

5.

# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

---

**ТОМЪ VIII.**

**ІЮЛЬ-АВГУСТЪ.**

**1908 Г.**

---



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета,  
1908.



## СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

Д-ръ Г. Вульфійусъ. Значеніе каждой реакціи Pirquet для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ . . . . . 301.

Проф. Н. М. Любимовъ. Къ ученію объ острой лейкеміи.  
(Окончаніе) . . . . . 333.

Проф. А. Г. Агабабовъ. Обь энуклеаціи глазного яблока. 390.

Д-ръ Е. А. Зеньковичъ. Атрофія зрительныхъ нервовъ отъ отравленія Spiritu aceticis (киндеръ-бальзамъ) . . . . . 399.

ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 7-го апрѣля, 14-го апрѣля, 5-го октября, 21 октября, 8-го ноября, 30-го декабря 1907 г. . . . . 65—86.



# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

---

ТОМЪ VIII.

ІЮЛЬ-АВГУСТЪ.

1908 Г.

---

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.

Учб. 5

Судебн. мед.  
Учб. 5  
К. Г. М. И.





## СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

Д-ръ **Г. Вульфійусъ**. Значеніе каждой реакціи Piquet для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ . . . . . 301.

Проф. **Н. М. Любимовъ**. Къ ученію объ острой лейкеміи.  
(Окончаніе) . . . . . 333.

Проф. **А. Г. Агабабовъ**. Объ энуклеаціи глазного яблока. 390.

Д-ръ **Е. А. Зеньковичъ**. Атрофія зрительныхъ нервовъ отъ отравленія Spiritu aromatico (киндеръ-бальзамъ) . . . . . 399.

**ПРИЛОЖЕНІЕ**. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 7-го апрѣля, 14-го апрѣля, 5-го октября, 21 октября, 8-го ноября, 30-го декабря 1907 г. . . . . 65—86.





## Значеніе кожной реакціи Pirquet для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ.

Д-ра Г. Вульфiуса.

Какъ извѣстно, раннее распознаваніе бугорчатки представляется часто весьма затруднительнымъ. Это положеніе въ особенности относится къ дѣтскому возрасту и въ частности къ первымъ мѣсяцамъ жизни; стоятъ лишь вспомнить, какъ часто туберкулезъ въ грудномъ возрастѣ протекаетъ подъ видомъ атрофіи съ неопредѣленными симптомами со стороны легкихъ и безлихорадочно, иногда же упорныя бронхопнеймоніи, въ особенности послѣ кори и коклюша заставляютъ подозрѣвать туберкулезъ; какъ часто мы наблюдаемъ лихорадочныя состоянія не поддающіяся точному діагнозу въ данный моментъ, далѣе туберкулезный менингитъ, туберкулезъ бронхіальныхъ желѣзъ и т. д.

Распространенность бугорчатки въ дѣтскомъ возрастѣ обследована Hamburger'омъ, а также Müller'омъ, Schlossmann'омъ и др. Не подлежитъ сомнѣнію, что скрытый туберкулезъ, поддающійся микроскопическому діагнозу, у дѣтей въ грудномъ возрастѣ почти никогда не наблюдается. Первые два автора на 154 вскрытія грудныхъ дѣтей нашли въ 20-ти случаяхъ туберкулезъ, послужившій непосредственно причиной смерти, и въ 4-хъ бугорчатка явилась сопутствующей болѣзнью; у 79 дѣтей между 5—14 годами жизни туберкулезъ былъ найденъ въ 21 случаѣ.

На первомъ году жизни по даннымъ Hamburger'a абсолютное число туберкулезныхъ выражается въ 3%; на второмъ году въ 37%, на 5-омъ въ 60%. Вообще же между 1-ымъ и 14 годами 74% всѣхъ дѣтей были найдены туберкулезными.

На 400 вскрытій дѣтей, умершихъ въ клиникѣ проф. Чернова, признаки исцѣленія (обызвѣствленіе) наблюдались лишь не раньше 3-яго года жизни.

Эти цифры ясно показываютъ, какъ широко распространіе бугорчатки среди дѣтей; еще печальнѣе, какъ извѣстно изъ статистики Naegel и Burkhardt, а, обстоитъ этотъ вопросъ по отношенію къ взрослымъ. Авторы нашли при вскрытіяхъ въ 97 resp. въ 91% туберкулезныя измѣненія. Чѣмъ старѣе индивидуумъ, тѣмъ больше возможность заразиться туберкулезомъ, который часто протекаетъ скрытно.

Изъ всего сказаннаго намъ станетъ понятенъ тотъ энтузіазмъ, съ какимъ былъ встрѣченъ методъ Koch, а, предложившій инъекціи туберкулина подъ кожу какъ діагностическое средство для ранняго распознаванія бугорчатки. Однако его методъ былъ вскорѣ подвергнутъ строгой критикѣ и мы знаемъ въ настоящее время, что онъ не у всѣхъ и не всегда примѣнимъ, ибо вызываетъ нежелательныя, припадки и опасныя явленія.

Кромѣ повышенія температуры на мѣстѣ укола появляется мѣстный кожный процессъ, названный въ свое время профессоромъ Эшерихомъ и реакціей на уколъ (Stichreaction'омъ). Кромѣ того, методъ Koch'а не примѣнимъ у лихорадочныхъ больныхъ, у больныхъ съ кровохарканіемъ и т. д. При туберкулезномъ менингитѣ онъ даже опасенъ.

8 Мая 1907 года н. с. въ Берлинскомъ мед. Обществѣ, ассистентъ Дѣтской клиники проф. Эшериха въ Вѣнѣ, докторъ v. Pirquet <sup>1)</sup> предложилъ новый методъ для ранняго распознаванія туберкулеза при помощи такъ называемой „Кожной реакціи“. Въ основу его метода легъ цѣлый рядъ наблюденій, сдѣланныхъ имъ въ его работахъ надъ оспенной вакциной и опубликованномъ трудѣ „О вакцинаціи и вакцинальной аллергіи“ (Wien Deuticksu 1907). <sup>2)</sup> Принципъ кожной реакціи заключается въ томъ, что организмъ, перенесшій разъ ту или другую инфекцію, реагируетъ на повторное введеніе того же самаго антигена не такъ какъ въ первый разъ, а болѣе быстро.

Возьмемъ для примѣра вакцинацію.

При первой вакцинаціи папула появляется обыкновенно на 2—3 день, затѣмъ образуется пустула и къ началу второй недѣли наблюдается появленіе ареолы, т. е. краснаго ободка центральной пустулы.

При ревакцинаціи весь мѣстный процессъ протекаетъ значительно менѣе интензивно и уже по прошествіи 24-хъ часовъ или на 4—7 день мы констатируемъ возвышеніе и покраснѣніе мѣста прививки, чѣмъ дѣло обыкновенно и кончается.

Если у данного субъекта по той или иной причинѣ отсутствуют оспенные рубцы (напр. отсутствие рукъ вслѣдствіе произведенной ампутаціи), мы изъ появленія „ранней реакціи“ можемъ заключать, что данное лицо подвергалось когда-то оспопрививанію.

Такую же аналогичную картину мы видимъ и при повторной инъекціи чуждаго для организма бѣлка т. е. при реинъекціи напр. антидифтеритной сыворотки; при введеніи ея въ тѣло развивается такъ называемая сывороточная болѣзнь, описанная и разработанная Pirquet и Schick'омъ <sup>7)</sup>. (Die Serumkrankheit, Wien, Deuticke 1905).

При первой инъекціи сыворотка вначалѣ циркулируетъ свободно въ организмѣ; только черезъ 8 дней приблизительно образуются ферменты и энзимы, оказывающіе такъ наз. переваривающее дѣйствіе на введенный чуждый бѣлокъ, вслѣдствіе чего создается связь между организмомъ и этой субстанціей. Поэтому-то сывороточная болѣзнь развивается въ этомъ случаѣ только на 8—10-й день и характеризуется повышеніемъ  $t^0$ , болѣзненностью и припухлостью суставовъ и появленіемъ общей крапивницы.

Иную картину мы видимъ изъ реинъекціи той же самой сыворотки. Здѣсь сывороточная болѣзнь развивается уже или черезъ 24 часа (немедленная реакція по Pirquet) или на 4—5 день (ускоренная реакція по Pirquet) и выражается отекомъ мѣста укола (Stichreaktion) и общей крапивницей. И тутъ на основаніи появленія этихъ реакцій мы вправѣ утверждать, что данный индивидуумъ подвергался когда-то серотерапіи.

На основаніи только что приведенныхъ наблюденій, Pirquet уже давно высказалъ мысли о возможности при помощи кожной реакціи діагностировать инфекціонныя болѣзни вообще и туберкулезъ въ частности. Послѣднему вопросу онъ посвятилъ много спеціальныхъ трудовъ.

Какъ извѣстно въ настоящее время, его кожная реакція нашла себѣ примѣненіе въ опытахъ съ маллеиномъ (H. Martel въ Парижѣ <sup>26)</sup>, (Valleé), а также и при тифѣ (опыты Chantemesse'a); Valleé предложилъ кожную реакцію Pirquet при діагнозѣ туберкулеза рогаатаго скота вмѣсто инъекцій.

При реакціи на туберкулинъ по способу Pirquet мы видимъ ту же самую картину, что и при ревакцинаціи или при реинъекціи сыворотки. Если допустить, что данный организмъ зараженъ туберкулезомъ, то онъ долженъ реагировать на новое введеніе туберкулина кожной реакціей. Это подтверждается и de facto. Накожное примѣненіе туберкулина вызываетъ у туберкулезныхъ людей появленіе мѣстной воспалительной реакціи (краснота, выпоть и т. д.).



или черезъ 24 часа (ранняя реакція) или позже, черезъ 48 часовъ (торпидная форма реакціи по Pirquet).

Всѣ эти реакціи основываются на несомнѣнномъ клинически и экспериментально доказанномъ фактѣ, что введеніе въ организмъ извѣстныхъ инфекціонныхъ возбудителей или не свойственного данному виду животныхъ бѣлка (*Artfremdes Eiweiss*) вызываетъ измѣненіе біологическихъ свойствъ всѣхъ клѣтокъ тѣла (*Umstimung der Zellen*), заключающееся въ томъ, что организмъ реагируетъ на новую инфекцію того же самаго характера или на повторное введеніе сыворотки болѣе быстро и, что инкубационный періодъ въ значительной степени сокращается или отсутствуетъ почти совершенно.

Вотъ эту то измѣненную реакцію организма, отвѣчающую болѣе быстро на повторное введеніе знакомаго ему уже антигена, Pirquet и назвалъ „Аллергіей“.

Чѣмъ же объяснить инкубационный періодъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ и появленіе этой „ранней реакціи“. Уже въ 1903 Pirquet и Schick высказали мысли, что инкубационный періодъ есть время, протекающее съ момента введенія яда и выработкой организмомъ противотѣла, при чемъ болѣзненные явленія должны быть объяснены встрѣчей и взаимодействіемъ противотѣла и антигенной субстанции.

Вакцинальная пустула напр. прекращаетъ свой ростъ, какъ только образуется ареола, что объясняется, по всей вѣроятности, дѣйствіемъ образовавшихся противотѣла, которыя растворяютъ оболочку бактерій. Продукты противотѣла и ядовитыя субстанции приходятъ въ соприкосновеніе съ клѣтками тѣла и такимъ образомъ образуется ареола.

При ревакцинаціи лимфа встрѣчается въ организмѣ уже съ готовыми противотѣлами, что выражается ранней или ускоренной реакціей. Количество ея, связуемое противотѣломъ, по сравненію съ количествомъ при первой вакцинаціи очень невелико, почему и мѣстная реакція въ видѣ красоты является незначительной. Ускоренная реакція (на 4—7 день) наступаетъ, когда организмъ, во времени ревакцинаціи, не имѣетъ больше противотѣла. Но клѣтка сохранила въ себѣ измѣненную біологическую реакцію (аллергію), вслѣдствіе чего организмъ имѣетъ способность вырабатывать болѣе быстро противотѣла (Ареола вмѣсто 8—10 день, уже на 4—7-ой день). Съ туберкулиномъ дѣло обстоитъ точно также.

Ранняя и торпидная реакція обуславливаются здѣсь встрѣчей патогенной субстанции, антигена, въ данномъ случаѣ туберкулина Косч'а съ имѣющимися въ организмѣ противотѣлами. Pirquet предполагаетъ, что въ тѣлѣ туберкулезныхъ всѣ клѣтки проіобрѣтаютъ повышенную способность продуцировать противотѣла вслѣдствіе

чего на любомъ мѣстѣ организма, тамъ гдѣ антигенъ встрѣчается съ ними, появляется мѣстная воспалительная реакція.

По мнѣнію Citron'a<sup>(8)</sup> (Berl. kl. woch. 1907 № 36), дѣло обстоитъ при этой реакціи слѣдующимъ образомъ: тамъ, гдѣ туберлезныя палочки свили себѣ гнѣздо въ ткани, онѣ начинаютъ вырабатывать продукты обмѣна, кот. соединяются съ рецепторами близлежащихъ клѣтокъ и вызываютъ въ нихъ особенную чувствительность къ новому дѣйствию туберкулезнаго токсина, т. е. возбуждаютъ въ нихъ повышенную способность образовать противотѣла. Туберкулинъ особенно сильно притягивается этими клѣтками, причемъ преимущественно привлекаются лейко-и микроциты—чтобы обезвредить введенную патогенную субстанцію \*).

Въ противоположность Pirquet, Kreibich'y, Reuschel<sup>(30)</sup> объясняетъ сильную реакцію не повышенной чувствительностью кожныхъ клѣтокъ, а ставитъ ее въ зависимость отъ титра количественнаго содержанія противотѣлъ въ крови. У кахектиковъ, а также и при туберкулезномъ менингитѣ и при милиарной бугорчатки въ далеко зашедшихъ случаяхъ, титръ этотъ равняется 0. Вотъ почему мы здѣсь получаемъ отрицательную реакцію.

Туберкулезный очагъ всегда богаче противотѣлами чѣмъ кровь, а потому реакція здѣсь получается также при громадныхъ разведеніяхъ напр. при методѣ Nagelschmidt'a<sup>(31)</sup> (см. ниже).

Положительная реакція при повторныхъ прививкахъ, послѣ предшествовавшей отрицательной первой, объясняется опять таки закономъ Pirquet, что организмъ, образовавшій разъ противотѣло, но не имѣющей его въ данный моментъ, вновь образуетъ его при повторной прививкѣ.

Перехожу теперь къ описанію самаго метода. Alttuberculin'a Koch'a въ различныхъ концентраціяхъ, но въ настоящее время онъ окончательно остановился на 25% растворѣ его. Онъ беретъ 1 часть Alttuberculin'a, 1 часть 5% раствора карболь-глицерина и 2 части физиологическаго раствора соли. 2 капли этой жидкости наносятся на тщательно вымытое предплечье той или другой руки на разстояніи приблиз. 6 сант. другъ отъ друга.

Затѣмъ предложенной самимъ Pirquet иглой дѣлають сначала контрольную скарификацію кожи между каплями, а затѣмъ и въ

---

\*) Что клѣтки кожи могутъ образовать противотѣла, доказали новѣйшія изслѣдованія относительно мѣста образованія иммунизиновъ; напр. опыты V. Dungen'a (Die Anti-Körper 1903) и Wassermann'a и Citron'a<sup>(50)</sup> Ueber die Bildungsstätte der Thyphusimmunkörper. Zeitschr. f. Hygiene 1905). Состояніе мѣстной перевозбудимости кожи особенно часто встрѣчается при скрофулезѣ.

центрѣ послѣднихъ, вращательными движеніи, однако такъ, чтобы не показалась кровь (слущиваніе эпидермиса). Осмотры мѣста прививки дѣлають по возможности каждый день въ теченіи 4—6 дней или же разъ черезъ 24 часа resp. 48 часовъ.

При положительной реакціи, оба мѣста прививки представляются покраснѣвшими черезъ 6—24 ч., рѣже позже; здѣсь образуются ярко-красныя, хорошо оцупываемыя папулы отъ 5 до 20 и болѣе миллиметровъ въ діаметрѣ, что зависитъ отъ концентраціи туберкулина \*). Обыкновенно діаметръ папулы равняется 10 mm. Если она больше, то центръ ея напоминаетъ Urticariю или на немъ замѣчаются пузырьки, которые быстро подсыхаютъ. Черезъ 5—6 дней папулы исчезаютъ, а на ихъ мѣстѣ остаются пигментированныя пятна. Контрольный же уколъ характеризуется лишь небольшимъ травматическимъ поврежденіемъ кожи.

Pirquet считаетъ свою кожную реакцію специфической, при чемъ особенно большое значеніе онъ придаетъ примѣненію ея въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, гдѣ, какъ было указано выше, туберкулезъ рѣдко протекаетъ скрытно въ инактивной формѣ. Для взрослыхъ же, по мнѣнію Pirquet<sup>(3)</sup> она имѣетъ мало значенія, такъ какъ является слишкомъ чувствительной, ибо открываетъ у нихъ, давно излеченныхъ, небольшіе очаги бугорчатки. Она даетъ почти въ 95% положительный результатъ, что немудрено, если вспомнить статистику Naegeli и Burkhard'a.

Въ первомъ своемъ сообщеніи 6 Іюня 1907 года въ Вѣнѣ, Pirquet<sup>(5)</sup> приводитъ 360 наблюденій надъ дѣтьми различнаго возраста, изъ которыхъ 119 реагировало положительно т. е. 60%. Затѣмъ онъ опубликовалъ результаты вскрытій 100 дѣтей<sup>(4)</sup> 52 случая, которые не дали при жизни реакціи и на секціонномъ столѣ дали отсутствіе туберкулеза; только въ одномъ случаѣ при жизни была получена положительная реакція, при вскрытіи же не былъ обнаруженъ туберкулезъ (Status Lymphaticus). Въ настоящее время Pirquet опубликовалъ уже болѣе 1000<sup>(6)</sup> случаевъ прививокъ alttuberkulin'a. Изъ 988 дѣтей въ возрастѣ отъ 3 мѣсяцевъ до 14 лѣтъ и болѣе положительно реагировали 407 т. е. 41%. Изъ нихъ, 147 дѣтей первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ не далъ ни одинъ полож. реакціи; изъ 112 взрослыхъ дѣтей (за 14 лѣтъ)—100 положит. реакція т. е. 90%. Изъ его таблицы, приложенной къ работѣ видно, что процентное отношеніе скрытаго туберкулеза (положит. реакція у клинически не туберкулезныхъ) съ возрастомъ увеличивается до 70%!

---

\*) Авторъ при своихъ опытахъ съ различными концентраціями туберкулина нашелъ, что діаметръ реакціи прямо пропорціоналенъ кубическому корню силы раствора туберкулина; практическаго значенія это явленіе однако не имѣетъ.

Методъ Pirquet весьма простъ, легко выполнимъ, а главное совершенно безопасенъ въ отличіе отъ другихъ реакцій на туберкулинъ, о которыхъ вкратцѣ скажемъ ниже. Мы знаемъ, что при подкожныхъ инъекціяхъ туберкулина Koch'a наблюдаются три явленія. Во 1-хъ, общая реакція, которой организмъ отвѣчаетъ на введеніе туберкулина, въ видѣ повышенія  $t^{\circ}$ ; во вторыхъ, очаговая реакція (Herdreaktion), и въ третьихъ, реакція на уколъ (Stichreaktion Escherich'a).

При методѣ Pirquet первые два симптома не встрѣчаются; остается только одна мѣстная реакція на уколъ, выражающаяся въ появленіи вышеописанныхъ папулъ.

Кожная реакція, будучи совершенно безопасной, позволяетъ примѣнить ее у всѣхъ дѣтей, и даже у лихорадящихъ, не вызывая никакихъ осложнений. Опытъ самого Pirquet является въ данномъ случаѣ рѣшающимъ; въ своихъ случаяхъ, онъ ни разу не наблюдалъ повышенія  $t^{\circ}$  или ~~важн~~ыхъ либо другихъ нежелательныхъ явленій.

Особенное значеніе этой кожной реакціи, по мнѣнію автора сводится на практикѣ къ примѣненію ея при упорныхъ бронхитахъ послѣ коклюша и кори, при анэміи, атрофіи въ грудномъ возрастѣ, при бронхіэктазіяхъ, въ случаяхъ дифференціального діагноза между рахитической вялостью кишекъ и peritonitide tuberculosa и пр.

Авторъ однако отмѣчаетъ, что положительная реакція никогда не получается при кахексіи, при милиарной бугорчаткѣ и въ послѣднихъ стадіяхъ туберкулезного менингита.

Эти явленія въ достаточной степени объяснены въ введеніи къ моей работѣ.

Кожная реакція Pirquet была провѣрена многочисленными авторами, которые почти всѣ подтвердили, на большомъ клиническомъ матеріалѣ, выводы Pirquet. Единогласно была отмѣчена прежде всего полная безопасность этой реакціи для дѣтскаго организма, ея специфичность, особенно на первомъ году жизни, ея чрезвычайная чувствительность по отношенію къ взрослымъ, гдѣ она открываетъ латентные недѣятельные очаги бугорчатки, наконецъ рѣдкость положительной реакціи въ грудномъ возрастѣ, чѣмъ была опровергнута между прочимъ и теорія Беринга. Многіе авторы могли подтвердить, полученные при жизни тѣ или другіе результаты реакціи, на секціонномъ столѣ. Отрицательный результатъ реакціи при жизни подтверждался отсутствіемъ туберкулезнаго пораженія органовъ и на вскрытіяхъ, и наоборотъ, за немногими исключеніями (случаи Pirquet, Engel и Bauer), положительная реакція вела всегда къ констатированію бугорчатки и послѣ смерти (исключеніе составляютъ туберкулезная кахексія, туберк. менингитъ).

Нѣкоторые изслѣдователи приписываютъ реакціи Pirquet не только діагностическое и прогностическое значеніе, но видятъ въ ней новое и могучее орудіе въ борьбѣ съ бугорчаткой, такъ какъ путемъ ранняго распознаванія туберкулеза, особенно въ школахъ, мы, дѣлая массовыя прививки, можемъ легко и во-время изолировать больныхъ дѣтей отъ здоровыхъ и этимъ спасти послѣднихъ отъ вѣрнаго зараженія. Въ этомъ социальное и государственное значеніе кожной реакціи Pirquet.

Перехожу теперь къ краткому обзору имѣющихся по этому вопросу литературныхъ данныхъ; число ихъ сравнительно невелико, ибо въ послѣднее время кожный методъ находится, такъ сказать, въ загонѣ, а доминируетъ его видоизмѣненіе т. е. офтальмореакція.

Въ засѣданіи Вѣнскаго Общества дѣтскихъ врачей отъ 6 іюня 1907. д-ръ Moser сообщилъ о своихъ 120 наблюденіяхъ кожной реакціи, причемъ было произведено 28 вскрытій. На 17 аутопсіяхъ, гдѣ при жизни получена была отрицательная реакція — 3 раза была найдена бугорчатка (все случаи ясно выраженной кахексіи).

Проф. Wolff изслѣдовалъ этимъ методамъ много сотенъ случаевъ и вполне подтвердилъ выводы Pirquet.

Моро и Doganoff <sup>11)</sup>, а также проф. Pfaundler <sup>9)</sup> изслѣдовали тѣ измѣненія на кожѣ, которыя наступаютъ послѣ прививки туберкулина по методу Pirquet и отмѣтили слѣдующее. Проф. Pfaundler наблюдалъ у одного ребенка, страдавшаго lupus'омъ, на мѣстѣ прививки появленіе стойкой, державшейся нѣсколько недѣль, инфильтраціи, напоминавшей scrophuloderm'y.

Моро и Doganoff могли въ одномъ случаѣ констатировать послѣ прививки ухудшеніе скрофулезнаго процесса, въ трехъ другихъ — внезапное появленіе фликтенулезнаго конъюнктивита у скрофулезныхъ дѣтей на 12-ый, 15-ый и 16-ый день послѣ положительной реакціи, почему авторы не совѣтуютъ примѣнять у золотушныхъ дѣтей кожную реакцію Pirquet.

Однако ни Pirquet самъ, ни цѣлый рядъ другихъ авторовъ никогда не наблюдали ничего подобнаго, и Pirquet считаетъ вышеприведенные случаи явленіемъ совершенно случайнымъ. На болѣе чѣмъ 1000 случаевъ, онъ разъ могъ только видѣть поврежденіе кожи, при чемъ въ этомъ случаѣ образовался волдырь, напоминавшій вакцинальную пустулу; которая однако скоро исчезла.

Orrenheim <sup>(10)</sup>, работавшій надъ измѣненіями кожи у взрослыхъ вслѣдъ за реакціей Pirquet, наблюдалъ въ одномъ случаѣ Lichenis Scrophulosorum появленіе вѣнчика темнокоричневыхъ узелковъ вокругъ мѣста прививки, у другого паціента со скрофулодермой образованіе язвы величиной съ горошину (всего имъ описано 5 случаевъ).

Самъ Pirquet въ нѣсколькихъ случаяхъ видѣлъ образованіе лишаявидныхъ эффоресценцій и предложилъ для этой реакціи названіе „скрофулезной“, такъ какъ она встрѣчается главнымъ образомъ у скрофулезныхъ индивидуумовъ.

Bandler и Kreibich (<sup>12</sup>) ставили свои опыты также на взрослыхъ, и только отчасти могли подтвердить выводы Pirquet, ибо не всѣ лица дали положительный результатъ. Изъ 26 случаевъ съ мѣстнымъ туберкулезомъ кожи 22 дали положительную реакцію, 4 кахектика отрицательную. Изъ 37 контрольных—отрицательную дали 15 человекъ (двое при повторной прививкѣ дали слабую реакцію) и 22 положительную.

Авторы изслѣдовали также микроскопически кусочки кожи, гдѣ была положительная реакція (у люпознаго паціента), при чемъ они не могли констатировать наличность характерной для туберкулезнаго бугорка картины. Срѣзы напоминали описанныя Klingmüller'омъ (<sup>13</sup>), при реакціи на уколъ, измѣненія (Stichreaktion), а также тѣ измѣненія ткани, какія встрѣчаются при Erythema induratum и которыя похожи на туберкулезныя (Kraus) (<sup>20</sup>). При кожной реакціи процессъ вызываетъ воспалительныя измѣненія въ видѣ небольшихъ очаговъ въ cutis и subcutis и простирается до подкожной кѣлѣчатки.

Очаги, состоящіе большею частью изъ одноядерныхъ кѣлокъ, малы, кругловаты и располагаются обыкновенно вокругъ волосныхъ фолликулъ и потовыхъ железъ. Очажки, лежащіе въ жировой кѣлѣчаткѣ, содержатъ эпителиодныя кѣлки и нѣсколько гигантовъ, которые однако отличаются отъ типическихъ Langhans'овскихъ кѣлокъ. Типическихъ бугорковъ съ казеозно перерожденнымъ центромъ авторы нигдѣ не встрѣчали \*).

Engel и Bauer (<sup>14</sup>) являются тѣми немногими противниками реакціи Pirquet, которые не признаютъ за ней специфичность по отношенію къ груднымъ дѣтямъ.

Изъ 48 грудныхъ дѣтей—дали 6 положительный результатъ. У 5 изъ нихъ можно было съ полной увѣрностью на основаніи клиническихъ данныхъ исключить туберкулезъ; четверо изъ нихъ не дали реакціи на инъекціи туберкулина; у пятого наблюдалось повышеніе t°; 6-ой былъ вскрытъ, при чемъ не было найдено ни слѣда туберкулеза, ни status lymphaticus. Изъ остальныхъ 280-хъ дѣтей въ возрастѣ отъ 3—14 лѣтъ положительная реакція получилась у

---

\*) По Dael's'у (<sup>29</sup>) папулы образуются вслѣдствіе гистологической реакціи специфическаго характера и носятъ въ опредѣленныхъ участкахъ специфическое строеніе туберкулезной ткани герп. бугорка. Однако, подобные специфическіе участки занимаютъ лишь очень небольшіе и ограниченные участки папулы и ихъ весьма трудно найти.

107-мъ. Авторы приходятъ къ выводу, что кожная реакція не обѣщаетъ много большаго, чѣмъ инъекціи туберкулина подъ кожу, аналогично Moro и Doganoff'у и они наблюдали кожныя эффлоресценціи, которыя живо напоминали туберкулиды. Для изслѣдованія же вопроса относительно распространенности туберкулеза, этотъ методъ заслуживаетъ полнаго вниманія.

Lenharz (<sup>15</sup>) изслѣдовалъ 111 случаевъ, кот. были подвергнуты однимъ пробамъ (Pirquet Calmette); изъ нихъ 55 дали положит. рефл.: дѣтей было всего 20; 6 изъ нихъ дали положит. реакцію. Въ противоположность Pirquet авторъ также не наблюдалъ реакцію у многихъ взрослыхъ.

Mainini (<sup>17</sup>) въ Берлинскомъ мед. общ. сдѣлалъ докладъ по поводу своихъ опытовъ съ кожной реакціей на туберкулинъ. Свои 40 случаевъ онъ подраздѣлилъ на три группы:

А) Больные съ распространен. туберкулезомъ 11 случаевъ: изъ нихъ положит. реагировало 10; одинъ—отрицательно (Кахексія).

В) Больные другими болѣзнями безъ туберкулеза 10 случ. всѣ дали отрицат. реакцію:

С) Больные, кот. по всей вѣроятности страдали бугорчаткой (Karies, Pleuritis, Pericarditis), 118 случ.; изъ нихъ 16 реагировали ясно положит.; у двухъ наблюдалось лишь небольшое покраснѣніе (Всего 40 случ.—положит. реакцію у 26-ти т. е. 65%).

Въ № 52 1907 годъ Münch med. Wochenschrift., онъ (<sup>18</sup>) описалъ 208 кожныхъ реакцій на туберкулинъ у взрослыхъ. У 97 пациентовъ съ туберкулезными палочками въ мокротѣ и вообще подозрительныхъ на бугорчатку—всѣ дали положительную реакцію, съ другой стороны изъ 111 неподозрительныхъ дали положит. реакцію 80, т. е. 80,1%.

На основаніи этого, Mainini полагаетъ, что реакція Pirquet въ противоположность офтальморекціи открываетъ также и скрытые очаги бугорчатки.

Czegeу въ Бреславлѣ констатировалъ у всѣхъ взрослыхъ положительную реакцію Pirquet, дѣти груднаго возраста дали всѣ отрицательный результатъ (теорія Беринга о частотѣ туберкулеза въ грудномъ возрастѣ такимъ образомъ не подтверждается). Изъ 52 дѣтей съ отрицательной реакціей, на вскрытіи не было найдено ни слѣда туберкулезныхъ измѣненій. Авторъ считаетъ реакцію совершенно безонасной, хотя вообще отрицательно относится къ біологическимъ реакціямъ.

Профессоръ Feer (<sup>22</sup>) въ своей работѣ о кожной реакціи на туберкулинъ v. Pirquet въ дѣтскомъ возрастѣ, весьма похвально

относится къ новому методу Pirquet и сулитъ ему блестящую будущность. Авторъ сдѣлалъ 344 прививки по Pirquet, при чемъ положит. результатъ полученъ у 65 (т. е. 19%),

А) Изъ клинически несомнѣннаго туберкулеза въ числѣ 25—положит. реагировали 24. (отрицат. одинъ: 13 мѣс. дѣвочка съ туберкулезными перитонитомъ, очень истощенная).

В) Изъ подозрительныхъ на туберкулезъ 28—реагировала 14 т. е. 50% полож.

С) Изъ остальныхъ 291 неподозрит. реагировали—27, т. е. 9%. Процентное отношеніе частоты туберкулеза поднимается и у него съ возрастомъ (0 процент. въ первыя двѣ трети года жизни до 35% между 10 и 15 годами).

Изъ этихъ случаевъ 112 падаетъ на долю дѣтей въ грудномъ возрастѣ. Изъ нихъ реагировали трое. У всѣхъ при вскрытіи были найдены туберкулезныя измѣненія. По мнѣнію автора кожная реакція имѣетъ, по всей вѣроятности, специфическое значеніе. Далѣе онъ упоминаетъ о 21-омъ вскрытіи, 18 при жизни дали отрицательную реакцію, при вскрытіи—отсутствіе туберкулеза.

И этотъ авторъ, какъ и самъ Pirquet и другіе изслѣдователи подтверждаютъ, что сила реакціи не указываетъ на распространенность процесса.

Самые незначительные очажки, которые ускользаютъ отъ клиническаго діагноза, даютъ подчасъ самыя сильныя реакціи. Переходя затѣмъ къ описанію мѣстнаго воспалительнаго процесса, онъ отмѣчаетъ нѣкоторую особенность его. Такъ онъ нерѣдко наблюдалъ появленіе маленькихъ, съ булавочную головку желто-красныхъ твердыхъ узелочковъ, кот. черезъ нѣсколько дней исчезали; особенно часты они при повторныхъ прививкахъ. Фликтѣна наблюдалась авторомъ въ 344 случаяхъ лишь два раза, и то не у скрофулезныхъ дѣтей; послѣ повторныхъ прививокъ, Feeg часто наблюдалъ либо болѣе сильную реакцію, либо появленіе ее у тѣхъ, кот. не давали при однократной прививки.

Goebel (<sup>23</sup>) опубликовалъ матеріалъ, касающійся 220 случаевъ, изъ кот. 170 были взрослые и лишь 50 дѣтей. Изъ этого количества, 127 дали абсолютно положит. реакцію, 93 отрицат. Авторъ дѣлитъ больныхъ также на три группы:

А) Безусловно туберкулезные:

|              |          |                             |
|--------------|----------|-----------------------------|
| 17 дѣтей     | положит. | 16 (одинъ отрицат.)         |
| 54 взрослыхъ | —        | 53 (одинъ отриц.; вахэксія) |

|       |             |   |                |
|-------|-------------|---|----------------|
| Итого | 71 пациент. | — | 69 почти 100%. |
|-------|-------------|---|----------------|



|                                                     |   |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------|
| В) Подозрительн. на туберкулезъ (наслѣдственность): |   |                                                    |
| изъ нихъ 5 дѣтей                                    | — | положит. 3.                                        |
| 31 взрослыхъ                                        | — | 23.                                                |
| Итого 36                                            |   | положит. 26 т. е. 72 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> . |

Сюда же относятся случаи наслѣдственнаго туберкулеза  
17—полож. у 12, отриц. у 5.

|                                         |   |                                              |
|-----------------------------------------|---|----------------------------------------------|
| С) Неподозрительные на туберкулезъ:     |   |                                              |
| изъ нихъ 28 дѣтей (7 грудного возраста) | — | положит. 2.                                  |
| 85 взрослыхъ                            | — | положит. 30.                                 |
| Итого 113 паціентовъ                    | — | 32, т. е. 28,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> . |

Авторъ приходитъ къ заключенію, что положительная реакція въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно въ грудномъ, съ несомнѣнностью указываетъ на туберкулезъ. Что касается взрослыхъ, то здѣсь играетъ большое значеніе отрицательный результатъ; въ противоположность Pirquet онъ не наблюдалъ ее у многихъ взрослыхъ.

Докторъ Franz Yunker (<sup>28</sup>) въ Герберздорфѣ работалъ также на взрослыхъ \*). Онъ опубликовалъ 150 случаевъ, подраздѣливъ ихъ на категоріи.

А) Несомнѣнн. туберкулезъ (палочки въ мокротѣ);  
44 случая — положит. 41., отриц. 3. т. е. 93,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

В) Туберкулезные случ. безъ палочекъ, но подтверждается подкожными инъекціями или офтальмореакціей:  
77 случаевъ,—положит. 75 т. е. 87,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

С) Подозрит. на туберкулезъ:  
16 случ.—положит. 14 т. е. 87,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Д) Неподозрительные случаи:  
5 случ.—положит. 1—т. е. 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Е) 8 безусловно нетуберкулезн.—всѣ отрицат.

Авторъ приходитъ къ выводу, что всѣ три реакціи на туберкулинъ (инъекція подъ кожу, Calmette и кожная v. Pirquet) въ общемъ согласуются.

---

\*) Съ туберкулиномъ въ различныхъ концентраціяхъ отъ 1—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Curschmann (<sup>24</sup>) работал также на взрослых и опубликовал 75 случаев, подразделив больных туберкулезом на три категории или стадии по типу (I, II и III).

А) Клинически несомнѣн. туберкул. или почти вѣроятн.:

|                                            |                          |
|--------------------------------------------|--------------------------|
| а) I) Главнымъ образомъ поражен. верхушекъ | 12—полож. 12 т. е. 100%. |
| б) II) Бациллы въ мокротѣ                  | 12—полож. 9 т. е. 75%.   |
| в) III) Также бациллы                      | 12—полож. 6 т. е. 50%.   |
|                                            | 36—полож. 27.            |

В) Туберкулезъ костей и лимфат. железъ (9 дѣтей и 2 взрослых) 11 случ.—положит. 10—т. е. около 100% (одинъ отрицательный: кахексія)

С) 6 случаевъ Pleuritis exsudativa—все положит. т. е. 100%.

Всего случаевъ несомнѣн. туберкул. 53—положит. 43 т. е. 81%.

Д). Не подозрит. 25 случ.—полож. 13 т. е. 52%.

Выводъ автора: Для ранняго діагноза активного туберкулеза у взрослыхъ реакція Pirquet, будучи слишкомъ чувствительной, непримѣнима. Отрицательный результатъ имѣетъ большее значеніе, т. е. указываетъ на отсутствіе туберкулеза.

Необходимо еще отмѣтить работу профессора Штадельмана и Вольфъ-Эйзнера (Ueber kutane und conjunctivale Tuberkulinreaction), (<sup>25</sup>) которые освѣтили вопросъ о кожной и глазной реакціяхъ съ діагностической, прогностической, теоретической и клинической точекъ зрѣнія.

Они изслѣдовали 276 лицъ при помощи кожной и глазной реакціи Calmett--Eisner'a и пришли къ слѣдующимъ результатамъ:\*)

А) Несомнѣнно туберкулезные въ различныхъ стадіяхъ (I/20, II/26, III/18) 64 случая—положит. 37, (50% изъ 18 пациентовъ третьей стадіи. Не реагировали 15 !!, изъ коихъ въ скоромъ времени 14 погибло и были вскрыты.

В) Подозрительные на Тбс. случаи:

20 случаевъ—положит. 16 т. е. 80%.

С) Неподозрительные на Тбс случаи:

192 слу.—положит. 96 т. е. 50%.

---

\*) На глазную реакцію изъ здоровыхъ лицъ реагировала половина, на кожную—1/6 часть положительно.

Stadelmann приходитъ на основаніи своихъ наблюденій въ заключенію, что обѣ реакціи могутъ вполне замѣнить инъеekціонный методъ Koch'a, что офтальмореакція у туберкулезныхъ или подозрительныхъ на туберкулезъ паціентовъ открываетъ активные туберкулезные процессы, кожная же реакція также недѣятельные очаги. Авторъ подчеркиваетъ особенно частое появленіе поздней реакціи \*) (Spätreaktion oder Dauerreaktion) при кожномъ методѣ у „здоровыхъ“ повидимому лицъ. Однако особеннаго клиническаго значенія они этому явленію не приписываютъ. По мнѣнію Wolff-Eisner'a поздняя реакція должна указывать на дѣятельные или давно излѣченные туберкулезные очаги. Появленіе ее можно объяснить тѣмъ, что клѣтки организма продолжительное время не соприкасались съ дериватами туберкулезныхъ бациллъ, и что при новомъ дѣйствіи на нихъ туберкулезнаго яда, въ нихъ вызывается повышенная способность реагировать, что выражается быстрымъ появленіемъ реакціи. На вскрытіяхъ людей, у которыхъ наблюдалась при жизни поздняя реакція, были всегда находимы старые туберкулезные очаги.

Что касается мѣстной реакціи Pirquet, то Wolff-Eisner различаетъ два типа: 1-хъ) съ преобладаніемъ эксудаціи и въ 2-хъ) съ преобладаніемъ инфильтраціи. Здѣсь имѣютъ мѣсто также интересные процессы, въ которыхъ принимаютъ участіе лимфоциты и туберкулезныя палочки. Bartels и Neumann приписываютъ первымъ защитительную роль въ борьбѣ съ туберкулезными возбудителями; во всякомъ случаѣ въ настоящее время доказано соотношеніе между лимфоцитами и бугорчаточковыми палочками.

