, наэлектризованныя отрицательно, легче притягиваютъ къ себѣ радіоактивныя эманации радія.

Если бросить бѣглый взглядъ на всѣ тѣ наблюденія, о которыхъ я имѣлъ честь Вамъ сообщить и которыя по ихъ разрозненности и разнохарактерности очень трудно привести въ систему; если Вы обратите вниманіе на гипотезы проф. Тарханова относительно причины дѣйствія лучей радія на растительный и животный міръ, то Вы вправѣ сказать, что мы не знаемъ не только причины, но почти и сущности тѣхъ мельчайшихъ измѣненій тканей организма, благодаря которымъ получается терапевтическій или патологическій эффектъ.

Но если въ данный моментъ мы не имѣемъ возможности категорично высказаться о сущности измѣненій, то я полагаю, что уже нѣсколько мы можемъ подойти къ разрѣшенію этого вопроса.

Выше говорилось, что лучи Беккереля и Рентгена близки между собою по ихъ физическимъ свойствамъ. Далѣе, почти всѣ авторы указываютъ на клиническое сходство измѣненій кожи при дѣйствіи на нее X лучей и лучей Беккереля. Именно, при долгомъ примѣненіи ихъ, получаютъ фagedеническія, долго не заживающія язвы. Разница будетъ заключаться лишь въ томъ, что разрушительное дѣйствіе X лучей не всегда ограничивается только кожей, а болѣзненное пораженіе можетъ распространяться и глубже на мышцы, надкостницу и суставы, въ то время какъ для радія указавшія на такіа измѣненія пока не имѣются.

Далѣе, еще болѣе тождество получается при сравненіи микроскопическихъ измѣненій. Какъ для кожи, нормальной или патологически измѣненной, подвергавшейся дѣйствію X лучей, свойственно прежде всего измѣненіе сосудовъ и клеточковыхъ элементовъ, при чемъ всѣ сосуды являются расширенными, а клетки, какъ эпителиальныя, такъ и соединительно-тканныя, вакуолизированы такъ и для кожи, на которую дѣйствовали лучи радія, свойственна таже микроскопическая картина. Вторичный стадій из-

измѣненій при дѣйствіи обоихъ агентовъ сводится къ перерожденію сосудистыхъ стѣнокъ, въ зависимости отъ котораго происходитъ исчезновеніе ихъ просвѣта и къ рѣзко выраженной картипѣ лейкоцитоза.

Уже изъ тождества микроскопическихъ измѣненій намъ будетъ нѣсколько понятна сущность терапевтическаго и патологическаго дѣйствія радиоактивныхъ лучей радія на отдѣльныя ткани въ частности, что съ нѣкоторой долей вѣроятія можно перенести и на весь организмъ.

Во первыхъ, мы имѣемъ въ рукахъ доказанный фактъ бактерицидныхъ свойствъ лучей радія, почему паразитъ рака или бактерія волчанки могутъ быть непосредственно убиты лучами или по крайней мѣрѣ будетъ понижена ихъ жизнеспособность. Во вторыхъ, у насъ имѣется на лицо фактъ разрушительнаго дѣйствія лучей радія на клетки живаго организма, а слѣдовательно и на клетки раковаго эпителия и клеточковые элементы лимфатическихъ узловъ. Изъ этихъ данныхъ мы можемъ вывести заключеніе, что первичное дѣйствіе лучей радія будетъ неблагоприятно отзываться на бактериальномъ началѣ тѣхъ или иныхъ паразитарныхъ новообразованій, которое будетъ понижено въ своей жизнеспособности или совсѣмъ убито, чему еще больше будетъ способствовать нарушеніе питанія въ опухоли, благодаря измѣненнымъ сосудамъ. Далѣе, какъ я упомянулъ выше, начинается выступать картина лейкоцитоза, выступать на сцену положительный хеміотаксисъ, что будетъ указывать на то, что способность организма къ самооборонѣ, благодаря лучамъ радія усиливается, увеличивается его естественный иммунитетъ. Въ всякаго сомнѣнія лейкоциты также будутъ способствовать процессу излеченія, независимо отъ того, будутъ ли они фагоцитировать и уничтожать такимъ путемъ ненужные и вредные для организма элементы или дѣйствовать на нихъ убивающимъ образомъ видѣвшимся изъ нихъ алексиномъ, въ случаяхъ ихъ расщепленія.

И бы позволилъ себѣ заявить, что изученіе сущности дѣйствія радиоактивныхъ лучей радія при ихъ цѣлебномъ дѣйствіи на злокачественныя опухоли навѣрное свѣдется къ бактерицидности ихъ, перерожденію протоплазмы клетокъ и усиленію явленій естественнаго иммунитета.

Въ случаяхъ же патологическаго дѣйствія радія на отдѣльныя ткани, на весь организмъ и сильнѣе всего на нервную систему должны выступать дегенеративныя измѣненія протоплазмы клетокъ, потерявшихъ, благодаря разрушительному дѣйствію лучей радія, способность къ регенерации.

Вы видите, какая масса жизненныхъ вопросовъ намѣчается при разрѣшеніи роли радія въ біологіи, патологіи и терапіи; на-

сколько много общаетъ этотъ вновь открытый чудесный элементъ природы. Впереди благодарная работа для изслѣдователей. Безъ сомнѣнія и накопившіяся наблюденія, о которыхъ я имѣлъ честь Вамъ сообщить и кое что здѣсь продемонстрировать, вмѣютъ захватывающій интересъ. Медицина же повидимому пріобрѣтаетъ новое сильное оужіе, которое, весьма возможно, вытѣснитъ нѣкоторые другіе методы терапіи; можетъ быть что радій дастъ возможность болѣе энергично бороться съ тѣми болѣзненными процессами, съ которыми мы можемъ только слабо или совсѣмъ не въ состояніи бороться. Въ немъ мы имѣемъ средство, примѣненіе котораго замѣчательно просто, оно не требуетъ сложныхъ и дорогихъ приспособленій, легко можетъ быть градуировано и примѣняться на строго опредѣленномъ мѣстѣ.

Поздравляя наше общество врачей, всегда отзывчивое, какъ къ вопросамъ общественной, такъ и спеціальной медицины, съ новой годовщиной его существованія, я питаю глубокую надежду, что вопросъ затронутый въ моей рѣчи, будетъ еще не разъ дебатироваться въ нашей семьѣ, что новыя наблюденія сотоварищей обогатятъ наши знанія.

Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

Fränkel ¹⁾ на XV конгрессѣ по внутренней медицинѣ касается клинической стороны процесса, свойства крови, а также приводит еще новый случай острой лейкеміи. Важнѣйшими клиническими признаками острой лейкеміи, кромѣ быстрого ея теченія. Fränkel считаетъ: раннее появленіе геморрагическаго діатеза, увеличеніе лимфатическихъ железъ, особенно шейныхъ, а иногда и всего тѣла, болѣе или менѣе сильное опуханіе селезенки, а также въ большинствѣ случаевъ и печени. Въ половинѣ случаевъ Fr. наблюдалъ повышенную t° и возрастающую, съ потерями крови, блѣдность.

Fränkel. въ теченіе 7 лѣтъ, встрѣтилъ 12 случаевъ острой лейкеміи и полагаетъ, что если нѣтъ мѣстныхъ вліяній на частоту болѣзни, то остается одно заключеніе, что болѣзнь въ другихъ мѣстахъ часто не распознается, а смѣшивается съ тяжелыми и смертельно протекающими случаями purpura haemorrhagica—„nur der Schluss übrig bleibt, dass die Krankheit andern Orts öfters unerkant geblieben ist. Der Grund dürfte in der Verwechslung mit anderen Bluterkrankungen, namentlich den schweren und tödlich verlaufenden Fällen von Purpura häemorrhagica zu suchen sein“. Внимательнымъ изслѣдованіемъ крови возможность смѣшанія исключается. „Bei genügend sorgfältiger Untersuchung des Blutes ist die Möglichkeit einer Verwechslung ausgeschlossen“.

Что касается измѣненія крови, то Fränkel вновь указываетъ

¹⁾ A Fränkel und C. Benda. Klinische Mittheilungen über akute Leukämie. Verhandlungen d. fünfzehnten Congresses f. innere. Medicin. 1897

еть, что оно при острой лейкеміи состоитъ почти исключительно въ скопленіи одноядерныхъ элементовъ, величиною отъ мелкаго лимфоцита до такихъ, которые превышаютъ размѣры краснаго кровяного тѣльца въ два, даже три раза. — „Die bestehende Vermehrung der weissen Blutkörperchen beruht fast ausschliesslich auf der Anhäufung einkerniger Elemente deren Grösse von derjenigen eines kleinen Lymphocyten bis zu solcher von dem doppelten und selbst dreifachen Umfange eines roten Blutkörperchens schwannet“. Большіе элементы характеризуются тѣмъ, что ядра ихъ бѣлы хроматиномъ, и протоплазма не имѣетъ нейтрофильныхъ зернышекъ, или она встрѣчается только въ очень немногихъ клѣткахъ.

Что касается случая наблюдавшагося Frankel'емъ, то онъ слѣдующій.

Больной 31 года, поступилъ въ отдѣленіе проф. Frankel 30 мая 1896 года

Ранѣ былъ совершенно здоровъ. Первые появленія болѣзни обнаружались 6 недѣль тому назадъ. Они выразились кашлемъ, затрудненнымъ дыханіемъ и голово-круженіемъ. Врачъ, къ которому больной обратился, нашелъ у него параличъ п. facialis dextri. Вскорѣ появилась опухоль железъ и лихорадка. Параличъ п. facialis былъ замѣтенъ еще и во время пріема больного въ клинику. Онъ захватывалъ 2 и 3 вѣтви п. trigemini. Кромѣ того замѣчалась сильная блѣдность и одутловатость лица. Кожа подъ верхнимъ отверстіемъ грудной клѣтки нѣсколько отечна и покрыта мелкими петехіями.

На слиз. об. твердаго и мягкаго неба, на щекахъ, на миндалинахъ находились кровоизліянія. Доступныя для ощущенія лимфатическія железы увеличены до размѣровъ боба и лѣснаго орѣха. На передней стѣнкѣ лѣвой половины груди тупой звукъ, переходящій въ печеночное притупленіе. Онъ распространяется также на рукоятку и верхнюю половину тѣла грудины, а также на 2 сант. заходить за лѣвый край ея. Печень не увеличена. Селезенка ясно прощупывается. t° между 37—38.5. Въ глазномъ днѣ нѣтъ кровоизліяній.

Въ ночь съ 1 на 2 іюня послѣдовала смерть.

При изслѣдованіи крови: 1) бактерій не найдено; 2) число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ=2.945.840, число бѣлыхъ 31.253. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ= 1 : 94.2. Гемоглобина 55 % (Gowers).

На обращенныхъ мазкахъ крови видно, что увеличеніе лейкоцитовъ обязано накопленію крупныхъ одноядерныхъ элементовъ, превышавшихъ въ два раза поперечникъ краснаго кровяного кружечка. Встрѣчались мелкіе лимфоциты, а также и переходныя формы. Попадались отдѣльныя тѣльца въ три раза болѣе эритроцита. Нейтрофильной зернистости не было. Полинуклеаровъ, розинофловъ и нормобластовъ было ничтожное количество.

При вскрытіи въ переднемъ средостѣіи найдена опухоль соответствующая (Hühner, длиной 9 см. Обѣ миндалины увеличены; правая величиной съ лѣвой орѣхъ. Ткань пронизана кровоизліяніями. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы значительно увеличены, въ разрѣзѣ то мозговидно бѣлы, то интенсивно красны. Подъ эпикардомъ сливающимся, мозговидные, величиной съ чечевицу, узелки.

Селезенка значительно увеличена, 12 : 10, мягка, вишнево-красна, мѣстами съ сфрватнымъ отѣнкомъ. Мальпигіевы тѣльца б. ч. рѣзко очерчены. Обѣ почки велики, почки бѣлаго цвѣта; паренхима мозговиднаго свойства. Кортикальнй слой очень утолщенъ; рисунокъ лабиринта затушованъ. Пирамиды бѣдны. Слиз. об. желудка пронизана многочисленными кровоизліяніями; между ними видны мелкіе узелки. Въ jejunum и въ ileum мелкія кровоизліянія. Фолликулы и Пейеровы бляшки эмбриопранухли. Въ мозгу нѣтъ цѣмбкней. Въ соединительноканномъ влагалищѣ n. facialis нѣже (Gegamen stylo-mastoideum, а также на отдѣльныхъ периферическихъ вѣтвяхъ—кровоизліянія.

Кости и въ мозгу длинныхъ костей ярко краснаго цвѣта, довольно мягкой консистенціи; такъ что можно было изалечь лишь маленькій цилиндрикъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи n. facialis, кромѣ кровоизліяній въ нервахъ, замѣчалось сильное пропитываніе лимфоидными клетками почти всѣхъ нервныхъ пучковъ. На препаратахъ окрашенныхъ тѣниномъ было видно, что лимфоидныя клетки отчасти залегали и внутри нервныхъ волоконъ..... «dass die Lymphoidzellen zum Theil in das Innere der Nervenfasern selbst eingebrungen waren». На продольныхъ разрѣзахъ было видно, что лимфоидныя клетки располагались рядами, въ видѣ четокъ и отдѣлялись другъ отъ друга цѣлановыми оболочками. На препаратахъ окрашенныхъ по Weigert'у виденъ былъ распадъ мѣдиновой оболочки. Словомъ, микроскопическое изслѣдованіе показало существованіе настоящаго лейкоцитарнаго периферическаго неврита.

Д-ръ Schwabach нашелъ тѣ же измѣненія въ стволѣ n. facialis, заложеномъ въ каменистой части височной кости, въ n. acusticus, въ r. cochleae, vestibuli, а также въ vagi.

Кауерт¹⁾, имѣя въ виду, что казуистика острой лейкеміи бѣдна, приводятъ наблюденіе изъ клиники проф. Strümpell'a.

J. S. 19 лѣтъ. Въ срединѣ октября почувствовалъ сильную головную боль. Лицо сильно опухло, особенно вокругъ глазъ. Въ области шеи и нижней челюсти опуханіе было слабѣе. Больной замѣтилъ увеличеніе шейныхъ и паховыхъ железъ. Приглашенный врачъ объяснилъ опухоль присутствіемъ испорченныхъ зубовъ.

1) M. Kauerl. Ein Fall von Leukaemia acuta. Lüdenscheld. 1897.

Черезъ 2 недѣли больному стало легче. Затѣмъ у пациента развились боли въ шеѣ, такъ что онъ въ теченіе 14 дней ничего не могъ глотать. С была все время повышенная.

Спустя нѣсколько дней вновь опухло лицо. И на этотъ разъ опухоль была всего сильнѣе подъ глазами. Припуханіе шейныхъ железъ снова усилилось.

Кромѣ того у больного появились ревматическія боли и припухлость въ обоняхъ голенно-стопныхъ сочлененіяхъ. Пользовавшій врачъ навѣтилъ у больного воспаленіе почекъ. Больной слегъ въ постель. Въ концѣ декабря подлѣ вліаніемъ леченія пациентъ настолько оправился, что чувствовалъ себя въ теченіе нѣсколькихъ дней очень хорошо. Въ ночь на новый годъ, совершенно безъ всякой причины, лицо вновь опухло—въ третій разъ, и особенно верхняя губа. Десны, слегка кровоточившія съ начала заболѣванія, стали очень толсты и болѣзненны. Зубы стали шататься. Лимфатическія железы за ухомъ, на шеѣ и въ пахахъ начали замѣтно увеличиваться. Въ виду серьезнаго характера заболѣванія врачъ отправилъ больного въ клинику.

При осмотрѣ 4 я пациента замѣчено сильное истощеніе. Кожа съ желтоватымъ оттѣнкомъ; на груди, животѣ замѣтны мелкія, плоскія, блѣдныя возвышенія, около $\frac{1}{2}$ сантим. въ поперечникѣ. Но шейту узелки нисколько не отличаются отъ остальной кожи. t° 39°5.

Опухоль на лицѣ распространяется до верхняго вѣка. Особенно сильно опухла верхняя губа. Она имѣетъ видъ хоботка. Подъ глазами опухоль тѣстовата, а соответственно нижней челюсти и дну полости рта жестка, но безболѣзненна. Передъ ухомъ нѣсколько опухолей, величиной съ лѣсной орѣхъ.

Изъ рта сильный запахъ. Десны на передней части рта сильно опухли и жѣстами доходятъ до края зубовъ; на верхней челюсти онѣ распались въ мягкую вонючую массу. Зубы покрыты густымъ гноемъ.

Подчелюстныя и шейныя железы увеличены, плотны и чувствительны при ощупываніи. Въ лѣвой локтевой области пакетъ опухшихъ железъ, величиной съ маленькую ладонь. Меньшей степени опуханіе представляютъ лимфатическія железы правой паховой области.

Въ сердцѣ и легкихъ измѣненій нѣтъ. Пульсъ 130, довольно полный.

Мечень по средней линіи на 3 пальца не доходитъ до пупка. Тупой звукъ селезенки на 1 поперечный палецъ слышенъ ниже края реберной дуги. При микроскопическомъ изслѣдованіи крови найдено значительное увеличеніе числа блѣдыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ мочѣ 0, 2% бѣлка по Еязвасъу.

9/1. Состояніе больного улучшилось. Онъ жалуется только на боль лѣваго большаго вертела и въ области лѣваго локтя. Опухоль десенъ уменьшилась. Область гнойнаго распадѣнія рѣзче ограничивается. Пациентъ часто харкиваетъ клочки омертвѣлой ткани.

Запахъ изо рта очень силенъ. Дыханіи 40. Пульсъ 120.

Опухоль лица нѣсколько опала и верхняя губа уже не такъ выдается сильно.

Слухъ же три дня уже сталъ тупѣе. Нужно очень громко разговаривать, чтобъ больной слышалъ.

При подсчетѣ элементовъ крови получено въ 1 куб. мил. : бѣлыхъ кров. шариковъ 480.000 и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.600.000.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 9$. Изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ встрѣчаются преимущественно два вида : мелкіе лимфоциты и необыкновенно большіе мононуклеары. Мононуклеаровъ съ ланчатыми или раздѣленными ядрами нѣтъ. Лимфоцитовъ значительно меньше мононуклеаровъ. — «Von den weissen Blutkörperchen sind vorzüglich zwei Arten: kleine Lymphocyten und abnorm grosse mononukleäre Formen; die gewöhnlichen polyukleären mit gelappten und fragmentierten Kernen sind nicht aufzufinden. Die Lymphocyten sind in bedeutender Minderzahl gegenüber den mononukleären Formen».

11. Пациентъ въ полномъ сознаніи. Спать довольно трудно. Опухоль лица еще значительная. Ротъ можетъ быть открытъ на ширину пальца. Высунуть языкъ пациентъ не можетъ. Подмышечныя лимфатическія железы значительно опухли.

Правая локтевая железка сильно увеличена. Въ пахахъ лимфатическія железы образуютъ пакеты, величиною съ голубиное яйцо. Грудина при давленіи не болѣзненна.

Дыханіе нѣсколько учащено. Тоны сердца часты, безъ шумовъ.

Отекъ нѣтъ. Припухленіе селезенки 10 : 15.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 4$.

12/4. Ночью больной бредилъ. t° пала до $37^{\circ}.0$. На вопросъ о здоровьѣ больной отвѣчаетъ, что ему лучше.

Въ 9 ч. утра больной внезапно скончался.

Вскрытіе произведено 13 Января проф. Напсегомъ.

Трупъ истощенъ. Кожа блѣдна. Лѣвая сторона лица и губы слегка опухли. Шейныя, паховыя и локтевыя лимфатическія железы опухли, на разрѣзѣ блѣдно-синевато-красны.

Въ сердечной сорочкѣ съ чайною чашку серозной, мутной жидкости.

Въ плевральныхъ мѣшкахъ по 1 литру того же свойства жидкости.

Въ перикардиальныхъ листкахъ обложены фибриозными пленками.

Въ лѣвой верхней доли легкаго встрѣчаются участки блѣдно-сѣровато-красныя, какъ бы занатыя студенистымъ, блестящимъ инфильтратомъ.

Долька или вполне, или только въ центральной части сѣровато-желтаго цвѣта. Остальныя доли легкихъ отчетны.

Печень увеличена. Капсула гладка. Передній край тупъ. Поверхность разрѣза представляетъ переходы отъ блѣдно сѣровато-коричневаго цвѣта до блѣдно сѣро-желтаго оттѣнка.

Селезенка—длиной 20 см., шириной 13 см., толщиной 5 см. Капсула обложена фибриновыми пленками.

Почки увеличены. Коровый слой утолщенъ, блѣдно сѣровато-желтый слабо пятнисто инъецированъ. Пирамиды блѣдны. Лоханки не расширены. Слиз. об. лѣвой стороны усѣяна островками кровоизліяній.

Костный мозгъ цвѣта мѣтлы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи паренхиматозныхъ органовъ найдено сильное расширеніе капилляровъ и переполненіе бѣлыми кровяными тѣльцами кѣтъшими значительный количественный перевѣсъ надъ красными.—«Die mikroskopische Untersuchung der drüsigen Organe ergab eine starke Erweiterung der capillaren Gefäße und eine starke Anfüllung derselben mit weissen Blutkörperchen dieseiben sind im Vergleich zu den roten sehr stark vermehrt».

Въ лимфатическихъ железахъ и въ костномъ мозгу въ каждомъ полѣ зрѣнія встрѣчалось отъ 5—10 кѣттокъ съ дѣлящимися ядрами.

Патолого-анатомическій діагнозъ. Значительное опуханіе всѣхъ лимфатическихъ [железъ шеи и паховой области. Мидіарныя лимфомы кожи. Опуханіе селезенки и значительное печени. Большая бѣлая почка. Лобулярная аспираціонная пневмонія съ начинающимся переходомъ въ нагноеніе. Отекъ легкихъ. Серозно-фибринозный плевритъ. Гнилостный стоматитъ (ихорозный) и гангрена слиз. об. рта. Сильная гиперемія костнаго мозга.

Сильно выраженная лейкемія. Легкій отекъ мягкой оболочки головного мозга.

При бактериологическомъ изслѣдованіи селезенки найдены стрептококкъ.

Вонтор ¹⁾ въ засѣданіи лондонскаго медико-хирургическаго общества привелъ слѣдующій случай острой лейкеміи.

18-ти лѣтній юноша, пользовавшійся хорошимъ здоровьемъ, внезапно заболѣлъ желтухой. Въ теченіе слѣдующихъ 14-ти дней больной значительно истощалъ и утратилъ силы. Вслѣдъ за тѣмъ развилась сильная блѣдность кожи, stomatitis, увеличеніе лимфатическихъ железъ. Селезенка была нормальна. Больному предложено перемѣнить мѣстожительства.

Однако на новомъ мѣстѣ наступило незначительное улучшеніе состоянія. Черезъ нѣсколько времени явно обнаружилось рѣзкое ухудшеніе. Именно, явились

¹⁾ Allgem. Medic. Central-Zeitung № 87. 1898. S. 1069.

увеличеніе селезенки и повышеніе т° тѣла. Черезъ 6 недѣль отъ начала заболѣванія наступилъ exitus letalis.

Патолого—анатомическое изслѣдованіе подтвердило установленный изслѣдованіемъ крови діагнозъ—острой лейкеміи.

Авторъ высказываетъ мысль, что можетъ быть лихорадка принимаетъ участіе въ происхожденіи болѣзни.

Аpert ¹⁾ сообщилъ случай острой лейкеміи изъ отдѣленія проф. Discipulo у въ Hôtel—Dieu.

Больной обратился въ госпиталь въ средній августъ, съ жалобами на не обыкновенную слабость, крайне легкую утомляемость, вѣдствие которыхъ онъ лишился быль возможности работать.

При этомъ онъ указывалъ, что у него ничего не болитъ, но тѣмъ не менше онъ чувствуетъ себя совершенно больнымъ. И дѣйствительно, по лицу его видно было, что онъ сильно страдаетъ. Лицо его было не только блѣдно, но по окраскѣ совершенно схоже съ лицомъ больныхъ, страдающихъ ракомъ и находящихся въ періодъ cachexia.

При осмотрѣ на нижнихъ конечностяхъ нѣсколько мелкихъ кровоизліяній, и слабый отекъ въ области больше берцовыхъ костей.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ, кромѣ сильнаго увеличенія селезенки, ничего не найдено. Ея нижній конецъ доходилъ до пупка. На ощупь она была тверда, но не чувствительна при давленіи.

Лимфатическія железы все прощупываются въ видѣ мелкихъ четокъ.

При изслѣдованіи крови найдено: бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 50.000, красныхъ кровяныхъ кружечковъ 1.900.000 въ 1 куб. мил. Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1 : 40.

Черезъ 15 дней по вступленіи больного въ госпиталь число бѣлыхъ тѣлецъ возрасло до 90.000 и отношеніе $\frac{H}{K} = 1 : 20$. Вместе съ сими едва прощупывавшіяся лимфатическія железы на шеѣ достигли до размѣра орѣха. Спустя нѣкоторое время замѣчено опуханіе лимфатическихъ железъ въ правой подмышечной ямкѣ, а также появилась небольшая подкожная лимфома на внутренней поверхности правого бедра.

Чѣмъ дольше, тѣмъ становилось больному хуже. Селезенка еще болѣе увеличилась. Силы больного падали. Какоесія усиливалась.

¹⁾ M. E. Apert. Sur un cas de Leucocythémie. Le bulletin médical. № 9. 1898. p. 23.

И чрезъ 5 недѣль пребыванія въ госпиталѣ, 25 сентября, больной скончался.

За нѣсколько дней до смерти при изслѣдованіи крови найдено бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 150.000. Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 10$.

При вскрытіи обнаружено значительное увеличеніе лимфатическихъ желѣзъ брюшнѣйши, воротъ печени и селезенки, забрюшинныхъ и средостѣнія.

Нѣкоторыя лимфатическія желѣзы величиною съ яблоко. Въ разрѣзѣ онѣ тверды, матово-бѣлы; въ нѣкоторыхъ видны синевато-красныя пятна, какъ остатокъ бывшихъ кровоизліяній. Въ забрюшинныхъ желѣзахъ на разрѣзѣ замѣтно скопленіе меланотического пигмента въ видѣ черныхъ полосъ.

Сердце, легкія, печень и почки на простой глазъ не представляютъ никакихъ, достойныхъ вниманія, измѣненій.

Селезенка вѣс. 2200 грм., длиной 28 см., шириной 14 см., толщиной 9 см., нѣсколько плотна. Поверхность разрѣза фиолетоваго цвѣта, на ней выступаютъ бѣловатыя полоски. Капсула селезенки утолщена, плотна, бѣловата.

Кости и мозгъ правой плечевой кости утратилъ жировой характеръ и представляется бѣловатымъ, матовымъ, съ синевато-красными пятнами.

При микроскопическомъ изслѣдованіи замѣтно обиліе аденондной ткани даже въ мѣстахъ, гдѣ обычно ея нѣтъ.

Аргетъ обращаетъ вниманіе на то, что при острой лейкеміи увеличивается число лимфоцитовъ. Эти элементы залегаютъ не только въ лимфатическихъ узлахъ, гдѣ они обычно всгрѣбаются, но еще въ мякоти селезенки и въ костномъ мозгу. Въ послѣднемъ они своей массой совершенно подавляли, обычно находящихся въ обиліи, полинуклеаровъ.

H. van Rensselaer ¹⁾ приводитъ случай смѣшанной лейкеміи, въ виду ея быстрого теченія.

Изъ анамнеза видно, что больной, рапѣе пользовался хорошимъ здоровьемъ, чувствуетъ себя дурно лишь 2 мѣсяца. Причину своей болѣзни онъ приписываетъ ушибу правой половины тѣла.

При поступленіи въ больницу у него найдено рѣзкое увеличеніе селезенки и лейкоцитозъ. Край селезенки переходилъ значительно за *lin. alba* вправо. Другихъ явленій лейкеміи не было: они развились въ теченіе остальныхъ пяти недѣль наблюденія надъ

¹⁾ H. von Rensselaer. A case of hemomedullary leukaemia. Albany med Annals. № 11. 1897. Centralbl. f. innere Medic. № 29. 1898. S. 756.

больнымъ. На первой недѣли появился поносъ, на второй чувствительность длинныхъ костей, на третьей приапизмъ и легкая общая водянка. Но паряду съ этими явленіями наступило уменьшеніе селезенки и лейкоцитоза. Большой скопчался внезапно вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ.

О. Kose ¹⁾ наблюдалъ случай острой лейкеміи въ клиникѣ проф. Maixner'a, въ Прагѣ.

Больной Т. І. принятъ въ клинику 2/ви 97.

Заболѣваніе обнаружилось въ началѣ іюня болями въ правой якрѣ; чрезъ три дня появились такіе же боли и на лѣвой сторонѣ. Чрезъ нѣкоторое время онѣ охватили мышцы обѣихъ голени и плечъ. Около этого же времени обнаружилось нѣсколько красныхъ пятенъ, величиною съ ладонь и меньше, подъ кожей. Въ концѣ іюня стали опухать десны и кровоточить при чисткѣ зубовъ. Опуханіе десенъ сопровождалось небольшимъ выпяченіемъ ¹⁾. Изъ рта чувствовался запахъ. Подчелюстныхъ железъ увеличени. Присутствія крови въ стулѣ больной не замѣтила. Моча въ началѣ, кажется, выходила окрашенной кровью.

При осмотрѣ больного въ клиникѣ 2/ви замѣчена сильная блѣдность кожи, видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Подчелюстныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ величиной съ грецкій орѣхъ, плотны и нѣсколько болѣзненны. Шейныя, затылочныя и нагрудныя лимфатическія железы опухли до размѣра горошины. Подмышечныя и паховыя лимфатическія узлы также увеличены. Десны значительно опухли. Вокругъ корней зубовъ онѣ изъявлены, покрыты слегка кровотокащими грануляціями, издающими отвратительный запахъ.

Пораженіе десенъ рѣзче на верхней челюсти чѣмъ на нижней. Миндалины увеличены. Правая покрыта желтоватымъ налетомъ. Изъ лѣваго уха слабое гнойное истеченіе. Легкія нормальны. Падъ рукояткой грудины глухой систолическій шумъ; въ остальномъ сердце не измѣнено. Вульсъ 146, слабый. Край печени по правой сосковой линіи на 2 пальца переходитъ за реберную дугу, по средней линіи только на два сант. не достигаетъ пупка. Вритупленіе селезенки начинается съ седьмого ребра. На лѣвой якрѣ и на внутренней поверхности лѣваго колѣна кровоизліянія.

Мочи 600—900 куб. сант. Она даетъ небольшой осадокъ, состоящій изъ лейкоцитовъ, эпителиальныхъ клѣтокъ, гиалиновыхъ и эпителиальныхъ цилиндровъ. Вѣзка въ мочѣ незначительное количество. t° 38°5.

¹⁾ D-r. O t a k a r K o s e. O akutni leukaemii. Casopis lékaru českých. № 8. 1898. стр. 125.

ВЪ УЧЕНІЮ ОВЪ ОСТРОЙ ЛЕЙКЕМІИ

Кровь блѣдная, быстро свертывается. На препаратахъ видно, что красныя кровяныя тѣльца слабо собираются въ монетные столбчики; бѣлыхъ кров. тѣлецъ въ полѣ зрѣнія 18—20.

При подсчетѣ получено въ 1 куб. мил. крови: бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 43.000, красныхъ 2.670.000. Отношеніе $\frac{Б}{К} = 1 : 62$. Гемоглобина 20% (по Fleischl'ю). Больше всего одноядерныхъ лейкоцитовъ; всего меньше эозинофиловъ.

Бактеріологическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ.

Теченіе болѣзни было оченьъ быстрое. Послѣ 7-ми дневнаго пребыванія въ ельничкѣ больной при явленіяхъ упадка силъ скончался.

Наканунѣ смерти число бѣлыхъ кров. шариковъ = 38.000, а красныхъ = 1.936.000. Отношеніе $\frac{Б}{К} = 1 : 50,9$.

Клиническій діагнозъ: leucæmia acuta.

При вскрытіи кожа и слиз. оболочки представлялись оченьъ блѣдными. Подчелюстные и подмышечныя железы увеличены; въ разрѣзѣ сѣро-желты, болѣе крупныя сѣро-розовыя, пропитаны геморрагіями. Въ центрѣ одной железы некротическій распадъ.

Въ сердечной сорочкѣ много жидкости. Сердце нормальной величины. Въ эпикардіи, а также подъ эндокардіемъ праваго предсердія и праваго желудочка мелкія кровоизліянія. Миокардъ не уплотенъ, плотенъ; въ немъ также множественныя геморрагіи.

Легкія не измѣнены. На лѣвѣрѣ, преимущественно въ заднихъ частяхъ, блѣдно розовыя точечныя геморрагіи.

Миндалины величиной съ грецкій орѣхъ. Ни титовидная железа зала, блѣдна.

Перитрахеальныя и бронхиальныя железы увеличены.

Печень значительно увеличена. Въ разрѣзѣ по периферіи свѣтло-сѣро-коричневая, а въ центрѣ красная. Дольки хорошо видны.

Селезенка срослась съ соедѣнными частями, увеличена. Въ разрѣзѣ свѣтло-красно-коричневаго цвѣта.

Фолликулы и неберовы бляшки кишечника значительно увеличены. Мезентеріальныя железы припухли до величины грецкого орѣха, сѣро-желты, почти бѣлыя.

Почки увеличены. Корковый слой широкъ, сѣроватъ; пирамиды свѣтло-розовыя.

Костный мозгъ розовый.

Патолого-анатомическій діагнозъ. Костно-мозговая лейкемія. Гиперплазія всѣхъ железъ, главнымъ же образомъ шейныхъ и брюшныхъ. Perisplenitis adhae-

signa. Tumor Henis. Большая бѣлая почка. Увеличеніе печени. Enteritis follicularis. Геморрагіи серозныхъ оболочекъ, эндокардіа и миокардіа. Геморрагіи лимфатическихъ железъ. Tonsillitis hyperplastica. Stomatitis ulcerosa.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найденъ цѣлый рядъ весьма интересныхъ и очень важныхъ измѣненій.

Сердце. Поперечная вычерченность не видѣна. Между мышечными пучками мелкія скопленія лейкоцитовъ.

Легкія. Альвеолы наполнены мѣстами зернистой массой, въ которой то тутъ, то тамъ попадаются лейкоциты. Промежуточная соединительная тканьъ сосудовъ переполнена бѣлыми кровяными тѣльцами.

Печень. Между отдельными дольками, а также и внутри ихъ—между коленами печеночныхъ вѣтвоекъ, много крупныхъ элементовъ. Капилляры и центральными вены долекъ значительно расширены и наполнены преимущественно одноядерными лейкоцитами.

Селезенка и лимфатическія железы гиперплазированы; въ послѣднихъ мѣстами кровоизліянія.

Почки. Мѣстами ткань не измѣнена, мѣстами строеніе ея затемнено скопленіями лейкоцитовъ. Послѣдніе распределяются между канальцами и вокруг мальпигіевыхъ клубочковъ. Эпителій канальцевъ зернистъ.

Кишечникъ. Лимфатическія фолликулы гиперплазированы. Лейкоциты проникають до подслизистой ткани.

Мозгъ. Капилляры переполнены лейкоцитарской кровью. Въ веществѣ мозга видны отдельные лейкоциты.

J. Rose Bradford и H. Batty Shaw ⁴⁾ наблюдали 5 случаевъ острой лейкеміи. Два случая относятся къ 1890 году, а остальные три къ 1897.

1-й случай. В. С., 30 лѣтъ, женатый, принятъ въ университетскую клинику 30 сентября 1890 г. съ жалобами на боль въ головѣ и въ горлѣ, чувствительность десенъ, и колотье въ лѣвомъ подреберьѣ.

На 8-омъ году перенесъ ревматизмъ; дважды имѣлъ tonsillitis. Родителей живы. Дѣтей у больного нѣтъ. Послѣдніе десять лѣтъ живетъ въ Лондонѣ.

Образъ жизни былъ воздержный. Выпивалъ только 1 pintу пива въ день.

Послѣдніе четыре мѣсяца и отъ него отказался.

Головная боль появилась три мѣсяца тому назадъ, а на горло большой стала жаловаться лишь съ мѣсяць. Двѣ недѣли десны стали чувствительны и рых-

⁴⁾ J. R. Bradford и H. B. Shaw. Five cases of acute leukaemia. Medico-chirurgical Transactions, V. 81. 1898.

ды. Въ теченіе послѣдняго мѣсяца жаловался на слабость и одышку, хотя могъ ходить и работать еще за нѣсколько дней до поступления.

При осмотрѣ пациентъ представляется хорошо сложеннымъ, сильно анемиченъ и истощенъ; кожа и слизистыя оболочки очень блѣды.

Аппетитъ слабъ. Языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ. Нижніе края печени и селезенки не прощупываются. Со стороны легкихъ и сердца уклоненій нѣтъ. Пульсъ 80, правильный. Жалуется на боли въ затлѣбѣ, распространяющіяся по головѣ на лобную область. Сонъ хорошъ. Зрѣніе правильное. Моча нѣсколько мутна; осадокъ уратовъ; слѣды бѣлка.

4 х. Замѣчено очень много багровыхъ пятенъ ригригъ на ногахъ. Больной продолжаетъ жаловаться на головную боль. Въ 10 квадратикахъ насчитано 205 красныхъ кров. тѣлецъ и 55 бѣлыхъ. Гемоглобина 46% (по Powers'у).

6 х. Состояніе рта хуже; десны сильно опухли; въ нихъ произошли кровоизліянія.

13 х. Десны настолько опухли и изъязвились, что больной не можетъ ни закрыть рта, ни принимать плотной пищи. Подсчетъ крови далъ на 10 квадратикахъ 239 красныхъ и 25 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

14 х. Опухоль увеличилась, заняла и правую половину лица.

22 х. Опуханіе очень сильно выражено и на внутренней поверхности правой щеки. Образование струпа ограничено слизистой оболочкой щеки и альвеолярного отростка верхней челюсти. Въ щекѣ глубокое отверстіе. Пациентъ очень анемиченъ, лицо весьма блѣдно.

24 х. Подъ хлороформомъ удалены струнья со щеки и альвеолярнаго отростка челюсти.

Зубы обнажились до корней, вследствие распада слиз. об. десенъ. Подъ колудія у больного развился септарс. Пульсъ 120, очень слабый. При обильномъ употребленіи возбуждающихъ больной оправился и даже принялъ пищи болѣе чѣмъ обычно.

31 х. При явленіяхъ сильной слабости и анеміи больной †.

При послѣднемъ изслѣдованіи крови, произведенномъ 30 сентября, въ 10 квадратикахъ насчитывалось 21 бѣлыхъ и 108 красныхъ тѣлецъ. Отношеніе $\frac{б}{к} = 1:5$. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Высшая t° въ теченіе болѣзни 102.2°. Пульсъ между 72—132.

При вскрытіи замѣчено на правой щекѣ темно-красное пятно, въ поперечникѣ 2 дюйма. Соответственно ятну со стороны слиз. об. потеря вещества. Слиз. оболочка въ окружности, а также и слиз. об. альвеолярнаго отростка верхней челюсти сильно опухли и некротизированы. Припуханіе десенъ рѣзче съ правой стороны, чѣмъ съ лѣвой.

Связ. об. лѣвой щеки не измѣнена. Тѣмъ же въ длину 3 дюйма и въ ширину 1 $\frac{1}{2}$.

Плевральныя листки справа срослены, слѣва свободны. Сердечная сорочка нормальна. Мускулатура сердца крапчатая—«starry cat». Кровь жидкая.

Печень блѣдна, въ остальномъ нормальна. Селезенка не увеличена. Пульса на видъ нормальна. Мальпигіевы тѣльца [не] выстоятъ. Почка очень блѣдна. Мочеточники и мочевой пузырь нормальны. Кишечникъ и шейеровы бляшки неизмѣнены. Поджелудочная железа нормальна. Лимфатическія желёзы, особенно на шеѣ, нѣсколько увеличены, самыя большія не превышаютъ величины почти большого пальца. Брюшины лимфат. желёзы магки, зеленоваты, на разрѣзѣ выступаютъ мутная жидкость. Костный мозгъ бедренной кости, лѣвой плечевой и правой большеберцовой представляется студенистымъ, красноватымъ, а въ мѣстахъ кровоизліаній—темнокраснымъ.

2-й случай. W. A. H., 58 лѣтъ, инженеръ. Принять въ клинику 17 декабря 1890 года, по случаю жалобъ на чрезвычайную слабость, недостаточное дыханіе, припухлость и болѣзненность десенъ, затруднявшихъ пріемъ плотной пищи.

6-ти лѣтъ перенесъ тяжкую скарлатину; впоследствии тяжелыхъ болѣзней не имѣлъ. Сифилисомъ не страдалъ. Вслѣдствіе легкой простуды имѣлъ приступы lumbago.

По словамъ больного, его мать умерла въ преклонномъ возрастѣ, отецъ—40 лѣтъ отъ юности («from drink»). 4 сестры живы и вполне здоровы. Изъ трехъ братьевъ двое умерли, одинъ «отъ пьянства». Пациентъ питался хорошо, не выѣзжалъ изъ Англіи, послѣдніе 4 года состоитъ членомъ общества трезвости. Работалъ въ мастерской, гдѣ нѣсколько сквозило.

Около 5 недель тому назадъ больной сталъ чувствовать слабость, боль въ груди; ему казалось, что теряетъ силу въ ногахъ. При осмотрѣ кожа и слизистая оболочка чрезвычайно блѣдны. Больной чувствуетъ одышку при малѣйшемъ движеніи. Десны сильно опухли, губы и зубы покрыты налетомъ; выдыхаемый воздухъ непряно пахнетъ.

На деснахъ мѣстами видны нарости и некрозы. Лимфатическія желёзы слегка увеличены. Печень и селезенка не прощупываются. Въ груди ничего не нормальнаго. Кровь исследована за день до смерти. Отношеніе $\frac{B}{K} = 1:10$.

Больной умеръ 21 декабря. Высшая т° въ теченіе болѣзни была 100, 2°.

Пульсъ отъ 100—110. Моча блѣдна, кислой реакціи; суточное количество 1012—1018; въ осадкѣ ураты; сахара и бѣлка нѣтъ.

Вскрытіе. Кровь цвѣта «café au lait».

Сердце чрезвычайно блѣдно; на эпикардіи геморрагіи. Клапаны нормальны. Полное сращеніе листковъ плевры лѣвой стороны и частичное правой. Ни

въ плеврѣ, ни въ сердечной сорочкѣ, ни въ брюшинѣ нѣтъ скопленія жидкости.

