

3

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII.

НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ

1908 Г.



КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1908.

СОДЕРЖАНІЕ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ И. С. Рождественскій . О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки	529.
Прив.-доц. Н. В. Копыловъ . Кистовидная печень	567.
Прив.-доц. П. Заболотновъ . Гліома въ области переносья	573.
Докторъ мед. А. Д. Нивольскій . Заболѣваемость и смертность въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ въ 1907 году	579.
Д-ръ Н. И. Дамперовъ . Баня при леченіи холеры	587.
Д-ръ мед. М. Казанскій . Областной Поволжскій противо-холерный Съѣздъ въ г. Самарѣ. (<i>Продолженіе</i>)	592.
Письмо въ редакцію	624.

ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 1, 15, 22 и 29 Марта, 5 и 19 Апрѣля и 3 Мая 1908 года 87—136.



КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

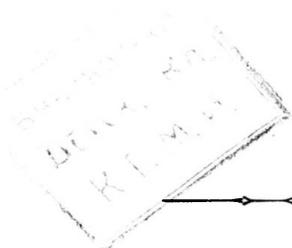
Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII.

1908 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1908.



Учел. С.



Оглавленіе

къ тому VIII Казанскаго Медицинскаго Журнала 1908 г.

Проф. <i>А. Агабабовъ</i> . О циклодіализѣ при главкомѣ . . .	236.
Проф. <i>А. Г. Агабабовъ</i> . Объ энуклеации глазного яблока.	390.
Д-ръ <i>И. П. Васильевъ</i> . Къ вопросу о гистогенезѣ первичнаго рака легкихъ и бронховъ	449.
Д-ръ <i>Г. Вульфгюсъ</i> . Значеніе кожной реакціи Riguet для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ	301.
Проф. <i>Н. А. Геркенъ</i> . Краткое сообщеніе о 4 случаяхъ аппендицита	179.
Д-ръ <i>Н. И. Дамперовъ</i> Баня при леченіи холеры . . .	589.
Студ. <i>В. Донсковъ</i> . Первичный ракъ почки.	434.
Прив.-доц. <i>П. Заболотновъ</i> . Гліома въ области переносья.	573.
Д-ръ <i>Е. А. Зеньковичъ</i> . Атрофія зрительныхъ нервовъ отъ отравленія Spiritu aromatico (киндеръ-бальзамъ).	399.
Д-ръ <i>К. Я. Илькевичъ</i> . Дезинфекція солдатскихъ полушубковъ, зараженныхъ сибирской язвой, при помощи сѣрнистаго ангидрида и формальдегида въ 190 ⁴ / ₅ г. въ г. Омскѣ.	245.
Д-ръ мед. <i>М. Казанскій</i> . Областной Поволжскій противохолерный Съѣздъ въ г. Самарѣ.	493; 592.
Прив.-доц. <i>Н. В. Копыловъ</i> . Лечение по способу проф. Бира. (Съ 4 рис. въ текстѣ)	168.
Прив.-доц. <i>Н. В. Копыловъ</i> . Кистовидная печень . . .	567.
Д-ръ <i>Е. М. Лепскій</i> . О серодіагностикѣ по способу связыванія комплемента.	197.

О Г Л А В Л Е Н І Е

Д-ръ <i>Г. А. Любенецкій</i> . Къ вопросу о связи между пред- сердіями и желудочками сердца млекопитающихъ.	479.
Проф. <i>Н. М. Любимовъ</i> . Къ ученію объ острой лейкеміи.	18; 135; 333.
Студ. <i>Н. Мокинъ</i> . Три случая врожденныхъ аномалій почекъ.	212.
Д-ръ мед. <i>А. Д. Никольскій</i> . Санитарный очеркъ Хаба- ровскаго мѣстнаго лазарета Приморской области.	155.
Д-ръ мед. <i>А. Д. Никольскій</i> . Заболѣваемость и смертность въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ въ 1907 году.	579.
Д-ръ <i>В. П. Первушинъ</i> . Обь организациі въ Казани при Университетѣ повторительныхъ курсовъ для врачей	222.
Студ. <i>А. И. Перекроповъ</i> . Нѣсколько случаевъ травматиче- скаго разрыва селезенки.	158.
Проф. <i>В. И. Разумовскій</i> . Къ казуистикѣ обширныхъ ре- зекцій желудка. (Съ 1 рис. въ текстѣ)	228.
Д-ръ <i>И. С. Рождественскій</i> . О злокачественныхъ опу- холяхъ носоглотки.	529.
Д-ръ <i>Р. Ундрицевъ</i> . Сухо-воздушныя и продолжитель- ныя водяныя (термически индифферентныя) ванны при лѣче- ніи хроническихъ нефритовъ.	48.
Студ. <i>М. М. Хомяковъ</i> . <i>Thorus palatinus</i> (антропологич. этюдъ).	85.
Д-ръ <i>М. Чалусовъ</i> . Значеніе X лучей какъ метода изслѣ- дованія въ медицинѣ.	1.
Д-ръ <i>М. Н. Чебоксаровъ</i> . Диагностическое значеніе глаз- ной реакціи <i>Wolf-Eisner'a</i> и <i>Calmette'a</i> при бугорчаткѣ	115.
Д-ръ <i>А. Шибковъ</i> . Къ вопросу о заболѣваніяхъ зубовъ и десенъ въ крестьянскомъ населеніи. Отношеніе цынготнаго гинги- вита къ даннымъ заболѣваніямъ	407.
Рефераты, письма въ редакцію, сообщенія	83; 188; 296; 525; 624.



КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII.

НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ

1908 Г.

КАЗАНЬ
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1908.



СОДЕРЖАНІЕ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ И. С. Рождественскій . О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки	529.
Прив.-доц. Н. В. Копыловъ . Кистовидная печень	567.
Прив.-доц. П. Заболотновъ . Гліома въ области переносья.	573.
Докторъ мед. А. Д. Никольскій . Заболѣваемость и смертность въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ въ 1907 году.	579.
Д-ръ Н. И. Дамперовъ . Баня при леченіи холеры.	587.
Д-ръ мед. М. Казанскій . Областной Поволжскій противо-холерный Съѣздъ въ г. Самарѣ. (<i>Продолженіе</i>)	592.
Письмо въ редакцію	624.

ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 1, 15, 22 и 29 Марта, 5 и 19 Апрѣля и 3 Мая 1908 года. 87—136.





О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки *).

Д-ра И. С. Рождественскаго.

Общей характеристикой для злокачественности опухолей служить свойство ихъ кѣтокъ захватывать сосѣднія ткани, заноситься путемъ лимфатическихъ или кровеносныхъ сосудовъ, прививаться и давать новыя опухоли какъ въ ближайшихъ частяхъ тѣла (диссеминація), такъ и въ отдаленныхъ органахъ (метастазы), замѣщающія собою встрѣчающіяся ткани. На микроскопическомъ препаратѣ можно видѣть кромѣ явленій размноженія кѣтокъ опухоли (каріокинезъ) еще кѣтки, перемѣщающіяся изъ периферіи опухоли въ ближайшія лимфатическія щели и лимфатическія железы, гдѣ онѣ, размножаясь, даютъ вторичные узлы; точно также ихъ можно встрѣтить въ крови, которою онѣ разносятся по самымъ разнообразнымъ и отдаленнымъ частямъ тѣла, давая иногда (наприм., саркомы) безчисленное количество метастатическихъ опухолей такого же гистологическаго строенія.

Злокачественныя опухоли обладаютъ склонностью расти неудержимо и, по удаленіи ихъ оперативнымъ путемъ, давать на томъ же самомъ мѣстѣ новыя такія же опухоли (рецидивы).

По гистологическому строенію злокачественныя опухоли дѣлятся на опухоли соединительнотканной группы (саркомы, лимфосаркомы, эндотелиомы) и группы эпителиальной (эпителиомы, карциномы.)

Что касается опухолей глотки и носоглотки, то злокачественность ихъ не всегда обуславливается гистологическимъ строеніемъ. Здѣсь имѣется рядъ новообразованій по строенію совершенно доброкачественныхъ, но клинически очень злокачественныхъ, и обратно.

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 1-го марта 1908 г., съ демонстраціей больного *лимфосаркомой* носоглотки и микроскопическихъ препаратовъ.

Наибольше частая и клинически важнѣйшая форма опухоли въ носоглоткѣ (epipharynx), это—типическіе носоглоточныя полипы. Гистологически они представляютъ настоящія фибромы, т. е. опухоли доброкачественныя, но клинически занимаютъ среднее мѣсто между доброкачественными и злокачественными опухолями и не рѣдко обнаруживаютъ поистинѣ злокачественное теченіе. Они въ высокой степени способны къ мѣстному рецидиву и обладаютъ большою склонностью къ неудержимому росту, проникая съ одной стороны черезъ естественныя отверстія въ различныя доступныя со стороны носоглотки полости, а съ другой прорастая черезъ костную ткань. Это послѣднее однако совершается не такимъ образомъ, что кость замѣщается тканью опухоли, претерпѣвая нѣкоторымъ образомъ злокачественную дегенерацию, а такъ, что кость атрофируется какъ бы черезъ давленіе аневризмы.

Въ противоположность настоящимъ злокачественнымъ опухолямъ, при носоглоточныхъ полипахъ не извѣстно ни одного случая находенія метастазовъ въ регіонарныхъ лимфатическихъ железахъ или въ другихъ органахъ. Тѣмъ не менѣе и въ своемъ мѣстномъ теченіи часто трудно отличить эти доброкачественныя фиброзныя опухоли отъ злокачественнымъ саркомъ, тѣмъ болѣе, что и гистологически онѣ могутъ быть, по крайней мѣрѣ на отдѣльныхъ мѣстахъ, подобны саркомамъ.

Типическіе носоглоточныя полипы обыкновенно состоятъ изъ плотнаго соединительнотканнаго вещества, похожего по консистенціи на рубцовую ткань. Клѣточные элементы по отношенію къ волокнистому веществу иногда крайне отстаютъ на задній планъ, въ другихъ случаяхъ они преобладаютъ надъ волокнами, но большею частью въ одной и той же опухоли можно встрѣтить то и другое. Также съ теченіемъ времени опухоль можетъ мѣнять свой характеръ и сдѣлаться то богаче, то бѣднѣе клѣточными элементами. Клѣтки опухоли—почти сплошь веретенообразныя, имѣющія нѣкоторое сходство съ гладкими мышечными волокнами, но большею частью короче ихъ. Однако, иногда въ отдѣльныхъ опухоляхъ можно встрѣтить то здѣсь, то тамъ большія или меньшія скопленія кругловатыхъ клѣтокъ, характера молодыхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ или лейкоцитовъ; обыкновенно онѣ въ большемъ числѣ встрѣчаются вокругъ сосудовъ. Принадлежатъ ли эти круглыя клѣтки клѣткамъ опухоли или онѣ выселились изъ сосудовъ, часто рѣшить невозможно. Особенно много ихъ въ сосѣдствѣ съ раневыми поверхностями, рубцами или язвами, происшедшими отъ несовершенныхъ оперативныхъ попытокъ и травматическихъ инсультовъ. Поэтому можно принять, что большей частью онѣ вос-

длительнаго происхожденія и не указываютъ на большую злокачественность опухоли.

Типическіе носоглоточныя полипы берутъ свое начало отъ плотнаго, хрящеподобнаго соединительнотканнаго слоя на основаніи черепа. Излюбленнымъ мѣстомъ происхожденія является *pars basilaris* затылочной кости, въ части, соответствующей переднему отдѣлу свода носоглоточной полости. Рѣже они берутъ начало въ окружности *foramen lacerum* и въ *fossa sphenopalatina*, еще рѣже на передней поверхности двухъ первыхъ шейныхъ позвонковъ. Поверхность ихъ обыкновенно довольно гладкая, перѣдко плоско бугристая, менѣе часто шишковатая. Съ дальнѣйшимъ ростомъ главная масса опухоли приближается болѣе или менѣе къ шарообразной формѣ, которая наилучше соответствуетъ пространственнымъ отношеніямъ въ *epipharynx*, но обыкновенно нѣсколько уплощается спереди назадъ и получаетъ легкое вдавленіе на передне-нижнемъ полюсѣ, въ зависимости отъ прилеганія къ нижней части носовой перегородки и къ небной занавѣскѣ. Очень неправильный видъ опухоли получается при дальнѣйшемъ ростѣ вслѣдствіе образования продолженій. Если опухоль не перерастаетъ границу *epipharynx*, то большей частью она по всей поверхности покрыта гладкой, цѣлой слизистой оболочкой. Если же опухоль проникаетъ въ *mesopharynx* или въ носовую полость, то вслѣдствіе внѣшнихъ инсультовъ на ней появляются язвы, которыя впрочемъ рѣдко ведутъ къ значительной потерѣ вещества.

Характерно отношеніе типическихъ носоглоточныхъ полиповъ къ возрасту и полу индивидуума. Въ преобладающемъ числѣ случаевъ они встрѣчаются у лицъ мужского пола и въ возрастѣ *pubertatis*: отъ 10 до 25 или отъ 15 до 22 лѣтъ. Рѣдкіе случаи у женщинъ показываютъ менѣе ясное отношеніе къ возрасту: у совершенно старыхъ женщинъ и маленькихъ дѣвочекъ они чаще, чѣмъ у болѣе взрослыхъ и болѣе молодыхъ мужчинъ (*Wensch* (1878), *Plu yette* (1887)). Зависимость отъ возраста такъ велика, что даже уже существующія опухоли съ переходомъ индивидуума за періодъ *pubertatis* подвергаются обратному развитію (въ-роятно жировая дегенерация и всасываніе). Последнее обстоятельство впервые было замѣчено *Legou est* о мъ, но оспаривалось другими французскими хирургами, однако скоро было подтверждено многими другими авторами (*Gosselin*, *Lafont*, позднѣе *Bouchaud* (1860), *Hüter* (1879)). Въ этомъ отношеніи носоглоточныя полипы, какъ уже было высказано *Velpeau*, имѣютъ извѣстное подобіе съ фибромами матки, которыя очень часто съ наступленіемъ менопаузы тоже подвергаются обратному развитію. Существованіе подобныхъ процессовъ нѣкоторыми указывалось и въ случаяхъ злокачественныхъ опухолей носоглотки.

Большая часть пациентовъ считаетъ началомъ болѣзни появленіе ощущенія заложеннаго носа. Это закладываніе носа стоитъ на первомъ планѣ клинической картины и во всемъ дальнѣйшемъ теченіи. Разстройства рѣчи (*rhinolalia clausa*), храпящее дыханіе, признаки заболѣванія Евстахіевыхъ трубъ представляютъ обычные начальные симптомы, хотя большею частью тогда уже имѣются довольно развитыя опухоли.

Съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли появляются другіе припадки, зависящіе отъ разрастанія продолженій. При вращаніи въ *mesopharynx* обнаруживается разстройство глотанія—затрудненіе второй фазы плотательнаго акта. Здѣсь опухоль находитъ очень благоприятныя условія для роста, скоро выполняетъ большую часть *mesopharynx*, часто также *hypopharynx* и можетъ такъ затруднить питаніе, что пациенты погибаютъ; именно въ старой литературѣ указано не мало такихъ случаевъ. Удивительный случай сообщаетъ *v. Eiselsberg* (1892): больная съ большой опухолью носоглотки могла время отъ времени выдавливать ее въ ротовую полость, при чемъ имѣла обыкновеніе откусывать кусочекъ опухоли и такимъ образомъ освобождаться отъ ея излишка.

Распространяясь книзу, опухоль достигаетъ области входа въ гортань и тогда къ разстройствамъ рѣчи и глотанія присоединяется затрудненіе дыханія. Затрудненіе мало по малу увеличивается и съ теченіемъ времени можетъ принять угрожающій характеръ и потребовать трахеотоміи. Обыкновенно же пациенты уже раньше рѣшаются на оперативное удаленіе опухоли. Наступившія разстройства дыханія и глотанія, нерѣдко послѣ существованія опухоли въ теченіе ряда лѣтъ, иногда въ нѣсколько мѣсяцевъ приводятъ къ смерти и безъ того, чтобы еще появились опасныя осложненія отъ прониканія опухоли въ черепную полость и т. п. Однако многіе достовѣрные наблюдатели констатировали, что даже и при такихъ печальныхъ обстоятельствахъ возможно произвольное всасываніе опухоли, если пациентъ находится при окончаніи роста тѣла (*Lafont, Bouchaud*).