Въ концѣ своей статьи авторы останавливаются на прогностическомъ значеніи обѣихъ реакцій, и видятъ въ отсутствіи ихъ, въ далеко зашедшихъ случаяхъ туберкулеза, самый плохой признакъ.

Докторъ F. Reuschel <sup>(30)</sup> въ статьѣ „о сравнительной оцѣнкѣ реакціи Pirquet въ дѣтскомъ возрастѣ“, объясняетъ появленіе мѣстнаго воспалительнаго процесса встрѣчей антигена съ специфическими противотѣлами. Авторъ изслѣдовалъ 320 случаевъ, изъ которыхъ 89 собраны въ таблицу, и частью проконтролированы вскрытіемъ. Изъ нихъ 45 дали положительную реакцію т. е. 50, 7%. Въ противоположность Мого и Doganoff'у, Орпенheim'у, они никогда не наблюдали ни развитіе туберкулиновъ, ни внезапнаго появленія фликтенъ у дѣтей; эти явленія составляютъ рѣдкость и

---

\*) Поздняя реакція заключается въ томъ, что мѣстный процессъ разыгрывается не черезъ 24 часа, а лишь по прошествіи 2 или 3 дней, а затѣмъ пропадаетъ

не могут дискредитировать методъ Pirquet. Далѣе авторъ описываетъ нѣкоторыя особенности папулы; онъ отмѣчаетъ появленіе узловатыхъ, маленькихъ эффлоресценцій на периферіи папулы, которыя ему встрѣтились въ 10 крайне сильно реагировавшихъ случаяхъ; эта сыпь имѣла нѣкоторое сходство съ узелками лишая и безслѣдно исчезала съ поблѣдненіемъ папулы, далѣе онъ наблюдалъ звѣздообразные отпрыски, идущіе отъ папулы и соотвѣтствующіе лимфатическимъ сосудамъ.

Подобное явленіе описали также Bandler и Kreibich, однако въ противоположность имъ, Reuschel не наблюдалъ при этомъ признаковъ туберкулезнаго заболѣванія кожи, за исключеніемъ одного случая.

Очень интересны наблюденія авторомъ трехъ хирургическихъ случаевъ. Въ первомъ случаѣ дѣло касалось 18-мѣсячнаго ребенка, у кот. появилось веретенообразное вздутіе праваго колѣннаго сустава; рентгеновская картина не выяснила заболѣванія. Было предположено кровоизліяніе вслѣдствіе травмы. Pirquet отрицательный.

Черезъ 4 недѣли больной совершенно выздоровѣлъ.

Второй случай касался дѣвочки 12 лѣтъ, съ симптомами воспаленія и гнойнаго скопленія идущаго отъ сакро-илиакальнаго сочлененія, заболѣваніе, какъ извѣстно почти всегда туберкулезнаго происхожденія. Pirquet отриц.; инъекція 1—3-ти Tuberkulin'a безъ реакціи на уколъ. На основаніи этого былъ исключенъ туберкулезъ; при операціи и послѣдующемъ изслѣдованіи гноя оказалось гнойное воспаленіе, вызванное *Bac. pyocyaneus* безъ наличности туберкулезныхъ палочекъ.

Третій случай. Очень анэмичный мальчикъ 4-хъ лѣтъ. Подвижная опухоль въ брюшной полости. Pirquet отриц., а также инъекція туберкулина въ количествѣ 1 mg. Предположено злокачественное новообразованіе; туберкулезъ исключенъ. При операціи: Саркома слѣпой кишки велич. въ яблоко.

Reuschel приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Въ реакціяхъ на туберкулинъ мы имѣемъ средство роли распознавать всѣ формы бугорчатки, какъ дѣятельной, такъ и недѣятельной, и даже излеченной, ибо это суть все реакціи на противотѣла, которыя образуются только лишь послѣ приобрѣтенія туберкулеза. Реакція Pirquet очень удобна и заслуживаетъ примѣненія въ практикѣ. Положительная реакція всегда указываетъ на туберкулезную инфекцію; отрицательная же послѣ однократной прививки не даетъ достаточно вѣрнаго указанія.

Kasper, (<sup>38</sup>) признавая за реакціей Pirquet специфическій характеръ, изслѣдовалъ 86 случаевъ и сдѣлалъ много вскрытій,

вслѣдствіе чего его небольшой матеріалъ пріобрѣтаетъ особенный интересъ.

17 случ. клинически несомнѣннаго туберкулеза:

изъ нихъ положит. реагировала 15 случ.

— отрицат. — 2 (туб. менингитъ и кахексія).

15 случаевъ безъ признаковъ бугорчатки также положительно (2 раза подтверждали вскрытіями); Изъ остальныхъ—54 случая дали отрицательный результатъ; было произведено 12 вскрытій, и ни разу не былъ найденъ туберкулезъ.

Изъ 29 случаевъ въ возрастѣ до года—два дали положительную реакцію; изъ другихъ—8 вскрытій и ни разу не былъ діагносцированъ туберкулезъ.

Warfield (<sup>40</sup>) изслѣдовалъ 53-хъ дѣтей отъ 3 мѣс. до 4 лѣтъ и получилъ только одинъ разъ у 7-мъ мѣсячнаго ребенка положительный результатъ. Изъ 51 дѣтей сиротскаго дома—реагировало положительно 15; изъ 32 другихъ пациентовъ, въ возрастѣ отъ 9—52 лѣтъ положительную реакцію дали 16.

По Bing'y (<sup>29</sup>), работавшему надъ реакціей Pirquet и офтальмореакціей, первый способъ даетъ хорошіе результаты при скрытомъ туберкулезѣ и менѣе опасенъ; у скрофулезныхъ дѣтей офтальмореакція является небезопасной.

Д-ръ Конецъ и Зембржусскій (<sup>51</sup>) опубликовали матеріалъ, обнимающій 251 случая, изъ нихъ 198 прививокъ было сдѣлано груднымъ дѣтямъ съ 2 положит. реакціями; изъ 53 дѣтей въ возрастѣ отъ 1—10 лѣтъ—реагировали положительно 14. Золотушные дѣти въ 3-хъ реагировали всѣ.

I) Изъ 10 подозрит. на туберкулезъ реагировали 2.

II) Изъ 8 несомнѣнно туберкулез. —только 3!!

III) Изъ 33 неподозрит. реагировали 6.

Не реагировавшіе случаи клинически несомнѣннаго туберкулеза 4, а именно;

- 1) туберкулезный шейный лимфаденитъ,
- 2) лѣвосторонняя туберкулезная бронхопневмонія,
- 3) туберкулезный сывороточный плевритъ,
- 4) туберкул. двухстор. бронхопневмонія.

Изъ 53-хъ дѣтей старшаго возраста умерло 6, кот. подверглись вскрытію. Всѣ эти случаи при жизни не реагировали; однако, при вскрытіи у двухъ былъ найденъ туберкулезъ 1). Двухсторон-

ная туберкулезная бронхопневмонія и 2) туберкулезъ верхушки легкаго. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ не признаетъ за реакціей Pirquet особаго клиническаго значенія.

W. Skorszewski въ Краковской терапевтической клиникѣ проф. Jaworsk'аго сдѣлалъ у 100 больныхъ 119 прививокъ съ положительнымъ результатомъ въ 55 случаяхъ полож.

- |                                   |    |       |
|-----------------------------------|----|-------|
| 1) Клинически несомнѣн. туберкул. | 12 | 11    |
| 2) Подозрительные случаи          | 5  | 5     |
| 3) Неподозрительные „—“           | 83 | — 41. |

Авторъ произвелъ два вскрытія, которыя дали отрицательный результатъ; оба случая при жизни не реагировали на Pirquet.

Проф. Korczynski <sup>(43)</sup> сдѣлалъ 104 пробы по Pirquet и положительный результатъ получилъ въ 70 случаяхъ.

Докторъ Filipiewicz <sup>(44)</sup> въ статьѣ о кожной реакціи Pirquet опубликовалъ 103 случая прививокъ при чемъ въ 47 случаяхъ (45,6%) получилъ положительный результатъ. Онъ раздѣлилъ своихъ больныхъ на три группы.

I) Больные безъ подозрѣнія II подозрит. III Явно туберкулезные.

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| Изъ 59—9 разъ полож. изъ 21—17 полож. изъ 23—20 полож |
| (15—3%) (80— 9%) (91%)                                |

Онъ произвелъ три вскрытія, которыя вполне подтвердили прижизненный результатъ реакціи.

Доктора Meiseils и Progulski <sup>(45)</sup> въ Львовской дѣтской клиникѣ проф. Korczynsk'аго работали на дѣтяхъ. причемъ прививали туберкулинъ, добытый изъ человѣческихъ туберкулезныхъ палочекъ и растворъ туберкулина жемчужина. ув. Изъ 47 случаевъ—30 дали полож. результатъ съ человѣческимъ туберкулиномъ, 31 полож. съ растворомъ туберкулина жемчужница.

Д-ръ Progulski <sup>(46)</sup> сообщилъ далѣе свои наблюденія изъ клиники проф. Korczynsk'аго Хирургическаго отдѣленія проф. Schramm'a.

Изъ 26 случ. бугорчатокъ костей и суставовъ—полож. 18.

Изъ 12 золотушныхъ —положит. у всѣхъ 12.

У 11 новорожденныхъ отъ 2—3 дней реакція не получилась, а также у 9 дѣтей въ возрастѣ отъ 3—8 недѣль.

Д-ръ Предтеченскій <sup>(49)</sup> производилъ обѣ реакціи у 106 лицъ, а одну только кожную у 14-ти у нетуберкулезныхъ

онъ получилъ въ 50% положительный результатъ \*).

Въ французской литературѣ методъ Pirquet встрѣтилъ какъ сторонниковъ, такъ и противниковъ. Въ Парижскихъ медицинскихъ обществахъ нѣсколько разъ происходили обсужденія этой темы, причемъ Dufour<sup>(35)</sup> (29 случаевъ) и Vallée высказались за кожную реакцію, Sicard и Descomps, а также Comby за офтальморакцію. Arloing, на основаніи своихъ опытовъ на животныхъ, вообще отрицалъ значеніе кожныхъ реакцій. Chantemesse предложилъ конъюнктивальную пробу для распознаванія тифа. Обѣ реакціи производили Ferrand и Lemaire<sup>(46)</sup> у 46 дѣтей получился отрицательный результатъ; у 52 дѣтей положительная реакція т. е. въ 53%.

Подводя итогъ тѣмъ литературнымъ даннымъ, которые были въ моемъ распоряженіи, я прежде всего долженъ остановиться на цифрахъ, полученныхъ авторами на дѣтяхъ въ грудномъ возрастѣ.

Какъ указалъ Pirquet въ своей первой работѣ, въ грудномъ возрастѣ туберкулезъ въ недѣятельной, скрытой формѣ протекаетъ весьма рѣдко, а потому реакція получается здѣсь также очень рѣдко, но за то положительный результатъ несомнѣнно указываетъ на существованіе туберкулеза у данного ребенка.

Наибольшій процентъ положительныхъ реакцій получили Engel и Bauer: изъ 48—6 разъ; однако на вскрытіи на клиническій діагнозъ, ни контрольная инъекція туберкулина подъ кожу не подтвердили прижизненной реакціи.

Sperk на 109 дѣтей грудного возраста получилъ реакцію только одинъ разъ, Feer на 112—3 раза, Конецъ и Зембжускій на 198—2 раза. Progulski въ 50 случаяхъ—ни одного разу (O).

Самъ Pirquet изслѣдовалъ 147 дѣтей первыхъ трехъ мѣсяцевъ и не получилъ ни одной положительной реакціи. (O).

Что касается вскрытій, произведенныхъ многочисленными авторами, то соотношеніе результатовъ ихъ, съ той или иной прижизненной реакціей, наглядно видно и на прилагаемой таблицѣ.

\*) Otto Aronade (Medic. Klinik 1907 22 Dec.) получилъ реакцію у ребенка съ эксудативнымъ діатезомъ; по мнѣнію Pirquet существуетъ интимная связь между бугорчаткой и лимфатическимъ сложеніемъ или—что одно и то же—эксудативнымъ діатезомъ, случай автора какъ бы подтверждаетъ это предположеніе. Авторъ однако наблюдалъ еще 4 случая эксудативнаго діатеза, гдѣ получилъ отрицательную реакцію, а потому не можетъ согласиться съ вышеприведеннымъ мнѣніемъ Pirquet.

| Авторы.                         | Колич. случ  | Количество вскрытій. | Положит. резул. | Отрицател. резул. | При жизни полож. | При жизни отриц. | Примѣчанія.                |
|---------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| Pirquet . . .                   | 360          | 100                  | 48              | 52                | —                | 52               | —                          |
| Мозеръ . . .                    | 120          | 28                   | 3*              | 25                | —                | 17               | *) Всѣ ка-<br>хект.        |
| Eugel et Bauer                  | 48 гр. дѣт.  | 1                    | 0               | 1                 | 6                | 42               | —                          |
| Ozerny . . .                    | —            | 52                   | 0               | 52                | 0                | 52               | —                          |
| Feer . . . .                    | 112 гр. дѣт. | 3                    | 3               | 0                 | 3                | 0                | —                          |
| — —                             | 344          | 21                   | 0               | 18                | 0                | 18               | —                          |
| Wolff-Eisner et<br>Stadelmann.  | 276          | 14                   | 14*             | 0                 | 0                | 14               | *) Всѣ въ<br>III-ей стадіи |
| Концевъ и Земб-<br>жускій . . . | 53           | 6                    | 2               | 4                 | 0                | 6                | —                          |
| Kasper. . . .                   | 86           | 10                   | 2               | 8                 | 30               | 54               | —                          |
| Skorczewski. .                  | 100          | 2                    | 0               | 2                 | 0                | 2                | —                          |
| Filipkiewicz. .                 | 103          | 3                    | 3               | 0                 | 3                | 0                | —                          |

Изъ прилагаемой таблицы видно, что вскрытія обыкновенно подтверждали клинической діагнозъ, поставленный на основаніи того или иного результата кожной реакціи. Исключеніе составляютъ конечно тѣ случаи, гдѣ вахектические субъекты не давали положительной реакціи, при вскрытіи же у нихъ оказывался туберкулезъ.

Слѣдующая таблица представляетъ изъ себя сумму всѣхъ имѣющихся въ литературѣ случаевъ.



| Авторы.                           | Количество<br>всѣхъ слу-<br>чаевъ. | Положит. | %      | I. Случай<br>несомнѣн.<br>туберкулеза | Положит. | II Случай<br>Подозрит. | Положит. | III Случай<br>Неподозрит. | Положит. |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------|--------|---------------------------------------|----------|------------------------|----------|---------------------------|----------|
| v. Pirquet. . .                   | 988                                | 407      | 41     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Moser . . .                       | 120                                | 103      | 86     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Oppenheim (у вѣр.)                | 5                                  | 5        | 100    | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Bandler et Kreibich               | 53                                 | 44       | 83     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Engel et Bauer .                  | 338                                | 113      | 33,4   | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Lenharz. . . .                    | (48 груд. дѣт.)<br>111             | 55       | 50%    | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Mainini. . . .                    | (20 дѣтей)<br>40                   | 26       | 65     | 11                                    | 10       | 18                     | 16       | 11                        | 0        |
| Онъ-же . . . .                    | 208                                | 177      | 85     | 97                                    | 97       | —                      | —        | 111                       | 80       |
| Feer. . . . .                     | 344                                | 65       | 19     | 25                                    | 24       | 28                     | 14       | 291                       | 27       |
| Goebel . . . .                    | 220                                | 127      | 57,7   | 71                                    | 69       | 36                     | 26       | 113                       | 32       |
| Yunker. . . .                     | (50 дѣтей)<br>150                  | 131      | 87     | 121                                   | 116      | 16                     | 14       | 13                        | 1        |
| Curschmann . .                    | 75                                 | 56       | 76     | 53                                    | 43       | —                      | —        | 25                        | 13       |
| Wolff-Eisner et                   |                                    |          |        |                                       |          |                        |          |                           |          |
| Stadelmann . .                    | 276                                | 149      | 54     | 64                                    | 37       | 20                     | 16       | 192                       | 96       |
| Beuschel. . . .                   | 320                                | 45       | 50,7   | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
|                                   | (туб. 84)                          |          |        |                                       |          |                        |          |                           |          |
| Kasper . . . .                    | 86                                 | 30       | 35     | 17                                    | 15       | 15                     | 15       | 54                        | 0        |
| Warfield . . .                    | 196                                | 52       | 23,5   | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Конечъ и Зембр-<br>жускій . . . . | 251                                | 16       | 6,2    | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
|                                   | (198 гр.)                          |          |        |                                       |          |                        |          |                           |          |
| Skorczewski . .                   | 100                                | 55       | 55     | 12                                    | 11       | 5                      | 5        | 83                        | 41       |
| Korczynski . .                    | 104                                | 70       | 67     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Filipkiewicz . .                  | 103                                | 47       | 45,6   | 23                                    | 20       | 21                     | 17       | 59                        | 9        |
| Meiselsi Progulski.               | 47                                 | 30       | 68     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Progulski . . .                   | 38                                 | 30       | 78,9   | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Предтеченскій .                   | 120                                | —        | —      | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Dufour . . . .                    | 29                                 | —        | —      | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Ferraud et Lemaire                | 98                                 | 52       | 53     | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |
| Вульфiусъ . . .                   | 150                                | 62       | 40     | 31                                    | 27       | 45                     | 20       | 74                        | 15       |
| Итого . . .                       | 4510                               | 1947     | 43,17% | —                                     | —        | —                      | —        | —                         | —        |

Со времени первыхъ сообщенiй Pirquet (въ маѣ 1907 н. ст.) появился цѣлый рядъ видоизмѣненiй его метода.

Сюда прежде всего надо отнести реакцію на туберкулинъ Wolff—Eisner'a и Calmett'a или такъ называемую офтальмореакцію. Входить въ разсмотрѣнiе этой реакцiи заставило бы меня выйти изъ рамокъ поставленной мной задачи; я позволю себѣ лишь сказать, что отдавая должное автору этого метода, я не могу не предупредить товарищей отъ примѣненiя ея въ нѣжномъ дѣтскомъ возрастѣ, особенно у скрофулезныхъ дѣтей. Говорю это я не на осно-

ваніи личнаго опыта, ибо съ Calmett'овской реакціей я опытовъ не производилъ, а на основаніи литературныхъ сообщеній, и тѣхъ предупрежденій, которыя слышатся изъ устъ западныхъ врачей по отношенію къ офтальмореакціи въ дѣтскомъ возрастѣ.

Если при кожной реакціи по методу Pirquet, какъ показали Pfaundler, Moro и Doganoff, Engel и Bauer и др., наблюдаются иногда нежелательныя явленія на такомъ сравнительно грубомъ органѣ, какъ кожа въ видѣ долго сроющихся инфильтратовъ, изъязвленій, туберкулидовъ, то что же мы должны сказать о примѣненіи туберкулина на такомъ нѣжномъ органѣ какъ глазъ. Современная литература объ офтальмореакціи очень богата сообщеніями о появленіи тяжелыхъ конъюнктивитовъ, кератитовъ и далѣе туберкулеза глазъ послѣ примѣненія глазной реакціи?!

Дальнѣйшимъ видоизмѣненіемъ является методъ, предложенный Courmont и Lésier (Societe de Biologie 22 Іюня 1907 годъ) и состоящій въ томъ, что туберкулезнымъ животнымъ втираютъ въ кожу туберкулезныя палочки или туберкулезную мокроту, причемъ на мѣстѣ втиранія появляются, измѣненія кожи, похожія на волчанку. Методъ этотъ мало провѣренъ, а потому сказать объ немъ нельзя еще ничего.

Moro (<sup>27</sup>) предложилъ втирать мазь изъ Туберкулина и Ланолина аа, и видѣлъ у скрофулезныхъ появленіе узелковъ, сидящихъ на красномъ основаніи и напоминающихъ Lichen Scrophulosorum. Многіе авторы уже высказались за преимущество этого метода передъ другими.

Методъ Nagelschmidt'a состоитъ въ томъ, что на равевую поверхность туберкулезнаго очага наносится капля раствора *Alt-tuberculin'a* 1: 1000, вслѣдъ затѣмъ наблюдается ограниченное изъязвленіе въ то время, какъ сифилитическія эффоресценціи у туберкулезныхъ, отвѣчаютъ лишь слабой формой нормальной кожной реакціи.

Detre \*) въ Будапештѣ прививаетъ кромѣ *Alt-tuberkulin'a* еще фильтратъ, содержащій термолабильныя вещества туберкулезныхъ палочекъ и высказываетъ надежду этимъ путемъ діагностировать старые и свѣжіе случаи бугорчатки.

Пока ограничусь перечисленіемъ этихъ методовъ. Мнѣ думается, что для дѣтскаго возраста кожная реакція была и останется пока доминирующимъ средствомъ для ранняго распознаванія туберкулеза, и прежде всего благодаря ея абсолютной безопасности. Pirquet въ статьѣ „О кожной реакціи на туберкулинъ“ (*Medicische klinik* № 40 1907) критически разобралъ вышеприведенныя

---

\*) Цит. по v. Pirquet.

модификаціи его метода и пришелъ въ выводъ, что въ настоящее время нѣтъ никакого основанія отказаться отъ каждой реакціи.

И долженъ здѣсь же упомянуть, что офтальмореакція въ послѣднее время настолько выдвинулась, ею настолько увлекаются, что методъ Pirquet начинаетъ какъ будто бы отходить на задній планъ. Что касается дѣтскаго возраста, то это большая ошибка, ибо болѣе простого, удобнаго, выполняемаго съ легкостью при массовыхъ изслѣдованіяхъ (школы, больницы, пріюты, интернаты) метода мы пока что не имѣемъ.

Желая провѣрить кожную реакцію Pirquet исключительно на дѣтяхъ, я началъ свои опыты въ Февралѣ мѣсяцѣ 1908 на амбулаторномъ матеріалѣ Университетской Дѣтской Клиники проф. П. М. Аргутинскаго, а затѣмъ сталъ производить кожную реакцію въ больницѣ Общества попеченія о бѣдныхъ и больныхъ дѣтяхъ. За любезное разрѣшеніе работать въ клиникѣ, я считаю своимъ долгомъ принести благодарность проф. П. М. Аргутинскому, а также благодарность доктору Е. М. Идельсону за предоставленіе богатаго больничнаго матеріала. Всего изслѣдовано мною 150 дѣтей, какъ амбулаторныхъ, такъ и стационарныхъ. На долю амбулаторныхъ дѣтей Дѣтской клиники падаетъ 63 случая, одинъ случай приходится на Александровскую больницу, 4 случая изъ частной практики, остальные 82 наблюдались въ Дѣтской больницѣ. Мальчиковъ было изслѣдовано 86 челов., дѣвочекъ 64; на школьный возрастъ приходилось 37 дѣтей. Осмотръ мѣста укула по мѣрѣ возможности производился черезъ 24 черезъ 48 часовъ, у амбулаторныхъ; у стационарныхъ въ теченіи того времени, пока больной находился въ больницѣ. При осмотрѣ обращалось вниманіе на цвѣтъ, свойство реакціи, а также на ея размѣры, кот. измѣрялись миллиметровой тесьмой. При повторныхъ развитіяхъ записывалось все, что было найдено на мѣстѣ реакціи. На стационарныхъ больныхъ я сначала измѣрялъ температуру (у нелихорадящихъ), а затѣмъ оставилъ это измѣреніе въ виду его полной безцѣльности. Ни одинъ изъ моихъ больныхъ не отвѣтилъ повышеніемъ  $t^{\circ}$  послѣ укула. Работалъ я съ Alttuberkulin'омъ Koch'a (выписаннымъ изъ Берлина отъ Medicinisches Waarenhaus), причемъ приготовлялъ 25% растворъ въ карболъ—глицеринѣ. Растворъ согласно Pirquet: 1 часть Alttuberkulin'a 1 часть 5% растворъ карболъ-глицерина, и 2 часть стерильнаго физиологическаго раствора поваренной соли. Приготовлялось всегда очень небольшое количество жидкости (на 10—15 прививокъ), дабы имѣть всегда свѣжій растворъ.

Уколы я производилъ придерживаясь точно предписаній Pirquet, у котор. я въ бытность свою въ Вѣнѣ работалъ. Для этого я употреблялъ предложенную имъ иглу изъ платины и иридія

(Impfbohrer), которою скарифицировали тщательно дезинфицированную кожу предплечья въ трехъ мѣстахъ; сперва дѣлая контрольный уколъ вращательными движеніями иглы между нанесенными на кожу капельками туберкулина, а затѣмъ и въ центръ каждой изъ нихъ.

Ни одинъ изъ моихъ случаевъ не былъ проконтролированъ въ силу чисто мѣстныхъ условій на секціонномъ столѣ. Эта отрицательная сторона моей работы, не зависящая конечно отъ меня, въ достаточной степени умѣряетъ ея достоинство. Если принять однако во вниманіе, что на Западѣ число провѣренныхъ на вскрытіяхъ случаевъ достигло уже большихъ размѣровъ и увеличивается чуть не ли съ каждымъ мѣсяцемъ, этотъ пробѣлъ не является настолько существеннымъ, какъ это кажется на первый взглядъ. Меня лично интересовалъ вопросъ, какой возрастъ реагируетъ на кожную реакцію чаще всего, другимъ словомъ, каково относительное распространеніе туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ и въ какой формѣ протекаетъ онъ; далѣе мнѣ до нѣкоторой степени хотѣлось провѣрить діагностическое, и главное прогностическое значеніе этой реакціи. Въ виду небольшого количества прививокъ, сдѣланныхъ мною, а также принимая во вниманіе, что контингентъ дѣтской больницы слагается почти исключительно изъ хрониковъ, туберкулезныхъ и скрофулезныхъ дѣтей, набранныхъ изъ самыхъ бѣдныхъ слоевъ города Казани, а иногда принятыхъ чуть ли не съ улицы, становятся понятными тѣ высокія процентныя отношенія, какія я получилъ. Тѣмъ не менѣе изъ прилагаемой таблицы читатель можетъ ясно усмотрѣть, если не абсолютный, то хотя бы относительный и прогрессивный ростъ туберкулеза, начиная отъ колыбели до 15 лѣтъ включительно.

Изъ приложенной же выше таблицы мы можемъ сдѣлать сравненіе съ нашей, при чемъ приходимъ тогда къ тѣмъ же выводамъ.

### Всѣхъ случаевъ 150.

| Возрастъ.       | мѣсяцы |      | Г О Д Ы. |     |     |     |      |       | Сумма. |
|-----------------|--------|------|----------|-----|-----|-----|------|-------|--------|
|                 | 0—6    | 6—12 | 1—2      | 2—3 | 3—5 | 5—7 | 7—10 | 10—15 |        |
| Число привит. . | 12     | 25   | 12       | 15  | 18  | 13  | 21   | 25    | 150    |
| Изъ нихъ пол.   | 0      | 3!   | 5        | 8   | 9   | 8   | 11   | 18    | 63     |
| ‰ полож. . .    | 0      | 12   | 41.6     | 53  | 50  | 61  | 50   | 72%   | 40%    |

| Возрастъ.                          | Мѣсяцы |      | Г О Д Ы |     |     |     |      |       | Сумма |
|------------------------------------|--------|------|---------|-----|-----|-----|------|-------|-------|
|                                    | 0—6    | 6—12 | 1—2     | 2—3 | 3—5 | 5—7 | 7—10 | 10—16 |       |
| I. Несомнѣн. клин. туберкул. . . . | 0      | 3    | 3       | 5   | 4   | 5   | 4    | 7     | 31    |
| Положит. . .                       | 0      | 3!   | 3       | 5   | 4   | 5   | 2!   | 5!    | 27    |
| II. Подозрит. на туберкул. . . .   | 0      | 2    | 5       | 6   | 7   | 4   | 8    | 13    | 45    |
| Положит. . .                       | 0      | 0    | 2       | 2   | 2   | 2   | 4    | 8     | 20    |
| III. Неподозрит.                   | 21     | 20   | 4       | 4   | 7   | 4   | 9    | 6     | 74    |
| Положит. . .                       | 0      | 0    | 0       | 1   | 3   | 1   | 5    | 6     | 16    |

Изъ прилагаемой таблицы видно, что изъ 150 изслѣдованныхъ дѣтей отъ 0—15 лѣтъ включительно, 62 дали положительную реакцію т. е. ок. 40%.

Процентное отношеніе положительныхъ реакцій возрастаетъ отъ 0% въ грудномъ возрастѣ (до 6-ти мѣсяцевъ) до 72% у взрослыхъ дѣтей отъ 10—15 лѣтъ, что вполне совпадаетъ съ данными Pirquet и другихъ авторовъ. Моихъ больныхъ я, аналогично другимъ схемамъ, разбилъ на 3 группы. Къ I-ой относятся случаи несомнѣннаго клиническаго туберкулеза, подтвержденнаго нахожденіемъ въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ, а также физическимъ изслѣдованіемъ; въ этой же группы я причислилъ и случаи хирургическаго туберкулеза (спондилитъ, кокситъ, туберкулезныя пораженія суставовъ, холодные абсцессы и т. д.), а также и скрофулезъ. Изъ 31 случаевъ этой категоріи реагировало 27 т. е. 73% положительно.

#### Случаи клинически установленнаго туберкулеза:

##### I группа.

|                       |    | Пол. | Отр. |
|-----------------------|----|------|------|
| Tuberculosis pulmonum | 10 | 6    | 4    |
| Scrophulosis          | 10 | 10   | 0    |
| Lichen scrophulosorum | 1  | 1    | 0    |

|                       |    |    |   |
|-----------------------|----|----|---|
| Caries                | 6  | 6  | 0 |
| Spondylites tubercul. | 2  | 2  | 0 |
| Coxites               | 2  | 2  | 0 |
| Итого                 | 31 | 27 | 4 |

О 4 больных съ несомнѣннымъ туберкулезомъ, не давшихъ реакціи, рѣчь будетъ ниже, а также будутъ in extenso проведены исторіи болѣзней ихъ.

Ко II-ой группѣ относятся дѣти, у которыхъ былъ заподозрѣнъ туберкулезъ. Сюда я причислилъ случаи, гдѣ діагнозъ дѣйствительно колебался (холодный абсцессъ, лимфадениты, пневмонія chronica и т. д.), а также всѣ случаи отягченные наследственностью. Изъ 45 паціентовъ этой группы реагировало 20 т. е. 44,4%.

Наконецъ III группу составляютъ тѣ случаи, гдѣ на основаніи клиническаго діагноза и анализе можно было исключить бугорчатку. Сюда относятся 74 случая изъ которыхъ 16 реагировали положительно т. е. около 20,3%. По болѣзнямъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

|                    |    | Полож. |    | Отриц. |    |
|--------------------|----|--------|----|--------|----|
| Рахитъ             | 20 | —      | 2  | —      | 18 |
| Анемія             | 8  | —      | 3  | —      | 5  |
| Коклюшъ            | 8  | —      | 2  | —      | 5  |
| Воспал. легкихъ    | 6  | —      | 4  | —      | 2  |
| Энтеритъ           | 4  | —      | 0  | —      | 4  |
| Гриппъ             | 5  | —      | 1  | —      | 4  |
| Malacia            | 6  | —      | 1  | —      | 5  |
| Дифтеритъ          | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Vitium Cordis      | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Ревматизмъ         | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Chorea minor       | 2  | —      | 0  | —      | 2  |
| Otitis med. purul. | 9  | —      | 3  | —      | 6  |
| Stomatitis ulc.    | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Staphylomycosis    | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Actinomycosis      | 1  | —      | 0  | —      | 1  |
| Итого              | 74 | —      | 16 | —      | 58 |

Въ большинствѣ случаевъ получалась ранняя реакція, т. е. черезъ 24 часа; у нѣкоторыхъ дѣтей папула развивалась уже черезъ 10 resp. 12, 16, 18 часовъ, и только лишь въ ограничен-

номъ количествѣ случаевъ я могъ діагносцировать торпидную форму, и то у болѣе взрослыхъ дѣтей.

При внимательномъ осмотрѣ мѣста положительной кожной реакціи и при дальнѣйшемъ наблюденіи за ней, мы могли подмѣтить всѣ симптомы, свойственные воспалительному процессу. Реакція начинается обыкновенно черезъ 10—12—24 часа появленіемъ на мѣстѣ прививки небольшого покраснѣнія и явленіями эксудациі, такъ что мѣсто реакціи становится слегка возвышеннымъ. Папулезный характеръ выраженъ то слабѣе, то болѣе рѣзко. Папулы въ нѣкоторыхъ случаяхъ исчезали по прошествіи 30, 32 часовъ совершенно, либо они становились меньше, либо наконецъ увеличивались въ размѣрѣ. Послѣдній колебался въ нашихъ случаяхъ отъ 5 mm. до 20 mm. и даже 30 mm. Я долженъ отмѣтить, что часто папула № 2, т. е. лежащая на предплечьи ниже контрольнаго укола, представлялась продолговатой формы, верхняя же она № 1 почти всегда круглой. Папулезный характеръ мѣстной реакціи усиливался съ теченіемъ времени, затѣмъ появлялась ясно видной ареола. На 5, 6 день папулы начинали блѣднѣть а затѣмъ исчезали, съ оставленіемъ пигментированнаго пятна. При очень сильныхъ реакціяхъ, а такія давали намъ преимущественно дѣти съ хирургическимъ туберкулезомъ и особенно скрофулезныя, въ центрѣ папулы наблюдалось часто появленіе блѣднаго мѣста на подобіе волдырей крапивницы, или даже настоящей пустулки, на подобіе оспенной. Нѣсколько разъ мы видѣли по периферіи реакціи высыпаніе маленькихъ пузыречковъ, напоминавшихъ herpes. Всѣ эти явленія не причиняли больнымъ никакихъ растройствъ и пропадали съ теченіемъ времени безслѣдно или оставляли пигментированное мѣсто. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень сильныхъ реакцій съ наблюденіемъ папулы и послѣ высыханія центральной или периферическихъ пустулъ, можно было подмѣтить явленія шелушенія. Цвѣтъ реакціи варіировалъ отъ блѣдно-краснаго до вишневокраснаго.

Въ одномъ случаѣ туберкулеза локтевыхъ суставовъ я получилъ уже черезъ 18 часовъ очень сильную реакцію въ видѣ двухъ папулъ 30 mm. въ діаметрѣ. Еще черезъ 12 часовъ образовалась довольно большая пустула въ центрѣ обѣихъ папулъ, которая черезъ нѣсколько дней загноилась. Температура, однако, не поднялась, и процессъ кончился шелушеніемъ въ видѣ довольно крупныхъ пластинокъ.

Дѣти никогда не жаловались на какія-либо боли или недомоганіе;  $t^{\circ}$  всегда, все время оставалась нормальной. Родители и родственники дѣтей охотно соглашались на производство этой

маленькой операции. Повторныя прививки я дѣлалъ нѣсколько разъ, однако измѣненія первой реакціи я не разу не получалъ. Ни фликтенъ (Moro и Doganoff, Pfaundler), ни развитія туберкулидовъ (Oppenheim) я также не могъ ни разу подмѣтить.

Особенное значеніе этой реакціи, какъ я уже неоднократно упоминалъ, сводится къ раннему распознаванію туберкулеза въ самомъ раннемъ, грудномъ возрастѣ. Какъ видно изъ моей таблицы трое грудныхъ дѣтей изъ числа 25 въ возрастѣ отъ 6—12 мѣсяцевъ реагировали положительно т. е. 12%. Отмѣчаю особенно этотъ фактъ, ибо другіе авторы, работавшіе на значительно большемъ матеріалѣ, лишь чрезвычайно рѣдко получали въ грудномъ возрастѣ положительную реакцію. (Pirquet на 147 дѣтей въ возрастѣ отъ 0—3 мѣс.—положит. 0. Sperrk на 109 случ.—1 раз. полож. Конецъ и Зембржускій на 198 случ.—только два раза и т. д.).

Привожу краткое описаніе моихъ случаевъ.

1) Валентина Т. 11 мѣсяць. Очень блѣдный одутловатый ребенокъ (пастозный); всѣ железы особенно шейныя и затылочные рѣзко увеличены, плотны. Otitis media purulenta обоихъ ушей. Экзема съ корками около ушей и на волосистой части головы, особенно на затылки. Родничекъ широко открытъ; головка сильно потѣетъ; запоздалое прорѣзываніе зубовъ; вскормленъ искусственно. Родители здоровы; живутъ въ плохихъ жизненныхъ условіяхъ. Диагнозъ Scrophulosis. Положительная реакція черезъ 24 часа.

2) Валентинъ С. 10 мѣс. Очень блѣдный, но не особенный ребенокъ; кормится грудью. Рѣзкіе признаки рахита, перенесъ коклюшъ по показаніямъ родителей. Otitis med. purul. обоихъ ушей. Страдаетъ запорами. Опухоль за лѣвымъ ухомъ. Всѣ железы особенно шейныя сильно увеличены. Реб. кашляетъ бронхитъ Параличъ n. facialis dextri. Изъ анамнеза: отецъ погибъ отъ чахотки, мать сильно кашляетъ и лечится креозотомъ. Двѣ сестры и два брата погибли отъ чахотки. Диагнозъ Scrophulosis и наследственность. Ранняя и крайне рѣзко выраженная реакція.

3) Гавриловъ Егоръ 7 мѣсяцевъ. Ребенокъ блѣдный, нѣсколько ціанотичный; сильно кашляетъ, насморкъ, жаръ нѣсколько дней. На тѣлѣ его, а также на волосистой части головы мокнущая экзема, мѣстами покрыта корками. Всѣ лимфатическія железы сильно увеличены; на шейномъ лимфатическомъ пакетѣ замѣчается изъязвленіе съ гноетеченіемъ. Otitis med. purulenta праваго уха. Родители повидимому здоровы. Братъ и сестра Егора умерли отъ чахотки. Диагнозъ Гриппъ и Scrophulosis. Рѣзкая реакція черезъ 24 часа, ясно папулезная, ярко краснаго цвѣта.



Такимъ образомъ всѣ эти дѣти страдали скрофулезомъ и дали раннюю положит. реакцію. Мнѣ думается, что съ примѣненіемъ въ болѣе обширныхъ размѣрахъ кожной реакціи въ грудномъ возрастѣ, гдѣ несомнѣнно существуетъ скрофулезъ, сущность послѣдняго будетъ обследована болѣе точно и подробно. Ни „скрофулезной реакціи Pirquet“, ни другихъ нежелательныхъ явленій, описанныхъ Мого я у своихъ паціентовъ не наблюдалъ.

Какъ уже неоднократно было мною упомянуто, реакція Pirquet не получается у кахѣктическихъ лицъ, при туберкулезномъ менингитѣ, а также въ послѣднихъ стадіяхъ милиарной бугорчатки.

Изъ моей таблицы видно, что изъ несомнѣнно туберкулезныхъ въ возрастѣ отъ 7—10 лѣтъ не дали реакцію двое, въ возрастѣ отъ 10—15 лѣтъ также двое. Позволю себѣ и тутъ привести краткую исторію болѣзни этихъ случаевъ, представляющихъ особенный клинический интересъ и имѣющихъ большое значеніе въ вопросѣ о прогнозѣ.

I. Марія Р. 8 лѣтъ. Скелетообразная исхудавшая дѣвочка. Habitus phthisicus. Головные боли, тошнота рвота. Полная потеря аппетита; плохой сонъ. Кашель, очень мучительный. Лѣвая верхушка понижена; притупленный звукъ, хрипы по всему легкому. Подъ лѣвой ключицей амфорическое дыханіе. Родители повидимому здоровы. Инфекціонныхъ болѣзней не переносила. Диагнозъ phthisis pulmonum. Кахексія.

Отрицательная реакція. Prognosis pessima. Прививка была сдѣлана 11 Февраля. Какъ мнѣ потомъ удалось узнать, больная вскорѣ погибла.

II. Ильина Наталья 7 лѣтъ. Ребенокъ очень истощенъ; Habitus phthisicus. Масса хриповъ въ легкихъ, какъ крупно—такъ и мелко-пузырчатыхъ съ металлическимъ оттѣнкомъ. Кавернозные явленія. Въ мокротѣ масса бациллъ. Была корь на 5-мъ году. Диагнозъ. Phthisis pulmonum. Отрицательная реакція. Prognosis pessima.