Печень въсомъ 72 унц., блѣдна и жирна. Почки нѣсколько увеличены, блѣдны и гладки; оболочка снимается легко. Легкія нормальны. Селезенка нѣсколько увеличена. Мезентеріальныя и ретроперитонеальныя железы слабо увеличены, въ разрѣзѣ нормальны. Шейныя, подмышечныя и паховыя железы нѣсколько больше нормы. Костный мозгъ длинныхъ костей студенистъ и краснаго цвѣта.

3-й случай. G. D., 18 лѣтъ, принятъ въ университетскую клинику 22 и 1897 Пациентъ жалуется на опухоль и боль въ лицѣ, узлы на шеѣ, высыпь на тѣлѣ и сильную слабость. 25/2, т. е. около четырехъ недѣль тому назадъ, больной почувствовалъ «зубную боль» въ верхней челюсти; черезъ два или три дня воздѣе появилась опухоль на шеѣ, сначала на лѣвой, а затѣмъ и на правой сторонахъ, которая все болѣе и болѣе увеличивалась. J. R. В. при осмотрѣ въ это время больного нашелъ увеличеніе шейныхъ лимфатическихъ железъ, особенно на лѣвой сторонѣ; при изслѣдованіи рта опуханія десенъ не было. Въ концѣ первой недѣли февраля пациентъ замѣтилъ опуханіе неба и опять таки слѣва, которое съ того времени постепенно усиливалось. Въ срединѣ февраля начало опухать лицо, и также появилась набухлость вѣкъ. За три или четыре дня до поступления въ клинику у больного на тѣлѣ появилось много красныхъ пятенъ. Съ начала болѣзни пациентъ чувствовалъ возрастающую слабость.

Кромѣ того, у него была легкая головная боль. Изъ лѣвой ноздри иногда шла кровь. Въ дѣтствѣ, именно 8 лѣтъ, больной перенесъ скарлатину.

Родители и сестра пациента живы и здоровы. Братъ его, 10 лѣтъ, умеръ отъ скарлатины. Въ анамнезѣ больного нѣтъ ни алкоголизма, ни сифилиса.

При осмотрѣ больной представляется чрезвычайно блѣднымъ и имѣетъ крайне болѣзненный видъ. При выдыхѣ слышнень непріятный запахъ. Лѣвая ноздря заложена. Сосл. об. гинеремирована. Зубы неправильны: на лѣвой верхней челюсти они шатаются и скрыты въ фунгозныхъ разрощеніяхъ, занимающихъ обѣ стороны десенъ и распространяющихся на прилежащую часть твердаго неба. Эти разрощенія мягки, въ двухъ мѣстахъ изъязвлены и сильно кровоточатъ. Десны на правой сторонѣ сверху и на обѣихъ сторонахъ снизу красны и рыхлы. Шейныя лимфатическія железы увеличены съ обѣихъ сторонъ и особенно слѣва вдоль *sterno-clavido-mastoidens*, а также соответственно углу нижней челюсти: онѣ плотныя, обособлены. Увеличеніе железъ усмотрѣно *in fossa suprasternalis* и обѣихъ надключичныхъ ямкахъ, въ подмышечныхъ впадинахъ и въ пахахъ. Обѣ миндалины и особенно лѣвая увеличены. На лицѣ, шеѣ, туловищѣ и конечностяхъ разсыяны довольно неправильно петехіи, представляющія различную окраску отъ краснаго до бураго цвѣта. Пульсъ 128 въ 1^м, правильный, полный. Дыханіи 28 въ 1^м. Глазное дно въ обохъ глазахъ нормально. Колебные рефлексы сохранены. t° 101.5°.

У верхушки сердца и надъ *art. pulmonalis* легкій систолическій шумъ.

Въ легких—слышим хрипы. Животъ не болѣзненъ. Ни печень, ни селезенка, ни почки не прощупываются.

Моча нормально окрашена; уд. в. 1025; осадокъ уратовъ и слѣды бѣлка.

26 н. t° 102,6°. Диарея. Въ стулѣ кровь. Животъ напряженъ и даетъ тимпаническій звукъ.

Лимфатическія железы въ правомъ паху мягче. Въ теченіе ночи у пациента развилось болѣзненное пятно на правой ягодицѣ; вокругъ него кожа покраснѣла на пространствѣ въ $\frac{1}{2}$ дюйма. Въ крови найдено увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

28 н. t° 103,8°. Въ крови найдено при первомъ счетѣ: 2.225.000 красныхъ кров. тѣлецъ въ 1 куб. милл., а при другомъ 2.500.000. Содержаніе гемоглобина въ первомъ изслѣдованіи=40%, а во второмъ 30%. Отношеніе $\frac{B}{K}=1 : 35$.

2 н. Лицо опухшее. Лѣвое нѣко отечно. Нѣсколько свѣжыхъ пятнышекъ ригрига на лицѣ.

3 н. На окрашенныхъ препаратахъ розинномъ и метиленовой синью видны значительное возрастаніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. На соед. об. лѣваго глаза появилось нѣсколько пятнышекъ—ригрига. Десны кровоточать.

4 н. Изслѣдованіе крови дало 2.000.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Отношеніе $\frac{B}{K}=1 : 7$.

5 н. Пациентъ выглядит блѣднѣе. При давленіи на нижнюю часть груди и верхнюю живота больной чувствуетъ боль. Кровяныя пятна увеличились въ размѣрахъ. Въ 9 ч. больной †.

Въ крови бѣлыхъ тѣлецъ 74.000—280.000. Изъ нихъ было:

мелкихъ лимфоцитовъ 6,9%;
 большихъ лимфоцитовъ 90,4%;
 полиморфныхъ лейкоцитовъ 5%;
 эозинофиловъ 1,6%;
 міелоцитовъ 6%.

Вскрытіе сдѣлано чрезъ 17 часовъ послѣ смерти.

Въ головномъ мозгу и въ рѣх. шогоид. мелкія кровоизліянія.

Трутцис не атрофирована; она въ длину=3 дюймамъ. Петехіи разсѣяны у верхушки сердца, на правомъ желудочкѣ, на паріетальномъ листкѣ сердечной сорочки, на основаніи обоихъ легкихъ, на паріетальномъ листкѣ плевры, подъ эндокардіемъ праваго ушка и сердечной сорочки. Сердце 10 унцъ. Мускулатура нѣсколько драбла.

Valv. semilunar. aortae утолщены; двѣ створки сросены между собой по угламъ. Одна изъ створокъ v. mitralis нѣсколько утолщена и на ней мелкія vegetations. Другая створка нормальна. На восходящей части дуги аорты слабый

атероматозъ. Легкія нѣсколько отечны. Бронхіальныя железы увеличены. нѣсколько гиперемированы, нѣкоторыя содержатъ обызвѣстленныя участки.

Въ полости живота нѣсколько серозной жидкости. Въ слизистой об. выпятокъ разбѣяны обширныя и мелкія кровоизліянія. Также кровоизліянія были и подъ серозной оболочкой ихъ. Въ средній тонкихъ кишкахъ большое число возвышеній, величиной съ большую горошину; вершина ихъ покрыта слиз. об.; въ разрѣзѣ они состоятъ изъ нѣжной ткани, окрашенной въ темно-красный цвѣтъ. Въ желудкѣ и во всеобщечечникѣ было много мелкихъ, просвѣчивающихъ чрезъ слизистую оболочку, узелковъ. Мѣстами эти узелки, а также и шейеры блики пигментированы.

Брыжжечныя и другія лимфатическія железы живота и таза очень увеличены. Въ разрѣзѣ темно-красны и желтоваты, сочны и мягки.

Селезенка вѣс. 20 унцъ, увеличена; она красноватаго цвѣта; слѣды мелкихъ бѣловатыхъ отложений.

Печень вѣс. 4 фунта. Поверхность разрѣза свѣтло-краснаго цвѣта и усѣяна безчисленнымъ количествомъ бѣловатыхъ отложений, величиной съ булавочную головку.

Почки увеличены. Капсула снимается легко. Корковый слой бѣденъ. Правая почка 8 унц. Подъ эпителиемъ правой лоханки обширное кровоизліяніе.

На слиз. об. мочевого пузыря нѣсколько кровоизліяній.

Костный мозгъ бедренныхъ костей красноватъ; мѣстами онъ студенистъ. Костный мозгъ грудины и реберъ бѣднѣе нормальнаго.

Въ *m. rectus abdominis* кровоизліянія.

Въ шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ лимфатическихъ железахъ кровоизліяній не было.

4-й случай. А. М., 7 лѣтъ. Принятъ 15/iii 1897; умеръ 23 iii 1897.

У больного были слѣдующія явленія.

- 1) опуханіе лица (носа и губъ) и шеи;
- 2) потеря аппетита и истощеніе;
- 3) боль въ правой сторонѣ.

Въ началѣ февраля больной перенесъ воспаленіе легелъ; послѣ него остались слабость, сухой кашель и плохой аппетитъ. Въ концѣ февраля, когда больной былъ принятъ въ госпиталь, у него найдено опуханіе лимфатическихъ железъ по обѣимъ сторонамъ шеи; боль въ боку легча; кашель еще продолжается. Назначены лѣкарство внутрь и мазь. 4/iii, когда больной вновь былъ доставленъ въ госпиталь, при осмотрѣ замѣчено, что опухоль шейныхъ лимфатическихъ железъ меньше, кашель слабѣе, но боль въ боку еще не исчезла; слабость же стала еще сильнѣе. 14/iii впервые замѣчена опухоль губъ и носа. Дитя принято 15 iii въ госпиталь.

Въ 1895 г. больной перенесъ корь, въ 1896 коклюшъ; другихъ какихъ либо болѣзней у него не было. Мать больного 41 г., совершенно здорова; у нея было 8 преждевременныхъ родовъ и 8 въ срокъ; только четверо изъ послѣднихъ дѣтей живы: сомнительно, чтобъ четверо другія умерли отъ чахотки (consumption). Отецъ 38 лѣтъ, здоровъ, но слабый. Его мать умерла отъ чахотки. Пациентъ младшій изъ дѣтей и притомъ здоровый, тогда какъ остальные трое слабыя. Домъ, въ которомъ жила семья, чистый и сухой.

При осмотрѣ ребенокъ выглядитъ худощавымъ, блѣднымъ; склеры рѣзко голубыхъ. На тѣлѣ—геморрагическія пятна; особенно ихъ много на спинѣ, верхней части груди и на передней поверхности нижней части шеи. Пациентъ нѣсколько потѣлъ; кожа тонкая, гладкая, влажная; черезъ нее просвѣчиваютъ вены; отековъ нѣтъ. Кости при перкусіи безболѣзненны. Колѣнный рефлексъ выраженъ. Изъ носа—сукровичное отдѣленіе; кругомъ лѣвой ноздри припухлость и краснота.

Верхняя губа увеличена; опухоль переходитъ и на верхнюю челюсть. Слизистая оболочка вообще блѣдна, соответственно опухшей части губы изъязвлена; потеря вещества занимаетъ около $\frac{1}{2}$ квадратнаго дюйма. Опуханіе распространяется и на твердое небо. На правой сторонѣ верхней десны замѣчается кровоизліяніе и небольшое изъязвленіе. Правая половина нижней десны также припухла и нѣсколько кровоточитъ.

Лимфатическія железы шеи опухли, особенно на правой сторонѣ. Самая большая железа достигаетъ размѣра голубиного яйца. Железы подвижны; отдѣляются другъ отъ друга; на лѣвой сторонѣ нѣсколько мягки.

Аппетитъ хорошъ, но пріемъ пищи для пациента болѣзненъ. Пульсъ въ лучевой артеріи 160 въ 1', правильный по силѣ и ритму. Дыханій 24 въ 1', т° 102.8°.

Въ сердцѣ систолическій шумъ. Въ легкихъ—довольно много хриповъ.

Животъ не напряженъ. Печень не опухивается. Нижний конецъ селезенки ощущается на одинъ палецъ ниже лѣвой реберной дуги. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка ни крови.

15/III. При изслѣдованіи крови найдено 1.480.000 красн. кров. тѣлецъ въ мм³.

Отношеніе $\frac{B}{K} - 1 = 43$. Преобладаютъ мононуклеары.

18/III. Кровоизліяніе соответственно правой ягодицѣ. Отношеніе $\frac{B}{K} - 1 = 33$.

21/III. Болѣзненное мѣсто на затылкѣ мягче и рѣзче. На правой сторонѣ лица два довольно рѣзкихъ пятна. Верхняя губа все еще опухла; ея поверхность покрыта буровато-черными коростами. Изъ ноздрей отходитъ гноевидное отдѣленіе. На ногахъ появились темнокрасныя, глуболежащія пятна. Пациентъ жалуется на боль въ животѣ, усиливающуюся при давленіи. Испражненіе имѣло смолстый видъ и консистенцію.

22)ш. При изслѣдованіи крови найдено отношеніе $\frac{W}{K} = 1 : 25$. Гемоглобина 26%. Опухоль правой части верхней десны меньше. Кожа розовидна: вены просвѣчиваютъ въ видѣ красноватыхъ линий. Пульсъ 154 въ 1". Дыханій 48. Больной †.

При изслѣдованіи крови было найдено при одномъ счисленіи 2.500.000 кр. кров. тѣлецъ и 34.500 бѣлыхъ и при другомъ 1.500.000 красн. и 65.000 бѣлыхъ.

Процентное отношеніе:

мелкихъ лимфоцитовъ	12.2%	и	13.4%
крупныхъ „	61.8%	„	64.3%
полинукл. и эозиноф.	26%	.	22.3%
міелоцитовъ	0%	„	0%

Всѣ ртѣе произведено чрезъ 17 часовъ.

Трупъ сохраненъ.

На сердечной сорочкѣ—на правомъ ушкѣ и правомъ желудочкѣ—кровоизліянія.

Въ легкихъ слабая эмфизема и бронхопневмонія.

Лимфатическія железы передняго средостенія нѣсколько увеличены, въ разрѣзѣ краснѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Печень жирная, безъ аденоидныхъ разрощеній.

Селезенка 4½ унц., въ разрѣзѣ нѣсколько мягка, красновата; на поверхности видно желтоватое пятно

Почки, въсомъ каждая 4½ унц., блѣдны; въ корковомъ слое разсыяны рѣзко очерченныя отложенія; въ одномъ изъ нихъ кровоизліяніе.

Въ сальникѣ и брюшинѣ не много кровоизліяній.

Мезентеріальныя железы не увеличены, но въ разрѣзѣ краснѣе чѣмъ обычно.

Въ тонкихъ кишкахъ мелкія кровоизліянія. Нейберовы бляшки темнѣе нормальнаго.

Кости и мозгъ бедра окрашены въ землистый цвѣтъ, грудины и реберъ—въ блѣдно бурый.

5-й случай. W. G., 17 лѣтъ, учится въ школѣ. Никакихъ серьезныхъ болѣзней не имѣлъ. За 5 недѣль до послѣдняго времени ситъ почувствовалъ недомоганіе и слабость. Подъ вліяніемъ леченія наступило улучшеніе, но затѣмъ слабость такъ усилилась, что пациентъ былъ вынужденъ лечь въ постель. За недѣлю до того, какъ одинъ изъ референтовъ его увидаль, у него начали опухать десны. Кровотеченій изъ носу или изъ какой либо слыз. об. не было. При осмотрѣ больной мальчикъ представлялся крайне блѣднымъ; ротъ былъ полуоткрытъ, десны настолько опухли, что зубы лежали какъ бы въ бороздкѣ. Дыханіе было затруд-

ненное. Десны мѣстами обложены коростами. Шейныя лимфатическія железы значительно увеличены, лѣвыя паховыя сравнительно меньше. Животъ напряженъ. Ни печень, ни селезенка не прощупывались. Одышка была очень сильная. Пульсъ очень учащенъ. Слабость чрезвычайная. Въ крови было очень много бѣлыхъ тѣлецъ.

°₃ — но они были слѣдующія:

мелкихъ лимфоцитовъ	0.88°/о;
большихъ „	98.49°/о;
полинуклеаровъ „	0°/о;
возинофиловъ „	0.23°/о;
міелоцитовъ „	0.4°/о.

Пациентъ скончался въ эту же ночь. Вскрытіе не разрѣшено.

Pollmann¹⁾, указывая, что острая лейкемія наблюдается въ различные возрасты, не исключая дѣтскаго, приводитъ случай, который, съ весьма большой вѣроятностью, представляетъ фетальное заболѣваніе — „dass höchst warscheinlich schon der Foetus das Krankheitsbild der Leukämie darbieten kann“.

Дѣвочка, В. С., рождена 18 мая 1897 года. Родители живутъ при благоприятныхъ условіяхъ. Жилище снабжено достаточно воздухомъ, свѣтлое и сухое. Питаніе вполне достаточное. Родители выглядятъ вполне здоровыми. Въ анамнезѣ у нихъ нѣтъ ни маляріи, ни сифилиса. Кровь матери при изслѣдованіи представляется совершенно нормальной. Заболѣванія матери были обычныя, какъ и во время другихъ протекшихъ періодовъ беременности. Роды прошли правильно и быстро.

Акушерка завѣряетъ, что дитя родилось съ мелкими красными пятнышками, величиной съ булавочную головку, расположенными на лбу и на бедрахъ. Это же и мать подтверждаетъ. Вообще ребенокъ производилъ впечатлѣніе нѣсколько болѣзненнаго.

При дальнѣйшемъ теченіи стало несомнѣнно, что ребенокъ боленъ. Онъ мало шилъ, мало увеличивался и никогда не кричалъ. При одной попыткѣ крикнуть, онъ багровѣлъ; лицо становилось одутловатымъ, и наступала ужасная одышка. Красныхъ пятнышекъ стало больше и они появлялись на другихъ мѣстахъ.

1/VI, т. е. на 14 день послѣ рожденія, дѣвочку принесли въ поликлинику.

При осмотрѣ ребенка замѣчена сильная блѣдность кожи, и нѣкоторый желтоватый оттѣнокъ въ ней. Губы рѣзко цианотичны. Очень много кровоизліяній, величиною отъ булавочной головки до коноплянаго зерна, находилось на лбу. Они

¹⁾ L. Pollmann. Ein Fall von Leukämie beim Neugeborenen. Münchener med. Wochenschrift. № 2. 1898. S. 44.

синеваго-краснаго цвѣта и особенно близко располагались на мѣстѣ перехода неволосистой части въ покрытую волосами. Довольно много кровоизліяній было на обѣихъ щекахъ, меньшее количество на челюстяхъ и предплечьяхъ и отдѣльными помѣщались на груди около шеи. Пульсъ совершенно нормальный.

Легкія и сердце безъ измѣненій.

Животъ надріженъ. Печень и селезенка очень легко прощупываются. Печень справа опускается до *costa 11^a*; на ощупь плотна. Поверхность ея гладкая, передній край тупъ.

Лимфатическія железы не увеличены. Т° 38,3.

Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2.500.000. Отношеніе $\frac{C}{H} = 1 : 8$. Лейкоциты одноподерные, съ довольно большими ядрами и умереннымъ количествомъ протоплазмы. На основаніи этихъ измѣненій проф. Репольдъ предположилъ лейкемію и отсутствіе зароденія *ductus arteriosus Botalli*.

Въ слѣдующіе дни число петехій значительно увеличилось. Онѣ густо покрываютъ лобъ, передній отдѣлъ волосистой части головы, щеки, нижнюю часть шеи и верхній отдѣлъ груди, а также значительно сконились на предплечіи и голеняхъ. На животѣ ихъ совершенно нѣтъ. На локтѣ образовался фурункулъ величиною съ вишню. Т° выше 39°. Въ пахахъ и на шеѣ прощупываются отдѣльныя малкія лимфатическія железы.

Въ такомъ состояніи ребенокъ оставался до 4/VI. Около 10 ч. вечера ребенку стало дурно. Онъ метался. Развилось дурное. Кожа была очень горяча. Приглашенный врачъ, 5/VI въ полдень, нашелъ, что ребенокъ лежитъ въ кровати и стонеть. Т° 41,5. Сердце билось крайне учащено. Вечеромъ наступил *letalis*.

Вскрытіе произведено д-ромъ Вагтхеломъ.

На кожѣ найдены вышеупомянутыя кровоизліянія. При вскрытіи брюшной полости видно, что печень занимаетъ значительную часть правой половины ея. Она въ правой доли 9 см. шириной, 8½ см. длиной, 3¼ см., толщиной, въ лѣвой 5½ см. шириной, 7½ см. длиной и 3 см. толщиной. Поверхность печени буровато-зеленаго цвѣта. Кое-гдѣ видны короткія бѣловатыя полоски.

Селезенка длиной 9 см., шириной 6½ см., толщиной 3 см. Паренхима буровато-красна, легко соскабливается.

Почки очень увеличены, блѣдны. Въ пирамидахъ мочекальце пифареты.

На слиз. об. мочевого пузыря много кровоизліяній, величиною съ булавочную головку.

Наховыя и мезентеріальныя железы увеличены, въ разрѣзѣ сѣровато-красны.

На слиз. об. желудка отдѣльныя кровоизліянія. Фолликулы пейеровы бляшки кишекъ замѣтны.

Миокардія сердца буровато-красенъ; на v. tricuspidalis нѣжныя имбибированныя фибринозныя наложенія. Сухожильныя нити нѣсколько утолщены. Ductus arteriosus Botalli и Foramen ovale открыты.

Тимусъ и лимфатическія железы значительно увеличены.

Изъ селезенки и изъ крови праваго желудка сдѣланы посѣвы на глицериновый агарь-агарь, но они дали отрицательный результатъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи печени видно, что дольки нѣсколько обособлены. Балки печеночныхъ клетокъ коротки и, повидному, неправильно расположены. Въ печеночныхъ клеткахъ желтовато-бурны, зернистый пигментъ. Капилляры умѣренно расширены; лейкоциты преобладаютъ надъ эритроцитами. Лимфомъ нѣтъ.

Въ селезенкѣ ткань пульсы замѣщена лимфоидными клетками. Мальпигіевы тѣльца не рѣзки. Соединительно-тканная основа не увеличена. Большія вены окружены вѣнчикомъ изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Въ почкахъ сосуды и капилляры заполнены лейкоцитами.

Бѣлыя тѣльца, выполняющія сосуды печени, селезенки—одноядерные лейкоциты.

Переходныя формы и полинуклеары почти отсутствовали. Нормобластовъ нигдѣ не удалось встрѣтить.

Принимая во вниманіе, что ребенокъ родился уже съ петехіями, какъ это утверждаютъ акушерка и мать, что болѣзнь усиливалась и пришлось обратиться къ медицинскою помощи, Pollmann считаетъ этотъ случай за врожденную лейкемію. Остальныя же явленія лейкеміи—пзмѣненіе крови, увеличеніе печени и селезенки, м. б., развились позднѣе—„der Beginn der Leukämie bereits im Foetus bestand. Man kann allerdings nicht mit Sicherheit behaupten, dass bereits im intrauterinen Leben sich die typischen Symptome einer Leukämie entwickelt haben. Sowohl die leukämische Blutbeschaffenheit als auch die Milz und Leberschwelung können erst nach der Geburt entstanden sein“.

Walz ¹⁾ опубликовалъ слѣдующій случай острой лейкеміи.

Р. К., 6 лѣтъ, сынъ крестьянина. Происходить отъ здоровыхъ родителей.

Въ ноябрѣ 1896 года перенесъ скарлатину, осложнившуюся воспаленіемъ почекъ, а зимой 1897/98 года—корь. За годъ до послѣдней болѣздки у него явилось опуханіе лимфатическихъ железъ на правой сторонѣ шеи. Два мѣсяца тому назадъ

¹⁾ K. Walz Über Beziehungen der lymphatischen Leukämie («Lymphocytenleukämie») zum Knochenmark und zum reticulären Gewebe. Arbeiten aus dem Gebiete der pathol. Anatomie und Bacteriologie aus dem path. anatomischen Institut zu Tübingen. Bd. II. 1894—1899. S. 478. Этотъ же случай описанъ Eberhard Vilfinger'омъ въ его диссертациі—Über einen Fall von acuter Leukämie. Tübingen. 1900.

у него обнаружилось рѣзкое истощеніе и блѣдность. 22/у 98 наступило обильное носовое кровотеченіе и кровавая рвота.

При поступленіи въ клинику 23 у у него найдена сильная анемія, многочисленныя прежнія и свѣжія кровоизліянія кожи, опуханіе шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ лимфатическихъ железъ. Грудина неболезненная. Внутренніе органы нормальны. Селезенка не увеличена. Дѣятельность сердца повышена. Кровь водяниста; морфологическіе элементы не измѣнены. Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшено до 2.000.000 въ 1 куб. милл.

6/у. Приступленіе селезенки 5 : 7.5 см.

10 у. Блѣдность еще сильнѣе. Лицо одутловато. Сердечный толчекъ ощущается по передней аксиллярной линіи. Селезенка прощупывается. Приступленіе селезенки 13 : 7 см. Свѣжія петехіи.

20/у. При явленіяхъ рвоты, анатіи и безнокоейства наступилъ exitus letalis.

Вскрытіе произведено чрезъ 7 часовъ послѣ смерти. Чрезъ 3 часа послѣ смерти взята кровь изъ правой аремной вены.

Кожа, слизистая оболочка губъ и соединительная вѣкъ въ высокой степени малокровны. На груди, плечахъ, ногахъ и животѣ разсыпаны петехіи, величиной отъ булавочной головки до половины чечевицы. Шейныя железы величиной справа съ бобъ, и аховыя съ миндаліну, подмышечныя съ горошину. Локтевыя совершенно не прощупываются. Шейныя—на лѣвой сторонѣ также не увеличены.

Печень выдается на 2 $\frac{1}{2}$ пальца изъ за края реберной дуги. Селезенка выступаетъ на 6 см.

На илеврѣ мелкія кровоизліянія. Въ сердечной сорочкѣ жидкости больше чѣмъ обычно; она свѣтлая, прозрачная.

Бронхіяльныя железы не увеличены.

Легкія отечны; въ нижнихъ отдѣлахъ свѣжія кровоизліянія.

Сердце нѣсколько увеличено, именно правый желудочекъ. На передней поверхности очень много какъ отдѣльныхъ, такъ и слитныхъ по нѣсколько петехіи. На задней поверхности ихъ сравнительно мало. Въ лѣвомъ желудочкѣ водянистая, блѣдно-красная кровь; ступиковъ нѣтъ. Въ sinus arteriosus обильный свертокъ, блѣдный, маловоблестящій. Мускулатура сердца утолщена, блѣдна, разлитого сѣврато-желтаго цвѣта; при ближайшемъ осмотрѣ замѣтны многочисленныя крапленныя желтыя точки и полоски. Полости сердца растянуты.

Селезенка увеличена, 18 : 9.5 : 4.5 мягка. Вѣсъ 395 грм., Пульпа въ разрѣзѣ свѣтло-желтаго цвѣта. Мальпигіевы тѣльца замѣтны въ видѣ мелкихъ бѣлыхъ точекъ.

Лимфатическія железы сальника и брыжейки слегка опухли.

Печень значительно увеличена, очень анемична; долики не ясны, по периферии желты, въ центръ блѣдно-красны. Цвѣтъ печени въ общемъ желтоватый.

На слизистыхъ оболочкахъ ни щевода и желудка большихъ кровоизлиянiя (Substitionen). Печероы бляшки выступаютъ рѣзче, подобно тому какъ при гатаррахъ.

Почки крайне блѣды. На разрѣзѣ корковый слой не отличается отъ пирамидъ.

Мозгъ анемиченъ.

Костный мозгъ грудной кости въ родѣ малиновогоселе; изъ него выдавливается темнокрасная жидкость. Костный мозгъ правого бедра представляется сочнымъ, насыщенно темно-краснаго цвѣта.

Въ крови отношенiе $\frac{G}{K} = 1 : 5$. Пойкилоцитоза, кристалловъ нѣтъ.

Нормобластовъ очень мало.

Бѣлыя кровинныя тѣльца были: мелкiе и крупныя лимфоциты; первыхъ было вдвое больше, чѣмъ вторыхъ. Полнуклеаровъ и эозинофиловъ очень мало. Mastzellen и мононуклеаровъ съ нейтрофильной зернистостью совершенно не было.

Въ костномъ мозгу были совершенно тѣ же тѣльца, что и въ крови. Митозовъ совершенно не было.

Въ лимфатическихъ железахъ однородная структура; фолликулярныя нучки совершенно затупеваны. Петли ретикули заполнены преобладающими количественно лимфоцитами.

Въ селезенкѣ строенiе не измѣнено.

Въ печени очень рѣзко видны очаговныя скопленiя лимфоцитовъ въ периферии долекъ, вокругъ сосудовъ. Кѣтки инфильтрата заходятъ и внутрь долекъ между рядами печеночныхъ элементовъ. На препаратахъ, окрашенныхъ по van Gieson'у, видно, что лимфоциты лежатъ въ reticulum.

Въ почкахъ подъ капсулой, вокругъ мальпигиевыхъ клубочковъ, а также и между прямыми канальцами инфильтрацiя лимфоцитами. И здѣсь инфильтраты связаны съ присутствiемъ сосудовъ.

Инфильтрацiонныя элементы и въ томъ и въ другомъ органѣ пронизываютъ и стѣнку сосудовъ.

J. Pollitzer ¹⁾ описываетъ слѣдующiй случай острой лейкемiи.

¹⁾ Dr. J. Pollitzer. Beiträge zur Lehre von der Leukämie. I. Über einen eigenartigen Fall von acuter Leukämie. Wiener Klin. Rundschau. № 13 и 14. 1899. S. 195 и 217.

Больной, 16 лѣтъ, ученикъ столярнаго мастерства; наследственныхъ заболѣваній не имѣеть. Отецъ живъ. Мать имѣла 8 правильныхъ родовъ. Заборта, дважды перенесла воспаленіе легкихъ; умерла отъ послѣродовой септико-піеміи. 7 сестеръ умерли въ первые мѣсяцы жизни отъ различныхъ дѣтскихъ болѣзней. Пациентъ въ дѣтствѣ былъ слабъ, но никогда не болѣлъ, кромѣ скарлатина зѣва по зимахъ. Пять недѣль уже состоитъ «въ ученіи» у столяра. Въ первую же недѣлю онъ простудился, перевоза подъ дождемъ мебель въ ручной тележкѣ. Съ этого времени онъ почувствовалъ сильную слабость въ ногахъ, легкія головныя боли, а также имѣлъ, продолжавшіяся по нѣсколько дней, расстройства желудка. Окружающіе замѣтили въ немъ рѣзкую блѣдность и подавленное настроеніе духа. На тѣлѣ у него появились мелкія красныя пятнышки, принятыя въ началѣ за укусы блохъ. Блѣдность все болѣе и болѣе усиливалась. При разговорѣ и во время пріема пищи онъ чувствовалъ въ шеѣ, безножовый его, боли. 3 дней тому назадъ у него явился жаръ, безъ предварительнаго озноба, и продолжительный, проливной, повторный потъ.

При осмотрѣ больного 9-му замѣчена сильная блѣдность кожи, слизистой оболочки губъ и соединительной оболочки вѣкъ. На кожѣ лица и конечностей, а также и на неречисленныхъ слизистыхъ оболочкахъ были разсыяны кровензліянія, частью поверхностныя, частью глубокія: свѣжія-свѣтло-краснаго цвѣта, болѣе старыя красновато-бурыя; то точечныя, то величиной до горошины.

Фолликулы на корнѣ языка выступаютъ очень рѣзко. Миндалины сильно увеличены. Слизистая оболочка надъ ними, а также слизистая оболочка зѣва блѣдны, свѣжато-красны; мѣстами на нихъ ограниченныя воспалительныя инфильтраты.

Грудина при давленіи безболѣзненна. Надъ manubrium sterni рѣзкое припухленіе.

Легкія не раздуты. Сердце не увеличено. У верхушки сердца, надъ аортальной легкіи систолическій шумъ.

Пульсъ правильный, 120 въ 1 минуту.

Животъ въ верхней половинѣ, особенно слѣва, выпуклъ. Печень выдается на два пальца изъ за края реберной дуги; край ея прощупывается, тушь.

Припухленіе селезенки плечъ вправо почти до средней линіи тѣла, книзу до середины между пупкомъ и симфизомъ. Въ этой области край селезенки легко прощупывается, а между реберной дугой и пупкомъ ощущается углубленіе. Органъ мягокъ.

Въ подчелюстныхъ ямкахъ, особенно слѣва, въ подмышечной и въ паховой области лимфатическія железы величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха на ощупь довольно плотны.

Моча желтаго цвѣта, прозрачна, удѣльный вѣсъ 1016. Въ ней слѣды пуро-
albumin'a; серуин'а; сахара и индикана нѣтъ. Содержаніе хлоридовъ не увеличено.

Въ осадкѣ очень много кристалловъ мочевой кислоты.

Въ крови найдено большое содержаніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; главную массу составляютъ лимфоциты; очень мало между ними полинуклеаровъ.

11 iv. Т° 38. Пульсъ 120. Дыханій 30. Припухленіе селезенки продолжается на 17.5 смъ отъ края реберной дуги. При изслѣдованіи крови получено:

Красныхъ кров. тѣлецъ 2.600.000 въ 1 куб. милл. крови,
бѣлыхъ " " 91.875.

Отношеніе $\frac{W}{K} = 1 : 29$.

Гемоглобина 35% по Fleischl'ю.

Между лейкоцитами. —

мелкихъ лимфоцитовъ 72.75%,
переходныхъ формъ съ ланцетными ядрами и нейтрофильной зернистостью 14%,
полинуклеаровъ 5.5%,
эозинофиловъ 2.5%,
большихъ лимфоцитовъ 5%.

12 iv. При офтальмоскопированіи глазного дна найдена неясность зрительнаго диска съ внутренней стороны. Вены расширены, блѣдны. Артеріи блѣдны, съ блестящими бѣловатыми полосками. Въ глазномъ днѣ мелкія кровоизліянія.

Т° 39.3. Сильный потъ. Задняя половина языка и зѣвъ сильно гингерированы, на нихъ сѣбѣя кровоизліянія. Въ крови:

эритроцитовъ 2,412,500,
лейкоцитовъ 90,625.

Отношеніе $\frac{W}{K} = 1 : 27$.

Терапія. Chinin. sulf. 1.0 in dos. II.

13 iv. Шумъ въ ушахъ, глухота (хининъ?). Селезенка уменьшилась на 2 смъ.

Въ мочѣ обильный осадокъ мочевиныхъ кристалловъ. При изслѣдованіи крови найдено:

эритроцитовъ 2.300.000,
лейкоцитовъ 38.750.

Отношеніе $\frac{W}{K} = 1 : 66$.

Гемоглобина 25% (Fleischl).

Терапія: chin. sulf. 1.0 in dos II.

14 iv. Т° 39.2. Пульсъ 126. Дыханій 28. Въ задней половинѣ правой миндалина потеря вещества. Остальные органы не измѣнены. При счетѣ тѣлецъ крови получено:

эритроцитовъ 2.060.000,
лейкоцитовъ 25.000.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 82$.

Гемоглобина 26% (Fleisch).

15/iv. Foetor ex ore. На лѣвой миндалинѣ язва, покрытая гнойвиднымъ пластомъ.

Сердце расширено до середины грудныи. Надъ всѣми отверстіями легкій систолическій шумъ. При счисленіи тѣлецъ крови найдено:

эритроцитовъ	1.888.000.
лейкоцитовъ	13.360.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 145$. Теранія та же.

На препаратахъ видны почти только мононуклеарныи лейкоциты.

16/iv. На губахъ мелкія свѣжія кровоизліанія. Граница селезенки еще больше уменьшилась; она отстоитъ отъ реберной дуги на 13¹/₂ см. Лѣвое подреберье чувствительно при давленіи. Въ крови:

эритроцитовъ	1.680.000.
лейкоцитовъ	10.000.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1:168$.

18/iv. Блѣдность и упадокъ силъ значительно усилились. На лѣвой миндалинѣ язва шириной въ 1 савт. При изслѣдованіи крови получено:

эритроцитовъ	1.633.333.
лейкоцитовъ	8.500.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 192$.

19/iv. Кровоизліаніе на правой половинѣ нижней губы. Непродолжительное носовое кровотеченіе. Т° ночью 40.2°. Къ утру 1° пала до 39.5°.

20/iv. Полный упадокъ силъ. Сознаніе потемнѣло. Бурное.

Около 11 ч. утра больной †.

Вскрытіе произведено проф. Коіізко.

Кожа сильно блѣдна, покрыта множественными капиллярными кровоизліаніями.

Шейныя, подмышечныя и паховыя лимфатическія железы увеличены. На миндалинахъ некротическій налетъ и язвы. Фолликулы корня языка увеличены: соотвѣтственно имъ язвочки, величиной съ чечевичу.

На лѣвой и сердечной сторонахъ мелкія кровоизліанія.

Селезенка вѣс. 950 грм., 25 × 13 см. Паренхима въ разрѣзѣ буровато-фіолетоваго цвѣта. Трабекулы и мальпигіевы тѣльца видны.

Слиз. об. кишечника блѣдна. Фолликулы и пейеровы бляшки въ нижнемъ отдѣлѣ іеі сильно припухли.

Мезентеріальныя и ретроперитонеальныя лимфатическія железы увеличены, мягки, темнокрасны.

Почки, мочевой пузырь и гениталии нормальны.

Костный мозг правой бедренной кости сѣровато-красный, ясно гиерализованъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки замѣчается, что мальнигевы тѣльца не ясно ограничены; трабекулы и сосуды хорошо видны. Главную массу кѣлокъ составляютъ малые лимфоциты. На нѣкоторыхъ мѣстахъ виденъ желтовато-буршій пигментъ.

Лимфатическія железы представляютъ сильную мелкокѣлочковую гиерализацію. Въ фолликулахъ и въ лимфатическихъ синусахъ лимфоциты съ дѣлящимися ядрами.

Междольковая соединительная ткань печени инфильтрирована одно и многоядерными крупными кѣлками. Капилляры расширены, заполнены лимфоцитами.—«Die Capillaren sind erweitert, von zahlreichen Lymphocyten erfüllt».

Печеночная кѣтка жирно инфильтрирована и паренхиматозно перерождена; мѣстами въ нихъ зернистая глыбка желтого пигмента.

Костный мозгъ содержитъ тѣ же лейкоциты, какъ и въ другихъ органахъ: среди нихъ умеренное количество кѣлокъ съ фигурами дѣленія ядеръ.

Въ почкахъ нѣтъ существенныхъ патологическихъ измѣненій.

Въ желудкѣ эпителий сохраненъ. Въ подслизистой оболочкѣ и промежуточной соединительной ткани въ видѣ бѣлыхъ или островковъ расположены мононуклеары и между ними разбѣяны отдѣльныя переходныя формы.

Reimann ¹⁾ приволятъ наблюдение острой лейкеміи, при которой найдены остатки *gl. thymus*.

Н. В. 9 лѣтъ, дочь сапожника, 1 июля 1897 г. принята во II медицинское отдѣленіе больницы имени Императора Франца-Иосифа.

Никакихъ наследственныхъ болѣзней не имѣетъ. Родители, а также и сестры больной совершенно здоровы. Три года тому назадъ Н. В. перенесла корь, осложнившуюся лѣвостороннимъ воспаленіемъ легкаго. После этого она была совершенно здорова. За 4 недѣли до поступления въ больницу у дѣвочки появилась настолько сильная слабость, что она не могла уже ходить въ школу. Кроме того, малютка ощущала боль въ груди. По словамъ родителей, ребенокъ вы-

¹⁾ Dr Reimann. Ein Fall von acuter Leukämie mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen. Wiener klinische Wochenschrift № 39. 1899. S. 967.

глядѣть очень блѣднымъ. За 8 дней появились ночью на тѣлѣ синева-красныя пятнышки. Мать больной приняла ихъ сначала за укусы блохъ. Мало по малу пятнышки болѣе и болѣе распространялись по тѣлу, и сверхъ того каждый вечеръ у больной было сильное носовое кровотеченіе.

Случайно у пациентки былъ извлеченъ шатавшійся зубъ, и изъ ямки было весьма-сильное кровотеченіе.

Кромѣ головной боли, никакихъ другихъ субъективныхъ явленій небыло. Только въ послѣднюю ночь предъ поступленіемъ въ больницу больная имѣла кровавую рвоту.

При осмотрѣ въ клиникѣ 1/ви: 97 кожа и слиз. оболочки представлялись крайне-блѣдными. По всему тѣлу, а также и по лицу были разбѣсны геморагіи величинной отъ булавочной головки до конопляного зерна: между ними чрезъ эпидермисъ просвѣчивали глубокія кровоизліянія, нѣкоторыя изъ нихъ были съ крейцера.

Десны нормальны, т. е. не опухли и не кровоточатъ. t° повышена до 39°C Пульсъ 140. Дыханій 40. Въ сердцѣ у верхушки систолическій тонъ раздѣленъ. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Животъ мягокъ. Печень вылается на поперечный палецъ изъ за края реберной дуги. Селезенка плотнѣе, чѣмъ при воспалительномъ опуханіи, выступаетъ на 2—3 пальца изъ за края реберъ. При давленіи безболѣзненна. Наховыя железы слѣва величинной съ чечевичку, не болѣзненны. Ни желтухи, ни отековъ нѣтъ.

Въ клиникѣ появилось кровотеченіе изъ десенъ.

2/ви. Носовое кровотеченіе. t° утромъ 38.1° . Пульсъ 120. Мочи 550 ст. Удѣльный вѣсъ 1019. Осадокъ изъ уратовъ.

3/ви. Лихорадка съ ремиссіей, 39.2 и 37.7. Частые поты. Пульсъ 120. Дыханій 44. Ночью была сильная головная боль. Блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ рѣзче. На верхушкѣ сосочковъ десенъ мѣстами кровяныя корочки величинной отъ булавочной головки до конопляного зерна. Изъ нѣкоторыхъ сосочковъ кровь продолжаетъ сочиться. Въ остальныхъ частяхъ десны блѣдны, не припухли. Селезенка плотна и стала больше. Между старыми, отчасти уже поблѣднѣвшими кровоизліяніями, появились свѣжія. Кости и мускулатура не болѣзненны при давленіи. Въ крови сильный лейкоцитозъ.

4/ви. Упорная головная боль. Сильное кровотеченіе изъ десенъ и изъ носу. Десны не припухли. Соответственно кровоточащимъ мѣстамъ онѣ нѣсколько вздуты.

5/ви. Блѣдность усиливается. Больная жалуется на слабость. Кровотеченіе изъ десенъ продолжается.

6/ви. На обѣихъ губахъ геморагіи. Свѣжія глубокія кровоизліянія. t° 40. 3° .

7 vii. Большая въ забытѣ, въ высокой степени блѣдна. По угламъ нижней челюсти и вдоль m. sternocleidomastoideus лимфатическія желёзы до конопляного зерна; въ подмышечной впадинѣ онѣ съ бобъ, особенно слѣва, чувствительны при давленіи, въ паховой области и также по преимуществу на лѣвой сторонѣ — съ лѣсной орѣхъ.