Клинически особенно выступающій симптомъ носоглоточныхъ опухолей и требующій вниманія, это—кровотеченія.

Носоглоточные полипы причисляются *Billroth* о мъ къ „*blutärmsten Geschwülsten*“, но, хотя они кажутся бѣдными сосудами, однако содержать (*Billroth*) артеріи, вены и иногда очень широкую кавернозную венозную сѣть. Особенно на периферіи опухоли встрѣчаются иногда широкія наполненныя кровью полости, а также въ области основанія—очень замѣтные венозные и артеріальные сосуды, калибръ которыхъ можетъ достигать толщины *art. maxillaris*.

По возрѣнію *Ven'sh'a*, кровотечения объясняются слѣдующимъ образомъ: не смотря на бѣдность сосудами собственного вещества полипа, покрывающая его слизистая оболочка отличается богатой и густой сѣтью сосудовъ и при ея легкой ранимости вслѣдствіе сильнаго истонченія и атрофіи очень легко могутъ наступать жестокія кровотечения. *Mikulicz* же наблюдалъ въ полипахъ большое развитіе тонкостѣнныхъ сосудовъ, сильно наполненныхъ кровью и часто состоящихъ изъ одной эндотелиальной трубки. Жестокость кровотеченій можетъ также зависѣть отъ того, что вскрытые просвѣты сосудовъ въ плотной ткани опухоли остаются зияющими (*Billroth*).

Кровотеченія появляются иногда при опухоляхъ, не переходящихъ книзу границу *epipharynx*. Можетъ быть, въ склонности къ нимъ большую роль играютъ явленія застоя, которыя особенно легко развиваются при многократныхъ инсультахъ, которымъ подвергается опухоль при прохожденіи пищи. Можетъ также имѣть значеніе и то обстоятельство, что, вслѣдствіе опусканія опухоли, количество крови въ ней, соотвѣтственно закону тяжести, увеличивается въ болѣе низкихъ частяхъ. Чаще всего бываютъ носовыя кровотечения, для появленія которыхъ также имѣетъ значеніе застой, наступающій въ носовомъ продолженіи опухоли, выполняющемъ тѣсный просвѣтъ носовой полости. Различныя внѣшніе поводы играютъ большую роль въ вызваніи такихъ кровотеченій. Иногда послѣ бѣды наступающій приливъ къ головѣ вызываетъ повышенное кровяное наполненіе и гѣморрагію, въ другихъ же случаяхъ въ этомъ повинны тѣлесныя напряженія, особенно при согнутомъ положеніи тѣла. Наконецъ существенный моментъ для появленія кровотеченій, это—наступленіе процессовъ разложенія, причиняющихъ поверхностные некрозы, и отторженіе некротизированныхъ частей. *Mikulicz* наблюдалъ у одного пациента нѣсколько тяжелыхъ кровотеченій, когда отторгался глубокой гальванокаустическій струвь при сильныхъ явленіяхъ гніенія, но кровотечения тотчасъ прекратились, когда іодоформомъ и антисептическими промываніями процессы разложенія были устранены.

Своеобразное явленіе, встрѣчающееся при носоглоточныхъ полипахъ и другихъ новообразованіяхъ носоглотки,—сонливость; иногда она обнаруживается даже комически: пациентъ *Whately's'a*, ученикъ брадобрѣя, засыпалъ при бритьѣ кліента и т. п. Причина этого явленія не ясна. Во всякомъ случаѣ заложенный носъ играетъ здѣсь существенную роль. У одного изъ пациентовъ *Mikulicz'a* сонливость исчезла, какъ только носовое дыханіе стало свободнымъ. *Boucher* указываетъ на интоксикацію CO_2 отъ несовершеннаго дыханія.

Кромѣ кровотеченій тяжелые клиническіе симптомы вызываются еще ростомъ продолженій опухоли, нерѣдко ведущимъ къ смертельному исходу. Наичаще всего эти продолженія даютъ носоглоточныя полипы, исходящія изъ *fossa sphenopalatina*, ретромаксиллярныя опухоли (В. v. Langenbeck), которыя берутъ начало глубоко подъ слизистой оболочкой и, ее выпирая, посылаютъ обыкновенно значительный отростокъ въ носовую полость. Эти продолженія могутъ достигать верхне-челюстной полости; обходя же вокругъ задней стѣнки кости попадаютъ въ скуловую и височную область, отсюда черезъ *fissura orbitalis inferior* въ орбиту, или изъ носовой полости въ полость лобную, въ полости рѣшетчатой и клиновидной кости. Возникаетъ такимъ образомъ очень значительное обезображеніе лица. Верхняя челюсть заболѣвшей стороны представляется вздутой, глазъ вытѣсняется изъ *orbita*, височная и щечная области превращаются въ два мощныхъ вздутія, раздѣленныхъ скуловой дугой. Особенно страшное обезображиваніе наступаетъ, если опухоль вырастаетъ на обѣихъ сторонахъ, раздвигаетъ носовыя кости, выпираетъ оба глаза изъ орбитъ и затѣмъ еще выступаетъ наружу изъ переднихъ носовыхъ отверстій; тогда мы имѣемъ то, что англичане называютъ — *frog-face*, лягушечье лицо. Однако это бываетъ почти только при злокачественныхъ опухоляхъ. При собственно же фибромахъ основанія черепа мы находимъ продолженія главнымъ образомъ въ клиновидную, рѣшетчатую кости, въ лобную и верхнечелюстную пазухи; прорастаніе опухоли въ эти придаточныя полости совершается предпочтительно черезъ естественныя отверстія. Изъ всѣхъ продолженій клинически наиболѣе важныя тѣ, которыя проникаютъ въ рѣшетчатую кость. Со временемъ онѣ вскрываютъ черепную полость, дѣлаютъ ее доступной для инфекціи, такъ что, хотя рѣдко, но можетъ развиваться менингитъ, а въ исключительныхъ случаяхъ мозговой абсцессъ. Чаше же менингитъ присоединяется къ операціямъ.

Труднѣе всего діагностицировать прониканіе отростковъ опухоли въ черепную полость съ основанія черепа. Иногда заболѣваніе черепныхъ нервовъ укажетъ на это обстоятельство, но вѣрное доказательство получается обыкновенно лишь при ясномъ обнаруженіи признаковъ повышеннаго внутричерепного давленія. Изъ черепныхъ нервовъ чаще всего заболѣваютъ *n. trigeminus*. Обыкновенно сдавливаются опухолью 2-я и 3-я вѣтви *n. trigemini*, при ихъ выходѣ изъ *foramen rotundum* и *foramen ovale*; развиваются часто жестокія невралгическія боли, большей частью локализирующіяся въ зубахъ верхней, рѣже нижней челюсти. Если невралгія распространяется на всѣ вѣтви *n. trigemini*, то это указываетъ на участіе нервного ствола *resp. ganglion Gasseri*, разъ при этомъ отсутствуетъ вытѣсненіе глазного яблока. Это отсут-

ствіе говоритъ за то, что сжатіе первой вѣтви происходитъ не въ orbita, но, вѣроятно, опухоль давить на самый стволъ нерва, вросши въ черепную полость черезъ foramen ovale или rotundum. Анастезія n. trigemini также встрѣчается, но не особенно часто. Кромѣ пораженія n. trigemini относительно часто наступаютъ расстройства нервовъ глазныхъ мышцъ, развивается strabismus или diplopia; но эти функциональныя расстройства могутъ наступить и при вытѣсненіи глазного яблока. Крайне рѣдко встрѣчается параличъ n. facialis; при типическихъ носоглоточныхъ полипахъ онъ едва-ли бываетъ. Вообще при существованіи заболѣванія нервовъ нужно первѣе всего думать о злокачественной опухоли.

Злокачественныя опухоли (карциномы и саркомы) въ носоглоткѣ встрѣчаются много рѣже, чѣмъ фибромы, такъ рѣдко, что напр. Gérard Marchant въ большомъ руководствѣ по хирургіи Duplay Reclus (Art. Nez etc. in Duplay-Reclus, Traité de chir, Bd. IV, Paris, 1891) совершенно объ нихъ не упоминаетъ. Даже специалисты едва занимались этимъ вопросомъ. Mouge (1904) въ своемъ Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx пишетъ только о злокачественныхъ опухоляхъ мягкаго неба и mesopharynx. Escat (1901) первый даетъ лишь краткое описаніе въ своемъ Traité de maladies du pharynx. Этому нельзя удивляться, если напомнить, что сказалъ въ 1898 г. Wan Leyden: „саркомы носоглоточной полости крайне рѣдки. Moritz Smidt видѣлъ одинъ только случай на 42 тысячи больныхъ“. Кромѣ сводной работы (диссертация) Moubouygan'a (1895) и краткаго сообщенія о 13 случаяхъ, собранныхъ въ литературѣ Jackson'омъ (1902), имѣется небольшое число отдѣльныхъ наблюденій, изъ которыхъ наиболѣе подробно описаны 2 сл. (рака) Jacques et Bertemès (1903); это—почти все, что было по этому вопросу. Mikulicz (1899) въ руководствѣ P. Neumann'a (Der Rachen) въ свою очередь говоритъ, что еще мало опубликовано случаевъ злокачественныхъ опухолей носоглотки, однако онѣ встрѣчаются не исключительно рѣдко. Довольно же часто опухоли изъ mesopharynx, особенно изъ тонзиллярной области, и опухоли небной занавѣски лишь врастаютъ въ epipharynx.

Изъ опухолей собственно epipharynx въ литературѣ имѣется рядъ случаевъ, гдѣ опухоли трактовались то какъ саркомы, то какъ типическіе носоглоточные полипы съ необычно злокачественнымъ теченіемъ и т. д. Въ опредѣленіи этихъ опухолей должно держаться, говоритъ Mikulicz, клиническаго теченія, которое при злокачественныхъ саркомахъ отличается тѣмъ, что опухоль прорастаетъ не только черезъ естественныя отверстія изъ epipharynx въ сосѣднія пространства и приводитъ встрѣчающіяся имъ на пути кости и мягкія части къ исчезновенію

черезъ давленіе, но кромѣ того эти сосѣднія части прямо превращаются въ ткань опухоли (Ribbert вообще отрицаетъ подобный процессъ при опухоляхъ).

Въ послѣднее время, въ 1905 г., появились двѣ значительныя работы въ Archives internat. de laryng., d'otol. et de la rhinol.: Laval'я изъ Тулузы и Compaired изъ Мадрида, посвященныя клиническому изученію злокачественныхъ опухолей носоглотки. Laval въ своей работѣ приводитъ таблицу наблюденій злокачественныхъ опухолей носоглотки, опубликованныхъ специалистами всего свѣта. Въ общемъ подсчетъ изъ 72 сл. оказывается 27 эпителиомъ и 45 саркомъ (изъ нихъ 2 сл. лимфосаркомы). Къ этимъ онъ просоединяетъ новые 7 случаевъ, наблюдавшихся имъ лично или вмѣстѣ съ Escat; изъ нихъ 4 сл. относятся къ эпителиомамъ, а 3 къ саркомамъ. Compaired же заявляетъ: „мнѣ, не знаю почему, благопріятствовала судьба наблюдать много случаевъ злокачественныхъ опухолей носоглотки“. Кромѣ 4 случаевъ, уже опубликованныхъ, онъ приводитъ 20 наблюденій, сдѣланныхъ имъ съ 1897 г. до сего времени. Изъ этихъ 20 случаевъ 6 относятся къ эпителиомамъ, остальные къ саркомамъ.

Въ общемъ въ носоглоткѣ встрѣчаются чаще саркомы, чѣмъ карциномы. Здѣсь, какъ и на другихъ мѣстахъ тѣла, въ саркомахъ преобладаетъ собственный ростъ опухоли; при карциномахъ, по крайней мѣрѣ, въ первичной опухоли, онъ часто отстываетъ предъ распадомъ. При саркомахъ преобладаетъ клиническая картина стуженія пространства, затрудненіе носового дыханія и т. д., при карциномахъ же выступаютъ болѣе явленія разрушенія на сосѣднихъ частяхъ, особенно на основаніи черепа. На границѣ между этими обѣими формами опухолей стоятъ эндотелиомы, опухоли крайне рѣдкія и по своему клиническому теченію злокачественныя. Онѣ обыкновенно относятся къ такъ назыв. сложнымъ опухолямъ. Таковы, цитированные у Mikulicz'a случаи Platt'a (1887), Hirschberg'a (1891), Norton'a (1889) и Pontoriddan'a. Одинъ случай эндотелиомы, доказанный гистологическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанныхъ кусочковъ, наблюдалъ Mikulicz.

Для большинства этихъ опухолей, какъ карциномъ, такъ и саркомъ исходнымъ пунктомъ является сводъ глотки, именно не разъ указывалась (напр., Délie) повинной въ этомъ отношеніи глоточная миндалина. Рѣже онѣ возникаютъ на боковыхъ стѣнкахъ носоглотки, относительно еще часто на задней стѣнкѣ, именно на передней поверхности первыхъ 2—3 шейныхъ позвонковъ.

Въ группѣ опухолей, относящейся къ саркомамъ, наблюдаются веретенообразныя и круглоклеточковыя саркомы. Иныя изъ этихъ послѣднихъ должны быть отнесены къ группѣ лимфо-сарко-

мы, наиболѣе частымъ исходнымъ пунктомъ которой должна быть глоточная миндалина (Störk (1895), Bryk (1874)). Но въ приведенной литературѣ имѣются только 3 случая лимфосаркомы носоглотки (Votolini (1873), Pierre (1898) и Compaired (1905), описанныхъ подъ этимъ названіемъ.

Случай *Votolini*. Больной 50 лѣтъ, съ диффузной опухолью, исходящей изъ 3-ей миндалины; 2 рецидива.

Случай *Pierre*. Больной 32 лѣтъ, боленъ 7 мѣсяцевъ; оталгія, глухота; опухоль перитубарная; опусканіе лѣвой половины мягкаго неба. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи (удаленіе щипцами и аденотомомъ) рецидивъ. Параличъ n. facialis, мягкаго неба; черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи—смерть.

Случай *Compaired (obs. VII)*. *Lymphosarcoma?* Женщина 41 г., больна 3 мѣсяца, сифилиса не было. Опухоль распространяется на всю *pharynx posterior*, смѣщаетъ язычекъ впередъ, но съ обоихъ боковъ остается свободное сообщеніе съ задними носовыми отверстиями. Глотаніе затруднено мало, легкое затрудненіе носового дыханія. Никакой боли, ни произвольной, ни отъ давленія; при пальпаціи ощущается нѣкоторое размягченіе, но безъ характера флюктуаціи. Была сдѣлана пункція опухоли съ обширнымъ *débridement*, но гноя не вышло; небольшое кровотеченіе. Съ цѣлью гистологическаго изслѣдованія у больной экстирпированъ кусокъ опухоли. Больная была подвергнута антисифилитическому леченію, мѣстно же употреблялись *antiséptica* и дѣлались смазыванія опухоли растворомъ іода въ іодистомъ калиѣ. Затѣмъ больная исчезла изъ подъ наблюденія. Гистологическое изслѣдованіе, сдѣланное *Dr. Ota* Гемъ, показало, что дѣло имѣется съ лимфосаркомой.

Злокачественныя опухоли носоглотки по отношенію къ возрасту и полу подвержены тѣмъ же законамъ, какъ и опухоли на другихъ частяхъ тѣла. Для саркомы возрастъ не представляетъ имѣющимъ значенія. *Dr. Brault* (1898) сообщаетъ случай круглоклѣтчаточковой саркомы у ребенка 3½ лѣтъ. *Van Leuden* (1898) цитируетъ случай саркомы у индивидуума 60 лѣтъ, даже съ исходомъ въ выздоровленіе (*morcellement*, электролизъ). Напротивъ, эпителиома встрѣчается у субъектовъ, достигшихъ по меньшей мѣрѣ 40-лѣтняго возраста, но это не является правиломъ, такъ какъ наблюдалась и у болѣе молодыхъ (случай *Dr. Edler'a* (1901)—у 14 лѣтняго и наблюденіе IV-е у *Lava* Гя, сообщенное *Escat*—у дѣвушки 28 лѣтъ. Однако въ общемъ нужно принять, что 30 л. является среднимъ возрастомъ для саркомы и 40 л. для эпителиомы.