III. Зиновьева Анна 10 лѣтъ. Родители повидимому здоровы. Ребенокъ до крайности истощенъ. Сильный голосъ; кашель уже давно; рѣзкая анемія плохой сонъ и потеря аппетита. Дыханіе затруднено 60 въ 1; ціанозъ губъ, t° повышена. Притупленіе правой верхушки. Хрипы. Инфекціонныхъ болѣзней не переносила. Масса туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ.

Диагнозъ: Phthisis pulm. Кахексія. Отрицательная реакція; на этомъ основаніи prognosis pessima.

IV. Александра Лаврентьева 13 лѣтъ изъ руководѣльной школы. Отецъ столяръ умеръ отъ чахотки, мать также. Сестра ея сильно

кашляетъ. У больной всѣ явленія плевропневмоніи; кромѣ того кавернозные явленія. Сильное истощеніе.

Діагнозъ: Phthisis pulmonum. Отрицательная реакція 28 Февраля. Prognosis pessima—23 Марта, т. е. меньше, чѣмъ черезъ мѣсяць Exitus letalis.

Въ настоящее время подѣ моимъ наблюденіемъ имѣется весьма поразительный случай. Дѣло касается дѣвочки Валентины Н. 10 лѣтъ, съ ясными симптомами чахотки. Оба родители умерли также отъ туберкулеза. 29 Февраля, черезъ 24 часа послѣ прививки ясная положительная реакція; повторная прививка дала отрицательный результатъ, или вѣрнѣе очень слабую, еле замѣтную реакцію (29 Марта). Больная сильно лихорадитъ, по ночамъ потѣетъ и бредитъ; силы исчезаютъ съ каждымъ днемъ.

Прогнозъ поставленъ самый неутѣшительный.

Итакъ всѣ случаи представляютъ изъ себя послѣдній стадій бугорчатки, туберкулезную кахексію; немудрено, что у всѣхъ получилась отрицательная реакція, несмотря даже на повторную прививку, ибо титръ содержанія противотѣла въ крови у нихъ равняется нулю.

Этимъ я заканчиваю обзоръ моихъ случаевъ; матеріалъ, которымъ я располагаю очень невеликъ; тѣмъ не менѣе я вполне могъ подтвердить тѣ выводы, къ которымъ пришелъ Pirquet и сторонники его метода, отмѣтить высокое діагностическое, а еще больше прогностическое значеніе (на основаніи отрицательнаго результата реакція) его кожной реакціи.

Выводы, къ которымъ я пришелъ слѣдующіе: Кожная реакція Pirquet является весьма удобнымъ, простымъ, а главное совершенно безонаснымъ методомъ, въ отличіе отъ офтальмореакціи, позволяющимъ дѣлать прививки и лихорадящимъ больнымъ. Для дѣтскаго возраста, и особенно для грудного, положительная реакція, указываетъ съ несомнѣнностью на присутствіе туберкулеза (у грудныхъ дѣтей нескрытаго, дѣятельнаго); у взрослыхъ, отрицательный результатъ имѣетъ больше діагностическое значеніе, съ чѣмъ однако не всѣ согласны. Можно согласиться съ Pirquet, что торпидная форма, наступающая 48 часовъ и позже послѣ прививки, указываетъ на процессъ идущій на излеченіе. Туберкулезный менингитъ, милиарная бугорчатка незадолго до смерти, а также кахектические случаи даютъ отрицательную реакцію, что является *signum mali ominis*, а позволяютъ поставить *prognosis pessima*. Ни общей (повышеніе  $t^0$ ), ни очаговой реакціи при методѣ Pirquet не наблюдается; дѣло ограничивается только мѣстной воспалительной реакціей. Осложненія на кожѣ и на глазу являются по всему вѣроятію случайными симптомами. Особенно сильно

реагируютъ дѣти съ хирургическимъ туберкулезомъ, а также и скрофулезныя.

Далѣ реакція Pirquet имѣетъ на мой взглядъ громадное значеніе въ борьбѣ съ бугорчаткой. Она позволяетъ дѣлать массовыя изслѣдованія въ школахъ, интернатахъ, больницахъ и проч., на основаніи чего можно нарисовать себѣ приблизительную картину распространенности туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ, а также до нѣкоторой степени установить причины его распространенія. Далѣ, при помощи этого метода можно составить себѣ понятіе о частотѣ конгенитальной инфекціи, а также и кишечной (черезъ коровье молоко) и наконецъ разрѣшить вопросъ объ идентичности туберкулезнаго bacilla человека и рогатаго скота.

Предпринимая обширныя изслѣдованія напр. въ школахъ, мы можемъ прослѣдить частоту туберкулеза въ нихъ, resp. принять во время профилактическія мѣры въ видѣ изоляціи инфицированныхъ, а также заблаговременно и лечить бугорчатку. (Лѣсныя школы, лѣтнія колоніи, санаторіи и т. д.) При изслѣдованіи людей, подвергающихся осмотру при наборахъ, эта реакція (а также ея видоизмѣненія: офтальморакція) также можетъ оказать немаловажную услугу. Такимъ образомъ методъ Pirquet имѣетъ не только чисто научный, теоретическій интересъ, но весьма примѣнимъ на практикѣ, особенно у дѣтей, гдѣ онъ открываетъ бугорчатку въ первые мѣсяцы жизни. Нельзя не признать за нимъ также и большое социальное значеніе, и даже общегосударственное, ибо онъ позволяетъ заблаговременно изолировать и лечить инфицированныхъ бугорчаткой людей и избавляетъ этимъ самымъ многихъ отъ вѣрнаго зараженія. Пожелаемъ этому методу самаго широкаго примѣненія и у насъ въ Россіи.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) v. Pirquet. Vortrag gehalten in der Berl. med. Gesel. am 8-ten Mai 1907. Реф. Berlin. Klin. Woch. № 2 1907.
- 2) v. Pirquet. Klinische Studien über Vakzination und vakzinelle Allergie. Deuticke, Wien. 1907.
- 3) О н ъ - ж е Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter. Wiener med. Woch. № 28 1907.
- 4) О н ъ - ж е Der diagnostische Werth der kutanen Tuberkulinreaction bei der Tuberkulose des Kindesalters auf Grund von Sektionen. Wien. Klin. Wochschr. 1907 № 38.
- 5) О н ъ - ж е Die kutane Tuberkulinprobe (Vortrag) Mediz. Klinik № 40 1907.

- 6) Онъ-же Die Kutane Tuberkulinreaktion (Vortrag Wiener Presse 1907 № 48.
- 7) Pirquet Schick. Die Serumkrankheit. Wien. Deuticke 1906.
- 8) Y. Citron. (Berlin). Ueber Tuberkuloseantikörper und das Wesen der Tuberkulinreaktion. Berlin. Klin. Wochenschr 1907 № 36.
- 9) Pfaundler (Demonstration) Münch. med. Wochsch. 1907 № 26.
- 10) Oppenheim. Ueber Hautveränderungen Erwachsener im Ausschlusse an die Pirquetsche Reaktion. Wiener kl. Wochschr. 1907 № 32.
- 11) Моро и Doganoff. Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Scrophulose. Wien. Klin. Woch. 1907 № 31.
- 12) Bandler et Kreibich. Erfahrungen über kutane Tuberkulinimpfungen (Pirquet) bei Erwachsenen. Deutsche med. Wochen. 1907 № 40.
- 13) F. Nagelschmidt. Zur Diagnose und Therapie Tuberkulöser Hautaffektionen. Deutsche med. Wochenschr. 1907. № 40.
- 14) Engel et Bauer Erfahrungen mit der v. Pirquetschen Tuberkulinreaktion. Berlin. klin. Wochen. 1907 № 37.
- 15) Lenharz. (Demonstration). Münch. med. Wochenschr. 1907 № 37.
- 16) G. Ioannovics et G. Kapssammer. Untersuchungen ueber die Verwertbarkeit neueren Methoden zur Diagnose der Tuberkulose im Tierversuch. Berlin. kl. Wochen. 1907 № 45.
- 17). Mainini. Demonsrat. der diagnostischen Tuberkulinimpfungen nach Pirquet. Berlin. Klin. Woch. 1907 № 40.
- 18) Онъ-же Münch med. Wochen. 1907 № 52.
- 19) Klingmüller. Beiträge zur Tuberkulose der Haut. Archiv f. Dermatologie et Syphilidologie 1904 Bd. 69. (Цит. по Deut. med. Woch. 1907 № 40).
- 20) Kraus. Zur Kenntniss des Erythema indurativum Bazin. Arch. f. Dermatologie et Syphilidologie 1905. Bd. 76. Цит. Deut. med. Woch. 1907.
- 21) Schenk и Seiffert. Münch. med. Woch. 1907 № 46.
- 22) Prof. Feer. (Heidelberg) Die kutane Tuberkulinprobe (v. Pirquet) im Kindesalter. Münch. med. Wochen. 1908 № 1.
- 23) Dr. W. Goebel. Erfahrungen mit der v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion. Münch. med. Wochenschr. № 4 1908.
- 24) Dr. H. Curschmann. Zur Kritik der v. Pirquetschen Kutanreaktion und der Wolff—Eisner'schen Ophthalmoreaktion für das erwachsene Alter. Medicin. Klin. 1908 № 3.
- 25) Ueber Kutane und conjunctivale Tuberkulinreaktion v. Prof. Stadelmann und Dr. Wolff—Eisner. Deutsch. med. Wochen. № 5, № 6, и № 7.
- 26) Martel. Anwendung der v. Pirquetschen Methode zur Diagnostik der Rotzkrankheit beim Menschen. Münch. med. Woch. 1908 № 10.

- 27) Moro. Ueber diagnostisch verwetbare Reaktion der Haut auf Einreibung mit Tuberkulinsalbe. Münch. med. Woch. 1908 № 5.
- 28) Dr. Fr. Yunker. Untersuchungen über die v. Pirquetsehe Tuberkulinreaktion bei Erwachsenen. Münch. med. Wochen. 1908 № 5.
- 29) Fr. Daels. Zur Kehntniss der kutanen Ympfpapel bei der Tuberkulosediagnose nach v. Pirquet Mediz. Klinik 1908 № 2.
- 30) Dr. F. Reuschel. Vergleichende Bewertung der Tuberkulinreaction im Kindesalter. Müuch. med. Woch. № 8 1908.
- 31) Wolff—Eisner. Реф. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Herausg v. L. Brauer Bd. IX Heft 1. Münch. med. Woch. № 13 1908.
- 32) Hamburger, Ueber den Wert der Stichreaktion nach Tuberkulininjection. Münch. med. Woch. № 13 1908.
- 33) Kasper (Démonstrat.) Münch. med. Wochen. № 13 1908.
- 34) Langstein. Цит. по Финкельштейну «О кожной и конъюнктивальной реакціяхъ на туберкулинъ». Русск. Врачъ № 13 1908.
- 35) Dufour. Цит. по Финкельштейну. Тамъ же.
- 36) Dr. Schick. Кожная реакція Pirquet при дифтеритѣ. Münch. med. Woch. № 10 1908.
- 37) Teichmann. Medic. Klinik. 1908 № 9.
- 38) Dr. F. Mendel Die von Pirquetsche Hautreaktion und die intravenöse Tuberkulinbehandlung. Med. Klin. 1908 № 9.
- 39) Bing (Berlin) Werth der Pirquetschen und Wolff—Calmette'schen Reaktion im Kindesalter. Deut. med. Woch. № 14 1908.
- 40) Warfield. Kutane Tuberkulinreaction. Deutsch. med. Woch. 1908 № 13.
- 41) Otto Aronade. Medic. Klinik 1907.
- 42) W. Skórczewski Цит. по Русск. Врачу, № 4 1908.
- 43) Prof. Korczynski Тамъ же.
- 44) Д-ръ Filipkiewicz. О кожной реакціи Pirquet. Русскій Врачъ 1908 № 11
- 45) Д-ра Meisels и Progulski Русск. Врачъ 1908 № 11.
- 46) Д-ръ Progulski. Тамъ же.
- 47) О кожной и конъюнктивальной реакціяхъ на туберкулинъ. Финкельштейнъ. Русскій врачъ 1908 № 13.
- 48) Ferrand et Lemaire. Klinische und histologische Untersuchung der Hautimpfung mit Tuberkulin beim Kinde. La presse médicale 1907. Цит. Monatsschrift für Kinderheilkunde 1908 Bd. VI 10.
- 49) Предтеченскій Цит. по Финкельштейну. Русскій Врачъ 1908 № 13.



## Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

*(Окончаніе).*

Измѣненіе  $\%$ -наго отношенія лейкоцитовъ не ускользнуло отъ вниманія авторовъ. Litten, Fränkel, Waldstein, Образцовъ (1-е и 2-е н.) и др., устанавливая фактъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, отмѣчаютъ, что послѣдніе или „крупные, съ большимъ пузырькообразнымъ ядромъ, занимающимъ почти всю протоплазму, бѣдные хроматиномъ“ или „мелкіе съ ядромъ интенсивно окрашивающимся“. Leyden, описывая свой случай острой лейкеміи, указываетъ, что въ крови „полинуклеаровъ и мононуклеаровъ поровну“. Берестневъ нашелъ въ крови своего паціента, что были большіе и малые лимфоциты: „нейтрофиловъ мало“ и т. д.

Однако представить ясно измѣненіе  $\%$  отношенія лейкоцитовъ возможно по тѣмъ лишь наблюденіямъ, въ которыхъ произведенъ подсчетъ каждаго вида бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

| Фамилии авторовъ             | За сколько<br>ко дней<br>до смерти<br>сдѣланы<br>подсчеты | Лимфоциты |         | Полимер-<br>лейко-<br>циты. | Озонино-<br>филы. |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------------------------|-------------------|
|                              |                                                           | Большіе   | Малые   |                             |                   |
| Bradford и<br>Shaw 3-е п.    |                                                           | 90.4      | 6.9     | 5                           | 1.6               |
| 4-е п.                       |                                                           | 61.8      | 12.2    | 26                          |                   |
| 5-е п.                       | 1                                                         | 98.49     | 0.88    | —                           | 0.23              |
| Pollitzer                    | 9                                                         | 5         | 72.75   | 55                          | 25                |
| Guinon и<br>Jolly            | 1                                                         | 3.6       | 93      | 23                          | 0.1—0.2           |
| Pineles                      |                                                           | 96.2      |         | 38                          | 1.01              |
| Körmöczi                     |                                                           | 95        |         | 5                           |                   |
| Mc Crae                      | 18—11                                                     | 86.5—99.2 |         |                             |                   |
| Fussel, Jor-<br>son и Taylor |                                                           | 5.48      | 1 88.84 | 152                         |                   |
| Brandenburg                  | 31                                                        | 72        |         | 25                          | 2                 |
|                              | 30                                                        | 75        |         | 25                          |                   |
|                              | 23                                                        | 87        |         | 13                          |                   |
|                              | 19                                                        | 80        |         | 18                          |                   |
|                              | 7                                                         | 95        |         | 4                           |                   |

| Міэло-<br>цаты. | Mastzel-<br>len resp.<br>тучныя<br>клетки | Большіе<br>мононук<br>леары. | Переходи-<br>формы съ<br>лал. ядр<br>и нейтр<br>зерн. | Нормо-<br>бласты. | Мегало-<br>бласты. |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 6               |                                           |                              | 14                                                    |                   |                    |
| 0.4             |                                           | 0 6                          |                                                       |                   |                    |
| 1               |                                           |                              |                                                       |                   |                    |
| Слѣды           |                                           |                              | Слѣды                                                 |                   |                    |



| Фамилія авторовъ.    | За сколь-<br>ко дней<br>до смертв<br>сдѣланъ<br>подсчетъ. | Лимфоциты. |               | Полимор-<br>лейко-<br>циты. | Эозино-<br>филы. | Міело-<br>циты | Mastzell.<br>гесп. туч-<br>ныя<br>кѣтки. | Большіе<br>мононук-<br>леары. | Переходн.<br>формы съ<br>лапч. ядр.<br>и нейтр.<br>зерн. | Нормо-<br>бласты. | Мегало-<br>бласты. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|------------|---------------|-----------------------------|------------------|----------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
|                      |                                                           | Большіе.   | Малыя.        |                             |                  |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| Pappenheim           | 3                                                         | 25         | 96            | 15                          | —                |                |                                          |                               |                                                          | отн. +            | —                  |
| Oulmont и<br>Ramonde |                                                           | 74         | 16            | 8                           | 2                |                |                                          |                               |                                                          | +                 |                    |
| Grawitz 1-е н.       |                                                           | 60         | 30            | 6                           | —                | 2              |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| 2-е н.               |                                                           | 15         | 5             | 10                          | 10               | 60.0           |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| 3-е н.               |                                                           |            | 65            |                             |                  |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
|                      |                                                           |            | 16 тис.       |                             |                  |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| Stewart              |                                                           | 55.6       | 22.4<br>не т. | 6                           |                  |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| Wende                | вначалѣ                                                   | 4          | 27            | 68                          | 1                |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
|                      | 20                                                        | 0.7        | 95.5          | 3.4                         | 0.4              |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
|                      | 9                                                         | 1.6        | 95.3          | 2.3                         | 0.6              | 0.2            |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| Hirschfeld и         | 14 час.                                                   | 1          | 88.0          | 10                          | 1                |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
| Alexander            | 8                                                         | 20         | 4             | 68.5                        |                  | 5.8            |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
|                      | 5                                                         | 13.2       | 3.5           | 76.5                        | —                | 2.9            |                                          |                               |                                                          |                   |                    |
|                      |                                                           |            |               | 4.7<br>не зер.              |                  |                |                                          |                               |                                                          |                   |                    |

| Фамиліи авторовъ. | За сколько дней до смерти сдѣланъ подсчетъ. | Лимфоциты. |        | Полимор. лейкоциты. | Эозинофилы. | Міелоциты. | Mastzell. гесп. туч. клѣтки. | Большіе мононуклеары. | Переход. формы съ лапч. ядр. и нейт. зерн. | Нормобласты | Мегалобласты. |
|-------------------|---------------------------------------------|------------|--------|---------------------|-------------|------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-------------|---------------|
|                   |                                             | Большіе.   | Малые. |                     |             |            |                              |                       |                                            |             |               |
|                   |                                             |            |        | 75.5                |             |            |                              |                       |                                            |             |               |
|                   |                                             | 17.4       | 3.6    | 2.5                 |             | 1.1        |                              |                       |                                            |             |               |
|                   | 4                                           | 19.1       | 7.2    | не зер. 63.1        |             | 8.6        |                              |                       |                                            |             |               |
|                   |                                             |            |        | не зер. 1.6         |             |            |                              |                       |                                            |             |               |
|                   | 3                                           | 16.1       | 1.2    | 73 2                |             | 5          |                              |                       |                                            |             |               |
|                   |                                             |            |        | не зер .11          |             |            |                              |                       |                                            |             |               |
| Türk              |                                             | 14.75      |        | 32                  | +           | 47         |                              |                       |                                            |             |               |
| Michaelis         | 36                                          | 56         | 20     | 16                  | 0.4         | 7.2        | 0.4                          |                       |                                            | +           |               |
| Янушкевичъ        | 9                                           | 69         | 7.7    | 16 3                |             | 6.57       | 0.6                          |                       |                                            |             |               |
| (Стр. 245).       | 5                                           | 78         | 5.26   | 12.65               |             | 3.55       | 0.54                         |                       |                                            |             |               |
|                   | 1                                           | 87.6       | 4 2    | 6.4                 |             | 0.48       | 0.6                          |                       |                                            |             |               |
| Glinski           |                                             | 94.4       |        | 5 3                 |             | +          |                              |                       |                                            |             |               |
| Weber             | кровь труп.                                 | 56.3       | 36 4   | 0.2                 | 1,1         | 6.0        |                              |                       |                                            |             |               |
| Billings и Carps  | 1 м.                                        | 39.2       | 4      | 24                  | 1.6         | 30.4       | 0.8                          |                       |                                            |             |               |
| (Стр. 260)        | въ пос. д.                                  | 22         |        | 21.2                | 0 4         | 54.4       | 0.4                          |                       |                                            |             |               |
| Ewing             |                                             |            | 61     | 6                   |             | 33         |                              |                       |                                            |             |               |



| Фамилія авторовъ.              | За сколько дней до смерти сдѣланъ подсчетъ. | Лимфоциты. |        | Полиморф. лейкоциты. | Эозинофилы. | Міелоциты. | Mastzell. resp. туч. кѣлѣк. | Большіе мононуклеары. | Переход. формы ст. лавч. ядр. и нейтр. зерн. | Нормобласты. | Мегалобласты. |
|--------------------------------|---------------------------------------------|------------|--------|----------------------|-------------|------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|--------------|---------------|
|                                |                                             | Вольшіе.   | Малые. |                      |             |            |                             |                       |                                              |              |               |
|                                | 1                                           | 26         | 39     | 35                   |             |            |                             |                       |                                              |              |               |
| Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.) |                                             | 93.75      | 3.5    | 1                    | 1.75        |            | —                           |                       |                                              |              |               |
| 2-е н.                         | 4                                           | 15         | 58     | 22                   |             |            | 4                           |                       |                                              |              |               |
| Mc Saw                         |                                             | 99         | 0.8    |                      |             |            |                             |                       |                                              |              |               |
| Savory                         | 13                                          | 96.07      |        | 3.45                 | 0.33        | 0.16       |                             |                       |                                              |              |               |
| Miller и Hess                  |                                             | 84         | 4      | 8                    | 3           | 1          |                             |                       |                                              |              |               |
| Klein 1-е н.                   |                                             | 85         |        |                      |             |            |                             |                       |                                              |              |               |
|                                | за нѣс. н. (62)                             | 85.7       |        | 3.2                  | 0.1         | 1.6        |                             |                       |                                              | 9.4          |               |

Послѣдовательный ходъ измѣненія крови, т. е, измѣненіе количества эритро- и лейкоцитовъ, а также и отношенія  $\frac{B}{K}$  можно видѣть на рядѣ наблюденій, въ которыхъ производился неоднократно подсчетъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

| Фамилиі<br>ислѣдо-<br>вателей. | Дни на-<br>блюденій. | Красн.<br>тѣльца. | Бѣлыя<br>кр. т. | Отноше-<br>ніе $\frac{Б}{К}$ | Кол. ге-<br>моглобина. |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------------|
| Берест-<br>невъ                | 2/XII                | 3.100.000         | 270.000         | 1:11.6                       | 70%                    |
|                                | 4/XII                | 3.000.000         | 290.000         | 1:11.1                       | 50%                    |
|                                | 7/XII                | 2.700.000         | 255.000         | 1:8.7                        | 45%                    |
|                                | 9/XII                | 2.650.000         | 257.000         | 1:10                         | 40%                    |
|                                | 11/XII               | 2.570.000         | 241.000         | 1:10.8                       | 36%                    |
|                                | 17/XII               | 1.400.000         | 135.000         | 1:10                         | 25%                    |
|                                | 26/XII               | 430.000           | 60.000          | 1:7                          | 15%                    |
|                                | 27/XII               | †                 |                 |                              |                        |
| Müller<br>2-е н.               | 10/VII               | 2.380.000         | 212.000         | 1:12                         |                        |
|                                | 12/VII               | 2.374.000         | 215.000         | 1:11                         |                        |
|                                | 13/VII               | 2.229.000         | 208.000         | 1:11.5                       | 25—30%                 |
|                                | 18/VII               | †                 |                 |                              |                        |
| Gilbert<br>и Weil<br>1-е н.    | 4/VII м. 8 д.        | 4.487.000         | 22.010          | 1:203                        |                        |
|                                | 23/VI                | 2.622.460         | 26.970          | 1:97                         |                        |
|                                | 7/VII                | 1.880.646         | 28.117          | 1:63                         |                        |
|                                | 10/VII               | 1.891.000         | 46.400          | 1:51                         |                        |
|                                | 12/VII               | †                 |                 |                              |                        |
| Branden-<br>burg               | 24/IV                | 4.100.000         | 29.600          | 1:137                        |                        |
|                                | 1/V                  | 3.520.000         | 44.000          | 1:80                         | 86%                    |

| Фамиліи<br>изслѣдо-<br>вателей. | Дни на-<br>блюденій. | Красн.<br>тѣльца. | Бѣлыя<br>кр. т. | Отноше-<br>ніе $\frac{Б}{К}$ | Кол. ге-<br>моглобина. |
|---------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------------|
| Своехо-<br>товъ                 | 6/v                  | 2.800.000         |                 | 1:35                         |                        |
|                                 | 12/v                 | 3.500.000         | 88.000          | 1:40                         |                        |
|                                 | 18/v                 | 4.000.000         | 92.000          | 1:21                         |                        |
|                                 | 25/v                 | †                 |                 |                              |                        |
|                                 | 8/xi                 | 3.622.000         | 8.000           | 1:452                        |                        |
|                                 | 10/xi                | 1.880.000         | 44.000          | 1:42                         |                        |
|                                 | 12/xi                | †                 |                 |                              |                        |
| Миха                            | 28/x                 | 3.648.000         | 74.000          | 1:50                         | 30%                    |
|                                 | 30/x                 | 3.630.000         | 91.000          | 1:40                         |                        |
|                                 | 4/xi                 | 2.300.000         | 112.000         | 1:21                         | 25%                    |
|                                 | 9/xi                 | †                 |                 |                              |                        |
| Петровъ                         | 17—19/iii            |                   | 9.100           |                              |                        |
|                                 | 14/iv                | 2.400.000         | 249.648         | 1:9                          |                        |
|                                 | 18/iv                | 1.350.000         | 266.000         | 1:5                          |                        |
|                                 | 19/iv                | †                 |                 |                              |                        |
| М Крае                          | 12/v                 | 1.680.000         | 26.000          | 1:65                         | 35%                    |
|                                 | 19/v                 |                   | 60.000          |                              |                        |
|                                 | 24/v                 |                   | 21.800          |                              |                        |
|                                 | 30/v                 | †                 |                 |                              |                        |

| Фамиліи<br>изслѣдо-<br>вателей.     | Дни на-<br>блюденій. | Красн.<br>тельца. | Бѣлыя<br>кр. т.                       | Отноше-<br>ніе<br>$\frac{Б}{К}$ | Кол. ге-<br>моглобина. |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Dennig                              | 6/XI                 | 2.600.000         | 86.660                                | 1:30                            | 35-40%                 |
|                                     | 13/XI                | 2.560.000         | 121.904                               | 1:21                            | 35%                    |
|                                     | 21/XI                | 1.900.000         | 95.000                                | 1:20                            |                        |
|                                     | 29/XI                | †                 |                                       |                                 |                        |
| Wende                               |                      | 5.128.000         | 4.000                                 | 1:1282                          |                        |
|                                     | 10/VII               | 1.936.000         | 34.000                                | 1:56                            | 40%                    |
|                                     | 21/VII               | 1.776.000         | 45.000                                | 1:39                            | 30%                    |
|                                     | 30/VII               | 803.000           | 1.600                                 | 1:501                           |                        |
|                                     | чрезъ 14 ч.          | †                 |                                       |                                 |                        |
| Hirsch-<br>feld и<br>Alexan-<br>der | 25/IV                | 2.000.000         | ни качест.,<br>ни колич.<br>не измѣн. |                                 |                        |
|                                     | 7/V                  | То же со          | стояніе                               | крови.                          |                        |
|                                     | 25/V                 | 1.250.000         | 30.800                                | 1:40                            |                        |
|                                     | 7/VI                 | †                 | 64.000                                |                                 |                        |
| Янушке-<br>вичъ                     | 29/IV                | 1.540.000         | 52.500                                | 1:30                            |                        |
|                                     | 1/V                  | 1.340.000         | 61.500                                | 1:21                            |                        |
|                                     | 3/V                  | 970.000           | 102.837                               | 1:9                             |                        |
|                                     | 5/V                  | 930.000           | 140.000                               | 1:65                            |                        |
|                                     | 8/V                  | †                 |                                       |                                 |                        |

Колебания въ содержаніи лейкоцитовъ, а также  $\%$ -наго состава бѣлыхъ кровяныхъ телецъ иллюстрируютъ 10 изслѣдованій крови, сдѣланныхъ въ теченіе  $3\frac{1}{2}$  недѣль у больной д-ра Klein'a.

| №  | Datum.   | Лейко-<br>циты. | Эритро-<br>бласти. | Лимфо-<br>циты $\%$ . | Нейтро-<br>филы $\%$ . | Эозино-<br>филы $\%$ . | Эритро-<br>бласти $\%$ . | Міело-<br>циты. |
|----|----------|-----------------|--------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1  | 8 окт.   | 29.020          | 2.900              | 85.7                  | 3.2                    | 0.1                    | 9.4                      | 1.6             |
| 2  | 9 "      | 19.100          | 1.300              | 91.0                  | 1.5                    | 0.2                    | 6.5                      | 0.8             |
| 3  | 11 "     | 15.050          | 790                | 90.4                  | 3                      | 0.4                    | 5                        | 1.2             |
| 4  | 13 "     | 13.060          | 540                | 90.4                  | 4.5                    | 0.1                    | 4                        | 1.0             |
| 5  | 16 "     | 22.800          | 140                | 90.3                  | 3.6                    | —                      | 5.8                      | 0.3             |
| 6  | 18 "     | 25.620          | 1500               | 89                    | 4                      | 0.5                    | 5.5                      | 1.0             |
| 7  | 23 "     | 12.900          | 260                | 93.4                  | 4.6                    | —                      | 2                        | —               |
| 8  | 28 "     | 96.460          | 5300               | 93.6                  | 0.8                    | —                      | 5.2                      | 0.4             |
| 9  | 31 "     | 18.700          | 980                | 91.8                  | 2.4                    | 0.2                    | 5                        | 0.6             |
| 10 | 3 ноября | 43.900          | 365                | 96.7                  | 1.8                    | 0.1                    | 0.6                      | 0.8             |



Больная выписалась. Черезъ 2 недѣли было извѣстіе, что состояніе пациентки ухудшилось. По мнѣнію д-ра Klein'a больная должна умереть.

Пойкилоцитозъ изъ 151 случая острой лейкеміи указанъ 10 разъ—Waldstein, Körmöczi, Hirschfeld и Alexander, Hinterberger, Pappenheim, Micha, Michaelis, Янушкевичъ, Hunter, Billings и Carrs. Часть случаевъ связана съ предшествовавшей прогрессивной анеміей—Waldstein, Körmöczi, Hirschfeld и Alexander, остальные же принадлежатъ острой лейкеміи.

Пойкилоцитозъ былъ умѣренный—Hunter, Hirschfeld и Alexander, Billings и Carrs или слабый—Hinterberger, Pappenheim, Micha.

Въ теченіе острой лейкеміи замѣчалось усиленіе пойкилоцитоза у больныхъ Michaelis за 36 дней до смерти, и Hirschfeld и Alexander'a за 3 дня до летальнаго окончанія болѣзни.

Пойкилоцитозъ лишь 1 разъ занимаетъ мѣсто въ ряду припадковъ срединъ теченія болѣзни—Michaelis, въ остальныхъ случаяхъ онъ былъ подъ конецъ острой лейкеміи—Hinterberger, Pappenheim, Micha, Янушкевичъ, Hunter, Billings, и Carrs.

Митозы въ ядрахъ мононуклеаровъ отмѣчаны 4 раза—Nobl (2-е н.), Seelig, Fränkel, Michaelis. Количество ихъ различное. Nobl считаетъ присутствіе ихъ характернымъ для лейкеміи. Онъ находилъ ихъ въ различныхъ формахъ вплоть до „Diasterform“. Seelig указываетъ, что въ нѣкоторыхъ костно-мозговыхъ клѣткахъ (Markzellen) resp. мѣлоцитахъ встрѣчались митозы. Fränkel наблюдалъ въ небольшомъ числѣ случаевъ (въ трехъ) въ мононуклеарахъ фигуры деленія ядеръ. Въ случаѣ Fränkel'я, описанномъ Troje, ихъ было даже очень много. Между тѣмъ Michaelis нашелъ митозъ на одномъ только лимфоцитѣ.

Митозы въ ядерныхъ эритроцитахъ были наблюдаемы 2 раза—Reimann, Michaelis. Reimann при изслѣдованіи крови 9-ти лѣтней пациентки, за 7 дней до ея смерти находилъ много ядерныхъ эритроцитовъ; на одномъ изъ нихъ замѣчены фигуры дѣленія ядра. Michaelis, наблюдая кровь больной острой лейкеміей, нашелъ въ нѣкоторыхъ ядерныхъ эритроцитахъ фигуры дѣленія ядеръ.

Всѣ случаи острой лейкеміи по роду преобладающихъ лейкоцитовъ можно раздѣлить на группы.

а) Случаи, въ которыхъ главную часть бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ составляютъ большіе лимфоциты—Küssner, Waldstein, Litten, Hindenburg, Fränkel, Kauert, Pol-

Imann, Bradford и Shaw (3-е, 4-е, 5-е н.), Körmöczi, Gilbert и Weil (1-е н.), Oulmont и Ramonde, Phear, Своехотовъ, Stépan, Grawitz (1-е н.), Stewart, Michaelis, Янушкевичъ, Weber, Kelly (1-е, 4-е н.), Lindsay Steven, Gardavot, Hirtz и Labbé, Hunter, Miller и Hess, Klein (1-е н.). Ядро пузырькообразное—Litten, круглое—Gilbert и Weil (1-е н.), Oulmont и Ramonde. Оно заполняетъ почти всю клѣтку—Litten, Hindenburg, Fränkel, Oulmont и Ramonde, слабо принимаетъ окраску—Oulmont и Ramonde. Иногда ядро съ углубленіемъ на одной сторонѣ. Если оно велико, то половины кажутся соединенными тонкой перемычкой. Рѣдко встрѣчается по 2 ядра въ одной и той же клѣткѣ—Fränkel. Протоплазма въ видѣ узкаго ободка—Litten. Мелкихъ лимфоцитовъ въ крови не много—Kauert, Hindenburg, Fränkel, Gilbert и Weil (1-е н.).

Полинуклеаровъ чрезвычайно мало—Hindenburg, Fränkel, Kauert, Своехотовъ, и др. Эозинофиловъ также находится ничтожное количество—Fränkel, или попадаются рѣдко—Hindenburg, или же совершенно нѣтъ—Своехотовъ. Нормобластовъ—ничтожное количество—Fränkel, или совершенно ихъ нѣтъ—Gilbert и Weil (1-е н.), Своехотовъ.

б) Случай острой лейкеміи, въ которыхъ преобладаютъ мелкие лимфоциты—Fränkel, Theodor, Walz, Reimann, Pollitzer, Guinon и Jolly, Vyšin (1-е и 2-е н.), Eichhorst, Pappenheim, Grawitz (3-е н.), Wende, протоплазмы немного, ядра богаты хроматиномъ и рѣзко окрашиваются. Крупныхъ лимфоцитовъ мало—Fränkel, Theodor, Reimann. Полинуклеаровъ также немного—Walz, Theodor, Reimann. Эозинофилы попадались въ очень небольшомъ количествѣ—Walz, Theodor и Reimann, или совершенно отсутствовали—Eichhorst.

Въ случаѣ Walz'a были міэлациты, а у больного Reimann'a много нормобластовъ. Тогда какъ у Eichhorst'a ядерное эритроциты отсутствовали.

в) Случай, въ которыхъ преобладали міэлоциты или ихъ было много—Seelig, Türk, Billings и Capps, Ewing, Hirschfeld и Alexander. Клѣтки большія. Ядра крупныя, въ нѣкоторыхъ митозы.

Лимфоцитовъ или много Ewing—(62%), или умеренное количество—Hirschfeld и Alexander (26%), Billings и Capps (22%),

Türk (14%), или немного—Seelig. Полинуклеаровъ также неодинаковое количество: Hirschleld и Alexander (63%), Turk (32%), Billings и Carps (21.2%). Ewing (6%) или чрезвычайно мало—Seelig. Эозинофиловъ и тучныхъ клѣтокъ очень мало—Türk, Billings и Carps.

d) Случаи острой лейкемии, въ которыхъ большіе и малые лимфоциты представляють преобладающій видъ элементовъ крови—Берестневъ, Mc. Crae, Besançon и Clerc, Pineles, Kőrmöcszi, Brandenburg, Glinski, Savory.

Нейтрофировъ мало—Besançon и Clerc, Берестневъ, Pineles (3.8%), Brandenburg (4%), Glinski (5.3%), Savory (3.45%). Эозинофиловъ также не много—Берестневъ, Savory (0.3%). Миелоциты были въ случаѣ Savory (0.1%).

Къ этой же группѣ относятся повидимому случаи, въ которыхъ господствующій видъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ названъ мононуклеарами—Askanazy, Fränkel, Müller (3-е н.), Hirschlaff, Gilbert и Weil (2-е н.) Green, Leyden, Litten, Vyšín (2-е н.), или „одноядерными лейкоцитами“—Ambros, Hintze, O. Kose. Полинуклеаровъ въ двухъ случаяхъ было по ровну—Leyden, Litten, въ остальныхъ очень мало—Askanazy, Müller (0.8%), Ambros, Hirschlaff, а у больного Green'a ихъ совершенно не было. Эозинофиловъ—не много—Askanazy, Fränkel, Hirschlaff, Ambros, Hintze, O. Kose и очень мало—Green, Leyden. Mastzellen найдены—Ambros. Megaloblastы—Leyden'омъ и нормобласты—Fränkel, Leyden.

Случай Hirschlaff'a очень важенъ въ томъ отношеніи, что съ теченіемъ болѣзни число полинуклеаровъ начало возрастать. За 5 дней до смерти ихъ было 30% при отношеніи  $\frac{B}{K}=1:10$ . За 2 дня до смерти полинуклеаровъ 50%, отношеніе  $\frac{B}{K}=1:8$ . Наконецъ въ день смерти 60%. Отношеніе  $\frac{B}{K}=1:4$ .

e) Случаи, въ которыхъ совершенно не указанъ видъ преобладающихъ лейкоцитовъ—Kelsch, Carpentier, Lauenstein, Zumpre, Leube и Fleischer, Gaucher, Wadham, Musser, Westphal, Senator, Guttman, Nobl, Zar-

18/iv. Блѣдность и упадокъ силъ значительнѣе. Язва на лѣвой миндалинѣ шириной въ 1 сант. Эритроцитовъ 1.633.000. Лейкоцитовъ 8.500. Отношеніе  $\frac{Б}{К} = 1:192$ .

20/iv. Exitus letalis.

Въ случаѣ Jeanselm и Emile Weil при изслѣдованіи крови найдено эритроцитовъ 1.453.000. Лейкоцитовъ 4.400. Отношеніе  $\frac{Б}{К} = 1:330$ .

Авторъ объясняетъ паденіе числа лейкоцитовъ до 4.400—стрептококковой инфекціей. Нельзя еще не остановиться на одномъ изъ больныхъ Gilbert и E. Weil'я. Заболѣваніе началось болѣзненностью, припухлостью и легкой кровоточивостью десенъ. Затѣмъ появилась боль въ горлѣ. Глотаніе стало болѣзненнымъ. По вечерамъ лихорадка. При изслѣдованіи крови (4/vi) найдено: эритроцитовъ 4.487.000, лейкоцитовъ 22.010. Отношеніе  $\frac{Б}{К} = 1:204$ .

Что касается лейкоцитовъ, то изъ нихъ было мононуклеаровъ 73%, полинуклеаровъ 27%. Большая часть мононуклеаровъ обшесты, раза въ три больше эритроцита.

7/vii. Состояніе полости рта улудшилось. Больной проглотилъ нѣсколько стакановъ молока. На многихъ мѣстахъ появились экхимозы. Больной въ коматозномъ состояніи. Эритроцитовъ 1.880.646. Лейкоцитовъ 28.117. Отношеніе  $\frac{Б}{К} = 1:66$ .

9/vii. Появилось носовое кровотеченіе. Эритроцитовъ 1.840.000. Лейкоцитовъ 27.600. Отношеніе  $\frac{Б}{К} = 1:66$ .

Большая часть влѣтокъ мелкіе мононуклеары (лимфоциты)—около 60%.

12/vii. Больной †.