Въ подкожной кѣлочкѣ свѣжія крововизліянія величинной отъ боба до крейцера.

Площадь припуяленія сердца доходитъ до праваго края грудныя. У верхушки систолическій шумъ. Печень выдается на 2 пальца, а селезенка на 3—5 смъ изъ за края реберной дуги. Въ крови получено:

1.200.000 красныхъ кров. тѣлецъ и

350.000 бѣлыхъ кров. шариковъ.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 3-4$. Гемоглобина менше 20% (Fleischl).

На мазкахъ видно большое содержаніе лейкоцитовъ. Среди ихъ много полинуклеаровъ; часть ихъ наполнена эозинофильными зернышками. Большихъ лейкоцитовъ мало, и среди нихъ также встрѣчаются съ эозинофильными зернышками. Много попадаетъ ядерныхъ эритроцитовъ; на одномъ изъ нихъ замѣченъ фигуры дѣленія ядра.

8 vii. Пациентъ въ высокой степени блѣденъ. t^0 между 39.8 и 38.6°. Пульсъ 142.

Лимфатическія желёзы шеи опухли сильнѣе; кромѣ того замѣтна опухоль и въ тѣхъ, которыя раньше не прощупывались. Грудина очень болѣзненна. При всякомъ положеніи больной чувствуетъ въ области селезенки болѣзненность.

Мочи 1200, уд. вѣсъ 1024. Въ ней нѣтъ ни нуклеоальбумина, ни альбумина.

9 vii. Сильнѣйшій упадокъ силъ. Легкое забытѣ. Febris continua до 39.9°.

Ротъ открытъ. Десны слегка кровоточать, частью инфильтрированы. Грудина при давленіи еще болѣзненнѣе.

10 vii t^0 до 40°. Пульсъ 124. Дыханій 44.

На кожѣ живота и правой части крестцовой области мелкія глуболежація крововизліянія; такія же геморагіи на лѣвой голени и правой стопѣ. Измѣненія въ полости рта сильнѣе. Селезенка выдается на 1½ смъ за края реберной дуги. Печень нѣсколько болѣзненна и по l. mamillaris d. выдается изъ за реберъ.

Посѣвы изъ крови дали только staphylococcus albus. Въ крови преобладаютъ лимфоциты, величинной съ красной кровяной кружечкѣ. Полнуклеаровъ

сравнительно меньше; они б. ч. наполнены эозинофильными зернышками. Въ некоторыхъ лейкоцитахъ видны фигуры діленія ядеръ. Эритроцитовъ ядерныхъ нѣтъ.

11/ви. Сильный упадокъ силъ. Восковидная блѣдность кожи и слегка желтоватый оттѣнокъ. Ушные раковины совершенно безкровны. Селезенка вновь опухла; она выдается изъ за края реберной дуги на 3 1/2 см.

13/ви. t° между 38 и 36. 8°. Селезенка уменьшилась и не прощупывается. Печень выдается на 3 пальца изъ за края реберной дуги. Опухоль десень на нижней челюсти меньше. При изслѣдованіи крови найдено:

красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 405.000
бѣлыхъ " " " 210.000 } въ 1 куб. миллим.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1:2$.

14/ви. t° между 37.2 и 36.3°. Нульсь 116 Дыханій 40. Чрезвычайно сильная блѣдность. На нижнихъ конечностяхъ отдѣльныя, глуболежащая геморрагія, величиною съ крейцеръ. Десна соответственно нижнему рѣзцу неизмѣнена, обложена кровавой коркой. Лимфатическія железы шеи и подмышечной впадины уменьшены. Область селезенки болѣзненна; селезенка не прощупывается.

Въ крови большое количество лимфоцитовъ; между ними находятся только отдѣльные полинуклеарные лейкоциты; б. ч. изъ нихъ эозинофильны.

Ночью послѣдовалъ exitus letalis.

Вскрытіе произведено прозекторомъ Kretzomъ.

На туловищѣ и на конечностяхъ разсыяны величинаю съ чечевицу пятна розовато-краснаго цвѣта; въ центрѣ они блѣды.

Кожа и видимыя слиз. оболочки блѣды.

Надключичныя железы величинаю до боба.

Слиз. об. зѣва блѣдна, сильно опухла. Язычекъ, дужки и миндалины значительно опухлы, пронитаны сѣровато-бѣлой, мягкой массой.

Въ лѣвой миндалинѣ потеря вещества въ видѣ ямки съ горизонтну величиною, край пигментированъ.

Лимфатическія железы въ разрѣзѣ частью равномерно сѣровато-бѣлаго цвѣта, частью сѣровато-краснаго, очень мягки.

Въ верхней части передняго средостѣнія увеличенная зобная железа, плотно сращенная съ сердечной сорочкой и крупными сосудами.

Въ плеврѣ и эякардѣ мелкія кровоизліянія.

Легкія отечны. Сердце величинаю съ кулакъ. Міокардіи пятнисты, блѣдно желтовато-бурого цвѣта. Печень нѣсколько припухла, на разрѣзѣ равномернаго свѣтло-желтовато-бурого цвѣта. Селезенка длиною 10 см, шириною 5 см., поверхность разрѣза свѣтло-сѣраго цвѣта. Фоликулы неясны.

Слиз. об. желудка и кишок блѣдна. Пейеровы бляшки нѣсколько опухли.

Кости и мозгъ бедра во всѣхъ частяхъ представляется краснымъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи thymus видно строеніе, напоминающее аденоидную ткань.

Въ лимфатическихъ железахъ фолликулы слабо замѣтны; мозговидное вещество богато мелкими и одноядерными элементами. Капсула железъ инфильтрирована клѣтками.

Въ печени встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ мелкіе очаги изъ круглыхъ клѣтокъ. Они лежатъ какъ въ интерлобулярной соед. ткани, такъ и внутри долекъ.

Въ легкихъ нѣтъ существенныхъ измѣненій.

На соскобѣ изъ костного мозга много ядерныхъ эритроцитовъ, въ нѣкоторыхъ видны фигуры дѣленія ядеръ; встрѣчаются отдѣльные мегалобласты.

Среди бѣлыхъ тѣлецъ преобладаютъ крупныя клѣтки съ неправильнымъ лапчатымъ ядромъ; остальные отчасти мононуклеары съ большимъ блѣднымъ ядромъ и очень мало одноядерныхъ лейкоцитовъ съ большимъ темно-окрашеннымъ ядромъ и узкимъ ободкомъ протоплазмы. Нѣрѣдка встрѣчались и эозинофильныя клѣтки.

Данный случай своеобразенъ по измѣненію крови. Въ первые дни заболѣванія замѣчено увеличеніе полинуклеарныхъ лейкоцитовъ; при точномъ изслѣдованіи оказалось, что было равномѣрное увеличеніе полинуклеаровъ и мононуклеаровъ. Позднѣе же начали преобладать одноядерные элементы.

На высотѣ болѣзни мононуклеары давали значительный перевѣсъ, а полинуклеары обнаруживали абсолютное уменьшеніе. Между тѣмъ селезенка и железы представляли при этомъ уменьшеніе ихъ величины.

Далѣе этотъ случай интересенъ рудиментальнымъ остаткомъ thymus.

На это обращено уже вниманіе Virchow'ымъ, а затѣмъ подобная находка описана при острой лейкеміи: Kelsch'омъ, Ganschel, Ebstein'омъ, Образцовымъ, Guttmann'омъ, Noblemъ, Hindenburg'омъ и Seelig'омъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи гомогенной, почти бѣдой въ разрѣзѣ опухоли видѣнъ родъ аденоидной ткани. Клѣтки мелкія, обладаютъ большимъ, темноврасящимся ядромъ и ободкомъ свѣтлой протоплазмы.

Louis Guignon et Justin Jolly ¹⁾ считаютъ острую лейкемію очеь рѣдкимъ заболѣваніемъ во Франціи. По ихъ мнѣнію извѣстно 7—8 случаевъ этой формы. Наблюдавшійся ими случай представлялъ слѣдующія прижизненные и посмертныя явленія

20 февраля принята въ Hôtel Dieu дѣвушка, 15 лѣтъ, П. S. по случаю холеры, сопровождавшася лихорадкой.

Она никогда не была крѣпкимъ ребенкомъ. Дважды перенесла корь: до 5 лѣтъ и послѣ. По зимамъ страдала бронхитомъ.

15 г. 99 она почувствовала общую слабость и сильную головную боль. Какъ живущая въ пансіонѣ, помѣщена въ лазаретъ.

При осмотрѣ найдены лихорадка, нѣкоторая слабость и значительная блѣдность.

По теченіи 15 дней больная была взята родными. D-r Mouls нашелъ у нея сильную анемію, постоянную лихорадку. Лечение не привело къ улучшенію, по чему онъ и отослалъ больную въ Hôtel Dieu.

Референты увидали пациентку въ первый разъ на 35 день болѣзни.

Она очень истощена; блѣдна настолько сильно, что какъ бы лишена крови. Близиетя оболочки не отличаются по цвѣту отъ кожи. Отека нигдѣ нѣтъ. Лицо нѣсколько одутловато. Кожа на кистяхъ и стопахъ слегка шелушится, какъ это обычно встрѣчается въ теченіе тифа; на остальныхъ мѣстахъ—суха и не горяча. Лихорадки нѣтъ.

Пульсъ 128, слабъ, правильный. Надъ легочной артеріей систолическій шумъ. Дыханіе поверхностное, нѣсколько учащено. Дыхательный шумъ нормальный. Печень на палецъ выдается изъ за края реберной дуги. Селезеночная тупость увеличена. Носовыхъ кровотеченій нѣтъ. Въ мочѣ много мочевой кислоты.

Не смотря на леченіе, больная все сильнѣе и сильнѣе слабѣла. 23 г и 24 г было носовое кровотеченіе.

25 г появились на кончикостяхъ петехіи и экхимозы.

26 г. Сильная слабость. Дыханіе учащено; пульсъ 140. Послѣ полудня больная †.

Кровь была изслѣдована 25 г и получены слѣдующіе результаты:

красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 685.000

бѣлыхъ „ „ 28.00.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 24$.

Бѣлыя кровяныя тѣльца были малые и большіе лимфоциты.

¹⁾ L. Guignon et J. Jolly. Un cas de leucémie aigue. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. T. XVI. Juin. 1899 p. 262.

Малыхъ лимфоцитовъ	93 ⁰ / ₀ ,
большихъ „	3.6 ⁰ / ₀ ,
большихъ мононуклеаровъ	0.6 ⁰ / ₀ ,
полинуклеаровъ	2.3 ⁰ / ₀ ,
эозинофиловъ	0.1—0.2 ⁰ / ₀ .

Въ крови найдено нѣсколько красныхъ кровяныхъ тѣлецъ съ ядрами.

Вскрытіе.

Легкія совершенно нормальныя.

На висцеральномъ листкѣ сердечной сорочки мелкія геморрагіи.

Сердце 240 грм.; миокардіи очень блѣденъ.

Зобная железа не атрофирована; 25 грм.

Щитовидная железа, миндалины, ротъ, языкъ и глотка—не измѣнены.

Трахеобронхіальныя железы не увеличены.

Печень 1250 грм.

Селезенка 130 грм., 12.5 : 7.5 : 3.

Въ кишечникѣ нѣтъ измѣненій. Пейеровы бляшки вблизи *caecum* и *ileo-caecalis* нѣсколько увеличены.

Почки вѣс. пр. 145

лѣв. 150

грм. Кортикальн. слой блѣденъ; на границѣ его и

пирамидъ точечныя кровоизліянія. Кроме того, въ корковомъ слое довольно много очаговъ, величиной отъ булавочной головки до горошины. Они блѣловатаго цвѣта и резко выделяются на блѣдно-желтоватомъ фонѣ вещества почки.

Мезентеріальныя железы и пояснично-аортальныя нѣсколько увеличены.

Въ остальныхъ органахъ—никакихъ измѣненій.

Узелки почекъ представляютъ подъ микроскопомъ скопленіе лимфоцитовъ. Въ среднѣхъ мелкихъ узелкахъ видны вѣтви канальцы съ некротизированнымъ эпителиемъ.

Въ промежуточной соединительной ткани печени также скопленія лимфодныхъ клетокъ.

Bezançon et Clerc ¹⁾ наблюдали случай острой лейкеміи въ госпиталѣ Beaujon, 31 мая 1898 г.

Больная, 35 лѣтъ. Отецъ умеръ отъ бугорчатки. Сама она ранѣе перенесла брюшной тифъ и скарлатину. Имѣетъ 9 человекъ дѣтей. Сифилисомъ не болѣла.

¹⁾ M. M. Bezançon et Clerc. Leucémie aiguë. Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. Juillet. 1899. pl. 706.

Десять лѣтъ страдает частыми приступами печеночныхъ коликъ. Два послѣдніе мѣсяца мучается кашлемъ, причѣмъ отдѣляется мокрота.

Больная сильно истощена.

Осмотръ 1 іюня. Пациентка угнетена. Лицо съ желтоватой окраской. Желтухи нѣтъ. Жалуется на постоянную слабость. Настроеніе грустное.

t° 38.2°, 39°.

Измѣненій въ легкихъ не найдено.

Въ сердцѣ слабый шумъ *valv. mitralis*.

Языкъ обложенъ. Рвоты и поноса нѣтъ.

Печень болѣзненна и увеличена. Селезенка также увеличена.

Въ слѣдующіе дни t° поднялась до 40.2°. Слабость усилилась. Въ мочѣ появлялся бѣлокъ.

7/VI. t° пала до 38°. Отъ вивиреквиванія искусственной сыворотки улучшенія не получено. Слабая диаррея. Субкрепитирующие хрипы въ легкихъ.

11/VI. t° повысилась до 39.2°. Больная сильно истощена. Лицо и покровы крайне блѣдны. Лимфатическія железы нигдѣ не увеличены. Кровотеченія изъ носа, десенъ, а равно и изъ другихъ частей вполне отсутствуютъ.

15/VI. При изслѣдованія крови найдено:

бѣлыхъ тѣлецъ	80.000.	} въ 1 куб. миллим.
Красныхъ кр тѣлецъ	900.000	

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 11$.

Бѣлыя кровяныя тѣльца главнымъ образомъ лимфоциты. Встрѣчается нѣсколько полинуклеаровъ, а также лейкоцитовъ съ перерожденными, фрагментированными ядрами. «Ce qui domine, c'est le lymphocyte. On trouve quelques poly-nucléaires vrais et quelques leucocytes à noyau dégénéré, comme fragments. Pas d'éosinophiles».

Прививка изъ крови на аэробій и анаэробій осталась безъ результата.

17/VI больная †.

Вскрытіе. Печень, 2150 грм., блѣдна; паренхима въ разрѣзѣ сѣрвато розова; кажется усыпанной мелкими бѣловатыми точками.

Желчный пузырь наполненъ камнями.

Селезенка, 465 грм., окрашена въ розовый цвѣтъ. Пупка въ разрѣзѣ также съ розоватымъ оттѣнкомъ и подобно печени усыпана мелкими бѣловатыми точками.

Пейеровы бляшки не припухли и не изъязвлены.

Брижеечныя железы увеличены; нѣкоторыя изъ нихъ величиной съ миндалину. Тѣхъ же свойствъ бронхиальныя, почечныя и ретроперитонеальныя железы.

Легкія только отечны; туберкулеза въ нихъ нѣтъ.

Почки, 225 грм. и 190 грм., блѣдны; въ разрѣзѣ нѣсколько нестри.

Бѣловатыхъ нитей нѣтъ.

Сердце 511 грм. Отверстія не измѣнены. Мускулатура вяла и блѣдна.

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Вокругъ в. portae скопленія круглыхъ кѣтокъ съ рѣзко оканчивающимися ядрами. Желчные протоки пролиферированы. Нѣтъ мѣстъ, гдѣ бы не было лимфомъ.

Периферическія печеночныя кѣтки нормальны, содержатъ немного жира. Кѣтки центра долекъ сдавлены, имѣютъ видъ мелкихъ пластинокъ. Въ нихъ нѣтъ жира и пигмента. Печеночныя капилляры расширены и содержатъ между красными кровяными тѣльцами много лимфоцитовъ. «Ce qui domine, c'est une dilatation considérable des capillaires sanguins, qui contiennent, outre des globules rouges, de nombreuses cellules lymphatiques. Les lymphocytes et les mononucléaires sont les plus nombreux».

Наконецъ, встрѣчаются иногда кѣтки совершенно сходныя съ міелоцитами. Вполнѣ сформированной лимфoidalной ткани нигдѣ нѣтъ.

Селезенка. Мальпигиевы тѣльца уменьшены; reticulum нѣсколько утолщено, петли содержатъ нормальные лейкоциты. Слабый періартеритъ.

Въ нульѣ лейкоциты и мононуклеары, подобныя найденнымъ въ печени.

Лимфатическія железы. Структура сохранена. Фолликулы отличаются отъ лимфатическихъ путей. Въ корковомъ слое фолликулы обозначаются болѣе густымъ скопленіемъ кѣтокъ. Вокругъ этихъ тѣздъ и въ фолликулярныхъ пучкахъ разсыяны въ одинаковомъ количествѣ лимфоциты и мононуклеары. Ретикулумъ не рѣзко измѣнено.

Лимфатическіе синусы растянуты мононуклеарами и лимфоцитами.

Нѣтъ ни полинуклеаровъ, ни эозинофиловъ.

Почки. Эпителий вѣтвыхъ канальцевъ сильно измѣненъ. Протоплазма некротизирована. Ядра красятся слабо. Клубочки безъ измѣненій. Вокругъ сосудовъ скопленія лимфоцитовъ.

Легкія. Гиперемія, растяженіе капилляровъ лимфоцитами. —...« distention des capillaires par les cellules lymphatiques». Быстрое теченіе процесса, обиліе въ крови лимфоцитовъ, по мнѣнію референтовъ, говоритъ въ данномъ случаѣ за острую лейкемію.

Vyšín ¹⁾ изслѣдовалъ гистологическія измѣненія органовъ отъ 10 случаевъ лейкеміи. Работу свою онъ производилъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ проф. Плава въ Прагѣ. Изъ 10 случаевъ 5 были наблюдаемы референтомъ въ клиникѣ проф. сѣта. Между 5 случаями два относятся къ острой лейкеміи.

¹⁾ Dr. Václav Vyšín. O leukaemii. Sbornik klinicky casopis pro péstování vědy lékařské. Ročník 1. Číslo 4. str. 281. 1899.

4-й случай. Отто Н., 23 лѣтъ, дрогистъ, принятъ въ клинику 29 мая 97. Пациентъ въ раннемъ возрастѣ перенесъ ангину, четыре года тому назадъ имѣлъ мягкій шанкръ (мѣкку vřed), а четыре мѣсяца назадъ болѣлъ брюшиннымъ тифомъ. Настоящее заболѣваніе началось только четыре недѣли назадъ.

У больного было нѣсколько разъ кровотеченіе изъ носу и, повидному, неоднократно привѣшивалась къ стулу темная, свернувшаяся кровь. Затѣмъ появились на верхнихъ конечностяхъ кровавыя пятна, величиною съ чечевичку и большія кровоизліянія на обоихъ берцахъ и на правомъ плечѣ. Больной чувствовалъ себя крайне слабымъ. Спустя двѣ недѣли онъ замѣтилъ боль въ горлѣ, шеѣ, а также припухлость лица и опуханіе лимфатическихъ железъ подъ обоими углами нижней челюсти.

Десны также припухли и стали болѣзненны. Температура тѣла была сильно повышена.

Кровоподтеки спустя нѣсколько дней исчезли.

Осмотръ больного въ клиникѣ показалъ, что пациентъ хорошо упитанъ.

Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. У больного умеренный exanthematus. Слизистая оболочка нижней десны припухла, по краямъ пронизана мелкими кровоизліяніями; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ея—поверхностные наривчики. Наибольшее опуханіе десны въ области коренныхъ зубовъ. Десна верхней челюсти безъ измѣненій. Слизистая оболочка мягкого неба слегка гиперемирована. Миндалины увеличены; на правой—наривъ. На задней стѣнкѣ глотки—слабая темнота рой крови.

Подчелюстные железы опухли; пакетъ опухшихъ железъ съ голубаное ядро.

При давленіи железъ обнаруживаютъ слабую болѣзненность.

Сердечный толчекъ ощущается въ 5 межреберномъ промежуткѣ, внутри отъ сосковой линіи. На кожѣ лѣваго локтя, на внутренней сторонѣ праваго бедра, на передней сторонѣ лѣваго бедра разбѣсны свѣтлыя и старыя кровоизліянія отъ просяного зерна до чечевички и даже болѣе. Тоны сердца чисты.

Дыхательныя шумы, за исключеніемъ верхушскъ, нормальны. Печень не увеличена. Тупость селезенки отъ 7—11 ребра; конецъ ея не выходитъ изъ за края реберной дуги.

Въ одномъ куб. миллиметрѣ крови содержится 450.000 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и 1.850.000 красныхъ. Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 4$. Бѣлые кровяные шарикки главнымъ образомъ мелкіе одноядерные лейкоцаты; «z bílých krvínek rozpozřeme nejvíce malých jednojaderných tvarů (lymfocytů)». Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахару.

При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни появились новыя кровоизліянія на бедрѣ и берцахъ.

3 г. 9 м. Больной отхаркнулъ нѣсколько развѣтвленныхъ фибринозныхъ свертковъ.

Подъ микроскопомъ въ нихъ найдено много гнойныхъ и эпителіальныхъ клѣтокъ.

4 г. Лобная кость, ключица, грудины и обѣ бедренныя кости болѣзненны при постукиваніи по нимъ. Селезенка сильно увеличена. Нижній край ея переходитъ реберную дугу.

7 г новыя кровоизліянія въ кожѣ верхняго праваго вѣка, а также и на различныхъ мѣстахъ тѣла.

9 г. Больной †.

При вскрытіи найдено, что глазныя яблоки рѣзко выдаются впередъ. Подчелюстная, шейная и надключичныя лимфатическія железы увеличены.

Твердая оболочка головного мозга на внутренней поверхности покрыта геморрагическими фибринозными пленками.

Миндалины и фолликулы языка увеличены. На правой миндалинѣ язва, тянущаяся къ боковому краю правой небной дужки.

Перитрахеальныя и перибронхіальныя лимфатическія железы увеличены.

На левомъ вѣкѣ и эпикардіи кровоизліянія.

Сердце на простой глазъ не измѣнено. Подъ микроскопомъ видны лимфомы, состоящія изъ мелкихъ лимфоцитовъ. Мышечныя волокна раздвинуты также лимфоцитами.

Печень увеличена; дольки на разрѣзѣ видны. Подъ микроскопомъ многочисленны лимфомы, состоящія изъ мелкихъ лимфоцитовъ; среди нихъ встрѣчаются и большіе одноядерные лейкоциты. Лимфоциты разсыяны въ большомъ количествѣ во всей печеночной ткани.

Селезенка значительно увеличена. Она длинной 15 см., шириной 10 см., и толщиной 6 см. Капсула напряжена, блестяща, тонка. Пульпа въ разрѣзѣ ярко краснаго цвѣта. Подъ микроскопомъ большое скопленіе лейкоцитовъ съ однимъ ядромъ, окруженныхъ узкимъ ободкомъ протоплазмы.

Кишки. Слиз. оболочка блѣдна. Фолликулы и пейеровы бляшки не замѣтны. Въ толстой кишкѣ слиз. оболочка блѣдна, нѣкоторыя складки набухли или пропитаны кровью.

Брыжжеечныя железы набухли. Въ нихъ очень много лейкоцитовъ.

Почки увеличены. Въ корковомъ слое разсыяны очаги отъ горошины до лѣснаго орѣха. Подъ микроскопомъ видны многочисленныя лимфомы. Ткань

почти пронизана лимфоцитами. Внутри канальцев лимфоциты не пропигавать.

2-й случай. Иосифъ Т., 37 лѣтъ, работникъ изъ Ричанъ, принятъ въ клинику 26/1. 98.

До 34 лѣтъ І. Т. былъ всегда здоровъ. 3 года тому назадъ началъ страдать интенивными головными болями, которыя были особенно сильны до полудня.

Боли были преимущественно въ лобной части и прекратились послѣ электризаціи, продолжавшейся въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Послѣдніе два мѣсяца больной жалуется на тяжелое дыханіе, шумъ въ ушахъ, на сердцебиеніе и легкую утомляемость при хожденіи.

При осмотрѣ замѣтна сильная блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ. Ни въ лицѣ, ни въ полости рта нѣтъ особыхъ измѣненій. Грудная клетка симметричная. Дыханіе спокойное, 20 въ минуту. Сердечный толчекъ въ 5 межреберномъ промежуткѣ, виѣ 1. mamillaris. Лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Нижнія конечности не отечны.

Въ легкихъ при выслушиваніи, кромѣ шума тренія вблизи угла лѣвой лопатки, ничего аномальнаго не слышно. Сердце увеличено въ поперечникѣ. При выслушиваніи въ мѣстѣ сердечнаго толчка ясный систолическій шумъ. Тонъ art. pulmonalis accentуированъ.

Печень не выдается изъ за края реберной дуги. Селезенка относительно не увеличена.

Исслѣдованіе крови показываетъ значительную убыль красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. При подсчетѣ ихъ получено 1.200.000. Бѣлые кровяные шарики не представляютъ значительнаго увеличенія. Гемоглобинъ 30% (по Fleisch'ю). Красныя кровяныя тѣльца не имѣютъ измѣненій, свойственныхъ полицеміозу. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахара.

6/11 98 больной былъ выписанъ съ диагнозомъ: «Insufficiencia valvulae bicuspidalis, anaemia».

Но слабость стала прогрессировать, появились боли въ нижнихъ конечностяхъ и затрудненное дыханіе, и больной былъ вновь 18/11 принятъ въ клинику.

При вторичномъ поступленіи у больного оказался нарывъ въ надключичной вырѣзкѣ. Давленіе и перкусіи грудины были уже болѣзненны. Въ сердцѣ прежнія измѣненія. Печень на два пальца выдается изъ за края реберной дуги. Селезенка отъ 8—12 ребра.

Количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ пало до 637. 000 въ 1 куб. мм.

Гемоглобинъ было 25%. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ возрасло до 58.000.

Отношеніе $\frac{B}{K}$ = 1 : 13. Среди бѣлыхъ тѣлецъ главнымъ образомъ были полинуклеары и мелкія одноядерныя образования.

13/11. Въ подмышечныхъ ямкахъ и на берцахъ появились точкообразныя кровяныя пятнышки (угуну).

22 и 98. Exitus letalis.

Вскрытіе. На лобныхъ костяхъ не найдено ничего особеннаго. Dірloe розовое. Твердая мозговая оболочка напряжена, блестяща. Мозгъ, помимо значительной анеміи, нормаленъ. На груднѣ, соответственно 3—5 ребру, плоскій гнойникъ, 2—3 мм. толщиной, плотно прилегающій къ кости, сѣро-зеленаго цвѣта.

Въ грудной полости, ближе къ мѣсту прикрѣпленія реберныхъ головокъ къ позвонкамъ, подъ фасціей—зеленые инфильтраты; слѣва они рѣзче, чѣмъ справа.

На лѣвой половинѣ груди такой же зеленый инфильтратъ въ костальной плеврѣ, сросшейся съ надкостницей реберъ.

Легкія эмфизематозны. Сердце увеличено, особенно правый желудочекъ. На передней и задней поверхности энкардія нѣсколько точечныхъ кровоизліяній. Двустворка утолщена. Міокардіи жирно перерождены.

Миндалины гиперлизированы. Щитовидная железа увеличена, и въ ней зеленые инфильтраты.

Нѣкоторыя бронхиальныя железы также окрашены въ зеленый цвѣтъ.

Селезенка увеличена; 15 : 10 : 5 см. Вульва обильная, свѣтло-коричневаго цвѣта.

Печень не увеличена. На передней поверхности инфильтратъ хлоромы.

Въ кишечникѣ фолликулы набухли.

Въ корковомъ слое почекъ различной величины очаги.

Зеленая окраска зависитъ отъ присутствія въ обиліи зеленого пигмента.

Патолого-анатомическій діагнозъ: Паравертебральная пифилтрація хлоромой связочнаго аппарата. Періостальная хлорома грудины. Метастазы въ обѣ почки, печень, реберную плевру и въ перибронхіальныя железы. Лейкемия. Хроническое воспаленіе двустворчатой заслонки сердца.

F. Pineles ¹⁾ въ вѣнскомъ медицинскомъ собраніи—im Wiener medic. Club“, 17 Мая 1899 демонстрировалъ микроскопическіе препараты случая острой лимфеміи.

73 лѣтняя пациентка ранѣе была совершенно здорова. За три мѣсяца до послѣдняго заболѣванія у нея въ теченіе 14 дней были сильныя головныя боли и повышенная t°, вслѣдствіе чего она лежала въ постели. Но затѣмъ она оправилась и принялась съ прежнею энергіей за домашнее хозяйство, которому она, не смотря на свой преклонный возрастъ, охотно предавалась. Послѣдняя болѣзнь у нея уже 14 дней. Среди полного здоровья она почувствовала столь сильную

¹⁾ F. Pineles. Über acute Lymphämie. Wiener klinische Rundschau. № 42. 1899. S. 723.

слабость, что вынуждена была лечь въ постель. За 4 дня до поступленія въ больницу она жаловалась на сильную головную боль, а также болевья опухшенія въ груди. День спустя она много плакала, до чего доводила ее также «ступня головная боль». Последніе два дня она заговаривалась.

При поступленіи въ больницу сознаніе больной было достаточно сохранено. На видъ она представлялась хорошо сложенной; мускулатура нѣсколько слаба; рапісіус умеренно развитъ. Однако своимъ видомъ она производить впечатлѣніе тяжело больной. Когда пациентку садятъ, она стонетъ и жалуется на давящую боль въ груди и конечностяхъ. t° 37.2—38.4 C. Пульсъ 100.

Въ обоихъ легкихъ везикулярное дыханіе. Тоны сердца нѣсколько глухи. Печень по правой парастернальной линіи выдается на три пальца изъ за реберной дуги, умеренно плотна; край ея нѣсколько тупъ. Селезенка также выдается на три пальца, мягка. Шейныя, подмышечныя и паховыя лимфатическія железы увеличены. На сторонѣ разгиба обоимъ предплечьямъ кровоизлиянія отъ чечевицы до крейцера величиною. Десны припухли, нѣсколько кровоточатъ. На нижней поверхности языка кровоизлиянія до чечевицы величиной. Глазное дно нормально. Въ мочѣ много нуклеоальбумина; сероальбумина нѣтъ.

Въ слѣдующіе дни сознаніе нѣсколько смутно; въ обоихъ плечахъ своеобразныя, тетаніеподобныя, судороги. Высшая t° 38.7. При усугубляющейся слабости и бредѣ 9 апрѣля 1899 г. (на 19-й день болѣзни) послѣдовали *exitus letalis*.

Опуханіе печени и селезенки на ряду съ кровоточеніемъ изъ десенъ и кожными кровоизліяніями давало основаніе думать о лейкеміи. Послѣдованіе крови подтвердило предположеніе. Подсчетъ крови далъ 3.550.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и 550 000 лейкоцитовъ въ 1 мм³ крови. Отношеніе $\frac{L}{K} = 1:6.2$. Бѣлыя кровяныя тѣльца состояли почти исключительно изъ довольно мелкихъ лимфоцитовъ. — «Die weissen Blutzellen bestanden fast ausschliesslich aus ziemlich kleinen Lymphocyten».

На окрашенныхъ препаратахъ было:

незернистыхъ большихъ и мелкихъ лимфоцитовъ 96.2%
 обмякновенныхъ нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 3.8%
 полинуклеарныхъ эозинофиловъ 0.01%
 нормобластовъ 0%.

На препаратахъ, окрашенныхъ далѣй, видны на нѣкоторыхъ ~~мелкихъ клет-~~кахъ базофильныя зернышки.

Вскрытіе произведено В-гомъ Landsteiner'омъ.

Кожа крайне блѣдна, не отечна. Зѣва не измѣненъ. Шейныя и особенно подмышечныя и паховыя лимфатическія железы увеличены. Они величиной до лѣсного орѣха, не сливаются другъ съ другомъ, не срощены съ кожей. Легкія очень полнокровны; въ ~~обѣихъ~~ нижнихъ доляхъ ~~вѣтъ~~ до-

булярной пневмоніи. На лѣвой плеврѣ и сердечной сорочкѣ фибринозная пленка. Сердце обычной величины; въ полостяхъ его нѣсколько свѣтлой крови. Печень въ полтора раза болѣе нормальной, буровато-желтаго цвѣта, мягкой консистенціи; на поверхности разрывъ довольно много мелкихъ бѣловатыхъ пятенъ и полосъ, занимающихъ междольковыя пространства. Селезенка почти въ 8 разъ больше нормы; на разрывѣ сѣровато-красна, съ бѣловатыми пятнышками, соответствующими опухшимъ фолликуламъ. Почка блѣдно желтая, вадя. Брюшинныя лимфатическія железы опухли. Костный мозгъ красенъ, почти совершенно лишенъ жира.

На микроскопическихъ препаратахъ изъ лимфатическихъ железъ замѣтна гиперплазія. Лимфоидныя кѣтки, составляющія железу, ничѣмъ не отличаются отъ нормальныхъ лимфоцитовъ. Кѣтки всюду правильно расположены, что не даетъ основаній говорить объ отложеніи кѣтокъ изъ крови.

На срызахъ изъ селезенки тоже видна гиперплазія. Только мѣстами замѣтны нѣрвкія, большей или меньшей величины, разрощенія лимфоидной ткани.

Фигуры дѣленія ядеръ кѣтокъ и въ селезенкѣ и въ лимфатическихъ железахъ встрѣчаются не очень часто.

Въ печени и въ почкахъ мѣстами наблюдается довольно значительное образованіе лимфоидной ткани.

Костный мозгъ почти всюду замѣщенъ лимфоидной тканью. Большіе и особенно мелкіе лимфоциты составляютъ почти исключительную составную часть этого мозга. Обычныя для костнаго мозга элементы: мѣлоциты, зернистые полинуклеарные лейкоциты и эозинофилы встрѣчаются лишь въ видѣ отдѣльныхъ кѣтокъ. Нормобластовъ такъ мало, что лишь изъ нѣсколькихъ препаратовъ на одномъ можно видѣть одинъ только красный кровяной кружечекъ съ ядромъ.

Ганкелъ полагалъ, что по качеству крови можно отличить хроническую лейкемію отъ острой: при первой—полиморфные лейкоциты, при второй—лимфоциты. Ринельсъ указываетъ, что и при хронической лейкеміи могутъ быть тѣ же лимфоциты, какъ и при острой лейкеміи, а поэтому выраженія—«острая лейкемія» и «хроническая лейкемія» онъ считаетъ неудачными и предлагаетъ ихъ замѣнить для первой формы названіемъ «острая лимфемія», а для второй «мѣлемія».

Ринельсъ, желая выяснитъ этиологію болѣзни, вырыскивалъ 2 кролика по 10 см³ крови пациента. Оба животныя остались совершенно здоровыми. Повторныя пробы на агартъ не дали положительнаго результата.

Относительно вопроса: почему при данномъ заболѣваніи исчезаютъ полинуклеары, Ринельсъ присоединяется къ мнѣнію Ehrlich'a, т. е. полинуклеары образуются въ костномъ мозгу и такъ какъ послѣдній замѣщается лимфоидной тканью—«lymphoid ergkrankt», полинуклеары почти совершенно исчезаютъ изъ

крови. Между лимфоцитомъ и зернистымъ полинуклеаромъ Pincles проводитъ рѣзкую границу.

Hirschlaff ¹⁾ въ засѣданіи Берлинскаго Общества врачей реферировалъ случай острой лейкеміи, съ нѣкоторыми весьма важными уклоненіями.

Больная, 47 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи, никогда не болѣла; только съ лѣта 1897 г. она почувствовала слабость.

Черныя тяжелыя явленія обнаружилась около 26 декабря 1897 г. и выразились въ стѣсненномъ дыханіи и въ недостатокѣ воздуха. 10 января 1898 г. больная поступила въ больницу. При изслѣдованіи ея не найдено ни опуханія лимфатическихъ железъ, ни увеличенія печени и селезенки. При офтальмоскопированіи замѣчены кровоизліянія на днѣ глаза.

Изслѣдованіе крови дало: 25% гемоглобина, число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ=960.000 въ 1 куб. мил. Отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:22. Главную часть элементовъ составляли мононуклеары, 90%. Полиморфныхъ кѣтокъ и эозинофиловъ очень мало.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ, состояніе здоровья все болѣе и болѣе ухудшалось. Увеличивается число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, такъ что 17 января отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1:15.

Черезъ 3 дня количество гемоглобина едва достигаетъ 20%, отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ къ краснымъ=1:10. Въ это время впервые замѣчается, что число полинуклеаровъ нарастаетъ: они составляютъ около 30% всѣхъ лейкоцитовъ. ¹⁾ колеблется между 37.5—39.5.

23 Января у больной обнаружилось: очень сильная слабость, рѣзко выраженное ощущеніе недостатка воздуха, слабая дѣятельность сердца. Въ эти же дни наступили кровотеченія въ кожѣ, сѣтчаткѣ и изъ матки. Число полинуклеаровъ еще болѣеросло; они уже составляли 50% всѣхъ лейкоцитовъ. Отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:8. Гемоглобинъ было около 15%.

Въ день смерти, 25 Января, отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:4. Полинуклеаровъ уже было 60%. Ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ было больше. Мегалоцитовъ не было.

При вскрытіи умершей найдены многочисленныя мелкія кровоизліянія въ кожѣ груди, живота и на умѣренно отекавшихъ нижнихъ конечностяхъ.

Многочисленныя кровоизліянія въ плеврѣ, перѣ и энкардинѣ.

¹⁾ Hirschlaff. Über Leukämie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 62. 1899. S. 314. Allgemeine Medicin. Central-Zeitung № 61. 1899. S. 314.

Полость прав. плевры содержитъ 300, а сердечная сорочка 50 куб. сант. кровянистой жидкости. Миокардій сердца имѣеть такъ называемую тигриность (Tigering), т. е. высокую степень жирового перерожденія.

Печень блѣдная; рисунокъ ясенъ.

Селезенка, дл. 14 см., шир. 10 см., толщ. $4\frac{1}{2}$ см., вѣсъ 505 гр., сѣровато-красна, фолликулы замѣтны.

Почки блѣдны; въ корковомъ слоеѣ разбѣяны отдѣльныя кровоизліянія.

Костный мозгъ (бедр., малой берцовой кости, реберь, грудины, ключицы) всюду желтоватъ, только въ лѣвомъ бедрѣ имѣется мѣсто, величиною въ 5-ти марковую монету, сѣровато-краснаго цвѣта.

Лимфатическія железы: шейныя, подмышечныя, брыжжечныя очень слабо измѣнены. Подъ микроскопомъ ни въ костномъ мозгу, ни въ лимфатическихъ железахъ нѣтъ особыхъ измѣненій.

Такимъ образомъ случай протекъ очень быстро, въ теченіе 6 недѣль.

Увеличеніе полинуклеаровъ Hirschlauff не считаетъ возможнымъ объяснить осложненіемъ другимъ инфекціоннымъ процессомъ или предсмертнымъ лейкоцитозомъ.

Такое ограниченное измѣненіе органовъ кровотоверенія дало Hirschlauffу основаніе высказать симпатію воззрѣнію Löwit'a, что лейкемія аутохтонное заболѣваніе крови. Принимая во вниманіе, что при острой лейкеміи — несомѣнно инфекціонной болѣзни — наблюдаются различныя свойства крови, Hirschlauff предположить, что существуетъ вѣсколько видовъ острой лейкеміи.

Körmőczi¹⁾, считая случай Hirschlauffa единственнымъ, въ которомъ лимфемія была безъ соответствующихъ анатомическихъ измѣненій, въ дополненіе приводитъ свой.

Т. Р. 50 лѣтняя, незамужняя прачка. Отецъ ея умеръ отъ апоплексіи, мать отъ рака матки, братъ — отъ холеры. Всегда была здорова. Nullipara.

Настоящая болѣзнь началась мѣсяць тому назадъ и соннала, повидимому, съ заболѣваніемъ желудка. Съ тѣхъ поръ Т. Р. все болѣе и болѣе слабѣла.

При осмотрѣ больной замѣчена высокой степени анемія кожи и слизистыхъ оболочекъ. На всемъ тѣлѣ, но особенно на ногахъ и груди находятся частью красноватая, частью синеватая пятна, не исчезающія при давленіи, величиною отъ просианого зерна до боба. Наряду съ свѣжими кровоизліяніями разстланы по всему тѣлу и старыя, представляющія разнообразныя оттѣнки: синевато-зеленыя,

¹⁾ E. Körmőczi. Das hämatologische Bild der Lymphämie ohne anatomischen Befund, im Anschluss an schwere Anämie. Deutsche med. Wochenschrift № 15. 1899. S. 238.

гвозно-бурша. Лимфатическія железы нигдѣ не увеличены. Десны разрыхлены, слегка кровоточатъ. Въ легкихъ катарръ слабой степени. При основаніи сердца слышенъ систолическій шумъ. Тупость селезенки нормальная.

№ 38.8 утр., 38 9° вечеромъ. Дыханій 30. Суточные количества мочи 1400 уд. вѣсъ 1016.

Въ крови, взятой изъ кончика пальца, въ 1 куб. мил. бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 6000, красныхъ 2.000.000, гемоглобина 30%. На окрашенныхъ мазкахъ видны въ большомъ количествѣ полиглоциты, макро и микроциты, а также и Megaloblastы. Бѣлые кровяные шарики б. ч. полинуклеары и очень немного мелкихъ лимфоцитовъ.

Больная жалуется на сильную головную боль, шумъ въ ушахъ и обмороки. Стулъ съ примѣсью крови.

При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни развилась лихорадка неправильнаго, перемежнаго типа, тянувшаяся вплоть до смерти. Передъ смертью лихорадка прекратилась, и была 3-хъ дневная апирексія. Слабость, шумъ въ ушахъ и обмороки становились сильнѣе и сильнѣе. Всасываніе старыхъ кровяныхъ шариковъ шло медленно, новыя появлялись спорадически.

3 Мая явилось сильное носовое кровотеченіе, остановленное только тампономъ. Количество мочи было между 1000—1300 куб. сантим.; она безъ бѣлка.

Изъ рта неприятный запахъ, остававшійся вплоть до конца. Аппетитъ плохой. Стулъ задержанный.

Состояніе крови представляло слѣдующія измѣненія:

	красн. кр. тѣл.	бѣл. тѣл.	Гемогл.	Отн.	Б/к
23 Апр.	2.300.000	6.000	30	Отн.	1 : 353.
30 "	" "	2.000.000	6.000	30	1 : 333.
8 Мая	" "	1.700.000	6.000	27	1 : 263.
13 "	" "	1.600.000	107.000	20	1 : 14.
14 "	" "	1.600.000	107.000	20	1 : 14.