Что касается пола, то въ таблицѣ, приведенной Laval'емъ, мужчины преобладаютъ; напротивъ по статистикѣ случаевъ Compaired—женщины (11 женщинъ на 9 мужчинъ), такъ что окончательнаго вывода дѣлать нельзя.

Что касается клиническихъ проявленій злокачественныхъ опухолей носоглотки, то можно ихъ раздѣлить на функціональныя и физическія, причемъ въ тѣхъ и другихъ различаютъ 2 періода: 1) періодъ скрытый или начальный (période latente, période d'initiation) и 2) періодъ ясныхъ проявленій болѣзни (période d'état).

Функціональные симптомы въ начальномъ періодѣ. Злокачественныя опухоли носоглотки, подобно доброкачественнымъ той же области, представляютъ коварное начало и теченіе. Какъ правило, онѣ впервые клинически констатируются лишь тогда, когда, вслѣдствіе разрастанія опухолевыхъ массъ, вызываются такіе же припадки, какъ при носоглоточныхъ полипахъ, или часто даже тогда, когда, вслѣдствіе прорастанія опухолью основанія черепа, наступаютъ расстройства въ черепныхъ нервахъ. Съ самого же начала имѣются повторныя носовыя кровотеченія и катарръ носоглотки. Больной обыкновенно жалуется на затрудненіе носового дыханія, чаще на одной сторонѣ, затрудненіе постоянное и прогрессирующее (forme respiratoire по Laval'ю). Въ другихъ случаяхъ больной жалуется на тугость слуха, вначалѣ интермиттирующую, потомъ постоянную, съ ушными шумами или безъ нихъ—форма ушная (forme auriculaire). Вышеупомянутый пациентъ Mikulicz'a съ эндотелиомой основанія черепа долгое время лечился съ диагнозомъ „тяжелая оталгія“, пока опухоль не распространилась на заднюю часть средней раковины и не закупорила носъ. Оталгія здѣсь обуславливалась переходомъ опухоли на ganglion oticum и trigemini.

По Compaired forme simple respiratoire для начала саркоматозныхъ опухолей носоглотки—самая рѣдкая (въ случаѣ пораженія хвоста раковинъ и сосѣднихъ частей). Онѣ замѣтилъ, что саркомы вначалѣ локализируются на задней стѣнкѣ глотки, по срединѣ ея или по сторонамъ, отсюда распространяются на вестибулярную область трубы и болѣе рѣдко на хоанальную область. Развиваясь по срединѣ задней стѣнки, онѣ первѣе всего распространяются въ сторону veli palatini и постепенно и медленно закладываютъ заднія носовыя отверстія, такъ что получается forme respiratoire gutturale. Начинаясь же съ боковой области носоглотки, онѣ образуютъ чисто горловую форму—la forme simplement gutturale; здѣсь рѣдко измѣняется функція носового дыханія, такъ какъ новообразование имѣетъ тенденцію распространяться въ meso-и hypopharynx, иногда доходя до гортанной области, особенно до складокъ язычно-надгортанныхъ.

Напротивъ эпителиома въ большомъ числѣ случаевъ начинается въ области трубъ или хоанъ—*forme respiratoire*, или по крайней мѣрѣ *respiratoire gutturale*. Рѣдко при ней наблюдается первично форма чисто горловая—*forme gutturale*.

Во второмъ періодѣ (*période d'état*) диагностика можетъ быть достаточно вѣрной. Функциональные симптомы увеличиваются или комбинируются между собою. Закладываніе носа прогрессируетъ; оно обычно двухстороннее, почти полное или абсолютное, обоняніе потеряно. Явленія ушныя дѣлаются интенсивными и постоянными, часто развивается сильная глухота. Ростъ опухоли, особенно по поверхности, даетъ новые признаки: появляются боли, относимыя къ задней стѣнкѣ глотки (область *plisae salpingo-staphylinae*), къ глубокимъ частямъ уха (оталгія), или въ затылкѣ; присоединяется истечение серозно-гнойной жидкости изъ носа и глотки или наконецъ нагноеніе барабанной полости съ перфорацией барабанной перепонки. Весьма часто глотаніе уже затруднено и совершается съ болью и эта боль въ горлѣ вызывается особенно глотаніемъ слюны или *à sés*, она можетъ сдѣлаться постоянной, иррадіровать въ затылокъ, темя, липо, шею и *sternum*, смотря по локализациі опухоли, ея протяженію и натурѣ.

Физическіе признаки доставляются осмотромъ и ощупываніемъ. Въ первомъ періодѣ (латентномъ, начальномъ) можно опредѣлить мѣсто происхожденія опухоли. Во второмъ періодѣ (*période d'état*) имѣются очень выраженные признаки. При передней риноскопіи видно прониканіе опухоли въ одну или обѣ хоаны. Мягкое небо можетъ представляться распухшимъ, выпяченнымъ кпереди, неподвижнымъ, ассиметричнымъ (по *Lavalю*—важный признакъ злокачественной опухоли).

Опухоли по мѣрѣ роста инфильтрируютъ сосѣднія части и сливаются съ ними. При болѣе значительномъ развитіи онѣ часто принимаютъ спеціальнѣйшій характеръ. Саркома—опухоль твердая, гладкая, диффузная и безболѣзненная, вначалѣ покрытая нормальной слизистой оболочкой; опухоль выполняетъ всю носоглоточную полость или распространяется только на одной сторонѣ, оттѣсняетъ кпереди мягкое небо, язычекъ и небныя дужки и предпочтительно разрастается въ *pharynx*. Глоточные рефлексы повышены (при носоглоточныхъ фибромахъ, наоборотъ, понижены). Саркома изъязвляется поздно и тогда причиняетъ частыя носовыя кровотеченія. Изъязвленные мѣста сосковидны и кавернозны, немного тверды и мало болѣзненны. Метастазы въ лимфатическихъ железахъ здѣсь чаще, чѣмъ при саркомахъ другихъ областей тѣла и появляются со времени изъязвленія опухоли. Часто железы вовсе не заболѣваютъ. Иногда поражаются же-

лезы близкія къ первичному очагу, какъ при карциномѣ: подчелюстныхъ, шейныхъ, но чаще безъ правильной локализаціи. При саркомѣ, особенно лимфосаркомѣ, появляются метастазы и въ отдаленныхъ органахъ.

Ракъ представляетъ опухоль ограниченную, шероховатую, ни твердую, ни мягкую, локализованную въ области трубъ или хоанъ, болѣзненную (болѣзненность произвольная и при давленіи); она имѣетъ тенденцію распространяться въ *fossae nasales*. Изъязвление наступаетъ рано, сопровождается гѣмorrhагіями; края и дно язвъ при пальпаціи представляются фунговыми, очень болѣзненными; края неправильны и каллѣзны, дно слегка кавернозное, покрыто сѣроватымъ налетомъ. Лимфатическія железы, особенно на шеѣ, вдоль *m. sternocleidomastoideus* (железы Шассеньяка), подчелюстныхъ на соотвѣтственной сторонѣ поражаются рано, даже когда опухоль еще не изъязвилась. Железы быстро увеличиваются и образуютъ мощные пакеты, въ тоже время первичная опухоль остается относительно малой. По *Comptoiré* нѣкоторые эпителиомы носоглотки съ самаго начала даютъ характерный симптомъ—боль при глотаніи, особенно слюны, но рѣдко производную, въ видѣ покалыванія, безъ определенной локализаціи, но вообще на больной сторонѣ; эта боль умѣренная и распространяется въ ухо. Изслѣдованіе пальцемъ усиливаетъ боль на мѣстѣ пораженія (сзади верхней части задней дужки, на ея соединеніи съ *arcus veli palatini*, или при входѣ въ трубу).

Для дифференціальной діагностики слѣдуетъ здѣсь привести еще признаки гумозной инфильтраціи въ носоглоткѣ. Опухоль гумозная диффузна, гладка, не однообразно тверда, уступаетъ давленію, при давленіи безболѣзненна и не имѣетъ особенной тенденціи къ распространенію. Глоточные рефлексy повышены. Язвы имѣютъ видъ какъ-бы дефектовъ, сдѣланныхъ острыми щипцами, мало кровоточивы, едва болѣзненны, на видъ вялыхъ, съ фунговыми кругообрѣзанными краями и желтоватымъ дномъ. Опухоль лимфатическихъ железъ распространенная; особенно шейныя железы поражаются съ самаго начала развитія гумозной инфильтраціи. Теченіе медленное. Вліяніе специфическаго леченія.

Средняя продолжительность *période d'état* равняется 4—5 мѣсяцамъ. Въ этомъ періодѣ злокачественныя опухоли начинаютъ давать продолженія. Новообразование разрастается книзу, въ глотку, слѣдуя задней или скорѣе задне-боковой стѣнкѣ ея, достигаетъ мягкаго неба и восходящей вѣтви нижней челюсти. Развивается крайняя дисфагія и истощеніе. Это распространеніе въ *oro-pharynx* очень частое, особенно при саркомахъ. Продолженія боковыя рѣдки. Можетъ инфильтрироваться *tuba Eustachii* на всемъ протяженіи;

опухоль можетъ захватить барабанную полость и показаться въ наружномъ слуховомъ проходѣ. Весьма часто происходитъ разрастаніе впереди, внутрь fossae nasales и отсюда опухоль можетъ показаться изъ носдрей. Когда опухоль выполнена полость носа, то быстро захватываются также придаточныя полости, сначала sinus sphenoidalis, потомъ cellulae ethmoidales. При разрушеніи наружной стѣнки fossae nasalis захватывается sinus maxillaris, а черезъ разрушеніе внутренней или нижней стѣнки orbitae, поражается эта послѣдняя. Sinus frontalis поражается рѣдко. Наконецъ опухоль можетъ достигнуть передней черепной ямки. На пути къ мозгу растущая опухоль разрушаетъ пластинку рѣшетчатой кости и очень твердую pars basilaris клиновидной кости. Заболѣваніе черепныхъ нервовъ особенно указываетъ на злокачественную натуру опухоли. Легко захватывается опухолью n. trigeminus, главнымъ образомъ 2-я и 3-я вѣтвь (черезъ foramen ovale и rotundum); развивается упорная невралгія. Очень часто поражается n. abducens, затѣмъ n. oculomotorius и наконецъ trochlearis, opticus и facialis.

Теченіе злокачественныхъ опухолей по времени очень различное, то очень медленное, напр. 4 года (сл. Comprised 1903 г.—epithelioma), 6 лѣтъ (сл. Veillon'a), то очень быстрое, нѣсколько недѣль (Pierre и Hallade), но это какъ исключеніе, какъ курьёзъ. Въ среднемъ же можно принять, какъ для злокачественныхъ опухолей на другихъ частяхъ тѣла, продолжительность развитія—между нѣсколькими мѣсяцами и годомъ. Въ случаѣ рецидива опухоли, удаленной операціей, ростъ ея совершается болѣе быстро.

Прогнозъ почти всегда дурной и, можно сказать, фатальный, если развитіе болѣзни совершается быстро, безъ ремиссій, особенно у молодого субъекта. Смерть наступаетъ вслѣдствіе развитія явленій внутричерепнаго давленія, отъ менингита, кровотечения (вслѣдствіе распада), аспираціонной пневмоніи, нерѣдко также отъ предпринимаемыхъ для удаленія опухоли операцій. Впрочемъ и выздоровленіе, говорятъ, абсолютно не невозможно, но наблюдалось очень рѣдко. Видимо, счастливые случаи имѣли американцы (Walsham 1884, Alexander 1895, Bryant 1896, Wan Leyden 1898, Burney 1900).

Нѣкоторые авторы (d'Aguaano 1894, Pröbsting 1896) наблюдали при различныхъ злокачественныхъ опухоляхъ процессы всасыванія. Можетъ быть, въ такихъ случаяхъ дѣло касалось носоглоточныхъ полиповъ, которые гистологически, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ частяхъ, часто очень подобны саркомамъ.

Лечение. По Mac Bride назначеніе внутрь мышьяка и особенно какодилата останавливаетъ развитіе лимфосаркомы, однако два наблюдавшихся больныхъ умерли.

Что касается оперативнаго леченія, то рекомендуется, разъ констатирована злокачественная опухоль, ограничить показанія къ операціи до крайности. Для операцій примѣняютъ способы, наиболѣе открывающіе поле операціи. Именно саркомы иногда очень богаты кровью, особенно у молодыхъ субъектовъ, и ихъ оперированіе при большемъ протяженіи, дурномъ отграниченіи опухоли и, при существующей болшею частью кахексїи больныхъ, крайне опасно. Большинство такихъ операцій протекають несчастливо и болшей частью остаются недоконченными.

Въ виду представляемаго нами Обществу случая лимфосаркомы носоглотки, мы здѣсь остановимся нѣсколько на патологической гистологїи злокачественныхъ опухолей, особенно же на ученїи о лимфосаркомѣ. Патологическая анатомія злокачественныхъ опухолей носоглотки крайне интересна, но она еще представляетъ неясности, подобно опухолямъ яичка и носовыхъ полостей. Такіе опытные ринологи, какъ Ruault и Lubet — Barbon удивляются разногласію между клинкой и лабораторіей въ отношенїи діагностики и прогноза этихъ опухолей. Escat въ свою очередь наблюдаетъ два случая носовыхъ опухолей, одинъ въ теченіе 5 лѣтъ, другой въ теченіе 6 лѣтъ, изъ которыхъ одна опухоль представляется излеченной, а другая остановившейся въ своемъ развитїи вопреки очень неблагопрїятной гистологической діагностики.

Типическія круглоклѣточные саркомы—можетъ быть самая частая злокачественная опухоль глотки. Прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ мельче и многочисленнѣе клѣтки, образующія главную массу опухоли. Кромѣ того ихъ очень трудно и по гистологической картинѣ часто почти невозможно отдѣлить отъ лимфосаркомы. Практически это различеніе имѣло бы важность, такъ какъ круглоклѣточные саркомы даютъ нѣсколько болѣе благопрїятный прогнозъ для операціи, чѣмъ лимфосаркомы.

Дифференціальную діагностику приходится проводить между круглоклѣточковыми саркомами, лимфомами и лимфосаркомами.

Саркоматозная ткань характеризуется присутствіемъ межклѣточного вещества, лимфомы имѣютъ сходство со структурой физиологической лимфатической ткани, не физиологическихъ лимфатическихъ железъ, а тѣхъ простѣйшихъ формъ лимфоидныхъ органовъ, прототипомъ которыхъ является напр. лимфатическій фолликулъ кишки; лимфосаркома же въ общемъ имѣетъ структуру воспалительно измѣненной лимфоидной ткани, какая

бываетъ въ хронически воспаленныхъ лимфатическихъ железахъ, но безъ *sipps'*овъ и центровъ размноженія (*Keimcentren*).

Круглоклѣтчатая саркома характеризуется однообразіемъ строенія. Клѣтки мелкія, шарообразныя, большею частью только съ очень узкой, просвѣчивающей каймой протоплазмы вокругъ болѣе темнаго, довольно сильно гранулированнаго ядра. Ядро часто—эксцентричное, такъ что протоплазматическое тѣло получаетъ видъ серпа. Величина клѣтокъ большею частью не равномерная, на ряду съ мелкими клѣтками, которыя совершенно похожи на одноядерные лимфоциты, встрѣчаются отдѣльныя клѣтки большей величины, съ болѣе крупнымъ ядромъ, по объему и виду близкія къ такъ назыв. „міелоцитамъ“.

При фиксаціи по *Flemming'*у, на клѣткахъ иногда замѣтны тонкіе отростки, идущіе отъ протоплазмы въ различныя стороны и теряющіеся между сосѣдними клѣтками. Между клѣтками всегда есть очень нѣжное межклѣточное вещество, то однообразно зернистое бѣловое, то волокнистое, то съ примѣсью слизи. Иногда его очень мало и оно видно только при надлежащей обработкѣ препарата (напр. уплотненіе въ *Müller'*овской жидкости)—на тонкихъ срѣзахъ и при хорошемъ и сильно увеличивающемъ микроскопѣ. Это промежуточное межклѣточное вещество необходимо видѣть для опредѣленія саркоматознаго характера опухоли, иначе мы не въ состояніи отличить круглоклѣтчатую саркому отъ лимфомы.