Такимъ образомъ устанавливать виды лейкеміи по характеру влѣтокъ нельзя. Въ приведенномъ случаѣ рѣзкій примѣръ смѣсы крупныхъ лимфоцитовъ мелкими.

**К р о в ь п л о д а.**

Въ случаѣ Askapasy пациентка на 9 мѣсяцѣ беременности,

14/xii замѣтила страданіе десенъ. Онѣ въ области рѣзцовъ достигли толщины мизинца. Десны опухли какъ спереди такъ и позади зубовъ.

26/xii замѣчены два узла, величиной съ лѣсной орѣхъ, въ передней части спинки языка. На слѣдующій день появились кровоизліянія на кожѣ плеча и предплечія, а также retinitis. Лимфатическія железы шеи нѣсколько увеличены.

29/xii наступили роды и чрезъ 10 часовъ послѣ нихъ при явленіяхъ collars'a больная скончалась.

При изслѣдованіи крови плода увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ не найдено. Полости плаценты наполнены красными кровяными тѣльцами и бѣлыми на половину или исключительно бѣлыми.

Больная Greene primipara. Беременна со середины іюня. Въ концѣ ноября она найдена въ высокой степени блѣдной и слабой. Кромѣ того больная страдаетъ кардіалгіей, рвотой, періодическими головными болями, головокруженіемъ, упадкомъ остроты зрѣнія, носовыми кровотечениями. Отношеніе  $\frac{B}{K} = 1:20$ .

18 Декабря наступили роды. На другой день послѣ родовъ при явленіяхъ collars'a больная умерла.

При изслѣдованіи плода лейкемическихъ измѣненій крови не найдено.

Оба эти случая показываютъ, что острая лейкемія не передается отъ матери плоду.

Селезенка изъ 151 случаявъ, приведенныхъ мною, въ 106 увеличена—Friedreich, Immermann, Küssner, Poufick, Zumpe, Fränkel, Gaucher, Waldstein, Wadhan, Masius и Francotte, Glasser, Musser, Ebstein, Leyden, Westphal, Senator, Образцовъ, Guttmann, Hinterberger, Eichhorst, Nobl (1-е н.), Берестневъ, Ambros, Michel-Dansac, Litten, Hintze, Seelig, Hindenburg, Fränkel, Müller, Goldschmidt, Theodor, Fränkel, Kauert, Bonfor, Apert, van Renselaer, O. Kose, Bratford и Shaw (2—4 н.), Pollmann, Walz, Pollitzer, Reimann, Guinon et Jolly, Besançon et Clerc, Vyšín, Pineles, Hirschlaff, Рубинштейнъ, Gilbert et Weil (1-е и 3-е н.), Mc Crae, Brandenburg, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Dennig, Samman, Phear, Barlow, Своехотовъ, Миха, Петровъ, Grawitz, Stepan, Kübler, Stewart, Wende, Hirschlaff и Alexander, Michaelis, Янушкевичъ, Reed, Glinsky, Weber, Billings и Capps, Kelly, Barié et Salmon, Mil-

lard et Girode, Hirtz и Labbé, Hunter, Hayem и Bensaude, Gilbert и Weil (2-е н.), Osswald, Klein (1 н.), Рахмановъ и описываемый много случай. Въ 6 не увеличена—Kelsch, Litten, Leube и Fleischer, Askanazy, Bratford и Schaw (1-е н.), Green. Въ двухъ случаяхъ уменьшена—Mc. Saw и Carpentier. Въ 37 случаяхъ нѣтъ указаній на измѣненіе величины селезенки.

Изъ приведенныхъ цифръ можно съ полнымъ правомъ сдѣлать заключеніе, что селезенка при острой лейкеміи болѣе чѣмъ въ  $\frac{2}{3}$  случаевъ представляется увеличенной. Колебанія въ величинѣ селезенки очень широкія. Въ однихъ случаяхъ указывается, что селезенка „опухла“—Müller и Hess, или „увеличена“—Friedreich, Lauenstein, Michel-Dansac, Gilbert и Weil, Theodor, въ другихъ выражается и степень опуханія „нѣсколько.“ „умѣренно“—Waldstein, Millard и Girode или „очень увеличена“—Glaser, Barié и Salmon, Hirtz с Delamore и Genevriér. Гораздо опредѣленнѣе тѣ случаи, гдѣ уклоненія въ величинѣ выражены въ мѣрахъ resp. отстояніемъ нижняго конца селезенки отъ реберной дуги, т. е. края ложныхъ реберъ. Такъ у однихъ больныхъ селезенка слабо выдается изъ-за реберъ—Küssner, у другихъ на палецъ—Fränkel, Billings et Capps, Kauert, болѣе чѣмъ на палецъ—Образцовъ, Своехотовъ, на два пальца—Klein, на три пальца—Zumpe, Рахмановъ, Weber, на четыре пальца—Oulmont и Ramond, или на 1 cm.—Guttmann, на 2 cm.—Fränkel, на 6 cm.—Seelig, на 14 cm.—Theodor, 15 cm. Fränkel, на  $\frac{2}{4}$  дюйма—Phear, на 3 дюйма Hunter. Иногда увеличеніе въ длину достигаетъ до поразительно большихъ размѣровъ: до symphysis pubis—Müller (3-е н.), до малаго таза—Goldschmidt.

Съ удлиненіемъ продольнаго діаметра селезенки измѣняется и ея поперечникъ, причемъ соотвѣственнымъ образомъ передвигается ея передній край къ средней линіи—къ linea alba resp. пупку. Въ однихъ случаяхъ передній край селезенки не доходитъ до пупка, напр. на 3 пальца—Берестневъ, или почти что достигаетъ его—Hintze или прощупывается у него—Apert, Образцовъ, Eichhorst. Наконецъ, онъ даже переходитъ lin. albam—Renselaer. Какъ примѣръ крайне сильнаго resp. колоссальнаго увеличенія селезенки представляетъ случай Leyden'a. Онъ описываетъ слѣдующимъ образомъ измѣненіе: „лѣвая половина живота занята опухолью, которая заходитъ за среднюю линію тѣла на два пальца, книзу простирается до spina ilei anterior, вверхъ по средней линіи тѣла не доходитъ до proc. xiphoides на два пальца“.

При истощеніи больныхъ, у дѣтей, при тонкости брюшныхъ покрововъ, очертанія селезенки могутъ быть видны на простой глазъ. Вырѣзка, находящаяся на переднемъ краѣ селезенки, съ увеличеніемъ ея становится рѣзче и при большихъ селезенкахъ настолько углубляется, что легко ощупывается. Такъ въ случаѣ Theodor'a мы видимъ, что „селезенка настолько увеличилась, что на 11 cm. выдается изъ за края реберъ въ брюшную полость. Въ нижней трети передняго края прощупывается глубокая вырѣзка“.

Сообразно со степенью увеличенія селезенки колеблется площадь притупленія, а также размѣры площади сопротивленія. Въ случаѣ Walz'a первая была 5:7.5, Zumpe—9.5:18, Ambros вначалѣ 9:20, позднѣе 11:33. Особенно она велика въ случаѣ Brandenburg'a—14:30 cm.

Насколько можетъ быть обширна площадь противодѣйствія представляетъ случай Ebstein'a. У его больного оно въ области селезенки ощущалось въ направленіи сверху внизъ на протяженіи 16 cm., впереди оно заходило за переднюю аксиллярную линію на 5 cm. и ниже края реберной дуги на 5 пальцевъ.

Консистенція селезенки при пальпаціи различная. Въ однихъ случаяхъ селезенка мягкая—Müller и Hess, Fränkel, Politzer, Pineles, въ другихъ умѣренно плотна—Fränkel, Янушкевичъ, Петровъ. Повидимому, чаще селезенка бываетъ плотна—Gaucher, Zumpe, Apert, Klein, Берестневъ, M Crae, Eichhorst, Askanazy, Müller (1-я), Theodor, Glinski.

При пальпаціи селезенка нечувствительна—Apert, Mischel-Dansac, или въ различной степени болѣзненна—Zumpe, Reimann, Gilbert et Weil, Hirtz c. Delamore et Genevrier, Hintze.

Увеличеніе селезенки наступаетъ иногда рано, идетъ очень быстро. Въ случаѣ Ambros неощущаемая при началѣ селезенка, чрезъ 4 дня ясно прощупывалась, а чрезъ недѣлю доходила до середины живота. У больного Litten'a селезенка наканунѣ представлялась совершенно нормальной, при осмотрѣ на слѣдующій день оказалась очень опухшей. Также въ исторіи болѣзни приводимой Leyden'омъ отмѣчается поражающе быстрый ростъ селезенки. Больной 8 августа 1889 г. замѣтилъ въ лѣвомъ боку небольшую опухоль, а 17 августа при осмотрѣ пациента врачомъ лѣвая половина живота оказалась занятой опухолью, переступившей среднюю линію тѣла, а внизу спустившейся до spina ilei anterior superior. Но особенно быстрый ростъ описанъ Goldschmidt'омъ. 29 января въ первый разъ замѣчено опуханіе селезенки, а 1 февраля нижній конецъ доходилъ до малаго таза. Слѣдуетъ замѣтить, что не всегда возможно опредѣлить настоящую величину селезенки.

Клинически селезенка можетъ казаться неувеличенной, но патолого-анатомическимъ вскрытіемъ констатируется умѣренное ея увеличение—Kelsch, Leube и Fleischer, Wadham, Fränkel, Masius и Francotte, Askanazy, Bratford и Shaw (2-е и 3-е н.), Vyšin (2-е н.), Hirschlaff, Gilbert и Weil (3-е н.), Dennig, Miha, Петровъ.

Въ теченіе острой лейкеміи можетъ быть и обратное развитіе селезенки т. е. ея уменьшеніе—Петровъ, Hintze и Reimann. Въ первомъ случаѣ селезенка выступавшая на 4 пальца изъ-за края реберной дуги 4 дня уже не ощупывалась. Во второмъ селезенка выдавалась на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см., а чрезъ 3 дня не прощупывалась. Въ случаѣ Hintze также отмѣчено умѣньшеніе селезенки, доходившей до пупка.

При дыханіи замѣчается обычное смѣщеніе книзу—Leiden.

Увеличеніе селезенки протекаетъ не замѣтно для больныхъ, но и иногда оно сопровождается колющимъ, болями—Ambros, Zimpre. Въ исторіи болѣзни приводимой Leiden'омъ указывается, что болѣзненность въ боку настолько беспокоила пациента, что онъ просилъ „вскрыть животъ и вынуть опухоль“.

Органы дыханія въ огромномъ числѣ случаевъ острой лейкеміи не принимаютъ дѣятельнаго участія въ заболѣваніи. Въ виду этого и находится рядъ опредѣленій такихъ, какъ—„дыханіе неускорено“—Lauenstein, „дыханіе безъ измѣненія“—Fränkel, Michel-Dansac, Seilig, Müller (1-е н.), Dennig, Theodor, Bradford и Shaw (1-е н.), Pollmann, Pollitzer (1-е н.), Gilbert и Weil (2-е и 3-е н.), Green, Kübler, Michaelis, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hunter. или „легкія нормальны“—Leube и Fleischer, Wadham, Fränkel, O. Kose, Pappenheim, Stéran, въ легкихъ „никакихъ уклоненій“—Своехотовъ, „ничего патологическаго“—Hirschfeld и Alexander, „легкія здоровы“—Klein (1-е н.). Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ дыхательные органы не стоятъ внѣ измѣненій, имѣется рядъ жалобъ на „затрудненное дыханіе“—Westphal, Bradford и Shaw (5-е н.), „стѣсненное дыханіе и недостатокъ воздуха“—Hirschlaff, или „тяжелое дыханіе“—Vyšin (2-е н.).

Объективно измѣненіе дыхательныхъ органовъ выражалось: кашлемъ, одышкой, появленіемъ шумовъ и хриповъ и присутствіемъ мокроты съ той или другой примѣсью. Кашель упоминается 8 разъ—Leiden, Theodor, Bradford и Shaw (4-е н.), Besançon и Clerc, Wende, Brandenburg, Янушкевичъ, Osswald и Рахманиновъ. Онъ наблюдался въ различные періоды болѣзни, при началѣ—Leiden, Bradford и Shaw (4-е н.), Besançon и Clerc,



Wende, Brandenburg, Osswald, Рахманиновъ, въ срединѣ—Янушкевичъ и при концѣ—Theodor.

Одышка отмѣчена 11 разъ—Litten, Greene, Müller (3-е н.), Bradford и Shaw (2-е и 5-е н.), Michaelis, P. Weber, Kelly (4-е н.), Reed, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ. Она наступала при малѣйшемъ напряженіи—Greene или при движеніи—Bradford и Shaw (2-е н.). Въ случаѣ Litten'a одышка развилась съ момента наростанія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Вообще же одышка наблюдалась въ различные періоды острой лейкеміи, при началѣ ея—Greene, Hirtz и Labbé, въ срединѣ—Reed, Kelly (4-е н.) и въ концѣ—Bradford и Shaw (2-е и 5-е н.), Michaelis, P. Weber, Müller (3-е н.), Рахманиновъ.

При аускультациі, наряду со случаями, гдѣ отмѣчается везикулярное дыханіе—Bradford и Shaw (1-е н.), Reimann, Pineles, Guinon и Jolly, Osswald, упоминается шумъ тренія плевры 5 разъ—Gaucher, Берестневъ, Hintze, Vyšin (2-е н.), Brandenburg.

Обыкновенно былъ односторонній плевритъ и притомъ лѣвосторонній чаще, чѣмъ правосторонній. Именно слѣва 4 раза—Берестневъ, Vyšin, Gaucher, Hintze, справа 1 разъ—Hintze. У больного Hintze плевритъ сначала былъ замѣченъ справа. Черезъ 18 дней послѣ появленія шума тренія плевры изъ полости ея было выпущено 1500 куб. сант. мутной, серозной жидкости. Черезъ 2 дня послѣ этого вмѣшательства и за 4 дня до смерти появился шумъ тренія плевры слѣва.

Плевритъ былъ только у пациента Gaucher въ самомъ началѣ острой лейкеміи, обычно же въ срединѣ ея—Берестневъ, Vyšin, Brandenburg.

Хрипы въ легкихъ упоминаются 12 разъ—Küssner, Образцовъ (1-е н.), Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Phear, Янушкевичъ, Glinski, P. Weber, Barié и Salmon, Hirtz с. Delamore и Genevrier, Osswald, Рахманиновъ. Они были по опредѣленію авторовъ „сухіе“—Рахманиновъ, Osswald, или „трескучіе“—P. Weber, „громкіе, свистящіе“—Hirtz с. Delamore и Genevrier, и изъ влажныхъ „мелкопузырчатые“—Glinski.

Хриповъ было немного—Küssner, Phear, Osswald, или же много—Bradford и Shaw (4-е н.).

Они были слышны при началѣ острой лейкеміи—Рахманиновъ, въ срединѣ—Образцовъ (1-е н.), Янушкевичъ, и главнымъ образомъ въ концѣ ея—Küssner, Bradford и Shaw

(3-е н.), Phear, Glinski, P. Weber, Barié и Salmon, Hirtz с. Delamore и Genevrier и Osswald.

Кромѣ того еще замѣчены: ослабленное дыханіе—Brandenburg, отсутствіе дыхательныхъ шумовъ (въ области *spin. scapulae*)—Eichhorst, бронхиальный выдохъ—Glinski.

Мокрота, повидимому, не беспокоила больныхъ. О ней упоминается въ тѣхъ случаяхъ, когда были примѣси. О выдѣленіи съ мокротой по временамъ крови говоритъ Müller (2-е н.), о нѣсколько гнойной мокротѣ, смѣшанной съ кровью, упоминаютъ Берестневъ, Brandenburg, о нахожденіи нѣсколькихъ развѣтленныхъ фибринозныхъ свертковъ (*resp. bronchitis fibrinosa*)—приводится указаніе Vyšin'имъ.

Число дыханій въ неосложненныхъ случаяхъ нормальное: 20 въ 1"—Ebstein, Vyšin (2-е н.), Hirschfeld и Alexander, 24—Mixa, Michaelis, 26—Klein (1-е н.).

Если же наступало какое нибудь осложненіе со стороны полости рта, зѣва, глотки, носа и т. д. и притомъ сопровождаемое повышеніемъ  $t^0$ , число дыханій быстро нарастало.

У больного Müller'a (1-е н.) при осмотрѣ въ дѣтской клиникѣ (29/1), помимо явленій свойственныхъ острой лейкеміи—увеличенія лимфатическихъ железъ на шеѣ, точечныхъ кровоизліяній на различныхъ мѣстахъ конечностей, измѣненія крови, найдена язвочка, величиной съ бобъ на задней стѣнкѣ глотки. Со стороны легкихъ измѣненій не было. Пульсъ 152.  $T^0$  37.

На слѣдующій день (30/1)  $t^0$  40. Число дыханій 36. Пульсъ 160. Язычекъ темнокрасный, опухшій, кроваво-инфильтрированный.

31/1  $t^0$  39.1. Дыханій 40. Пульсъ 178. Язычекъ грязно-сѣровато-краснаго цвѣта и обложенъ желтовато-зеленымъ налетомъ.

1/II  $t^0$  38.2. Дыханій 34. Пульсъ 178. Передъ этимъ появилось внезапно сильнѣйшее носовое кровотеченіе.

Степень учащенія числа дыханій различная.

Число дыханій въ 1".

Авторы.

20 — 28

24 — 32

24 — 48

30

32 — 34

32 — 46

38

Ebstein

Ambros

Bradford и Shaw (4-е н.)

Pollitzer

Müller (2-е н.)

" (3-е н.)

Gardavot

## Число дыханій въ 1".

## Авторы.

38 — 50

40

40 — 50

44

44 — 48

64

Янушкевичъ

Müller (1-е н.), Brandenburg

Wende

Reimann

Wagner

Kübler

Кромѣ того, что дыханіе учащено, оно можетъ быть и неправильно—Michel-Dansac.

Воспаленіе легкихъ—пневмонія въ теченіе острой лейкеміи отмѣчено 2 раза—Musser и Gliniski. Въ послѣднемъ случаѣ оно было и причиной смерти.

Измѣненія дѣятельности желудочно-кишечнаго канала изъ 151 случая острой лейкеміи было 76 разъ—Friedreich, Immermann, Kelsch, Litten, Zumppe, Leube и Fleischer, Waldstein, Wadham, Glasser, Ebstein, Leyden, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Eichhorst, Greene, Michel-Dansac, Askanazy, Seelig, Fränkel, Müller (1—3 н.), Theodor, van Rensselaer, Bradford и Shaw (1-е и 3-е н.), Walz, Pollitzer, Reimann, Besançon и Clerc, Körmöczy, Phear, Своехотовъ, Kübler, Wende, Янушкевичъ, Gliniski, Billings и Capps, Thompson и Ewing, Gardavot, Lindsay Steven, Dods Brown, Barié и Salmon, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz с. Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (2 е с. 1-е н.), Klein (1-е н.), Рахманиновъ. Они выражались: измѣненіемъ аппетита, рвотой, запоромъ или поносомъ и кровотеченіемъ изъ кишечника.

Измѣненіе аппетита отмѣчено 19 разъ—Immermann, Litten, Zumppe, Wadham, Ebstein, Leyden, Michel-Dansac, Müller (2 и 3-е н.), Theodor, Bradford и Shaw (1-е н.), Янушкевичъ, Kübler, Billings и Capps, Gardavot, Hirtz с. Delamore и Genevrier, Millard и Girode, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), Klein (1-е н.). Оно характеризовалось: пониженіемъ, отсутствіемъ и потерей аппетита.

Пониженіе аппетита указано 4 раза—Müller (2 и 3-е н.), Immermann, Bradford и Shaw (1-е н.).

Больной Müller'a (3-е н.), имѣвшій опуханіе лимфатическихъ железъ за ушами, исхуданіе, блѣдность, очень рано чувство-

валъ сильное пониженіе аппетита. Черезъ 5—6 недѣль ребенокъ скончался. Геморрагическій діатезъ, опуханіе селезенки, измѣненіе крови были очень рѣзкіе.

Въ случаѣ Immermann'a у больной, жаловавшейся на усталость, разбитость, появлявшееся временами слабое кровохарканье, замѣчено, что „аппетитъ ослабъ“. Черезъ 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недѣль при явленіяхъ типическаго геморрагическаго діатеза больная умерла.

У паціента Bradford и Shaw (1-е н.) также сравнительно рано, т. е. одновременно съ первыми признаками острой лейкеміи—рыхлостью и чувствительностью десенъ, утратой силъ, одышкой и блѣдностью, аппетитъ сталъ слабъ. Черезъ мѣсяць наступила смерть. Во второмъ наблюденіи Müller'a измѣненіе аппетита обозначилось поздно. Больной представлялъ всѣ признаки лейкеміи: геморрагіи на тѣлѣ, опуханіе шейныхъ и подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ и небольшое кровохарканье. Аппетитъ былъ плохой. Черезъ 8 дней малютка погибъ.

Отсутствіе и потеря аппетита занесены въ діаріи 15 разъ—Litten, Zumpre, Wadham, Ehrlich, Leyden, Michel-Dansac, Theodor, Янушкевичъ, Kübler, Billings и Carrs, Millard и Girode, Gardavot, Hirtz с. Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), Klein (1-е н.).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось „полное отсутствіе аппетита“—Hirtz с. Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), Klein (1-е н.). У больныхъ Zumpre, Ebstein'a, Gardavot, Gilbert и Weil'a, Янушкевича, Kübler, Millard и Girode измѣненіе аппетита входило въ серію начальныхъ симптомовъ острой лейкеміи. Въ случаѣ Billings и Carrs'a потеря аппетита замѣчена тогда, когда острая лейкемія уже вполне развернулась. У прочихъ паціентовъ измѣненіе аппетита отмѣчено не задолго до смерти—Michel-Dansac, Hirtz с. Delamore и Genevrier, Litten, Wadham, Klein, Theodor.

Рвота при острой лейкеміи указана 21 разъ—Immermann, Litten, Wadham, Ebstein, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Eichhorst, Greene, Seelig, Fränkel, Müller (1-е н.), Theodor, Walz, Reimann, Wende, Glinski, Thompson и Ewing, Lindsay Steven, Dods Brown, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ<sup>1)</sup>. Она была обычными массаами или кровавая.

<sup>1)</sup> 3-е н. Kelly не вѣлчено, такъ какъ рвота развилась вѣдѣ за паденіемъ на затылокъ; вѣроятно, какъ послѣдствіе commot. cerebri.

Рвота обычнымъ содержимымъ желудка наблюдалась 12 разъ—Immermann, Litten, Wadham, Ebstein, Образцовъ (2-е н.), Greene, Theodor, Wende, Glinski, Thompson и Ewing, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ. Она возникала въ различное время: по ночамъ—Wadham, и при различныхъ условіяхъ: при вставаніи—Immermann, послѣ приема пищи—Glinski; не только послѣ купанья, но и послѣ приема лѣкарствъ—Образцовъ (2-е н.). Иногда сопровождалась болями въ желудкѣ—Greene. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ носила повторный характеръ—Thompson и Ewing, Рахманиновъ, Litten. Она наблюдалась при началѣ болѣзни—Greene, Glinski, впрочемъ большею частью при концѣ ея—Wadham, Ebstein, Образцовъ, Theodor, Wende, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ.

Кровавая рвота отмѣчена 9 разъ—Hinterberger, Eichhorst, Seelig, Fränkel, Müller (1-е н.), Walz, Reimann, Lindsay Steven, Dods Brown. Выдѣлялась или слизь, смѣшанная съ кровью—Hinterberger, или кровавистая жидкость—Eichhorst, или кровь—Lindsay Steven, Dods Brown. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровавой рвоты существовали боли: въ желудкѣ—Hinterberger, въ области сердца—Eichhorst. Кровавая рвота наступала не задолго до смерти—Hinterberger, Eichhorst, Reimann и даже въ день смерти—Seelig, Müller (1-е н.).

Запоръ встрѣтился 8 разъ—Leube и Fleischer, Waldstein, Wadham, Glaser, Michel-Dansac, Müller (1-е н.), Körmöczi, Billings и Carps. Иногда онъ сопровождался болями въ животѣ—Wadham, Müller (1-е н.). У больного Michel-Dansac'a онъ былъ повторнымъ, т. е. прошелъ подъ вліяніемъ леченія, а затѣмъ спустя нѣкоторое время возобновился. Больные испытывали запоръ при началѣ острой лейкеміи—Waldstein, Wadham, Glaser, въ срединѣ—Leube и Fleischer, Billings и Carps, и въ концѣ ея—Wadham, Michel-Dansac, Müller, Körmöczi, Billings и Carps.

Поносъ наблюдался въ теченіе острой лейкеміи 26 разъ—Friedreich, Kelsch, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Eichhorst, Greene, Askanazy, Müller (3-е н.), van Rensselaer, Bradford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Besançon и Clerc, Phear, Wende, Glinski, Gardavot, Barié et Salmon, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz с. Delamore и Genevriér, Рахманиновъ<sup>1)</sup>. Послабле-

---

<sup>1)</sup> Наблюденіе Stewart'a исключено, такъ какъ диаррея обуславливалась наличностью брюшного тифа.

нія происходили обычными жидкими массами или съ примѣсью крови.

Разстройство кишечника первого рода отмѣчены 16 разъ—Friedreich, Kelsch, Greene, Askanazy, Müller (3-е н.), van Rensselaer, Pollitzer, Besançon и Clerc, Phear, Wende, Glinski, Gardavot, Barié и Salmon, Millard и Girode, Рахманиновъ.

Оно было различной степени: слабое—Besançon и Clerc и сильное—Gardavot, Barié и Salmon, Рахманиновъ. Иногда сопровождалось рвотой—Kelsch, Greene, Wende, Glinski, или болями въ животѣ—Phear. Наступало обыкновенно безъ всякой видимой причины и только у больной Gardavot сильная диаррея развилась послѣ выпитаго въ Версалѣ стакана лимонада, взятаго у разнощика.

Поносъ замѣчается въ различные періоды острой лейкеміи: при началѣ—Askanazy, van Rensselaer, Pollitzer, Phear, Millard и Girode, въ срединѣ—Gardavot, Barié и Salmon, и въ концѣ ея—Friedreich, Kelsch, Greene, Müller (3-е н.), Wende, Hirtz и Labbé, Besançon и Clerc, Рахманиновъ.

Послабленія съ примѣсью крови были 5 разъ—Eichhorst, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Bradford и Shaw (3-е н.), Hirtz с. Delamore и Genevrier. Кровь примѣшивалась въ различномъ количествѣ. Послабленій въ день по нѣсколько. Въ случаѣ Образцова (1-е н.) стулъ съ примѣсью крови былъ 10 разъ въ день, а у больного Eichhorst'a однажды 14 разъ.

Кровавый поносъ наблюдался не задолго до конца болѣзни—Образцовъ (за 3 дня), Eichhorst (5 дн.), Hirtz с. Delamore и Genevrier (5 дн.), Bradford и Shaw (7 дн.).

Кровотеченіе изъ кишечника resp. кровь съ обыкновеннымъ стуломъ указано 8 разъ—Ebstein, Westphal, Ambros, Müller (1-е и 3-е н.), Vyšín (1-е н.), Körmősczi, Своехотовъ.

Кровь въ стулѣ замѣчалась разъ—Müller (3-е н.), два раза—Ambros, Müller (1-е н.), или нѣсколько разъ—Ebstein, Vyšín, Своехотовъ. Ея было не много—Ebstein, или довольно много—Своехотовъ. Она составляла примѣсь къ стулу—Ambros, Körmősczi или была въ видѣ темныхъ—Vyšín (1-е н.), большихъ свертковъ—Müller (1-е н.).

Кровотеченіе наблюдалось изъ кишечника при началѣ—Своехотовъ, Vyšín (1-е н.), въ срединѣ—Körmősczi и главнымъ

образомъ при концѣ болѣзни—Ebstein, Westphal, Ambros, Müller (1-е и 3-е н.), Своехотовъ.

Печень при острой лейкеміи изъ 151 случая въ 64 увеличена—Friedreich, Lauenstein, Ponfick, Zumpre, Waldstein, Glaser, Musser, Leyden, Образцовъ, Guttman, Hinterberger, Eichhorst, Nobl, Берестневъ, Ambros, Michel-Dansac, Hintze, Seelig, Hindenburg, Fränkel, Müller, Goldschmidt, Kauert, O. Kose, Bratford и Shaw, Pollmann, Walz, Pollitzer, Reimann, Guinon et Jolly, Besançon et Clerc, Vyšín (1-е). Pineles, Рубинштейнъ, Gilbert et Weil (1-е н.), Mc Crae, Brandenburg, Pappenheim, Oulmont et Raymond, Dennig, Samman, Своехотовъ, Міха, Петровъ, Kübler, Stewart, Wende, Michaelis, Янушкевичъ, Reed, Glinski, Kelly (1-е н.), Barié et Salmon, Hirtz et Labbé, Hirtz с. Delamore et Genevrier, Рахманиновъ. Въ 20—не увеличена—Kelsch, Carpentier, Küssner, Litten, Fränkel, Leube и Fleischer, Westphal, Senator, Askanazy, Theodor, Fränkel, Apert, Bratford и Shaw (2-е н.), Vyšín (2-е н.), Hirschlaff, Gilbert и Weil (2-е и 3-е), Green, Hirschlaff и Alexander, Millard и Girode. Въ 66 случаяхъ у авторовъ нѣтъ указаній на измѣненіе печени, также не упоминаютъ объ этомъ и референты.

Такимъ образомъ можно сказать, что печень при острой лейкеміи болѣе чѣмъ въ одной трети случаевъ представляется увеличенной.

И въ печени измѣненія величины очень разнообразны. Въ однихъ случаяхъ указывается, что печень прощупывается—Hirtz и Labbé, Pollmann или, что она увеличена—Friedreich, Lauenstein, Kelsch, Ponfick, Kelly (1-е н.), Klein (1-е н.), Dennig, Parkes Weber, Рахманиновъ, Hinterberger, Besançon и Clerc, въ другихъ опредѣляется и степень увеличенія: въ печени „слабое опуханіе“—Nobl (1-е н.), „нѣсколько увеличена“—Waldstein, или „очень увеличена“—Barié и Salmon. Но болѣе правильно можно представить колебанія величины печени при острой лейкеміи только по тѣмъ наблюденіямъ, въ которыхъ болѣе или менѣе точно отмѣчено положеніе нижней границы, resp. передняго края печени. Оно, какъ показываетъ практика, можетъ быть очень различное. Въ части случаевъ передній край лишь выдается изъ-за края реберъ—Hindenburg, Müller (1-е и 2-е н.). Dennig, въ другихъ случаяхъ онъ выступаетъ: на одинъ палецъ—Zumpre, Ambros, Michel-Dansac, Своехотовъ, Louis Guinon и Justin

Jolly, на два пальца—Eichhorst, Образцовъ, Pappenheim, Michaelis, Klein, Берестневъ, Müller (3-е н.), Goldschmidt, O. Kose, Pollitzer, на три пальца—Mc. Crae, Reimann, Pineles, на четыре пальца—Seelig, Oulmont и Ramond, Hirtz с. Delamore и Genevrier, или на 2 ctm.—Eichhorst, на 4 ctm.—Янушкевичъ, на 4 дюйма—Hunter, на три пальца не доходить до пупка O. Kose, на два пальца ниже пупка—Brandenburg, на ширину ладони ниже пупка—Guttman. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечно, не многихъ увеличеніе органа можетъ быть громадное. Печень доходила до crista ilei—Pollmann или до spina ilei anterior superior—Hintze. Консистенція органа обычно не измѣнена и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ печень была плотна—Klein (1-е набл.), Pineles.

При пальпаціи печень не чувствительна, но въ не большомъ числѣ случаевъ больнымъ ощущалась боль или во всей печени—Reimann, Besançon и Clerc, Своехотовъ, Kelly (1-е н.), или въ ея части, напр. въ лѣвой долѣ—Klein (1-е н.).

Увеличеніе печени происходитъ обыкновенно медленно. Въ теченіе процесса могутъ наступать колебанія въ величинѣ, т. е. увеличенный органъ уменьшается. Въ случаѣ Hintze 11/vii печень выступала на  $3\frac{1}{2}$  ctm. за край ложныхъ реберъ, а 14/vii—не прощупывается. Или у больного Петрова печень выдавалась на 4 пальца, а въ періодъ съ 14/iv—19/iv уже не ощупывалась.

Почки. Изъ 151 случая острой лейкеміи субъективно заболѣваніе почекъ выражалось 1 разъ. Область почекъ была болѣзненна при давленіи и слабой перкуссіи.—Это явленіе замѣчено въ концѣ болѣзни—Своехотовъ.

Бѣлокъ въ мочѣ былъ найденъ у 28 больныхъ. Количество его различное (см. мочу). Бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается во всѣхъ періодахъ острой лейкеміи. При началѣ болѣзни—Bradford и Shaw (1-е н.), Gilbert и Weil (1-е н.), Образцовъ (2-е н.), Seelig, Goldschmidt; въ срединѣ ея—Brandenburg, Milard и Girode и при концѣ ея—Янушкевичъ, Bradford и Shaw (3-е н.), O. Kose, Dennig, Kübler, Pollitzer, Mixa, Stewart, Wende, Barié et Salmon, Lauenstein, Wagner, Hinterberger, Nobl (1-е н.), Michel-Dansac, Besançon и Clerc, Wende, Billings и Carpps, Gilbert и Weil (3-е н.), Своехотовъ.

Особенно поражаетъ частота появленія бѣлка въ мочѣ въ послѣдній періодъ острой лейкеміи. Это объясняется частью



характеромъ болѣзни, а частью и тѣмъ обстоятельствомъ, что нѣкоторые больные поздно поступили подѣ наблюденіе врача.

Появленіе бѣлка въ мочѣ при концѣ болѣзни прекрасно видно изъ случаевъ Міха и Wende. При осмотрѣ больного Міха 28/x въ мочѣ не найдено ни сахару, ни бѣлка.

1/xi. Въ мочѣ реакціями открываются бѣлокъ и кровь.

Въ случаѣ Wende моча была неоднократно изслѣдована.

20/ii. Въ мочѣ не было бѣлка и сахару; 18/vii моча также не содержала бѣлка и сахару.

27/vii въ первый разъ найдено небольшое количество бѣлка.

30/vii †.

Появившійся въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ, при дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни можетъ еще большей массой выдѣляться. Подобное явленіе отмѣчено въ наблюдении Hinterberger'a.

6/i, при поступленіи больной въ клинику въ мочѣ найдены только слѣды бѣлка.

13/i. Въ мочѣ порядочно бѣлка.

15/i †.

Кровь въ мочѣ наблюдалась 10 разъ—Kelsch, Zumpre, Wagner, Guttman, Theodor, O. Kose, Своехотовъ, Gardavot, Dods Brown, Hirtz c. Delamore и Genevriér.

Кровотеченіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ отличается продолжительностью и интензивностью—Theodor, Gardavot.

Въ первомъ—у мальчика 16/viii 96 г., на пятый день послѣ паденія съ лошади, появилось сильное кровотеченіе изъ мочевыхъ путей.

22/viii. Почечное кровотеченіе продолжается.

24/viii. Моча слабо окрашена кровью.

25/viii. Моча совершенно чистая.

Во второмъ случаѣ у больной рѣзко выражень геморрагическій діатезъ.

Кровь въ мочѣ въ первый разъ появилась 26/vii 902. Проматривая исторію болѣзни, находимъ:

26/vii. Въ мочѣ много крови.

28/vii. Обильная гематурія.

Съ 30/vii въ мочѣ почти чистая кровь.

2/viii—въ день смерти, моча безъ крови.

Кровь въ мочѣ появляется въ различные періоды острой лейкеміи. Въ случаѣ Guttman'a заболѣваніе началось появленіемъ крови въ мочѣ. Повидимому, также въ началѣ заболѣванія была кровь въ мочѣ и у больного O. Kose.

Во время теченія острой лейкеміи кровь въ мочѣ находили—

Kelsch, Theodor. При концѣ болѣзни наблюдали гематурию—Zumpe, Wagner, Своехотовъ, Gardavot, Dods Brown, Hirtz с. Delamore et Genevrier.

Моча. Суточное количество при острой лейкеміи обыкновенно нормальное и только въ отдѣльныхъ и притомъ немногихъ случаяхъ оно было увеличено или уменьшено. При усиленномъ выдѣленіи и вдобавокъ при концѣ болѣзни оно колебалось въ предѣлахъ 2040—3240 ctm<sup>3</sup>—Wende, 1850—3450 ctm<sup>3</sup>—Ebstein, 2050—4400 ctm<sup>3</sup>—Zumpe. При уменьшенномъ—970—1800 ctm<sup>3</sup>—Своехотовъ, 1012—1018 ctm<sup>3</sup>—Bradford и Shaw (2-е н.), 800—1400 ctm<sup>3</sup>—Michaelis, 520—1390 ctm<sup>3</sup>—Ambros, 600—900 ctm<sup>3</sup>—O. Kose, 550 ctm<sup>3</sup>—Reimann.

Реакція мочи обычно кислая—Stewart, Wende, Янушкевичъ, Hirtz с. Delamore и Genevrier.

Удѣльный вѣсъ непостоянный. Въ случаѣ Ebstein'a  $\Delta=1.019$ , Своехотова  $\Delta=1.020$ —1.022.

Цвѣтъ мочи опредѣлялся присутствіемъ или отсутствіемъ примѣсей. Она была желтая—Pollitzer, зеленовато-желтая—Waldstein, зеленовато-бурая—Lauenstein, темно-красная—Zumpe, Своехотовъ.

На видъ прозрачная и только въ отдѣльныхъ случаяхъ мутная—Zumpe, Lauenstein, Bradford и Shaw (2-е н.), Stewart, Hirtz и Labbé, отъ примѣся крови—Zumpe или уратовъ и фосфатовъ—Hirtz и Labbé.

Бѣлка или небыло—Leube и Fleischer, Waldstein, Wadham, Ambros, Fränkel, Bradford и Shaw (2-е н.), Papperheim, Green, Hirtz и Labbé, Immermann, Hirschfeld и Alexander, Müller (2-е н.), Vyšin (1-е н. 2-е н.), Phear, Michaelis, Parkes Weber, Osswald, Savory, или онъ находился и при томъ въ различныхъ количествахъ. Бѣлка были „слѣды“—Brandenberg, Янушкевичъ, Bradford и Shaw (1-е и 3-е н.), Kübler, Pollitzer (ну-клеоальбуминъ);—„немного“—Wagner, O. Kose, Gielbert и Weil (1-е н.), Dennig, Mixa, Stewart, Wende, Barié et Salmon, или въ достаточномъ количествѣ, а иногда не только „порядочно“, но и „много“—Lauenstein, Hinterberger, Образцовъ (2-е н.), Nobl (1-е н.), Michel—Dansac, Seelig, Millard и Girode, Besançon и Clerc, Goldschmidt, Billings и Cappes, Pineles, Gilbert и Weil (3-е н.), Своехотовъ.

Сахару въ мочѣ при острой лейкеміи ни разу не было—Immerman, Leube и Fleischer, Образцовъ (1-е н.),

Ambros, Müller (2-е н.), Bradford и Shaw (2-е н.), Pollitzer, Vyšin (1-е н.), Phear, Wende, Янушкевичъ, Michaelis, Porkes Weber, Hirschfeld и Alexander, Savory, Ossvald. Индикана также вътъ—Pollitzer, Pappenheim.

Діазо-реакція отмѣчена 1 разъ—Янушкевичъ.

При стояніи въ мочѣ выпадаетъ объемистый осадокъ. Онъ состоитъ изъ кристалловъ мочекислыхъ солей и мочевоы кислоты, а также различныхъ клѣтокъ и цилиндровъ. Обильное содержаніе мочекислыхъ солей находили—Friedreich, Wadham, Ebstein, Hinterberger, Kübler, Reimann, Bradford и Shaw (1-е и 3-е н.), Hirtz и Labbé. Богатство resp. обиліе мочевоы кислоты наблюдали Ebstein, Nobl (1-е н.), Reed, Pollitzer, Петровъ, Guinon и Jolly. Присутствіе фосфатовъ констатировано 1 разъ—Hirtz и Labbé.