При осмотрѣ препаратовъ замѣчается большое количество одноядерныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Величина ихъ различная: 2—4 μ , —16—24 μ . Ядра по отношенію къ протоплазмѣ крупны; въ мелкихъ клеткахъ они богаты хроматиномъ, въ крупныхъ—бѣлы.

Что касается процентнаго отношенія, то полинуклеаровъ и лизинофиловъ 5%, мононуклеаровъ 95%.

Черезъ 3 дня при явленіяхъ упадка силъ больная умерла.

Результаты вскрытія: Anaemia perniciosa, anaemia organorum maximi gradus. glandulae lymphaticae atrophicae, lien anaemicus, medulla ossium partim rubra. Degeneratio adiposa cordis, ecchymoses subcutaneae praecipue thoracis, pachymeningitis interna haemorrhagica. Haemorrhagia in retina.

Гистологическое изслѣдованіе костнаго мозга и лимфатическихъ железъ произвелъ директоръ Будапестскаго Бактеріологическаго Института Д-ръ Néu-ka m.

Въ костномъ мозгу найдены: а) мелкіе лимфоциты, въ 3—4 μ , съ сильно окрашивающимся базофильнымъ ядромъ и ацидофильной, однородной, скудной протоплазмой; б) полигональныя клетки, 7—12 μ , съ большимъ ядромъ, богатой протоплазмой, и в) нормобласты. Полинуклеаровъ не было.

Въ плотныхъ лимфатическихъ железахъ замѣчены мелкія лимфоидныя клетки и между ними крупныя полигональныя; послѣднія иногда располагались въ видѣ столбовъ.

Кромѣ того въ небольшомъ количествѣ попадались Mastzellen съ базофильной зернистостью. Въ соединеніи наблюдались сіаловидные шары.

Этотъ случай, по мнѣнію автора, тѣмъ отличается отъ описаннаго Hirschlaff'омъ, что лимфемія наступила подѣ конецъ жизни, а также не было вторичнаго полинуклеарнаго лейкоцитоза. По краткости же теченія, по клинической картинѣ и потому, что не найдены при вскрытіи измѣненія характеризующія лейкемію, онъ сходенъ съ нимъ.

Körmösi говоритъ: „въ то время мы не знали куда причислить этотъ случай; мы были склонны отнести его къ острой лейкеміи, но не исключали возможности, что передъ вами доселѣ неизвѣстная, новая болѣзненная форма. „Damals wussten wir nicht, wohin den Fall einzureihen; wohl waren wir am meisten der Diagnose der acuten Leukämie zugeneigt, doch hielten wir es nicht für ausgeschlossen, dass wir hier einer bisher unbekanntem, neuen Krankheitsform gegenüberstehen“.

Д-ръ Г. Р. Рубинштейнъ ¹⁾ представилъ довольно подробныя и обстоятельныя изслѣдованія случая острой лейкеміи, наблюдавшагося д-ромъ КорреГемъ ²⁾ въ г. Юрьевѣ.

Мужчина, 32 л., сталъ жаловаться на внезапно появившуюся боль въ горлѣ. При изслѣдованіи врачомъ 21/xi-98 найдена припухлость миндалинъ. Сдѣлано 2 разреза въ лѣвой миндалинѣ. Гноя не вышло. Кровь нормальная. Затѣмъ у больного чрезъ некоторое время опухли шейныя лимфатическія железы. На лицѣ явилась быстро увеличивающаяся блѣдность, силы больного стали падать; на кожѣ

¹⁾ Анатомическія измѣненія при остромъ бѣлокровіи. Врачъ № 22. 1899 стр. 626.

²⁾ D-r H. Koppel. Über einen Fall von acuter Leukaemie. St.-Petersburger medicinische Wochenschrift. № 33. 1899. S. 297.

груди и конечностей выступили петехин. Подмышечныя и паховыя железы сильно опухли. Последнее время больной находился въ безсознательномъ состояніи, t° была высокая. Больной скончался чрезъ 6 недѣль отъ начала заболѣванія.

Исслѣдованія крови при жизни не было сдѣлано, ибо больной недолго находился въ клиникѣ подъ наблюденіемъ. Клиническое распознаваніе было: острый нефритъ и септицемія.

При вскрытіи найдены слѣдующія измѣненія.

Въ кожѣ туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей многочисленныя кровоизліянія, съ булавочную головку; нѣкоторыя достигаютъ величины серебрянаго пятачка.

Въ паріетальномъ и висцеральномъ листкахъ сердечной сорочки и плевры разсыяны одиночныя или слитыя кровоизліянія какъ мелкія, такъ и болѣе крупныя.

Въ сердцѣ—въ его міокардіи и подъ эндокардіемъ—кровоизліянія.

Селезенка сильно увеличена, 25:15:4 $\frac{1}{2}$. Пульпа въ разрѣзѣ слегка блестящъ, сѣровато-красная, съ нѣсколько бурнымъ оттѣнкомъ; покомъ не выскабливается. Мальпигіевы тѣльца не видны. Трабекулы и сосуды замѣтны.

Печень сильно увеличена, дл. 32, въ наиб. поперечницѣ 24, и въ шир. 17, шириной 8; нормально плотна, блѣдна. Дольки неясны.

Почки нормальной величины, гладки; корковый слой желтовато-блѣднъ, не утолщенъ и не рѣзко отдѣляется отъ пирамидъ. Въ лоханкѣ правой почки кровоизліяніе, занимающее $\frac{3}{4}$ ея поверхности.

Миндалины, подчелюстныя железы, лимфатическія шей и паховыя сильно увеличены, пронизаны кровоизліяніями.

Въ головномъ мозгу—именно въ лѣвой лобной доли, а также и въ правой, мозжечкѣ—мелкія и крупныя кровоизліянія. Самыя большія кровоизліянія, съ крупное ядро, находятся въ лѣвомъ полушаріи.

Слиз. об. желудка имѣетъ нѣсколько кровоизліяній

Фолликулы и пейеровы бляшки въ тонкихъ кишкахъ и фолликулы въ толстыхъ сильно опухли.

Костный мозгъ большой берцовой кости темно-краснъ, мѣстами съ сѣроватымъ оттѣнкомъ; на поверхности разрѣза видны какъ бы свѣдренныя болѣе тѣсныя красноватыя точки.

Въ діафрагмѣ и мышцахъ скелета мелкія и крупныя кровоизліянія.

Д-ръ Рубинштейнъ на основаніи увеличенія селезенки, гиперплазіи лимфатическихъ железъ и кровоизліяній установилъ острую лейкемію.

При микроскопическомъ изслѣдованіи во всѣхъ органахъ найдено большее количество лимфомъ. Онѣ состояли изъ большихъ и малыхъ лимфоцитовъ, мѣстами среди нихъ встрѣчаются и красныя кровяныя шарикъ. Тамъ, гдѣ были кро-

вотеченій, особенно въ мозгу, д-ръ Рубинштейнъ находилъ и лимфомы. Онѣ были или на мѣстѣ кровоизліянія или вблизи его. «Перѣдко даже положительное было трудно сказать, имѣлось ли тутъ дѣло съ слившимися лимфомами, или же съ кровоизліяніемъ, такъ какъ, вслѣдствіе огромнаго количества бѣлыхъ шариковъ въ крови, и на мѣстѣ кровоизліянія видны были преимущественно лишь бѣлые шарики, закрывавшіе собою красные шарики, присутствіе которыхъ было хорошо видно лишь по краямъ кровоизліянія».

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ несомнѣнныя микроскопически кровоизліянія въ мозговомъ веществѣ подѣ макроскопомъ представляли нѣсколько, иногда 5—6, скопленій лимфоцитовъ, раздѣленныхъ еще ясными перегородками изъ мозговой ткани. Красные кровяные шарики видны въ периферіи этихъ скопленій и въ перегородкахъ между ними.

Такимъ образомъ д-ръ Рубинштейнъ приходитъ къ заключенію, что при остромъ бѣлокровіи не бываетъ кровотеченій безъ участія лимфомъ. Послѣднія, разрастаясь, проростають въ окружающую ткань, «взрываютъ не только ее самое, но и ее волосники», вслѣдствіе чего и происходятъ мелкія кровоизліянія. Кромѣ того лимфомы производятъ измѣненія сосудовъ—особенно венъ. «Вся стѣнка вены, начиная съ внутренней оболочки и кончая наружной, сплошь пропитана лимфатическими элементами». Эта инфильтрація не гнѣзная, но сплошная. «Наружная оболочка или отдѣлилась, или чаще совсѣмъ уничтожена; средняя же и внутренняя оболочки не представляютъ собою сплошной трубки, какъ обыкновенно, но расщеплены». Иногда расщепленіе довольно значительное; на срѣзахъ сохранившіеся элементы стѣнки представляются въ видѣ нитей между скопившимися бѣлыми кровяными тѣльцами. Если инфильтрація лимфоцитами сильнѣе, то элементы стѣнки являютя лишь въ видѣ островковъ.

Въ артеріи измѣненіе слабѣе. Лейкоциты видны гнѣздами между элементами *adventiti'i* и *medi'i*. Эндотелій набухъ и мѣстами значительно слущенъ.

И этими измѣненіями стѣновокъ венъ создаются моменты для кровотеченій, а также и для нарастанія числа лейкоцитовъ въ крови, ибо несомнѣнно лейкоциты попадаютъ затѣмъ въ токъ крови. Въ крови были одноядерныя бѣлыя тѣльца и такъ наз. переходныя, «по не удалось встрѣтить ни одного многоядернаго тѣльца съ нейтрофильной зернистостью, точно также ни одного эозинофила».

Бактеріологическое изслѣдованіе не дало ничего положительнаго.

Во французской медицинской литературѣ самое обстоятельное изслѣдованіе объ острой лейкеміи принадлежитъ Gilbert и Emile Weil¹⁾. Они наблюдали три случая этого заболѣванія.

1-е наблюдение. Ж., 20 лѣтъ, каменщикъ, принятъ въ больницу 4 Іюня 1898.

Онъ происходитъ изъ здоровой семьи и никогда и ничѣмъ не болѣлъ. 10 дней тому назадъ замѣтилъ болѣзненность, припухлость и легкую кровоточивость десенъ. Затѣмъ появилась боль въ горлѣ; глотаніе стало столь болѣзненно, что пациентъ могъ принимать только жидкость. Потеря аппетита полная. Опухоль подчелюстныхъ областей. По вечерамъ лихорадка.

При осмотрѣ 4 Іюня у больного найдена сильная блѣдность наружныхъ покрововъ. Соединит. об. вѣкъ и губы нѣсколько блѣднѣе нормальнаго. Лицо обезображено опухолью подчелюстныхъ железъ, особенно правой половины. Всѣ наружныя лимфатическія железы увеличены. Миндалины припухли, красны, покрыты довольно толстыми бѣловатыми пленками, сидящими на нѣсколько эскоріированной слиз. об. Правая миндалина измѣнена сильнѣе. Десны опухли, красноваты; зубы обложены кровавистымъ налетомъ.

Органы дыханія и кровообращенія не измѣнены. Пульсъ 112 въ минуту, слабый. Печень не выдается изъ за края реберъ. Селезенка увеличена, ясно прощупывается, нѣсколько болѣзненна. Моча содержитъ немного бѣлка. t° при поступленіи 39.6; въ утру t° снала до 38 $^{\circ}$. При изслѣдованіи крови найдено красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.487.000., бѣлыхъ 22010. въ 1 куб. миллим. Изъ нихъ полинуклеаровъ 27% и мононуклеаровъ 73%. Большая часть мононуклеаровъ объемисты, раза въ три больше эритроцита; встрѣчаются мелкія, а также и переходныя между ними формы; ядра круглыя. Эритроцитовъ съ ядрами нѣтъ. Эозинофилы рѣдки.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни замѣчено, что налетъ съ правой миндалины исчезъ, на лѣвой остались бѣловатыя точки. Селезенка продолжала увеличиваться. По всему тѣлу и особенно на нижнихъ конечностяхъ появился милиарный высыпъ, очень сильно зудящій. Изслѣдованіе крови, произведенное 23 Іюня дало: краск. кров. тѣлецъ 2.622.460 и бѣлыхъ 26.970 въ 1 куб. мил.

Полинуклеаровъ нѣтъ, одни только мононуклеары различной величины. Ядерныхъ эритроцитовъ и эозинофиловъ нѣтъ.

25 Іюня. Явленія со стороны горла исчезли, а также пропасть и налетъ. Сдѣлана пункция селезенки, и извлеченная кровь привита въ брюшную полость и ушную вену морской свинкѣ и кролику. Также привита по 5 куб. сант.

¹⁾ Gilbert et Emile Weil. Contribution a l'étude de la leucémie aigue. Archives de Médecine expérimentale et d'anat. pathologique. T. XI. № 2. 1899.

морской свиной и кроличью кровь, взятая из плечевой вены. Мышцы на бульонъ, агаръ и плевритическую жидкость остались стерильны.

1 июля сильное ухудшеніе состоянія больного. Опухоль миндалинъ и корня языка настолько увеличилась, что больной не можетъ глотать; также осмотръ горла не возможенъ. Десны весьма сильно опухли. Анемія и блѣдность значительны. При изслѣдованіи крови найдено только 2.500.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. T° колеблется между 39° — 40° .

7 июля состояніе полости рта улучшилось, такъ что больной могъ проглотить нѣсколько стакановъ молока. На многихъ мѣстахъ появились экхимозы. Больной въ коматозномъ состояніи.

Въ крови 1.880.646 красн. кр. тѣлецъ и 28147 бѣлыхъ въ 1 куб. мил. На мазкахъ видны мононуклеары и между ними въ достаточномъ числѣ гигантскія клѣтки.

9 июля. Появилось кровотеченіе изъ носа. Больной продолжаетъ бредить. При изслѣдованіи крови найдено красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.840.000 и бѣлыхъ 27.600. Большая часть клѣтокъ мелкіе мононуклеары—около 60%. Клѣтокъ съ базофильной зернистостью (Mastzellen) и большихъ зернистыхъ мононуклеаровъ (Makzellen) нѣтъ.

На основаніи изслѣдованія крови признака лимфатическа лейкемія.

10 и 11 июля у больного нововыя кровотеченія, а также и свѣжія кровоизліянія на животѣ и ногахъ. При изслѣдованіи крови найдено: красн. кр. тѣлецъ 1891000 и бѣлыхъ 46.400.

12 июля въ безсознательномъ состояніи больной скончался.

При вскрытіи найдено въ мягкой оболочкѣ головного мозга—отекъ. Сердце вяло; створцы безъ измѣненій.

Въ легкихъ никакихъ измѣненій, кромѣ распада (putrefaction).

Селезенка 625 грм., плотна. Мальпигіевы тѣльца не выступаютъ.

Печень 2300 грм., безъ измѣненій.

Въ пищеводѣ, желудкѣ и кишкахъ нѣтъ особыхъ измѣненій. Пейеровы бляшки не гиперплазированы.

Поджелудочная железа и капсула почекъ нормальны.

Почки вѣсомъ по 360 грм., блѣдны. Кортовый слой отдѣляется ясно отъ пирамидъ. Въ одной изъ почекъ кисты.

Мочевой пузырь и половые органы безъ измѣненій.

Всѣ лимфатическія железы какъ наружныя, такъ и внутреннія увеличены.

Миндалины почти исчезли; на мѣстѣ ихъ масса нѣсколько изъязвленная, покрытая корочъ.

Костный мозгъ бедренной кости свѣтло-краснаго цвѣта, нѣсколько студенистой консистенціи.

Ирривяки кусочковъ лимфатическихъ железъ въ брюшную полость и подъ кожу морскимъ свинкамъ и кроликамъ, подобно тому какъ и прежніе опыты въ этомъ направленіи, остались безъ результата.

При микроскопическомъ изслѣдованіи железъ замѣчатся измѣненіе капсулы и вещества самой железы.

Капсула нѣсколько утолщена, въ ней много соединительнотканныхъ клетокъ; въ мелкихъ ея артеріяхъ явленія эндартерита. Артеріи и капилляры наполнены клетками богатыми протоплазмой, среди которой расположены пузырькообразныя ядра.

Корковое вещество тоньше нормальнаго, образуется ретикулярной тканью; петли ея замѣщены клетками. На препаратахъ не видно ни фолликуловъ, ни зародышевыхъ центровъ. Клетки, выполняющія петли сѣти—лимфоциты, а также и элементы, богатые протоплазмой и содержащіе пузырькообразныя ядра. Въ корковомъ слое много капилляровъ; эндотелій ихъ набухъ, просвѣтъ исполненъ мононуклеарами.

Лимфатическіе сосуды мѣстами сдавлены, мѣстами широки и наполнены частью лимфоцитами, частью клетками съ пузырькообразными ядрами.

Мозговой слой сильно измѣненъ: въ немъ не видно фолликулярныхъ пучковъ. Вещество железы состоитъ изъ ретикулярной ткани, въ петляхъ которой лежатъ лимфоциты, а сбокомъ ихъ клетки съ пузырькообразными ядрами. Последнія клетки здѣсь преобладаютъ въ противоположность тому, что наблюдается въ корковомъ слое.

Лимфатическія железы и другія области: паховыя, брыжжечныя и воротъ печени представляютъ сходныя измѣненія. Именно наблюдается совершенное исчезовеніе стромы железъ. Лимфатическіе синусы отчасти сохранены. Лимфоциты превращены въ аномальныя мононуклеары съ однимъ или нѣсколькими ядрами. Въ лимфатическихъ синусахъ подобныя же элементы. Въ брыжжечныхъ железахъ кромѣ того находились островки свѣжихъ кровоизліяній.

Селезенка. Мальпигіевы тѣльца уменьшены въ объемѣ; они образованы лимфоцитами, и мононуклеарами, не особенно богатыми протоплазмой. Лимфоциты расположены по периферіи тѣлецъ, сближены.

Пульса сильно измѣнена; мѣстами въ ней рѣзкая гангеремія. Клетки пульсы, по преимуществу, аномальныя лейкоциты. Лимфоцитовъ очень мало. Поли-нуклеаровъ и эозинофиловъ совершенно нѣтъ.

Костный мозгъ при слабомъ увеличеніи представляетъ рѣзкое отклоненіе отъ нормы. Количество клетокъ въ немъ увеличено. Онѣ перемѣшаны съ красными кровяными тѣльцами. Кромѣ того очень много зернистаго вещества, волоконъ и сосудовъ.

При сильномъ увеличеніи кѣтки представляются мононуклеарами и лимфоцитами.

Мононуклеары различной величины. Одни элементы около 10 μ . въ поперечникѣ, съ ядромъ въ 7 μ . другіе отъ 7—8 μ . и ядро=5 μ . Последнихъ кѣтокъ болѣе всего. Также встрѣчалось много и промежуточныхъ формъ. Ядра пузырьковидныя, съ неправильными контурами, съ нѣсколькими зернами хроматина и едва замѣтной стѣнью. Протоплазма окружаетъ ядро въ видѣ болѣе или менѣе правильной каймы, большей или меньшей ширины.

Лимфоциты около 4 μ . ядро=3 μ . Протоплазмы очень мало и она тонкимъ равномернымъ кольцомъ окружаетъ совершенно круглое ядро. Ихъ сравнительно мало.

Мононуклеары встрѣчались съ ядрами подкововидной формы, или напоминавшими фигуру трефоваго туза. Поперечникъ ихъ отъ 7—10 μ .

Полинуклеаровъ совершенно нѣтъ.

Гигантскихъ кѣтокъ было очень мало. Онѣ въ поперечникѣ 25 μ . ядра ихъ отъ 10—12 μ . Очертанія ядеръ неправильны. Хроматинъ въ нихъ расположенъ диффузно.

У лейкоцитовъ встрѣчались фигуры каріокниза, а также и признаки не прямого дѣленія.

Эритроцитовъ съ ядрами не было.

Капилляровъ много и они несомнѣнно новообразованные. Они окружены соединит. тканнми кѣтками. Въ просвѣтѣ ихъ располагаются красныя кровяныя тѣла и мононуклеары.

Соединительно-тканная кѣтки выступали своими плоскими ядрами. Что касается характера зернистости, то она изучалась на препаратахъ соответственно окрашенныхъ. Такъ при окраскѣ далѣй удалось видѣть на нѣсколькихъ лейкоцитахъ болѣе или менѣе крупныя базофильныя зернышки; при окраскѣ триацидъ—Эрлиха и розиномъ съ гематеиномъ не найдено въ лейкоцитахъ ни нейтрофильной, ни эозинофильной зернистости.

На препаратахъ обработанныхъ сѣрнистымъ аммоніемъ видны черныя зерна содержащаго желѣзо пигмента.

Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ костномъ мозгу признаки пролифераціи (*cette moelle osseuse est une moelle proliférée.*)

Миндалямъ. Въ частяхъ пораженныхъ искровомъ видна только зернистая масса, содержащая большое количество различныхъ коковокъ и палочекъ красящихся или обезцвѣчивающихся по Грамму. Въ глубокихъ частяхъ ткань состоитъ изъ мононуклеаровъ и сравнительно малаго количества лимфоцитовъ.

Корень языка. Подслизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами и мононуклеарами съ большимъ пузырьковиднымъ ядромъ. Инфильтрація не проникаетъ между мышцами. Сосочки сохранены, но пронизаны лейкоцитами.

Эпителій частью сохраненъ, частью распался. Дно язвъ составляетъ распавшаяся лимфома.

Печень. На срѣзахъ видно двойное измѣненіе, характерное для лейкеміи инфильтрація интерлобулярной соедин. ткани и заполненіе лейкоцитами внутридольковыхъ капилляровъ печени—(le remplissage par des globules blancs des capillaires hépatiques.). Нѣтъ ни mastzellen, ни plasmazellen

Въ капиллярахъ мононуклеары; полинуклеаровъ нѣтъ (Pas de poly nucléaires).

Изъ за инфильтрація перипортальной соединительной ткани частью лейкоцитами, частью соединительно-тканными клетками съ вытянутымъ ядромъ иногда трудно видѣть сосуды и желчные каналы.

Почки. Клубочки не измѣнены. Въ витыхъ канальцахъ дегенеративно измѣненные олемены. Въ сосудахъ и капиллярахъ скопленіе лейкоцитовъ.

Въ остальныхъ органахъ нѣтъ измѣненій. Капилляры отчасти наполнены лейкоцитами.

2-е наблюдение. Р. 26 л. комерсантъ, поступилъ въ госпиталь 25 сент. 1893. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ; не было ни злоупотребленія виномъ, ни половыхъ заболѣваній. Въ началѣ июля 1893 г. больной почувствовалъ сильную слабость; ѣда, чтеніе, движенія для него тягостны.

Одновременно явился анемичный видъ. Въ концѣ мѣсяца пациентъ захворалъ тяжелой ангиной. Т° доходила до 40. Глотаніе было невозможно. Ангина тянулась 15 дней. Въ первыхъ числахъ августа заболѣли десны. Около 20 августа появилась опухоль по обѣимъ сторонамъ челюсти и шеи.

При изслѣдованіи въ госпиталѣ найдены: бѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, опухоль въ лицѣ, въ области правой околоушной железы; опуханіе шейныхъ и справа подмышечныхъ железъ и слабое паховыхъ. Правая миндалина увеличена.

Въ грудныхъ органахъ нѣтъ особыхъ измѣненій. Пульсъ 138 въ 1^ю. Дыханій 25.

Нижнія границы селезенки и печени не выходятъ изъ за края реберной дуги. Моча безъ бѣлка.

При изслѣдованіи крови получено въ 1 куб. мил.:

Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.426.000,
бѣлыхъ 42.700.

Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 31.

Бѣлыя тѣльца—мононуклеары.

Посѣвы дали отрицательный результатъ.

т° утромъ 39.5; вечеромъ 40.0.

Въ больницѣ у пациента замѣчено было затрудненіе дыханія, вѣроятно вслѣдствіе отека глотки и высокой т°.

По настоящію родственниковъ больной вышелъ изъ госпиталя.

6 октября у больного явилось обильное носовое кровотеченіе, а 7 октября онъ умеръ. Вскрытія не было.

З-е наблюдене. Женщина 40 л., очень несчастная. За 15 дней до поступления въ больницу она почувствовала головную боль и общее недомоганіе. Не было ни рвоты, ни поноса. Т° 40. По утрамъ легкая ремиссія.

При изслѣдованіи сердца и легкихъ измѣненій не найдено.

Печень и селезенка не увеличены.

Десны на нижней челюсти нѣсколько отстали, некротизированы, буроваты. На сводѣ твердаго неба, на уровнѣ верхняго нѣбаго маляра, овальная, нѣсколько изъязвленная опухоль. При дыханіи очень тяжелый запахъ. Слюнотеченіе. Подчелюстные и шейныя лимфатическія железы увеличены.

Въ мочѣ бѣлокъ.

При вскрытіи найдены: «большая блѣдная печень; большія бѣлыя почки, увеличенная селезенка, съ множественными мелкими бѣлыми очагами».

Гистологическимъ изслѣдованіемъ доказана наличность лейкоцитеміи («un cas avéré de leucocytémie»).

При микроскопическомъ изслѣдованіи печени найдена межлодольковая соединительная ткань инфильтрированная лейкоцитами; капилляры печени наполнены лейкоцитами. Въ печеночныхъ клеткахъ попадаются фигуры дѣлений. Стѣнки артерій и венъ не измѣнены. Plasmazellen и Markzellen не встрѣчаются.

Почки. Кромѣ паренхиматозныхъ измѣненій были найдены еще лимфомы. Онѣ не рѣзко очерчены и разрушаютъ паренхиму органа. Въ среднѣ ихъ видны остатки мальпигіевыхъ клубочковъ и мочевыхъ канальцевъ. Клетки входящія въ составъ лимфомъ тѣ же, что и въ печени—при 1-мъ случаѣ, т. е. лейкоциты съ пузырьковидными ядрами; фигуръ дѣленія ядеръ не было. Эозинофиловъ также не найдено. Keticuli нѣтъ.

Въ артеріяхъ явленія endoarteriit'a.

Крупныя вены не измѣнены.

Селезенка. Мальпигіевы тѣльца малы. Въ артеріяхъ измѣненія свойственныя endoarteriit'у; средняя оболочка окрашивается неравномѣрно. Вокругъ артерій мальпигіева тѣльца лежатъ неизмѣненные и некротизированные лимфоциты: первые раздѣляются вторыми.

Въ пульсѣ много очаговъ кровоизліяній. Клетокъ мало; среди нихъ попадаются некротизированныя. Составляющіе пульсу элементы б. ч. лимфоциты; кромѣ того встрѣчаются круглыя клетки, неправильной формы, имѣющія два, три и четыре почковидныя ядра, обращенныя другъ къ другу вогнутостью.

Въ сосудахъ и капиллярахъ пульпы встрѣчаются только мононуклеары и лимфоциты (Dans les grands capillaires de la pulpe et les vaisseaux, on ne trouve

que des cellules mononucléaires et des lymphocytes tels que nous les avons déjà décrits.)

На основаніи изложенныхъ симптомовъ авторы различаютъ три формы острой лейкемии.

А. Типическая форма. Лейкемия развивается очень быстро. Болѣзнь выражается опуханіемъ лимфатическихъ железъ, селезенки, увеличеніемъ миндалинъ. Т° лихорадочная. Анемія очень сильная. Гемморагіи появляются подь конецъ болѣзни, иногда за нѣсколько дней до смерти. Распознать эту форму легко.

В. Геморрагическая форма. Болѣзнь въ началѣ представляетъ симптомы тяжелой анеміи и слабость. Въ это же время являются обильныя кровотечения: носовыя, изъ десенъ, риг-рига. Железы и селезенка умеренно опухаютъ. Этотъ видъ острой лейкемии похожъ на первичную анемію и инфекціонныя пурпуры.

С. Ложно-скорбутическая или букко-фарингеальная. Въ этой формѣ тѣ же измѣненія какъ и въ предшествовавшихъ. Но рѣзче всего измѣнены десны; иногда можетъ быть сильное пораженіе миндалинъ и щекъ. Послѣднія двѣ формы и особенно третья трудны для распознаванія.

Могутъ быть и сочетанія этихъ формъ.

Т. М с С га е ¹⁾ описываетъ слѣдующій случай.

3 лѣтнее дитя принято въ Johns Hopkins Hospital 11 мая 1898 г. по случаю кашля.

При изслѣдованіи замѣчены: анемія, петехія, аденоидъ и увеличеніе миндалинъ. Печень выдается на 3 пальца изъ за края реберъ. Селезенка плотна, прощупывается, но не выступаетъ изъ за реберной дуги. Лимфатическія железы не увеличены, т° слегка повышена.

При изслѣдованіи крови ^{12/4} найдено:

Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.680.000 и бѣлыхъ 26.000 въ 1 куб. мил. крови. Гемоглобина 35%. Отношеніе $\frac{B}{K} = 1 : 65$. Бѣлыя кровяныя тѣльца:

лимфоцитовъ 86.5%,
полинуклеаровъ 13 %,
нормобластовъ и міелоцитовъ 0%.

¹⁾ Т. М с С га е. Acute leucaemia in childhood. Johns Hopkins Hospital Bul. letin., Mai, 1900, p. 102. Реф. The american Journal of the med. Sciences. Vol. CXXI. № 3., March, 1901. S. 342. Centralbl. f. innere Medicin. № 35. 1900. S. 882.

10^6 лейкоцитовъ 60.000; изъ нихъ
лимфоцитовъ 99.2%.

20^6 х. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 21.800 въ мм³;
лимфоцитовъ 98.9%.

Подъ конецъ жизни т' стала повышаться; общее состояніе быстро ухудшилось. 30^6 х, чрезъ 4 недѣли послѣ возникновенія первыхъ признаковъ болѣзни, наступила смерть.

Fussell, Jopson and Taylor¹⁾ наблюдали, повидимому, одинъ случай острой лейкеміи.

Въ крови было бѣлыхъ кров. тѣлецъ 134.000, красныхъ кров. кружечковъ 800.000. Отношеніе $\frac{Б}{К}$ = 1 : 6. Изъ нихъ:

мелкихъ лимфоцитовъ 88.84%.

большихъ 5.48%.

поликулеаровъ 1.52%.

Brandenburg²⁾ обращая вниманіе на то, что число опубликованныхъ случаевъ острой лейкеміи съ каждымъ годомъ возрастаетъ, но среди нихъ мало такихъ, въ которыхъ наряду съ клиническими свѣдѣніями, были бы годны гематологическія и патолого-анатомическія изслѣдованія, приводитъ свое наблюденіе.

Bertha K., 23 лѣтъ, служанка поступила въ берлинскую клинику 19 апрѣля 1900, умерла 25 мая 1900.

Больная происходитъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ и воздѣлѣ ничѣмъ не страдала кромѣ изрѣдка повторявшихся головныхъ болей. Настоящее заболѣваніе началось со среды марта 1900. Появились колющія боли въ лѣвомъ боку, особенно усиливавшіяся при дыханіи, кашель, головная и поясничная боли, упадокъ силъ. Одновременно больная замѣтила болѣзненное припуханіе подмышечныхъ, шейныхъ и затылочныхъ лимфатическихъ железъ. Не смотря на все, она оставалась на мѣстѣ, исполняя весьма тяжелыя работы, вплоть до 17 апрѣля.

При поступленіи въ клинику найдена сильная блѣдность кожи и видныхъ слизистыхъ оболочекъ, одутловатость въ лицѣ, особенно на нижнихъ вѣкахъ. Эвзантема и отека прочихъ мѣстъ тѣла нѣтъ.

¹⁾ Fussell, Jopson and Taylor. Acute Leukaemia. The Philadelphia Med. Journ. 1899. Vol. 3. Несмотря на неоднократныя обращенія къ берлинскимъ и парижскимъ книгопродавцамъ не могъ получить журнала.

²⁾ Kurt Brandenburg. Über die acute lymphatische Leukämie. Charité-Annalen XXV. Berlin. 1900. S. 85.

Лимфатическія железы увеличены, отъ горошины до боба, очень чувствительны при давленіи. Кожа надъ ними подвижна.

Больная кашляетъ, причеиъ выдѣляется немного слизисто-гноной мокроты, съ легкой примѣсью крови. Чувствуется одышка. Дыханій 30.

Грудина при давленіи безболѣзненна.

Надъ лѣвой нижней долей звукъ тимпаническій и нѣсколько глухой. При вслушиваніи—бронхіальное дыханіе. Надъ грудниной звукъ умеренно укороченъ.

Десны очень блѣдны, нѣсколько рыхлы, не кровоточатъ.

Селезенка значительно увеличена. Притупленіе въ длину 30 см. и въ ширину 14 см. Оно немного не доходить до средней линіи.

Печень на два пальца ниже пупка. Нижний край ея плотенъ, нѣсколько закругленъ.

Тоны сердца чисты. Пульсъ 120, правильный, малъ.

Лихорадки нѣтъ.

Глазное дно блѣдно; кровоизліяній нѣтъ.

Въ крови эритроциты нѣсколько блѣдны; совершенно правильно складываются въ монетные столбики. Пойкилоцитоза, повидимому, нѣтъ. Лейкоциты преимущественно мононуклеары, частью крупныя, частью мелкія; первые, повидимому, преобладаютъ.

Счетъ элементовъ крови далъ: красныхъ кров. тѣлецъ 3.500.000. Бѣлыхъ 29.500; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ = 1 : 140. Гемоглобина 75%.

Моча содержитъ осадокъ изъ мочевины, мѣлыхъ солей. Удѣльный вѣсъ 1025. Слѣды бѣла. Бенсе-Жоневскія тѣльца отсутствуютъ.

24/iv. t° 36° и 37°. Пульсъ 120, правильный, малъ.

Вновь опухли железы по обѣимъ сторонамъ protuberantia occipitalis; увеличенныя железы съ бобъ. На кожѣ спины, соответственно области 5 грудного позвонка, кровоизліяніе величиной съ ладонь. Кругомъ него мелкія экстрavasаты.

Красныхъ кров. тѣлецъ 4.100.000, бѣлыхъ 29.600. Отношеніе бѣл къ краснымъ = 1 : 137. Бѣлая кровяная тѣльца:

Лимфоцитовъ 72%,
 полинуклеарныхъ лейкоцитовъ 25%,
 эозинофиловъ 2%,
 міелоцитовъ 1%.

Преобладаютъ крупныя лимфоциты съ ланцатнымъ ядромъ. Протоплазма въ видѣ узкаго ободка, безъ зернистости.

Лимфоцитовъ 75%,
 Полинуклеаровъ {
 Переходныхъ формъ { 25%,
 Міелоцитовъ {

²⁶ iv. Прощупывается железка впереди правого уха величиной съ горошину; начеть лимфат. железь возлѣ угла нижней челюсти нѣсколько увеличился.

²⁷ iv. Лимфоцитовъ 87%.

Полинуклеаровъ	}	13%.	Нормобласты и отдѣльные мегабласты.
Міелоцитовъ			
Переходныхъ формъ			

²⁸ iv. Увеличеніе железь въ правой подмышечной ямкѣ. Отдѣльные лимфатическіе узлы на restoratis на уровнѣ шашила. Ночью довольно сильное носовое кровотеченіе.

²⁹ v. 37.7. Дыханій 40. Сильный цианозъ при блѣдности лица. Надъ лѣв. нижней долей дыханіе ослаблено; довольно рѣзкій шумъ тренія плевры.

Красн. кров. тѣлецъ 3.520.000, бѣлыхъ тѣлецъ 44.000. Отношеніи бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ=1 : 80. Гемоглобина 86%.

³⁰ v. Больная настолько ослабла, что не встаетъ съ постели. Сонъ плохой. Дыханій 30—40. Умѣренный отекъ на голеняхъ, мышцахъ и на крестцѣ.

³¹ v. Красн. кров. тѣлецъ 2.800.000. Отношеніе бѣл. къ красн.=1 : 35.

Лимфоцитовъ 80%.

Полинуклеаровъ 18%.

Міелоцитовъ и	}	2%.
Эозинофиловъ		

³² v. Обѣ миндалины припухли, величиной съ лѣсной орѣхъ, плотны на ощупь, пронизаны точечными кровоизліяніями. На правой миндалинѣ съ пфенигъ величиной язва. Дно обложено грязнымъ налетомъ.

³³ v. Красн. кров. тѣл. 3.500.000, бѣлыхъ 88.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1 : 40.

Лимфоцитовъ 90%.

Полинуклеаровъ 8%.

Удѣльный вѣсъ кров. 1047.

Міелоцитовъ	}	2%.
Эозинофиловъ		

³⁴ v. Миндалины геморрагически инфильтрированы и изъязвлены. На днѣ глаза мелкія точечныя кровоизліянія возлѣ сосудовъ. Мокроты мало; она тагуча, кровависта.

³⁵ v. Пульсъ 120—130, малъ, неправильный. Цианозъ губъ, мягкаго неба и зѣва особенно силенъ. Язва на миндалинѣ величиною съ серебряную марку; края ея геморрагически инфильтрированы, дно сѣровато-бурое. На переходной складкѣ слиз. об. нижней челюсти отдѣльные узелки, съ горошину величиной.

Красн. кров. тѣлецъ 4.000.000, бѣлыхъ 92.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 21.

Лимфоцитовъ 95%.

Мононуклеаровъ 4%.

Переходныхъ формъ {
Миелоцитовъ { сѣды.

¹⁹/v. Носовое кровотеченіе умѣренной степени. Мокрета содержитъ больше крови.

²⁰/v. Отекъ усилился. Притупленіе надъ шиловиднмъ sterni сильнѣе, съ ладонь.

²⁵/v. †.

Клин. діагнозъ Leukämia lymphat.

Вскрытіе произведено проф. Ягасъемъ.

Шейныя и подмышечныя лимфат. железы сильно опухли; трахеальныя и бронхиальныя красноваты, пронизаны точечными и болѣе крупными кровоизліяніями.

Миндалины съфиникъ, бѣловаты, мозговидно мягки; верхнія половини гангренезированы, слегка изъязвлены. Фолликулы языка увеличены.

Сердечная сорочка пронизана опухлями, которыя, сливаясь, образуютъ массы толщиной въ 5 см. Бѣловатые узлы мѣстами богаты кров. сосудами.

Сердце увеличено, вяло. Въ его жировой ткани отдѣльные бѣловатые узлы и инфильтраты какъ и въ железахъ mediastini. На передней пов. праваго желудочка узлы проникаютъ до эндокарда. Мышцатура вяла, мутна, желтовато-бурая.

На леврѣ отдѣльные, плотные, до горошины величиною, черные узелки.

Легкія проходимы для воздуха.

Селезенка 24:13:1.6; пульпа плотна, свѣтло-красная; трабекулы и мальпигіевы тѣльца слабо замѣтны.

Почки нормальной величины. Въ правой почкѣ оченъ много совершенно бѣлыхъ, величиною съ конопляное зерно, узелковъ. Въ лѣвой почкѣ одинъ узелокъ подъ капсулой.

Мезентеріальныя железы съ бобъ, мозговидны.

Поджелудочная железа большая, плотная, пронизана узелками новообразованія.

Въ большой кривизнѣ желудка также вкраплены очаги опухоли.

Костный мозгъ въ діафизѣ правой бедренной кости темносѣраво-красный; въ эпифизахъ большіе желтые участки.

Патолого-анатомическій діагнозъ: Lympho-sarcoma mediastini. Hyperplasia glandularum lymphaticarum. Metastases sarcomatosae diaphragmatis, genim. cordis. Hyperplasia tonsillarum et folliculorum linguae. Leukämia.

При микроскопическомъ изслѣдованіи лимфатической железы, величиною съ вишню, видны мѣстами фолликулярные нучки, или железа имѣетъ равномер-

ное строеніе. Нетли сѣти заполнены обильно большою частью круглыми и лишь отчасти кругловато-овальными клеточками.

На ряду съ этими элементами, имѣющими развитую хроматиновую сѣть, съ крупными узловыми точками, встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ мелкія, темныя, съ неясными контурами ядра. Тамъ, гдѣ заглушены фолликулы, выизаны фибровые пучки и сосуды.

Фигуры дѣленія ядеръ въ клеткахъ не видно. Между элементами лимфатической железы и циркулирующими въ крови существуетъ различіе: первые имѣютъ ядра правильныя, круглыя, у вторыхъ они продолговаты.

Нечашъ. Вблизи сосудовъ, образуя родъ муфты вокругъ нихъ, обильныя скопленія лимфоцитовъ. Инфильтратъ въ видѣ тяжей проходитъ между дольками и даже окружаетъ ихъ. Подъ каждою печени лимфоциты залегаютъ въ видѣ очаговъ и сдавливаютъ дольки.

Начки. Лимфоциты скопляются очень обильно въ наружныхъ слояхъ коркового слоя и образуютъ гнѣзда, замѣтныя простымъ глазомъ, въ видѣ свѣтлыхъ плотныхъ узелковъ. Границы очаговъ ихъ скопленій не рѣзки. Особенно густо лежатъ лимфоциты вокругъ мальпигиевыхъ клубочковъ и нѣкоторыхъ прямыхъ канальцевъ. Эпителій канальцевъ сравнительно мало измѣненъ.

Сердечная сорочка. Соединительная ткань между жировыми клетками инфильтрирована лимфоцитами; ближе къ миокардію клетокъ больше и онѣ лежатъ тѣснѣе.

Миокардій. Между мышечными волокнами лимфоидныя клетки располагаются въ видѣ пѣпочекъ и мелкихъ скопленій.

Поджелудочная железа. Скопленіе лимфоцитовъ кругомъ сосудовъ. Селезенка. Строеніе частью сохранено, а частью измѣнено.

Костный мозгъ. На мазкахъ видны въ большомъ количествѣ крупныя клетки, подобныя тѣмъ, какія циркулируютъ въ крови.

Протоплазма въ нихъ имѣетъ видѣ узкаго ободка, однородная, безъ зернистости, слабо красится. Ядро большое, кругловатое, большею частью запячатое; красится то же слабо. Между этими клетками въ меньшемъ количествѣ расположены лимфоциты, съ сильно красящимся ядромъ. Очень много переходныхъ формъ.

Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ съ ядрами не много. Послѣ поисковъ кое-гдѣ встрѣчаются одиночныя нейтрофилы, съ однимъ круглымъ ядромъ, соответствующіе міелоцитамъ. Еще рѣже попадаются полинуклеарныя лейкоциты.

Продолжительность болѣзни—отъ перваго признака и до смерти равняется 9 недѣлямъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Бактеріологическое изслѣдованіе воды водопровода г. Казани.

А. Д. Никольскаго,

старшаго ординатора казанскаго военнаго госпиталя.