Въ лимфомѣ лимфоидныя клѣтки лежатъ группами, тѣсно одна подлѣ другой и между ними нѣтъ такого межклѣточного вещества, какъ нѣ въ молодой соединительной ткани, по типу которой построена саркоматозная ткань, такъ какъ онѣ свободно плаваютъ въ лимфѣ и могутъ такъ же плотно скучиваться другъ съ другомъ, какъ эпителиальныя клѣтки. Но въ лимфомахъ есть и волокнистая соединительная ткань, которая какъ самостоятельная составная часть распределяется между лимфоидными элементами въ видѣ сѣтки, состоящей частью изъ волоконъ, частью изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ. Вотъ это лимфатическое *reticulum* и представляетъ особенности, позволяющія отличить его отъ *reticulum* саркоматознаго.

Если саркому уплотнить въ *Müller'*овской жидкости, тонкій срѣзъ изъ нея взболтать въ пробиркѣ или промыть съ помощью рисовальной кисти, то легко увидѣть подъ микроскопомъ очень тонкое межклѣточное вещество въ видѣ сѣтки, пустоты въ которой соотвѣтствуютъ и по формѣ и по размѣрамъ отдѣльнымъ саркоматознымъ клѣткамъ, въ нихъ помѣщавшимся; здѣсь для каждой клѣточки есть свое влагалище, и очень рѣдко встрѣчаются полости (альвеолы), вмѣщающія въ себѣ 2—3 молодыя клѣтки,

между коими еще не успѣло образоваться межклеточное вещество. Въ лимфомахъ, наоборотъ, *reticulum* представляетъ крупныя полости, содержащія по нѣскольку лимфоидныхъ клетокъ, т. е. здѣсь *reticulum* есть особая, независимая отъ лимфатическихъ клетокъ, ткань, составляющая строю опухоли, между тѣмъ какъ въ саркомѣ это—межклеточное вещество, стоящее въ тѣсной связи съ клетками (Афанасьевъ). При окраскѣ по способу Mallory-Ribbert'a (Fuchsin-säure и Anilinblau-Orange-Oxalsäure), соединительнотканная волокна окрашиваются въ голубой цвѣтъ, ядра и клетки въ красный.

Лимфосаркома беретъ свое начало изъ лимфатическихъ узловъ, лимфоидной ткани нѣкоторыхъ слизистыхъ оболочекъ, изъ аденоидныхъ образований, иногда изъ селезенки. Отъ саркомы она отличается легкимъ нахожденіемъ волокнистой, соединительнотканной стромы (*reticulum*) со вложенными въ петли лимфоидными клетками. Эта строма соответствуетъ ретикулярной лимфоидной (цитогенной) ткани лимфоидныхъ аппаратовъ и тѣсно связана съ вѣтвистыми, звѣздчатыми соединительнотканными клетками (эндотелій), посылающими свои отростки между свободно лежащими мелкими круглыми клетками и группами ихъ. По Kundrat'у, здѣсь строма никогда не подобна нормальной ретикулярной лимфоидной ткани, но значительно уклоняется отъ этого типа по неравномерному распределенію сѣти, по большей или меньшей выраженности послѣдней, по богатству и величинѣ клетокъ. При сильномъ развитіи стромы консистенція лимфосаркомы дѣлается жестче и мы имѣемъ такъ назыв. *lymphosarcoma durum*.

Ткань опухоли пронизана достаточнымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ, которые однако рѣдко особенно отличаются шириной и числомъ. Отграниченіе опухоли всегда не рѣзкое, она мало по малу переходитъ въ окружающую ткань.

Вопросъ о лимфосаркомѣ имѣетъ общій интересъ, такъ какъ до сихъ поръ она ни клинически, ни гистологически достаточно не дифференцирована. Раньше ее причисляли къ саркомамъ или къ лимфомамъ; проф. Kundrat (1893), на основаніи большого числа наблюденій (50 сл. лимфосаркомы и двойное число подобныхъ и родственныхъ заболѣваній), совершенно отдѣляетъ ее отъ саркомы и даже не причисляетъ къ новообразованіямъ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ этого слова. По его мнѣнію, лимфосаркомы ближе всего стоятъ къ псевдо-лейкемическимъ лимфомамъ, хотя онѣ опять отличаются отъ нихъ своимъ атипическимъ строеніемъ и еще болѣе своимъ агрессивнымъ, атипическимъ ростомъ, характеризующимся вторженіемъ въ сосѣднія ткани (инфильтративный ростъ). Эта связь доказывается также рѣдкими случаями

перехода псевдолейкэмическихъ лимфомъ въ лимфосаркому (Kaposi).

Самъ Kundrat въ 2 случаяхъ общаго псевдолейкэмическаго опуханія железъ наблюдалъ лимфосаркому лимфатическихъ железъ на шеѣ (1-ый сл.) и глоткѣ (2-ой сл.). Однажды же онъ видѣлъ совмѣстное существованіе *granuloma fungoides* и лимфосаркому въ *axilla* (опухоль величиною съ голову).

Mikulicz сообщаетъ случай, гдѣ онъ наблюдалъ въ теченіе 1½ года паціента съ типической картиной лимфосаркомы миндалевидной железы, который, спустя годъ послѣ кажущагося совершеннаго излеченія (мышьякомъ), заболѣлъ типической лейкэмией, отъ которой и погибъ. На вскрытіи миндалевидная железа опять представлялась сильно пораженной лимфосаркомой. Можетъ быть, говоритъ при этомъ Mikulicz, лейкэмія развивается въ теченіе псевдолейкэміи, если смерть не наступаетъ раньше отъ псевдолейкэміи. Нѣкоторые принимаютъ лимфосаркому глотки за особенную глоточную форму псевдолейкэміи и ставятъ въ параллель лимфатическимъ и костномозговымъ формамъ послѣдней. Затѣмъ, если подобно нѣкоторымъ авторамъ предполагать въ лейкэмии и псевдолейкэмии общія инфекціонныя болѣзни, то, говоритъ Mikulicz, „при лимфосаркомѣ мы приняли бы особенную, мѣстную инфекцію, которая лишь позднѣе дѣлается общей“.

Лимфосаркома, появившись въ лимфатическихъ железахъ, одной или нѣсколькихъ, рано или поздно разрушаетъ капсулу железъ, выходитъ за границы ихъ и инфильтрируетъ окружающую ткань, отчего железы срастаются между собою, и опухоль продолжаетъ расти неудержимо, достигая иногда, какъ наприм. на шеѣ, до колоссальныхъ размѣровъ. Этимъ агрессивнымъ ростомъ лимфосаркома отличается отъ другихъ первичныхъ опухолей лимфатическихъ железъ, какъ лейкэмическихъ, такъ и псевдолейкэмическихъ, которыя тоже могутъ быть велики, ибо образуются цѣлые пакеты изъ увеличенныхъ железъ, но послѣднія здѣсь остаются подвижными относительно другъ друга и опухоль не переходитъ на сосѣднія ткани (Grawitz 1906) и не измѣняетъ замѣтнымъ образомъ типическаго строенія железъ, представляя собою лишь гиперпластическія образованія (Vorst 1902); спаяніе же лимфатическихъ железъ между собою можетъ произойти только отъ ирритативныхъ, воспалительныхъ процессовъ (Vorst).

Впрочемъ этотъ послѣдній взглядъ не подтверждается изслѣдованіями новѣйшаго времени. Именно, и при лимфатической лейкэмии иногда находили выраженный инфильтративный ростъ, какъ при лимфосаркомѣ, такъ что лимфатическія железы теряли свою характерную структуру, капсула ихъ прорастала лимфоидными клѣтками, происходила инфильтрація послѣдними при-

лежащей жировой ткани и вслѣдствіе того иногда распространенное срастаніе железъ между собою (Fabian, Naegeli—1907 г.). Однако вращанія въ мускулатуру эти авторы никогда не встрѣчали. Кожа надъ опухолью представляется или совершенно нормальной или при большемъ развитіи послѣдней инъецированной и фиксированной.

М. В. Schmidt (1903) указываетъ на тѣсные пункты соприкосновенія между лейкоэмическими, псевдолейкоэмическими и лимфосаркоматозными новообразованиями. По его мнѣнію, чтобы рѣшить, имѣется ли дѣло съ лимфосаркомой или только съ гиперпластической лейкоэмической или псевдолейкоэмической лимфомой, нужно руководиться только грубо анатомическими отношеніями, происходить ли разрастаніе на окружности или вѣтъ. При микроскопическомъ же изслѣдованіи часто можно констатировать, что и отъ простыхъ, повидимому, гиперплазій при лейкоэміи происходитъ также разрастаніе лимфоидной ткани на сосѣднія части, напр., отъ лимфатическихъ железъ на окружающую жировую ткань и отъ миндалинъ на мускулатуру небныхъ дужекъ, слѣд. имѣется свойство мѣстной злокачественной опухоли, лимфосаркомы.

Fabian, Naegeli и Schatloff въ своей общей работѣ говорятъ, что мелкоклѣточные формы лейкоэміи по преимуществу имѣютъ гиперпластическій характеръ и обнаруживаютъ лишь малую тенденцію къ переходу на сосѣднія ткани и къ гетеротопическимъ разрастаніямъ; напротивъ, крупноклѣточные формы представляютъ обыкновенно на одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ грубо агрессивный, уже макроскопически замѣтный инфильтративный ростъ, свойственный лимфосаркомамъ (отчасти лимфосаркоматозный ростъ), и много чаще образуютъ разрастанія болѣе распространенныя и также гетеротопическія. Между обѣими этими формами нѣтъ принципиальной разницы, но лишь по степени. Прорывъ разрастаніями капсулы лимфатическихъ железъ еще не говоритъ за злокачественность опухоли. Для этого нуженъ переходъ разрастаній на мышцы и окружающіе органы.

Türk (1903) въ своей „System der Lymphomatosen“ различаетъ мелкоклѣточковую хроническую лимфатическую лейкоэмію, острые лимфоматозы съ отчасти агрессивнымъ (лимфосаркоматознымъ) мѣстнымъ характеромъ (крупноклѣточная лимфатическая лейкоэмія, лейкосаркоматозъ Sternberg'a)—съ большими негранулированными одноядерными клѣтками въ крови и пораженныхъ тканяхъ, и лимфосаркому, но признаетъ за всѣми этими формами тѣсное фамильное средство въ томъ смыслѣ, что существуютъ всевозможные переходы между ними.

Относительно лимфосаркомы Ribbert говоритъ, что при ней, не смотря на массовое новообразование лимфоцитовъ въ опухоли,

ли, содержаніе ихъ въ крови обыкновенно существенно не увеличено и это обстоятельство дало поводъ относить эти новообразованія къ псевдолейкэміи (Conheim), алейкэмической лимфомѣ и др. Однако иногда въ позднѣйшихъ стадіяхъ лимфосаркомы развивается лейкэмія. Поэтому Ribbert прямо считаетъ лейкэмію лишь за вариацию лимфосаркомы или, какъ онъ ее называетъ, лимфоцитомы, т. е. смотритъ на лейкэмію, какъ на злокачественное новообразование (Geschwulsttheorie der Leukämien).

По мнѣнію Ribbert'a, недостаточный переходъ лимфоцитовъ въ кругъ кровообращенія зависитъ отъ того, что они большей частью продолжаютъ оставаться въ узлахъ опухоли. На это указываетъ то наблюдение, что въ сосудахъ опухоли, особенно венахъ, большей частью не замѣтно увеличенія лимфоцитовъ. Но съ другой стороны метастазированіе и умѣренный лимфоцитозъ показываютъ, что поступленіе въ кровь лимфоцитовъ всетаки совершается, и съ теченіемъ времени должна бы наступить лейкэмія, если бы клѣтки снова не исчезали изъ крови, выселяясь изъ нея въ ткани. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ позднѣе дѣйствительно и развивается лейкэмія. Этотъ переходъ въ лейкэмію можетъ быть объясненъ или тѣмъ, что число поступающихъ въ кровь клѣтокъ слишкомъ велико, такъ что онѣ оттуда достаточно быстро не исчезаютъ, или тѣмъ, что ихъ эмиграціонная способность сдѣлалась меньшей вслѣдствіе, можетъ быть, пониженной жизненной энергіи лимфоцитовъ, которые уже образуются въ концѣ концовъ при неблагоприятныхъ условіяхъ.

Въ настоящее время именемъ лимфосаркомы (Kundrat), или тоже злокачественной лимфомы (Billroth), злокачественной лимфоаденомы (Orth), лимфоцитомы (Ribbert) обозначаются злокачественныя опухоли, которыя въ основныхъ чертахъ напоминаютъ строеніе лимфатическихъ аппаратовъ, берутъ изъ нихъ свое начало и въ нихъ по преимуществу даютъ метастазы.

Лимфосаркома не имѣетъ характернаго строенія лимфатическихъ путей и фолликуловъ или оно выражено въ ней только очень несовершенно. По Ribbert'у, лимфоциты здѣсь не представляютъ собою обычныхъ лимфоидныхъ элементовъ, бѣдныхъ протоплазмой, содержащей круглое ядро. Они въ общемъ крупнѣе, богаче протоплазмой и снабжены менѣе плотнымъ, менѣе интенсивно окрашивающимся ядромъ. Прообразомъ ихъ скорѣе являются клѣтки, которыя нормально образуютъ центры размноженія (Keimcentren) фолликуловъ. Генезисъ лимфосаркомы Ribbert представляетъ такимъ образомъ, что разстраивается внутренняя организація одного или нѣсколькихъ Keimcentren и лимфоциты, которые въ типическомъ строеніи нормальнаго фолликула находятъ себѣ границу для роста, могутъ теперь размножаться безпрепятственно. Нѣкоторыя опухоли

почти всецѣло состоятъ изъ такихъ клѣткъ, но другія содержатъ кромѣ того обыкновенные лимфоциты, которые даже могутъ преобладать.

Кромѣ лимфоцитовъ еще имѣются въ большемъ или меньшемъ числѣ клѣтки много большей величины, снабженныя объемистымъ свѣтлымъ, круглымъ или овальнымъ ядромъ; онѣ, очевидно, соотвѣтствуютъ эндотелію лимфатическихъ железъ при воспалительныхъ или регенеративныхъ процессахъ, когда эндотеліальныя клѣтки железъ представляются набухшими и отчасти отдѣлившимися отъ своей почвы. Эти клѣтки имѣютъ кругловатую форму или снабжены отростками и въ однихъ мѣстахъ попадаются чаще, чѣмъ въ другихъ. Во многихъ случаяхъ онѣ содержатъ нѣсколько ядеръ (2, 3—6, рѣдко больше) и представляютъ какъ-бы небольшія гигантскія клѣтки. Наконецъ въ лимфосаркомѣ встрѣчаются нерѣдко въ большомъ количествѣ эозинофильныя клѣтки, которымъ нѣкоторые приписываютъ даже діагностическое значеніе, такъ какъ при воспалительномъ опуханіи лимфатическихъ железъ ихъ бываетъ меньше.

Лимфосаркома развивается предпочтительно на опредѣленныхъ мѣстахъ: шейныя лимфатическія железы, *axilla*, *mediastinum anticum* (*thymus*), *mesenterium*. Она образуетъ здѣсь очень объемистыя опухоли, состоящія изъ многихъ отдѣльныхъ узловъ или пакетовъ ихъ. Макроскопически узлы имѣютъ видъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, слѣдовательно кругловатой или овальной формы, большею частью мягкой консистенціи, съ сѣровато-бѣлой, однообразно мозговидной поверхностью разрѣза. Иногда въ нихъ встрѣчаются большей или меньшей величины очаги некроза свѣтло-желтаго цвѣта, сливающимися между собой. Отдѣльные узлы могутъ достигать величины яблока и больше, но большей частью они меньшаго размѣра.

Опухоль прорастаетъ въ окружающія части: соединительную ткань, мышцы, нервы и сосуды, стѣнка которыхъ утолщается и иногда выпячивается внутрь въ видѣ бугра, такъ что дѣло можетъ дойти до замыканія просвѣта. На шеѣ, въ *axilla*, въ паховомъ сгибѣ опухоль прорастаетъ до кожи, срастается съ ней, наконецъ прорываетъ ее и можетъ подвергнуться некрозу и язвенному распаду. Съ шеи она можетъ проникнуть въ трахею, *mediastinum anticum*, въ бронхи, легкія, сердечную сорочку, эпикардій и въ мускулатуру сердца. Изъ *mesenterium* опухоль врастаетъ въ кишечную стѣнку.