### МОЧЕВЫЯ ОСАДКИ.

| ФАМИЛИИ АВТОРОВЪ.         | Форменные элементы.   |                                      |                            | Ц и л и н д р ы. |                 |                          |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|
|                           | Красн.<br>кр.<br>тѣл. | Бѣлыя кр.<br>тѣл. геср.<br>тнѣл. кл. | Эпите-<br>ліал.<br>клѣтки. | Гіали-<br>новые. | Зерни-<br>стые. | Эпите-<br>ліаль-<br>ные. |
| Zumpe. . . . .            | +                     | +                                    | —                          | —                | —               | —                        |
| Goldschmidt . . . . .     | —                     | —                                    | —                          | —                | —               | +                        |
| O. Kose . . . . .         | —                     | +                                    | +                          | +                | —               | +                        |
| Mixa. . . . .             | +                     | +                                    | —                          | +                | +               | —                        |
| Stewart. . . . .          | +                     | +                                    | —                          | —                | +               | +                        |
| Wende . . . . .           | —                     | +                                    | +                          | +                | —               | —                        |
| Янушкевичъ. . . . .       | —                     | —                                    | +                          | +                | —               | —                        |
| Billings и Capps. . . . . | —                     | —                                    | —                          | +                | +               | —                        |

| ФАМИЛИИ АВТОРОВЪ.                          | колич.<br>мочи.         | удѣльн.<br>вѣсъ.          | %,<br>бѣлка.  | Мочевина.             | Хлориды.         | Фосфорная<br>кислота. | Сульфаты. | Мочевая<br>кислота.        |
|--------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-----------|----------------------------|
| Ebstein . . . . .                          | 3450.                   | 1.015                     |               | 62.75 грм.            | 3.45 грм.        | 7.0 грм.              | 5.8 грм.  | 1.331 грм.                 |
| Wende . . . . .                            | 2940.<br>2040.<br>3240. | 1.023.<br>1.021<br>1.021. |               | 39.403. —             |                  | 3.470 —               | 9.364.    | 2.64 —<br>1.44 —<br>4.94 — |
| Янушкевичъ . . . . .                       | 1100.<br>1020           | 1.019.<br>1.011.          | слѣды<br>0.2. | 20.02 —<br>14.58 —    | 3.41 —<br>2.55 — | 2.64 —<br>3.67 —      |           | 0.99 —<br>0.83 —           |
| Своехотовъ . . . . .                       | 970<br>1800.            | 1.020.<br>1.022.          | 1.25<br>3.5   | 49,77 —<br>13,7--20,0 |                  |                       |           | 0.414 —                    |
| Hirtz с. Delamare et<br>Genevrier. . . . . |                         | 1.022.                    |               | 15.46 —               | 12.0 —           | 1.75 —                |           | 0.44 —                     |
| Oulmont и Ramond . .                       | норм.                   |                           |               | 42.0 —                |                  | норм. кол.            |           | норм. кол.                 |

Мужскіе половые органы. Изъ 151 случая острой лейкеміи участвовали въ измѣненіи 5 разъ—Guttman, Theodor, van Rensselaer, Hunter, Рахманиновъ. Измѣненія связаны съ растройствомъ кровообращенія.

Отекъ мошонки и penis'a—наблюдались 2 раза—Theodor, Hunter. Въ первомъ случаѣ отекъ, развившійся за 9 дней до смерти, въ слѣдующіе дни совершенно исчезъ. Во второмъ онъ также появился въ концѣ болѣзни, но не подвергся обратному развитію, такъ какъ возникъ въ зависимости отъ общаго нарушенія кровообращенія. У больного была брюшная водянка и отекъ ногъ.

Priapismus былъ 2 раза—Guttman и Rensselaer. У больного Guttman'a онъ замѣченъ за день до смерти, а у больного Rensselaer'a за двѣ недѣли. Оба раза priapismus былъ въ умѣренной степени.

Отекъ мошонки отмѣченъ 1 разъ—Рахманиновъ. Онъ былъ одновременно съ одутловатостью лица въ послѣднемъ періодѣ острой лейкеміи.

Женскіе половые органы. Изъ 151 случая острой лейкеміи объ измѣненіи ихъ упоминается 4 раза—Immermann, Hirschlaff, Берстневъ, Denys. Процессы, протекавшіе въ нихъ, представляютъ частичное выраженіе геморрагическаго діатеза, т. е. кровотеченія.

Кровотеченіе изъ матки наблюдалось 2 раза—Immermann, Hirschlaff.

Больная перваго случая утратила свой цвѣтущій видъ, стала блѣдной и кромѣ того начала жаловаться на сильную усталость и разбитость. Черезъ недѣлю образовалась опухоль у праваго угла нижней челюсти. Черезъ 2 недѣли появилось обильное маточное кровотеченіе. Больная отъ слабости не могла выходить изъ дому и наконецъ слегла въ постель. Еще недѣлю спустя появились петехіи на туловищѣ и конечностяхъ.

Пациентка втораго случая съ момента заболѣванія чувствовала стѣсненное дыханіе и недостатокъ воздуха. При офтальмоскопированіи замѣчены кровоизліянія на днѣ глаза.

Отношеніе  $\frac{B}{K}=1:22$ .

Черезъ мѣсяцъ отъ начала заболѣванія у пациентки была общая слабость и недостаточная дѣятельность сердца. Кромѣ того она жаловалась на недостатокъ воздуха. Въ это время появились кровотеченія изъ матки, кровоизліянія въ кожѣ и въ сѣтчаткѣ. Больная черезъ 2 дня скончалась.

Такимъ образомъ кровотеченія изъ матки наблюдались въ од-

номъ случаѣ очень рано—Immermann и въ другомъ при концѣ острой лейкеміи—Hirschlaff.

Кровотеченіе изъ влагалища было 2 раза—Берестневъ, Denys.

Больная Берестнева замѣтила вначалѣ, что стала шире въ талии и кромѣ того появились блѣдность, слабость и по временамъ головокруженіе. Черезъ мѣсяцъ опухли лимфатическія железы въ различныхъ мѣстахъ. Черезъ 2 недѣли послѣдовало кровотеченіе изъ влагалища. Одновременно были новое кровотеченіе и кровоизліянія въ кожѣ.

Въ случаѣ Denys больная страдала желудочно-кишечнымъ расстройствомъ, а затѣмъ явилось сильное кровотеченіе изъ влагалища. Имъ начался геморрагическій діатезъ. На слѣдующій день начались петехіи на всемъ тѣлѣ.

Въ первомъ случаѣ кровотеченіе изъ влагалища развилось въ срединѣ хода болѣзни, а о второмъ нельзя сказать что либо определенное въ виду краткости сообщенія.

Увеличеніе лимфатическихъ железъ при острой лейкеміи изъ 151 случаевъ наблюдалось въ 93.—Friedreich, Immermann, Kelsch, Lauenstein, Ponfick, Fränkel, Gaucher, Wadham, Musser, Ebstein, Leyden, Westphal, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Nobl (1-е н.), Берестневъ, Ambros, Hintze, Askanazy, Selig, Fränkel, Müller, Goldschmidt, Theodor, Fränkel, Kauert, Bontor, Apert, O. Kose, Bradford и Shaw, Walz, Pollitzer, Reimann, Vyšin, Pineles, Hirschlaff, Рубинштейнъ, Gilbert и Weil, Brandenburg, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Dennig, Samman, Phear, Barlow, Своехотовъ, Mixa, Grawitz, Gren, Kübler, Stewart, Wende, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Red, Glinski, Parkes Weber, Kelly (1-е и 2-е н.), Millarde и Girode, Hirtz и Labbé, Hunter, Hirtz с. Delamore и Genevrier и Рахманиновъ. Не увеличены лимфатическія железы въ 8 случаяхъ, что подтверждено и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ—Litten, Zumpre, Leube и Fleischer, Senator, Michel-Dansac, Pollmann, Mc Crae, Michaelis. Не увеличены лишь клинически, т. е. безъ патолого-анатомической провѣрки—5 разъ—Billings и Caps, Kelly (1-е и 2-е н.), Dods Brown, Körnöszi.

Не указано на измѣненія лимфатическихъ железъ въ 38 случаяхъ.

Fränkel обратилъ вниманіе на то, что опуханіе железъ не рѣдко кажется слабо выраженнымъ, но при вскрытіи всегда было

находимо иногда даже несравненно больше, чѣмъ можно ожидать было на основаніи прижизненныхъ явленій. Эта мысль подтверждается 7 случаями.

Клинически „лимфатическія железы нигдѣ неизмѣнены“. Патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ открывалось опуханіе одной или нѣсколькихъ группъ—Waldstein, Masius и Francotte, Guttman, Eichhorst, Guinon et Jolly, Besançon и Clerc, а также и описываемый мной случай.

Что касается отдѣльныхъ группъ, то по частотѣ измѣненія, онѣ могутъ быть расположены въ слѣдующемъ порядкѣ:

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Шейныя лимфатическія железы | 41 разъ |
| Паховыя                     | 37 „    |
| Подчелюстныя                | 31 „    |
| Подмышечныя                 | 30 „    |
| Затылочные                  | 7 „     |
| Локтевыя                    | 7 „     |
| Подъязычныя                 | 3 раза  |
| Бедряныя                    | 2 „     |
| Впереди уха                 | 1 „     |
| Подъязычныя                 | 1 „     |

Изъ 93 случаевъ увеличенія лимфатическихъ железъ въ 8 не обозначены измѣненные группы.

Увеличеніе лимфатическихъ железъ встрѣчается различное. Отдѣльныя железы достигаютъ величины горошины—Müller, Brandenburg, Green, Янушкевичъ, отъ горошины до кедроваго орѣха—Müller (3-е н.), до боба—Müller 2-е н., Brandenburg, до лѣснаго орѣха—Pollitzer, Reimann, съ бобъ—Parreinheim, или же съ лѣсной орѣхъ—Askanazy, Apert, Reimann, съ грецкій орѣхъ—О. Косе, миндалину—Янушкевичъ, наконецъ, съ голубиное яйцо—Immermann, Fränkel, Образцовъ (1-ен.), Hinterberger, Bradford и Shaw (4-е н.).

Также колеблются въ величинѣ и пакеты лимфатическихъ железъ. Они наблюдаются съ голубиное яйцо—Kauert или бывають по куриному яйцу—Müller (3-е н.), Wende. По-видимому, въ видѣ исключенія попадаютъ пакеты величиной съ маленькую ладонь—Kauert или съ гусиное яйцо—Hunter<sup>1)</sup>.

Обычно увеличенныя железы плотны—Hintze, Kauert, О. Косе, Bratford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Phear,

<sup>1)</sup> Подъ мышками.

Петровъ, Kübler; но могутъ быть и мягкія—Bradford и Shaw (4-е).

При пальпаціи лимфатическія железы представляются совершенно обособленными другъ отъ друга, никогда не сливаются въ одну общую массу—Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Phear.

Кожа надъ ними вполне подвижна, не срослена—Brandenburg, Hunter.

Давленіе въ однихъ случаяхъ совершенно безболѣзненно—Ambros, Pollitzer, Green, Kübler, Hirtz с. Delamore et Genevrier, въ другихъ вызываетъ болѣзненное ощущеніе—Kelsch, Ponfick, Kauert, O. Kose и Brandenburg.

Опуханіе лимфатическихъ железъ можетъ возникать въ различные періоды хода острой лейкеміи. При началѣ ея: Kelsch, Musser, Müller (3-е н.), Apert, Vyšin, Рубинштейнъ, Brandenburg, Wende, Hirschfeld и Alexander, Kelly (3-е н.). Или въ срединѣ—Ebstein, Leyden, Westphal, Nobl (1-е н.), Берестневъ, Ambros, Seelig, Müller (1-е и 2-е н.), Goldschmidt, Theodor, Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Politzer, Vyšin (2-е н.), Pineles, Gilbert и Weil (1-е и 2-е н.), Pappenheim, Phear, Green, Wende, Hirschfeld и Alexander, Hunter, Parkes Weber. И наконецъ, даже при исходѣ ея—Ponfick, Askanazy.

Въ теченіе острой лейкеміи можетъ быть и уменьшеніе уже опухшихъ лимфатическихъ железъ. Впрочемъ, оно наступаетъ большею частью не задолго до конца болѣзни—за три недѣли до смерти—Hintze, за 3 дня—Wende и за день—Reimann.

Нервная система. Участіе ея при острой лейкеміи выразилось въ однихъ случаяхъ головными болями, головокруженіемъ, сердцебиеніемъ, въ другихъ неожиданно наступавшей потерей сознанія и апоплектическими явленіями.

Головная боль изъ 151 случая острой лейкеміи составляла предметъ жалобы больныхъ 30 разъ—Kelsch, Küssner, Litten, Leube и Fleischer, Waldstein, Masius и Francotte, Ebstein, Leyden, Westphal, Ambros, Greene, Michel-Dansac, Litten, Seelig, Müller (1-е н.), Theodor, Bradford и Shaw (1-е и 3-е н.), Pollitzer, Reimann, Vyšin (2-е н.), Pineles, Gilbert и Weil (3-е н.), Brandenburg, Phear, Петровъ, Kübler, Parkes Weber, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ.

Головные боли обычно были безъ опредѣленной локализациіи. У больного только Ebstein'a онѣ возникали въ затылкѣ и отсюда распространялись на переднюю часть головы.



Отличались иногда упорствомъ—Leyden. Крайне беспокоили больныхъ. Въ случаѣ Pineles больная жаловалась еще за 4 дня до поступленія въ больницу на сильную головную боль. День спустя она много плакала, до чего доводила ее та же „тупая головная боль“.

Головные боли развивались въ различные періоды острой лейкеміи, но преимущественно въ началѣ болѣзни—Küssner, Litten, Leube и Fleischer, Waldstein, Leyden, Westphal, Ambros, Greene, Michel-Dansac, Seelig, Bradford и Shaw (1-е н.), Pollitzer, Vyšin (2-е н.), Pineles, Gilbert и Weil (3-е н.), Brandenburg, Phear, Петровъ, Kübler, Parkes Weber, Hirtz и Labbé, Рахманиновъ, очень рѣдко въ срединѣ—Kelsch, Bradford и Shaw (3-е н.) и нѣсколько чаще въ концѣ—Litten, Masius и Francotte, Ebstein, Müller (1-е н.), Theodor и Reimann.

Головокруженія наблюдались 10 разъ—Leube и Fleischer, Waldstein, Leyden, Westphal, Берестневъ, Ambros, Greene, Fränkel, Kübler, Янушкевичъ. Головокруженія беспокоили больныхъ временами,—Берестневъ, при хожденіи—Leube и Fleischer. Иногда они были такъ мучительны, что больной ихъ ощущалъ при каждой попыткѣ встать на ноги—Leyden. Приступы головокруженія во всѣхъ случаяхъ были въ началѣ болѣзни.

У нѣкоторыхъ больныхъ головные боли и головокруженія обпаруживались одновременно—Leube и Fleischer, Waldstein, Leyden, Westphal, Ambros, Küber.

Апоплектические приступы отмѣчены 9 разъ—Lauenstein, Fränkel, Guttman, Nobl (1-е н.), Fränkel, Müller (3-е н.), Millard и Girode, van Rensselaer.

Развитіе апоплектическихъ приступовъ различное.

а) Этапный ходъ—Fränkel, Müller (3-е н.), Millard и Girode.

У больного, описываемаго Fränkel'емъ, представлявшего полную картину острой лейкеміи—повторныя носовыя кровотеченія, опуханіе лимфатическихъ железъ, повышенную чувствительность грудины, 27 апрѣля обнаружилась потеря движенія лѣваго плеча и парезъ n. facialis. Нога еще обладала движеніемъ. На слѣдующее утро и лѣвая нога была парализована. Дыханіе стало затрудненнымъ. Больной впалъ въ коматозное состояніе и 5 мая скончался.

Въ случаѣ Müller'a (3-е н.) у малютки, болѣвшаго около 2-хъ мѣсяцевъ—имѣвшаго по обѣимъ сторонамъ шеи пахоты лимфатическихъ железъ по куриному яйцу, селезенку, занимавшую

почти всю лѣвую половину живота и геморрагіи, разсѣянные по всему тѣлу, 8/VI появился рядъ нервныхъ разстройствъ. Такъ малютка, повидимому, не видитъ. Вечеромъ были замѣтны судороги въ челюстяхъ и подергиванія въ лѣвой половинѣ тѣла. Правая сторона тѣла была какъ бы парализована. На другой день судороги и смерть.

Пациентка Millard и Girode, по прошествіи 6 недѣль болѣзни, характеризовавшейся сильнымъ измѣненіемъ десенъ, носовыми кровотечениями, петехіями, увеличеніемъ лимфатическихъ железъ, обнаружила замѣтное ухудшеніе. Сознаніе стало не яснымъ. Появились паретическія явленія на правой половинѣ тѣла. На другой день у нея была полная правосторонняя гемиплегія. Больная впала въ полукоматозное состояніе и на слѣдующій день къ вечеру скончалась.

b) Потеря сознанія и гемиплегія—Lauenstein, Guttman, Fränkel.

Въ первомъ случаѣ больной, чувствовавшій себя нездоровымъ уже три недѣли, отправился въ госпиталь. Самъ сошелъ съ лѣстницы на извозчика и при прощаніи высказалъ надежду на скорое выздоровленіе и возвращеніе назадъ. Дорогой съ нимъ сдѣлался приступъ апоплексіи. При осмотрѣ въ больницѣ онъ найденъ въ сопорозномъ состояніи. Языкъ отклоняется вправо. Пациентъ не можетъ двигать правымъ плечемъ. Правая нога замѣтно слабѣе лѣвой. Рѣчь невнятная. На слѣдующій день сознаніе нѣсколько прояснилось. Глотаніе очень затруднено. Въ ночь больной умеръ.

Во второмъ случаѣ болѣзнь началась у мальчика гематуріей. Одновременно на тѣлѣ замѣчены темносинія пятна. На слѣдующій день явилось носовое кровотеченіе и изъ полости рта. Черезъ день мальчикъ потерялъ сознаніе и у него обнаруженъ правосторонній параличъ.

Въ эту же рубрику, повидимому, можно отнести и случаи Fränkel'я.

У одного больного незадолго до смерти былъ hemiparesis sinistra.

Второй больной пробылъ въ больницѣ только 48 часовъ. При поступленіи у него не было никакихъ явленій со стороны нервной системы. На слѣдующій день онъ впалъ въ безсознательное состояніе, въ которомъ и скончался.

c) Внезапная смерть—Nobl (1-е п.), van Rensselaer.

Въ случаѣ Nobl'я больная заболѣла сначала какъ бы острою инфекціонною болѣзью. У нея повысилась  $t^0$ , появились кровоиз-

ліянія въ кожѣ и язвенный стоматитъ. Черезъ 10 дней отъ начала болѣзни наступила внезапно смерть.

Больной, въ случаѣ van Rensselaer'a, имѣвшій увеличеніе селезенки, чувствительность длинныхъ костей, приапизмъ, скончался также внезапно отъ кровоизліянія въ мозгъ.

Изъ всѣхъ 9 случаевъ апоплексіи наблюдались:

Правосторонняя гемиплегія 4 раза—Lauenstein, Guttmann, Müller, Millard и Girode. Лѣвосторонняя гемиплегія 1 разъ—Fränkel. Лѣвосторонній полупараличъ 1 разъ—Fränkel.

Параличъ периферическихъ нервовъ занесенъ 1 разъ—Fränkel.

Заболѣваніе острой лейкеміей выразилось колющемъ въ лѣвомъ боку, затрудненнымъ дыханіемъ и головокруженіемъ. Врачъ, при осмотрѣ больного, нашелъ у него параличъ n. facialis dextrī. При поступленіи больного въ клинику, по истеченіи 6 недѣль со времени заболѣванія, параличъ n. facialis dextrī еще былъ замѣтенъ и кромѣ того при изслѣдованіи открытъ параличъ 2-й и 3-й вѣтв. n. trigemini.

Глазъ изъ 151 случая острой лейкеміи принималъ участіе 42 раза—Immermann, Kelsch, Lauenstein, Litten, Waldstein, Wadham, Ebstein, Westphal, Образцовъ (1-е н.), Hinterberger, Ambros, Greene, Litten, Askanaazy, Seelig, Fränkel, Müller (3-е н.), Bradford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Vyšin (1-е н.), Körmöczi, Gilbert и Weil (1-е н.), Brandenburg, Pappenheim, Mixa, Grawitz (2-е н.), Kübler, Wende, Hirschfeld и Alexander, Michaelis, Янушкевичъ, Glinski, Varié et Salmon, Savory. Измѣненія касались вѣка и глазного яблока.

Вѣки. Болѣзненные расстройства зависѣли отъ нарушенія кровообращенія.

Одутловатость наблюдалась 1 разъ—Brandenburg. У больной, страдавшей колющими болями въ лѣвомъ боку, опуханіемъ лимфатическихъ железъ, рыхлостью десенъ, была одутловатость нижнихъ вѣкъ. Кромѣ того имѣлась блѣдность кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, а также одутловатость лица. Это измѣненіе возникло чрезъ мѣсяцъ послѣ начала острой лейкеміи.

Отекъ замѣченъ 3 раза—Seelig, Müller (3-е н.), Bradford и Shaw (3-е н.).

У больного Seelig'a была блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, опухоль и кровоточивость десенъ. Лицо и вѣки пациента представлялись нѣсколько отечными.

Во второмъ случаѣ измѣненіями, характеризовавшими острую лейкемію, служили, какъ уже раньше указано, опуханіе лимфатическихъ железъ, селезенки и геморрагіи кожи. Лицо и вѣки также нѣсколько отечны.

Наконецъ, у послѣдняго больного, гдѣ острая лейкемія выражалась опухолью лимфатическихъ железъ, геморрагіями, опуханіемъ твердаго неба, отекъ начался съ лица. Лѣвое вѣко было отеочно.

Отекъ вѣкъ наступалъ въ срединѣ острой лейкеміи—Bradford и Shaw (3-е н.), а также и въ концѣ ея—Seelig и Müller (3-е н.).

Кровоизліянія были 3 раза—Müller, Vyšín (1-е н.), Wende. Они располагались въ толщѣ вѣкъ, т. е. подкожной клетчаткѣ и были множественныя. У больного Müller'a кровоизліянія имѣли видъ плотныхъ узловъ, величиной до лѣсного орѣха, синевато или темнобагрового цвѣта.

Въ случаѣ Vyšín'a кровоизліянія ограничивались верхнимъ правымъ вѣкомъ, а въ прочихъ занимали оба вѣка обоихъ глазъ.

Во всѣхъ случаяхъ они появлялись за самое короткое время до смерти, за 3 дня—Wende и за 2 дня—Müller, Vyšín.

Соединительная оболочка вѣкъ и глазного яблока, какъ тонкая прозрачная пластинка, особенно рѣзко выражала всѣ разстройства кровообращенія.

Запустѣніе сосудовъ—анемія, какъ видно изъ отдѣльныхъ сообщеній, обращала на себя вниманіе. Недостатокъ кровонаполненія различно обозначался, такъ что составляетъ цѣлая гамма анемии. Соединительная оболочка „нѣсколько блѣднѣе нормальной“—Gilbert и Veil (1-е н.), „блѣдна“—Pollitzer, Pappenheim, „сильно блѣдна“—Brandenburg и „восковидно блѣдна“—Kübler.

Кромѣ блѣдности были и другія измѣненія. Гиперемія отмѣчена 1 разъ—Bradford и Shaw (3-е н.).

У больного, представлявшаго уже описанную набухлость вѣкъ, выглядѣвшаго крайне блѣднымъ и болѣзненнымъ, соединительная оболочка была гиперемирована. Это измѣненіе падаетъ на послѣдній періодъ острой лейкеміи.

Кровоизліянія наблюдались 6 разъ—Ebstein, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Bradford и Shaw (3-е н.), Янушкевичъ.

Они встрѣчаются одиночныя—Образцовъ, (2-е н.), Янушкевичъ и множественныя—Ebstein, Образцовъ (1-е н.), Hinterberger.

Величина ихъ различная: мелкія—съ булавочную головку—Янушкевичъ или болѣе крупныя—Hinterberger.

На обоихъ глазахъ кровоизліянія были 3 раза—Ebstein, Образцовъ (1-е н.), Hinterberger, на соединительной оболочкѣ праваго глаза—2 раза—Образцовъ (2-е н.), Янушкевичъ и лѣваго глаза 1 разъ—Bradford и Shaw (3-е н.). Въ случаѣ Hinterberger'a кровоизліянія были повторныя. Въ первый разъ они появились за 2 дня до смерти и затѣмъ въ день смерти.

Кровоизліянія встрѣчались въ срединѣ хода острой лейкеміи,—Образцовъ (1-е н.) и главнымъ образомъ подъ конецъ ея—Ebstein, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Bradford и Shaw (3-е н.), Янушкевичъ.

Заворотъ вѣкъ отмѣченъ 1 разъ—Hirschfeld и Alexander. Правое нижнее вѣко вслѣдствіе усилившагося отека щеки измѣнило свое положеніе. Заворотъ произошелъ у больного незадолго до смерти.

Свѣтоощущающій аппаратъ. Жалобы со стороны больныхъ на измѣненіе зрѣнія раздавались 7 разъ—Kelsch, Hinterberger, Ambros, Greene, Янушкевичъ, Barié et Salmon, Müller, (3-е н.). Онѣ занесены различно въ діаріи: „ослабленіе“ зрѣнія—Kelsch, Ambros, „пониженіе“ зрѣнія—Hinterberger, упадокъ остроты зрѣнія, — „туманъ въ глазахъ“—Barié et Salmon. Это пониженіе доходило до полной потери. „Повидимому, малютка не видитъ“—Müller (3-е н.). Больной Янушкевича заявляетъ, что „ничего не видитъ“.

Такия заявленія выслушивались въ началѣ острой лейкеміи—Ambros, въ срединѣ—Kelsch, Greene и въ концѣ ея—Hinterberger, Янушкевичъ, Barié и Salmon.

Въ одномъ случаѣ оно имѣло преходящій характеръ. Тотъ же больной Янушкевича на другой день сообщилъ, что онъ видитъ.

Офтальмоскопическимъ изслѣдованіемъ въ сѣтчатѣ открывался цѣлый рядъ измѣненій. Превалировали разстройства, связанныя съ нарушеніемъ кровообращенія.

Застойный сосокъ упоминается 2 раза—Hirschfeld и Alexander, Waldstein. У больного Hirschfeld и Alexander'a, отличавшагося рѣзкой блѣдностью кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, имѣвшаго опуханіе лѣвой миндалины, при изслѣдованіи глазного дна найдено, что papillae съ обѣихъ сторонъ не рѣзко очерчены. Вены растянуты. Черезъ  $\frac{1}{2}$  мѣсяца картина глазного дна стала еще болѣе выраженной. Границы зрительныхъ сосочковъ не ясны; самые сосочки мутны. Артеріи слабо наполнены кровью. Вены растянуты, извилисты.

У второго больного та же офтальмоскопическая картина. Вены нѣсколько растануты, сосочки мутны, припухли. Вскорѣ послѣ поступленія пациента въ клинику, состояніе глазного дна стало хуже.

Застойный сосокъ наблюдался въ срединѣ теченія острой лейкеміи и усиливался съ дальнѣйшимъ развитіемъ ея—Waldstein, и особенно рѣзки измѣненія подѣ конецъ болѣзни—Hirschfeld и Alexander, Waldstein.

Кровоистеченія въ сѣтчаткѣ установлены 29 разъ—Immermann, Lauenstein, Litten, Waldstein, Wadham, Ebstein, Westphal, Hinterberger, Litten, Fränkel, Pollitzer, Körmöczi, Brandenburg, Pappenheim, Miha, Michaelis, Wende, Hirschfeld и Alexander, Grawitz (2-е н.), Savory.

Можетъ быть они встрѣчаются и чаще, если бы клиническія свѣдѣнія были бы полнѣе и изслѣдованія больныхъ велись разностороннѣе. Отсутствие измѣненій въ свѣтоощущеніи—Litten, служатъ обстоятельствомъ, что измѣненія сѣтчатки просматриваются и иногда лишь случайно открываются на секціонномъ столѣ—Lauenstein, Wadham, Askanazy, Körmöczi.

Кровоизліянія наблюдаются одиночныя—Hinterberger, Miha, или въ небольшомъ числѣ—два—Michaelis, нѣсколько—Waldstein, или же множественныя—Lauenstein, Litten, Askanazy, и даже многочисленныя—Immermann, Wadham, Pappenheim, Savory. Иногда такъ много кровоизліяній въ сѣтчаткѣ, что она кажется „словно обрызганной кистью, обмакнутой въ крови“,—Litten.

Распредѣляются кровоизліянія различно: возлѣ сосудовъ—Brandenburg, въ области maculae luteae—Hinterberger, или по всей сѣтчаткѣ—Immermann, Litten, Pappenheim, и др.

Форма можетъ быть круглая—Hinterberger, въ видѣ полосъ—Waldstein, крапинъ—Litten, полулуныя—Hinterberger.

Цвѣтъ ихъ темнокрасный—Hinterberger, сѣровато-красный—Lauenstein, центръ кровоизліяній иногда свѣтло-желтый—Hinterberger или въ видѣ бѣловатыхъ точекъ—Askanazy.

Величина различная. Наблюдаются мелкія кровоизліянія—Westphal, Pollitzer, Brandenburg, точечныя—Askanazy и болѣе крупныя, въ видѣ пятенъ—Litten, даже величиной со зрительной сосокъ—Miha.

Съ постепеннымъ ходомъ процесса могутъ возникать новыя кровотеченія. Такъ въ случаѣ Hinterberger'a при первомъ

осмотрѣ глазъ 13/1 найдено одно только кровоизліяніе. Оно было полулунной формы и располагалось на днѣ глаза (лѣваго) снаружн соска. При повторномъ офтальмоскопированіи, произведенномъ чрезъ 2 дня, найдены кровоизліянія въ обѣихъ сѣтчаткахъ.

Кровоизліянія встрѣчаются главнымъ образомъ одновременно на обоихъ сторонахъ — Lauenstein, Litten, Waldstein, Wadham, Westphal, Ebstein, Hinterberger, Litten, Askanazy, Pollitzer, Kőrmőczi, Brandenburg, Pappenheim, Wende, Hirschfeld и Alexander, Grawitz, Savory.

Въ одномъ правомъ глазѣ они наблюдались 2 раза — Immermann, Micha, и въ одномъ лишь лѣвомъ глазѣ 1 разъ — Michaelis.

Кровоизліянія появлялись въ различные періоды — въ срединѣ хода острой лейкеміи — Waldstein, Hirschfeld и Alexander, Wende и въ концѣ ея — Ebstein, Westphal, Hinterberger, Pollitzer, Brandenburg, Pappenheim, Micha, Grawitz, Savory.

Воспаленіе сѣтчатки — Retinitis leucaemica было 5 разъ — Kelsch, Waldstein, Litten Askanazy, Hirschfeld и Alexander. Измѣненіе происходило въ обѣихъ сѣтчаткахъ и выражалось субъективно ослабленіемъ зрѣнія.

Больной Kelsch'a 9/III, чрезъ 3 недѣли отъ начала заболѣванія, обнаружилъ ослабленіе зрѣнія. 16/III зрѣніе стало еще хуже. 23/III констатированъ „retinite leucémique“.

При офтальмоскопированіи глазного дна усматриваются разсѣянные, блѣдные, бѣловатыя, лишенные блеска пятна — Waldstein, очаги — Hirschfeld и Alexander, или бѣлыя бляшки — Litten. Форма ихъ неправильная — Waldstein. Величина умѣренная — Hirschfeld и Alexander. Границы сосочковъ неясны — Hirschfeld и Alexander. Въ сѣтчаткѣ кровоизліянія.

Retinitis leucaemica наблюдается въ срединѣ острой лейкеміи — Kelsch, Waldstein, Hirschfeld и Alexander, а также и подъ конецъ ея — Litten, Askanazy.

Exophthalmus встрѣтился 2 раза — Vyšin (1-е п.), Glinski.

Въ первомъ случаѣ заболѣваніе началось носовымъ кровотеченіемъ и повидимому кровавымъ стуломъ. Затѣмъ присоединились: кровоизліянія на различныхъ мѣстахъ тѣла, отеки лица, болѣзненность десенъ и увеличеніе подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ.

При осмотрѣ больного чрезъ 4 недѣли послѣ начала болѣзни обнаружено вытягиваніе resp. перемѣщеніе впередъ глазныхъ яблокъ.

У пациента Glinsk'аго замѣчено было слезотеченіе и склеиваніе вѣкъ. Черезъ нѣсколько недѣль появился exophthalmus.

Степень выпячиванія глазныхъ яблокъ въ обоихъ случаяхъ умѣренная. У мальчика—больного Glinsk'аго съ дальнѣйшимъ развитіемъ болѣзни ахophthalmus усиливался.

Exophthalmus развился въ срединѣ полного развитія болѣзни—Vyšin (1-е н.), Glinski.

Органъ слуха изъ 151 случая острой лейкеміи былъ затронутъ 7 разъ—Kelsch, Litten, Образцовъ, (1-е н.), Kauert, O. Kose, Wende. Измѣненія частью функціональныя, частью органическія.

Тугой слухъ встрѣтился 2 раза—Kelsch, Kauert.

У больного Kelsch'a, представлявшаго полную картину острой лейкеміи: повышеніе  $t^0$ , кровоизліянія на кождѣ, опуханіе и кровоточивость десенъ, кровотеченіе изъ мочевыхъ путей, замѣчено расстройство слуха. Въ исторіи болѣзни оно охарактеризовано кратко: „слухъ сталъ туго“.

Въ случаѣ Kauert'a у больного были на лицо всѣ признаки острой лейкеміи: геморрагическій діатезъ, опуханіе лимфатическихъ железъ, опуханіе и распаденіе десенъ и лимфомы кожи.

Относительно слуха значитъ, что онъ „сталъ тупѣ“. Съ больнымъ нужно очень громко разговаривать, чтобы онъ понялъ.

У перваго больного нарушеніе въ отправленіи органа слуха появилось въ срединѣ острой лейкеміи, а у втораго—при концѣ ея.

Глухота развилась въ теченіе острой лейкеміи 1 разъ—Wende. У больного съ сильно выраженнымъ геморрагическимъ діатезомъ, опухолью лимфатическихъ железъ, значительнымъ измѣненіемъ десенъ, за 8 дней до смерти замѣчена глухота на лѣвое ухо, сопровождается шумомъ и звономъ. Wende ставитъ ее въ зависимость отъ кровоизліянія въ meatus и cavum tympani.

Нагноеніе въ ухѣ—было 2 раза—Образцовъ (1-е н.), O. Kose.

Оба больные представляли типическую картину острой лейкеміи: носовыя кровотеченія—Образцовъ, кровоизліянія кожи—Образцовъ, O. Kose, опуханіе лимфатическихъ железъ и десенъ, а также кровоточивость послѣднихъ—O. Kose.

Въ случаѣ Образцова нагноеніе наступило за 13 дней до смерти, и O. Kose за 7 дней. У перваго больного гнойное выдѣленіе шло изъ праваго уха, а у втораго изъ лѣваго.

Кровянистое истеченіе изъ уха приводится 2 раза—Litten, Hintze. Болѣзнь въ первомъ случаѣ сопровождалась



очень быстрымъ теченіемъ и характеризовалась рѣзко выраженнымъ геморрагическимъ діатезомъ. Изъ ушей „шло сукровичное отдѣленіе“.

У больного Hintze также рѣзко выраженный геморрагическій діатезъ. Слизистая оболочка рта и зѣва какъ при скорбутѣ. Передніе зубы частью выпали. Otitis externa. Ослабленіе слуха. Позднѣе явилось „обильное кровянистое истеченіе“ изъ уха. Litten, повидимому, склоненъ связать кровянистое истеченіе съ преждебывшей инфлюэнціей.

Костная система со времени изслѣдованій Neumann'a останавливаетъ на себѣ вниманіе большинства врачей. И въ рядѣ описаній острой лейкеміи указывается, что въ томъ или другомъ случаѣ кости вообще не болѣзненны—Eichhorst, Litten, Theodor, Klein (1-е н.), Bradford и Shaw (1-е н.), Savory, или опредѣленные кости, напр.: грудина—Senator, Seelig, Kauert, Brandenburg, Wende, Walz, Pollitzer, или грудина и трубчатые кости—Zumpe. Съ другой стороны нѣтъ недостатка въ наблюденіяхъ и обратнаго характера.

Болѣзненность костей изъ 151 случая острой лейкеміи замѣчена 20 разъ—Immermann, Fränkel, Waldstein, Westphal, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Ambros, Litten, Fränkel, van Rensselaer, Reimann, Vyšín (1-е н.), Своехотовъ, Stepán, Kübler, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Osswald.

Она наблюдалась во всѣхъ костяхъ—Litten, или только въ длинныхъ—von Rensselaer, или въ нѣсколькихъ: лобной, челюстѣ, грудинѣ и обѣихъ бедренныхъ—Vyšín. Чаше всего чувствительность замѣчается въ одной только грудинѣ, рѣже въ грудинѣ, рѣже въ грудинѣ и одновременно въ рядѣ другихъ костей. Во всей грудинѣ ее описываютъ—Fränkel, Образцовъ (2-е н.), Ambros, Seelig, Fränkel, Reimann, Vyšín (2-е н.), Своехотовъ, Янушкевичъ, Hinterberger, въ среднемъ или нижнемъ ея отдѣлахъ—Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Osswald.

Въ грудинѣ и ребрахъ—Immermann, Waldstein, Образцовъ (1-е н.), Своехотовъ. Въ грудинѣ и длинныхъ костяхъ—Kübler. Въ грудинѣ и лѣвой малоберцовой кости—Fränkel. Наконецъ въ одномъ случаѣ была болѣзненность только большеберцовыхъ костей—Stepán.

Болѣзненность костей обнаруживалась при перкуссіи—Immermann, Fränkel, Waldstein, Vyšín (1-е н.), Stepán, Hirschfeld и Alexander, или при давленіи на ко-

сти—Westphal, Fränkel, Образцовъ (1-е н.), Hinterberger, Ambros, Litten, Reimann, Своехотовъ, Kübler, Янушкевичъ.

Болѣзненность костей различная. Обыкновенно она опредѣляется выраженіемъ: при давленіи или перкуссіи кости чувствительны—Westphal, van Rensselaer, Образцовъ (1-е и 2-е н.), или „болѣзненны“ — Fränkel, Waldstein, Ambros, Vyšin, Sterán, Kübler, Hirschfeld и Alexander, и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣчается степень ея: „чувствительность повышенная“—Fränkel, или кости „умѣренно“ болѣзненны—Hinterberger и наконецъ, „очень болѣзненны“—Reimann.

Болѣзненность костей иногда доходить до крайней степени. Больной Litten'a, находившійся въ забытіи, „при надавленіи на кости сильно вздрагивалъ“. Чувствительность въ костяхъ возникаетъ не сразу на всей кости, но въ опредѣленныхъ мѣстахъ и постепенно охватываетъ всю кость.

У больного Янушкевича 26/v болѣзненность грудины чувствовалась особенно въ мѣстѣ прикрѣпленія 3, 4, 5 реберъ, а 6/v уже вся грудина была крайне болѣзненна. И степень болѣзненности въ дальнѣйшемъ можетъ усиливаться.

Въ случаѣ Reimann'a 8/vii „грудина была очень болѣзненная“, а 9/vii „грудина при давленіи еще болѣзненнѣе“.

Заболѣваніе костей наблюдалось частью въ срединѣ острой лейкеміи—Fränkel, van Rensselaer, Waldstein, Ambros, Hirschfeld и Alexander, Osswald, а главнымъ образомъ въ концѣ ея—Westphal, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Litten, Reimann, Vyšin (1-е н.), Своехотовъ, Sterán, Kübler, Янушкевичъ.