Бактеріологическій контроль водопроводной воды производится строго въ западной Европѣ вездѣ, гдѣ есть гигиеническія станціи. Таковой контроль я наблюдалъ въ г. Бреславлѣ (въ Силезіи), гдѣ я работалъ въ гигиеническомъ институтѣ у профессора Flügge, съ октября мѣсяца 1900 года по февраль 1901 года. Профессоръ Flügge самъ производитъ бактеріологическій контроль водопроводной воды города Бреславля.

Въ Бреславлѣ центральное водоснабженіе города устроено проведеніемъ воды изъ большой рѣки Одеръ (протекающей черезъ центръ города) при вступленіи ея въ городъ; отведенная вода проходитъ черезъ систему песочныхъ фильтровъ и очищенная послѣдними поднимается насосами на высокую башню, откуда и спускается въ городъ. Бактеріологическій контроль воды водопровода служитъ контролемъ работы фильтровъ. при этомъ обращается вниманіе и на возможность присутствія въ водѣ болѣзнетворныхъ микробовъ. Въ итогѣ нѣсколькихъ лѣтъ бактеріологическаго контроля воды водопровода г. Бреславля оказалось въ одномъ кубическомъ сантиметрѣ отъ 20 до 50 микробовъ, причемъ, болѣзнетворныхъ видовъ ни разу не было констатировано. Таковыя наблюденія производятся я у насъ въ Россіи, въ большихъ центрахъ.

Изъ отчета директора Одесской бактеріологической станціи П. Н. Діотроптова за 1901 й годъ (Русскій Архивъ патологіи, 31-го августа 1902 г. видно), что въ Одессѣ производится ежедневный бактеріологическій контроль водопроводной воды. Въ среднемъ количество микробовъ въ 1 куб. сант. водопроводной воды, приходящей въ городъ, равнялось 53, максимальное количество было 950, минимальное 8. За послѣдніе семь лѣтъ съ 1895 по 1901 годъ среднее количество было 46. При массѣ ежедневныхъ изслѣдова-

ний при въ одной пробѣ не оказалось болѣзнетворныхъ микробовъ. Помня постоянныя бактериологическія изслѣдованія профессора Flügge надъ водопроводною водою города Бреслава, предпринялъ таковыя и я въ маѣ мѣсяцѣ прошлаго 1902 года. Для изслѣдованія и пользовался водою изъ ближайшаго водопроводнаго крана въ зданіи госпиталя.

Первый опытъ я произвелъ 30 Мая такимъ образомъ: передъ началомъ опыта я открылъ кранъ и спускалъ воду полчаса времени въ раковину, чтобы токомъ воды удалить осѣвшіе на стѣнкахъ водопроводной трубы и размножившіеся микробы и взять потомъ для изслѣдованія проточную болѣе чистую воду. Послѣ получаса времени я наливалъ изъ крана въ обезжелезленную жаромъ колбу воды и бралъ изъ нея одинъ кубич. сант. обезжелезленную пипеткою. Это количество воды смѣшивалъ съ обезжелезненной желатиной которую разливалъ въ чашкахъ Petri. По застываніи желатины въ чашкахъ на поверхности ея выростали колоніи отдѣльныхъ видовъ микробовъ, которыя я и сосчитывалъ, подвергалъ тщательному изслѣдованію на прѣсутствие болѣзнетворныхъ видовъ. Таковыя опыты производилъ не ежедневно, а отъ времени до времени. Въ первомъ опытѣ на поверхности желатины черезъ 6 дней выросло 81 колонія микробовъ, обычныхъ обитателей воды. 2-ой опытъ я произвелъ 12 Іюня и получилъ черезъ нѣсколько дней 50 колоній. 3-й опытъ сдѣланъ былъ 3 Іюля и получилось очень большое количество колоній-1750. Мнѣ думается, что такое слишкомъ большое число колоній микробовъ получилось въ 3-емъ опытѣ потому, что наканунѣ, 2-го Іюля, былъ большой дождь и вѣроятно, гдѣ-нибудь въ водопроводную сѣть проникла вода съ поверхности почвы. Такъ я полагаю потому, что въ началѣ Апрѣля, во время весенней распутицы, были дни, когда вода Казанскаго водопровода была также мутна, какъ и обыкновенная рѣчная вода. Слѣдующій опытъ, 20 Іюля, далъ 7 колоній: этотъ день былъ сухой и жаркій. Далѣе 22 Августа проба послѣ дождя дала 520 колоній. 9-го Сентября также изъ пробы послѣ дождя выросло 617 колоній. 2-го Октября въ сухой день, изъ пробы выросло 63 колоній. Далѣе въ Ноябрь, Декабрьъ и Январѣ, когда уже зима прочно установилась, взято было для изслѣдованія также по одной пробѣ воды. Изъ 1-й пробы, 20-го Ноября, получилось 70 колоній; изъ слѣдующей пробы, 20 Декабря, получилось 3 колоніи и изъ послѣдней, 3 Января, получилось 25 колоній. Въ Февралѣ до 20-хъ чиселъ стояла сухая зимняя погода; за это время я сдѣлалъ три опыта. Изъ 1-ой пробы, 1-го числа получилось 9 колоній, изъ 2-й, 12 числа, - 25 колоній, а изъ 3-й, 16 числа, получилось 98 колоній.

Въ 20-хъ числахъ февраля настала сильная оттепель, даже перенадали дожди, свѣтъ почти стоялъ и на улицахъ была слякоть. Въ такую погоду, 29 числа, я взялъ три пробы воды для изслѣ-

дованія; изъ 1-й пробы получилось 1840 колоній, изъ 2-ой—4263, а изъ 3-ей—4572 колоніи. Въ Мартѣ въ первыхъ числахъ были морозы; въ это время я сдѣлалъ два опыта, а именно: 1 и 9 числа; изъ 1-ой пробы получилось 36 колоній, а изъ 2-ой—20 колоній. Со второй половины Марта пошли теплые и дождливые дни, началась весенняя распутица; въ это время я сдѣлалъ два опыта: 20-го и 24-го числа. 20-го Марта я взялъ три пробы воды; изъ 1-й пробы получилось 787 колоній, изъ 2-ой 840, а изъ 3-ей 10,435 колоній. 24-го числа взялъ двѣ пробы; изъ 1-й пробы получилось 10,813 колоній, 2-ой 7845.

Въ началѣ Апрѣля стояли ясные и сухіе дни, но на улицахъ была еще большая грязь. Въ это время, 3-го числа, я взялъ три пробы воды; изъ 1 пробы получилось 6,632 колоніи, изъ 2 пробы—5620 колоній, а изъ 3 й—6980 колоній. Далѣе 8-го числа изъ одной пробы воды получилъ 9,260 колоній. 10-го числа изъ пробы получилось 7820; 12-го числа получилъ 2340 колоній. 23 и 24 Апрѣля былъ небольшой дождь. Въ эти дни изъ 1 пробы получилось 1640 колоній, а изъ 2-й—2180 колоній. Последнія двѣ цифры бактеріальныхъ колоній много меньше цифръ, полученныхъ въ 1-ю половину Апрѣля и вѣроятно потому, что въ 20-мъ числахъ почва достаточно просохла послѣ весенней слякоти и до этого времени не было дождей, почему дожди 23 и 24 Апрѣля мало повліяли на увеличеніе въ водѣ микробовъ.

Въ началѣ Мая были очень теплые дни и на улицахъ лежала пыль, въ это время изъ пробы воды, взятой 4-го числа, получилось 16 колоній. 12 числа былъ небольшой дождь; изъ пробы взятой въ этотъ день получилось 720 колоній. 14 числа былъ сухой погожий день; изъ пробы воды въ этотъ день получилось 32 колоніи. 18 числа былъ дождь; изъ пробы воды въ этотъ день получилось 420 колоній. Далѣе пошли ясные и сухія дни. 20-го числа изъ пробы воды получилось 24 колоніи. Последний опытъ сдѣланъ 23-го числа, также въ сухой день, изъ пробы воды получилось 40 колоній.

Для удобства обозрѣнія результатовъ опытовъ прилагается таблица, просматривая которую можно придти къ одному выводу, что въ сухое время года, а именно въ Іюль и зимніе мѣсяцы въ водѣ Казанскаго водопровода бываетъ мало микробовъ; очень мало получилось колоній въ Іюль, въ засуху,—7 въ одномъ куб. сант. воды. Также въ глубокую зиму, въ Декабрѣ и въ Январѣ, и въ началѣ февраля получилось очень малое число колоній; въ Декабрѣ получилось 3 колоніи въ одномъ куб. сант. воды. Когда же на улицахъ была грязь, вслѣдствіе ли дождей или оттепелей зимою и особенно во время весенней распутицы, то въ водѣ Казанскаго водопровода оказывалась масса микробовъ; особенно много получилось колоній изъ воды въ концѣ Марта мѣсяца, во время самой силь-

ной весенней распутицы. Какъ видно изъ прилагаемой таблицы 20 Марта получилось 10435 колоній въ одномъ куб. сант. воды, а 24-го—10813.

При осмотрѣ колоній на желативныхъ пластинкахъ въ чашкахъ Petri замѣчалось много разнѣжающихся желатину видовъ. Всѣ изолированныя изъ воды Казанскаго водопровода виды суть обычныя „водяные микробы“.

Въ заключеніе, на основаніи результатовъ постояннаго изслѣдованія, возможно придти къ такому выводу, что въ устройствѣ Казанскаго водопровода существуютъ крупныя недостатки, потому что въ дни непогожіе, дождливыя въ особенности весною въ распутицу, изъ водопровода получается мутная, богатая микробами, вода, такъ какъ происходитъ смѣшеніе ключевой воды водопровода, бѣдной микробами, съ водою почвенною, обильною послѣдними.

Въ чемъ состоятъ эти погрѣшности въ устройствѣ Казанскаго водопровода, не могу сказать, такъ какъ не имѣлъ времени изъучить устройство послѣдняго.

ТАБЛИЦА.

Количество микробовъ въ водѣ Казанскаго водопровода въ 1-мъ кубическомъ сантиметрѣ.

Мѣсяцъ.	Число.	ДНЕ ОНУТОВЪ	Въ сухое время.	Послѣ дождя.
			Число колоній микробовъ	Число колоній микробовъ.
Май.	30	1	81	
Июнь.	12	2	50	
Июль.	3	3		1750
	20	4	7	
Августъ.	22	5		520
Сентябрь.	9	6		617
Октябрь.	2	7	63	
Ноябрь.	20	8	70	
Декабрь.	20	9	3	

Мѣсяцъ.	Числа.	Число колоній.	Въ сухое время.		
			Число колоній.	Послѣ дождя или во время оттепели и въ распутицу весною.	
Январь.	3	10	25		
Февраль.	1	11	9		
	12	12	25		
	16	13	98		
	29	14		1840	Во время оттепели.
		15		4263	
	16		4572		
Мартъ.	1	17	36		
	9	18	20		
	20	19		789	Во время весенней распутицы.
				840	
			10435		
24	20		10813		
			7845		
Апрѣль.	3	21	6632		
			5620		
	8	22	6280		
	16	23	9260		
	12	24	7820		
			2340		
	23	25		1640	
	24	26		2180	
	28	27	160		
30	28	86			
Май.	4	29	16		
	12	30		720	
	14	31	32		
	18	32		420	
	20	33	24		
	23	34	40		

Описание устройства клиникъ, городскихъ больницъ и нѣкоторыхъ общественныхъ учреждений и специальныхъ заведеній въ Германіи (въ Пруссіи, Саксоніи, Баваріи и Силезіи) и въ Парижѣ.

д-ра А. Д. Никольскаго,

старшаго ординатора казанскаго вѣснаго госпиталя.

Какъ гигиенисты, я описываю вышеупомянутыя учрежденія только съ этой стороны. Въ моей командировкѣ по Германіи и Франціи я первоначально прибылъ въ Берлинъ, почему и описание начну съ этого пункта. Въ Берлинѣ самая знаменитая медицинская школа—Charité. Это стариннаго типа громадное трехэтажное зданіе, очень мрачнаго вида снаружи. Въ немъ сосредоточено пять клиникъ: три терапевтическихъ, психіатрическая и часть дѣтской клиники. Поступаетъ въ Charité исключительно простонародье. Зданіе имѣетъ видъ буквы „h“, сзади, въ центрѣ зданія, обширный дворъ, а за нимъ паркъ. Къ сторонѣ двора во всѣхъ этажахъ корридоръ (широкій), а на противоположной сторонѣ, окнами на улицу, терапевтическія клиники, одна ноль другою. Окна на той и другой сторонѣ зданія Charité небольшія, съ форточками для вентиляціи. Терапевтическія клиники одинаковы по устройству, состоятъ изъ очень большихъ палатъ, на 26 человекъ каждая. Койки расположены въ 2 ряда, одинъ рядъ къ окнамъ, а другой къ сторонѣ корридора. Полы деревянные, красные, посланы простыми бѣлыми дорожками. Отопленіе простыми голландскими печами. Въ каждой палатѣ къ одному концу шкафъ—клозетъ, около котораго за ширмою 2 ванны для больныхъ. Палаты переполнены больными; общее впечатлѣніе при видѣ длинныхъ рядовъ коекъ, клозетовъ вблизи больныхъ и ширмъ съ ваннами—удручающее; но при мысли, что клиниками этими завѣдуютъ звѣзды медицины: Leyden, Senator—тяжелое впечатлѣніе

немного смягчается. Эти клипви не углами славны (по пословицѣ), а профессорами. Онѣ послужили разсадникомъ врачей на весь міръ. Въ корридорахъ также полъ деревянный, крашенный, посланъ широкими дорожками изъ линолеума.

Въ лѣвомъ крылѣ корпуса находится часть дѣтской клиники, незаразное отдѣленіе, а заразные больные дѣти находятся далеко въ саду, въ особомъ помѣщеніи. Этою клинкою завѣдуетъ профессоръ Neuberg. За дѣтской клинкой въ той же части зданія находится психіатрическая и нервная клиника, которыми завѣдуетъ профессоръ Jolly. Эти клипки также бѣдно устроены, какъ и терапевтическія. Въ нижнемъ этажѣ послѣдней клиники помѣщаются верхныя больныя, а во 2-мъ этажѣ тихіе душевно-больныя. Къ нижнему этажу свади перпендикулярно сдѣлана новая пристройка, въ которой помѣщаются буйныя душевно-больныя. Общій видъ этихъ отдѣленій удручающій: въ палатѣ разставлены переносныя клозеты, въ нижнемъ этажѣ простыя, а во 2-мъ этажѣ обмываемыя водою. Въ корридорѣ полы выкрашены черною краскою. Въ новомъ помѣщеніи для буйныхъ впечатленіе лучше: окна большія, полы окрашены желтой краскою, посланы линолеумомъ, устроено водяное отопленіе и газовое освѣщеніе. Камеры для изоляціи буйныхъ съ голыми стѣнками, незатищенными мягкой обивкой; стѣны выкрашены зеленоватою масляною краскою.

Заразное отдѣленіе дѣтской клинви, какъ сказано выше, устроено вдали въ саду и состоитъ изъ 4-хъ одноэтажныхъ павильоновъ, расположенныхъ крестомъ и связанныхъ между собою одною общою галлереею. Въ этихъ павильонахъ потолки изъ стеклянныхъ рамъ, которыя можно раздвигать для скорой вентиляціи, полы асфальтовые; освѣщаются павильоны электричествомъ, отопляются горячимъ воздухомъ. Въ одномъ изъ павильоновъ помѣщаются испытуемые, которыхъ діагнозъ еще не установленъ, въ другомъ коревые, въ третьемъ скарлатиновые и въ четвертомъ дифтеритные больныя. Дифтеритнымъ впрыскивается антидифтеритная сыворотка Беринга отъ 1500 до 6000 единицъ. Содержаніе больныхъ въ дѣтской клинкѣ обходится 1½ марки въ сутки. Еще въ саду есть маленькій павильонъ изъ 2-хъ комнатъ, въ которомъ вскармливаются грудныя дѣти искусственнымъ способомъ. Кормятъ преимущественно молокомъ разведеннымъ водою ($\frac{1}{2}$ молока, $\frac{2}{3}$ и такъ далѣе), смѣсью Бидерга и либиховскимъ бульономъ. Недоношенные дѣти содержатся въ особыхъ термостатахъ при 22°. Въ этихъ термостатахъ есть приспособленіе для выведенія испорченнаго воздуха и для введенія свѣжаго нагрѣтаго. Павильонъ этотъ отопляется чугунными печами (колодцами) вентилируется форточками въ окнахъ, полы деревянные, крашенные.

Налѣво отъ вышеупомянутаго стараго зданія Charité, на особыхъ дворахъ, въ новыхъ зданіяхъ устроены женская и хирургическая клиники.

Женская клиника (Die geburts hilflich—gynäkologische klinik der Charité), которую завѣдуетъ профессоръ Susselow помѣщается въ новомъ одноэтажномъ свѣтломъ помѣщеніи, съ водянымъ отопленіемъ и газовымъ освѣщеніемъ. Полы асфальтовые. Для увеличенія вентилляціи сверхъ форточекъ въ окнахъ, по угламъ палатъ поставлены камини и потолки устроены изъ раздвижныхъ стеклянныхъ рамъ. На окнахъ бѣлыя занавѣски, на столахъ между койками лампы съ большими красными бумажными абажурами. Въ этомъ зданіи красная, большая амфитеатромъ аудиторія, въ которой производится операціи, есть небольшая залъ для лабораторій.

Хирургическая клиника, которую завѣдуетъ проф. Koenig, помѣщается въ большомъ трехэтажномъ зданіи. Въ обширныхъ палатахъ съ высокими потолками и большими окнами; полы паркетные, отопленіе водяное, освѣщеніе газовое, громадный свѣтлый операціонный залъ. Кромѣ этого ничего особеннаго въ устройствѣ этой клиники не замѣчается.

Въ Charité плата за содержаніе съ больного (кромѣ дѣтской клиники) 2 марки въ сутки. Въ дѣтской клиникѣ 1½ марки въ сутки. Пища дается два раза въ сутки. Мяса больному полагается по 100,0 въ сутки, а по надобности и больше. Мясо бываетъ: говядина, свинина, баранина и телятина, дается и рыба; птицы не дается. Даются яйца, вино бѣлое и красное, но дорогія вина не даются; хлѣбъ дается за обѣдомъ чернѣй и ситный, а за ужиномъ бѣлый. Во всемъ Charité больныхъ бываетъ ежедневно отъ 1800—до 2000. Ежедневно приблизительно умираетъ 7 человекъ. Для всѣхъ клиникъ Charité на дворѣ въ особомъ зданіи имѣется три дезинфекціонныхъ камеры Henneberg'a

Около Charité находится институтъ инфекціонныхъ болѣзней (Das Institut für Infektionskrankheiten), которымъ завѣдуетъ профессоръ Koch. Институтъ помѣщается въ старомъ трехэтажномъ зданіи и состоитъ изъ 2-хъ отдѣленій бактериологической лабораторіи и небольшого отдѣленія, въ которомъ производятся пастеровскія прививки. Бактериологическая лабораторія занимаетъ почти всѣ три этажа кромѣ двухъ комнатъ въ 1-мъ этажѣ, гдѣ устроенъ прививочный отдѣлъ. Въ подвалѣ помѣщаются животныя. Въ Институтѣ работаютъ—главнымъ образомъ по приготовленію сыворотокъ (подъ руководствомъ профессора Pfeiffer'a): антидифтеритной, антибрюшнотифозной и антистрептококковой. Кромѣ этого въ институтѣ производятся все-

возможны бактериологическія изслѣдованія отдѣленій, выдѣленія и проч. отъ большихъ и обучаются бактериологической методикѣ прикомандированные къ институту военные врачи. Принимаются работать въ институтъ и иностранцы, но не меньше, какъ на одинъ годъ срокомъ. Институтъ снабженъ богато всѣми необходимыми аппаратами, инструментами и животными, и имѣетъ большое количество хорошо обученной прислуги. Между аппаратами есть два рѣдкихъ, двѣ электрическихъ центрифуги, изъ которыхъ одна даетъ 3000 оборотовъ въ минуту, а другая 10,000. Прививочный отдѣлъ состоитъ изъ 2 хъ комнатъ: въ 1-ой дѣлаются пастеровскія прививки укушеннымъ бѣшенными животными, а во 2-ой изъ сухенныхъ кроличьихъ мозговъ приготавливаются эмульсии для прививокъ. Мозги сушатся въ термостатѣ, состоящемъ изъ 20 отдѣленій. Приготавливаются эмульсии изъ мозговъ 20 дневной сушки. Больные, которымъ сдѣланы прививки, живутъ въ особомъ баракѣ; леченіе и содержаніе ихъ бесплатно. Прививочнымъ отдѣломъ завѣдуетъ докторъ Marx, при немъ одинъ служитель; обѣимъ сдѣланы предохранительная прививка. При коховскомъ институтѣ клиника для заразныхъ больныхъ на 120 человекъ, которою завѣдуетъ профессоръ Brieger. Эта клиника состоитъ изъ семи легкихъ бараковъ, сдѣланныхъ изъ цемента; на каждого больного приходится 40 куб. метр. воздушнаго пространства. Баракы отопляются кожухными чугунными печами и освѣщаются электричествомъ. Стѣны окрашены масляною краскою и часто обмываются дезинфекціонными жидкостями; въ каждомъ баракѣ имѣется ватерклозетъ съ натриями, обмываемыми водою, а съ другого конца—комната съ ваявами. Полы въ баракахъ деревянные, крашеные; вентеляція камнями, окнами, форточками и особыми раздвижными вентиляторами въ стѣпахъ. % смертности послѣ прививокъ сызотки Berg'a въ 1-ий, 2-ой день 2, а на 7 день болѣзни 16. Въ особомъ дальнемъ баракѣ находится дезинфекціонная камера Henneberg'a.

Въ районѣ Charité находится новый музей Вирхова. Новый музей Вирхова роскошное 5-ти этажное зданіе, состоящее изъ множества громаднхъ залъ, съ большими окнами. Стѣны залъ выкрашены бѣлою масляною краскою, полъ изъ террацита. Въ музей водяное отопленіе и электрическое освѣщеніе. Въ немъ обширная амфитеатромъ аудиторія. Секціонный залъ остался въ старомъ институтѣ.

Кромѣ описанныхъ клиникъ и учреждений я посѣщала еще „Домъ Лангенбека Langenbeckhaus“, гдѣ находится клиника Bergmann'a и университетская женская клиника, которою завѣдуетъ профессоръ Olshausen.

Клиника Bergmann'a на 250 мѣсть, помещается въ новомъ трехэтажномъ зданіи, въ ней водяное отопленіе, освѣщеніе

газомъ, полы въ палатахъ деревянныя, крашенныя, въ корридорахъ асфальтовыя. Палаты въ мужскомъ и женскомъ отдѣленіяхъ большія, на 20 мѣстъ. Операционный залъ (аудитория) очень большой, устроенъ амфитеатромъ, крыша надъ нимъ изъ стеклянныхъ рамъ, которыя для быстрой вентиляціи можно раздвигать. Въ этомъ залѣ полъ асфальтовый. При немъ двѣ комнаты, изъ которыхъ въ одной находится перевязочный матеріалъ; а другая служитъ для хлороформированія. Содержаніе больного въ сутки стоитъ 2 марки. Въ „Домѣ Лаангенбека“ въ особой очень громадной аудитория, устроенной также амфитеатромъ, бывають еженедѣльные засѣданія общества Берлинскихъ врачей. Эти засѣданія бывають многолюдныя и очень оживленныя. Нѣмецкіе ученые большіе ораторы, очень любятъ пегольнуть красиво рѣчью и даже не брезгаютъ стихами; нѣсколько разъ бывалъ и я на этихъ засѣданіяхъ. Ежегодно въ Апрѣлѣ въ „Домѣ Лаангенбека“ бывають конгрессы нѣмецкихъ хирурговъ съ выставкою хирургическихъ предметов. Однѣя такой конгрессы и я посѣщала въ 1899 году.

Женская клиника профессора Olschansena на 150 мѣстъ (въ этомъ числѣ 25 мѣстъ для роженницъ) состоитъ изъ нѣсколькихъ павильоновъ, связанныхъ между собою стеклянными галлереями. Въ этой клиникѣ также воляное отаженіе и газовое освещеніе, два операционныхъ зала: малый для вагинальныхъ операцій, и большой для лапаротомій, кромѣ того помещается большая аудитория амфитеатромъ.

Содержаніе больнои въ сутки отъ 4-хъ до 10-ти марокъ, по 4-мъ классамъ. На дворѣ въ особомъ трехэтажномъ зданіи устроена большая патолого-анатомическій музей и двѣ лабораторіи: микроскопическая и бактериологическая. Для послѣдней на дворѣ въ особой постройкѣ содержатся животныя (морскія свинки, кролики и проч.)

Работала я въ Берлинѣ главнымъ образомъ въ гигиеническомъ институтѣ, гдѣ участвовала въ гигиеническихъ изслѣдованіяхъ подъ руководствомъ приватъ-доцента dr. Walberta и слушала курсы гигиены у профессора Maxa, Rubnera и курсы бактериологій у профессора Dr. Guenthera.

Гигиеническій институтъ Берлинскаго университета находится на Klosterstr. и состоитъ изъ двухъ отдѣленій—химическаго и бактериологическаго. Въ первомъ всевозможныя приборы для изслѣдованія воздуха, почвы, воды, свѣтлыхъ предметовъ и проч., второе также богато снабжено всѣмъ необходимымъ. Послѣднимъ завѣдуетъ профессоръ Guenther. При институтѣ находится одинъ изъ богатѣйшихъ въ мрѣ гигиеническій музей, доступный для осмотра публики. Директоромъ института

состоит профессор Rubner. Въ лѣтніе семестры проф. Rubner устраиваетъ гигиеническія экскурсіи для занимающихся въ институтѣ студентовъ и врачей. Въ этихъ экскурсіяхъ сопровождаетъ и даетъ разъясненіе приватъ-доцентъ Wolpert. Въ лѣтній семестръ 1899 г. я состою студентомъ медицинскаго факультета въ Берлинскомъ университетѣ и участвовалъ во всѣхъ гигиеническихъ экскурсіяхъ, которыя считаю нужнымъ описать.

1. Городской дезинфекціонный институтъ (Reichenbergerstr) представляетъ изъ себя большое одноэтажное зданіе на дворѣ, при чемъ зданіе и дворъ раздѣлены пополамъ на отдѣленіе нечистое, куда привозится изъ города заразный матеріалъ, и чистое, гдѣ содержится продезинфицированный. Въ 1-мъ отдѣленіи на дворѣ стоитъ нѣсколько подвижныхъ паровыхъ камеръ, устроенныхъ на колесахъ, которыя развозятся лошадьми по городу. Въ зданіи на нечистой половинѣ въ большой комнатѣ со входа разставлено въ склянкахъ 5% растворъ карболовой кислоты, которымъ пульверизируются вещи, которыя нельзя дезинфицировать паромъ—мѣха и шелковыя вещи. Въ слѣдующемъ помѣщеніи стоятъ четыре большія паровыя камеры Schimmel's, которыя черезъ стѣну проходятъ на чистую половину. Паръ въ эти камеры проводится изъ двухъ паровиковъ, которые находятся въ помѣщеніи на концѣ зданія. Дезинфекція производится 35 минутъ паромъ при температурѣ 120°. Передъ дезинфекціей вещи 20 минутъ въ камерѣ согреваются сухимъ паромъ. После дезинфекціи вещи въ особомъ флигелѣ моются обыкновеннымъ способомъ. Дезинфицирующая прислуга одѣта въ бѣлые полотняные костюмы съ бѣлыми фартуками и носитъ намордники у рта. Подвижныя камеры высклаиваются немеллепно по требованію полиціи и за опозданіе болѣе часа платится штрафъ. Дезинфицируются вещи послѣ тифова, оспы, скарлатины кори, дифтерита и обязательно послѣ чумотки. Дезинфекціей въ годъ выручаютъ около 25,000 марокъ, несмотря на то, что 65% вещей дезинфицируется безплатно, для чего достаточно письменнаго заявленія врача.

2. Капаллизациія въ Берлинѣ устроена по радіальной системѣ, т. е. отъ центра города идутъ къ окраинамъ въ видѣ радіусовъ каналы, діаметръ которыхъ постепенно увеличивается. Эти каналы или, какъ ихъ называютъ, коллекторы несутъ грязныя воды далеко за городъ, для орошенія полей. Такъ какъ протяженіе каналовъ отъ центра города до оросительныхъ полей весьма значительны (около 10 километровъ), почему канальныя жилы не могутъ идти самотекомъ, то поэтому на окраинахъ города по пути каждаго канала устроена вагнетательная станція, поднимающая сточныя воды въ продолженіе канала. Поднятіе это совершается слѣ-

дующимъ образомъ: нечистоты изъ канала попадаютъ прежде всего въ громадный резервуаръ, раздѣленный перегородкой вертикально на двѣ части. Перегородка эта состоитъ изъ двухъ толстыхъ металлическихъ прутьевъ и образуетъ частоколь, служащій для задерживанія крупныхъ предметовъ, могущихъ засорить и испортить насосы. Для удаленія этихъ предметовъ въ первой половинѣ резервуара постоянно имѣются рабочіе, которые плаваютъ на небольшихъ плоткахъ и при помощи особыхъ лопатъ вылавливаютъ всѣ крупныя отбросы, при чемъ отнимается много времени удаленіе бумажекъ, которыя прилипаютъ къ перегородкѣ и затрудняютъ свободный токъ жидкости. Собранныя такимъ образомъ бумажки и другіе плотные предметы удаляютъ за городъ, какъ сухой соръ, а освобожденная отъ нихъ жидкость поступаетъ въ каналъ, идущій вдоль станціи, и при помощи четырехъ насосовъ накачивается въ лежащее выше продолженіе канала и проталкивается дальше. Одна такая нагнетательная станція (Pumpstation) и было показано въ одной экскурсіи. Не смотря на то, что былъ июнь мѣсяць, когда я осматривалъ, и слѣдовательно существовали всѣ благоприятныя условія для быстрого загниванія канальной жидкости, ни въ каналѣ, ни въ резервуарѣ не было замѣтно ни малейшаго запаха, что происходитъ отъ быстрого теченія въ каналахъ жидкости, которая не успѣваетъ разложиться: кромѣ этого въ резервуарѣ присасывается воздухъ особымъ механизмомъ, который окисляетъ и разрушаетъ органическія вещества нечистоты. При переполненіи бассейновъ во время дождей избытокъ грязныхъ водъ отводится въ Шпре.

3. На оросительныхъ поляхъ каналы, несущіе грязныя воды, развѣтвляются на мелкіе каналцы. Грязныя воды проникаютъ почву оросительныхъ полей и черезъ нее фильтруются. Послѣ такой фильтраціи вода становится такою чистою, что по рассказамъ директора оросительныхъ полей, нѣкоторые изъ окрестныхъ жителей даже пьютъ еѣ и въ искусственныхъ озерахъ изъ этой воды живетъ и разводится рыба. На оросительныхъ поляхъ въ изобиліи произрастаютъ всевозможныя овощи и ягоды, которыя идутъ въ продажу.

4. Водоснабженіе Берлина. Берлинъ получаетъ воду изъ двухъ большихъ озеръ. Около половины Берлина получаетъ воду изъ озера, находящагося недалеко отъ него въ Tegel'ѣ. Другая большая часть Берлина получаетъ воду изъ озера, которое находится гораздо дальше. Вода изъ обоихъ озеръ паровыми насосами накачивается и проталкивается по системѣ песчаныхъ фильтровъ, пройдя которые очищенная направляется къ Берлину и расходится по всему городу. Песчаные фильтры очищаютъ

озерную воду настолько, что въ одномъ кубическомъ сантиметрѣ ея опредѣляется около 12—20 микробовъ.

5. **Городская бойня (Central Schlachthof)**. Гиганское учрежденіе, состоитъ изъ многихъ кирпичныхъ сараевъ съ кирпичнымъ поломъ, крыши высокія изъ раздвижныхъ стеклянныхъ рамъ для скорой вентиляціи. Еще имѣются форточки въ окнахъ и особые раздвижныя въ стѣнахъ.

Сараи для крупныхъ животныхъ раздѣлены желѣзными рѣшетками на стойла. Въ стойлахъ ясли изъ цемента, которые промываются водою изъ водопроводнаго крана. Полъ въ стойлахъ покрытъ чистою соломой. Для сѣна на стѣнахъ устроены желѣзныя рѣшетки. У стойлъ устроены стоки для жидкостей. Вообще стойла содержатся очень чисто и освѣщены электричествомъ. Светъ отличнаго качества, чистый, санитарный. Кормъ состоитъ изъ сѣна и овса, а свиньямъ даютъ отруби.—Въ сараяхъ, гдѣ скотъ убивается, полы или асфальтовые или изъ террацита со стокомъ по срединѣ. Передъ убоемъ животное ослушивается по головѣ молотомъ, потомъ рѣжется обыкновеннымъ способомъ. Въ особыхъ сараяхъ убитыя животныя раздѣляются на части и мясо изслѣдуется ветеринарными врачами, для чего на бойнѣ имѣется 43 ветеринара. Для помѣщенія быковъ, овецъ и свиней устроены отдѣльные сараи и бойни. Каждымъ отдѣленіемъ завѣдуетъ особый инспекторъ-чиновникъ. Всѣмъ учрежденіемъ завѣдуетъ директоръ. Для служащихъ есть баня (души) гдѣ они ежедневно должны мыться и мѣнять бѣлье. При бойнѣ для служащихъ устроены новый ресторанъ съ горячими закусками.

6. **Мельница-плавильня (Mühleschmelzen)**. Это частное учрежденіе, приготовляющее изъ мусора всякаго рода кирпичи, изъ которыхъ строятъ въ Берлинѣ дома.

Учрежденіе это разсылаетъ по городу особые фургоны, которые собираютъ всякіе отбросы съ дворовъ, домовъ и соръ съ улицъ. Привезенный соръ бросается въ особо устроенную гигантской величины печь сверху въ два широкія отверстія, а въ третьемъ отверстіи спадаетъ въ печь мелкоистолченный уголь (коксъ). Все это въ печи встрѣчается и накаливается до 1500°, въ результатѣ получается огненнаго цвѣта лава, которая вытекаетъ черезъ отверстіе на дѣл печи и течетъ въ другую печь, гдѣ съ коксомъ вторично накаливается до 1200°, потомъ вытекаетъ вовъ въ особыя желѣзныя формы съ квадратиками, въ которыхъ быстро застываетъ въ большіе, тяжеловѣсные кирпичи, по плотности и тяжести папоминающіе желѣзо, только темно-бураго цвѣта. Соръ утилизируется всевозможный, какъ кухонный, такъ и уличный; въ немъ ведѣль и листки капусты, корни хлѣба,

бумажки и тому подоб. Берлинь устроены вообще гигиенично: улицы прямыя, широкія, хорошо вымощенныя, очень чисто содержатся. Послѣ полуночи тщательно всѣ улицы убираются. У стѣвъ дозвы привѣшены особыя корзиночки, куда проходящіе могут бросать бумажки и окурки. На каждой улицѣ видѣтся особый домикъ-клозеть, состоящіе изъ двухъ отдѣленій: въ одно отдѣленіе за входъ платять 10 пфенинговъ, (клозеть 1-го класса, гдѣ выѣтся зеркало, умывальникъ, мыло, полотенца и особая мягкая бумага). Входъ во второй клозеть съ противоположной стороны домика стоитъ 5 пфенинговъ, гдѣ уже нѣтъ принадлежностей для туалета. Въ обоихъ классахъ по нѣскольку номеровъ. Экскременты попадаютъ прямо въ канализаціонную трубу. Въ этихъ домикахъ строгая чистота. Каждымъ классомъ завѣдуетъ особая старуха.

7. Городская богадѣльня, учрежденіе на 1200 человекъ, состоитъ изъ нѣсколькихъ 3-хъ этажныхъ каменныхъ корпусовъ, раздѣляется на мужскую и женскую половины: при той и другой есть ванная и госпиталь. Всѣ ящія содержатся очень чисто, отопленіе водяное. При богадѣльнѣ есть кухня. Пища очень вкусная: въ день осмотра была супъ, котлеты и молоко. За свой счетъ дозволяется покупать яйца и проч. Принимаются лица безпорочныя, небывшія подъ судомъ.

8. Дешевыя квартиры. Это учрежденіе предназначено для семейныхъ, которые почему-либо временно не имѣютъ квартиры и состоятъ изъ нѣсколькихъ 3-хъ этажныхъ корпусовъ съ водяно паровымъ отопленіемъ и съ газовымъ освѣщеніемъ. Дается большая комната съ мебелью, съ постельными принадлежностями и со столомъ за 60 пфенинговъ съ человека въ сутки: съ дѣтей, начиная отъ 10 лѣтъ, 25 пфенинговъ въ сутки. При этомъ учрежденіи есть школа для дѣтей; обучаютъ грамотѣ, музыкѣ и пѣнію. Въ день осмотра пища была очень хорошая: супъ съ мясомъ, котлеты и молоко.

9. Ночлежный домъ учрежденъ на 3000 человекъ и состоитъ изъ нѣсколькихъ большихъ корпусовъ: на ночь принимаютъ съ 4 часовъ дня; каждому дается бесплатно хлѣбъ и супъ, тоже дается утромъ. По уходѣ ночлежниковъ съ утра до 4-хъ часовъ дня всѣ помѣщенія дезинфицируютъ обильнымъ обливаніемъ карболовымъ растворомъ, послѣ чего основательно моются. Есть отдѣленіе для душей; каждый приходщій долженъ помыться, а бѣлье его дезинфицируется въ паровой камерѣ и потомъ моется. Спальныя комнаты обширныя, съ хорошей вентиляціей и съ поломъ изъ мелахскихъ плитокъ. Кровати складныя, деревянные,

съ полотняными двами. Четыре дезинфекціонныхъ камеры системы Oscar Schimmel'a и С", прачешная система Weir'a.

10. Фабрика молочныхъ издѣлій, въ которой кремъ молока приготовляется изъ всего возможные продукты: сыры, масла, кефиръ, молочный сахаръ и проч. Фабрика представляетъ изъ себя 3-хъ этажное громадное зданіе, освѣщенное электричествомъ, отопленіе водяное, полы асфальтовые, стѣны и потолки выфлени бѣлою масляною краскою. Имѣется полная лабораторія для изслѣдованія молока. Есть кухня и залъ для чтеній. Въ подвальномъ этажѣ столовая, гдѣ отпускается молоко по 5 пфенниговъ за стаканъ и молочные обѣды за 25 пфенниговъ. Для дѣтей молоко стерелизуется и продается по 15 пфенниговъ за бутылку. При фабрикѣ имѣются очень хорошія лошади для развозки молока по городу; коюшпи для лошадей чистыя съ асфальтовымъ поломъ. Въ стойлахъ эмалированныя чашки для овса и воды, за желѣзными рѣшетками лежатъ сѣно. Молоко развозится въ металлической луженой посудѣ.

11. Народная баня въ Moabit'ѣ. Большое 3-хъ этажное зданіе, отопляется паромъ, освѣщается газомъ. Стѣны въ номерахъ изъ пемецта, полы изъ террацита. Въ нижнемъ этажѣ номера на 20 минутъ съ мыломъ и полотенцемъ отпускается за 20 пфенниговъ, въ нихъ имѣются только души: теплый и холодный. На 2-мъ и 3 этажахъ номера съ ваннами и душами, съ мыломъ и полотенцемъ на полчаса времени отпускаются за 30 пфенниговъ. Въ этихъ номерахъ имѣются кушетки и зеркала.

12. Гимназія (Joachimthal Gymnasium mit Schulund Schwimmanstalt). Въ этой гимназіи было 500 учениковъ, изъ которыхъ 144 пансіонеры. Показали одну большую комнату, въ которой жило 13 пансіонеровъ. Комната обширная, устлана желѣзными койками, при ней другая такая же для приготовленія уроковъ. Потомъ показали умывальную комнату съ фаянсовыми умывальниками, очень большой актовъ залъ, гдѣ имѣются принадлежности церкви; въ немъ же бывають и ученическіе спектакли. Далѣе показавъ былъ большой гимнастическій залъ съ обычными приборами для гимнастики, большая пустая комната для игръ дѣтей младшихъ классовъ, комната для пѣнія и музыки (гдѣ стоялъ рояль, пиано и висѣли нѣкоторые духовые инструменты). Наконецъ, показали одну класную комнату со столами, у которыхъ верхняя доска и сидѣнія подвижныя, т. е. могутъ опускаться и подниматься. Свѣтъ въ классѣ падаетъ съ лѣвой стороны. Отопленіе въ этой гимназіи водяное, освѣщеніе газомъ. Мебель простая, деревянная, полы крашенныя. Въ актовомъ залѣ и въ клас-

сахъ полы паркетныя. Одна комната предназначена для большихъ въ другой аптека. Въ день осмотра больныхъ не было. Все зданіе содержится очень чисто. После этого провели на дворъ, гдѣ въ особомъ зданіи на 2-мъ этажѣ устроенъ большой прудокъ для купанія и плаванія. Въ нижнемъ этажѣ этого зданія стоятъ два паровика, изъ которыхъ паръ идетъ во 2-ой этажъ и нагреваетъ воду въ прудкѣ. Вода въ этомъ прудкѣ, по рассказамъ показывавшаго инспектора гимназій, мѣняется 2 раза въ недѣлю, по вторникамъ и пятницамъ, t° воды въ прудѣ 22°R. Ученяки купаются 2 раза въ день, утромъ и вечеромъ. Занимаются въ классахъ съ 8-ми часовъ утра до 2-хъ часовъ дня. Для двухъ старшихъ классовъ отдѣльно особая большая комната, гдѣ поставлены бильярдъ и есть буфетецъ съ пивомъ и сигарами. Всѣ учителя живутъ въ зданіяхъ гимназій. Пансіонеры платятъ за содержаніе въ годъ различно, отъ 300 марокъ до 900. При гимназій довольно большой паркъ съ зеленою площадкою для игръ.