Кромѣ лимфатическихъ железъ лимфосаркома беретъ свое начало, хотя менѣе часто, изъ глоточной и небныхъ миндалинъ, а также изъ лимфатическихъ отдѣловъ всего кишечнаго тракта, особенно въ окружности *valvulae Bauhini*. Много рѣже встрѣчается

первичная лимфосаркома въ печени, селезенкѣ. Ribbert нѣсколько разъ наблюдалъ развитіе ея въ грудной железнѣ.

Отъ первичныхъ узловъ происходятъ метастазы, которые замѣчательнымъ образомъ появляются прежде всего въ лимфатическихъ аппаратахъ, такъ что заболѣваютъ все новыя лимфатическія железы, фолликулярныя образованія кишечнаго канала и т. д. Наконецъ появляются гетеротопическія разрастанія (узлы и инфильтраціи) во внутреннихъ органахъ, серозныхъ оболочкахъ, кожѣ и п.). Въ печени развиваются въ особенности диффузныя инфильтраціи. Въ кожѣ образуются лишь маленькіе узелки, соотвѣтственно мельчайшимъ периваскулярнымъ, лимфатическомъ очагамъ.

Одни опухоли растутъ главнымъ образомъ на мѣстѣ своего первоначальнаго развитія, быстро увеличиваясь, другія, хотя образуютъ болѣе медленно растущіе пакеты, но отличаются распространеннымъ образованіемъ метастазовъ.

По Kundrat'y лимфосаркома никогда не исходитъ изъ одной лимфатической железы или одного фолликула, но всегда изъ группы и распространяется лимфатическими путями; распространеніе путемъ кровеносныхъ сосудовъ бываетъ рѣдко, нѣкоторымъ образомъ случайно.

Въ началѣ развитія лимфосаркомы имѣется ограниченная опухоль или диффузная инфильтрація. Въ глоткѣ ограниченныя опухоли появляются на одной, рѣдко на обѣихъ небныхъ миндалинахъ (Chiari) или, что Störk принимаетъ за болѣе частое, на глоточной миндалинѣ. Излюбленное мѣсто инфильтратовъ по Störk'y: uvula, небныя дужки, epiglottis и складки отъ него. Въ другихъ случаяхъ, по Chiari, вначалѣ имѣются, соотвѣтственно фолликуламъ слизистой оболочки глотки, маленькіе, расположенные группами, мозговидные инфильтраты желтовато-сѣрой окраски.

По Eisenmenger'y исходнымъ пунктомъ развитія лимфосаркомы въ глоткѣ является кромѣ миндалинъ аденоидная ткань на задней поверхности мягкаго неба, на задней стѣнкѣ глотки. особенно верхней части ея, и на основаніи языка отъ papillae circumvallatae до корня epiglottis.

Заболѣваніе миндалинъ небной и глоточной можетъ легко импонировать какъ простая гипертрофія, однако опухоль обнаруживаетъ своеобразную, мозговидную и на глоточной миндалинѣ болѣе жесткую (Störk) консистенцію, и наклонна къ изъязвленію.

При изъязвленіи поверхность опухоли обыкновенно представляется раздѣленной на очень неравномѣрные зубчатые бугры, между которыми лежатъ глубоко втянутыя сѣровато-желтыя части.

Инфильтраты также обнаруживаютъ склонность къ язвенному распаду, на подобіе туберкулезныхъ или сифилитическихъ образований; возникаютъ бугристыя или волнообразныя язвенныя поверхности безъ значительной реакціи въ окружности. Иногда образуются замѣтной толщины некротическія наслоения, дававшія поводъ къ смѣшенію съ дифтеритомъ.

Сосуды по Chiari и Kundrat'у представляютъ значительное сопротивленіе, но Eisenmenger и Luffinger въ одномъ, съ самаго начала наблюдаемомъ, случаѣ констатировали въ качествѣ начального симптома — частыя, но небольшія кровотечения.

То же было вначалѣ и у нашего больного, причемъ, по его словамъ, кровотечения были довольно значительныя.

По Kundrat'у распространеніе лимфосаркомы совершается отъ одной области къ другой, но никогда это распространеніе не дѣлается общимъ, какъ при лейкеміи и псевдолейкеміи и не идетъ такъ быстро, какъ при этихъ заболѣваніяхъ, и всегда остается ограниченнымъ нѣсколькими областями. Этотъ ростъ и распространеніе совершается двояко: 1) чрезъ соучастіе сосѣднихъ лимфатическихъ узловъ и фолликуловъ, а также аденоидной ткани, и 2) путемъ перехода на окружающія части.

Въ каналахъ, выстланныхъ слизистой оболочкой (глотка, кишка), распространеніе идетъ легче всего по рыхлой подслизистой ткани, которая вздувается опухолью, какъ при эмфиземѣ. Сама слизистая оболочка, по крайней мѣрѣ ея поверхностный слой сохраняется долго, даже если остальные слои стѣнки, напр. мышечная трубка уже сильно инфильтрирована. Въ кишкѣ отлагаются широкіе инфильтраты, которые распространяются циркулярно, какъ при карциномѣ, но на большіе участки, причемъ образуются не стриктуры, а большей частью расширенія.

Тамъ, гдѣ слизистая оболочка связана съ почвой посредствомъ крѣпкой соединительной ткани, напр. на хоанахъ, распространеніе задерживается. Подобныя же препятствія встрѣчаются на задней стѣнкѣ глотки, гдѣ возникаютъ ограниченные валики и плоскости, какъ при инъекціи въ подслизистую ткань глотки оплотнѣвающей массы. Если кромѣ стѣнокъ глотки заболѣваетъ мягкое небо, то опухоль образуетъ тогда какъ бы слѣпокъ (Aussuss) органа, resp. сегментъ трубки. Инфильтрированная слизистая оболочка приобретаетъ при этомъ своеобразную просвѣчиваемость, подобно отеку слизистой оболочкѣ или на подбѣ Rohglas (Störk) и представляетъ желтовато-сѣрую окраску. Какъ сказано, эти инфильтраты обнаруживаютъ склонность къ язвенному распаду. Слизистая оболочка лишь мало по малу замѣщается тканью опухоли и только верхніе слои очень долго остаются интактными,

такъ что опухоль можетъ достигнуть большого протяженія при нормальномъ видѣ слизистой оболочки, и если операторъ захочетъ отсепаровать слизистую, кажущуюся нормальной, то это не удается (Eisenmenger).

Почти также быстро идетъ распространеніе опухоли въ прочихъ рыхлыхъ клѣточныхъ тканяхъ, въ мышцахъ, въ серозныхъ оболочкахъ, между тѣмъ какъ кость противостоитъ очень долго.

Въ лимфатическихъ железахъ лимфосаркома развивается или первично и иногда одновременно съ поражениемъ другой области (напр. железы позади угла нижней челюсти и аденоидная ткань глотки) или онѣ инфицируются отъ первичнаго очага, причемъ инфекция эта большей частью появляется довольно рано. Впрочемъ вторичное опуханіе лимфатическихъ железъ не постоянно; напр. въ 2 сл. Eisenmenger'a при лимфосаркомѣ глотки до самой смерти пораженія лимфатическихъ желѣзъ не обнаружено.

Болѣе тонкія микроскопическія детали роста и дальнѣйшаго распространенія лимфосаркомы Ribbert описываетъ слѣдующимъ образомъ.

Лимфоциты въ первичной опухоли продолжаютъ размножаться и опухоль увеличивается. Не мало встрѣчается митотическихъ фигуръ, именно въ болѣе крупныхъ богатыхъ протоплазмой клѣткахъ, напротивъ въ болѣе мелкихъ тѣмъ рѣже, чѣмъ полнѣе онѣ приближаются къ формальнымъ лимфатическимъ клѣткамъ. Въ лимфоцитахъ, состоящихъ только изъ узкой протоплазматической каймы и относительно большого круглаго, интенсивно окрашивающагося ядра, вовсе не встрѣчается митозовъ. Слѣдовательно, въ ростѣ опухоли участвуютъ только болѣе крупные лимфоциты.

Кромѣ лимфоцитовъ размножаются въ первичной опухоли также клѣтки эндотелія и reticuli, но размноженіе послѣднихъ представляетъ лишь сопутствующее явленіе. Самое распространеніе опухоли на окружающія ткани и образованіе метастазовъ совершается только чрезъ лимфоцитовъ. Какъ крупные, такъ и мелкіе лимфоциты проникаютъ въ окружность и выполняютъ тканевыя щели. Это распространеніе клѣтокъ можетъ совершаться или благодаря собственному передвиженію ихъ, что особенно свойственно крупнымъ формамъ лимфоцитовъ, которые по богатству протоплазмы болѣе способны къ амѣбoidalнымъ измѣненіямъ, или благодаря пассивному передвиженію вслѣдствіе продавливанія изъ растущей опухоли или онѣ увлекаются токомъ лимфы. Впрочемъ мелкіе лимфоциты могутъ также самостоятельно образоваться въ окружающей соединительной ткани. Клѣтки проникаютъ не только въ соковые промежутки, но также въ лимфатическіе пути, меньше въ кровеносные сосуды и ведутъ къ образованію метастазовъ. Попавъ въ соковые промежутки, онѣ могутъ утвердиться въ жировой ткани и жирос-

вья кѣтки мало по мало вытѣсняются. Далѣе онѣ инфилтрируютъ встрѣчающіяся на пути мышцы и вытѣсняють мышечныя волокна. Такимъ образомъ опухоль распространяется, наприм., съ шеи на *mediastinum*, оттуда можетъ перейти на эпикардіальную жировую ткань и затѣмъ проникнуть вглубь сердца между мышечными волокнами.

Метастазы чрезъ посредство лимфатической системы скорѣе всего образуются въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ и затѣмъ болѣе удаленныхъ и притомъ шалъ за шагомъ, въ постепенно убывающей интенсивности. Однако не всѣ узлы, составляющіе опухолевый пакетъ, представляютъ изъ себя только лимфатическія железы, подвергшіяся заболѣванію; для этого не хватило бы железъ напр. на шеѣ, *axilla* и т. д. Кромѣ железъ инфилтрируются, по *Ribbert*'у, также мельчайшіе лимфатическіе участки, которые повсюду имѣются въ лимфатической системѣ, сопровождающей кровеносныя сосуды, и состоятъ изъ *reticulum* съ эндотелиемъ и лишь небольшого числа лимфоцитовъ. Это — такъ называемые (гипотетическіе) фолликулы *Arnold*'а и *Ribbert*'а. Такимъ путемъ возникаютъ около сосудовъ мелкіе метастатическіе узелки, сидящіе болшею частью на мѣстахъ дѣленія сосудовъ.

По *Kuudrat*'у, мѣстомъ вторичныхъ образованій являются только извѣстные органы и даже такіе, которые при сильно метастазирующихъ опухоляхъ (саркома, ракъ) поражаются метастазами очень рѣдко, какъ наприм., слизистая оболочка желудочно-кишечнаго тракта. Метастазы въ собственномъ смыслѣ, объясняемые переносомъ путемъ кровяного тока, появляются рѣдко, болшею частью отдѣльными экземплярами, и бываютъ какъ въ обыкновенныхъ органахъ: въ печени, *lien*, легкихъ, нервахъ, очень рѣдко въ костяхъ (сл. *Schrötter*'а — метастазы въ *ulna*, *tibia*, *scapula* и 2 ребрахъ), такъ и на совсѣмъ странныхъ мѣстахъ — между мышцами или подъ ними, внѣ періоста, на кости, въ кожѣ и пр.. Въ печени и селезенкѣ никогда не образуется диффузныхъ инфилтрацій, какъ это бываетъ при лейкеміи, и эти органы при лимфосаркомѣ не увеличены и даже малы (маразмъ). Никакихъ особенныхъ измѣненій не наблюдается также въ костномъ мозгу (*Kuudrat*).

По *Ribbert*'у, кѣтки, занесенныя кровью въ печень, остаются въ просвѣтѣ капилляровъ, тамъ разрастаются, вытѣсняють окружающія кѣтки и производятъ диффузныя инфилтраціи. Въ легкихъ кѣтки попадаютъ изъ циркулирующей крови въ лимфатическіе периваскулярные очаги (упомянутые фолликулы) и чрезъ слияніе разросшихся узелковъ образуются періартеріальныя и перибронхіальныя инфилтраціи. Въ почкахъ происходитъ инфилтрація кѣтками иногда всей интерстиціальной ткани, такъ что вду-

бочки и мочевые каналцы совершенно ими вытѣсняются. Въ желудочно-кишечномъ каналѣ инфильтраціи могутъ захватывать всѣ слои стѣнки, сдавливать железы и вращать въ ворсинки.

Повсюду, гдѣ клѣтки попадаютъ въ лимфатическіе аппараты и тамъ размножаются, происходитъ также разрастаніе эндотелія, образованіе гигантскихъ клѣтокъ и увеличеніе *reticuli*. Тамъ же, гдѣ нѣтъ такихъ аппаратовъ, напр. въ капиллярахъ печени, въ *isterstitio* почки, въ сальникѣ, опухоль состоитъ изъ однихъ лимфоцитовъ (*Ribbert*).

Теченіе лимфосаркомы не равномерное; въ большинствѣ случаевъ наступаютъ частыя, иногда продолжительныя (годъ и болѣе) ремиссіи. Въ другихъ случаяхъ теченіе бываетъ необыкновенно быстрое, такъ что уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ появленія первыхъ симптомовъ наступаетъ смерть.

Лимфосаркома подобно лейкоэмическимъ и псевдолейкоэмическимъ опухолямъ не имѣетъ особенной склонности къ регрессивному метаморфозу; жировое перерожденіе наступаетъ очень рѣдко и только мѣстами, анэмическіе некрозы также рѣдки (*Kundrat*). Однако по многимъ наблюденіямъ можетъ наступать, при образованіи ли язвъ и некроза, или безъ нихъ, исчезаніе отдѣльныхъ опухолей. Иногда это исчезаніе безъ другихъ видимыхъ явленій (образованіе абсцесса и пр.) совершается въ теченіе немногихъ дней. По *Kundrat*'у объяснить это явленіе анэмическимъ некрозомъ нельзя, такъ какъ время для всасыванія слишкомъ коротко. Можно было бы думать въ такихъ случаяхъ о внезапномъ прорывѣ въ кровь скопившихся лимфоцитовъ, но для подтвержденія этого не имѣется указаній на изслѣдованіе крови въ соответствующіе моменты. Здѣсь можно видѣть аналогію съ обратнымъ развитіемъ злокачественныхъ лимфомъ *Billroth*'а подъ дѣйствіемъ мышьяка.

Но такого рода кажущееся произвольное излеченіе не продолжается. Изъ сосѣднихъ, уже заболѣвшихъ фолликуловъ, которые защищены отъ мѣста распада посредствомъ зоны нормальной ткани, начинается рецидивъ и вскорѣ образуются новыя опухоли, часто превосходящія по протяженію и злокачественности своихъ предшественниковъ.

Въ качествѣ хорошей иллюстраціи въ картинѣ теченія лимфосаркомы, мы приведемъ одинъ изъ 4 случаевъ лимфосаркомы, первично исходящей изъ аденоидной ткани глотки, наблюдавшихся *v. Eisenmenger*'омъ (1893) въ клиникѣ проф. *Albert*'а.