Температура изъ 151 случая острой лейкеміи въ 82 была повышена—Immermann, Kelsch, Lauenstein, Küssner, Ponfick, Zumpe, Leube и Fleischer, Gaucher, Waldstein, Masius и Francotte, Wagner, Gaucher, Musser, Ebstein, Leyden, Westphal, Senator, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Eichhorst, Nobl (1-е н.), Ambros, Michel-Dansac, Askanazy, Seelig, Hindenburg, Fränkel, Müller (1, 2, 3-е н.), Goldschmidt, Teodor, Fränkel, Kauert, Bontor, O. Kose, Bradford и Shaw (1, 2, 3, 5 н.), Pollmann, Pollitzer, Reimann, Besançon и Clerk, Vyšin (1-е н.), Pineles, Hirschlaff, Рубинштейнъ, Gilbert и Weil (1, 2, 3-е н.), Brandenburg, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Phear, Своехотовъ, Петровъ,

Green, Stepán, Kübler, Wende, Hirschlaff и Alexander, Michaelis, Янушкевичъ, Glinski, Weber, Billings и Capps, Kelly (1—4), Gardavot, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz c. Delamore и Genevriér, Gilbert и Weil (1 и 2-е н.), Osswald, Savory, Klein (1-е н.), Рахманиновъ и описываемый случай.

Степень повышенія различная. Температура была „слабо повышена“—Billings и Capps, „повышена“—Eichhorst, Bontor, „лихорадочная“—Kelsch, „высокая“—Рубинштейнъ, „сильно повышена“—Vyšín (1-е н.).

Maximum утренней и вечерней температуръ въ отдѣльных случаяхъ острой лейкемии, видно изъ слѣдующей таблицы.

# Т Е М П Е Р А Т У Р А.

Утренняя.

Вечерняя.

| Градусы. | А в т о р ы.                                                         | Градусы | А в т о р ы.                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| 37       | Ebstein, Müller (1-е н.), Fränkel.                                   | 38      | Ebstein, Pappenheim, Своехотовъ.                        |
| 37.2     | Pineles, Phear.                                                      | 38.2    | Gilbert и Weil (2-е с. 2-е н.).                         |
| 37.4     | Образцовъ (2-е н.), Ambros, Hirschlaff.                              | 38.4    | Pineles.                                                |
| 37.5     | Hirschlaff.                                                          | 38.5    | Fränkel.                                                |
| 37.6     | Seelig, Müller (3-е н.).                                             | 38.8    | Образцовъ (2-е н.), Theodor, Phear.                     |
| 37.7     | Theodor.                                                             | 39      | Hindenburg.                                             |
| 37.8     | Mixa.                                                                | 39.2    | Lauenstein, Nobl (1-е н.).                              |
| 38       | Senator, Hinterberger, Nobl (1-е н.), Hindenburg, Pollitzer, Kübler. | 39.4    | Leyden, Müller (2-е н.).                                |
| 38.1     | Своехотовъ.                                                          | 39.5    | Goldschmidt, Hirschlaff, Hirtz c. Delamore и Genevriér. |
| 38.2     | Lauenstein, Besauçon и Clerc.                                        | 39.7    | Hinterberger.                                           |
|          |                                                                      | 39.8    | Bradford и Shaw (3-е н.), Mixa.                         |

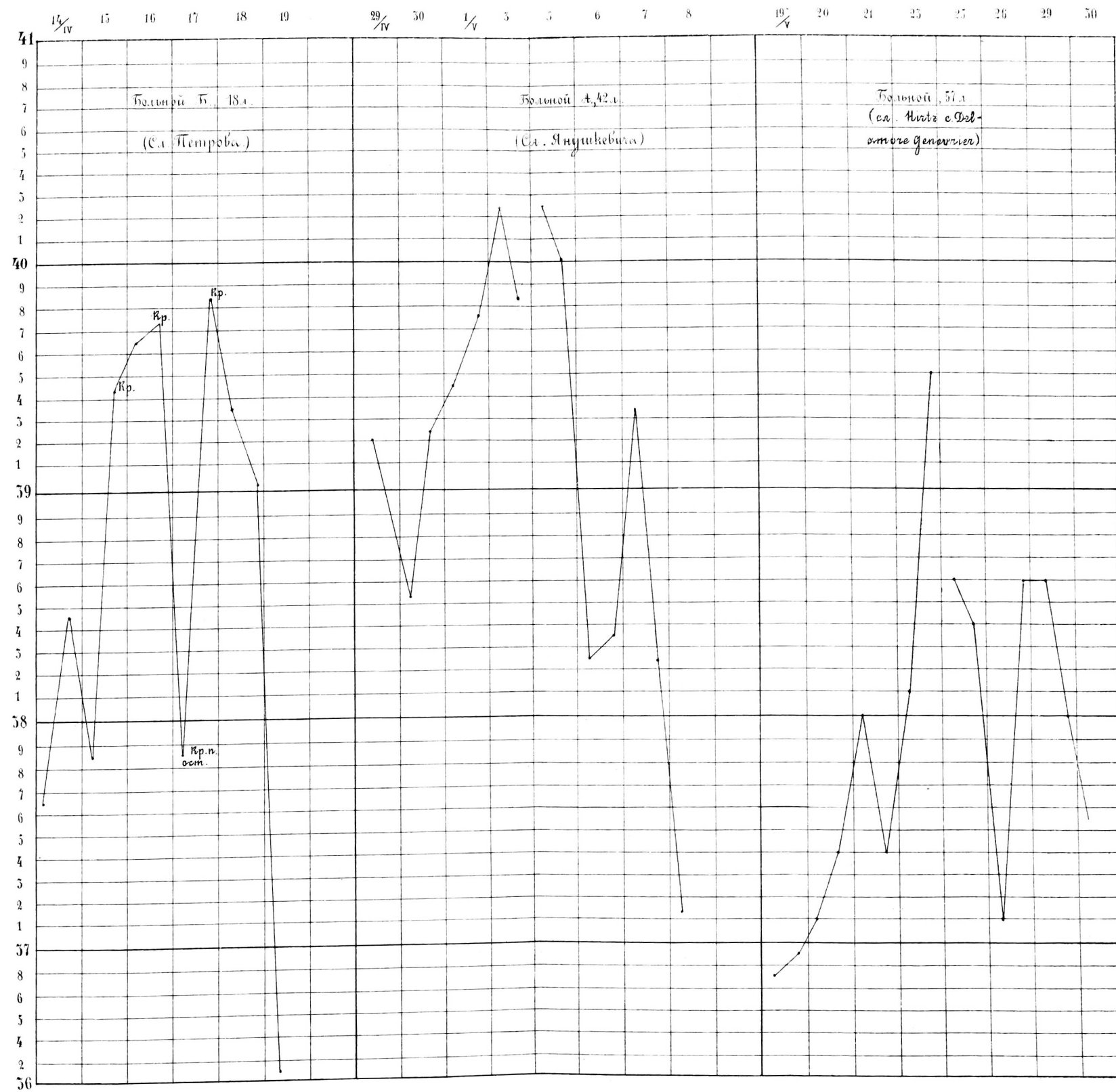
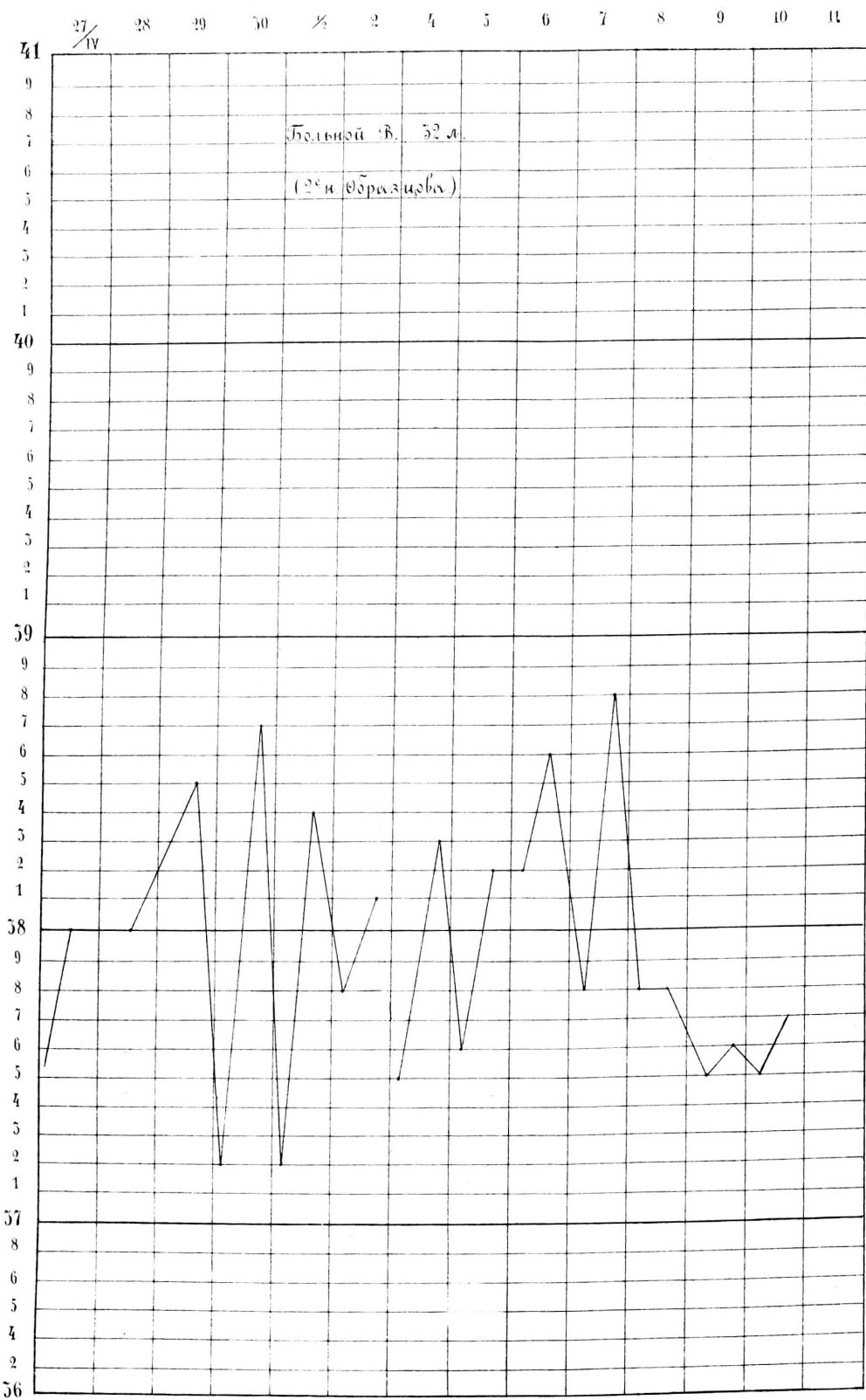
## Утренняя.

## Вечерняя.

| Градусы. | А в т о р ы.                                       | Градусы | А в т о р ы.                                                                        |
|----------|----------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 38.4     | Müller (2-е н.).                                   | 39.9    | Образцовъ (1-е н.).                                                                 |
| 38.5     | Goldschmidt, Янушкевичъ.                           | 40      | Senator, Michel - Dansac, Müller (1-е н.), Kauert, Reimann, Gilbert и Weil, Kübler. |
| 38.6     | Leyden.                                            |         |                                                                                     |
| 38.7     | Образцовъ (1-е н.)                                 | 40.2    | Pollitzer, Янушкевичъ.                                                              |
| 38.8     | Müller (3-е н.).                                   | 40.3    | Wagner.                                                                             |
| 39       | Wagner, Pollmann, Reimann, Gilbert и Weil (1-е н.) | 40.7    | Ambros.                                                                             |
| 39.2     | Michel-Dansac.                                     | 40.8    | Küssner.                                                                            |
| 39.5     | Kauert.                                            | 41      | Oulmont и Ramonde, Hirtz и Labbé.                                                   |
| 39.6     | Pappenheim.                                        | 41.2    | Besançon и Clerk.                                                                   |
| 39.7     | Seelig, Hirtz и Labbé.                             | 41.5    | Pollmann.                                                                           |
| 39.8     | Bradford и Shaw (3-е н.).                          | 42      | Wende.                                                                              |
| 40.5     | Küssner.                                           |         |                                                                                     |

Сравнивая кривыя  $t^0$  отдѣльныхъ больныхъ, насколько возможно ихъ составить, легко замѣтить, что типъ лихорадки при острой лейкеміи неправильный. Передъ нами кривыя послѣднихъ дней жизни больныхъ—Петрова, Янушкевича, Hirtz et Delamore и Genevriar, Образцова (2-е н.).  $T^0$  быстро при помощи утреннихъ ремиссій и вечернихъ повышеній поднимается до высшаго градуса, но не остается на этой высотѣ, а даетъ большія колебанія. Передъ смертью она быстро падаетъ—Петровъ, Янушкевичъ или постепенно—Образцовъ. Пониженія иногда могутъ быть очень значительныя—Gaucher, Waldstein (съ  $39.9^0$  до  $36^0$ ), Петровъ (до  $36^0$ ), Reimann (съ  $40^0$  до  $36,3^0$ ), Leyden до  $(35^0)$ .







Повышеніе  $t^0$  предъ смертію наблюдается очень рѣдко—Glaser, Mc Crae.

Повышеніе температуры встрѣчалось въ различные періоды острой лейкеміи. При началѣ: Kelsch, Küssner, Ponfick, Gaucher, Leyden, Senator, Образцовъ (2-е н.), Nobl (1-е н.), Hintze, Askanazy, O. Kose, Guinon и Jolly, Gilbert и Weil, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Phear, Петровъ, Kübler, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Billings и Carrs, Kelly (1-е и 2-е н.), Gilbert и Weil (1-е и 2-е н.), Рахманиновъ. Въ срединѣ острой лейкеміи: Waldstein, Ambros, Hindenburg, Reimann, Besançon и Clerc, Vyšin (1-е н.), Körmöczi, Mc Crae, Brandenburg, Green, Klein, (1-е н.). При концѣ болѣзни: Lauenstein, Zumpfe, Wadham, Masius и Francotte, Wagner, Glaser, Ebstein, Michel-Dansac, Seelig, Müller (3-е н.), Fränkel, Bradford и Shaw (4-е н.), Pollmann, Pollitzer, Pineles, Hirschlaff, Рубинштейнъ, Wende, Michaelis, Phear, Своехотовъ, Mixa, Glinski, Weber, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz et Delamore и Genevrier, Osswald и Savory.

Неправильный типъ лихорадки выдвигаетъ вопросъ: составляетъ ли лихорадка одинъ изъ симптомовъ острой лейкеміи? Если мы обратимся къ собраннымъ изъ литературы случаямъ, то имѣемъ рядъ наблюдений, въ которыхъ теченіе острой лейкеміи было совершенно безлихорадочное, т. е.  $t^0$  тѣла все время была нормальная—Friedreich, Litten, Fränkel, Guttman, Берестневъ, Steràn, Türk. Съ другой стороны повышеніе  $t^0$  не приурочено къ опредѣленному періоду острой лейкеміи. Оно можетъ быть въ началѣ, въ срединѣ и предъ развязкой болѣзни. Если взглянуть въ случаи, въ которыхъ было повышеніе  $t^0$ , то въ громадномъ числѣ наблюдений замѣчается сопутствующее заболѣваніе, которое уже само по себѣ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ.

Такъ въ первой рубрикѣ случаевъ острой лейкеміи мы встрѣчаемъ: ангину—Ponfick и Gilbert, Weil, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Kübler, Янушкевичъ, Kelly, Phar, язвенный стоматитъ—Nobl, опуханіе десенъ—Askanazy, O. Kose, изъязвленіе полости рта—Hirschfeld и Alexander, Billings и Carrs, послѣ родово́й сепсисъ—Kelly (2-е н.).

Въ случаяхъ, въ которыхъ повышеніе  $t^0$  присоединилось въ срединѣ острой лейкеміи, наблюдаемъ: пораженіе горла resp. angin'y—Vyšin (1-е н.), Mc Crae, Brandenburg, опу-



ханіе десенъ—Green, плевритъ—Brandenburg, катарръ легкихъ—Körmösczi, желчныя камни и кашель—Besançon и Clerc.

Наконецъ въ случаяхъ третьей рубрики, т. е. при концѣ болѣзни—также имѣется рядъ осложнений, именно присоединяющихся въ этотъ стадій болѣзни—т. е. за нѣсколько дней до смерти—пораженіе рта и десенъ—Wadham, Wagner, Ebstein, Seelig, Phear.—дифтеритическое воспаление resp. налетъ—Müller, измѣненіе миндалинъ—Pollitzer, Wende, Micha, изъязвленіе губъ—Bradford и Shaw (4-е н.), нагноенія—Pollmann, Weber, воспаление легкихъ—Glinkski.

Такимъ образомъ повышенія и притомъ иногда значительныя  $t^0$  объясняются рядомъ осложнений.

Но есть рядъ случаевъ, въ которыхъ нѣтъ рѣзко бросающихся моментовъ, могущихъ повести повышеніе  $t^0$ —Zumpe, Eichhorst, Fränkel, Pineles, Hirtz и Labbé, Hirtz et Delamore и Genevrier, Рахманиновъ и др., но оно есть.

У больного Hirtz и Labbé 13/xi  $t^0$  39,7.

23/xi  $t^0$  40°. Носовое кровотеченіе, обморокъ.

24/xi. Носовое кровотеченіе повторилось и обильное.

25/xi. Носовое кровотеченіе повторилось.

26/xi. Носовое кровотеченіе продолжается,  $t^0$  41. Крайній упадокъ силъ. 28/xi †.

У больного Петрова

$t^0$  37,8—39,4. Вечеромъ обильное кровотеченіе изъ носа.

39,6—39,7. Кровотеченіе изъ носу повторилось. Припуханіе минд. и дужекъ.

17/v 37,8—39,8. Носовое кровотеченіе почти остановилось.

18/v 39,3—39. Кровотеченіе изъ носа возобновилось.

19/v 36. †.

Въ случаѣ Gardavot.

18/vii. Нѣсколько новыхъ петехій и кровавыхъ пятенъ.

19/vii. Впервые повышеніе температуры 38,5.

Въ послѣдующіе дни кровоизліянія на кожѣ и гематурія,  $t^0$  утр. 37,7—38., по вечерамъ 38,5—38,7. То же и въ послѣдующіе дни.

Слѣдовательно и кровоизліянія, откуда бы они не происходили: изъ носу, зѣва—Ambros, Reimann, изъ матки—Hirschlaff, recteum—Своехотовъ, могутъ быть поводомъ къ повышенію  $t^0$ .

Причину повышенія  $t^0$  нужно искать въ инфекціи или въ аутоинтоксикаціи. Если ихъ нѣтъ, то и при кровоизліяніяхъ лихорадки не будетъ—Reed.

Прямой выводъ изъ всего тотъ, что высокая  $t^0$  не составляетъ обязательный симптомъ острой лейкеміи.

Кровоизліянія въ кожу изъ 151 случая острой лейкеміи отмѣчены 77 разъ—Immermann, Kelsch, Carpentier, Küssner, Ponfick, Zumpe, Ebstein, Westphal, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Hinterberger, Guttman, Nobl, Берестневъ, Michel-Dansac, Denys, Litten, Askapazy, Seelig, Hindenburg, Fränkel, Müller, Theodor, Fränkel, Apert, O. Kose, Bradford и Shaw, Pollmann, Walz, Pollitzer, Reimann, Louis Guinon et Justin Jolly, Vyšin (1-е н.), Pineles, Hirschlaff, Körmöczi, Рубинштейнъ, Gilbert и E. Weil, Mc Crae, Brandenburg, Pappenheim, Oulmont и Ramond, Dennig, Своехотовъ, Green, Kübler, Stewart, Wende, Reed, Parkes Weber, Kelly, Gavdavot, Millard et Girode, Hayem et Bensaude, Hirtz c. Delamore и Genevriér, Barié et Salmon, Gilbert и E. Weil, Osswald, Klein, Miller и Hess, Рахманиновъ и описываемый мною случай.

Такимъ образомъ геморрагіи въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ наблюдаются болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ острой лейкеміи.

Величина кровоизліяній различная. Встрѣчаются мелкія и крупныя геморрагіи и переходныя между ними. Первые иногда очень малы, такъ что ихъ едва можно разглядѣть—Denys, или съ булавочную головку—Apert, Pollmann, Pappenheim, отъ булавочной головки до коноплянаго зерна—Reimann, отъ булавочной головки до горошины—Küssner, или до  $\frac{1}{2}$  чечевицы—Walz, до цѣлой чечевицы—Zumpe, Müller (1-е 2-е н.), до серебрянаго пятачка—Рубинштейнъ, до 5-ти сантимовой монеты—Denys, до 50-ти пфенниговой монеты—Образцовъ (1-е и 2-е н.), отъ просяного зерна до горошины—Wende, до боба—Körmöczi, или съ горошину.—Michel-Dansac, Küssner, Pollitzer, съ чечевицу и больше—Vyšin (1-е н.), Pineles (до крейцера).

Вторыя очень разнообразны: въ видѣ пятенъ въ 3—5-ти коп. монету—Берестневъ, съ серебряный рубль—Ambros, съ ладонь—O. Kose и Brandenburg.

Но особенно крупныя кровоизліянія были у больного Michel-Dansac'a. Они находились на внутренней поверхности икръ и имѣли видъ полосъ длиной 18—20 см, шириной 2—3 см, расположенныхъ по длинному діаметру конечностей.

Въ исключительныхъ случаяхъ кровоизліянія принимали характеръ гематомъ. Въ исторіи болѣзни пациента Barié и Salmon'a

указано, что опухоль, величиною съ лѣсной орѣхъ, явившаяся подъ нижнимъ угломъ правой лопатки, одновременно съ подкожными кровоизліяніями на верхнихъ конечностяхъ, на ногахъ и передней стѣнѣ живота, стала быстро увеличиваться. На третій день со дня образованія она была величиной съ головку новорожденного ребенка. Изъ нея разрѣзомъ выпущено 1 литръ и 300 куб. сант. крови. Кровоточащаго сосуда не удалось найти. Сдѣлана тампонада. Не смотря на то, что края раны были плотно соединены, кровь продолжала сочиться. Больной слабѣлъ и на слѣдующій день умеръ.

Форма кровоизліяній различная. Они имѣютъ видъ крапивы—Litten, кружковъ—Dennig, полосокъ (vibices)—Immermann.

Особенно она разнообразна въ тѣхъ случаяхъ, когда кровоизліянія располагаются близко другъ къ другу и сливаются между собою.

Цвѣтъ кровоизліяній зависитъ отъ различныхъ условий: давности ихъ, характера изливавшейся крови, величины и глубины расположенія въ толщѣ кожи или подкожной клѣтчатки. Можно согласиться съ Michel-Dansac, что они представляютъ „всѣ степени отъ свѣтло-краснаго до красно-бураго цвѣта.“ Дѣйствительно свѣжія, небольшія кровоизліянія пурпурово—караснаго цвѣта—Stewart, Oulmont и Ramond, Millard и Girode, ярко-краснаго—Hinterberger, Pollitzer, темно-краснаго—Denys, темно-фіолетоваго—Zumpe, Weber. Болѣе старыя имѣютъ красновато бурый оттѣнокъ—Pollitzer или синеваато-красны, буры, буровато-желты—Dennig, Körmöczi, Bradford и Shaw, крупныя кровоизліянія красноватаго—O. Kose или темно-синяго цвѣта—Müller, Guttman.

Граница кровоизліяній обыкновенно рѣзкая—Michel-Dansac. Мелкія кровоизліянія подъ поверхностью кожи не выступаютъ и отъ давленія пальцемъ лишь блѣднѣютъ, но не исчезаютъ—Michel-Dansac.

Количество кровоизліяній бываетъ различное. Иногда ихъ немного—Askanaazy, Pineles, Green, Reed, или же все тѣло усыяно ими—Seelig, Dennig, Stewart, Weber, Millard и Girode, Gilbert и Weil, Klein, Рохманиновъ. На сколько близко другъ къ другу располагаются кровоизліянія и какъ ихъ можетъ быть много, прекрасно показываетъ случай Denys. Онъ насчитывалъ ихъ до 25 въ 1 квадратномъ сантиметрѣ.

Кровоизліянія располагаются на различныхъ мѣстахъ тѣла.

На туловищѣ—Immermann, Küssner, Ebstein, Westphal, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Guttman, Nobl (1-е и 2-е н.), Michel-Dansac, Litten, Seelig, Müller

(3-е н.), Bradford и Shaw (3-е н.), Walz, Reimann, Körmöczi, Dennig, Kübler, Stewart, Wende, Parkes Weber, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz c. Celamore et Genevrier. На кожѣ груди—Gilbert и Weil, Klein, (1-е.) Рахманиновъ, Kelsch, Müller (2-е и 3-е н.), Theodor, Bradford и Shaw (4-е н.), Pollmann, Körmöczi, Рубинштейнъ, Dennig, Своехотовъ, Wende, Zumpe, Hinterberger, Denys.

На конечностяхъ—Immermann, Küssner. Zumpe, Ebstein, Westphal, Образцовъ (1-е н.), Müller (1-е и 2-е н.), Theodor, Apert, Bradford и Shaw (1-е н.), Pollitzer, Louis Guinon et Justin Jolly, Vyšín, Рубинштейнъ. На нижнихъ конечностяхъ—Carpentier, Körmöczi, Своехотовъ, Kübler, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz c. Delamore et Genevrier, Barié и Salmon; на бедрахъ—Kelsch, Denys, Green, Gardavot, Osswald, на икрахъ—Michel-Dansac. На верхнихъ конечностяхъ: а) на плечѣ—Askanaзы, Vyšín (пр./пл.), Своехотовъ (пр./пл.), Kübler (оба-пл.), Wende (оба/пл.); в) на предплечіи—Образцовъ [(2-е н. (А/пр.)), Askanaзы (л./к.), Müller [1-е н. (пр./пр.)]; с) на сторонѣ разгиба предплечій—Pineles (оба/пр.); на локтевыхъ сгибахъ—Denys, е) на кисти—Müller (1-е н. (пр./к.)), Своехотовъ—(л./к.).

На спинѣ—Zumpe, Hinterberger, Müller, Brandenburg, Wende, Gardavot, Barié et Salmon. На шеѣ.—Zumpe, Образцовъ (1-е н.), Michel-Dansac (задн./пов.), Denys, Müller (1-е н.), Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Dennig и Osswald. На лицѣ—Carpentier, Denys, Bradford и Shaw (3-е н.), Pollmann, Pollitzer, Reimann. На вѣкахъ—Ponfick, Müller (2-е н.). Позади уха—Müller (пр./у.) и на затылкѣ—Osswald.

Въ нѣкоторыхъ слрчаяхъ расположеніе кровоизліяній не указано точно, а обозначено: „на кожѣ“—Hindenburger, Hirschschlaflf, Oulmont и Ramond, Kelly (3-е и 4-е н.); „по тѣлу“—Parrenheim; „на многихъ мѣстахъ“—Gilbert и Weil (1-е н.). Или „замѣчены петехіи“—Mc Crae, геморрагіи—Hayem и Bensaude.

Кровоизліянія на кожѣ появляются въ различные періоды теченія острой лейкеміи. Въ началѣ болѣзни—Carpentier, Westphal, Образцовъ (2-е н.), Nobl (1-е и 2-е н.), Michel-Dansac, Litten, Theodor, Apert, Vyšín, Dennig, Wende. Въ срединѣ ея—Hindenburger,

Küssner, Образцовъ, Берестневъ Müller (2-е н.), Bradford и Shaw (3-е н.), Walz, Pollitzer, Reimann, Pineles, Kormöczi, Рубинштейнъ, Brandenburg. При концѣ ея resp. незадолго до смерти: Askanazy (за два дня до †), Seelig (за 1½ дн. †), Immermann, Zumpe, Müller (1-е н., за 4 дн. †), Bradford и Shaw (4-е н.), Louis Guinon et Justin Jolly, Vyšin (1-е н.), Hirschlaff (за 2 дн. †), Gilbert и E. Weil (1-е н.), Pappenheim, Dennig, Своехотовъ, Green, Kübler, Stewart, Wende, Parker Weber, Gardavot (за 1½ м. †), Millard и Girode (за ½ м. †), Osswald.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ время высыха геморрагій не указано: Ponfick, Fränkel и Barié et Salmon.

При дальнѣйшемъ теченіи острой лейкеміи помимо всасыванія геморрагій можетъ быть образованіе пузырей. Въ случаѣ Dennig'a кровоизліянія, имѣвшія видъ кружковъ съ 10-ти пфенниговую монету, превращались въ пузыри, сливавшіеся другъ съ другомъ. Черезъ день пузыри лопнули и изъ нихъ вытекла кровянистая жидкость.

Отекъ изъ 151 случая острой лейкеміи наблюдался 21 разъ—Friedreich, Kelsch, Küssner, Leyden, Eichhorst, Образцовъ (1-е н.), Ambros, Greene, Askanazy, Müller (2-е н.), Goldschmidt, Apert, van Rensselaer, Hirschlaff, Brandenburg, Dennig, Phear, Green, Parkes Weber, Barié и Salmon, Hunter, Hirtz с. Delamore и Genevrier.

Онъ располагался въ области мышечковъ—6 разъ—Küssner, Askanazy, Müller (2-е н.), Dennig, Phear, Weber, простирался на обѣ нижнія конечности—13 разъ—Friedreich, Kelsch, Leyden, Ambros, Greene, Goldschmidt, Apert, Hirschlaff, Brandenburg, Green, Barié и Salmon, Hunter и на крестцѣ—1 разъ—Brandenburg.

Скопленіе жидкости въ полости живота было 2 раза—Eichhorst, Hirtz с. Delamore и Genevrier. Общая водянка наблюдалась 2 раза—Van Rensselaer и Hunter.

Предрасполагающими причинами чаще всего были кровотеченія изъ носу—Kelsch, Küssner, Образцовъ (1-е н.), Greene, Brandenburg, Green, Barié и Salmon, изъ десень—Ambros, Askanazy, Weber, изъ гениталій—Friedreich, Hirschlaff, продолжительные поносы—Phear, заболѣваніе почекъ—Goldschmidt.

Отеки наблюдались въ срединѣ развитія острой лейкеміи—Phear, Green, Barié и Salmon, Leyden, Apert, Hirtz, с. Delamore и Genevrier, а главнымъ образомъ

подъ конецъ ея—Friedreich, Kelsch, Küssner, Образцовъ (1-ен.), Ambros, Goldschmidt, Hirschlaaff, Hunter, van Rensselaer.

Что касается пола, то изъ 151 случая острой лейкеміи было:

Мужчинъ 81.

Женщинъ 37.

Полъ необозначенъ 33.

Такимъ образомъ мужчины заболѣваютъ острой лейкеміей чаще женщинъ.

По возрасту больные острой лейкеміей распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

| Отъ | 0  | до | 5 лѣтъ | 10 случаевъ. |
|-----|----|----|--------|--------------|
| —   | 5  | "  | 10     | 11 "         |
| —   | 10 | "  | 15     | 5 "          |
| —   | 15 | "  | 20     | 21 случай.   |
| —   | 20 | "  | 25     | 15 случаевъ. |
| —   | 25 | "  | 30     | 12 "         |
| —   | 30 | "  | 35     | 8 "          |
| —   | 35 | "  | 40     | 8 "          |
| —   | 40 | "  | 45     | 4 случая.    |
| —   | 45 | "  | 50     | 13 случаевъ. |
| —   | 50 | "  | 55     | 3 случая.    |
| —   | 55 | "  | 60     | 4 "          |
| —   | 60 | "  | 65     | 2 случая.    |
| —   | 60 | "  | 70     | 1 случай.    |
| —   | 70 | "  | 75     | 2 случая.    |

Продолжительность острой лейкеміи. Старые патологи считали процессъ за острый, если онъ протекалъ 21 день и подострымъ, когда онъ продолжался до 40 дней. Litten ограничиваетъ острую лейкемію 6 недѣлями. Walz полагаетъ, что можно прійти къ соглашенію, если принять для leukaemia acutissima срокъ до 2-хъ недѣль, acuta—до 8 недѣль, subacuta до 16 недѣль. Всѣ прочіе случаи, съ болѣею продолжительностью, должны быть признаны за хроническіе. Fränkel предложилъ за основаніе дѣленія на острую и хроническую формы, не абсолютную продолжительность болѣзни, но считать острой лейкеміей тѣ случаи, въ которыхъ заболѣваніе начинается быстро и сразу же сопровождается тяжелыми явленіями, которыя при хронической лейкеміи свойственны позднѣйшему періоду: геморрагическій диатезъ. Мнѣніе Fränkel'a въ настоящее время общепризнано.

### Продолжительность болѣзни.

Срокъ, въ который протекала острая лейкемія, чрезвычайно различный. Такъ,

|                         |             |                |
|-------------------------|-------------|----------------|
| отъ $3\frac{1}{2}$ дней | до 2 недѣль | = 14 случаевъ. |
| " 2 недѣль              | " 4 "       | = 20 "         |
| " 4 "                   | " 6 "       | = 34 "         |
| " 6 "                   | " 8 "       | = 11 "         |
| " 8 "                   | " 10 "      | = 8 "          |
| " 10 "                  | " 12 "      | = 9 "          |
| " 3 мѣсяц. и "          | 5 мѣсяцевъ  | = 3 "          |

Въ приведенныхъ наблюденіяхъ указывается на краткое теченіе въ 1 случаѣ. Необозначена продолжительность болѣзни или нѣтъ возможности ее установить въ 51 случаѣ.

Такимъ образомъ чаще всего острая лейкемія продолжается отъ 4—6 недѣль, нѣсколько рѣже отъ 2—4 недѣль и уже очень рѣдко болѣе краткіе сроки. Послѣдніе случаи считаются единицами. Такъ болѣзнь продолжалась

|                    |         |
|--------------------|---------|
| $3\frac{1}{2}$ дня | 1 разъ. |
| $4\frac{1}{2}$ "   | 1 "     |
| 8 дней             | 1 "     |
| 9 "                | 2 "     |
| 10 "               | 5 "     |

Также рѣдки случаи затянувагося теченія.

3-хъ мѣсячная продолжительность болѣзни отмѣчена 1 разъ.

|   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|-----|
| 4 | " | " | " | " | 1 " |
| 5 | " | " | " | " | 1 " |

### Предрасположеніе.

Установить связь заболѣванія острой лейкеміей съ какимъ нибудь опредѣленнымъ предшествующимъ ей страданіемъ не удается. Слѣдовательно не можетъ быть и рѣчи о какомъ либо предрасположеніи. Въ приведенной литературѣ есть случаи, что острая лейкемія, какъ бы слѣдовала за тѣмъ или другимъ болѣзненнымъ процессомъ. Именно: за брюшнымъ тифомъ (Immermann, Vyšín, Петровъ), злокачественной анеміей (Litten), инфмоэнціей (Gaucher, Hinterberger, Litten), пропре-

сивной анеміей и хлоромой (Waldstein, K ö r m ö c z y), an-chilostomum duod. (Masius et Francotte), за плевритомъ (Берестневъ), скарлатинознымъ нефритомъ (Seelig), хлорозомъ (Guinon et Jolly), бронхитомъ (Reed), родами (Kelly), тѣлеснымъ напряженіемъ (Stintzing), кормленіемъ грудью (Stewart) и вслѣдъ за паденіемъ (Westphal и Kelly). Если принять во вниманіе, что всѣ поименованные моменты повседневно-й жизни встрѣчаются часто, а острая лейкемія рѣдко, то нельзя не прійти къ выводу, что наличность ихъ случайная и никакой связи между ними и рассматриваемой нами формой нѣтъ. Они настолько же предрасполагаютъ къ заболѣванію острой лейкеміей, какъ ко всякой другой болѣзни, въ особенности если этиологія процесса темная.

---



## Объ энуклеаціи глазного яблока.

Проф. А. Г. Агабабова.

Вылушеніе глазного яблока на столько простая и легкая операція, что не представляется ни надобности, ни даже пожалуй и возможности дальнѣйшаго ея упрощенія.

Рекомендуемая за послѣдніе годы различнаго рода видоизмѣненія этой операціи преслѣдуютъ главнымъ образомъ цѣль чисто косметическую, именно, ту, чтобы хорошо подобранный искусственный глазъ полнѣе симулировалъ натуральный: обладалъ бы достаточной подвижностью и находился бы на соотвѣтствующемъ уровнѣ, а не западалъ бы въ глубину глазницы.

Для этой цѣли давно уже примѣняется частичное удаленіе глазного яблока—*exenteratio bulbi*, при которой сохраняется около  $\frac{2}{3}$  склеры вмѣстѣ съ нервными сосудами и съ прикрѣпленными къ ней мышцами; весь же передній отдѣлъ и содержимое глаза удаляются совершенно.

Сравнительно болѣе выпуклая подставка, или культи, остается послѣ другой операціи, при которой удаляется только передній отдѣлъ глаза, а содержимое глазного яблока не выскребывается, какъ при предъидущей операціи. При этомъ накладываются лигатуры на края раны или только соединительной оболочки или же и склеры.

Операція эта была рекомендована при полныхъ стафиломахъ роговицы.

Послѣ такой операціи удаленія передняго отдѣла глаза, оставшаяся часть глазного яблока по своимъ размѣрамъ и виѣшнему виду обыкновенно на столько рѣзко отличается отъ нормальнаго глаза, что въ такихъ случаяхъ необходимо вставлять протезъ. Но если размѣры глаза не уменьшаются замѣтнымъ образомъ и въ особенности когда остается нѣкоторая часть роговицы, то можно обходиться безъ протеза, и закрашиваніемъ передняго отдѣла глаза красками разныхъ цвѣтовъ удается даже до извѣстной степени

симулировать радужную оболочку и зрачекъ (Беллярминовъ). Послѣ этихъ операцій неполнаго удаленія глазного яблока требуется для заживленія раны довольно продолжительное время; тогда какъ сравнительно быстрое и гладкое заживленіе наступаетъ послѣ энуклеаціи.

Въ сущности мало чѣмъ отличается отъ операціи Critchett'a предложенная Рапас'омъ какъ методъ консервативный, комбинируемая полная кератотомія или *iridokeratotomia totalis*, взамѣнъ энуклеаціи.

Въ этомъ отношеніи преимущество несомнѣнно на сторонѣ послѣдней операціи.

Кромѣ того, послѣ полнаго удаленія глазного яблока нѣтъ основанія опасаться за какія-либо послѣдующія осложненія, которыя могли бы вредно отразиться на функціи здороваго глаза. Между тѣмъ какъ послѣ частичнаго удаленія глазного яблока иногда наблюдаются такія осложненія, при которыхъ требуется непремѣнно и возможно скорѣе послѣдующая энуклеація.

Затѣмъ, примѣнима только энуклеація и совершенно не рационально частичное отсѣченіе глаза въ случаяхъ новообразованія, а также и при абсолютной главкомѣ, и наконецъ, при атрофіи глазного яблока. Конечно, удаленіе атрофированнаго глаза безусловно показано при боляхъ въ немъ и при начинающемся симпатическомъ воспаленіи другого глаза.

Если же глазъ неболѣзненъ, то, наоборотъ, рекомендуютъ пользоваться имъ, какъ удобной культей для протеза.

Но иногда въ атрофическихъ глазахъ раздраженіе и боль появляются именно подъ вліяніемъ искусственнаго глаза.

Терапевтическія средства въ видѣ примѣненія капель атропина, кокаина и др., хотя и прекращаютъ или уменьшаютъ боли, но обыкновенно, не на долго, такъ что энуклеація въ такихъ случаяхъ становится неизбѣжной.

При изслѣдованіи въ такихъ глазахъ обнаруживается иногда присутствіе костной ткани и въ нѣкоторыхъ, правда, очень рѣдкихъ случаяхъ — новообразованіе сосудистой оболочки.

Такіе факты несомнѣнно побуждаютъ насъ возможно внимательно и осторожно относиться къ атрофическимъ глазамъ. Само собой разумѣется, что носить протезъ можно позволить въ томъ только случаѣ, если въ глазѣ не ощущается никакой боли.

Къ сожалѣнію, большинство нашихъ больныхъ, живя въ захолустьяхъ, лишены возможности своевременно обратиться къ врачу. Невольно является опасеніе, что благопріятный моментъ для операціи легко можетъ быть упущенъ и больной пріѣдетъ или тогда, когда окончательно уже потеряно зрѣніе, или же оно значительно понизилось. Принимая во вниманіе, что атрофическій глазъ, не

только лишенъ своей функціи, но и въ косметическомъ отношеніи мало полезенъ, я за послѣдніе 6 лѣтъ рекомендую больнымъ энуклеировать его. При изслѣдованіи такихъ атрофическихъ глазъ, во многихъ случаяхъ обнаруживалось окостенѣніе сосудистой оболочки въ различныхъ степеняхъ развитія.