13. Больница „Урбанъ“ (Krankenhaus am Urban). Это самая благоустроенная городская больница въ Берлинѣ, устроена на 642 мѣсть, состоитъ изъ 11 двухъэтажныхъ павильоновъ. Въ павильонахъ водяное отопленіе, электрическое освѣщеніе, стѣны окрашены свѣтло-зеленоватою масляною краскою, полы изъ терроцита. Вентиляція механическая съ электрическимъ двигателемъ, кромѣ этого, вентиляторы устроены въ окнахъ и раздвижные въ стѣнахъ. Всѣ павильоны—мужскіе и женскіе, устроены по одному типу: со входа направо и налево комнаты для беспокойныхъ; дальше общая большая палата, въ которой съ обѣихъ сторонъ большія окна другъ противъ друга. У линіи оконъ два ряда коекъ, по срединѣ залы въ линію стоятъ полированные столы, на которыхъ разставлены медикаменты, перевязочный матеріалъ, вѣсы и прочее, что для больныхъ необходимо. Всѣ это сложено въ стеклянныхъ шкафикахъ. Подъ однимъ изъ столовъ стоитъ желѣзная повозка складная на колесахъ, вращающихся въ разныя стороны, для перевозки больныхъ. Койки желѣзныя на пружинахъ, тюфяки изъ конского волоса. Въ концѣ общей палаты, направо комната для неопытныхъ, а противъ нея налево комната хирурга въ водной ватерклозетъ и еще ванная комната. Во второй этажъ больные поднимаются на подъемныхъ машинахъ. Въ каждомъ павильонѣ отдѣльный телефонъ. Между двумя павильонами устроены широкія веранды, на которыхъ больные въ хорошую погоду прогуливаются. Всѣ павильоны расположены въ роскошномъ саду съ двѣтниками. Изъ павильоновъ идутъ подземные ходы для переноски покойниковъ въ секціонный залъ, который устроенъ въ особомъ зданіи, въ концѣ сада. Въ этомъ зданіи, кромѣ большого

секционнаго зала, есть залъ для микроскопiи, еще громадный патолого-анатомическiй музей и кира. Особый павильонъ отведенъ для дифтеритозныхъ больныа на 24 койки. У каждой койки на паровой трубѣ виситъ пульверизаторъ съ растворомъ молочной кислоты, дѣйствующій паромъ. Вырывается больнымъ сыморотка Бернга отъ 1000 до 4000 сдипидъ. Въ особыхъ комнатахъ въ этомъ павильонѣ лежатъ подозрительные на дифтеритъ и еще въ особыхъ выздоравливающе. При каждомъ павильонѣ есть приборъ для приготовления льда. Вдали за павильономъ въ особомъ зданiи помѣщаются дезинфекціонная камера Ненсберг'a и прачешная съ центрифугами, съ сушильною бѣльи сухимъ воздухомъ въ 50—60° и гладильными приборами. Въ дезинфекціонной камерѣ дезинфицируются только тюфяки. Прочія вещи обмываются 2% растворомъ лизола и потомъ моются въ прачешной. Въ особомъ зданiи баня изъ 4-хъ отдѣленiй: въ одномъ устроены прудокъ съ теплою водою, постоянно мѣняющеюся; у стѣнъ устроены души всѣхъ видовъ; полъ и стѣны въ этомъ отдѣленiи устроены изъ бѣлыхъ каменныхъ плитокъ. Передъ отдѣленiемъ душей—большое темное помѣщенiе съ койками, отгороженными одна отъ другой стѣнками. На этихъ койкахъ больные отдыхаютъ послѣ бани и душей. Въ другомъ отдѣленiи русская паровая баня: въ третьемъ отдѣленiи песочная ванна, въ которой песокъ подогревается паромъ. Четвертое отдѣленiе состоитъ изъ 2-хъ комнатъ: въ 1-ой римскія ванны съ чистымъ горячимъ воздухомъ 50°C, приводимымъ изъ сада, въ другой комнатѣ такія же ванны въ 60°. Операционный залъ въ особомъ корпусѣ въ 2 свѣта. Въ немъ полъ изъ террацита, стѣны изъ каменныхъ бѣлыхъ плитокъ. Потолокъ изъ стеклянныхъ раздѣльныхъ рамъ. На дворѣ въ особомъ зданiи кухня. Въ ней строгая чистота. Полъ изъ металахскихъ плитокъ, котлы мѣдные, хорошо луженные, блестятъ. Столы въ кухнѣ покрыты чистыми желтыми клеенками. Въ особомъ желѣзномъ шкафѣ варится паромъ картофель, рядомъ на желѣзной плитѣ газомъ готовится жаркое и котлеты. Пища прекрасная и разнообразная: говядина, телятина, баранина, птицы и рыба. Въ особомъ котлѣ кипятится молоко. На машинѣ мелется кофе. Пища и кофе даются по два раза въ день. Содержанiе одного большого въ узки стоитъ 4 марки: сюда входятъ жалованiе врачамъ, сестрамъ милосердiя и служителямъ. Врачей при больницѣ 30, прислуги 200 человекъ. Больница Urban самая благоустроенная и самая роскошная изъ всѣхъ, какія я видѣлъ въ Германiи и Парижѣ.

14. Королевская центральная тюрьма (Das Königliche Zentral Gefängnis). Громадное учрежденiе на 1500 человекъ, состоитъ изъ 25 трехэтажныхъ зданiй. Въ немъ содер-

жаты арестанты отъ 12 лѣтъ до 81 года. Сначала показано было зданіе съ камерами на 8—14 человекъ. Камеры чистыя, просторныя, съ полами деревянными, крашенными, койки желѣзныя, тюфяки изъ мочалы, одна подушка, бѣлые на постеляхъ чистое, освѣщеніе газомъ. Стѣны окрашены масляною зеленоватою краскою. Въ каждой камерѣ электрической звонокъ. Напротивъ входной двери одно большое окно или два съ прочными желѣзными рѣшетками. По срединѣ каждой камеры большой черный деревянный столъ, на немъ поставлена содонка съ солью и графинъ съ водою. На правой стѣнѣ прибита простая во всю длину стѣны досчатая этажерка двухъярусная, раздѣленная на клѣтки: въ нижнемъ ярусѣ лежатъ сапожныя щетки, а въ верхнемъ книги для чтенія. Въ этомъ зданіи одна большая умывальная комната съ асфальтовымъ поломъ. Вдоль трехъ стѣнъ расположены эмалированныя умывальники съ кранами для воды. Дальше показано было зданіе для одиночно—заключенныхъ, въ которомъ арестанты изолированы такимъ образомъ, какъ содержатся звѣри въ зѣринцахъ. А именно: въ обширномъ и высокомъ помѣщеніи устроены рядами направо и налево отъ прихода черезъ всю длину зданія небольшія одиночныя камеры. Весь рядъ камеръ имѣетъ заднюю стѣну общую, досчатую и двѣ досчатыхъ боковыхъ стѣнки. Передняя стѣна, въ ней дверь и потолокъ сдѣланы изъ толстой желѣзной проволоки. Такимъ образомъ проходя по линіи камеръ-клѣтокъ можно видѣть все содержимое каждой камеры. Въ каждой такой камерѣ стоитъ койка, переносный клозетъ и на задней стѣнкѣ полка съ книгами.

Еще показано было зданіе для одиночно-заключенныхъ, устроенное такимъ образомъ: оно состоитъ изъ четырехъ трехэтажныхъ зданій, сходящихся въ центрѣ крестообразно. Въ каждомъ зданіи одиночныя камеры устроены направо и налево по длинѣ зданія, при чемъ 1-й и 2-ой этажи безъ потолокъ, а по линіямъ камеръ устроены узкіе желѣзные мостики съ перилами, сходящіеся во 2-мъ и 3-мъ этажѣ въ центрѣ креста, такимъ образомъ стоящій на центральной площадкѣ дежурный чиновникъ, поворачиваясь, можетъ однимъ видѣть, что происходитъ во всѣхъ частяхъ зданія. Громадная экономія въ прислугѣ и больше свѣту отъ отсутствія потолокъ. Камеры просторныя высокія; въ камерѣ стоитъ койка, столъ, табуретъ, этажерка съ книгами и въ переднемъ углу налево со входа простое деревянное судно. На столѣ графинъ съ водою. Узникъ непремѣнно занимается какимъ нибудь ремесломъ. Взрослые тяжкіе преступники съ черными масками на лицахъ. Также устроенъ и дворъ для одиночно заключенныхъ, а именно: по среди двора стоитъ двухэтажная круглая башня, отъ которой идутъ радіусами высокія каменныя стѣны до высокыхъ каменныхъ

стѣну двора. Въ такихъ треугольныхъ пространствахъ и прогуливается въ хорошую погоду одиночно заключенный, а за всѣми наблюдаетъ одинъ человѣкъ, стоящій на 2-мъ этажѣ башни. При тюрьмѣ лазаретъ на 180 мѣстъ съ хорошою аптекою. Палаты высокія, свѣтлыя и просторныя, съ крашенными деревянными полами. Между желѣзными койками столики съ верхними черными каменными досками. Въ одной палатѣ стоитъ особо устроенная койка для эпилептиковъ, это сеть глубокой и широкой щикъ со стѣнками и дномъ обложенными толстымъ слоемъ ваты и обитыми бѣлымъ полотномъ. Тутъ же виситъ на стѣнѣ корсетъ изъ ремней съ пряжками для буйныхъ, въ немъ можно буйному крѣпко связать руки и ноги. Еще показанъ былъ изоляторъ обычно устроенный, какъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Во всѣхъ зданіяхъ отопленіе смѣшанное и горячимъ воздухомъ и водяное. Освѣщеніе газомъ. При тюрьмѣ есть двѣ кирхи: лютеранская и католическая вмѣстѣ, иудейская отдѣльно и три школы для одиночно заключенныхъ. Школы устроены амфитеатромъ, при чемъ каждый одиночно заключенный изолированъ досчатými стѣнками съ боковъ, вводится сзади и видитъ передъ собою только лектора на кафедрѣ. Такая аудитория имѣетъ видъ театра съ глухими ложами. Есть заключенные малолѣтніе, осужденные за убійство на 15 лѣтъ одиночнаго заключенія, но школы должны посѣщать и взрослые ежедневно, въ особые часы. Большинство заключенныхъ осуждены на срокъ отъ 2 до 6 лѣтъ за кражи и грабежи. Есть заключенные пожизненно. Для развлеченія арестантовъ неизолированныхъ имѣются на дворѣ мастерскія: столярная, багетная, игрушечная и др. Неизолированные арестанты ходятъ въ своемъ обычномъ костюмѣ и выглядятъ обычными смертными, также и одиночно заключенные, кромѣ тяжкихъ преступниковъ, которые въ черныхъ маскахъ. Всѣ зданія содержатся очень чисто. Кухня и прачешная паровая обычнаго устройства. Заключенные ѣдятъ три раза въ сутки: въ 9 часовъ кофе съ молокомъ и $\frac{1}{2}$ фунта хлѣба. Хлѣбъ ситный очень хорошій. Въ 12 часовъ обѣдъ изъ супа и $\frac{1}{2}$ фунта хлѣба и въ 6 часовъ вечера ужинъ, снова супъ, селедка, 30,0 сливочнаго масла и 100,0 сыру. Мясa въ обѣдъ дается три раза въ недѣлю по 144,0 на человѣка. Курить всѣмъ заключеннымъ строго воспрещено. Каждому заключенному выдается въ недѣлю 60 пфенинговъ на пиво. Арестанты могутъ покупать себѣ закуски. Изъ заработанныхъ денегъ часть идетъ въ пользу узника, но не болѣе 30 пфенинговъ въ сутки.

Во время моего пребыванія въ Берлинѣ въ маѣ 1899 г. былъ всемірный конгрессъ относительно борьбы съ туберкулезомъ, какъ народною болѣзнію. Этотъ конгрессъ и содержаніе его докладовъ мною

описанъ въ июньской книжкѣ „Военно-Медицинскаго Журнала“ 1899 года. Засѣданія конгресса происходили въ рейхстагѣ. Рейхстагъ самое роскошное изъ новѣйшихъ зданій въ Берлинѣ; построень онъ въ прекрасномъ паркѣ Tiergarten'ѣ. Въ Рейхстагѣ масса богато украшенныхъ обширныхъ залъ. Засѣданіе происходило въ самой обширной центральной залѣ. Этотъ залъ устроень амфитеатромъ, освѣщается сверху черезъ громадный стеклянный куполъ; вентиляция устроена подъ каждымъ кресломъ, гдѣ входитъ черезъ мелкую рѣшетку снизу нагрѣтый чистый воздухъ. Въ подвальномъ этажѣ расположенъ приборъ для механической вентиляціи съ электрическимъ двигателемъ. Отопленіе въ Рейхстагѣ водяное. Одновременно съ этимъ конгрессомъ была въ Берлинѣ выставка краснаго креста, (Ausstellung für Krankenpflege); я и выставку эту посѣщаль. Выставлены были: дезинфекціонныя паровыя камеры Oscar Schimmel'a, Emil'a Martin'a, Sebruder Schmidt'a, Henneberg'a, Deckero'вскіе баракы-санаторіи полотняныя палатки для легочныхъ больныхъ съ одкидными запавѣсками, модели лазаретовъ Берлинскихъ клиникъ, рентгеновскій кабинетъ, Zandero'вскій кабинетъ, электрическіе вентиляторы всевозможныхъ системъ, электрическія ванны и всевозможныя приборы и аппараты для ухода за больными и принадлежности для сестеръ милосердія.

Для членовъ конгресса устраивались экскурсіи по санаторіямъ и лучшимъ городскимъ больницамъ.

Лучшая изъ санаторій въ окрестностяхъ Берлина Strabowsee устроень въ большомъ сосновомъ лѣсу, вблизи большого озера. Санаторія состоитъ изъ 6 двухэтажныхъ каменныхъ барачковъ, изъ которыхъ въ одномъ живеть администрація, а въ другомъ машинный отдѣлъ, прачешня, кухня и дезинфекціонная камера Schmidt'a. Во всѣхъ баракахъ водяное отопленіе, освѣщеніе газомъ. Полы въ корридорахъ изъ террацита, а въ палатахъ деревянные, крашенные. Палаты небольшія, для одного, двухъ и не болѣе какъ на 4 человекъ. Лѣтомъ всѣ больные помѣщаются въ Deckero'вскихъ баракахъ, въ которыхъ одни стѣны, обращенныя на солнце, снимаются. Двумъ большинству больныхъ располагается вокругъ барачковъ на постеляхъ или на кушеткахъ въ тѣни. Для развлеченія больныхъ есть бібліотека, газеты, билліардъ и піанино. Есть и ванное отдѣленіе съ душами. Въ этой санаторіи больные должны елико возможно больше пребывать на свѣжемъ воздухѣ, лежать и усиленно питаться, для чего имъ дается много молока, масла и мяса, сколько хотятъ. Определеннаго лекарственнаго леченія не примѣняется.

Находясь въ Берлинѣ я осмотрѣлъ лучшія изъ городскихъ больницъ, описаніе которыхъ и привожу.

1. *Krankenhaus am Friedrichshain* состоитъ изъ восьми павильоновъ, изъ которыхъ 6 общихъ и 2 инфекціонныхъ. Въ каждомъ павильонѣ по одному громадному залу съ большими окнами съ обѣихъ сторонъ, на окнахъ бѣлая занавѣски. Потолки очень высокія. Койки расположены въ двѣ линіи у продольныхъ стѣнъ. По срединѣ залы въ линію разставлены столы, на которыхъ находятся въ стеклянныхъ шкафахъ медикаменты, перевязочные матеріалы и инструменты, необходимые для больныхъ; на другихъ столахъ разставлены тропическія растенія и разложены книги и письменныя принадлежности. Вокругъ этихъ столовъ стоятъ мягкія и плетенныя кушетки, кресла и каталки. На столахъ лампы съ цвѣтными абажурами. Стѣны окрашены масляною краскою. Отопленіе въ павильонахъ горячимъ воздухомъ съ присущей этому типу вентиляціей. Въ такомъ родѣ устроены всѣ павильоны. Въ одномъ большой и свѣтлый операціонный залъ, освѣщенъ черезъ одну стеклянную стѣну. Кухня и прачешня паровыя. Въ дезинфекціонномъ зданіи двѣ камеры Henneberg'a. Вся больница устроена на 780 мѣсть.

При этой больницѣ *Verein Victoria — Haus für Krankenpflege*. Въ этомъ учрежденіи готовятся сестры милосердія. Вступающія въ *Verein* должны быть 25—35 лѣтъ. Въ вѣроисповѣданіи различія не дѣлается. Сестры милосердія работаютъ въ городскихъ больницахъ, въ университетскихъ клиникахъ и въ частныхъ домахъ. Предсѣдателемъ *Verein'a* состоитъ министръ, есть и начальница.

2. Больница на *Gitschinerstrasse* состоитъ изъ одного 3-хъ этажнаго зданія, корридорной системы, на 200 мѣсть, принимаются только женщины. Содержится очень чисто. Въ палатахъ ничего особеннаго. Отопленіе водяное, освѣщеніе газомъ. При больницѣ хорошій бактериологическій кабинетъ съ отдѣленіемъ патолого-микроскопическимъ. На дворѣ въ небольшомъ зданіи секціонный залъ съ асфальтовымъ поломъ. Въ другой смежной комнатѣ показанъ былъ вскрытый трущъ, который лежалъ подъ стекляннымъ колпакомъ.

3. Больница *Моабитъ* (*Krankenhaus Moabit*) устроена на 900 мѣсть, состоитъ изъ 35 бараконъ, расположенныхъ въ большомъ саду, въ двѣ линіи. Расположены между собою бараки просторно и устроены изъ цемента, покрыты поломъ. Стѣны окрашены бѣлою масляною краскою, полы изъ террацита, отопленіе водяное, освѣщеніе газомъ, вентиляціи форточками въ окнахъ и въ стѣнахъ. Въ каждомъ баракѣ со входа направо маленькая вухонька для приготовленія кофе и подогреванія пищи; налѣво въ 1-ой комнатѣ ванны, а во 2-ой ватерклозетъ и писсуаръ. Каждый баракъ на 30 мѣсть. Въ особомъ зданіи находится орто-

педическій залъ со всѣми приспособленіями для гимнастики и массажа, также въ особомъ зданіи устроенъ операціонный залъ, освѣщенный одною стеклянною стѣною и стекляннымъ потолкомъ. Стѣны въ операціонной на сажень высоты изъ бѣлыхъ кафлей, выше окрашены масляною свѣтло-зеленою краскою. У операціонной комната для хлороформированія, другая для стерилизаціи перевязочнаго матеріала паромъ въ большомъ паровомъ шкафѣ: въ ней же имѣется аппаратъ для приготовленія стерилизованной воды и другой для стерилизаціи инструментовъ содовымъ растворомъ. Въ этомъ же зданіи находится небольшой залъ для вагивальныхъ операцій, еще роскошный кабинетъ для директора больницы, комната для врача, комната для гипсовыхъ корсетовъ съ специальными вытягивающими аппаратами, комната для приходивахъ больныхъ и комната для изслѣдованія уха и выдергиванія зубовъ. Вдали отъ баракотъ, въ особомъ зданіи, находится большая дезинфекціонная камера Henneberg'a, въ которой вещи больныхъ сначала 10 минутъ согреваются сухимъ горячимъ воздухомъ, потомъ 10 минутъ дезинфицируются паромъ въ 120°, послѣ чего снова въ сухомъ горячемъ воздухѣ высушиваются.

Кухня паровая. Въ кухнѣ есть желѣзный шкафъ для жаренія мяса газомъ. Мяса полагается больному въ сутки ¹/₂ фунта. При кухнѣ есть особая темная комната, гдѣ развѣшаны туши воловьего мяса, въ ней устроены непрерывная тяга воздуха черезъ отверстія въ стѣнахъ наружу горѣніемъ газа въ рожкахъ у этихъ отверстій, вслѣдствіе чего мясо остается свѣжимъ. По баракамъ пища разносится изъ кухни въ особыхъ цилиндрическихъ высокахъ сосудахъ съ двойными стѣнками (термофорахъ), между которыми находится горячая вода. Плата за содержаніе 2 марки въ сутки.

4. Дѣтская больница (Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinder Kronschen haus) на 300 мѣсть, состоитъ изъ 6 павильоновъ. Всѣ павильоны двухэтажные; въ нихъ отопленіе водяное, освѣщеніе газомъ, полы изъ ксилолита. Въ 1-мъ павильонѣ большыя терапевтическія, амбулаторія и малый операціонный залъ, а въ нижнемъ этажѣ помѣщеніе для стерилизаціи молока, гдѣ аппаратъ Henneberg'a стерилизуетъ паромъ сразу 200 флаконовъ молока. Во 2 павильонѣ большыя хирургическія; въ немъ большой операціонный залъ; въ 3-мъ дифтеритные (60 мѣсть) и малый операціонный залъ. Дифтеритнымъ впрыскивается только сыворотка Bering'a. Четвертый павильонъ для оспенныхъ, пятый для скарлатинозныхъ и шестой для коревыхъ больныхъ. Въ особомъ зданіи паровая кухня, прачешная и машинный отдѣлъ. Плата за содержаніе въ сутки 1 ¹/₂ марки.

5. Госпиталь на Scharnhorstrasse (Krankenhaus Augusta—Victoria) состоитъ изъ вѣсколькихъ двухэтажныхъ павильоновъ, расположенныхъ въ саду въ двѣ линіи. Еще въ саду поставлены отдѣльно два легкихъ Decker'овскихъ барака (санаторія). Въ первомъ главномъ зданіи находится красивая небольшая кирха, конференцъ-залъ, очень хорошая бібліотека для врачей и операционный залъ, освѣщенный цѣлою стеклянною стѣною. Остальные павильоны содержатся очень чисто, имѣютъ окна съ двухъ сторонъ, отопленіе паромъ, освѣщеніе газомъ. Полы деревянные, крашенные, стѣны выкрашены свѣтло-зеленою масляною краскою. Въ особомъ зданіи амбулаторія. Въ павильонахъ въ 1-ой линіи помѣщаются мужчины, а во 2-ой линіи женщины и дѣти. По содержанію госпиталь раздѣляется на три класса; въ 1-мъ классѣ плата въ сутки 8 марокъ, во 2-мъ — 5 марокъ и въ 3-мъ — 3 марки. Въ первомъ классѣ въ палатахъ семейная обстановка: легкая мебель, картины, цвѣты, и ковры.

6. Психіатрическая больница въ Далльдорфѣ близъ Берлина (Irrenanstalt Zu Dalldorf), на 1500 мѣсть, устроена въ обширномъ роскошномъ паркѣ и состоитъ изъ 11 большихъ двухэтажныхъ зданій. Въ переднемъ зданіи живетъ директоръ и прочіе врачи, кирха и бюро. Въ пяти зданіяхъ на правую сторону помѣщаются больные мужчины, въ пяти на лѣвую сторону — женщины. Больные размѣщены въ обширныхъ палатахъ. Палаты свѣтлыя, съ большими окнами, стѣны выкрашены свѣтло-зеленоватого масляною краскою, полы деревянные, окрашены желтою краскою. Койки желѣзныя, у паралитиковъ съ досчатыми стѣнками по бокамъ. Отопленіе въ зданіяхъ горячимъ воздухомъ, освѣщеніе газомъ. Вентиляція въ связи съ отопленіемъ. У больныхъ паралитиковъ для предотвращенія пролежней на тыфякахъ подъ простынею и съ боковъ насыпаны очень мягкія древесныя стружки. Изоляторы состоятъ изъ небольшихъ комнатъ, стѣны которыхъ толыя, не защищены мягкой обивкою; на полу лежитъ тыфякъ. Въ окнахъ корабельная стекла.

Въ корридорѣ у изоляторовъ поставлены простые деревянные клозеты. На дворѣ имѣются мастерскія для тихихъ больныхъ. Для развлеченія имѣются рояли въ одѣленияхъ и вѣкторыя игры. Въ особыхъ зданіяхъ помѣщаются паровая кухня, прачешная и машинный отдѣлъ. У прачешной громадная дезинфекціонная камера система Henneberg'a.

7. Психіатрическая больница въ Лихтенбергѣ, далеко за Берлиномъ, въ полѣ, окруженная огромнымъ большимъ паркомъ, состоитъ изъ восьми двухэтажныхъ павильоновъ, изъ которыхъ въ переднемъ самомъ большомъ живетъ администрація;

тутъ же находятся кѣрха и бюро. Сзади главнаго зданія, перпендикулярно къ нему, въ двѣ линіи расположено по три павильона. Въ павильонахъ по правую сторону помѣщаются больные мужчины, а по лѣвую сторону—женщины. Въ павильонахъ большія свѣтлыя палаты, отопленіе водяное, освѣщеніе электрическое. Пойки желѣзныя съ проводочнымъ дномъ, тюфяки изъ волоса. Бѣлье очень хорошее, чистое. Изоляторы и все остальное, какъ и въ предъидущей больницѣ. Въ мужскомъ и женскомъ отдѣленіяхъ имѣются лазареты по 30 мѣстъ каждый. Эта больница на 1100 мѣстъ; врачей при пей 30. Тѣхіе больные мужчины и женщины работаютъ на огородахъ, въ мастерскихъ. Мужчины занимаются столярнымъ дѣломъ, сапожнымъ, переплетаютъ книги, дѣлаютъ почтовые конверты, сигары, обрабатываютъ шерсть, а женщины шьютъ, чинятъ бѣлье и вяжутъ чулки. Для развлеченія имѣются особые залы съ ролями и со всеѣми принадлежностями для игръ. Желающіе могутъ танцовать.

8. Больница для эпилептиковъ въ Wulgartenf. на 970 мѣстъ, состоитъ изъ 12 двухэтажныхъ павильоновъ. Въ павильонахъ водяное отопленіе и электрическое освѣщеніе, полы изъ дубоваго паркета. Въ этой больницѣ содержатся мужчины, женщины и дѣти. Есть много душевно-больныхъ на почвѣ эпилепсїи и отдѣленіе пдіотовъ. Въ дѣтскомъ отдѣленіи есть двѣ школы, при которыхъ двое учителей и двѣ учительницы. При больницѣ 6 врачей, которые живутъ въ особыхъ зданіяхъ. Плата за содержаніе въ сутки отъ 1-й марки 20 цфенинговъ до 2-й марки 80 цфенинговъ. Эту больницу окружаетъ большой садъ и засѣянное поле, гдѣ и работаютъ больные. Для развлеченія имѣется въ центральномъ павильонѣ залъ съ ролями, биллардъ и другія игры и кинематографъ.

Описаніемъ этой больницы я заканчиваю мой обзоръ лечебныхъ и санитарныхъ учрежденій въ Пруссїи.

(Продолженіе слѣдуетъ.)

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія, общая патологія и бактеріологія.

М. Бѣлоглазовъ. *Къ гематологіи пнми.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 44—47.

11 человекъ пнмотныхъ больныхъ различнаго (отъ 14 до 52 л.) возраста изслѣдованы авторомъ со стороны измѣненій крови. Главнѣйше результаты изслѣдованій таковы. 1) Абсолютное количество гемоглобина во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ уменьшено; постепенное нарастаніе при выздоровленіи не доходитъ до нормы даже тогда, когда количество красн. кров. тѣлецъ становится нормальнымъ. 2) Количество послѣднихъ также всегда понижено и значительнѣе, нежели уменьшеніе Нб, такъ что почти во всѣхъ случаяхъ имѣется избыточная окраска эритроцитовъ. При выздоровленіи количество кр. кров. тѣлецъ иногда нарастало, иногда же нѣтъ. Что касается морфологическихъ измѣненій въ эритроцитахъ, то они общи съ другими видами малокровія. 3) Количество лейкоцитовъ всегда уменьшено и иногда значительнѣе, нежели количество эритроцитовъ. При выздоровленіи отмѣчается неуклонное нарастаніе ихъ. Отношеніе между бѣл. и кр. кров. тѣльцами колеблется въ предѣлахъ 1 : 967—1284 и только въ одномъ случаѣ оно нормально. Что касается отдѣльныхъ видовъ лейкоцитовъ, то наблюденія показали обиліе лимфоцитовъ (до 20—25%); уменьшеніе количества нейтрофиловъ (до 28,6—15,4%) и задержку ихъ роста (ок. 95% ихъ не достигаетъ нормальной величины); увеличеніе содержанія эозинофиловъ (до 7,6%) и переходныхъ формъ.—Нѣкоторыя изъ гематологическихъ данныхъ имѣютъ значеніе для прогноза: такъ, напр., наибольшее содержаніе переходныхъ формъ и отсутствіе эозинофиловъ ухудшаютъ прогнозъ. Съ другой стороны, увеличеніе числа эритроцитовъ и особенно лейкоцитовъ является показателемъ прочности начавшагося улучшенія.—Разсматривая добытыя данныя съ точки зрѣнія зрѣлости крови (классификація Ускова), можно видѣть, что въ пнмотной крови количество зрѣлыхъ элементовъ в. мало, что слѣдуетъ объяснить замедленіемъ метаморфоза лимфоци-

товъ несомнѣнно въ зависимости отъ пониженнаго обмѣна веществъ. Если воспользоваться отношеніемъ количественнаго содержанія лимфоцитовъ въ болѣзненномъ состояніи къ нормальнымъ цифрамъ для установки коэффициента обмѣна веществъ, то для цыгги онъ будетъ равенъ 1,9 что показываетъ на значительное замедленіе обмѣна. На основаніи этого коэффициента, а также нѣкоторыхъ изслѣдованій состава мочи цыготныхъ, авторъ вопреки нѣкоторымъ изслѣдователямъ, нашедшимъ повышеніе обмѣна веществъ при цыггѣ, оставляетъ этотъ вопросъ открытымъ, но самъ склоняется въ пользу пониженія обмѣна.—Гематологическія данныя касат. цыгги ставятъ ее очень близко къ первичной перниціозной анеміи. Единственное отлічіе заключается въ томъ, что при послѣдней количество лейкоцитовъ остается нормальнымъ. Значительное сходство этихъ заболѣваній заставляетъ автора ставить вопросъ, не есть ли перниціозная анемія недоразвитая цыгга. Что касается дифференціального отлічія цыгги отъ Верльгофовой болѣзни, то здѣсь надежной опорой является алейкоцитозъ цыгги.—Выясняя вопросъ о происхожденіи кровоизліяній—одного изъ главныхъ симптомовъ цыгги,—авторъ приходитъ къ заключенію, что, не смотря на видимую возможность отнести цыггу къ группѣ такъ наз. эссенціальной пурпуры (благодаря какъ бы первичному происхожденію эххимозовъ безъ предвѣрительнаго наступленія кахексіи), слѣдуетъ иначе рѣшить этотъ вопросъ. А именно, что эххимозы и кровоизліянія цыготныхъ суть явленія вторичныя, такъ какъ ранѣе ихъ уже имѣется измѣненіе крови, указывающее на возникеніе кровотворенія, вѣроятно, ядомъ, сущность котораго намъ еще неизвѣстна. По автору, это—не инфекция. Несомнѣнно отравленіе крови измѣняетъ сосудистыя стѣнки, дѣлая ихъ доступными для проникновенія крови; но вмѣстѣ необходимо допустить, что нарушеніе питанія стѣнокъ стоитъ въ нѣкоторой зависимости отъ пораженія вазомоторныхъ центровъ—анатомическаго или функціональнаго—пока открытій вопросъ.

Н. Я. Чистовичъ и О. А. Шестакова. *О морфологическихъ измѣненіяхъ крови при краснухѣ.* Врач. Газ. 1904 г. № 1.

На основаніи 4 изслѣдованныхъ гематологически больныхъ (дѣти 7—10 л.) авторы приходятъ къ слѣд. выводамъ. По сравненію съ данными нормальнаго состава крови оказывается, что общее количество бѣлыхъ кров. тѣлецъ у больныхъ краснухою—въ предѣлахъ нормы (изъ трехъ повышено у одного до 13876—21303; норма 5900—11352). %-ныя отншенія между отдѣльными видами таковы. У двухъ больныхъ содержаніе многоядерныхъ нейтрофиловъ повышено (76,5% и 79,7%; норма 40,0—62,6%). Напротивъ, количество лимфоцитовъ понижено у этихъ больныхъ (11,5 и 15,9%, при нормѣ въ 23,8—46,3%). Большіе одноядерные лейкоциты не увеличивались въ числѣ, а количество эозинофиловъ возростало. Сравнивая найденныя измѣненія

крови съ гѣматологическими данными при кори (по литературному материалу), авторы находятъ лишь ничтожную разницу, объясняя ее возможностью отличія въ силѣ контактія, а не въ его специфическихъ особенностяхъ.

Р. Д. Зеленскій. *Къ казуистикѣ эхинококковъ головного мозга*
Врач. Газ. 1904 г. № 1.

На вскрытіи мозга больного, умершаго при невыясненномъ діагнозѣ, было найдено, что изъ нижняго рога праваго бокового желудка, растягивая его и оболочкою своею прилегая непосредственно къ шендиѣ, исходитъ опухоль, которая, при проекціи на поверхность, занимаетъ область передней центральныхъ извилинъ, всю темную долю и часть височной. Опухоль оказалась кистой, выполненною прозрачною жидкостью, содержащей на внутренней поверхности зернышка, подъ микроскопомъ представляющія картину эхинококковыхъ сколексовъ. *Insula Reilii*, *capsula interna* и *claustrum* сдвинуты опухолью, Мозговые извилины сглажены. Литературно-статистическія данныя касат. эхинококка мозга не велики. По иностраннымъ авторамъ на долю мозга среди пораженій эхинококкомъ падаетъ не болѣе 9%. Въ русской литературѣ авторъ отмѣчаетъ всего 3 случая.

Хирургія.

Е. Г. Лазаревъ. *Къ казуистикѣ эмпіемъ этмоидальной пазухи.* Хирургія. Т. XIV. № 83.

Въ двухъ, наблюдаемыхъ авторомъ, случаяхъ эмпіема этмоидальной пазухи возникла вслѣдствіе бывшаго дакриоцистита. У обоихъ больныхъ слезно-носовой каналъ оказался суженнымъ; въ одномъ случаѣ нижній слезной каналецъ вскрытъ. Въ одномъ случаѣ эмпіема повела къ образованію свища, расположившагося на I стп. отъ внутренней спайки вѣкъ. Въ другомъ — закупорка носового отверстия пазухи, дававшая стокъ гною, вызвало скопленіе его въ пазухѣ и узору внутренней стѣнки глазницы, слѣдствіемъ чего была флегмона глазницы. Въ первомъ случаѣ больная оперирована дважды. Первый разъ, послѣ трепанациі слезной кости, полость выскоблена острой ложечкой, сдѣлано сообщеніе съ полостью носа, черезъ которое и дренирована. Свищъ постепенно началъ закрываться, но вскорѣ (черезъ 3½ недѣли) больная, уже выписанная для амбулаторнаго лече-

ня, явилась съ прежними симптомами. Вторая операція слѣдила по нѣскольکو видоизмѣненному способу Ollier (временная резекція носового отростка верхней челюсти). Широкой доступъ къ полости далъ возможность лучше вычистить ее и дренировать. Свищъ закрылся на 21 день. Во второмъ случаѣ больная, получивъ облегченіе флегмоны, отказалась отъ операціи.

В. Н. Розановъ. *Къ технику оперативнаго пособія при заблываніяхъ позвонковъ.* Хирургія. Т. XIV № 83.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ автору пришлось продѣлать доступъ къ передней поверхности различныхъ отдѣловъ позвоночника. Въ одномъ случаѣ, гдѣ былъ длительноспированъ caries правого поперечнаго отростка II шейнаго позвонка, авторъ воспользовался способомъ Chiene'a, состоящимъ въ разрывѣ по заднему краю m. sternocleidomastoidei и прониканіи въ глубь позади большихъ сосудовъ, при чемъ лежащая непосредственно надъ передней поверхностью позвоночника длинная шейная мышца отодвигается вмѣстѣ съ симпатическимъ нервомъ. Для доступа къ передней поверхности грудныхъ позвонковъ авторъ рекомендуетъ экзартикуляцію головки соответственнаго ребра, а какъ дополнительный приемъ—резекцію поперечныхъ отростковъ и экзартикуляцію другихъ реберъ. Возможность широкихъ поясничныхъ разрывовъ дѣлаетъ в. легкимъ доступъ къ нижнимъ груднымъ и поясничнымъ позвонкамъ. Доступъ къ крестцу и крестцовоподвздошному сочлененію открывается сравнительно мало по способамъ Deibet и Schaefer, значительно шире и свободнѣе по способу Ollier и Bardenheuer'a. Въ случаѣ автора нельзя было примѣнить способа Ollier въ виду опасности кровотеченія. Авторъ поступилъ такъ: онъ провелъ разрывъ по гребню подвздошной кости черезъ обѣ верхнія оси до средины паховой связки. Оттягивая m. iliopecteus, при согнутой въ тазобедренномъ сочлененіи конечности, онъ достигъ крестцовоподвздошнаго сочлененія спереди. А проведя второй разрывъ отъ начала перваго внизъ отвѣсно къ кончику, открылъ это сочлененіе и сваял.

В. Н. Орловъ. *Современная классификація острой кишечной непроходимости; брыжжечныя отверстія, какъ причина обтураціонной непроходимости кишекъ.* Хирургія т. XIV. № 83.

Историческій обзоръ литературныхъ данныхъ приводитъ къ слѣдующей классификаціи кишечной непроходимости. Различаются двѣ большія группы—непроходимость динамическая (безъ анатомической причины) и механическая. Первая подраздѣляется на двѣ подгруппы

—непроходимость паралитическая и спастическая. Вторая также обнимаетъ двѣ формы—странгуляціонную (подъ которой разумѣется непроходимость, сопровождающаяся омертвѣніемъ кишки) и обтураціонную (безъ нарушенія питанія кишечной стѣнки). Что касается странгуляціонной непроходимости, то она имѣетъ нѣсколько видовъ: ущемленіе (наружное и внутреннее), заворотъ и выдѣреніе кишки съ брыжжейкою. Наконецъ, обтураціонная непроходимость можетъ зависѣть отъ сдавленія кишки снаружи, закупорки инороднымъ тѣломъ, суженія, перегиба, заворота и выдѣренія кишечной стѣнки. Въ этой классификаціи слѣдуетъ отмѣтить три пункта, которые не вводились въ прежнюю классификацію. Это—во 1-хъ, рефлекторная непроходимость въ группѣ паралитической; во 2-хъ, весь второй подотдѣлъ динамической непроходимости и въ 3-хъ, признаніе заворота, брюшинныхъ тяжей и отверстій въ качествѣ производящихъ причинъ для обѣихъ группъ механической непроходимости. Докладательству справедливости послѣдняго положенія посвящена значительная часть статьи. По литературнымъ справкамъ, оказывается, во 1-хъ, что поворотъ кишки вокругъ оси брыжжейки вызываетъ только обтурацію въ томъ случаѣ, когда перегибъ брыжжейки не настолько силенъ, что не ведетъ къ перекручиванію сосудовъ (въ б. ч. случаевъ не долѣе 180°); во 2-хъ что образующіеся въ ретроперитонеумъ тяжи не рѣдко вызываютъ лишь явленія обтураціи; наконецъ, въ 3-хъ, что брыжжечныя отверстія, прежде считавшіяся причиною исключительно странгуляціи, иногда вызываютъ только обтурацію путемъ одиночного или двойного перегиба кишки черезъ край отверстія. Поставленные авторомъ эксперименты даютъ ему возможность по отношенію къ послѣднему вопросу подтвердить клиническія наблюденія. Касаясь въ концѣ статьи вопроса о происхожденіи брыжжечныхъ отверстій, авторъ указываетъ въ качествѣ несомнѣнныхъ этиологическихъ моментовъ на травму и порокъ развитія и оставляетъ открытымъ вопросъ объ ихъ воспалительномъ происхожденіи.

Г. И. Волынецъ. *О способахъ достиженія носоглоточнаго пространства путемъ ринотоміи и резекцій. Новый способъ для доступа въ носоглотку.* Хирургія т. XIV № 84.

Классифицируя способы достиженія носоглотки, авторъ въ 1-ю группу относитъ тѣ, въ которыхъ не повреждается носовой отрѣзокъ верхней челюсти; таковы способы Rouze, Baracz'a, Castex и др. Общее достоинство ихъ—въ незначительномъ обезображиваніи лица, общій, наиболѣе важный недостатокъ—въ маломъ раскрытіи носоглотки. Вторая группа—способы частичнаго смѣщенія носа съ поврежденіемъ носоваго отростка верхней челюсти. Сюда принадлежатъ способы: Langenbeck'a (крайне обезображивающій лицо и дающій мало простора); видоизмѣнише его—способъ Lingart'a (также не дающій про-

стора) и способъ, разработанный Chalotomъ, дающий, особенно при двустороннемъ отворачиваніи носа, дов. значительный просторъ. Къ третьей группѣ—съ полнымъ смѣщеніемъ носа въ томъ или иномъ направленіи—относятся способы: Laugense'sя (закидываніе носа на лобъ), Ollier (смѣщеніе внизъ), Chassaing-a-Briv'sя (или Воескегя) (отведеніе носа въ сторону). Четвертая группа—временной частичной резекціи верхней челюсти—обнимаетъ способы: Laupenbeck'sя (крайне неудобный и въ смыслѣ эстетическомъ непримѣнимый), Воескегя (также крайне неудобный и безобразный), Hugnier, Кочегя и Weber'sя (съ модификаціей автора). Къ слѣдующей группѣ (временная полная резекціи верхней челюсти) принадлежитъ одинъ способъ Roux. Последнюю группу составляютъ небные способы Nélaton'sя, Gussenbauer'sя, Partsch'sя, Habs'sя и Делипина. Способъ автора разработанъ на трудномъ матеріалѣ. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ. Въ первый актъ, послѣ кожного разрѣза, идущаго отъ основанія носа въ спинкѣ и раскрѣшающаго губу по средней линіи, и отсепаровываніи губошечнаго доскуга (лучше на сторонѣ, противоположной наибольшему развитію слуховой), а также по отдѣленіи крыла носа отъ края аперт. рупiformis, дѣлается распилъ верхней челюсти по вертикальной линіи, идущей отъ мѣста перехода дугообразнаго края челюсти въ нижній край скуловой дуги къ краю глазницы (наружная $\frac{1}{2}$). Во второй актъ перепахивается лобный отростокъ въ направленіи отъ верхняго края грушевиднаго отверстія къ срединному краю глаза. Ведя за этимъ пилой Gigli, проведенною за задній край сошника (концы пилы торчатъ изъ отверстій ноздрей) распилывается носовая перегородка, при чемъ необходимо стремиться къ тому, чтобы большая часть осталась въ связи съ левомъ полостью носа. Тою же пилой распилываются по длинѣ кости носа. Въ третій моментъ разсѣкается мягкое небо и перепахивается твердое. Послѣ этого легкаго нажатія достаточно, чтобы отодвинуть верхнюю челюсть, а съ нею нижнюю часть носовой перегородки внизъ и наружи, чѣмъ дается широкій и свободный доступъ въ носоглотку.

А. Ф. Наблюновъ. *Изъ области почечной хирургіи: изслѣненіе правой первичнораковой почки, одновременно сочетанное съ опухолюмъ и паховымъ грыжевымъ выпященіемъ.* Хирургія т. XIV. № 84.