Случай IV. Крестьянинъ, 53 лѣтъ, крѣпкаго сложенія. Тому назадъ 4 мѣсяца появились боли въ правомъ ухѣ, а 2 мѣсяца—опуханіе правой половины мягкаго неба и припухлость подъ

правымъ ухомъ. Съ мѣсяць стало невозможнымъ глотаніе плотной пищи и развилось затрудненіе дыханія. При изслѣдованіи опухоль глотки занимаетъ правую половину мягкаго неба и глоточной стѣнки; uvula отгѣснена къ передней лѣвой дужкѣ, *aditus ad pharyngem* сильно сѣужень (узкая щель). Кпереди она доходитъ до уровня *dens sariens*. Слизистая оболочка, видимо, не измѣнена; только противъ *dens sariens* имѣется небольшое изъязвленіе. Верхняя и нижняя границы опухоли точно не опредѣляются. Носовое дыханіе совершается безпрепятственно. Опухоль подъ ухомъ плотноватая, крупно бугристая, простирается внизъ и впередъ до передней $\frac{1}{3}$ правой половины *maxillae infer.* Больному въ клиникѣ сдѣлана была *oesophagotomia* и *tracheotomia*. Черезъ 8 дней послѣ операциі—жестокое кровотеченіе изъ трахеотомической раны. Опухоль въ глоткѣ представлялась въ это время не измѣненной, но 6 дней спустя, къ удивленію, она исчезла, черезъ 2 же дня исчезла также опухоль на шеѣ. Больной чувствовалъ себя хорошо, легко глоталъ и могъ дышать съ закупоренной канюлей; остался только легкій парезъ правой голосовой связки. Черезъ нѣсколько дней больной выписался. Спустя 10 мѣсяцевъ онъ явился въ клинику показаться и, при точномъ изслѣдованіи горла, не найдено ничего ненормальнаго. Непосредственно же по возвращеніи домой, у больного стали снова развиваться опухоль, затрудненіе глотанія, глухота, невралгіи въ ухѣ и затылкѣ, что и заставило его, ровно черезъ годъ послѣ выписки изъ клиники, снова поступить въ нее. При изслѣдованіи глотки найдено тоже, что и въ первый разъ. Опухоль спускается до *sinus rugiformis*. Для микроскопическаго изслѣдованія изъ опухоли вырѣзанъ кусочекъ, величиною 2 cent. \times 1 cent. и фиксированъ въ алкоголь. Найдено слѣдующее (prof. Paltauf): Эпителіальный покровъ хорошо сохраненъ, слизистая оболочка—съ сосочками (*papillae*) и около сосудовъ, которые расширены, счень богата клѣтками, въ *submucosa* только небольшое скопленіе круглыхъ клѣтокъ; слизистыя железы нормальны. Только $\frac{1}{3}$ часть срѣза представляетъ новообразованіе, состоящее большей частью изъ круглыхъ клѣтокъ, заложенныхъ отчасти безъ особеннаго порядка въ нѣжномъ *reticulum*, отчасти въ видѣ различной ширины, не рѣзко ограниченныхъ, цилиндровъ *resp. гнѣздъ* между сосудами.

Въ слѣдующіе дни на мѣстѣ эксцизиі образовалось при сильныхъ воспалительныхъ явленіяхъ изъязвленіе, очень быстро

увеличивавшееся въ глубину. Спустя немного дней опухоль значительно уменьшилась, дыханіе стало свободнѣе, глотаніе же, боли въ затылкѣ и глухота уменьшились незначительно. Спустя 14 дней послѣ эксцизиі верхняя часть опухоли исчезла совершенно, на ея мѣстѣ остается только плоская язва, занимающая правую половину *palati mollis* и *arcus palatoglossi*. Въ *sinus pyriformis* и на нижней части задней стѣнки глотки имѣется остатокъ опухоли довольно плотной консистенціи. Сдѣлавшееся возможнымъ ларингоскопическое изслѣдованіе обнаружило полный параличъ правой голосовой связки. Состояніе больного все улучшалось и онъ пожелалъ освободиться отъ фистулы *oesophagi*, что и было сдѣлано. Черезъ 6 недѣль послѣ поступления въ клинику больной выписался въ улучшенномъ состояніи. О дальнѣйшемъ теченіи болѣзни было сообщено мѣстными врачами. Рубцеваніе язвенной поверхности продолжало прогрессировать, но появилась на основаніи языка справа новая, очень жесткая опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, смѣшающая *epiglottis* въво. Затѣмъ опухоль начала быстро расти на прежнемъ мѣстѣ, опять изъязвилась и некротизировалась, потомъ вновь стала рубцеваться, но черезъ нѣсколько недѣль вновь появился рецидивъ и на этотъ разъ на обѣихъ сторонахъ, поведшій вслѣдствіе невозможности систематическаго питанія глоточнымъ зондомъ къ смерти отъ истощенія.

Лимфосаркомой болѣе всего заболѣваютъ въ среднемъ возрастѣ, отъ 25 до 55 лѣтъ, очень часто очень крѣпкіе люди; мужчины вдвое чаще, чѣмъ женщины.

Удивительна рѣдкость туберкулезныхъ процессовъ при этомъ страданіи, но зачастую развивается значительная анемія.

Прогнозъ при лимфосаркомѣ крайне печальный. Если отдѣльные узлы и язвы и могутъ излечиться благодаря ли прижиганіямъ, или произвольно чрезъ нагноеніе и исторженіе поверхностно некротизированныхъ частей, или благодаря экстирпациі, но вскорѣ рядомъ съ рубцомъ или дальше образуются новые очаги такого-же рода. Поэтому многіе авторы причисляютъ лимфосаркому къ общему заболѣванію „*lymphosarcomatosis*“ (*W u l l i n*). *K u n d r a t* также избралъ это названіе.

По *K u n d r a t* у *lymphosarcomatosis* представляетъ одно изъ самыхъ злокачественныхъ заболѣваній, даже болѣе злокачественное, чѣмъ саркома и ракъ и для cadaго врача является „*noli me tangere*“.

Операціи при лимфосаркомѣ не имѣютъ никакихъ шансовъ на успѣхъ, но не вредили. Во всякомъ случаѣ нужно отказаться отъ большихъ операцій. Кровотеченія при маленькихъ вмѣшательствахъ бояться нечего. Хорошее вліяніе на такія опухоли оказываетъ мышьякъ; при употребленіи большихъ дозъ (20—25 gtt. sol. arsenic. Fowleri p. die) много разъ получалось продолжительное, но чаще скоро преходящее улучшеніе.

Перехожу теперь къ описанію нашего случая лимфосаркомы.

Въ Александровскую г. Казани больницу поступилъ 11/x 1907 г. (подъ № 229 приѣмнаго журнала) крестьянинъ Симбирской губерніи и уѣзда, Филипповъ Аристархъ, 38 лѣтъ, чернорабочій (сортировщикъ шерсти), съ опухолью въ носоглоткѣ и метастазами на шеѣ. Диагнозъ: *Lymphosarcoma cavi nasopharyngei с. metastas. in gland. lymphat. colli.*

Анамнезъ. Больной до этого заболѣванія ничѣмъ особеннымъ не хворалъ; во время минувшей войны былъ въ кампаніи на Дальнемъ Востокѣ. По словамъ больного, его дядя по отцу страдалъ ракомъ лѣваго угла рта и щеки.

Съ Октября 1906 г. больной сталъ замѣчать затрудненіе носоваго дыханія: часто закладывало то одну, то другую половину носа, а съ Января онъ уже совсѣмъ не дышетъ носомъ. Одновременно развилось ослабленіе слуха и почти постоянные шумы (шумъ лѣса, звонъ) въ ушахъ и головѣ. Съ Іюня сталъ чувствовать затрудненіе глотанія. Въ Іюлѣ больной замѣтилъ образованіе небольшого, величиною съ крупную горошину, подвижнаго, неболезненнаго узелка подъ кожей лѣвой стороны шеи ниже угла нижней челюсти. Сначала были частыя кровотеченія изъ носа и глотки, повторявшіяся 2—3 раза въ недѣлю; съ Сентября мѣсяца кровотеченій не было. Въ Ноябрь появились стрѣляющія боли въ головѣ и шеѣ, продолжавшіяся недѣли три. Съ Декабря съ увеличеніемъ затрудненія дыханія больной сталъ сильно потѣть (главнымъ образомъ голова и верхняя половина туловища), особенно во время сна. Замѣчается сонливость. Съ Января 1908 г. больной сталъ жаловаться на постоянныя боли въ крестцѣ и ребрахъ, затрудняющія ходьбу и движенія туловищемъ. При давленіи на широкія и плоскія кости: крестецъ, подвздошныя кости, грудину, ребра, а также на межреберныя промежутки больной испытываетъ сильную болѣзненность, онъ съ трудомъ мѣняетъ положеніе и особенно болѣзненно вставаніе съ постели.

Status praesens. Больной средняго роста, некрѣпкаго тѣлосложенія, очень анѣмиченъ и сильно истощенъ. Кожа суха и пигментирована, кромѣ области плечевого пояса. Въ легкихъ перкуторно опредѣляется небольшое пониженіе верхушекъ, болѣе рѣз-

кое слѣва. Печень не увеличена и вслѣдствіе болѣзненности при давленіи на брюшные покровы ощупать ее хорошо не удастся. Селезенка не прощупывается и вслѣдствіе тимпанита не опредѣляется и перкуторно; верхняя граница ея у 8-го ребра. Моча бѣлка не содержитъ.

Дыханіе затрудненное, храпящее, черезъ носъ отсутствуетъ; лишь при сильномъ выдыханіи съ закрытымъ ртомъ можно констатировать нѣкоторую проходимость носа для воздуха, немного большую съ правой стороны. Обонаніе отсутствуетъ. Глотаніе затруднено и не сопровождается особенной болью; больной при ѣдѣ старается больше размельчать и размачивать пищу. Отдѣленіе слизи и слюны увеличено, также отдѣленіе изъ носу. *Rhinolalia clausa*. Глоточные рефлексy повышены. Слухъ пониженъ, особенно слѣва; правымъ ухомъ слышитъ „два“, сказанное негромко у самого уха. При передней риноскопіи въ лѣвой половинѣ носа виденъ и безъ помощи носового зеркала отростокъ новообразованія изъ носоглоточной полости. Отростокъ толщиною въ палецъ, сѣровато-бѣлаго цвѣта, мясистой консистенціи, состоитъ изъ двухъ долекъ. Правая половина носа нѣсколько сужена и со стороны задняго отверстія закупорена новообразованіемъ.

При осмотрѣ со стороны полости рта мягкое небо представляется сильно утолщеннымъ, оттѣсненнымъ впереди и темнокраснаго цвѣта, особенно въ нижней его части; язычекъ также утолщенъ и гиперэмированъ. При пальпаціи оказывается, что выпячиваніе мягкаго неба впереди обусловливается новообразованіемъ, которое выполняетъ собою и все носоглоточное пространство. Нижняя периферія этой части новообразованія становится немного видной при оттягиваніи мягкаго неба впереди и вверхъ посредствомъ крючка. Опухоль мясистой, умѣренно плотноватой консистенціи, нѣсколько дольчатая, сращена съ верхне-задней стѣнкой глотки; палецъ, введенный позади мягкаго неба лишь немного проникаетъ кверху и до хоанъ не достигаетъ. Изслѣдованіе пальцемъ нѣсколько болѣзненно, кровотеченія не вызываетъ.

Кромѣ того на лѣвой сторонѣ шеи, пониже уха, по направленію крупныхъ сосудовъ имѣется другая опухоль, величиною больше голубиного яйца, состоящая, видимо, изъ нѣсколькихъ сращенныхъ между собою увеличенныхъ лимфатическихъ железъ.

Изъ лѣвой половины носа удаленъ ножницами кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія, величиною въ 1 куб. сант.; кусочекъ положенъ въ 10% водный растворъ *formoldehyd'a* (20 к. с. *formol'a Schering'a* на 80 к. с. воды) на 2 сутокъ, затѣмъ перенесенъ въ алкоголь; заключеніе въ целлоидинъ и параффинъ. Для окрашиванія срѣзовъ употреблялся *Hämalaun* (по *R. Mayer*) съ эозиномъ, также способъ *v. Gieson'a*.

При микроскопическомъ изслѣдованіи новообразованіе оказалось лимфосаркомой. Въ ткани опухоли имѣется слабо развитое reticulum, въ петляхъ котораго заложены лимфоидныя клѣтки нѣсколько болѣе крупнаго объема, чѣмъ обыкновенныя лимфоциты, съ круглымъ или овальнымъ пузырькообразнымъ ядромъ, окрашивающимся менѣе сильно, чѣмъ у мелкихъ лимфоцитовъ, которые здѣсь разсѣяны между крупными элементами. Кромѣ того имѣются въ небольшомъ числѣ еще болѣе крупныя клѣтки, типа эндотелія, съ 1—2 или нѣсколькими мелкими ядрами, круглыя, рѣзко ограниченныя, или неправильной формы, иногда съ зернистой протоплазмой; еще рѣже клѣтки веретенообразной и звѣздчатой формы. Мѣстами попадаются многоядерныя клѣтки, вида небольшихъ гигантскихъ. Среди клѣтокъ имѣется порядочное количество болѣе крупныхъ элементовъ съ каріокинетическими фигурами дѣленія.

Въ извѣстныхъ частяхъ препарата бросается въ глаза и при небольшомъ увеличеніи своеобразныя кругловатыя кучки хорошо окрашенныхъ ядеръ (лимфоцитовъ), до 8—13 штукъ въ общемъ протоплазматическомъ тѣлѣ или безъ онаго. Повидимому, это—агрегаты молодыхъ лимфоидныхъ клѣтокъ, еще не успѣвшихъ индивидуализироваться. Особенно много такихъ кучъ находится въ части куска, близкой къ некротизировавшейся поверхности послѣдняго.

Сосудовъ въ новообразованіи немного, они большей частью мелкіе, характера капилляровъ и въ нѣкоторыхъ изъ нихъ можно видѣть увеличенное количество лимфоцитовъ.

30-го января у больного былъ взятъ изъ того же мѣста посредствомъ проволочной петли еще кусочекъ новообразованія для микроскопическаго изслѣдованія. Кусочекъ, величиною немного болѣе 1 куб. сант., фиксированъ въ алкоголь. Въ срѣзахъ изъ этого препарата найдена таже картина, но нѣтъ вышеупомянутыхъ ядерныхъ кучъ или, по крайней мѣрѣ, онѣ не такъ рѣзко выдѣляются. Кромѣ того мѣстами имѣется сильно развитая строма.

25. x. 1907 у больного была произведена офтальмо-реакція Calmette'a; результатъ отрицательный.

Больной въ дальнѣйшемъ сталъ жаловаться на потерю аппетита и увеличивающуюся потерю силъ: истощеніе прогрессируетъ.

Въ Январѣ 1908 г. опухоль на лѣвой сторонѣ шеи достигла величины куринаго яйца. Она умѣренно плотновата, нѣсколько крупнобугриста и неболезненна. Кожа надъ ней подвижна. На правой сторонѣ подъ угломъ нижней челюсти прощупывается нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ.

31-го Января было произведено изслѣдованіе крови, взятой изъ пальца (д-ръ Н. К. Гаряевъ). Найдено гемоглобину 10,8

по Fleischl-Miescher'y, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5.470.000, бѣлыхъ 6190. Процентное содержаніе различныхъ формъ лейкоцитовъ слѣдующее: нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 71,4%, базофиловъ 0,8%, лимфоцитовъ 17,5%, мононуклеаровъ и переходныхъ 8,8%; міелоцитовъ 1 на 610 бѣлыхъ тѣлецъ. Въ мазкѣ крови кромѣ того бросается въ глаза относительное изобиліе кровяныхъ пластинокъ *Bizzozzeri*.

Исслѣдованіе крови повторено 7-го февраля. Найдено гѣмоглобину 12,45 (Fleischl-Miescher), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5.470.000, бѣлыхъ 6220.

10-го Марта гѣмоглобину 73% (Sahli), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.840.000 (другая камера и смѣситель), бѣлыхъ тѣлецъ 6980.

Съ 5-го Февраля дѣлались впрыскиванія *atoxyl'a* (1,0:10,0) въ ягодичную область, начиная съ 3 дѣленій шприца Pravatz'a; ежедневно прибавлялось по 1 дѣленію, но послѣ 10 дѣленій впрыскиванія прекращены вслѣдствіе позывовъ на рвоту. Съ 22-го производилось ежедневно впрыскиваніе 1% *sol. patrii arsenicici*, начиная съ 3-хъ дѣленій; по достиженіи 10 дѣленій впрыскиванія также прекращены вслѣдствіе болѣзненности ихъ для больного.

12-го Февраля опухоль на шеѣ увеличилась; она простирается отъ уровня мочки лѣваго уха внизъ и не доходитъ до ключицы на 3 поперечныхъ пальца, въ ширину имѣетъ около 3 поперечныхъ пальцевъ. Кожа надъ опухолью подвижна. На правой сторонѣ подъ угломъ нижней челюсти железки достигли величины лѣснаго орѣха; онѣ нѣсколько болѣзненны, мало фиксированы, кожа надъ ними нормальна.