Вотъ атрофическій глазъ, удаленный въ концѣ прошлой недѣли: на ощупь онъ очень плотный, нисколько не уступаетъ давленію пальцевъ, причемъ ясно ощущается внутри его плотное тѣло. Несомнѣнно здѣсь имѣется случай сравнительно очень рѣдкій — шарообразнаго окостенѣнія сосудистой оболочки, — т. е. на всемъ ея протяженіи. Бритвой удалось разрѣзать только склеры.

Присутствіе въ немъ костной ткани нельзя было обнаружить до операціи, такъ — какъ атрофическій, сморщенный глазъ, *in situ*, и безъ костной ткани, представляется довольно плотнымъ.

Подробное изслѣдованіе этихъ случаевъ окостенѣнія сосудистой оболочки въ атрофическихъ глазахъ производитъ на имѣющемся матеріалѣ глазной клиники (около 50 экз.) докторъ Кривоносовъ, который представитъ въ скоромъ времени подробное описаніе ихъ.

Мы имѣли возможность неоднократно наблюдать благотворное вліяніе операціи энуклеаціи атрофическаго глаза не только при начальныхъ явленіяхъ, но и при болѣе позднихъ стадіяхъ развитія симпатическаго воспаленія въ другомъ глазѣ.

Въ одномъ случаѣ зрѣніе, упавшее до 10/сс, поднялось по прошествіи двухъ мѣсяцевъ послѣ энуклеаціи до нормы.

Въ другомъ —, гдѣ подъ вліяніемъ *iridochoroiditidis sympathicae*, сохранилось только свѣтоощущеніе, зрѣніе послѣ операціи — поднялось до 20/сс; т. е. о, 1 нормы: затѣмъ, въ 3-мъ случаѣ (мущина) зрѣніе съ 2/сс улучшилось до 18/сс и наконецъ у молодой барышни, имѣлось до операціи зрѣніе 4/сс, послѣ операціи, при еженедѣльномъ изслѣдованіи — замѣчалось прогрессивное улучшение, въ концѣ 3-го мѣсяца оно достигло 20/xxx. Объективное изслѣдованіе обнаруживало ясно замѣтные слѣды послѣ plasticacкаго придо-хороидита: область зрачковъ была покрыта тонкой блѣдно-сѣровой пленкой, зрачекъ неправильной формы и конечно не реагировалъ на свѣтъ, картина дна глаза видна была не ясно въ сильномъ туманѣ. Не смотря на наше запрещеніе заниматься, она черезъ 5½ мѣсяцевъ послѣ операціи посѣщала Гимназію. Этотъ случай нельзя считать окончательно излеченнымъ послѣ какъ область зрачка не могла уже очиститься отъ экссудата, — головныя боли продолжались хотя и въ меньшей степени.

Больной необходимо было продолжительное и систематическое общее леченіе отъ малокровія, развившагося на почвѣ плохого питанія и хроническаго пораженія легкихъ.

Во всѣхъ указанныхъ случаяхъ примѣнялось послѣ операціи продолжительное леченіе внутрь іодистыми препаратами, а мѣстно атропинизація и подконъюнктивальныя впрыскиванія хлористаго натра въ восходящихъ дозахъ.

На основаніи такихъ случаевъ я считаю себя обязаннымъ и въ такомъ довольно рѣзко выраженномъ симпатическомъ воспаленіи, особенно періодъ затишья, сопровождающемся значительнымъ паденіемъ зрѣнія, непременно предлагать больнымъ сначала энуклеацію атрофическаго глаза, а затѣмъ и терапевтическія средства, способствующія въ большей или меньшей степени рассасыванію экссудата.

Энуклеація же атрофическаго глаза въ періодъ а с т е симпатическаго воспаленія, не останавливаетъ послѣдняго, а скорѣе поддерживаетъ его, въ одномъ наблюдавшемся нами случаѣ, зрѣніе прогрессивно понижалось и боли не прекращались довольно продолжительное время послѣ операціи.

Для удобства ношенія протеза, сохраненія возможной подвижности его и достаточнаго выстоянія изъ глазницы, соотвѣтственно положенію нормальнаго глаза, рекомендованы различные способы. Съ этой цѣлью предложено еще въ 1896 и 1897 введеніе стерилизованныхъ шелковыхъ клубочковъ (Valude), стеклянныхъ, серебрянныхъ, золотыхъ чашечекъ (Wecker) и т. д. То или другое изъ упомянутыхъ тѣлъ вкладываютъ въ Тенонову капсулу тотчасъ послѣ энуклеаціи, конъюнктивальная рана закрывается лигатурами — и т. о. получается вполне достаточная подставка для протеза. Къ сожалѣнію, всѣ эти тѣла остаются на мѣстѣ долго, рано или поздно своимъ присутствіемъ вызываютъ раздраженіе, не рѣдко причиняя боль, а оказывая давленіе на передній отдѣлъ conjunctivae, — чаще всего на мѣстѣ швовъ, — нарушаютъ правильное питаніе ея. Результатомъ этого является или расхожденіе краевъ раны conjunctivae или некрозъ ткани на большемъ или меньшемъ протяженіи. Черезъ образовавшееся такимъ образомъ отверстіе выступаетъ наружу впослѣдствіи введенный шарикъ. Во избѣжаніе этого французскій окулистъ Meyer (въ 1898 г.) предложилъ вводить органическое тѣло, по размѣрамъ и плотности мало отличающееся отъ нормальнаго глаза — а именно кроличій глазъ. Оказывается, онъ дѣйствительно не вызываетъ такихъ явленій, какъ перечисленные выше тѣла, но все-же не остается въ глазницѣ самъ безъ измѣненій, а постепенно атрофируется и со временемъ исчезаетъ или перерождается.

Точно также не достигается желаемая цѣль и введеніемъ въ полость глазницы параффина. По крайней мѣрѣ нашъ опытъ, произведенный въ этомъ направленіи, не увѣнчался успѣхомъ.

Значительно лучшіе результаты въ этомъ отношеніи даютъ предложенные Snellen'омъ протезы новаго образца съ плоской, слабо—выпуклой, или шарообразной задней поверхностью.

Такіе искусственные глаза не западаютъ въ глазницу: и верхнее вѣко, благодаря этому, принимаетъ болѣе выпуклую форму, какъ при натуральномъ глазѣ.

Но этимъ не устраняется, однако, главный недочетъ протезовъ, это именно—недостаточная подвижность.

Наоборотъ, чѣмъ крупнѣе и выпуклѣе протезъ, тѣмъ онъ менѣе подвиженъ.

Для устраниенія этого недостатка необходимо сохранить по возможности болѣе правильную дѣятельность прямыхъ мышцъ глаза и при помощи ихъ образовать достаточной величины культю.

Для этого незамѣнимъ методъ Schmidt'a, по которому при энуклеаціи каждая мышца пришивается къ conjunctiv'ѣ на разстояніи  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  сан. отъ края раны и затѣмъ той же лигатурой стягиваются края соединит. оболочки такъ, что одновременно связывается верхняя лигатура съ нижней, наружная съ внутренней. При этомъ мышцы антагонисты не доходятъ до полного соприкосновенія, а отстоятъ другъ отъ друга на  $1\frac{1}{2}$  сантим.

Послѣ этой операціи получается культя, правда, не вполне достаточная для ношенія протеза стараго образца. Но въ такомъ протезѣ можно залить выемку парафиномъ; или же лучше пользоваться глазами новаго образца. Изъ нихъ наиболѣе удобными оказываются тѣ, въ которыхъ задняя стѣнка слабо вогнутая или плоская.

Вообще же протезы новаго образца имѣютъ по нашему мнѣнію большое преимущество передъ старыми въ томъ, что закругленные края ихъ не врѣзываются и меньше раздражаютъ соединительную оболочку.

Другой сравнительно болѣе крупный недостатокъ этого метода состоитъ въ томъ, что не всегда получается полное закрытіе раны conjunctiv'ы особенно въ средней части, гдѣ сходятся узлы лигатуръ. Надрѣзы соединительной оболочки до мѣста пришиванія мышцъ, рекомендуемые Schmidt'омъ, мало содѣйствуютъ этому. Такъ какъ каждая отдѣльная нитка проводится снаружи кнаружи черезъ мышцу и соотвѣтственную часть conjunctiv'ы, при чемъ оба конца лигатуры выводятся наружу, отступя отъ края раны на  $\frac{3}{4}$  сант., то при стягиваніи въ одинъ узелъ двухъ противоположныхъ лигатуръ, не всегда края conjunctiv'ы сводятся до взаимнаго соприкосновенія.

Они загибаются кзади и образуютъ складки, соприкасающіяся между собой, передней поверхностью, т. е. покрытой эпителиемъ.

Такимъ образомъ въ центрѣ, на мѣстѣ схождения узловъ остается иногда отверстие, которое не закрывается весьма продолжительное время. По крайней мѣрѣ въ двухъ случаяхъ мы видѣли это спустя въ одномъ 4, а въ другомъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи.

Конечно, черезъ такое отверстие, можетъ легко проникать инфекция изъ конъюнктивальнаго мѣшка въ Тенонову капсулу и вызывать воспаление глазницы.

Затѣмъ движенія культи, вѣрнѣе средней части вновь образованнаго мѣшка не получаютъ достаточными въ томъ случаѣ, когда мышцы пришиваются такъ далеко отъ края раны, какъ рекомендуетъ Schmidt. Вѣдь при нормальныхъ условіяхъ, мышца прикрѣпляется къ главному яблоку впереди экватора; слѣд. направляется по дугообразной линіи. Экскурсія мышцы послѣ энуклеаціи можетъ быть достаточной, лишь тогда, когда ее мы выпрямимъ, т. е. пришьемъ впереди, ближе къ краю раны, а не на мѣстѣ, соответствующемъ нормальному ея положенію, когда подставкой и точкой опоры для нея служить глазъ. Конечно, при отсутствіи глазного яблока мышцы нѣсколько оттянутся кзади, куда бы мы ни пришивали передніе концы.

Другое дѣло, когда вмѣсто удаленнаго глазного яблока вводится въ Тенонову капсулу какое-либо шарообразное тѣло, какъ рекомендуетъ теперь и самъ Н. Schmidt въ Zeitschrift f. Augenheilkunde (см. XVIII н. 2). Но это, какъ мы видѣли, имѣетъ свои отрицательныя стороны.

Между тѣмъ, указанный выше недостатокъ легко устраняется, если нѣсколько видоизмѣнить этотъ методъ.

Для этого можно пришить мышцы отдѣльными лигатурами ближе къ краю, соединить оболочки и затѣмъ, послѣ энуклеаціи, наложить самостоятельныя лигатуры на конъюнктивальную рану. Но возможно полное закрытіе конъюнктивальной раны достигается и въ томъ случаѣ, если проводить не четыре лигатуры по Schmidt'у а всего двѣ. Для этого необходимо, чтобы лигатуры были довольно длинныя, не менѣе 20 савт., т. е. около  $\frac{1}{4}$  арш. Отдѣливши *conjunctiv'u*, возможно ближе къ периферіи роговицы, сухожиліе мышцы захватывается теномическимъ крючкомъ и оттягивается нѣсколько впереди. Затѣмъ, черезъ сухожиліе и *conjunctiv'u* проводится сначала лигатура, не снутри кнаружи, а наоборотъ, т. е. игла вкалывается въ *conjunctiv'u* близко къ ея краю, затѣмъ, проводится черезъ толщу сухожилія спереди—кзади—нѣсколько дальше отъ мѣста прикрѣпленія его къ главному яблоку. Послѣ этого сухожиліе перерѣзывается впереди лигатуры.

Та же лигатура проводится затѣмъ и черезъ мышцу антагониста, но уже въ обратномъ порядкѣ, т. е. сначала черезъ мышцу,

а потомъ захватывается *conjunctiva*. Такимъ образомъ, обѣ мышцы—антагонисты съ прилежащей частью соединительной оболочки будутъ захвачены одной лигатурой.

Такъ же соединяется второй лигатурой и другая пара прямыхъ мышцъ.

Послѣ этого, необходимо оттянуть петли лигатуръ возможно дальше въ стороны отъ поверхности глаза, т. е. горизонтальную нить—кверху, или книзу, а вертикальную—къ виску или носу.

Затѣмъ, обычнымъ путемъ перерѣзывается зрительный нервъ, косые мышцы и глазное яблоко удаляется.

Стягивая осторожно концы каждой нитки, можно свести края конъюнктивальной раны до полного ихъ соприкосновенія. Если бы встрѣтилаеь надобность свести плотнѣе края *conjunctiv* въ остальныхъ частяхъ раны, напр., при сильномъ заворачиваніи ихъ внутрь или же при расхожденіи подъ вліяніемъ скопившейся крови то это, конечно, легко достигъ при помощи тонкихъ лигатуръ; заживленіе обыкновенно получается черезъ 6—7 дней.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ размѣръ полости мѣшка бываетъ на столько малъ, что трудно ввести протезъ даже самой малой величины. Особенно часто наблюдается вслѣдствіе сморщиванія или рубцового стягиванія *conjunctiv* подъ вліяніемъ трахомы, огнестрѣльныхъ поврежденій и другихъ болѣе или менѣе грубыхъ пораненій глаза и глазницы съ послѣдующей атрофіей *bulbi*.

Въ такихъ случаяхъ приходилось увеличивать поверхность *conjunctiv*: лишь при помощи пластической операціи—пересадки слизистой съ губы или полосокъ кожи съ виска или плеча.

Кусочки трансплантированной ткани приживали обыкновенно довольно хорошо и скоро, полость мѣшка дѣйствительно увеличивалась такимъ путемъ и получалась вполне достаточной для протеза.

Нужно отмѣтить, что съ цѣлью способствовать возможно правильному и быстрому приживленію перенесенной полоски ткани, мы во всѣхъ случаяхъ соединяли края раны при помощи тонкихъ шелковыхъ лигатуръ, которыя удалялись по прошествіи 5—6 дней.

Prof. Kuhnt въ такихъ случаяхъ, опубликованныхъ имъ недавно въ *Zeitschrift f. Augenheilkd.* VIII т., производитъ также пересадку кожу въ конъюнктивальную рану, но безъ лигатуръ, и сухожилія мышцъ пришиваетъ къ *conjunctiv*ѣ.

Послѣ такой сравнительно сложной операціи получаютъ весьма утѣшительные результаты во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда *conjunctiva* сморщена, атрофирована и даже тогда, когда имѣются довольно большія рубцовыя стягиванія, измѣняющія и обезображивающія форму полости глазницы.

Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такую пересадку приходится производить въ два—три приѣма, когда размѣры полости мѣшка вслѣдствіе значительной атрофіи conjunctivы слишкомъ малы.

Такъ, въ одномъ случаѣ, не смотря на весьма успѣшную пересадку кусочковъ слизистой оболочки съ губы, полость оказалась все-таки недостаточной величины и неудобной формы, только послѣ вторичной операціи—пересадки довольно широкой полоски кожи, взятой съ виска, удалось увеличить полость мѣшка до размѣровъ, достаточныхъ для протеза малой величины. Но и тогда протезъ однако не могъ оставаться тамъ, а выскальзывалъ наружу при слабомъ движеніи глаза и миганіи. Причиной этому служило полное сглаживаніе нижняго свода и отсутствіе края вѣка у внутренняго угла. Искусственно образовать сводъ удалось въ этомъ случаѣ, какъ и впослѣдствіи во многихъ другихъ, когда размѣры полости достаточны, при помощи лигатуръ, предложенныхъ Snellen'омъ противъ ectropion'a.

Этотъ случай касается молодой дѣвицы, у которой атрофированное глазное яблоко, послѣ огнестрѣльнаго пораненія дробью изъ ружья,—оказалось приращеннымъ къ внутренней костной стѣнкѣ глазницы. Мягкія части послѣдней были сильно стянуты и сморщены довольно плотными рубцовыми перемычками.

Тотчасъ послѣ энуклеаціи глаза нащупывались въ обнаженной части кости, въ рубцахъ и въ глубинѣ глазницы,—въ мягкихъ ея частяхъ—плотныя образованія, оказавшіяся дробинками довольно крупной величины. Всего было удалено 18 дробинокъ.

Заживленіе послѣ каждой операціи шло быстро и гладко, вновь образованная полость, послѣ вторичной пересадки кожи и углубленія нижняго свода, получилась, какъ уже сказано, вполне достаточной величины.

Другой случай, который намъ пришлось наблюдать и оперировать въ частной лечебницѣ Ушкова, касается нижняго чина, вернушагося съ Японской войны: у него глазное яблоко было атрофировано вслѣдствіе прободенія его пулей, проникшей въ косомъ направленіи со стороны виска сзади и снаружи кнутри и впередъ на вылетъ у спинки носа. Здѣсь глазное яблоко оказалось приращеннымъ, къ внутренней стѣнкѣ глазницы, къ которой направлялся толстый, плотный рубцовой тяжъ по линіи движенія пули.

Полость глазницы также была измѣнена, но не столь сильно, какъ въ предъидущемъ случаѣ у дѣвицы. По удаленіи глазного яблока и отдѣленіи указанной перемычки, получилась вполне достаточной и правильной формы полость, удобная для вставленія протеза.



Въ этихъ двухъ случаяхъ края conjunctiv'альной раны также соединялись между собой лигатурами, которыми захватывались и стягивались и сухожилия мышцъ антагонистовъ. Благодаря этому культи и тутъ получилась достаточно подвижной.

Методъ Schmidt'a описанъ еще въ 1897 году (см. *Klin. Monat. f. Augenh. Nov.*); но онъ не получилъ достаточно широкаго распространения.

Еще и теперь отъ времени до времени появляется статьи, въ которыхъ описываются различные способы для образованія удобной подставки для протеза.

Такъ въ *Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene d. Auges* отъ 5-го Марта 1908 года приведена въ переводѣ статья *Charles Nelson Spratt'a*, въ которой авторъ горячо рекомендуетъ вставленіе парафиновыхъ шариковъ въ Тенонову капсулу съ послѣдующимъ наложеніемъ лигатуръ на мышцу и края конъюнктивальной раны. Но въ томъ же номерѣ журнала *prof. Davis* выступаетъ съ протестомъ противъ введенія парафина въ Тенонову капсулу, послѣ энуклеации.

Недавно *H. Schmidt*, авторъ описаннаго выше метода, въ *Zeitschrift f. Augenheilkunde* за 1907, также предлагаетъ вводить въ Тенонову капсулу шарикъ съ послѣдующимъ наложеніемъ лигатуръ на капсулу, мышцы и соединительную оболочку.

Но на основаніи приведенныхъ выше соображеній и фактовъ, убѣдившись на сколько всѣ эти приемы не надежны, мы давно уже оставили ихъ примѣненіе. Послѣдніе нѣсколько лѣтъ оперируемъ исключительно по методу Schmidt'a, измѣненному описаннымъ выше образомъ, комбинируемъ его съ пластической операцией, сообразно съ особенностями случая.

Съ этой цѣлью пересаживаемъ то слезистую оболочку съ глаза, то полоски кожи съ плеча, или виска, или же и то и другое, какъ въ приведенномъ здѣсь случаѣ. Несомнѣнно, что для достиженія полного косметическаго эффекта весьма желательно замѣнить чѣмъ-либо удаленный глазъ, но это возможно, по нашему мнѣнію, лишь тогда, когда удастся найти такое тѣло, которое, будучи введено въ Тенонову капсулу, хорошо будетъ переноситься тканями глазницы и само не будетъ подвергаться какимъ-либо измѣненіямъ.

---

## Атрофія зрительныхъ нервовъ отъ отравленія *Spiritu aromatico* (киндеръ-бальзамъ) \*).

Е. А. Зеньковича.

Въ настоящемъ академическомъ году въ Глазной Клиникѣ наблюдалось пять случаевъ амбліопіи токсического происхожденія, представляющихъ интересъ по своей этиологіи: ослабленіе зрѣнія, иногда даже до полной слѣпоты, вызвано было у всѣхъ пяти больныхъ приемомъ внутрь въ значительномъ количествѣ—около фунта и болѣе,—фармацевтического препарата, извѣстнаго подъ названіемъ *balsamum embryonum* (по Россійской Фармакопеей—*spiritus aromaticus*)—а въ общезжитіи—киндеръ-бальзамъ.

Исторія болѣзней этихъ случаевъ въ краткихъ чертахъ заключается въ слѣдующемъ.

*1-ый случай.* Иванъ М-о, мѣщанинъ, 46 лѣтъ, по профессіи слесарь, изъ Самарской губ. Явился въ клинику 23.х.07 г. съ жалобой на плохое зрѣніе. При изслѣдованіи оказалось, что снаружи глаза никакихъ измѣненій не представляютъ; острота зрѣнія понижена въ обоихъ глазахъ до степени простого свѣтоощущенія. Преломляющія среды прозрачны. Офтальмоскопъ обнаруживаетъ атрофію обоихъ зрительныхъ нервовъ: обѣ *papillae nervi optici* бѣлаго цвѣта съ сѣроватымъ оттѣнкомъ; контуры ихъ довольно рѣзки; сосуды узки. Доискиваясь причины заболѣванія, мы узнали отъ больного, что два мѣсяца тому назадъ онъ выпилъ около 2-хъ стакановъ „киндеръ-бальзама“ и черезъ день совершенно ослѣпъ. До этого случая онъ хорошо видѣлъ и ничѣмъ не былъ боленъ. *Lues'a* нѣтъ; *abusus spirituosus*—тоже отрицаетъ. Больной былъ направленъ для изслѣдованія въ клинику нервныхъ болѣзней, гдѣ

---

\*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 3 мая 1908 г.

не было найдено никакихъ измѣненій со стороны нервной системы, кромѣ пораженія зрительныхъ нервовъ.

Больной въ теченіе мѣсяца посѣщалъ клинику, причемъ ему было сдѣлано 30 инъекцій стрихнина подъ кожу висковъ, отъ 0.002 до 0.005 *pro dosi*; кромѣ того, онъ получалъ внутрь *Kalium jodatum*. Сколько нибудь замѣтнаго улучшенія зрѣнія не получилось.

*2-ой случай.* Сергѣй Н-въ, крестьянинъ Вятской губ., 52 лѣтъ, явился въ клинику 23. III. 08 г. съ жалобой на слабость зрѣнія. При изслѣдованіи оказалось: снаружи оба глаза нормальны, преломляющія среды прозрачны. Острота зрѣнія, какъ и въ первомъ случаѣ, понижена до степени количественнаго свѣтоощущенія. При офтальмоскопированіи — *papillae nervi optici* въ обоихъ глазахъ оказались блѣдно-розоваго цвѣта и сосуды сѣтчатки достаточно наполнены, такъ что здѣсь дѣло не дошло еще до атрофіи нервовъ.

Изъ распросовъ оказалось, что больной потерялъ зрѣніе девять дней тому назадъ, сразу, или въ теченіе сравнительно очень короткаго времени, находясь въ пути изъ Казани къ себѣ въ деревню. Передъ этимъ въ городѣ онъ выпилъ съ чаемъ въ продолженіе двухъ дней около фунта „киндеръ-бальзама.“ Никакой другой причины заболѣванія опредѣлить не удалось, такъ что и здѣсь мы имѣли, очевидно, *neuritis retrobulbaris* токсического происхожденія.

Больному было предложено соответствующее леченіе, но онъ не могъ оставаться въ Казани и исчезъ изъ наблюденія.

*3-ій случай.* Шакиръ Г-въ, крестьянинъ Казанской губ., 42 лѣтъ, занимается торговлей; явился въ клинику 4. IV. 08 по поводу болѣзни глазъ. Пораженія наружныхъ частей глазъ не оказалось, острота зрѣнія была понижена очень значительно: въ правомъ глазѣ до 5/сс, въ лѣвомъ — до 9/сс. Поле зрѣнія рѣзко сужено концентрически, особенно въ правомъ глазѣ, гдѣ оно, кромѣ того, имѣетъ неправильную форму, въ видѣ вытянутой книзу отъ центра фиксаціи полосы; но центральной скотомы — нѣтъ. Офтальмоскопированіе обнаружило въ обоихъ глазахъ атрофію зрительныхъ нервовъ воспалительнаго происхожденія: папиллы обѣ были блѣдны, особенно въ правомъ глазѣ, гдѣ и края ея отчетливѣе, въ лѣвомъ *papilla* нѣсколько розовѣе, но сосуды и здѣсь значительно сужены; контуры не рѣзко очерчены.

Изъ распросовъ больного выяснилось, что у него бывають приступы сильной головной боли, боли въ ногахъ; не отрицаетъ и злоупотребленій алкоголемъ. При изслѣдованіи въ Клиникѣ Кожныхъ Болѣзней у него было найдено *ostitis gummosa cruris sinistri et dolores osteocopi*, но только въ видѣ предположенія. Въ

Клиникъ Первыхъ Болѣзней никакихъ измѣненій со стороны нервной системы не обнаружено, кромѣ слабаго tremor digitorum. О болѣзни глазъ Г-въ разсказалъ слѣдующее: въ ноябрѣ 1907 г. онъ, чувствуя общее недомоганіе, выпилъ фунтъ „киндеръ-бальзама“ какъ лекарство. Черезъ  $1\frac{1}{2}$  сутокъ онъ замѣтилъ „туманъ“ въ глазахъ и въ теченіе двухъ сутокъ зрѣніе упало до степени количественнаго свѣтоощущенія. Поступилъ въ мѣстную больницу, гдѣ пробылъ 38 дней; продѣланъ былъ курсъ потогоннаго леченія, отвлеченіе на низъ, кровососныя банки на виски и затылокъ, сдѣлано 80 втираній ртути въ виски. Зрѣніе, по словамъ больного, возстановилось и держалось двѣ недѣли, а затѣмъ опять началось ухудшеніе; опять больной поступилъ въ лечебницу, причемъ ему дѣлались подкожныя инъекціи стрихнина, но безрезультатно. Послѣ этого уже онъ отправился въ Казань. Больной помещенъ въ Клинику и до настоящаго времени ему сдѣлано 23 инъекціи стрихнина подъ кожу висковъ и 12 инъекцій *natrii chlorati* подъ соединительную оболочку глазъ. Внутрь онъ получаетъ іодъ съ бромомъ. Пока отмѣчено только легкое повышеніе *visus*'а въ правомъ глазѣ на 2—3/сс. Общее состояніе удовлетворительно. Нужно еще прибавить, что по изслѣдованію терапевта у больного оказались только легкія явленія катарра желудочно-кишечнаго тракта.

*4-й случай.* Насыбулла А-въ, крестьянинъ Казанской губ., 39 лѣтъ, явился въ клинику по поводу быстраго паденія зрѣнія 23. IV. 08 г.

При изслѣдованіи оказалось, что наружныя части глазъ нормальны, острота-же зрѣнія въ правомъ глазѣ = 6/сс, въ лѣвомъ — 5—6/сс, повидимому, имѣется Hm, 1.5.D. Поле зрѣнія въ правомъ глазѣ значительно сужено концентрически, а книзу простирается всего до  $15^{\circ}$ , въ лѣвомъ глазѣ имѣется только легкое суженіе снаружи (на  $10^{\circ}$ ). Офтальмоскопированіе дало картину атрофіи обоихъ зрительныхъ нервовъ — съ блѣдными, слегка сѣроватыми *papilla*'ми съ узкими сосудами и расплывчатыми краями.

Больной потерялъ зрѣніе 20 дней тому назадъ; зрѣніе падало въ теченіе 4-хъ дней послѣ выпитаго фунта „киндеръ-бальзама“. Два дня больной былъ совершенно слѣпъ, затѣмъ зрѣніе появилось въ слабой степени и въ такомъ видѣ остается 20 дней.

Больному былъ назначенъ іодъ внутрь, инъекціи стрихнина и *natrii chlorati*, но больной былъ въ Казани только до 11/у. За это время *visus* поднялся до 10/сс въ правомъ глазѣ и 13/сс — въ лѣвомъ; затѣмъ больной уѣхалъ домой и исчезъ изъ наблюденія, обѣщая показаться осенью.

*5-й случай.* Минней Галимъ С-въ, крестьянинъ Самарской губ., 22-хъ лѣтъ, по профессіи прикащикъ при галантерейной торговлѣ, явился въ клинику съ жалобой на ослабленіе зрѣнія 3. у. 08 г. При осмотрѣ оказалось: на обоихъ глазахъ имѣется прежде всего острый катаральный конъюнктивитъ; затѣмъ, острота зрѣнія въ правомъ глазѣ  $= 20/VI$ , въ лѣвомъ  $= 3/сс$ . Поле зрѣнія въ правомъ глазѣ оказалось нормальнымъ, какъ на бѣлый свѣтъ, такъ и на зеленый и красный; въ лѣвомъ глазѣ оно точно не опредѣлялось: повидимому, сохранился только небольшой участокъ въ наружной части поля зрѣнія по горизонтальному меридіану. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало, что обѣ *papillae* одинаково блѣдны, съ узкими сосудами и нѣсколько расплывчатыми краями, такимъ образомъ и здѣсь имѣлась *atrophia nerv. opticoe et neurit. retrobulbari*. Исторія заболѣванія такова: въ концѣ декабря больной нѣсколько разъ въ теченіе двухъ недѣль пилъ „киндеръ-бальзамъ“, доходя до 2-хъ фунтовъ въ день; пилъ—какъ спиртный напитокъ, но не до полного опьяненія. Съ Января появилась боль въ груди, затѣмъ рѣзкія головныя боли и одновременно начало падать зрѣніе. 9. I поступилъ въ мѣстную больницу, а въ ночь на 10-ое. I наступилъ полный амаврозъ, державшійся около двухъ недѣль. Къ концу 2-ой недѣли зрѣніе стало появляться съ периферіи сначала въ правомъ глазѣ, затѣмъ въ лѣвомъ. Зрѣніе постепенно улучшалось и при выпискѣ изъ больницы (черезъ мѣсяцъ) больной могъ читать. Въ теченіе  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца больной занимался своимъ дѣломъ и считалъ себя здоровымъ, а затѣмъ, по его словамъ, получилъ *influenz'u*, продолжавшуюся три дня. Снова появились головныя боли и зрѣніе понизилось до той степени, въ какой имѣется и въ настоящее время.

Никакихъ заболѣваній другихъ органовъ и частей тѣла при изслѣдованіи специалистами не оказалось. Больному было предписано соотвѣтствующее леченіе и черезъ день онъ уѣхалъ изъ Казани, за неимѣніемъ средствъ жить здѣсь.

Изъ приведенныхъ исторій болѣзни видно, что во всѣхъ случаяхъ слѣпота появилась, повидимому, отъ приѣма извѣстнаго количества—до фунта и болѣе—ароматическаго спирта и наступила въ теченіе отъ нѣсколькихъ часовъ—до 4-хъ дней. Только послѣдній случай имѣетъ болѣе хроническое теченіе, вѣроятно въ зависимости отъ качества выпитаго продукта.

Въ томъ случаѣ, гдѣ больной явился вскорѣ послѣ паденія зрѣнія (на 10-й день),—офтальмоскопическая картина оказывалась нормальной, или можно было замѣтить только небольшую гиперемію *papillae nervi optici*; въ дальнѣйшемъ теченіи развивается атрофія зрительныхъ нервовъ: *papilla* принимаетъ все болѣе блѣд-

ную окраску, сосуды сѣтчатки суживаются, какъ артеріи, такъ и вены; края соска мѣстами очерчены достаточно отчетливо, мѣстами-же—и при томъ въ большей части окружности—представляются расплывчатыми, постепенно безъ рѣзкой границы переходящими въ красный цвѣтъ дна глаза. Однимъ словомъ, въ результатѣ получается картина атрофіи зрительнаго нерва невритическаго происхожденія, какая обычно наблюдается послѣ позадиглазного неврита.

Особенность разсматриваемыхъ случаевъ заключается въ томъ, что острота зрѣнія падала очень быстро и чрезвычайно глубоко, кромѣ того, не наблюдалось типичной для токсическаго неврита центральной скотомы. Обычно *neuritis retrobulbaris* на почвѣ отравленія бываетъ въ хронической формѣ и рѣдко приводитъ къ полному амаврозу. Въ большинствѣ случаевъ онъ наблюдается какъ частичный невритъ и если заканчивается атрофіей зрительнаго нерва, то атрофируется обычно только макулярный пучокъ волоконъ, что офтальмоскопически выражается поблѣднѣніемъ височной половины *papillae*, а субъективно—центральной скотомой при нормальныхъ границахъ поля зрѣнія (H. Schmidt-Rimpler, A. Натансонъ).

Острая форма *neuritis retrobulbaris* наблюдается очень рѣдко и можетъ дать полную слѣпоту не только въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, но и внезапно (*neuritis fulminans*); но эта форма рѣдко бываетъ двухсторонней. Изъ этиологическихъ моментовъ здѣсь чаще наблюдаются острые инфекціонныя болѣзни (тифъ, скарлатина, корь, заушница), простуда (Е. Адамюкъ, Fuchs), неправильности *menstrua* (Samelson, Leber), обильныя кровопотери. Острый же *neuritis retrobulbaris* токсическаго происхожденія былъ описанъ при отравленіи свинцомъ, хининомъ, карболовой кислотой, сѣрнистымъ углеродомъ (на резиновыхъ фабрикахъ—Delpsch) и нѣкоторыми другими. *Amblyopia*, или въ рѣдкихъ случаяхъ *amaurosis*, при этихъ отравленіяхъ въ большинствѣ случаевъ постепенно исчезаютъ съ удаленіемъ яда и при соответствующемъ леченіи.

Встрѣчающіяся при отравленіяхъ пораженія глазъ,—и изъ нихъ—ослабленіе зрѣнія, гораздо чаще развиваются, какъ уже было упомянуто, хронически, при долговременномъ дѣйствіи яда. Таковымъ можетъ быть цѣлый рядъ веществъ, какъ растительнаго, такъ и минеральнаго происхожденія; таковы: алкоголь, никотинъ, хининъ, свинецъ, салициловая кислота, бромистый калий, опій, синильная кислота, іодъ, ртуть, осмій, и пр. Всѣ они вызываютъ при долгомъ употребленіи постепенно развивающееся ослабленіе зрѣнія, причѣмъ типичнымъ признакомъ такой токсической амблиопіи является центральная скотома на красный и зеленый цвѣта при нормальныхъ размѣрахъ поля зрѣнія. Въ тяжелыхъ случаяхъ

появляется скотома и на бѣлый цвѣтъ, сначала относительная, а затѣмъ и абсолютная.

Въ нашихъ случаяхъ рѣзкое паденіе зрѣнія наступало сравнительно очень быстро, въ видѣ остраго отравленія, причемъ токсическимъ агентомъ являлось вещество сложное по своему составу. По Россійской Фармакопее *spiritus aromaticus* долженъ содержать: *Ol. Myristicae aether.*, *ol. Lavandulae* аа 10; *Ol. Citri*, *Ol. Caryophyllorum*, *Ol. Foeniculi*, *Ol. Menthae crispae*, *Ol. Cinnamomi Cassiae* аа 3, *Ol. Melissa* 1, все это растворяется въ 1728 частяхъ *spiriti vini rectificatiss.* 90% и затѣмъ сюда прибавляется 5184 ч. *spiriti vini rectificati* 70%. Цифры взяты съ такимъ расчетомъ, что въ смѣси получается 75%-ый спиртъ, причемъ на 6912 частей его приходится 36 частей масла, т. е. 0,52%. Препаратъ употребляется какъ *excitans* и *carminativum* внутрь — чайными ложками, наружно — для втираній; разрѣшенъ къ ручной продажѣ изъ аптекъ и аптекарскихъ магазиновъ.

Всѣ масла, входящія въ составъ препарата, представляютъ изъ себя — вкусовые вещества, или *stomachica*, *carminativa*, *exrecto-gantia*, и ни одному изъ нихъ нельзя, повидимому, приписать такого быстрого и сильнаго пораженія зрительнаго органа, какъ это наблюдалось у нашихъ больныхъ. Самыми сильнодѣйствующими изъ этихъ маселъ являются — *ol. myristicae*, *ol. caryophyllorum* и *ol. cinnamomi*; большія дозы ихъ (8,0) вызывали у кролика тяжелое заболѣваніе и даже смерть въ нѣсколько дней (Mitscherlich). Но только относительно мускатнаго масла имѣется въ литературѣ случай Matthews'a (1877 г.), относящійся къ ребенку 9-ти лѣтъ, у котораго отъ съѣденнаго  $\frac{1}{2}$  орѣха наблюдалось отравленіе съ пониженіемъ зрѣнія. Въ составъ „киндеръ-бальзамъ“ эти масла входятъ въ сравнительно незначительныхъ количествахъ: въ фунтѣ препарата — мускатнаго масла будетъ содержаться около 0.5 gm., гвоздичнаго же и коричнеаго — около 0.15 gm. каждаго, такъ что дѣйствіе бальзама скорѣе всего можно приписать главной его составной части = спирту 75%-ной крѣпости. Но здѣсь оказывается, что вышеописанная клиническая картина заболѣванія мало напоминаетъ амблиопію алкогольнаго происхожденія.

Дѣло въ томъ, что отравленіе алкоголемъ чаще всего вызываетъ ослабленіе зрѣнія только при хроническомъ дѣйствіи яда, причемъ зрѣніе падаетъ постепенно и очень медленно. При остромъ отравленіи амблиопія наступаетъ крайне рѣдко. Известны случаи Mackenzie и Arens'a, которые описали полный амаврозъ при остромъ опьяненіи. Кромѣ того, зрѣніе падаетъ обыкновенно не ниже 20/с, и то только центральное; поле же зрѣнія остается въ нормальныхъ границахъ. Далѣе, *amblyopia* при алкоголизмѣ сопровождается еще разнообразными пораженіями въ другихъ органахъ; таковы: катарръ

желудка, дрожаніе конечностей, бессонница, наконецъ—*delirium tremens*.

Очевидно картину болѣзни въ разбираемыхъ случаяхъ нельзя отнести на счетъ отравленія алкоголемъ и нужно искать причину въ дѣйствиіи всѣхъ составныхъ частей ароматическаго спирта вмѣстѣ, или въ постороннихъ примѣсахъ, которыя могутъ содержаться въ бальзамѣ, приготовляемомъ внѣ аптекъ. Вотъ въ этомъ заключается особенный практическій интересъ описываемыхъ случаевъ: благодаря имъ мы узнаемъ, что такой общеупотребительный препаратъ, какъ „киндеръ-бальзамъ“, оказывается вовсе не столь невиннымъ средствомъ, какъ обыкновенно считается; мы узнаемъ, что этотъ бальзамъ, помимо аптекъ и аптекарскихъ магазиновъ, можно получить въ любомъ количествѣ у торговцевъ москательными товарами и даже въ мелкихъ бакалейныхъ лавкахъ, особенно на окраинахъ города, и вотъ здѣсь-то этотъ препаратъ имѣетъ очень подозрительныхъ составъ, рѣзко отличающійся отъ аптечнаго *spiritus aromaticus* даже по наружному виду и запаху.

Наши больные не могли доставить намъ тотъ препаратъ, который они принимали, такъ что химическій составъ его намъ неизвѣстенъ. Точно также неизвѣстенъ еще и патолого-анатомическій субстратъ описываемой формы заболѣванія зрительнаго органа, и для выясненія его въ настоящее время въ Глазной Клиникѣ предпринято экспериментальное изслѣдованіе на животныхъ дѣйствія различныхъ сортовъ „киндеръ-бальзама“ на сѣтчатку и зрительный нервъ.

На основаніи описанныхъ случаевъ, намъ кажется, слѣдуетъ сдѣлать весьма важное въ практическомъ отношеніи заключеніе, имѣющее общественное значеніе—это возбудить вопросъ объ ограниченіи права продажи фармацевтическаго препарата, извѣстнаго подъ названіемъ „киндеръ-бальзама“,—разрѣшеніемъ продажи его только изъ аптекъ, или даже только по рецептамъ врачей. Съ другой стороны и среди потребителей бальзама слѣдуетъ распространить популярно-изложенныя свѣденія о необходимой въ этомъ отношеніи осторожности, тѣмъ болѣе, что неумѣренное употребленіе этого препарата, какъ мы узнали изъ рассказовъ нашихъ больныхъ, можетъ повести даже къ летальному исходу; такихъ случаевъ ими приводится—четыре, но достовѣрность сообщенія, конечно, не можетъ быть провѣрена.