Заболѣваніе почки первично заложеннымъ въ ней злокачественнымъ новообразованіемъ встрѣчается дов. рѣдко, какъ о томъ свидѣтельствуютъ литературныя данныя и находящийся въ распоряженіи автора матеріалъ. Одинъ изъ наблюдавшихся имъ 5 случаевъ авторъ описываетъ наиболѣе подробно. У больного диагностировано быстро растущее злокачественное новообразованіе правой почки, доведшее его до значительнаго истощенія. Случай осложнился присутствующими

грыжами—пупочной и паховопаховочной и заднепроходнымъ свищемъ. Считаю грыжи крайне опаснымъ осложнениемъ для послѣоперационнаго періода, авторъ рѣшилъ, если позволить состояніе больного, слѣдуетъ все операциі въ одинъ разъ. Это и удалось. Послѣоперационный періодъ и результаты операциі не оставляютъ желать ничего лучшаго. Удаленная почка, размѣрами $22 \times 12 \times 10$ см. вѣс. 536,0, содержала въ верхней половинѣ правильно округленную, осумкованную опухоль, величиною съ крупный апельсинъ, дов. мягкой консистенціи въ центральнѣхъ и б. плотной въ периферическихъ частяхъ. Микроскопическое исследование указываетъ на присутствіе въ опухоли кѣлѣтокъ, характерныхъ для средней части надпочечника и частью расположенныхъ въ видѣ железистыхъ образований. Авторъ называетъ опухоль аден. карциномой.

А. А. Абражановъ *Гастроэктеростомія при доброкачественныхъ страданіяхъ желудка.* Хирургія т. XIV № 84.

Главнѣйшимъ и наиболѣе частымъ доброкачественнымъ заболѣваніемъ желудка является круглая язва съ ея осложнениями. Это заболѣваніе, которому подвержено (по нѣмецкой статистикѣ) 4—5% населения и которое самопроизвольно излечивается только въ 0,75% даетъ среднія цифры смертности въ 25—30%. Этой высокой смертностью и оправдывается стремленіе хирурга къ активному вмѣшательству до наступленія осложнений, съ которыми въ настоящее время, главнымъ образомъ, приходится встрѣчаться хирургу. Наиболѣе опасными, но и наиб. рѣдкими осложнениями круглой язвы являются прободеніе и кровотеченіе. Результатомъ прободенія можетъ быть или острый прободной перитонитъ или подострый и хроническій въ формѣ перигастрита. Единственно рациональное леченіе при распознанномъ прободеніи—хирургическое. Статистика въ этомъ отношеніи даетъ слѣдующія цифры. Оказывается, что общая цифра благоприятныхъ исходовъ = 50%., но при болѣе ранней операциі (въ первые 12 часовъ), она значительно повышается (до 70—78%).—Что касается хирургической помощи при кровотеченіяхъ, то въ острыхъ случаяхъ, особенно, когда не примѣнимо болѣе радикальное мѣропріятіе (какъ вырѣзываніе язвы, обкалываніе, перевязка кровоточащаго сосуда) по тѣмъ или инымъ условіямъ, хирургическое вмѣшательство б. ч. оканчивается печально. Наоборотъ, при повторныхъ кровотеченіяхъ, хирургическое пособіе имѣетъ лучшее предсказаніе.—Съуженіе привратника и сращенія желудочной стѣнки на почвѣ перигастрита требуютъ также хирургическаго леченія. Въ послѣднемъ случаѣ примѣняется разсѣченіе тяжей, резекція желудка или гастроэктеростомія. Для устраненія явленій суженія привратника выдвинуты двѣ операциі—пилоропластика и гастроэктеростомія. Вопросъ о предпочтительности той или иной изъ

нихъ авторъ оставляетъ открытымъ, но дѣласть нѣсколько замѣчаній въ пользу гастроэктеростоміи, а именно: во 1-хъ, хотя она и даетъ нѣсколько большій % смертности, но за то примѣнима всегда, тогда какъ пилоропластика невозможна при неподвижности привратника. при плотныхъ сращенияхъ его и инфильтраціи стѣнки. Во 2-хъ, только гастроэктеростомія удовлетворяетъ требованію легкаго опорожненія желудка, устраняя три задерживающихъ аппарата желудка—привратниковую область, жомъ и рефлексъ съ duodenum.—Въ трехъ оперированныхъ авторомъ случаяхъ примѣнена гастроэктеростомія по Roux съ удачнымъ исходомъ.

И. Овчинниковъ.

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Изъ научныхъ собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета.

(Засѣданіе 25-го Октября 1903 г.)

Д-ръ А. В. Фаворскій показалъ *спинносухопоясочнаго больного, страдающаго спинносухопоясочнымъ поражениемъ суставовъ ногъ, главнымъ образомъ, тазобедренныхъ.*

Больной, крестьянинъ, 33-хъ лѣтъ отъ роду, холостой, бывшій гвардеецъ, родился здоровымъ ребенкомъ отъ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ не было ни сифилиса, ни алкоголизма, ни туберкулеза. Въ лѣтствѣ больной ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ, съ 14 лѣтъ сталъ имѣть сношенія съ женщинами, причѣмъ по его словамъ, онъ часто злоупотреблялъ этимъ. Въ это же время началъ пить водку и нерѣдко напивался до пьяна. На 15-мъ году получилъ трипперъ. На 23-мъ году получилъ сифилисъ. Лечился отъ послѣдняго очень плохо (употреблялъ 12 ртутныхъ пожмыхъ пластырей). Черезъ 7 лѣтъ послѣ этого сталъ чувствовать общую слабость, опѣкѣніе на груди и ногахъ, стрѣляющія боли въ ногахъ и дѣтородномъ членѣ. Вскорѣ же появилось недержание мочи и половое безсиліе что заставляло его искать помощи у специалистовъ. Последними было распознано начало сухотки спинного мозга и назначень курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Осенью 1901 года поступила подъ наблюденіе докладчика, причѣмъ было обнаружено отсутствіе атаксіи, недержание мочи и задержка, отсутствіе эрекціи члена, отсутствіе коленныхъ рефлексовъ, неравенство зрачковъ, разстройство чувствительности на ногахъ по типу периферическому и на груди—по корешковому. На рукахъ—нормальна. Сдѣланъ курсъ инъекцій натріи нитросі. Весною 1902 года сдѣланъ курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Въ это время у больного появились на подошвенной сторонѣ пальцевъ ногъ пузыри, наполненные серозною, а иногда и кровянистою жидкостью. Появился циститъ. Спустя мѣсяца $1\frac{1}{2}$ эти трофическія разстройства исчезли. Осенью того же года циститъ и пузыри снова появились, причѣмъ постельная ложа стала синебагроваго цвѣта, ногти ломкими и въ концѣ

концовъ ногти нѣкоторые выпали, и съ теченіемъ времени замѣнились новыми. Циститъ исчезъ черезъ мѣсяць при примѣненіи в. Боржома. При наличности такихъ трофическихъ расстройствъ на пальцахъ ногъ въ январѣ 1903 года появилось вдругъ, безъ всякой видимой причины, безъ повышенія температуры тѣла, опуханіе праваго голеностопнаго сустава, которое при примѣненіи ихтіоловой мази и согрѣвающихъ компрессовъ постепенно въ теченіе 2½ недѣль прошло, не оставивъ послѣ себя никакихъ послѣдствій въ сочлененіи.

Въ апрѣлѣ, безъ всякой видимой причины, но съ повышеніемъ температуры тѣла, доходившей въ иные дни даже до 39°C, появляется очень сильное опуханіе праваго тазобедреннаго сустава, причѣмъ больной теряетъ способность владѣть правой ногою. Спустя 1½ недѣли, температура приходитъ къ нормѣ, суставъ же остается въ прежнемъ видѣ, причѣмъ въ окружающихъ его частяхъ появляется окольный отекъ. Въ правомъ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ тоже появляется небольшое опуханіе, безъ повышенія температуры тѣла. Черезъ 2 недѣли колѣнный и голеностопный суставы приходятъ къ нормѣ. Опуханіе праваго тазобедреннаго сустава черезъ 3 мѣсяца отъ начала своего появленія постепенно исчезаетъ, но при пассивныхъ движеніяхъ, которыя можно совершать во всѣхъ направленіяхъ сверхъ нормы и при томъ безъ всякой боли, какъ это было и при самомъ возникновеніи заболѣванія сустава, можно замѣтить, что сочлененныя поверхности костей тазобедреннаго сустава сильно измѣнились, благодаря чему легко происходитъ подвывихъ головки тазобедренной кости. За все время заболѣванія сустава болей въ немъ не наблюдалось. — Въ концѣ августа 1903 года больного, весьма возможно, продуло на вѣтру, послѣ чего у него повысилась температура и появилась неловкость при движеніи въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Въ теченіе недѣли развилось сильное опуханіе этого сустава съ окольнымъ отекомъ окружающихъ частей, а равно сильное опуханіе замѣчалось въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ и въ меньшей степени въ колѣнномъ. Болей въ пораженныхъ суставахъ не было ни самостоятельныхъ, ни при движеніи. Движенія пассивныя были очень обширны по объему. Спустя недѣлю, послѣ дачи внутрь хицина, температура пришла въ норму. 27 сентября 1903 г. больной поступилъ въ мѣстную нервную клинику. Status praesens 30'ix 903 г. Черепные нервы въ порядкѣ. Движенія шеи, рукъ и туловища нормальны. Движенія въ правой ногѣ ограничены по объему и по силѣ ослаблены, причѣмъ поднять ногу кверху больной можетъ, только поворачивая ее кнаружи и напрыгая *in saltatoria*, который представляется гипертрофированнымъ. *M. quadriceps* дѣйствуетъ очень слабо. Въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ движенія менѣе ограничены. Въ лѣвой ногѣ въ тазобедренномъ суставѣ движенія отсутствуютъ. Въ колѣнномъ и голеностопномъ ограничены по объему и ослаблены по силѣ. Сидѣть можетъ. Ходить не можетъ. Сухожильные рефлексы

на рукахъ нормальны. Westphal. Съ Ахиллова сух. нѣтъ рефлекса. Кожныя— п дмшковый и брюшной оживлены, съ подошвы—нѣтъ.

Рефлексы съ слизистой оболочки носа и глотки норм., съ глотки сильно пониженъ. Неравенство зрачковъ, плохая реакція на свѣтъ. Недержаніе мочи постоянное и легкая задержка. Запоры. Анестезія тотальная на ногахъ по периферическому типу, на туловищѣ по корешковому. На рукахъ гиперестезія болевая по периферическому типу. Органы высшихъ чувствъ норм. Атрофія мышцъ бедра и отчасти голени. Фаралитическая и гальваническая возбудимость четырехглавыхъ мускуловъ понижена, характеръ сокращенія—вяловатый. Въ остальныхъ мышцахъ—нормальна. Въ m. sartorius dex. повышена. Тазовой поясъ при осмотрѣ здаи походить на женскій, благодаря опуханію лѣваго тазобедреннаго сустава и выстоянію головки праваго бедра. Колѣнные и голеностопные суставы нормальны. Оба сустава тазобедренные позволяютъ дѣлать очень обширные размахи, далеко превосходящіе по объему нормальные, причемъ ощущается ясный хрустъ. Движенія эти безболѣзненны. Температура тѣла нормальна. Моча мутна, содержитъ осадокъ солей фосфорно-кислой извести, трипельфосфатовъ и мочекислыхъ солей; небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; реакція слабая щелочная. Бѣлка и сахара нѣтъ. Катарральное воспаленіе верхушекъ легкихъ. Изслѣдованіе мокроты на Коховскія палочки дало отрицательный результатъ. Селезенка не увеличена—За время нахожденія въ клиникѣ опухоль лѣваго тазобедреннаго сустава опала, но еще не совсѣмъ. Моча представляла колебанія по своей реакціи и количеству осадка; по временамъ она была совершенно нормальной.

Докладчикъ исключаетъ здѣсь ревматическое пораженіе суставовъ, такъ какъ нѣкоторые суставы распухали, не давая повышенія температуры, и относить это страданіе къ остроразвившемуся трофическому разстройству въ области суставовъ, съ характеромъ синовиальнаго выпота, на почвѣ существующей у бѣднаго спинной сухотки, вызвавшей цѣлый рядъ другихъ трофическихъ явленій (пузыри на пальцахъ ногъ, циститъ). Докладчикъ отмѣчаетъ сравнительную рѣдкость пораженія тазобедренныхъ суставовъ при спинной сухоткѣ. Такъ по даннымъ Каванской нервной клиники, за послѣдній 10 лѣтній періодъ, на 700 табиковъ даннымъ случай приходится первымъ.

Въ преніяхъ приняли участіе.

проф. Ковалевскій. Я позволялъ бы себѣ предположить въ данномъ случаѣ скорѣе гуммозное разрошеніе въ области сустава.

Мнѣ не разъ приходилось видѣть табиковъ съ пораженіемъ суставовъ, гдѣ по наличности клинической картины нужно было признать гуммозную инфильтрацію сустава, что и подтверждалось очень благопріятнымъ успѣхомъ специфическаго леченія.

Докладчикъ. Развитие болѣзненнаго процесса въ суставѣ и все его теченіе говорило противъ этого предположенія; тѣмъ болѣе, что, наприм., голено-

стоппный суставъ пришелъ къ нормѣ безъ всякаго специфическаго леченія. При наличности же различныхъ трофическихъ разстройствъ кожи въ видѣ пузырей, наполненныхъ серозной жидкостью, въ видѣ цистита естественнѣе было думать что и въ суставахъ мы имѣемъ такое-же трофическое разстройство.

Д-ръ Левчаткинъ замѣтилъ, что множественность пораженія суставовъ въ сравнительно короткій промежутокъ времени едва-ли говорить здѣсь о гумозной инфильтраціи суставовъ.

Д-ръ Скуридинъ спросилъ, какая примѣнялась здѣсь терапия.

Докладчикъ отвѣтилъ, что больному днемъ на пораженный суставъ клались компрессы согрѣвающие, а на ночь втиралась ихтиоловая мазь; внутрь—юль.

Д-ръ Борманъ спросилъ, чѣмъ докладчикъ объясняетъ здѣсь циститъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ данномъ случаѣ циститъ былъ ничто иное, какъ такое же трофическое разстройство слизистой оболочки, какое наблюдалось на кожѣ ногъ.

Д-ръ Борманъ. Въ такомъ случаѣ терминъ «циститъ» едва-ли здѣсь подходить. Если же здѣсь на самомъ дѣлѣ существовалъ циститъ, то можно допустить, что онъ обязанъ какому нибудь инфекціонному началу, проникшему въ пузырь изъ кишечника.

Д-ръ Первушинъ. Принимая во вниманіе, что заболѣваніе суставовъ сопровождалось повышенной температурой и развивалось остро вполне законно предположить, что у даннаго больного было какое-то инфекціонная, можетъ быть даже, ревматическое пораженіе суставовъ, которое и повлекло за собою такую подіартропатию.

Докладчикъ. Я не могу вполне согласится съ Вашимъ предположеніемъ такъ какъ, не смотря на ежедневное наблюденіе за больнымъ, я не замѣтилъ у него повышенія температуры при заболѣваніи праваго голеностопнаго сочлененія. Затѣмъ, если бы это повышеніе температуры зависало отъ остраго ревматизма суставовъ, то мнѣ непонятно, почему оно быстро проходило послѣ нѣсколькихъ дозъ хинина. По моему мнѣнію эта температура есть, скорѣе, явленіе случайное, далеко необязательное для даннаго заболѣванія суставовъ. Чѣмъ ее объяснить, я затрудняюсь; но мы иногда встрѣчаемъ у одного и того же табика желудочные кризы, одинъ разъ съ повышенной температурой, а въ другой—безъ этого, при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ. Отыскать здѣсь причину повышенія температуры тоже совершенно не удается.

Д-ръ Борманъ сказалъ, что при подкожныхъ переломахъ костей наблюдается нерѣдко повышеніе температуры, хотя здѣсь и не бываетъ никакого зараженія.

Д-ръ Илговскій высказалъ предположеніе, что изученіе температурной кривой даннаго случая могло бы выяснить характеръ пораженія суставовъ.

Д-ръ Клячкинъ привелъ аналогичный случай припуханія большихъ суставовъ у одного табика.

Д-ръ Осокинъ выразилъ желаніе, чтобы въ данномъ случаѣ была произведена рентгеноскопія для выясненія характера поврежденія костей сочлененій.

Д-ръ Тихомировъ спросилъ, въ чемъ здѣсь выражался циститъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что у больного моча была мутна, содержала хлопья слизи, небольшое количество плоскихъ клѣтокъ пузыря, — кристаллы трипель фосфатовъ и фосфорнокислой извести.

Проф. Даркшевичъ резюмируя пренія, сказалъ, что относительно природы заболѣванія суставовъ здѣсь слѣдуетъ присоединиться къ мнѣнію докладчика, что у данного больного пораженіе суставовъ табического характера, а не инфекционного, ибо нѣкоторые суставы заболѣвали безъ всякаго повышенія температуры.

2. Д-ръ **А. В. Фаворскій**. *О нисходящихъ системахъ при поврежденіи передняго двухолмія въ связи съ фізіологическими явленіями.*

Докладчикъ приводитъ результаты своихъ 27 опытовъ на собакахъ съ разрушеніемъ двухолмія. Поврежденіе производилось платиновой петлею, накаливаемой электрическимъ токомъ. Черезъ трепанационное отверстіе въ затылочной части затылочная доля большого мозга приподнималась изогнутою деревянною лопаткою, послѣ чего становились ясно видимыми заднее и переднее двухолмія. Поврежденіе дѣлалось на различной глубинѣ, причѣмъ окружающіе части оставались совершенно неповрежденными; поврежденіе двухолмія получалось очень чистое, строго ограниченное, безъ кровоизліянія. — Животное оставалось жить не болѣе мѣсяца, послѣ чего его убивали и мозгъ обрабатывали по Marchi и Weigert — Pahl. Дѣлалась непрерывная серія срѣзовъ, начиная съ уровня передней $\frac{1}{3}$ зрительнаго бугра и кончая 1-мъ шейнымъ отрѣзкомъ (сегментомъ). Затѣмъ, шла непрерывная серія изъ 3-го и 7-го шейныхъ, 3-го, 7-го и 13-го грудныхъ, 2-го и 6-го поясничныхъ и одного крестцового отрѣзковъ. Обслѣдованіе микроскопическихъ препаратовъ показало, что разрушеніе пластинки передняго двухолмія влечетъ за собой нисходящее перерожденіе нѣсколькихъ системъ. Одна система (*fasc. tectobulbaris praedorsalis*) перерождается одинаково при поврежденіи какъ проксимальныхъ, такъ и дистальныхъ отдѣловъ пластинки передняго двухолмія, между тѣмъ какъ другія системы короткіе пути по Müllner и Wiener и Павлову выступаютъ, главнымъ образомъ, тогда, когда поврежденіе помѣщается въ самомъ заднемъ отдѣлѣ передняго двухолмія. Всѣ эти системы перерождаются только

при разрушеніи глубокаго сѣраго слоя передняго двухолмія. Поврежденіе поверхностныхъ слоевъ не влечетъ за собою нисходящаго перерожденія, если только это поврежденіе не находится на мѣстѣ перехода передняго въ заднее двухолміе, гдѣ короткія системы, собираясь въ пучки, лежатъ очень поверхностно. Короткіе пути, начавшись въ сѣромъ глубокомъ слоѣ передняго двухолмія, главнымъ образомъ, въ заднихъ его отдѣлахъ, спускаются внизъ, описывая при этомъ дугу, выпуклую кнаружи. Наружняя часть этихъ путей, въ области задняго двухолмія, собирается въ сравнительно толстый пучекъ, лежащій очень поверхностно и занимающій самый наружный отдѣлъ покрывки. Большая часть этихъ волоконъ оканчивается на различныхъ уровняхъ въ сѣрыхъ массахъ моста, нѣкоторыя же волокна, принимая постепенно стрѣловидное направленіе, присоединяются къ волокнамъ слѣдующей части путей. Внутренняя часть короткихъ путей меньшая по количеству, спускается разбросанными волокнами внизъ, въ область сѣтевиднаго вещества покрывки и принимая стрѣловидное направленіе надъ наружнымъ концомъ медиальной петли значительно истощается на различныхъ уровняхъ этого вещества, но нѣкоторыя волокна, спускаются ниже, около наружной стороны пирамиды, къ области трапецевиднаго тѣла и даже нѣсколько ниже.

— Признать эту часть короткихъ путей за самостоятельную систему, какъ это предлагаетъ Павловъ, пока нѣтъ особенныхъ основаній. Кроме того, докладчикъ наблюдалъ на многихъ препаратахъ волокна, идущія кнаружи отъ границы, отдѣляющей сѣрое полостное вещество отъ внутренней поверхности передней части ядра задняго двухолмія. Волокна эти шли кнаружи къ короткимъ путямъ передняго двухолмія, тотчасъ подъ началомъ ядра задняго двухолмія или немного снизу, перерѣзая его на своемъ пути. Перерождались эти волокна только при поврежденіи задняго отдѣла передняго двухолмія, причемъ заднее двухолміе, ядро боковой петли и церебральный корешокъ тройничнаго нерва при этомъ задѣты не были.

— Слѣдующая система (*fasc. tecto bulbaris praedorsalis*, по Павлову), начинаясь изъ глубокихъ слоевъ передняго двухолмія имѣетъ вначалѣ различный ходъ: одна часть волоконъ отъ мѣста происхожденія идетъ радиарно кпереди и къ средней линіи къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, и затѣмъ поворачиваетъ книзу, огибая дугою и отчасти пересѣкая задній продольный пучекъ (брюшную часть его), переходитъ шовъ и ложится сбоку его, подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ въ области перекреста Мейнерта. Другая часть волоконъ идетъ отъ мѣста своего происхожденія прямыми волскнами къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, гдѣ сразу загибается книзу и спускается во фронтальной плоскости нѣсколько ниже брюшнаго конца церебральнаго корешка тройничнаго нерва, а затѣмъ поворачиваетъ кпереди и пройдя нѣкоторое растояніе, въ области перехода передняго двухолмія въ зрительный бугоръ, снова идетъ дугою во фронтальной плоскости къ перекресту Мейнерта, какъ и первая часть

волоконъ, съ которой она и смѣшивается здѣсь. Третья часть волоконъ идетъ прямо къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, гдѣ загибаясь книзу, спускается во фронтальной плоскости дугою и подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ достигаетъ шва, переходить его и ложится тамъ, гдѣ и двѣ предыдущія части. Подходя къ перекресту Мейнерта эта система частью своихъ волоконъ перерѣзаетъ самый дорзальный отдѣлъ красного ядра, къ которому даетъ иногда отдѣльныя волоконца. Перейдя на другую сторону шва, она вскорѣ принимаетъ стрѣловидное направленіе, занимая дорзальный отдѣлъ шва, идетъ далѣе къ продолговатому мозгу и по мѣрѣ приближенія къ ядру слуховаго нерва уменьшается въ объемѣ, на уровнѣ же ядра язычнаго нерва совершенно исчезаетъ. Перейдя на противоположную сторону шва, система эта посылаетъ толстыя волокна вверхъ къ промежутку между задними продольными пучками. Мнѣніе Эрнста, что это—коллатерали къ заднему продольному пучку представляется сомнительнымъ: очень великъ калибръ волоконъ для коллатералей.

На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть поперечныя тонкія волоконца, идущія отъ перекреста Мейнерта кнаружи въ область сѣтевиднаго вещества покрывки. Какой системѣ принадлежатъ эти волокна трудно сказать, но во всякомъ случаѣ не волокнамъ петли, описаннымъ Нелд'омъ.

Очень небольшая часть волоконъ *fascic. tectobulbaris praedorsalis* шла надъ Сильвиевымъ водопроводомъ и кончалась, не доходя нѣсколько ядра противоположнаго двухолмія. При поврежденіи *nuclei intratrigeminalis* никогда не удавалось прослѣдить волоконъ, переходящихъ надъ Сильвиевымъ водопроводомъ на другую сторону къ перекресту Мейнерта, какъ это рисуетъ Коh n s t a m m. — При поврежденіи полномъ красного ядра докладчикъ наблюдалъ перерожденіе т. н. Моp a k o в с к а г о пучка. Отъ красного ядра волокна направляются къ перекресту Форсея, переходятъ черезъ шовъ на противоположную сторону и ложатся косо между краснымъ ядромъ и чернымъ веществомъ *Soemeringii*. Почти тотчасъ послѣ перекреста они принимаютъ стрѣловидное направленіе и въ области средней части задняго двухолмія поднимается выше и лежитъ кнутри отъ боковой петли, нѣсколько ниже наружнаго края *blindarm*. На уровнѣ появленія верхней оливы онъ дѣлаетъ рѣзкій загибъ книзу и нѣсколько кнаружи и спускается, на подобіе толстаго корешка между оливой и общимъ корешкомъ тройничнаго нерва къ брюшной поверхности ствола, причемъ нѣкоторыя волокна входятъ и окружаютъ двигательное ядро V пары. При появленіи ядра VII пары волокна снова принимаютъ стрѣловидное направленіе и лежатъ между ядромъ лицевого нерва и брюшнымъ краемъ спинальнаго корешка V пары, причемъ много волоконъ входитъ и окружаетъ ядро лицевого нерва, а нѣкоторыя волокна идутъ вверхъ къ сѣтевидному веществу надъ этимъ ядромъ, а равно встрѣчаются здѣсь и послѣ исчезанія этого ядра. На всемъ протяженіи продолговатого мозга онъ не отхо-

дить отъ брюшнаго конца спинальнаго корешка у пары, и въ такомъ положеніи переходить въ спинной мозгъ, занимая на уровнѣ появленія перекреста пирамидъ, среднюю и отчасти внутреннюю часть бокового столба. Въ шейной части онъ располагается въ средней и отчасти внутренней части бокового столба, начинаясь отъ задняго рога и простираясь къпереди почти до лучка Говерса. На остальномъ протяженіи спиннаго мозга онъ, удерживая описанное расположеніе, постепенно уменьшается, такъ что въ крестцовой части остается нѣсколько волоконъ, расположенныхъ въ задней части бокового столба, на границѣ съ заднимъ рогомъ. Перехода волоконъ въ рогъ авторъ не наблюдалъ.

Не наблюдалось также восходящаго перерожденія при разрушеніи передняго двухолмія, а равно не было перерожденія и въ п. opticus.

Клинически при разрушеніи передняго двухолмія слѣпота, разстройство реакціи зрачковъ на свѣтъ и вообще какихъ-либо ненормальныхъ явленій у животныхъ не встрѣчалось. При разрушеніи же краснаго ядра наблюдались вынужденныя движенія и атаксія при ходьбѣ. (Докладъ сопровождался демонстрацію препаратовъ помощью проэкціоннаго аппарата и демонстрацію схемы хода путей).

Въ преніяхъ приняли участіе.

Д-ръ Клячкинъ отмѣтилъ большую чистоту техники поврежденія намѣченныхъ докладчикомъ областей, благодаря чему у него не остается сомнѣнія въ точности полученныхъ докладчикомъ результатовъ.

Проф. Даркшевичъ. Въ настоящее время, когда мы изучаемъ детали хода извѣстныхъ системъ, чистота техники при экспериментахъ имѣетъ огромную важность. Чистота опытовъ, приводимыхъ докладчикомъ, дастъ намъ возможность разобраться въ тѣхъ противурѣчивыхъ результатахъ, которые имѣются въ литературѣ по разбираемому докладчикомъ вопросу.

А. Оворскій.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

**Акушерка Книжка 12-я Декабрь 1903 г.

*Арнольдъ В. А. Замѣтки о рождаемости, смертности и заболѣваемости въ г. Баку.

*Emile Fougere & Paul Veselus. — Курсъ Хирургической терапіи. Томъ IV.

*Гречинскій В. П. Брюшной тифъ.

**Архивъ Ветеринарныхъ наукъ, 1903 г. Книга 11-я. — Автократовъ Д. М. Къ вопросу о дѣйствиі стрихнина на птицъ. — Дедолинъ А. В. Постороннія тѣла въ желчномъ пузырькѣ коровы. — Зайкинъ А. Варикозное расширеніе венъ скакательнаго сустава (кровоной шпость) у лошади вслѣдствіе беременности. — Долгихъ I. Происхожденіе молочнаго жира, его измѣненія и попытка опредѣленія индивидуальности молочной секретіи. — Касаткинъ А. И. Матеріалы по ветеринарно-санитарнымъ и зоотехническимъ вопросамъ Степнаго края.

Кн. 12 1903 г. — Андреевъ Н. Ф. Изслѣдованіе жира джугары. (Окончаніе). — Долгихъ I. Происхожденіе молочнаго жира, его измѣненія и попытка опредѣленія индивидуальности молочной секретіи, (Окончаніе). — Касаткинъ А. И. Матеріалы по ветеринарно-санитарнымъ и зоотехническимъ вопросамъ Степнаго Края. (Окончаніе).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія 1903—VII.

**Военно-медицинскій журналъ декабрь 1903 г. — Понельскій Л. Б. О сравнительныхъ качествахъ бисквитъ и галетъ. — Нечаева А. А. Вліяніе колебанія вирулентности стрептококка на теченіе инфицированной раны. — Лисевича

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

Н. М. Къ казуистикѣ чревостѣченной въ военно-врачебной практикѣ.—Шиманскаго Э. В. Къ вопросу объ аденоидныхъ разраженіяхъ.—Маневскаго А. Къ казуистикѣ огнестрѣльныхъ раненій сердца.—Шенотьевъ Н. К. Болѣзни сердца у призываемыхъ и новобранцевъ.—Држевецкій А. Ф. Случай суженія легочной артеріи.—Топаловъ С. И. О практическомъ значеніи цитодиагностикомъ значеніи цитодиагностики при выпотныхъ плевритахъ.—Алфеевъ И. Я. Объ измѣненіи вѣса у молодыхъ солдатъ въ первые мѣсяцы ихъ службы.—Коляго К. Испытаніе доволства нижнихъ чиновъ солодовымъ кофе.—Федоровъ С. Обзоръ мѣръ, которыя были принимаемы къ сохраненію здоровія нашихъ войскъ въ степныхъ походахъ.—Кіянницынъ Н. И. Къ вопросу о вліяніи обезпложиванія среды, вдыхаемаго воздуха и пыли, вводимой въ желудокъ, на животныхъ.—Бунушевъ В. М. Костюда зубовъ у солдатъ.—Каркъ Е. И. Рѣдкій случай внѣполового сифилитическаго первичнаго склероза.—Кресина Д. К. О замѣнѣ притертыхъ пробокъ фарфоровыми въ стеклянкахъ неприкосновеннаго запаса военнолечебныхъ средствъ.

**Вопросы философіи и психологіи ноябрь-декабрь, 1903 г.

**Вѣстникъ С.-Петербургскаго врачебнаго О-ва взаимной помощи, октябрь 1903 г. выпускъ VII.

**Врачебная Газета № 50, 1903 г.—Козловскій М. Е. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ.—Гейманъ Э. Г. Enteritis membranosae.—Розенблюмъ Е. Е. Къ казуистикѣ беременности при цѣлости дѣвственной плевы въ связи съ вопросомъ о растѣнніи.

№ 48-й.—Коровинъ А. М. Бугорчатка и алкоголизмъ.—Порошинъ М. Н. Случай разрыва прямокишечно-влагалищной перегородки при родахъ.—Кушевъ Н. Е. Признакъ Ober-Sandarelli при раково-перерожденныхъ бронхиальныхъ железахъ.—Шостакъ Я. Е. Желтуха, какъ осложненіе скарлатины.—Машнеръ В. I. Случай cryptorchismus ectopia inguinalis aperturae externae et ectopia intraabdominalis.

№ 49-й. Серповскій К. Г. Некротуберкулезъ и псевдотуберкулезъ легкихъ у кроликовъ.—Жуковскій В. П. Нѣсколько случаевъ интоксикаціи суклемой новорожденныхъ дѣтей.—Лифшицъ И. В. Къ эпидеміологіи болотной лихорадки.

№ 51-й.—Мартинсенъ А. Случай хроническаго нефрита послѣ гриппа у ребенка 2 лѣтъ.—Розенблюмъ Е. Е. (Окончаніе).—Шонтковский С. Споры Lycopodium, симулирующія туберкулезныя бациллы въ мокротѣ.—Домбровский Н. Ф. Къ казуистикѣ неправильнаго прорѣзываніе зубовъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

№ 52-й. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

**Врачебно-санитарный листокъ Симбирской губерніи № 17—18-й № 19—20-й № 23—24 1903 г.

**Врачебно-санитарная Хроника Ярославской губер. 1903 г. № 2.

**Врачебная хроника Самарской губерніи № 8. 1903 г.

**Вѣстникъ общественной Гигіены судебной и Практической медицины 1903 г. ноябрь.—Черепнинъ С. Эпидемія сыпного тифа въ С.-Петербургѣ 1902—1903 г.—Констансонъ С. В. Роль крысъ и мышей въ чумныхъ эпидеміяхъ.—Кирилловъ Н. Японскія санитарныя учрежденія.—Онъ-же. О движеніи населенія и смертности его во Владивостокѣ.

Декабрь.—Вайнштейнъ И. М. Сомнительныя бубонныя заболѣванія—Вириядло В. Л. Къ вопросу о борьбѣ съ проказой.—Толстой К. К. Какъ выяснить вліяніе малыхъ дозъ алкоголя на человѣческой организмъ.

**Вѣстникъ Трезвости, № 108 декабрь 1903 г.

**Дѣтская Медицина № 6-й 1903 г.—Михайловъ П. П. Ангиома печени у ребенка.—Русаконъ И. В. Случай гонорройнаго артрита.—Делекторскій Н. П. Случай примѣненія атропина при аппендицитѣ.—Черно-Шварцъ Б. П. О леченіи *Chorea minor*.

**Дѣятель № 13 декабрь 1903 г.

**Журналъ Русскаго О-ва охраненія народнаго здравья июль-августъ 1903 г. № 7—8.—Чечоттъ О. А. Отчетъ о льготномъ леченіи немощныхъ больныхъ въ Пятигорскѣ въ сезонъ 1902 г. и нѣкоторыя разсужденія по этому поводу.—Петровъ Н. В. «Номенклатура причинъ смерти».

**Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней ноябрь 1903 г.—Лисянскій И. И. Къ ученію объ острой желтой атрофіи печени.—Покровскій М. М. О злокачественной опителомѣ ворсинчатой оболочки.—Рашпещъ А. С. Къ вопросу о пользѣ резиновыхъ перчатокъ въ акушерской практикѣ.—Мироновъ М. М. Къ казуистикѣ оперативнаго леченія разлитаго гнойнаго воспаленія брюшины.—Бацевичъ Ев. Случай *atresiae vaginae congenitae*—Подгорескій Е. и Столыпинскій В. 1000 чревосѣченій, произведенныхъ проф. Н. Н. Феноменковымъ, (окончаніе).

**Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова Книга 6-я 1903 г.—Thiemich M. Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.—Вгипс Р. Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.—Муратовъ В. А. Периодическое помѣпательство въ клиническомъ, судебно-медицинскомъ отношеніяхъ (окончаніе).—Маргулисъ М. С. Случай перниціозной анеміи съ имѣненіями въ центральной нервной системѣ.—Сокольскій Н. А. Къ вопросу объ острыхъ психозахъ и ихъ классификаціи.—Корсаковъ С. С. Психіатрическія экспертизы.

**Журналъ О-ва русскихъ Врачей въ память Пирогова. № 6 декабрь 1903 г.—Соколовъ Н. По поводу закона 2-го іюня 1903 г. о вознагражденіи увѣчныхъ рабочихъ.

**Записки Русскаго бальнеологическаго общества въ Пятигорскѣ № 3 томъ VI. 190³/₄ г.

**Записки Императорскаго Новоросійскаго Университета, томъ девяносто четвертый 1903 г.

**Извѣстія Императорскаго Русскаго Географическаго Об-ва, томъ XXXIX 1903 г. выпускъ I, II, III, 1901 томъ XXXVII вып. VI томъ XXXVIII 1902 г. вып. V.

**Извѣстія по литературѣ наукамъ и Библиографіи № 1, 2, 1904 г.

*Извѣстія Императорской военно-медицинской академіи ноябрь № 3 1903 года.—Редлихъ А. Къ казуистикѣ уродствъ женской половой сферы.—Троицкій П. В. Къ вопросу о недостаточности печени и объ отношеніи къ ней алиментарной глюкозурии.—Макаровъ Г. А. О сравнительной стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ по отношенію къ изотмическимъ растворамъ поваренной соли и винограднаго сахара.—Карицкій А. О. Физиолого-химическія наблюденія надъ кровью плода въ моментъ его рожденія.

**Медицинское Обзорѣніе. № 12-й 1903 г.—Готье. Случай прогрессивной неподвижности позвоночника.—Доброхотовъ. Малирійныя заболѣванія нервной системы.—Марциновскій. Этіологія и патологическая анатомія остраго эндокардита.

№ 22-й.—Герценъ. О полной примешностной простатектоміи.—Крымовъ. Хронич. гнойникъ придатка яичка и аневризма сѣменной артеріи.—Береславскій. Эмболія паренхиматозными клетками.—Губерманъ. Совмѣстность рака и туберкулеза.

№ 23-й 1903 г.—Красновъ. О причинѣ смерти при дифтеріи.—Тоженничковъ. Новый глазной симптомъ разлитой склеродерміи.—Пожаринскій. Четыре случая образованія кости въ сердечныхъ заслонкахъ.

№ 24-й—Шаталовъ. Случай болѣзни Ваппац.—Черно-Шварцъ и Луницъ. Къ этиологіи и патогенезу хорей.—Рахманиновъ. Къ ученію объ острой пузырьчатой сви. —Жуковскій. Случай гнойнаго менингита, вызваннаго пневмококкомъ Фрилендера.

**Медицинское прибавленіе къ морскому сборнику, ноябрь 1903 г.—Тимиревъ П. Къ вопросу о наружномъ салициловомъ леченіи остраго сочленовнаго ревматизма.—Подрбахъ О. О брюшномъ тифѣ среди кадетъ Морскаго Кадетскаго Корпуса въ 1901 году.—Суровцевъ. Отчетъ по Венерическому отдѣленію Севастопольскаго Морскаго госпиталя за 1901 годъ.

Декабрь 1903 г.—Тимиревъ П. (Окончаніе).—Суворевъ. (Окончаніе).

**Медико-Статистическія и санитарныя свѣдѣнія по городу Херсону съ 1-го января по 1 ноября 1903 г.

**Медицинская бесѣда № 22 ноябрь 1903 г.—С-нъ. Нѣсколько словъ по поводу одного изъ насущныхъ вопросовъ общественнаго здравоохраненія.—Накольскій Д. П. Профессиональная гигиена въ ряду общественныхъ наукъ.

№ 23-й 1903 г.—С-нь. Снова по поводу реорганизации Воронежской губернской больницы.—Кулешовъ. Два случая водобозни.—нъ. Общественная профилактика проказы.

№ 24-й.—Ростовцевъ Г. И. О биологической очисткѣ сточныхъ водъ.—Сабининъ Л. X. Сенатская практика по Врачебной и санитарной части за 1903 г.

№ 1-й 1903 г.—Вороновъ И. Народное хозяйство и народное здравіе — Юргелюнасъ А. По вопросу о глинолеченіи.—Сабининъ Л. Докторъ Гаазъ по новымъ матеріаламъ.—Пацевичъ Главныя результаты экспедиціи по изученію желтой лихорадки.

*Напалковъ Н. И. Работы госпитальной хирургической клиники проф. П. И. Дьяконова. Томъ II.

*Д-ръ Неароновъ В. М. Къ вопросу о существованіи связи между метеорологическими условіями и нѣкоторыми инфекціонными болѣзнями.

**Отчеты научныхъ собраній Врачей С.-Петербургской клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней за 1902—1903 г.г.

**Отчетъ психиатрической больницы уфимскаго губернскаго земства за 1902 годъ.

**Медицинскіе Отчеты по казанскимъ земскимъ заведеніямъ общественаго призрѣнія съ 1 сентяб. 1902 г. до 1 сентяб. 1903 г.

**Отчетъ санитарныхъ и междуѣзныхъ Врачей Харьковскаго губернскаго земства за 190³/₂ годъ.

**Отчетъ Императорскаго Клиническаго Института великой Княгини Елены Павловны за 1902 г.

**Практическій Врачъ № 47.—Григори А. В. Два случая суженія влагалища.—Сегаловъ Е. Къ вопросу о связи между полиуріей, сахарнымъ мочеизнуреніемъ и Аддисановой болѣзью. (Продолж.)—Кофманъ С. В. Значеніе современной ортопедіи въ невропатологіи. (Окончаніе).—Кейманъ М. М. Къ казуистикѣ носовыхъ камней.

№ 48-й.—Ewald С. А. О кишечныхъ опухоляхъ въ лѣвой подвздошной области.—Сегаловъ Е. (Окончаніе).—Грегори А. В. (окончаніе).

**Практическій Врачъ, № 49-й.—Гиляровскій В. А. О терапевтическомъ значеніи подкожныхъ вливаній соляного раствора у душевно-больныхъ.—Ewald С. А. О кишечныхъ опухоляхъ въ лѣвой подвздошной области. (Продолж.)—Гинзбургъ Л. С. Временная резекція твердаго неба вмѣстѣ съ альвеолярнымъ краемъ верхнихъ челюстей, для удаленія опухоли носоглоточнаго пространства.

№ 50-й. Бирюковъ И. Лечение проказы масломъ гинекардіи и антиспрозной сывороткой.—Ewald. (Окончаніе).—Гиляровскій В. А. (Продолженіе).

**Практическая Медицина № 11-й. Ноябрь.—Vandix В. Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ.—Mendel Е. Руководство къ психіатріи.—Zeiggl. Осложненія перелоа у мужчинъ и изъ леченія.—Kühnemann А. Практическая

діагностика внутрєнних болѣзней, съ обращєнієм особаго вниманія на дифференціальную діагностику.—Prangnitz W. Основы гигиєны, съ обращєнієм вниманія на Германское, Австрійское и Русское законодательство.

№ 12-й Декабрь 1903 г.—Kühnemann A. Практическая діагностика внутрєнних болѣзней, съ обращєнієм особаго вниманія на дадференціальную діагностику.—Prangnitz. Основы гигиєны, съ обращєнієм вниманія на Германское, Австрійское и русское законодательство.—Friedman. Старческия измѣненія и ихъ леченіе.

**Промышленность и здоровье. Кн. 9. Сентябрь 1903 г.—Новицкий Е. Несчастные случаи при работѣ сельско-хозяйственныхъ машинъ въ россіи.—Десятовъ А. Очеркъ санитарно-экономическаго положенія рабочихъ на пароходахъ бассейна р. Волги.—Ракишникова И. Чѣмъ живутъ ночлежники въ г. Саратовѣ.