Больной обратилъ вниманіе на появленіе небольшого узелка подъ кожей надъ лѣвымъ VI-ымъ ребромъ по *linea axillaris*; узелокъ довольно плоскій, продолговатоовальной формы, величиною побольше кедроваго орѣха, подвижный. Нѣсколько такихъ же узелковъ, но меньшей величины, найдено подъ кожей лѣвой плечевой и надлопаточной области.

23. II. Больной почувствовалъ вдругъ наступившее онѣмѣніе всей лѣвой половины тѣла, продолжавшееся нѣсколько часовъ.

27. II. Опухоль на лѣвой сторонѣ шеи при измѣреніи лентой чрезъ кожные покровы имѣетъ размѣры $11 \times 10\frac{1}{2}$ сант.; подъ правымъ угломъ нижней челюсти железки стали больше, одна изъ нихъ достигла величины каштана. Больной попрежнему обнаруживаетъ сильную чувствительность къ давленію на кости: ребра, особенно нижнія, начиная съ 6-го ребра, ключицы, особенно лѣвую въ наружной ея половинѣ, лопатки, грудину, тазовыя кости, оба бедра.

На лѣвой ногѣ пателлярный рефлексъ отсутствуетъ.

1 III. 1908 Большой демонстрированъ въ засѣданіи Общества врачей. Ночью нѣсколько разъ была рвота.

3. III На передней поверхности мягкаго неба справа вблизи основанія язычка замѣчена поверхностная ссадина неправильной формы, около 3—4 миллим. въ діаметрѣ, покрытая желтоватымъ налетомъ.

14 III. Больной сильно потѣетъ и чувствуетъ большую слабость; пульсъ слабый, 118 ударовъ въ минуту. Поверхностная язва на мягкомъ небѣ исчезла.

Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, при подогрѣваніи выпадаютъ фосфаты.

21. III. Опухоль на лѣвой сторонѣ шеи прибавилась кверху, гдѣ она начинается тотчасъ подъ ушной раковиной и нѣсколько отѣсняетъ нижній конецъ ея впереди. Размѣры опухоли $13 \times 10\frac{1}{2}$ сантим. Кожные покровы надъ верхней частью нѣсколько отечны и покраснѣвши. На правой сторонѣ двѣ железки подъ угломъ нижней челюсти достигли величины каштана; онѣ расположены у внутренняго края *m. sterno-cleido-mastoideus*, одна ниже другой.

Больной чувствуетъ себя бодрѣе, не потѣлъ; пульсъ 112.

26. III. Самочувствіе очень плохое, пульсъ нитевидный. Дыханіе болѣе затрудненное, Cheyne-Stokes'овскаго характера. Во время сна больного слышны на разстояніи громкіе крупнопузырчатые хрипы; на губахъ и въ лѣвой ноздрѣ видна пѣна. Ночью безпокойный бредъ (больной встаетъ съ постели и начинаетъ блуждать по палатамъ и собираться домой).

30. III. 1908. Больной умеръ въ 3 часа дня. Вскрытіе черезъ 26 часовъ послѣ смерти.

Температурныя колебанія у больного въ общемъ были въ предѣлахъ нормы и только въ нѣкоторые дни наблюдалось вечернее повышеніе (7 II—37,7, 14-го 38,3, 15-го 37,9, 18-го 37,7, 19-го 38,1, 23-го, 24-го 37,7, 27-го 38,0, 6 III 37,7, 17-го 37,7, 26-го 37,8).

Извлеченіе изъ протокола (№ 40) вскрытія (31. III. 1908 (прив.-доцентъ П. П. Заболотновъ).

Вѣсъ трупа 39500 граммовъ (2 п. 14 ф.). Тѣлосложеніе слабое. Питаніе крайне ослабленное. Кожа бураго цвѣта, особенно на конечностяхъ и нижней части туловища. Подкожная кѣлѣтчатка почти совсѣмъ лишена жира, не отечна; по *l. axillaris sin.* прощупывается 2—3 узелка, съ чечевицу величиною, нѣсколько такихъ же узелковъ въ плечевой и надлопаточной области. Слизистая оболочка десенъ блѣдна. Надкостница задней поверхности грудины пропитана бѣловатыми мягкими массами, которыя отчасти

распространяются на клетчатку передняго средостѣнія. Со стороны грудной полости надкостница утолщена, мѣстами очень рѣзко выпячена и особенно ближе къ позвоночнику пропитана бѣловатыми мягкими массаами.

Тоже наблюдается въ надкостницѣ грудныхъ позвонковъ. Костный мозгъ грудины и лѣваго бедра студенистаго вида.

Въ верхней части шеи по сторонамъ имѣются полушаровидныя опухоли мягковатой консистенціи, именно съ правой стороны 3 узла по голубиному яйцу, а съ лѣвой узелъ съ хорошей апелсинь. Узлы лежатъ въ fossae caroticae и съ лѣвой стороны узелъ распространяется взади подъ *m. sterno-cleido-mastoideus* и плотно спаянъ съ мышцею, причемъ послѣдняя отчасти также пронизана массою опухоли. Книзу отъ большого узла лежатъ нѣсколько железъ до лѣснаго орѣха величиною. Одинъ узелъ такого же размѣра находится въ лѣвой подключичной ямкѣ. Узлы мягки, мѣстами расплывчатаго характера, бѣлаго цвѣта, вида молоко.

На р а с щ и п а н н ы хъ препаратахъ изъ большого узла на лѣвой сторонѣ шеи видны мелкія одноядерныя клетки, преимущественно круглой формы, величиною съ лейкоцитъ, потомъ болѣе крупныя одноядерныя, типа большихъ лейкоцитовъ или эндотелиальныхъ элементовъ, и наконецъ попадаются многоядерныя клетки, превышающія предпослѣдній типъ раза въ 3—4. Клетки большей частью содержатъ мелкія капельки жира и иногда буроватыя зернышки.

Кости черепа толсты, *diploë* достаточно развито. Внутренняя поверхность черепа розоватаго цвѣта, мѣстами не ровна, пропитана мягкою соскабливающеюся массою. *Dura mater* нѣсколько утолщена; *sinus longitudinalis* содержитъ объемистый красный свертокъ. Мягкая оболочка мутна, съ молочнымъ оттѣнкомъ. Мозгъ не вскрытъ, переданъ въ нервную клинику.

Висцеральный листокъ окологердечной сумки слабо молочнаго цвѣта. Вѣсъ сердца 230 грам.. Сердечныя мышцы бураго цвѣта; въ толщѣ лѣваго желудочка находится блѣдноватый фокусъ съ небольшою горошину.

Въ полостяхъ плевры не болѣе, какъ по 100 к. с. серозной жидкости. На наружно-передней сторонѣ праваго легкаго плевра на протяженіи ладони молочнаго цвѣта, значительно утолщена; съ лѣвой стороны въ области верхней доли на ограниченномъ протяженіи имѣется сращеніе плевральныхъ листковъ посредствомъ фиброзной перемычки.

Бронхiальные железы увеличены до лѣснаго орѣха, сѣро-аспиднаго цвѣта, сочны. Верхнія доли обоихъ легкихъ и средняя праваго сѣровато-краснаго цвѣта, нѣсколько вздуты, при давленіи

крепитируютъ; нижнія доли темнокраснаго цвѣта, даютъ порядочно пѣнистой крови. Щитовидная железа ничего особеннаго не представляетъ.

Полость носоглотки заполнена новообразованиями, которыя лежатъ слоемъ въ палецъ толщиною на основаніи черепа, плотно спаявшись съ періостомъ, отсюда спускаются книзу, прилегающая къ позвоночнику, гдѣ достигаютъ толщины 2 поперечныхъ пальцевъ, и по стѣнѣ глотки достигаютъ до уровня входа въ гортань. Массы опухоли, распространяясь впереди къ мягкому небу, врасли черезъ лѣвую хоану въ лѣвую половину носовой полости и заняли большую часть ея; сверху и спереди эти массы свободно заполняютъ лѣвую половину носовой полости, внизу же послѣдней онѣ плотно спаяны съ надкостницей небнаго отростка верхней челюсти. Распространеніе опухоли въ правую половину носа—только въ видѣ относительно небольшого полушаровиднаго выступа. Все мягкое небо также занято новообразованиемъ, причемъ оно утолщено до $1\frac{1}{2}$ —2 сант. и удлиннено. Миндалевидныя железы не увеличены. Массы опухоли, занимающія полость носоглотки, со стороны послѣдней не ровны, съ валикообразными и полушаровидными выпячиваніями, мягкой консистенціи, розовато-бѣлаго цвѣта, слегка просвѣчивающаго свойства. Благодаря разрастанію массы новообразованія носоглоточная полость низведена до щелевиднаго пространства.

Брыжжечныя железы увеличены, отъ чечевицы до боба фасоли, мозговидны.

Селезенка вѣсомъ 100 грам., размѣры ея $14 \times 6,5 \times 2$ сант.; капсула слабо молочнаго цвѣта, морщится; трабекулы не утолщены, Мальпигіевы тѣльца не увеличены.

Желудокъ сокращенъ, слизистая набухла и покрыта толстымъ слоемъ бѣловатой слизи. Duodenum не представляетъ ничего особеннаго, также и остальной кишечный трактъ.

Нѣсколько узловъ новообразованія имѣется въ поджелудочной железѣ.

Печень вѣсомъ 1320 грам.; размѣры ея: длина 21 сант., ширина въ правой долѣ 16, лѣвой 10,5. Капсула не утолщена. Паренхима буроватаго цвѣта; дольки различаются, нѣсколько уменьшены.

Ретроперитонеальныя железы (нѣкоторыя) увеличены до горошины, въ разрѣзѣ бѣловатаго цвѣта.

Въ надпочечникѣ лѣвомъ, въ средней его части находится мягкій узелъ съ хорошею лѣсной орѣхъ, въ разрѣзѣ нѣсколько

ко расплывчатый, на периферіи бѣлаго цвѣта, а въ центрѣ сѣро-аспиднаго. Узелъ со всѣхъ сторонъ окруженъ тканью надпочечника.

Почки имѣютъ вѣсъ по 160 грам.; размѣры правой $11,1 \times 6,2 \times 3,1$ сант., лѣвой $11 \times 6,3 \times 3,0$ сант.. Оболочка легко снимается, безъ потери коркового вещества. Корковый слой пронизанъ на обѣихъ почкахъ нѣсколькими узлами отъ чечевицы до горошины величиной, мягкой консистенціи, бѣлаго цвѣта. Основаніе пирамидъ различается. Ткань почекъ сѣро-красноватаго цвѣта, нѣсколько вяла.

Такимъ образомъ нашъ случай лимфосаркомы въ клиническомъ отношеніи отличается слѣдующими особенностями. Новообразование началось съ носоглотки, инфильтрировало всю толщу мягкаго неба и стѣнки глотки, скоро дало метастазы въ лимфатическихъ железахъ на лѣвой сторонѣ шеи, гдѣ образовался большой узелъ, затѣмъ на правой сторонѣ. Изъ отдаленныхъ лимфатическихъ железъ оказались немного пораженными брыжжечныя и еще меньше ретроперитонеальныя железы.

Значительныя разлитыя отложенія образовались сзади sterni, на внутренней поверхности реберъ и на грудныхъ позвонкахъ. Затѣмъ имѣются метастазы въ отдаленныхъ областяхъ, безъ прямой связи посредствомъ лимфатическихъ путей съ первичнымъ очагомъ, именно нѣсколько узелковъ подъ кожей, въ поджелудочной железнѣ, почкахъ и лѣвомъ надпочечникѣ. Печень и селезенка уменьшены и не представляютъ характерныхъ измѣненій.

Лейкемическихъ измѣненій крови у больного не наблюдалось. Замѣтныхъ остановокъ въ ростѣ новообразования и процессовъ обратнаго развитія не было.

Микроскопически нами изслѣдованы слѣдующія части

1. Масса новообразования, выполняющая носоглотку. (Препаратъ фиксированъ въ Zenker'овской жидкости). Строепіе характерное для лимфосаркомы, но среди клѣтокъ имѣется довольно много кругловатой или полигональной формы ограниченныхъ пространствъ съ безцвѣтнымъ или слегка окрашивающимся эозиномъ зернистымъ содержимымъ (лимфа) безъ клѣтокъ или съ 1—2 или большимъ числомъ клѣтокъ. На одномъ пунктѣ препарата виденъ на поверхности слоистый эпителий; инфильтрація клѣтками новообразования достигаетъ самаго эпителия. Железъ не видно.

2. Мягкое небо (10% Müller - Formol). Многослойный эпителий сохраненъ. Остальная масса ткани представляетъ

новообразование, среди клѣтокъ котораго разсѣяны отдѣльныя мышечныя волокна.

3. Кусочекъ изъ большого узла на лѣвой сторонѣ шеи въ области *m. sterno-cleido-mastoidei* (10% Müller-Formol). Новообразование состоитъ изъ лимфоидныхъ клѣтокъ. Обильная клѣточная и нfiltrация соединительной ткани между мышечными волокнами.

4. Препаратъ изъ болѣе размягченной части узла на лѣвой сторонѣ шеи (Müller-Formol). Много кругловатыхъ и полигональныхъ пространствъ съ зернистымъ содержимымъ (лимфа). Мѣстами имѣются группы такихъ зернистыхъ полей, соприкасающихся между собою; зернистость слабо окрашена желтоватымъ цвѣтомъ или почти безцвѣтна. Некротизированныхъ очаговъ не замѣтно.

5. Надкостница сзади ребра (Müller-Formol; v. Gieson). Вслѣдствіе богатой инфильтраціи лимфоцитами она очень утолщена и потеряла свое характерное строеніе. Большое количество широкихъ и наполненныхъ кровью сосудовъ. Обильная инфильтрація лимфоцитами прилегающей мышечной ткани.

6. *Nervus intercostalis*. Небольшая инфильтрація окружающей соединительной ткани.

7. Отложение новообразования на задней поверхности *sterni*. Въ массѣ новообразования имѣются пучки и тяжи волокнистой соединительной ткани.

8. Подкожный узелокъ. Узелокъ новообразования окруженъ соединительно-тканной капсулой.

9. Метастазъ въ почкѣ. Узелъ новообразования вытѣсняетъ почечную ткань и отъ него простираются инфильтраціи въ межпочечную соединительную ткань.

10. Метастазъ въ надпочечникѣ лѣвомъ. Съ периферіи сохранилась часть коркового слоя, въ остальномъ главная масса ткани представляетъ новообразование съ гѣморрагическими очагами.

11. Метастазъ въ мышечной стѣнѣ лѣваго желудочка сердца. Отъ узла новообразования распространяется инфильтрація между мышечными волокнами.

12. Желудокъ (Müller-Formol; v. Gieson). Въ глубокомъ слое слизистой оболочки—два небольшихъ неправильныхъ очага инфильтраціи изъ лимфоидныхъ клѣтокъ (фолликулы). Въ ткани слизистой оболочки кромѣ главныхъ и облегающихъ железистыхъ

клетокъ (дно желудка) равномерно разсѣяны въ не особенно большомъ количествѣ лимфоциты.

13. Червеобразный отростокъ. Тонкій отростокъ представляетъ развитые мышечные слои. Лимфоидная ткань (фолликулы) въ изобиліи.

14. Костный мозгъ бедра (жидкость Zenker'a, 10% Müller-Formol и мазки). Окрашивание: Hämalaun и Eosin, краска Giemsa (способъ Schridde), краска May-Grünwald'a и др. На ряду съ чисто жировой тканью костнаго мозга имѣются очаги скопленій круглыхъ лимфоидныхъ клетокъ. Особенныхъ измѣненій не обнаружено.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Проф. Афанасьевъ. Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ подъ редакц. Prof. Eulenburg'a и проф. Афанасьева 1896 г., томъ 17, стр. 599.
- H. Bensch. Beitr. zur chir. Behandl. der Nasenrachenpolypen Inaug.-Diss.. Berlin 1878, цит. по Mikulicz'y (P. Heymann, Der Rachen 1899.)
- Th. Billroth. Die Einth. etc. der Geschwülste. Deutsche Klinik. 1859, S. 394.
- Онъ-же. Руководство по Общей Хирургіи.
- Borst. Die Lehre von den Geschwülsten, 1902.
- Bouchaud. Pol. fibromuq.. Journ. des sc. mèd. de Lille 1890, p. 247; цит. по Mikulicz'y.
- Brault. Annal. des maladies de l'oreille 1898, p. 477., цит. по Laval'ю.
- Butlin. Sarkom der Tons.. Centralbl. f. Laryngologie Bd. XI. 1895, S. 615, цит. по Mikulicz'y.
- Bryk. Langenbeck's Archiv Bd. XVII, 1874, S. 563.
- Chiari. Ueber Lymphosarcoma d. Rachens u. Kehlkopfes. Verhandl. des Ges. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Wien 1894; Wiener klin. Woch. 1894.