---





# ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

7-го Апрѣля 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали — Разумовскій, Казанскій, Панъ, Кашинская, Любенецкій, Гликманъ, Чебоксаровъ, Вендрихъ, Кузнецовъ, Котеловъ, Зуевъ, Левханьянцъ, Печниковъ, Цыпкинь, Овчинниковъ, Чалусовъ, Меньшиковъ, Неболюбовъ, Десятовъ, и человекъ 50 посторонней публики.

Дѣйств. членъ *Н. К. Горяевъ*. Къ вопросу о болѣзни Банти (съ демонстраціей больныхъ факультетской терапевтической клиники).

## ПРЕНІЯ.

*Разумовскій*. Вы, повидимому, несклонны выдѣлить болѣзнь Банти въ самостоятельную нозологическую единицу. Многого не хватаетъ для признанія ея за нозологическую единицу. Я напомню, что ее началъ изучать *Н. М. Любимовъ*, который написалъ по этому поводу монографію, но смерть прервала его работу; онъ собралъ много казуистики и обработалъ ее съ патолого-анатомической стороны. Докторъ *Березнеговскій* разграничиваетъ болѣзни селезенки, во первыхъ: на *анаемія splenica*; 2) *pseudoleukemia splenica*; 3) болѣзнь Банти. Т. обр. онъ расходится съ докладчикомъ. Онъ пробуетъ разобраться въ этой

путаницѣ, придерживаясь ортодокса Банти. Просматривая работу Любимова, я нашелъ, что кровотеченія при болѣзни Банти описаны самимъ Банти, а не Senator'омъ. Вы отнеслись къ хирургіи скептически, но изъ приведенной Березнеговскимъ литературы вопроса видно, что результаты хирургическаго вмѣшательства сносны.

Въ нѣкоторыхъ прослѣженныхъ случаяхъ наступило выздоровленіе. Обмѣнъ веществъ по изслѣдованіямъ Umber до операціи былъ больше, а послѣ операціи сталъ меньше. Нѣкоторые ваши случаи съ хирургической стороны представляли особенности: напр. у васъ есть случай съ диабетомъ, а у одной больной имѣется lues. Затѣмъ шумы селезеночные для насъ въ смыслѣ кровотеченія интересны и опасны. Въ случаяхъ предназначенныхъ для операціи важно знать, нѣтъ-ли адгезивнаго перитонита. Нѣкоторые авторы (болгарскіе) особенно легко удаляютъ селезенку, напр. даже при хронической маляріи; я на съѣздѣ хирурговъ высказался противъ этого. Быть можетъ въ послѣдствіи выдѣлится нѣсколько отдѣльныхъ формъ на основаніи патолого-анатомич. матеріала.

Горяевъ. Я не высказываюсь отрицательно по отношенію къ спленектоміи. Для меня не ясно, какъ разграничить всѣ анеміи splenicae. Для меня не ясно, почему онъ считаетъ въ первомъ періодѣ возможнымъ діагнозъ morbi Banti.

Разумовскій. Я приводилъ данные относительно 3-го періода, т. е. періода цирроза.

Горяевъ. Былъ-ли тамъ асцитъ?

Разумовскій. Кажется, былъ.

Казанскій. Вѣдь больная, которую Вы демонстрировали, страдаетъ lues'омъ. Не имѣеть-ли это значеніе для Вашего случая?

Каземъ-Бекъ. Больная, у которой имѣется lues, наблюдается и подвергнется ртутному лѣченію, хотя наличность язвъ у нея не говоритъ за страданіе болѣзнію Банти, какъ результата сифилиса.

Далѣе, я хотѣлъ бы отмѣтить, что у насъ есть случай, гдѣ при полной наличности картины болѣзни Банти, намъ встрѣтились плазмодіи, что противорѣчитъ представленію о болѣзни Банти. При операціяхъ Вы не найдете сращенія селезенки, но весьма возможно встрѣ-

тить сращеніе кишекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно разграничить болѣзнь Банти въ паталого-анатомическомъ, а тѣмъ болѣе въ клиническомъ отношеніи.

Орловскій. Я вполне согласенъ, что ваши случаи не есть болѣзнь Банти; въ виду большихъ трудностей въ распознаваніи надо быть особенно осторожнымъ съ діагнозомъ. Мнѣ кажется, хирургіи оперируютъ больше въ первомъ періодѣ, когда не скажешь, есть-ли это болѣзнь Банти или что—другое. Я помню одинъ случай, демонстрированный въ больницѣ, гдѣ думали о болѣзни Банти, а оказался потомъ туберкулезъ селезенки.

Банти есть отдѣльная форма заболѣванія. Банти первый показалъ, что печень поражается циррозомъ послѣдовательно за заболѣваніемъ селезенки. Онъ многое разъяснилъ въ вопросѣ о pseudoleukemia. Б. м. когда гематологія получить наибольшее развитіе, она объяснить намъ многое въ этой путаницѣ.

Горяевъ. Мои случаи иллюстрируютъ, что мы можемъ наблюдать симптомокомплексъ, близкій къ Банти.

Орловскій. Что касается анатоміи изслѣдованій, то лучше не затрагивать, такъ какъ хорошихъ изслѣдованій нѣтъ. У васъ есть разница въ схемѣ, напр. у барышни первый періодъ тянется 10 лѣтъ, а потомъ уже наступаетъ анемія.

Горяевъ. Мнѣ удалось выяснитъ по литературнымъ даннымъ, что иногда увеличеніе селезенки при циррозахъ предшествуетъ циррозу печени.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за сдѣланный докладъ.

#### Административная часть.

1. По поводу остатка суммы отъ стипендіи имени Ротштейна постановлено войти въ переговоры съ Правленіемъ Университета о выдачѣ ихъ Обществу.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

# ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

14-го Апрѣля 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали — Казанскій, Десятовъ, Идельсонъ, Цыпкинъ, Фофановъ, Шибковъ, Кузнецовъ, Левчаткинъ, Первушинъ, Мигаловскій, Печниковъ, Троицкій, Лурія, Вендрихъ, Левханьянцъ, Чебоксаровъ, Кашинская, Котеловъ, Островскій, Копыловъ, Панъ, Неболюбовъ и человекъ 40 посторонней публики.

Д-ръ *Любенецкій*. „Вопросъ о международномъ языкѣ въ медицинѣ“.

Въ преніяхъ принимали участіе Идельсонъ, Цыпкинъ, Мигаловскій, Любенецкій, Шоломовичъ, Чалусовъ, Лурія, Десятовъ, Левчаткинъ и нѣсколько человекъ изъ публики.

Послѣ преній Общество врачей признало желательность введенія какого-либо одного международного языка въ медицинѣ, хотя бы языка эсперанто и поручило бюро выработать редакцію обращенія по этому поводу, какъ предлагалъ докладчикъ, въ Общество врачей въ память Н. И. Пирогова, съ тѣмъ, чтобы оно взяло на себя инициа-

тиву постановки данного вопроса на разсмотрѣніе широкихъ врачебныхъ круговъ Россіи и Запада и включило его въ число программныхъ вопросовъ къ будущему Пироговскому съѣзду.

Выработанная бюро редакціи гласить слѣдующее:

Заслушавъ на засѣданіи 14 апрѣля 1907 г. докладъ д-ра Любенецкаго на тему: «Вопросъ о международномъ языкѣ въ медицинѣ» и раздѣляя съ одной стороны взглядъ докладчика, что принятіе какаго либо одного языка для научныхъ сообщений, медицинскихъ конгрессовъ и т. д. принесло бы громадную пользу медицинѣ, такъ какъ отсутствіе такого «международнаго» языка является большимъ тормазомъ въ дѣлѣ научнаго общенія между врачами различныхъ странъ, а съ другой стороны, допуская, вмѣстѣ съ докладчикомъ, что идея международного языка, быть можетъ, наиболѣе осуществима на практикѣ въ случаѣ принятія за таковой языкъ языка эсперанто,— Каз. Общ. Врачей высказываетъ пожеланіе, чтобы Пироговское Общество взяло на себя инициативу постановки данного вопроса на разсмотрѣніе широкихъ врачебныхъ круговъ Россіи и Запада и включило его въ число программныхъ вопросовъ къ будущему Пироговскому съѣзду.

*Н. К. Горяевъ.* Демонстрація больныхъ съ лейкеміей изъ терапевтической факультетской клиники.

Проф. Каземъ-Бекъ сдѣлалъ къ этой демонстраціи вступленіе, заявивъ, что онъ идетъ на встрѣчу желаніямъ Общества видѣть больныхъ съ лейкеміей, леченныхъ Рентгеновскими лучами, въ началѣ ихъ леченія, что будетъ дополненіемъ къ прошлогодней демонстраціи больныхъ, уже излеченныхъ.

## П Р Е Н І Я.

Первушинъ. У Вашихъ больныхъ были боли въ ногахъ. Какъ Вы третируете ихъ? Нѣтъ-ли здѣсь измѣненій въ сферѣ нервной системы. Бываютъ-ли эти боли постоянны?

Горяевъ. Колѣнные рефлексы были здѣсь нормальны. Я объясняю боли заболѣваніемъ костнаго мозга.

Первушинъ. Мнѣ думается, что здѣсь имѣются явленія полиневрита въ виду плохого питанія больныхъ. Быть можетъ, здѣсь имѣется даже аутоинтоксикація.

Орловскій. Жаль, что докладчикъ не далъ въ своемъ интересномъ докладѣ полной картины измѣненій крови у своихъ лейкемиковъ подъ вліяніемъ х—лучей. Такъ, подробнаго изслѣдованія качественной стороны лейкоцитоза и количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ таблицахъ нѣтъ; соотвѣствующія величины нужны только въ началѣ и по окончаніи леченія. Счетъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ можетъ между тѣмъ, повидимому, имѣть нѣкоторое значеніе, какъ одинъ изъ критеріевъ неблагоприятнаго дѣйствія х—лучей: литературныя данныя, по крайней мѣрѣ, показываютъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствіе х—лучей сказывается очень быстро, давая рѣзкое паденіе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; такому паденію сопутствуютъ рѣзкое же улучшеніе лимфатическихъ железъ и селезенки; быстрый упадокъ силъ, явленія сердечной слабости, поносы и другія явленія, зависящія, вѣроятно же всего, отъ отравленія крови ядовитыми продуктами, развивающимся при распадѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ такихъ именно случаяхъ авторы отмѣчаютъ и быстрѣе уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Горяевъ. Я знаю, что качественная сторона лейкоцитоза—очень важна. Количество міелоцитовъ — очень важно. Постояннаго изслѣдованія качественной стороны лейкоцитоза я не дѣлалъ, но имѣю въ виду сдѣлать, такъ какъ матерьялъ у меня есть. Относительн, систематическаго счисленія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ могу сказать слѣдующее: въ 1-мъ изъ сообщаемыхъ случаевъ я систематическія изслѣдованія на содержаніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ производилъ какъ Вы это можете видѣть изъ таблицы; но въ дальнѣйшихъ своихъ случаяхъ я отъ него отказался послѣ знакомства съ диссертацией д-ра Полумордвинова, который нашелъ, что величина вѣроятной ошибки при счетѣ тѣлецъ во всѣхъ 400-хъ квадратахъ камеры Thoma достигаетъ 15%. Не производя систематическаго изслѣдованія на содержаніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, я думаю, что на измѣненіе въ содержаніи ихъ мнѣ дало бы указаніе изслѣдованіе удѣльнаго вѣса крови, которое производилось систематически. Во всѣхъ случаяхъ удѣльный вѣсъ во время леченія повышался.

Счисленіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ 400-хъ квадратахъ требуетъ много времени; уменьшеніе же числа изслѣдованныхъ квадратовъ увеличиваетъ вѣроятную ошибку.

Изслѣдованіе же удѣльнаго вѣса требуетъ менѣе напряженной и продолжительной работы,—а результаты даетъ болѣе точные.

Орловскій. Что касается самого счета красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, то никакъ нельзя согласиться съ мнѣніемъ докладчика о значительной неточности обычнаго нашего метода; изслѣдованія такого компетентнаго лица, какъ Abbé, показываютъ, что ошибки при счетѣ далеко не достигаютъ такихъ величинъ, какія даетъ Полумордвиновъ точность счисленія возрастаетъ параллельно съ числомъ сосчитанныхъ тѣлецъ: такимъ образомъ, что при 5000 просчитанныхъ тѣлецъ ошибка зависящая отъ неточности метода, не превышаетъ 0,95%, при 3000—1,2%, при 1000—2,1% и т. д.

Горьевъ. Я не знаю работы Abbé; Reinert и Алферовъ даютъ для величины вѣроятной ошибки цифры болѣе высокія, чѣмъ приведенныя цифры Abbé, хотя и болѣе низкія, чѣмъ цифра д-ра Полумордвинова.

Каземъ-Бекъ. По поводу прогностическаго значенія уменьшенія красныхъ кровяныхъ шариковъ я могу сказать, что количество шариковъ (по Юхиму и собственнымъ наблюденіямъ) увеличивается въ началѣ; представляется интереснымъ стойкость лейкеміи при хорошихъ субъективныхъ явленіяхъ. Число красныхъ кровяныхъ шариковъ вездѣ повышалось.

#### Административная часть.

1) Постановлено предложеніе д-ра Любенецкаго отправить въ Общество врачей въ память Н. И. Пирогова.

2) Заслушано предложеніе Редакціи «Казанскаго Медицинскаго Журнала» сократить число выпусковъ его вслѣдствіе недостатка литературнаго матеріала. Постановлено предложеніе принять и число выпусковъ сократить до 4-хъ въ годъ.

3) Баллотировка въ дѣйствит. члены Общества д-ра Стежинскаго: 18 изб. 0 неизб.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Оаворскій.



# ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

5-го Октября 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—Неболюбовъ, Казанскій, Заболотновъ, Кузнецовъ, Соколовъ, Лурія, Гликманъ, Чарушинъ, Соларевъ, Котеловъ, Идельсонъ, Стежинскій, Чебоксаровъ, Надель-Пружанская, Никольская, Копыловъ, Чалусовъ, Праксинъ, и человекъ 50 посторонней публики.

1. Дѣйств. членъ *И. И. Цыпкинъ*. «Къ вопросу объ оперативномъ леченіи рака гортани».

## ПРЕНІЯ.

Котеловъ. Въ 1903 году такую же операцію произвелъ проф. Н. А. Геркенъ. Сначала рѣшено было сдѣлать ее безъ предварительной трахеотоміи, но у больного появилась синюха, что заставило произвести трахеотомію. Въ иныхъ случаяхъ безъ трахеотоміи обойтись нельзя. Что касается кормленія, то мы вводили больному зондъ прямо въ ротъ, а на 10-й день кормленіе шло уже естественнымъ образомъ. Относительно искусственной гортани нужно сказать, что она мало пригодна. Нашъ больной, которому была вставлена такая гортань, явился къ намъ черезъ 10 мѣсяцевъ для заживленія отверстия въ глоткѣ.

Однако, нужно отмѣтить, что нашъ больной говорить хотя и шопотомъ, но яснѣе, чѣмъ Вашъ.—Почему больной научается говорить это,—конечно, вопросъ, разрѣшимый физиологами. Вѣдь гортань не служитъ звукопроизводителемъ, а главную роль при этомъ играютъ языкъ и губы. Больной нашъ сильно тяготился своимъ положеніемъ, постоянная неряшливость сильно стѣсняла его. Въ заключеніе я долженъ сказать, что мы принуждены бываемъ дѣлать эту операцію, какъ неизбежное зло.

П р а к с и н ѣ. Я съ особеннымъ интересомъ выслушалъ докладъ своего ученика. Операція, произведенная докладчикомъ, очень серьезная и даже ужасна. Операція эта не была, на примѣръ, произведена у Фридриха III-го, такъ какъ  $\%$  смертности отъ нея равнялся 44—50 $\%$ . Докладчикъ произвелъ операцію со всѣми новѣйшими усовершенствованіями въ technikѣ. Вѣдь главное число смертей зависитъ отъ шлюкпневмоніи;  $\frac{1}{4}$  больныхъ умираетъ отъ флегмоны между заднею стѣнкою трахеи и глоткою. Эти явленія суть два главныхъ осложненія. Новѣйшія усовершенствованія устраняютъ условія для флегмоны и операціонной пневмоніи. Флегмона была здѣсь предотвращена тѣмъ, что рана была зашита наглухо согласно совѣту Bardenheuer'a. Результатъ операціи, произведенной докладчикомъ вполне самостоятельно, былъ хорошъ потому, что глотка была вскрыта въ самый послѣдній моментъ.—Затѣмъ, мы слышали, что не всегда можно оперировать безъ предварительной трахеотоміи. Но такіе больные не дадутъ такихъ благопріятныхъ результатовъ при операціи, какъ нашъ больной. Что касается соскальзыванія гортани внизъ, то оно не такъ страшно, такъ какъ этого можно избѣжать наложеніемъ лигатуры. При предварительной-же трахеотоміи образуются плотные рубцы, мѣшающіе операціи.

Ч а л у с о в ѣ. Если обратить вниманіе на статистику, то мы увидимъ, что  $\%$  смертности при этой операціи все падаетъ. Однако, надо признать, что  $\%$  этотъ очень великъ. По статистикѣ же Глюка, въ 1904 году, на 27 операцій онъ получилъ всего 2 случая смерти. Не зависитъ-ли такой малый  $\%$  смерти отъ метода операціи? Дѣйствительно, у Глюка методъ операціи нѣсколько иной. Онъ, работая на животныхъ, усовершенствовалъ эту операцію: онъ дѣлаетъ 2 поперечныхъ разрѣза; затѣмъ, по *lin. mediana* дѣлаетъ продольный разрѣзъ, тщательно отсепаровываетъ все и на 5 сантим. ниже дѣлаетъ поперечный разрѣзъ въ 3—4 снт. Затѣмъ, онъ разсѣкаетъ *membrana hyothyreoidea* и плотно тампонируетъ гортань, благодаря чему у него не

попадаетъ ни капли крови, ни слизи; послѣ этого выводитъ быстро трахею въ нижнюю поперечную рану, такъ что раневая поверхность получается совершенно отдѣленной. Съ раневою поверхностью поступаютъ такъ, какъ со всякою другою ранюю. Эти улучшенія, по моему мнѣнію, и даютъ тотъ контрастъ въ статистикѣ, который мы видимъ у Glück'a. У Reiger не получается такого хорошаго результата.—Случай этотъ я наблюдаю съ 1905 года. Я предполагалъ сдѣлать ему операцію въ началѣ 1906 года.—Интересно, что дѣлается съ верхними дыхательными частями, когда они лишены провѣтриванія.

Идельсонъ. При производствѣ такихъ операцій нѣсколько увеличивается сумма жизни. Хирургическая статистика, къ сожалѣнію, не включаетъ въ себѣ статистики послѣоперационной. Такая операція можетъ, по моему мнѣнію, оказывать большую пользу въ травматическихъ поврежденіяхъ гортани. Съ точки зрѣнія практической я не могу назвать Вашего больного выздоровѣвшимъ, такъ какъ онъ самъ въ тягость себѣ.

Праксинъ. Методъ Glück'a находится въ періодѣ разработки и рекомендовать его молодому товарищу пока немислимо. Вѣдь многіе изъ его способовъ отмѣнены; они очень сложны и потому не всякій способенъ дѣлать по нимъ операцію.

Заболотновъ. Новообразованіе у даннаго больного носить характеръ папиллярный. При микроскопическомъ же изслѣдованіи мы находимъ плоскоэпителиальный ракъ. Не видно, есть-ли здѣсь переносы. Быть можетъ, благодаря операціи, жизнь его можетъ быть продолжена.

Докладчикъ. Я не говорю, что непременно вездѣ необходимо оперировать безъ трахеотоміи. Что касается статистики Glück'a, то она входитъ въ сумму статистики, приводимой мною. Относительно судьбы верхнихъ дыхательныхъ частей сказать опредѣленное затрудняюсь. Несомнѣнно, благодаря операціи, мы продолжаемъ жизнь больного. Если рецидивовъ нѣтъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ, то мы считаемъ больного здоровымъ.—Относительно травмы гортани я полагаю, что мы никогда не будемъ оперировать травматическихъ поврежденій ея, такъ какъ заживленіе поврежденія идетъ само собою.

Предсѣдатель отмѣтилъ выдающійся интересъ сдѣланнаго доклада и сказалъ, что въ Казани очень трудно вести надлежащую статистику подобныхъ случаевъ, такъ какъ больные скоро теряются изъ виду, какъ онъ могъ убѣдиться на своемъ опытѣ. Онъ имѣлъ въ своемъ распоряженіи 3 случая рака гортани, которые онъ передалъ хирургу, но послѣ операциі они были прослѣжены мало. Случай проф. Н. А. Геркена, гдѣ больная умерла отъ изъязвленія, вполне былъ пригоденъ для операциі, и больная была бы несомнѣнно спасена отъ смерти.

2) Дѣйств. членъ *Е. М. Идельсонъ*: «Къ характеристикѣ санитаріи въ Японской арміи».

(послѣ доклада раздались шумные аплодисменты).

Д-ръ Эскинъ сдѣлалъ дополненіе къ докладу д-ра Идельсона.

## П Р Е Н І Я.

Лурія. Врядъ-ли можно согласиться, что японскій врачъ былъ подготовленъ къ военной санитаріи лучше, чѣмъ русскій. Мое сомнѣніе мотивируется тѣмъ, что въ Японіи медицинское образованіе поставлено хуже, чѣмъ у насъ. Однако, у нихъ имѣется одно большое преимущество: санитарное дѣло у нихъ подчинено одному лицу, которое и устраниваетъ санитарію въ мирное и военное время. У насъ же было нѣсколько начальствующихъ лицъ, ревизія производилась до 7 разъ въ недѣлю. Военные врачи часто подчинялись генералу, который, напримѣръ, дѣлалъ замѣчанія относительно медицинской терминологіи. Бумага господствовала надъ всѣмъ. Наши врачи не могли вполне проявить своей дѣятельности. На фонѣ бумажнаго дѣла русскій врачъ сдѣлалъ больше, чѣмъ могъ сдѣлать.

Перимовъ. Въ Японіи была организація санитарнаго дѣла, а у насъ ея не было. Мы служили не дѣлу врачеванія, а своду законовъ. Я былъ врачомъ лазарета и намъ были даны хирургическіе инструменты по каталогу 58 года. Впрочемъ, къ этому было добавлено нѣсколько кусковъ марли. Когда у насъ появились заболѣванія сибирской язвою отъ полушубковъ, то намъ было приказано для дезинфекціи окуривать ихъ сѣрою.

Предсѣдатель. Надѣюсь, что докладчикъ не обвиняетъ нашихъ врачей.

Докладчикъ. Никоимъ образомъ.

Праксинъ. Существуетъ два мнѣнія о необходимости имѣть врачей на передовыхъ линіяхъ. Одни (Вреденъ) противъ этого; другіе (нѣмецкіе авторитеты) говорятъ, что младшіе врачи должны руководить дѣйствіями санитаровъ. Я склоняюсь болѣе къ нѣмецкому мнѣнію.

Докладчикъ. Фишеръ говоритъ, что нѣмецкіе врачи бросаются впередъ за железный крестъ, но у нашихъ врачей этого не наблюдается.

Перимовъ. Дивизионные врачи говорятъ, что необходимо передовымъ пунктамъ быть въ линіи огня, но это едва-ли практично, такъ какъ больные бѣгутъ отъ такихъ пунктовъ.

Докладчикъ. Фишеръ говоритъ, что такіе пункты формируются инстинктивными наклонностями раненыхъ. Необходимо приспособлять ихъ къ мѣсту наибольшаго скопленія раненыхъ.

Праксинъ. Намъ представленъ отзывъ о прекрасномъ состояніи санитаріи военной въ Японіи, и отзывъ о печальномъ состояніи ея въ Россіи. Для болѣе справедливой оцѣнки необходимо подождать отзывовъ англійскихъ и нѣмецкихъ врачей. Однако, несомнѣнно у Японцевъ дѣло было лучше, но у нихъ и линія базы была короче, чѣмъ наша. Нѣтъ ничего удивительнаго, что японцы перещеголяли англичанъ и нѣмцевъ, такъ какъ эти послѣдніе вели войну колониальную.

Докладчикъ. Японская санитарія есть сколокъ съ нѣмецкой. Я основывалъ свой докладъ на отзывахъ нѣмецкихъ и французскихъ авторовъ.

Гликманъ. Мнѣ думается, что докладчикъ беретъ отдѣльные частные случаи и на нихъ строить общее заключеніе о плохомъ состояніи нашей военной санитаріи.

Эскинъ говоритъ о веденіи у насъ статистики больныхъ, раненыхъ и убитыхъ на войнѣ и признаетъ ее неудовлетворительной.

Д-ръ Казанскій обратилъ вниманіе докладчика на массу больныхъ, кромѣ раненыхъ, и въ японской арміи. Цифра однихъ больныхъ японскихъ солдатъ во время войны—230.000 чел.—очень велика и совсѣмъ не соотвѣтствуетъ той, чуть не идеальный, военно-санитарной организаціи въ японской арміи, какую представилъ докладчикъ со словъ японскихъ врачей. Что касается санитарнаго дѣла въ нашей арміи, то, не говоря объ извѣстныхъ и серьезныхъ недостаткахъ организаціи его, мы должны признать, что санитарное состояніе огромной русской арміи, благодаря усиліямъ медицинскаго персонала, было далеко не плохое, что можно видѣть, между прочимъ, изъ того, что сыпного тифа, этого страшнаго бича войскъ во время прежнихъ войнъ, въ нынѣшнюю войну въ нашей арміи почти не было. Заболѣваемость въ нашей арміи въ войну 1904—1905 г. г. была не больше чѣмъ въ японской арміи, если даже не меньше.

Докладчикъ не считаетъ число больныхъ у Японцевъ относительно большимъ.

Заболѣтновъ. По отзыву моего товарища, бывшаго на войнѣ видно, что заболѣваній въ нашей арміи было мало. Продовольственная часть была поставлена недурно.

Предсѣдатель считаетъ вопросъ исчерпаннымъ и, прекращая пренія, благодаритъ докладчика за столь интересный докладъ.

#### Административная часть.

1. Доложено о приглашеніи Московскаго Военнаго госпиталя принять участіе въ празднованіи 200-лѣтія существованія госпиталя. Постановлено послать поздравительную телеграмму.

---

По прочтеніи протокола настоящаго засѣданія въ засѣданіи 15 марта 1908 года г. д-ръ Казанскій сдѣлалъ слѣдующее добавленіе къ своему замѣчанію по поводу доклада д-ра Идельсона.

По собраннымъ мною свѣдѣніямъ, потери въ сухопутныхъ арміяхъ русской и японской въ войну 1904—1905 г. г. выражаются въ слѣдующихъ цифрахъ.

|                    | Русская армія. | Японская армія. |
|--------------------|----------------|-----------------|
| Убито              | 31.187         | 47.152          |
| Ранено             | 147.272        | 153 673         |
| Пропало безъ вѣсти | 37.497         | ?               |
| Заболѣло           | 205.478        | 221.136         |
| Итого              | 421.434        | 421.961         |

Если принять численность нашихъ войскъ въ 1.000.000 чел., а японской арміи—въ 800.000 чел., то и относительная заболѣваемость въ японской арміи будетъ больше, чѣмъ въ нашей арміи.

Въ указанную цифру потерь нашей сухопутной арміи не вошли 53.897 чел., попавшихъ въ плѣнъ. Если даже половину изъ этого числа плѣнныхъ признать больными, то и тогда общій результатъ получится тотъ же.

Пользуюсь случаемъ привести здѣсь нѣсколько интересныхъ замѣчаній врача флота Соединенныхъ Штатовъ Raymond'a Spear изъ его доклада Главному Доктору флота Америки о «Медицинскомъ и санитарномъ устройствѣ русской арміи и русскаго флота въ Русско—Японскую войну» \*).

Свой докладъ д-ръ Spear начинаетъ съ указанія тѣхъ трудностей, съ которыми пришлось имѣть дѣло русскому медицинскому персоналу для поддержанія здоровья и санитарнаго благоустройства громадной арміи вдали отъ центральной Россіи. Онъ считаетъ, что эта трудная задача была выполнена съ успѣхомъ.

Переходя къ организаціи военно-медицинскаго «Корпуса», авторъ прежде всего отмѣчаетъ высокій образовательный цензъ русскихъ военныхъ врачей, которые проходятъ обширный пятилѣтній курсъ медицинскихъ наукъ, вполне соотвѣтствующій курсу Германскихъ университетовъ. Но за то д-ръ Spear съ удивленіемъ говоритъ о томъ, что санитарная часть въ арміи находится въ рукахъ не врачей, а

---

\*) Докладъ реферированъ д-ромъ Л. А. Орбели въ «Медицинскихъ Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику», Ноябрь 1907 г.

офицеровъ, что въ санитарное дѣло вовлечены строевые офицеры, занимающіе должности, которыя должны принадлежать врачамъ. «Конечно, замѣчаетъ д-ръ Spear, если бы во главѣ медицинскаго дѣла стоялъ врачъ, медицинская организація была бы выше и лучше и результаты были бы плодотворнѣе.

Авторъ подробно описываетъ устройство медицинской части въ арміи, роль врачей и строевыхъ офицеровъ въ различныхъ сторонахъ военно-санитарнаго дѣла, приводитъ свѣдѣнія и о низшемъ медицинскомъ персоналѣ и особо—о дѣятельномъ и полезномъ участіи сестеръ милосердія. Описываетъ и дѣятельность «Краснаго креста», при чемъ высказывается за подчиненіе этой дѣятельности контролю военного вѣдомства.

Описывая приготовленія къ уходу за больными и ранеными въ Русской арміи, д-ръ Spear съ удивленіемъ говоритъ о грандіозности этихъ приготовленій. Множество госпиталей, лазаретовъ, пунктовъ обезпечивали арміи больничныя койки на 25% всего личнаго состава арміи, при чемъ для 5% больничныя койки имѣлись въ самихъ частяхъ войскъ, для 5%—на пути передовыхъ линій до Харбина, для 10%—въ Харбинѣ и на пути отъ Харбина до Европейской Россіи и, наконецъ, для 5%—въ самой Европейской Россіи. Общая численность врачей составляла 3000 чел., такъ что одинъ врачъ приходился на 380 человекъ. Такимъ образомъ, армія была вполне обезпечена въ медицинскомъ отношеніи (По свѣдѣніямъ д-ра Идельсона, на 800.000 чел. японской арміи военныхъ врачей японскихъ на войнѣ было 4517 чел., такъ что одинъ врачъ приходился менѣе, чѣмъ на 200 чел. Т. о. относительное число врачей въ японской арміи было въ 2 раза больше, чѣмъ въ нашей арміи).

Въ «Заключеніи» д-ръ Spear говоритъ, что какъ русскимъ, такъ и японцамъ пришлось бороться со страшными лагерными болѣзнями. У русскихъ въ лагеряхъ особенно часто встрѣчалась «тифодная лихорадка», давшая 17.033 случая, — болѣзнь, предупредить которую имѣется возможность. Но это общее число случаевъ тифа за всю войну въ русской арміи, замѣчаетъ авторъ, составляетъ всего  $\frac{1}{5}$  того числа случаевъ японской лагерной болѣзни—бери-бери, которое было отмѣчено за одинъ только послѣдній годъ войны (75.000—80.000 жертвъ). Болѣзнь эта, которую также возможно предупредить, развивалась на той же самой территоріи, гдѣ были расположены и русскія войска, въ средѣ которыхъ тѣмъ неменѣе не было ни одного случая бери-бери. Значительное число случаевъ въ японской арміи бери-бери показываетъ, говоритъ д-ръ Spear, что японцы, какъ гигиенисты,



нисколько не выше русскихъ. Общее число заболѣваній бери-бери въ японской арміи за всю войну, вѣроятно, говоритъ авторъ, никогда не станетъ извѣстно публикѣ. Отсюда можно заключить, замѣчаетъ д-ръ Spreng, что больными японцы понесли потерь гораздо больше, чѣмъ русскіе.

Заканчиваетъ свой докладъ д-ръ Spreng слѣдующими словами:

«Во всей міровой исторіи русская армія—самая большая изъ всѣхъ, когда—либо собиравшихся вмѣстѣ. За поддержаніе ея здоровья при помощи санитаровъ и военно-гигіеническихъ мѣропріятій, за огражденіе ея отъ массы болѣзней, являющихся почти неизбѣжными спутниками такого скопленія людей, Россія должна благодарить своихъ врачей, которые, не смотря на частыя неудачи изъ-за недостатка вліянія, все-таки сумѣли показать, что они—всегда на высотѣ своего призванія и вполнѣ способны къ выполненію своего долга.»

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

---

# ПРОТОКОЛЬ

экстреннаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

21-го Октября 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-ръ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—Неболюбовъ, Овчинниковъ, Николаевъ, Чалусовъ, Надель-Пружанская, Эскинъ, Островскій, Владиміровъ, Чебоксаровъ, Печниковъ, Десятовъ, Юдинъ, Соларевъ, Стежинскій, Казанскій, Копыловъ, Перимовъ, Панъ, Опокинъ, Цыпкинъ, Орловскій, Захарьевскій, Идельсонъ и болѣе 1000 человекъ посторонней публики.

Почетный членъ, проф. *В. И. Разумовскій*. Демонстрація живыхъ сросшихся близнецовъ (Sternopagi).

Докладчикъ демонстрировалъ близнецовъ передъ операціей разъединенія ихъ, которую онъ намѣревался произвести въ ближайшее время.

Пренія открыты не были.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Оаворскій

---

## ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

8-го Ноября 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ при заступающемъ мѣсто секретаря О. Г. Панъ.

Присутствовали: проф. В. Ф. Орловскій, проф. Тимофѣевъ, проф. И. А. Праксинъ, д-ръ Чебоксаровъ, Цыпкинъ, Перимовъ, Эскинъ, Опокинъ, Красинъ, Чалусовъ, Фофановъ, Копыловъ, Занченко, и человекъ 15 посторонней публики.

Д-ръ Красинъ сдѣлалъ сообщеніе «О колото-рѣзанныхъ ранахъ печени».

### ПРЕНІЯ.

Д-ръ В. А. Перимовъ замѣтилъ, что для доступа къ ранѣ на печени, если находится гдѣ—нибудь выше, предлагаютъ разрѣзъ *ligam. suspensor. hepatis*, а для остановки кровотечения слѣдуетъ прижать *art. meseraica superior*, чтобы легче накладывать швы.

Д-ръ Красинъ отвѣтилъ, что обыкновенно можно свободно накладывать швы на печень, не прижимать *art. meseraica superior*, а убирая кровь марлевыми салфетками.

Проф. И. А. Праксинъ. Что касается леченія колото-рѣзаной раны печени, то разумнѣе возможно скорое, энергичное хирургиче-

ское вмѣшательство, состоящее въ широкомъ разрѣзѣ раны, даже лапаротоміи и резекціи ребра, гдѣ рана лежитъ высоко на печени—этимъ мы открываемъ свободный доступъ къ ранѣ, легко діагностируемъ мѣсто раненія и накладываніемъ швовъ устраняемъ кровотеченіе, часто смертельное. Что касается чѣмъ, то можно съ успѣхомъ оперировать и съ простыми иглами, а не только съ иглами и швомъ Кузнецова. Симптомы полостного кровотеченія слѣдующіе: 1) блѣдность покрововъ, жажда, сохраненіе сознанія; послѣдними симптомами блѣдность покрововъ отъ потери крови отличается отъ блѣдности отъ шока. 2) болѣзненность и напряженіе стѣнокъ живота около раны и 3) ограниченная тупость въ области правой подвздошной области, зависящая отъ скопленія здѣсь крови, такъ какъ брыжжейка не даетъ возможности стекать крови изъ печени въ лѣвую половину живота.

Причина громаднаго процента смертности отъ хирургич. вмѣшательствъ лежитъ въ отекаѣ легкихъ, что зависитъ по моему отъ поперечнаго разрѣза *m. rectus abdominis*; а эта мышца играетъ роль при дыханіи; поэтому слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ вдоль *m. recti abdominis*, чѣмъ можетъ быть предотвратимъ отеки легкихъ. При сильныхъ кровотеченияхъ слѣдуетъ прижимать *lig. Hepato—duodenale*, а прижатіе *a. mesentericae superioris* бесполезно.

Д-ръ Перимовъ: прижимать *v. portae* опасно, ибо можетъ получиться шокъ, какъ это доказано опытомъ Ponfik'a и друг., прижатіе же *a. mesentericae superioris* безопасно.

Д-ръ Чалусовъ. Частота пораженій печени зависитъ по моему и отъ характера случая и самообороны, а не только отъ величины этого органа.

Д-ръ Красинъ: я никогда въ литературѣ не встрѣчалъ такого объясненія частоты раненій печени.

Проф. Каземъ-Бекъ. *M. rectus abdominis* не играетъ видной роли въ актѣ дыханія, а потому ея разрѣзъ не можетъ вызывать отекаѣ легкихъ.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Оаворскій.

---

# ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

3-го Декабря 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ при секретарѣ А. В. Евворскомъ.

Присутствовали—Орловскій, Казанскій, Неболюбовъ, Стежинскій, Полумордвиновъ, Горяевъ, Цыпкинъ, Чалусовъ, Шибковъ, Надель-Пружанская, Левханьянцъ, Опокинъ, посѣтитель проф. Миславскій и чловѣкъ 25 посторонней публики.

Посѣтитѣль *А. Ф. Самойловъ*. Струнный гальванометръ Einthoven'a и его значеніе въ медицинѣ.

## ПРЕНІЯ.

Орловскій замѣтилъ, что желательно было бы изучить кривыя, получаемыя посредствомъ этого гальванометра, на здоровыхъ людяхъ. Едва-ли тѣ лица, кривыя которыхъ Вы демонстрируете, могутъ считаться совершенно здоровыми.

Докладчикъ. Я согласенъ съ Вами: я не изслѣдовалъ здоровье тѣхъ лицъ, которыхъ я считалъ за нормальныхъ. Въ этомъ случаѣ можно надѣлать много ошибокъ. Но у тѣхъ больныхъ, которые были мнѣ доставлены, можно было констатировать рѣзкія уклоненія отъ кривыхъ т. наз. нормальныхъ.

К а з е м ь - Б е к ь. Интересно было бы проверить эти данные на здоровых и больных.

М и с л а в с к і й. Въ Голландіи провода соединяють клинику и физиологическій кабинетъ, благодаря чему получается возможность, не безпокая больныхъ, имѣть точныя кардіограммы.

Д о к л а д ч и к ь. Есть случаи, гдѣ ясно можно обнаружить пато-логическую сторону, напр. при аллоритоміи.

М и с л а в с к і й. Почти всѣ кривыя Einthoven'a сдѣланы со скоростью 0,05. Если ослабить нить, то можно получить очень большую кордіограмму.

О а в о р с к і й. Спросилъ, можно-ли было бы примѣнить этотъ гальванометръ для изслѣдованія мышцъ у здоровыхъ и больныхъ, страдающихъ пораженьемъ мускультуры.

Д о к л а д ч и к ь. Я думаю, можно. Если Вы приложите электродъ къ опредѣленной мышцѣ руки и будете сокращать напр., п. medianus, то получите очень интересныя данныя.

## II. А д м и н и с т р а т и в н а я ч а с т ь.

1) Выборы стипендіата имени Ротштейна.

Студ. Херсонскій—10 изб.; неизб. 1

Студ. Обуховъ — 2 —9

Студ. Соколовъ — 3 —8

Избранъ студ. Херсонскій.

2) Постановлено: выдать въ награду служащей въ библіотекѣ 15 рублей;

Наборщику «Казанскаго Медиц. журнала»—5 рублей

Сторожу при библіотекѣ—5 рублей

3) Заслушано воззваніе комитета по сбору пожертвованій на устройство глазной лечебницы имени проф. Л. Л. Гиршмана.

Постановлено: принять къ свѣдѣнію и открыть подписку между членами Общества.

4) Послать привѣтственную телеграмму проф. Высоковичу по поводу его тридцатилѣтней научнопедагогической дѣятельности въ отвѣтъ на предложеніе факультетской юбилейной комиссіи.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Оаворскій.