**Протоколы омскаго медицинскаго О-ва 1902—1903 г.г. Выпускъ III (№№ 7—11).

**Протоколы засѣданій О-ва Морскихъ Врачей въ Кронштадтѣ 1902—1903 г.г. книжка 1, и 2-я.

**Протоколы засѣданій О-ва Ярославскихъ Врачей за 1902 и 1903 годы.

**Протоколы засѣданій императ. Кавказскаго медицинскаго О-ва 1903 г. № 7, № 8.

**Протоколы Омскаго медицинскаго О-ва 1901—1902 г. выпускъ II, выпускъ III.

**Русскій Хирургическій Архивъ Книга 6, 1903 г.—Бартъ Б. К. Случай восходящаго нейрита послѣ ушибленной раны: вытяженіе нєтѣи.—Саханскій Н. Къ казуистикѣ пѣмій ушного происхожденія.—Козловскій Б. С. Два случая эмбриональныхъ опухолей пупка.—Арансвѣ А. Б. О тифозномъ спондилитѣ.—Гейкинъ Э. А. О первичномъ остромъ остеомиелитѣ крестцовой кости.—Серапинъ Къ вопросу объ *amputatio interseapulo-thoracica* при злокачественныхъ новообразованіяхъ лопатки. Нездѣльскій К. О такъ называемой междулопаточно-грудной ампутаціи, показаніяхъ, способахъ ея производства и результатахъ.

**Русское Хирургическое Обзорѣніе. Томъ I книга 2-я.—Шемякинъ А. И. Специфическая возбудимость слизистой оболочки пищеварительнаго канала.

**Русское Хирургическое Обзорѣніе Кн. 3-я 1903 г.

**Русскій жур. Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней томъ VI Ноябрь 1903 г.—Богровъ С. О дѣйствіи свѣта на кожу въ здоровомъ и больномъ состояніи.—Мешерскій Г. И. Случай общей склеромы.—Соколовъ Я. Случай *Aenitis Barthélemy*.—Рудницкій Н. М. Къ казуистикѣ сифилитической невралгїи.—Соколовъ Я. Н. Два случая *phalangitis gummosa*.—Хворостанскій М. Организация борьбы съ сифилисомъ въ Воронежскомъ уѣздѣ.

Декабрь 1903 г.—Гюбертъ И. П. Къ бактериологій проказы.—Гефтеръ А. А. Къ вопросу объ измѣненіи объема веществъ у сифилитиковъ подь вліяніемъ искусственныхъ и естественныхъ сѣриныхъ ваннъ.—Яковлевъ С. С. Два случая вторичнаго зараженія сифилисомъ.—Кудишъ В. М. Случай зараженія сифилисомъ при обрядѣ обрѣзанія.—Винеръ И. М. Два случая вѣтлового зараженія сифилисомъ.

№ 47-й. Русскій Врачъ № 47-й.—Гильсингусъ О. Ф. Къ вопросу объ удвоеніи верхушечнаго толчка сердца.—Козловскій И. И. Клиническія матеріалы по операциі пришиванія большого сальника къ передней брюшной стѣнкѣ.—Буракъ С. М. Исслѣдованіе надь дѣйствіемъ электричества на микробовъ.—Енько П. Д. О связи между физическимъ и умственнымъ развитіемъ.

№ 48-й. 1903 г.—Кравковъ Н. П. О гедональ-хлороформномъ наркозѣ.—Дьяконовъ В. В. Къ вопросу о первичномъ ракѣ влагалища въ связи съ ученіемъ о прививаемости рака.—Сохацкій И. В. Нѣсколько словъ по поводу смѣности продолжныхъ шприцъ Роназа.—Козловскій И. И. Клиническія матеріалы по операциі пришиванія большого сальника къ передней брюшной стѣнкѣ. (Окончаніе).—Чемодановъ А. С. О кровоизліяніяхъ въ сѣтчаткѣ при злокачественномъ глистномъ малокровіи.—Буракъ С. М. Исслѣдованіе надь дѣйствіемъ электричества на микробовъ. (Окончаніе).

№ 49-й. 1903 г.—Попельскій Л. Б. Вкусъ и потребности организма.—Хольцовъ Б. Н. Къ казуистикѣ рубцовыхъ суженій тонкихъ кишекъ.—Гуна Н. Ф. Новый приборъ для измѣренія горбовъ.—Давидовъ Г. Л. Unguentum Crede при гнилостныхъ заболѣваніяхъ въ послѣродовомъ періодѣ и о послѣродовой скарлатинѣ.—Григорьевъ А. А. Новый способъ распознаванія уривторной глухоты.—Потаповъ П. М. З-ий Миндалинь въ грудномъ возрастѣ.—Ягнъ П. П. О вліяніи ралія на агглютинирующую способность сыворотки крови брюшнотифозныхъ больныхъ.

№ 51-й. 1903 г.—Абражановъ А. А. О преподаваніи хирургической діагностики.—ея задачахъ методахъ.—Кавариновъ Г. П. Новый способъ серо-диагностики брюшнаго тифа M. Ficker'a.

№ 52-й.—Серковскій С. П. Обь этиологій рака.—Либовъ Б. А. Къ лѣченію центрального предлѣжанія послѣда.

№ 1-й. 1904 г.—Федоровъ С. П. Къ хирургіи желчныхъ путей.—Кириковъ Н. Н. Къ вопросу о патогенезѣ т. наз. гипертрофическихъ желтушныхъ циррозовъ печени.—Черно-Шварцъ Б. Н. Бактериологическій способъ въ распознаваніи дифтеріи.—Кологинскій В. Д. Полный выворотъ матки, обусловленный громаднымъ фиброидомъ; операциа.—Никоновъ С. А. Случай прободающаго воспаленія червеобразнаго отростка съ обильнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость.—Рощевскій С. П. Къ вопросу о лѣченіи нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваній морскими купаньями.

*Русскій Медицинскій Вѣстникъ № 22.—Килушко Н. О дѣйстви адrenalина на глазъ.—Успенскій А. А. Способъ выжиманія послѣда.

№ 23-й.—Образцовъ В. Н. Анализъ писъма параноиковъ —Якопсонъ Л. О цитодиагностикѣ эксудатовъ.—Гальпернъ. Къ казуистикѣ сифилиса легкихъ и плевры. Сулскій А. П. О дѣтскомъ перелойномъ вульво-вагинитѣ.—Трофимовъ П. П. Успѣхи современной театрии.—Ратнеръ Е. А. Безводночный венный циррозъ печени.

№ 24-й 1903 г.—Фресе А. I. О письменныхъ сообщеніяхъ душевно-больныхъ.

**Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ тверской губерніи за октяб. 1903 г.

**Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губерніи № 12 1903 г.

**Сибирскія Врачебныя Вѣдомости № 23 1903 г. № 1, 2, 1904 г.

**Современная Клиника № 12 1903 г.—Pittümpell. Патологія распознаваніе и леченіе хроническаго нефрита.—Richter. Новѣйшія успѣхи діагностики болѣзней почекъ.

**Современная Медицина и Гигіена № 11 Ноябрь 1903 г.—Афанасьевъ М. И. и Ваксъ П. Б. Азіатская холера.—Эйгеръ Я. Б. Медицинская электротехника.—Олеманъ М. Новѣйшая теранія глаза.—Метницъ. Учебникъ зубо-врачеванія. (Оконч.).—Гравицъ Э. Клиническая цитологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и тераніи болѣзней крови.

**Санитарный Обзоръ Тамбовской губ. Юля 7, Августъ 8, Сентябрь 7, 1903 г.

**Свѣдѣнія о Врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ г. Одессы. №№ 21, 22, 23 и 24, 1903 г. № 1-й 1904 г.

**Сборникъ свѣдѣній о ходѣ и распространеніи важнѣйшихъ заразныхъ болѣзней въ Курской губер. часть 5-я часть 6-я.

**Современная Клиника № 11 ноябрь.—Mikliez. Наркозъ и его практическое примѣненіе —Aeigel. Геморрагія и эмболія головного мозга.

**Труды клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ вып. 1-й 1903 г.—Соболевскій А. В. О вліяніи кровозвлеченія на черепномозговое кровообращеніе.—Эристъ Е. О нисходящихъ связяхъ зрительныхъ бугровъ и передняго двухолмія.—Мальцевъ А. Исторія и настоящее состояніе прирѣвнй душевно-больныхъ въ Полтавской губерніи

Вып. 2-й 1903 г.—Орлеанскій Л. М. О черепно-мозговомъ кровообращеніи при острой асфиксіи механическаго происхожденія.—Колотинскій С. Д. Хроническое отравленіе спорыней и наблюдаемые при немъ измѣненія въ центральной нервной системѣ у животныхъ.—Пѣвницкій А. А. Матеріалы къ вопросу о пато-

логической анатоміи злокачественной болотной лихорадки.—Маньянъ и Лэгранъ. Вырождающіеся.

**Технологъ № 9-й № 10-й 1903 г.

**Терапевтическій Вѣстникъ № 23 1903 г.—Павченко В. Н. Со- времн. животн. терапия, какъ методъ леченія. (Окончаніе).

№ 24-й—José Cadina Castellui. О предупрежденіи и леченіе мочекаменія.

№ 25-й—José Cadina Castellui. (Продолженіе).

№ 26-й—José Cadina Castellui. (Окончаніе).

**Терапія № 1. 1904 г.—Ernst von Leuden. Леченіе болѣзни сердца.— Уппа Р. А. О леченіи ринофимы.—Гинзбергъ А. С. Какъ слѣдуетъ относиться къ старымъ и новымъ фармако-химическимъ средствамъ?—Пѣвницкій А. А. О необходимости обнаруженія истиннаго состава патентованныхъ средствъ, предназна- ченныхъ для укрѣпленія силъ организма или для успокоенія болѣи.

**Труды Императ. Вольнаго Экономическаго Общества №№ 4—5 Июль-Октябрь 1903 г.

**Труды русскаго медицинскаго О-ва при Императ. Варшавскомъ универ- ситетѣ XIV за 1902 г.

**Труды О-ва Дѣтскихъ Врачей въ Москвѣ 1902—1903 г.

**Труды Императорскаго С.-Петербургскаго О-ва Есте- ствоиспытателей. № 4—5-й 1903 г.

*Университетскія Извѣстія, Кіевъ № 10 Октябрь 1903 г.— Волковичъ Н. М. Хирургія какъ наука и искусство и воспитательныя задачи хи- рурга.—Локтъ Т. В. Влажность почвы въ связи съ культурными и климатически- ми условіями.—Гавриловъ П. И. О выдѣленіи желатины почками.

№ 11 ноябрь 1903 г.—Яворскій. Къ вопросу о непредѣльности химическихъ соединений.—Савсхотовъ А. С. Положеніе желудка.—Гавриловъ П. И. О выдѣле- ніи желатины почками.

*Ученныя Записки Императорскаго Казанскаго Универ- ситета книга 12 декабрь 1903 г.

**Ученныя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Инсти- тута выпускъ 5 и 6.—Карауловъ О. В. Къ вопросу о физиологической функціи нервовъ заведующихъ расширеніемъ зрачка.—Алексѣевъ А. П. Къ казуистикѣ дифференціального діагноза бѣшенства посредствомъ субдуральной прививки кро- ликовъ—Jess'a. Необходимыя условія для полученія молока лѣчебнаго и для вскармливанія дѣтей.—Behring. О прохожденіи туберкулеза легкихъ и борьба съ бугорчаткою.

*Ученныя записки Император. Московскаго Универси- тета выпускъ первый 1883 г.—Бажановъ Н. Н. Основы ученія о лихорадкѣ.— Зерновъ Д. Къ вопросу о предѣлахъ индивидуальныхъ и племенныхъ видоизмѣ- неній типическихъ бороздъ и извилинъ мозга.

Выпускъ второй 1885.—Огневъ И. Гистологическое развитие ретины.—Сербскій В. П. Клиническое значеніе альбомурии.—Приклонскій И. Изслѣдованіе барабанной полости у новорожденнаго младенца «ушная проба».

Выпускъ третій 1888 г.—Сявцилло И. О. Причины происхожденія отека и водянки.—Габричевскій Г. Н. О возбудимости мышцъ въ зависимости отъ физическихъ и химическихъ свойствъ мюзина.—Давыдовъ А. О глютинѣ хрящей.—Суреньянецъ С. Я. О путяхъ всасыванія солей въ тонкихъ кишкахъ.

Выпускъ четвертый 1892 г.—Мороховецъ Л. Единство протеиновыхъ тѣлъ.

Выпускъ пятый 1894 г.—Котовичъ И. Ф. Матеріалы по вопросу о нервно-мышечномъ возбужденіи, какъ функціи волны раздраженія.—Алтуховъ Н. Энцефалометрическія изслѣдованія мозга въ связи съ поломъ, возрастомъ и черепнымъ указателемъ.

Выпускъ шестой 1895.—Линдманъ В. О рвотѣ беременныхъ экспериментальное изслѣдованіе.—Поповъ. Къ вопросу объ отагленіи лимфы.

Выпускъ седьмой, 1896 г.

Выпускъ 8-й 1902 г.—Шатерниковъ. Новый способъ опредѣленія на чело-вѣкѣ количества выдыхаемаго воздуха и содержащейся въ ономъ CO_2 ...

**Ученныя Записки Императорскаго Юрьевскаго Университета № 5, № 6, 1903 г.

**Хирургія № 83 ноябрь 1903 —Лазаревъ Е. Г. Къ казуистикѣ эмпіемъ этмоидальной пазухи —Розановъ В. Н. Къ техникѣ оперативнаго пособія при заблѣваніяхъ позвонковъ.—Орловъ В. Н. Современная классификація острой кишечной непроходимости; брыжеечныя отверстія, какъ причина обтураціонной непроходимости кишекъ.—Гороховъ Д. Е. Recto-epipro-perineoplastica.

№ 84 Декабрь 1903 г.—Волынцевъ Г. И. О способахъ достиженія носоглоточнаго пространства путемъ рино-томіи и резекціи. Новый способъ для доступа въ носоглотку.—Каблуковъ А. Ф. Изъ области почечной хирургіи: изслѣченіе правой первично-раковой почки, одновременно сочетанное съ пупочнымъ и паховымъ кореннымъ грыжесъченіемъ.—Абражановъ А. А. Гастроэнтеростомія при доброкачественныхъ страданіяхъ желудка.—Добровворскій В. И. Случай тропическаго гнойника печени.—Михалкинъ П. Н. Сто шеснацать операций при каменной болѣзни.

**Электричество 1903 г. № 20 октябрь № 21-й 1903 г. Ноябрь № 22-й, № 23-й № 24-й.

Н. Осокинъ

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

XX

1904.

XX

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„Практическая медицина“.

Въ 1904 г. въ журналъ «Практическая Медицина» помѣщены будутъ слѣдующія сочиненія: 1. Eulenbug, проф., Kolle, проф. и Weinsand, проф. «Руководство клиническихъ методовъ изслѣдованія» и ихъ примѣненіе для спеціальной врачебной діагностики. Томъ I, II, III, IV. Съ многочисл. черными и многими разноцвѣтн. рисунками въ текстѣ и съ хромолитограф. фототипич. таблицами. 2. Сазрег, проф. «Руководство къ урологіи», со включеніемъ болѣзней мужского полового аппарата. Съ рис. въ текстѣ. 3. Е. Винт, проф. «Руководство къ изученію акушерства». Съ 575 объяснительн. рисунками и таблицами. 4. Ed Lang, проф. «Руководство кожныхъ болѣзней». Съ 87 рис. въ текстѣ. 5. G. Sultan, проф. и E. Schreiber, прив.-доц. «Первая помощь въ несчастныхъ случаяхъ» Обработано спеціально для врачей. Съ рис. въ текстѣ. 6. Carl Rosenthal, д-ръ. Языкъ и состоянія его при различн. заболѣваніяхъ 7. V. Hammerschlag, прив.-доц. Терапія ушныхъ болѣзней съ 29 рис. въ текстѣ. 8. Клиническія лекціи по различнымъ отраслямъ терапіи, какъ оригинальныя, такъ и переводныя. (Клин. лекціи будутъ выдѣлены въ отдѣльн. книжки и разосл. при «Врач. Газ.»).

XI

Врачебная Газета.

XI

Программа изданія слѣдующая:

I. 1) Оригинальныя и переводныя статьи, иллюстрированныя, при надобности, рисунками. 2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ воп

ОБЪЯВЛЕНІЯ

росамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному словію. 3) Рефераты всѣхъ оригинальныхъ статей, напечатанныхъ въ общихъ и специальныхъ русскихъ медицинскихъ журналахъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Рецепты. 6) Отчеты о заплатахъ диссертаций въ Академіи и университетахъ. 7) Отчеты о заведеніяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 8) Рецензіи 9) Корреспонденціи. Письма съ курортовъ. 10) Лѣтопись общественной медицины. 11) Хроника и мелкія извѣстія. 12) Некрологи. 13) Объясненія.

II. Терапевтическій отдѣлъ «Врач. Газ.»: ориг. статьи, рефераты, обзоры нов. лѣк. средствъ; составъ лѣк. средствъ, рецензіи, рецепты.

III. Отдѣлъ общественной Санитаріи и Гигіены: ориг. статьи и обзоры. Врачебно-санитарное законоположеніе въ Россіи и заграничій. Рефераты научн. изслѣдованій, съ обращен. особ. вниманія на вопросы, близко касающ. современ. общественнаго здравоохраненія. Рецензіи. Библіографія.

IV. Справочный отдѣлъ: оффиц. и неоффиціальн. свѣд. о врачахъ, разъясненія и отвѣты въ томъ числѣ и по вопросамъ юридическаго характера, вакант. мѣста, библиографическій указатель диссертаций выходящихъ въ Россіи и заграничій. Книги, выходящія въ Россіи, Германіи и Франціи, а по мѣрѣ возможности и въ другихъ странахъ. Книги, поступившія въ редакцію.

V. Клиническія лекціи

по всѣмъ отраслямъ медицины. При выборѣ этихъ лекцій редакція будетъ руководствоваться стремл. помѣщать лекціи, посвящен. тѣмъ вопросамъ, которые не нашли себѣ мѣста въ помѣщаемыхъ въ наст. году въ журналѣ руководствахъ и монографіяхъ; онѣ будутъ служить самостоят. изданіемъ для отдѣльн. подвѣщ. на «Врач. Газету».

Редакторы журнала «Практическая Медицина» и «Врачебной Газеты» д-ра:
А. А. Лозинскій и О. А. Луницъ.

Издатель В. С. Эттингеръ

Цѣна журнала «Практическая Медицина» вмѣстѣ съ «Врачебной Газетой» 10 р. съ перес. и доставкой. За границу 14 р.

Отдѣльная подписка на «Практическую Медицину» безъ «Врачебной Газеты» не принимается.

Для желающихъ допускается разсрочка подписной платы: при подпискѣ— 2 р. 50 к., 1 Апрѣля, 1 Юля и 1 Октября—по 2 р. 50 к.

Цѣна «Врачебной Газеты» безъ «Практической Медицины», по съ Клиническими лекціями: на годъ 5 р., на полъ-года 2 р. 50 к. и на 3 мѣс. 1 р. 25 к.

Пробные номера газеты и полный подробный каталогъ изд. журн. «Практическая Медицина» высылаются безвлатно.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ

ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“

Гигиеническій семейный журналъ

(11-й годъ изданія)

Выходятъ два раза въ мѣсяцъ.

Популярныя статьи о здоровьѣ и болѣзняхъ. Общедоступныя статьи о человѣческомъ тѣлѣ и уходѣ за нимъ. Сохраненіе здоровья, предохраненіе отъ болѣзней, леченіе домашними средствами. Гигіена мужчины и женщины. Школьная гигиена и воспитаніе дѣтей. Практическія свѣдѣнія по до и хозяйству. Домашняя аптека и домашній лечебникъ. Бесплатныя медицинскіе совѣты подписчикамъ, касательно ихъ здоровья и болѣзней.

Всякій интеллигентный читатель, дорожащій своимъ здоровьемъ, найдетъ много полезнаго для себя въ журналѣ БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ! Въ провинціальной семьѣ, гдѣ часто приходится не только лечиться самому безъ помощи врача, но и лечить окружающихъ, этотъ журналъ можетъ замѣнить собой домашняго врача. Дешеваѣ подписная цѣна дѣлаетъ его доступнымъ для каждаго.

Подписная цѣна съ пересылкой: годъ 4 рубля, полгода 2 руб.

Адресъ: С.-Петербургъ; журнала Будете Здоровы!

Редакторъ-Издатель Д-ръ И. Зарубинъ.

Открыта подписка на 1904 годъ.

Ж У Р Н А Л Ъ

„ТЕХНОЛОГЪ“.

Годъ изданія 7-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Въ 1904 г. будетъ помѣшено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Рецепты для промышленности и хозяйства.

Въ 1904 г. будетъ приложена книжка: Денатурализація спирта и значеніе ея въ промышленности (За лучшей способъ Денатурализаціи спирта Министерство Финансовъ назначило премію въ 50000 руб.).

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, г. Оглоблина въ г. Кіевѣ и въ конторѣ редакціи—Одесса, Театральн. пер. с. д. № 12.

Приложенія въ журналу „Технологъ“:

Въ 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 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.) Мальцевъ и Мальцовскіе заводы.—Вискоза и значеніе ея въ техники и др.

Въ 1904 г. при журналѣ «Технологъ» будетъ приложена Премія «Ситцевые полы»—привилегія Инженера-Технолога Н. Мельникова—подробное описаніе и образцы. Постороннія лица, не подписчики журнала «Технологъ» получаютъ подробное разъясненіе о ситцевыхъ и обойныхъ полахъ, прилагая двѣ 7 коп. марки.

Ситцевые полы—на что выдана въ Россіи привилегія Инженеру Н. Мельникову на 15 лѣтъ исполнѣ замѣняютъ окраску половъ въ домахъ маслянной краской оклейка половъ ситцемъ или обоями производятся въ одинъ два—дня, что можно мыть водою.

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

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 1901 и 1902 1903 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

Редакторъ Н. П. Мельниковъ, Инженеръ-Технологъ.

открыта подписка на 1904 годъ
НА
МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ ВЪ СИБИРИ
„Сибирскія Врачебныя вѣдомости.“

Второй годъ изданія.

Газета будетъ издаваться въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи и выходитъ 2 раза въ мѣсяць (1 и 15 числа) въ размѣрѣ отъ 1 до 2-хъ печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части вообще и относительно Сибири особенно.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи патологіи и терапіи, хирургіи, акушерству и друг. частямъ врачебной науки.
3. Медицинская статистика.
4. Аптечное дѣло.
5. Статьи по врачебной казуистикѣ.
6. Отчеты больницъ. Сельская медицина.
7. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющимъ близкое отношеніе къ медицинѣ; медико-и этнографическія описанія Сибири.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
9. Народная медицина; врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ.
11. Переводныя статьи и рефераты по медицинѣ изъ повременныхъ и иностранныхъ изданій.
12. Протоколы медицинскихъ больничныхъ совѣщаній.
13. Корреспонденціи; врачебная хроника.
14. Смѣсь; отвѣты редакціи (въ предѣлахъ программы).
15. Объявленія.

Первый № выйдеть 1-го ноября 1904 года.

Подписная цѣна за годъ съ доставкою и пересылкой 5 рублей.

Подписка принимается въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи. Гостинская улица, домъ В. М. Крутовскаго. Въ Томскѣ и въ Иркутскѣ въ книжныхъ магазинахъ П. И. Макушина.

Редакторъ-издатель А. Смирновъ.

Открыта подписка на 1904 годъ

(т. XXI—годъ двадцать первый).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛЕДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

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

«Ученныя Записки» выйдутъ въ 1904 году въ количествѣ 6 вып., составивъ томъ болѣе 20 печатн. листовъ (томъ XXI). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за границу—4 рубля.

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

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

Редакторъ *Гр. Кирилловъ.*

Открыта подписка
НА
„РУССКІЙ ЖУРНАЛЬ
КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

(4-й годъ изданія).

Съ 1901 г. выходитъ ежемѣсячно „Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“, преслѣдующій научно-практическія цѣли.

Программа журнала слѣдующая:

I отдѣлъ. Кожныя болѣзни.

II отдѣлъ. Сифилисъ и мягкій шанкръ.

III отдѣлъ. Перелой и его осложненія.

Въ этихъ отдѣлахъ будутъ помѣщены оригинальныя работы теоретическаго и практическаго характера, рѣдкіе случаи, описаніе новыхъ лечебныхъ способовъ и средствъ, рефераты изъ русской и иностранной литературы.

IV отдѣлъ. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣщаться полностью протоколы сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическія обзоры—будутъ посвящены современному состоянію различныхъ вопросовъ научно-практическаго характера.

VI отдѣлъ. Рецензіи и библіографія.

VII отдѣлъ. Хроника, въ которой будетъ обращено вниманіе на различныя событія дня, имѣющія значеніе въ дѣлѣ развитія и характеристики специальности.

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

Цѣна—8 р. за годъ: 4 р.—за полгода. Для гг. студентовъ 5 р. за годъ.

Заграницу—10 р. за годъ.

Адресъ редакціи: Харьковъ, Сумская ул., 6. Проф. И. Ф. Зеленову

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

Цѣлая страница—15 руб.; половина—8 руб. За 10 разъ и болѣе—уступка—10%. Плата вносится впередъ.

Коммиссіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленевъ.

РУССКОЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ

журналъ, издаваемый Обществомъ Россійскихъ Хирурговъ.

Программа изданія:

1. Протоколы засѣданій русскихъ хирургическихъ обществъ съ ауторефератами или рефератами читанныхъ въ этихъ засѣданіяхъ докладовъ.

2. Труды съѣздовъ Россійскихъ хирурговъ съ ауторефератами докладовъ, отчетами о засѣданіяхъ, отчетами должностныхъ лицъ.

3. Обзоры, рефераты, рецензіи русскихъ хирургическихъ работъ: а) журнальныхъ статей, б) диссертаций, в) монографій; г) сообщеній въ засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ.

4. Обзоры текущей литературы по отдѣльнымъ вопросамъ хирургіи.

5. Разныя извѣстія изъ области научной и практической медицины, главнымъ образомъ хирургіи; хроника; новыя назначенія, неврологи.

6. Приложенія: хирургическіе отчеты, диссертациі, монографіи.

7. Объявленія.

Выходитъ 6 разъ въ годъ.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 8 рублей.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: МОСКВА, Гранатный пер., Риттихъ, вв. № 12 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакторы, *И. П. Алексинскій. А. В. Мартыновъ.*

Открыта подписка

на 1904 г., **МЕДИЦИНСКАЯ БЕСѢДА** 18-й годъ.

ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГИЕНЫ.

(Издается съ 1867 г. подъ редакцію А. Х. САВИЦКА).

(Большая золотая медаль на 1-й Всероссийской Гигіенической Выставкѣ 1893 г. въ С.-Петербургѣ).

ПРОГРАММА.

1. Правительственный распоряженія по врачебной части и вѣдомству.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи, патологіи, терапіи, хирургіи, акушерству и другимъ частямъ врачебной науки. Медицинская статистика. Школьная гигиена. Антестное дѣло.
3. Статьи по земской медицинѣ.
4. Исторія медицинъ.
5. Переводные статьи и рефераты изъ повременныхъ иностранныхъ медицинскихъ изданій.
6. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющія близкое отношеніе къ медицинѣ.
7. Врачебная хроника и смѣсь.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
8. Народная медицина. Врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Протоколы больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, отчеты о дѣятельности больницъ и подобнаго рода больничныхъ учрежденіяхъ.
11. Объявленія.

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ. Годовая цѣна съ доставкой и пересылкой—5 р., для фельдшеровъ и акушеровъ—3 р. Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ книжномъ магазинѣ К. Д. Риккера; въ Воронежѣ, въ конторѣ редакціи и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ. Уг. фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ просятъ обращаться съ подпискою въ контору редакціи.

Редакторъ А. Савицкій.

Съ 1-го Января 1904 г. Принимается подписка
НА ОБЩЕДОСТУПНОЙ ЖУРНАЛЪ
(Второй годъ изданія).

ПРОМЫШЛЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

(Вѣстникъ профессиональной гигиены и фабричнаго законодательства)

Подписная цѣна на годъ (девять вѣстѣвъ отъ 10 печатныхъ листовъ в болѣе, съ чертежами въ текстѣ и съ отдѣльными приложениями)—шесть рублей съ доставкою и пересылкою; на три мѣсяца (съ 1-го января до 1-го апрѣля 1904 г.)—

ОБЪЯВЛЕНІЯ

2½ рубля. Журналъ выходитъ ежемѣсячно за исключеніемъ трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ (іюнь, іюль, и августъ).

Оставшіеся экземпляры журнала съ 1-го Октября 1902 г. по 1 Октября 1903 г., за исключеніемъ распроданнаго № 8 (май—августъ 1903 г.) продаются по три рубля за восемь книгъ, съ пересылкою и доставкою—четыре рубля.

Адресъ Редакціи и конторы: С.-Петербургъ, Кузнечный переулокъ, д. 22.

Редакторъ-издатель А. В. Пок о ж е в ъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Н А

Военно-Медицинскій Журналъ

1904 года.

Военно-Медицинскій Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками въ 15 и болѣе листовъ и содержитъ, кромѣ официальной части, слѣдующіе отдѣлы: А) вспомоgetельныя отрасли медицины (анатомія, физиологія, патологія, біологія и исторія медицины). Б) Практическія медицина: 1) хирургія, 2) внутреннія болѣзни, 3) военно-санитарное дѣло и гигиена, 4) прочія отрасли практической медицины В) Обзорніе текущей медицинскои литературы. Г) Критико-библиографическіе очерки, Д) Отчеты и корреспонденція. Е) Извѣстія касающіяся врачебнаго быта. Ж) Отвѣты на запросы сотрудниковъ и подписчиковъ „Воен.-Мед. Журнала“

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица, д. № 1.

Цѣна на годовое изданіе для Военныхъ врачей 6 рублей съ пересылкою, а для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп., а съ пересылкою 8 руб. Допускается разсрочка подписной платы по полугодіямъ.

Для личныхъ переговоровъ по дѣламъ редакціи отвѣтственный редакторъ принимаетъ по Понедѣльникамъ, Средамъ и Субботамъ отъ 11.—1 ч. дня, въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи.

Отвѣтственный Редакторъ А. С. Тауберъ.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ, основанный въ память В. А. Манассеина,

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

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

(Третій годъ изданія)

ПРОГРАММА:

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

2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.

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

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

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

6) Рецензіи и библиографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиѣнѣ.

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 перемѣшенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.

12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекшіе вѣдѣли и мѣсяцы.

Журналъ выходитъ еженедѣльно по субботамъ. Подписная цѣна, съ доставкою и пересылкою, въ предѣлахъ Россіи на годъ 9 руб.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію а также отдѣльные оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача», просятъ присылать одному изъ Редакторовъ его: проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, зданіе Медицинскаго факультета), или д-ру С. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Исаковская № 4).

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

О Т К Р Ы Т А П О Д П И С К А
 НА ЖУРНАЛЬ
СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ
 въ 1904 году (Годъ 9).

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

ОТДѢЛЫ ЖУРНАЛА: I. Оригинальныя сообщенія и обзоры.—II. Изъ періодической печати. 1. Общая терапія.—2. Хирургія и зубоооъавчаніе.—3.—Болезни глаза.—4. Болезни уха, носа и горла.—5. Болезни органовъ дыханія и кровообращенія.—6. Болезни органовъ пищеваренія.—7. Болезни мѣчполовыхъ органовъ, сифилисъ и кожныя.—8. Болезни крови, обѣтна и заразные.—9. Болезни нервной системы и душевныя.—10. Болезни дѣтскаго возраста.—11. Акушерство и гинекологія.—12. Токсикологія, фармакологія и рецептура.—13. Краткія терапевтическія замѣтки.—14. Рецептурныя формулы.—III. Библиографія.—IV. Хроника и разныя извѣстія.—V. Объявленія.

П О Д П И С Н А Я Ц ѣ Н А.

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

Цѣна объявленій 20 коп. за мѣсто строчки пегита.

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

Иногородныхъ подписчиковъ покорнѣйше просятъ обращаться прямо въ контору журнала.

Экземпляры «Новостей Терапіи» за 1891, 1892, 1893, 1894, и 1895 г.г. 2 руб. 50 коп. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 г. по 3 руб. другимъ Экземпляры «Современной Терапіи» 1896—1902 г.г. 3 руб. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 года и 3 руб. 50 к. другимъ.

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

Редакторъ-Издатель К. В. Скурховичъ.

Отрывается подписка на ежемѣсячный журналъ

IX Г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1904 Г.

и ежедневную газету

VII Г. **ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ** 1904 Г.

(бывшій «Терапевтический Вѣстникъ»,

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АФАНАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предыдущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенныя сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣчены слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

Д-ръ А. А. Щепинскій. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstetina и Netolitzk'аго (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.

2) Проф. М. И. Афанасьевъ—д-ръ П. Б. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапія. Съ рис.

3) Онъ-же. Малирія, ея происхожденіе, симптоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.

4) Проф. A. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.

5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebreich (Берлинъ), C. Gerhardt (Берлинъ), A. Martin (Грайфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.

6) Доц. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ прибавленіемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ V. Vuhbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'а. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dumas (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

10) Д-ръ М. Joseph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисункомъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство по патологiи и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ С. Feistmantel (Будапештъ). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразнаго болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ. Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. L. Knarr (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

VII г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

(бывшій «Терапевтическiй Вѣстникъ»), еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ спеціальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтическiй Вѣстникъ» пользовался за истекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двухнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ».—Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла, «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей тотчасъ же освѣщать читателю все, что появляется новаго въ области медико-хирургической науки, особенно-же въ области этиологiи, диагностикки и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ дiететики и дiетотерапiи.—Считая предупрежденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной.—Въ то же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй русскаго врача, въ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности,—истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, чернко-плохо усвоеннымъ шаблонамъ.—Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Отвѣты» редакцiя съ готовностью будетъ давать послѣдныя отвѣты на всѣ обращенныя къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетой.—Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлится съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести посильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

дѣателей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и словеснаго самознанія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всемъ вопросамъ медицины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, инейматотерапіи, механотерапіи, свѣтолеченію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всемъ медицинско-хирургическимъ специальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностранныхъ медіц. обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библиографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецептныя формулы.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы и отвѣты.

Подписная цѣна на «Соврем. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р., причемъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Смотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣстникомъ» объемъ, «Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженедѣльно въ размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р., безъ дост.—4 р. 50 к., причемъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ и остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачебн. Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, амбѣто 15 р. только 13 р. съ доставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, причемъ могутъ пользоваться разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб.) въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачебн. Вѣстн.» 6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за 1896—97 и 1899—1903 гг. можно получать по 10 руб. безъ пер.; таковыя-же экземпляры «Герав. Вѣстн.» за 1893—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со всехъ изданій редакціи, помѣщенныхъ въ каталогъ ея, который можно получать бесплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Литейный проспектъ, № 33.

Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1904 году (X-й годъ изданія) будетъ выходить книжками, отъ 3-ти до 8-ми листовъ каждая, 6 разъ, а именно: въ январѣ, мартѣ, маѣ, августѣ, октябрѣ и декабрѣ.

Въ „Журналѣ“, согласно программѣ его, помѣщаются:

1) Протоколы засѣданій (полностью) Правленія Общества и Организационнаго Комитета и сообщенія о мѣропріятіяхъ и предположеніяхъ Правленія и Комитета, касающіяся дѣятельности Общества и съѣздовъ.

2) Протоколы (полностью или сокращенныя) засѣданій и отчеты о дѣятельности всѣхъ состоящихъ при Правленіи Общества комиссій: по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ, по борьбѣ съ туберкулезомъ, маляріей, по призрѣнію покинутыхъ дѣтей, справочно-посреднической и проч.

3) Статьи, корреспонденціи и замѣтки по всѣмъ медицинскимъ вопросамъ какъ чисто научнымъ, такъ и общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ.

4) Хроника, касающаяся организациіи и дѣятельности медицинскихъ ученыхъ Обществъ, различныхъ врачебныхъ и другихъ научныхъ съѣздовъ, а также дѣятельности общественныхъ учреждений по врачебно-санитарнымъ вопросамъ.

5) Списки членовъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

6) Объявленія.

Болѣе объемистыя «Сводны», «Обзоры», «Труды» комиссій и совѣщанія, «Сборники» и проч. составляютъ приложенія къ «Журналу».

Въ 1903 году въ видѣ такихъ приложеній были выданы: сборникъ о состояніи врачебно-санитарной части въ городахъ подъ заглавіемъ «Городская Медицина въ Европейской Россіи», обработанный А. А. Чертовымъ. «Обзоръ остро-заразныхъ заболѣваній въ 15-ти земскихъ губерніяхъ за 1901 г.», составл. К. И. Шидловскимъ, «Сводъ постановленій и работъ I—VII го всероссійскихъ съѣздовъ по спеціальнымъ научнымъ и научно-практическимъ вопросамъ» (хирургія, акушерство, болѣзни горла, уха и носа, фармація и фармакологія, патологія и эмбріологія, венерическія и кожныя болѣзни), «Труды малярийной комиссіи и проч.

Члены Общества, а также члены IX-го Пироговскаго съѣзда въ качествѣ членовъ Общества на 1904 годъ) получаютъ «Журналъ» бесплатно.

Подписная цѣна (для не—членовъ Общества) пять рублей.

Гонораръ за оригинальными статьи и корреспонденціи 30 р съ печатнаго листа. Авторы имѣютъ право на 25 оттисковъ.

Объявленія принимаются по слѣдующей таксѣ: за 1 стран. 10 р., за 1/2 стр. 7 р., за 1/4 стр. 4 р., менѣе 1/4 стр. 3 р. за 1 разъ.

Адресъ конторы редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Труubeцкой пер. д. № 10.

подписка на 1904 годъ на журналъ „ДЪЯТЕЛЬ“.

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- | | |
|--|--|
| <p>1) Правительствоныя распоряженія.
2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытового, правственнаго и историческаго содержанія.
4) Письма изъ провинціи.
5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.
6) Изъ жизни в печать.</p> | <p>7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учрежденій.
8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
11) Критика и библиографія.
12) Объявленія.</p> |
|--|--|

Подписная цѣна за годъ 2 рубля. Полугодовая подписка не принимается.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ безплатныя народныя библіотекы и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903 годы платятъ 16 рублей.

Адресъ редакціи (Казань, Типографіи Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДЪЯТЕЛЬ“ можно пріобрѣтать книги, допущенныя Ученымъ Комитетомъ для безплатныхъ народныхъ читаленъ и народныхъ чтеній:

Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова.	» р. 20 к.
Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню.	2 р. • к.
Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню.	1 р. • к.
Вино для человека и его потомства—ядъ. За сотню.	2 р. • к.
Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заболѣваніямъ человека. Проф. И. М. Догеля (одобрен. Ученымъ Комит.).	» р. 40 к.
Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его-же	» р. 30 к.
Высокопреосвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ.	
Проф. А. И. Александрова	» р. 10 к.
Исторія Казани К. Ф. Фукса	» р. 50 в.
Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турятерелли.	» р. 50 к.
Письма С. А. Рачинскаго духовному юношеству о трезвости.	» р. 30 в.
Царь и народъ Русь православная въ Саровѣ. Архиман. Андрея	» р. 10 в.

Редакторъ-издатель А. Т. Соловьевъ.

ГОДЪ IV. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1904.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНІ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,

выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ и
болѣе.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—
10 руб., за границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва,
Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Бользней.



РУССКІЙ

ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ

въ 1904 году (XX годъ изданія) будетъ выходить по прежней
программѣ и въ прежнемъ объемѣ: каждыя два мѣсяца книжками
не менѣе 10 листовъ каждая.

РЕДАКТОРЪ-ИЗДАТЕЛЬ

Н. А. Вельяминовъ,

Профессоръ Академической Хирургической Клиники.

РЕДАКТОРЫ:

А. А. Бобровъ. Профессоръ Факультетской Хирургической Клиники въ
Москвѣ. В. И. Разумовскій. Профессоръ Факультетской Хирургической Кли-
ники въ Казани. Н. Ф. Сабанѣевъ. Старшій Врачъ Одесской Городской боль-
ницы. К. М. Сапѣжко. Профессоръ хирургіи Императорскаго Новороссійскаго
Университета. К. П. Серанинъ. Ассистентъ Академической Хирургической
Клиники. В. А. Тиле. Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской
Академіи. Цеге фонъ-Мантейфель. Профессоръ хирургіи Императорскаго
Университета въ Юрьевѣ. Г. Ф. Цейдлеръ. Приватъ-доцентъ Императорской
Военно-Медицинской Академіи.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ хирургіи и родственныхъ ей специальностей.
- II. Критика и библиографія.
- III. Рефераты.
- IV. Отчеты и протоколы русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ Обществъ и Съездовъ.
- V. Корреспонденціи.
- VI. Объявленія.

Рукописи (въ выданныхъ бандеролахъ и написанныя, по возможности, четко и на одной сторонѣ листа) просить направлять на имя К. П. Сератина (Шпадерна, 30, кв. 1). Статьи, гдѣ-либо уже напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ необходимости, дѣлать сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ текстѣ печатныхъ статей. Рукописи неапечатанныхъ самостоятельныхъ работъ хранятся въ редакціи, для возвращенія авторамъ, по ихъ требованію (почтой—на ихъ счетъ), въ теченіе 2 лѣтъ; возвращеніе неапечатанныхъ рефератовъ, рецензій корреспонденцій и пр. необязательно.

Цѣна за годъ съ пересылкою и доставкою 8 р., за полгода 4 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Секретарь редакціи д-ръ Б. Е. Гершуни (Подольская, 19, кв. 8).

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

Медицинскія Прибавленія

вѣ

МОРСКОМУ СБОРНИКУ

вуетъ выходить и въ 1904 году выжками отъ 4 до 5 листовъ.

Журналъ 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 Медицинс. Инспектор. Флота.

Цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

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

Завѣдующій редакціей М. О. Перфильевъ.

Г. И. Волинцевъ: О способахъ достиженія носоглоточнаго пространства путемъ гинотоміи и резекцій. Новый способъ для доступа въ носоглотку.—**А. Ф. Каблуковъ:** Изъ области почечной хирургіи: изсѣченіе правой первичнораковой почки, одновременно сочетанное съ пупочнымъ и паховымъ грыжесѣченіемъ.—**А. А. Абражановъ:** Гастроэнтеростомія при доброкачественныхъ страданіяхъ желудка. 106.

III. МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Изъ научныхъ собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета 112.

IV. БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ 120.

V. ОБЪЯВЛЕНІЯ.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

Н А

„Казанскій Медицинскій Журналъ“.

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества

Проф. А. Н. Каземъ-Бека.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по специальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. библиографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для членовъ Общества 5 руб. въ годъ.

Подписка принимается въ бібліотекѣ Общества (Казань, Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань, Пассаажъ).

Рукописи для помѣшенія въ Журналъ направляются по адресу: Казань, Университетъ, Общество врачей, въ редакцію „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

Предсѣдатель Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ.

Секретарь А. В. Сивре.

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
Предсѣдателя Общества
Проф. А. Н. НАЗЕМЪ-БЕНА.

ТОМЪ IV.
М А Р Т Ъ.
1904 Г.



КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета
1904.