- Compaired. Contribution a l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx. Arch. internat. de laryngol. etc. 1905, T. XX, № 5, p. 388.
- Dèlie. Végèt. adén. du phar. nas. récid.. Revue du laryng. 1891 № 18. Centralbl. f. Laryng. Bd. VIII, 1892, S. 457.
- Edler. New-York med. journ. (9 Mars) 1901; цит. у Laval'u-Eisenmenger. Ueber Lymphosarcomatosis des Pharynx und des weichen Gaumens. Wien. klin. Woch. 1893. № 52.
- A. v. Eiselsberg. Dem. erkr. Frau m. fibr. höcker. Nasenrachenpol. etc.. Wien. klin. Wochenschr. 1892, № 50.
- Fabian, Naegeli, Schatiloff. Beiträge zur Kenntniss der Leukämie. Virchow's Archiv. Bd. 190, H. 3. 1907.
- Grawitz. Klin. Pathologie des Blutes, 3 Auflage, 1906, S. 497, Цит. по Fabian'y и пр.
- Jacques et Bertemès. Deux cas de tumeurs malignes du rhino-pharynx. Bulletin de laryngol., 1903, 30 décembre.
- Prof. Kundrat. Ueber Lymphosarcomatosis. Wien. klin. Woch. 1893, № 12, 13.
- F. Laval. Des tumeurs malignes du naso-pharynx (étude clinique). Archive intern. de laryngol. etc. 1905, T. XIX, № 1, p. 55.
- Wan Leyden. Arch. intern. du laryng. etc. 1898, p. 408. Soc. Néerl. d'otol.
- J. Mikulicz. Neubildungen des Rachens u. des Nasenrachenraums; у P. Heymann'a, der Rachen 1899.
- Pierre. Arch. intern. de laryng. etc. 1898, p. 399.
- Pröbsting. Münch. med. Woch. 1896, S. 30.
- H. Ribbert. Geschwülstlehre 1904.
- M. B. Smidt. Die Verbreitungswege des Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen. Iena 1903, цит. по Fabian, Naegeli, Schatiloff'y.
- Störk. Die Erkrank. d. Nase etc. Wien, 1895.
- Türck. System der Lymphomatosen. Wien. klin. Woch.. 1903, S. 1073.

Кистовидная печень.

Прив.-доц. Н. В. Копылова.

Насколько часто приходится имѣть дѣло съ кистами печени паразитарнаго происхожденія, столь же рѣдко встрѣчаются въ печени кисты, въ коихъ паразитовъ не находится. Это страданіе столь рѣдко, что въ литературѣ описано не болѣе 20 случаевъ кистъ печени непаразитарнаго происхожденія, при коихъ примѣнялось хирургическое леченіе.

Различаютъ нѣсколько видовъ такихъ кистъ:

1) Ретенціонныя кисты, происходящія отъ задержки желчи въ ходахъ, описаны еще Virchow'ымъ.

2) Лимфатическія, описанныя впервые Ziegler'омъ, встрѣчаются крайне рѣдко.

3) Кисты, представляющія собою настоящія новообразованія, развивающіяся изъ желчныхъ ходовъ.

Такого рода страданіе печени, какъ уже указано мною, наблюдается очень рѣдко, и въ доступной мнѣ литературѣ удалось собрать лишь слѣдующіе случаи:

1) Sabourin описалъ два случая у женщинъ 55 и 40 лѣтъ, въ одномъ наблюдалось въ то же время кистовидное перерожденіе почекъ.

2) v. Kahlden—у 50 и 40 мужчины, у одного изъ нихъ также было пораженіе почекъ.

3) Sigmund—у 64 л. женщины.

4) Dmochowsky и Janowsky—у 48 лѣтней женщины.

5) Borst—у 7 мѣсячнаго ребенка.

6) Müller—у 20 мѣсячнаго ребенка.

7) Borrmann—у 48 лѣтняго мужчины.

8) Иконниковъ—у 44 лѣтней женщины. Исслѣдованія Иконникова, какъ и нѣкоторыхъ другихъ, не могутъ быть названы

точными, такъ какъ основаны на изслѣдованіи очень маленькихъ кусочковъ, вырѣзанныхъ во время операціи.

Исторія подобнаго случая, наблюдавшагося мною слѣдующая.

Наталья Н., крестьянка, 47 лѣтъ, чувствуетъ себя больной около 12 лѣтъ. Str. Питаніе ниже средняго, подкожный жирный слой атрофированъ, жалуется на тяжесть въ животѣ и боли въ правомъ подреберьѣ.

Печень представляется увеличенной, спускается на 3 поп. пальца ниже реберъ, по средней линіи достигаетъ пупка, около мечевиднаго отростка ощупывается флюктуирующая опухоль въ апельсинѣ.

Со стороны грудныхъ органовъ и почекъ отклоненій не наблюдается.

10/VI 04 г. Лапаротомія съ разрѣзомъ по средней линіи отъ мечевиднаго отростка до пупка. При этомъ оказалось, что печень увеличена, на верхней поверхности ея нѣсколько выступовъ, на нижней—пузырь въ яблоко и нѣсколько пузырей по орѣху.

Большой пузырь вскрытъ, причемъ вышла слегка буроватая жидкость, стѣнки пузыря вшиты въ рану, и пузырь затампонированъ, остальная рана закрыта 2-хъ этажнымъ швомъ.

12/VI. Больная оправилась отъ операціи, отдѣленіе изъ пузыря незначительное.

14/VI. Т-ра нормальна, самочувствіе плохое вслѣдствіе слабости.

18/VI. Слабость увеличивается, больная отказывается отъ пищи.

20/VI. Скончалась при явленіяхъ истощенія и крайней слабости.

Вскрытіе: Трупъ средняго роста; плохаго питанія, слизистыя оболочки блѣдны, кожа буро-желтаго цвѣта.

Въ грудной полости: небольшія плевритическія сращенія праваго легкаго, сердце меньше средняго, стѣнки его тонки, вены и блѣдны.

Въ брюшной полости: печень доходитъ до пупка, правая доля ея на 2 поп. пальца ниже реберъ, края ея тупы, какъ бы закруглены, въ общемъ печень представляется больше, массивнѣе, на нижней поверхности ея киста, стѣнки которой сшиты съ наружной раной, кромѣ того тамъ же нѣсколько кистъ отъ кедроваго до волошкаго орѣха, наполненныхъ буроватой жидкостью.

Въ другихъ органахъ ничего особеннаго не замѣчено.

Печень по извлеченіи представляется болѣе массивной, толстой длина ея 24 сант., ширина правой доли 17 с., лѣвой 15 с.,

толщина правой доли 11 с., лѣвой 7 с. Края ея тупы, какъ бы закруглены. Верхняя поверхность ея представляется гладкой, какъ бы нормальной, нижняя—кромѣ вскрытой при операціи кисты, имѣетъ еще нѣсколько кистъ отъ кедроваго до волошкаго орѣха, наполненныхъ буроватой жидкостью. Капсула утолщена.

При разрѣзѣ печени въ продольномъ направленіи поверхность разрѣза представляется своеобразной. Верхняя часть имѣетъ видъ сплошной обычной ткани печени, пронизанной мелкими отверстиями отъ едва видимой величины до чечевицы. Приблизительно въ средней части печени подъ капсулой, что соотвѣтствуетъ правой долѣ, въ этой массѣ находятся двѣ полости съ куриный желтокъ и лѣсной орѣхъ. Полости лежатъ непосредственно подъ капсулой, причемъ послѣдняя надъ этимъ мѣстомъ представляется утолщенной, шероховатой съ ключьями фиброзной ткани.

Въ полости находится мягкая, студенистая, напоминающая свернувшійся бѣлокъ, масса сѣровато-бураго цвѣта; стѣнки внутри полости представляются равными и гладкими; меньшая полость имѣетъ бухтообразныя стѣнки, съ выступами на нѣкоторыхъ мѣстахъ. Въ болѣе глубокихъ мѣстахъ правой доли, подъ описанными кистами, находятся еще кисты большей величины, такого же характера, окруженные по периферіи болѣе мелкими, особенно съ правой стороны, далѣе вправо идутъ двѣ большія полости, изъ коихъ одна достигаетъ величины яблока.

Въ лѣвой, долѣ ближе къ нижней и верхней поверхности, находится по кистѣ значительной величины, причемъ верхняя достигаетъ самой капсулы.

Стѣнки кистъ мѣстами гладкія, мѣстами въ видѣ гребешковъ; промежутки между кистами различной толщины отъ нѣсколькихъ сантиметровъ до листа бумаги; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, какъ онѣ продыравливаются, и тогда кисты сливаются между собою. Стѣнки также различной толщины; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ настолько тонки, что непосредственно соприкасаются съ тканью печени, въ другихъ же представляютъ фиброзныя утолщенія, пронизанныя мелкими отверстиями, принадлежащими мелкимъ сосудамъ и кистамъ.

Микроскопическое изслѣдованіе: въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ кисты развиты слабо, замѣчается большое количество желчныхъ ходовъ въ видѣ узкихъ или болѣе широкихъ трубокъ различной формы или лишь кружковъ, выстланныхъ низкимъ эпителиемъ. Они окружены соединительной тканью въ видѣ полосъ, расположенныхъ концентрически, причемъ наружные слои богаче клѣтками, по окружности видна мелкоклѣточковая инфильтрація. Въ общемъ картина напоминаетъ ф и б р о - а д е н о м у.

На нѣкоторыхъ мѣстахъ, большею частію на границахъ долекъ, наблюдаются круглыя или полукруглыя образованія изъ соединительной ткани, которыя вдаются въ дольки печени, отдѣсня печеночныя клѣтки въ сторону; среди соединительной ткани видны разрѣзы мелкихъ каналовъ, а по периферіи этихъ образованій замѣчается небольшая клѣточковая инфильтрація.

Сосуды имѣютъ нормальный видъ или расширены, стѣнки ихъ утолщены и окружены толстымъ слоемъ соединительной ткани.

На другихъ мѣстахъ вся ткань пронизана большими и маленькими кистами. Большія имѣютъ рѣже круглую, большею частію неправильную, со многими бухтами, форму, то съ прозрачнымъ содержимымъ, то наполненныя свернувшюся массою.

Стѣнки такихъ кистъ состоятъ изъ рѣзко ограниченной соединительной ткани, бѣдной клѣтками, безъ эпителиальнаго покрова. Стѣнки, какъ видно, часто прорываются, зачѣмъ слѣдуетъ спяніе кистъ въ большія.

Болѣе мелкія кисты въ видѣ ходовъ, иногда расширенныхъ съ нѣсколькими бухтами и выступами, большею частію покрыты однослойнымъ, низкимъ, цилиндрическимъ эпителиемъ, часто эпителиальныя клѣтки совершенно отдѣлены отъ стѣнокъ и лежатъ въ просвѣтѣ канала въ видѣ извивающейя полосы. Между отдѣльными кистами иногда остаются лишь тонкія соединительнотканныя перегородки, иногда же довольно широкія промежутки заполнены соединительной тканью въ видѣ тонкихъ длинныхъ волоконъ.

Стѣнки кистъ среди печеночной ткани имѣютъ концентрическое строеніе изъ нѣсколькихъ слоевъ соединительной ткани, которая по периферіи содержитъ болѣе овальныхъ и круглыхъ клѣтокъ.

Что касается характера разсматриваемаго страданія, то почти всѣ изслѣдователи, занимавшіеся изученіемъ этого вопроса, Borst, Siegmund, Kahlden, Borgmann и друг. относятъ его къ разряду опухолей и считаютъ врожденнымъ.

Образованію опухоли предшествуютъ врожденные участки ея, состоящіе въ нарушеніи правильныхъ отношеній между эпителиемъ и соединительной тканью. При дальнѣйшемъ теченіи вслѣдствіе этой неправильности, является развитіе своеобразной опухоли, которая появляется на различныхъ мѣстахъ въ видѣ отдѣльныхъ ограниченныхъ узелковъ, состоящихъ изъ эпителия, окруженнаго соединительной тканью.

Дальнѣйшее развитіе одни (Borst) приписываютъ эпителию и его выдѣленіямъ, а другіе (Borgmann) главную причину видятъ въ разрастаніи соединительной ткани, которой приписывается и дальнѣйшая роль въ измѣненіи характера новообразованія.

Съ разрастаніемъ эпителиа и соединительной ткани новообразование приобрѣтаетъ видъ и характеръ фибро-аденомы.

Дальнѣйшія измѣненія состоятъ въ увеличеніи кистъ на счетъ ткани опухоли.

Увеличеніе это вызывается по мнѣнію однихъ (Janowsky) выдѣленіемъ и гибелью эпителиа, по другимъ (Siegmond, Kahlden) вслѣдствіе задержки желчи; но преобладаетъ мнѣніе (Ribbert, Borrmann), которое главную роль приписываетъ разрастанію соединительной ткани и трансудаціи изъ сосудовъ, что и вызываетъ постепенное расширеніе кистъ, которыя иногда достигаютъ огромныхъ размѣровъ. Выстилающій стѣнки эпителий затѣмъ погибаетъ, и остается лишь очень тонкая стѣнка изъ соединительной ткани. Въ рѣдкихъ случаяхъ образуются одна или двѣ большихъ кисты, чаще же онѣ развиваются въ очень большомъ количествѣ и пронизываютъ всю печень.

И въ томъ и въ другомъ случаѣ образованіе кистъ совершается чрезвычайно медленно, и болѣзнь тянется верѣдко десятки лѣтъ.

Благодаря рѣдкости страданія и столь медленному теченію, распознаваніе болѣзни представляетъ большія затрудненія; почти всегда истинный характеръ страданія распознается или во время операціи, или во время аутопсіи. Vogtmann приводитъ случай, гдѣ больной страдалъ 18 лѣтъ, въ теченіи коихъ 10 разъ лежалъ въ терапевтической клиникѣ, а болѣзнь опредѣлена была лишь при вскрытіи.

Такъ какъ, по наружному изслѣдованію, болѣзнь подходит на эхинококкъ печени, то часто больнымъ совѣтуютъ подвергнуться операціи. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ образуется одна или двѣ кисты, болѣзнь даетъ довольно благопріятный результатъ.

Д-ръ Иконниковъ приводитъ таблицу изъ 21 случая оперированныхъ по поводу описаннаго страданія, и въ томъ числѣ 3 операціи произведено въ Россіи: 2 операціи проф. Бобровымъ и 1 операція проф. Федоровымъ.

Въ 15 случаяхъ операція дала благопріятный результатъ.

Примѣнялись 3 способа оперированія:

1) Проколъ кисты, причемъ во всѣхъ случаяхъ исходъ былъ неблагопріятный, такъ что этотъ способъ рекомендовать нельзя.

2) Удаленіе всей кисты съ оболочками возможно лишь при небольшихъ кистахъ въ особенно для этого удобныхъ случаяхъ.

3) Разрѣзъ кисты съ вшиваніемъ стѣнозъ въ брюшную рану. Этотъ способъ наиболѣе удобенъ. Онъ былъ примѣненъ и мною,

но такъ какъ въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло со множественными кистами, занимавшими большую часть печени, то разрѣзъ одной кисты, помѣщавшейся на нижней поверхности печени, не могъ дать благопріятнаго результата.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Sabourin. Archiv de physiol. norm. et pathol. 1882 II.
 v. Kahlden. Ziegl. Beiträge Bd. 13.
 Sigmund. Virchow's Arch. Bd. 115.
 Dmochowsky und Ianowsky. Ziegl. Beiträge. Bd. 16.
 Borst. Festschrift der med. Gesellschaft, Würzburg 1899. (Цитировано по Müller'у).
 Müller. Virchow's Arch. Bd. 164.
 Borrmann. Bibliotheca medic. C. Heft 13.
 Lerrmann. Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 54.
 Иконниковъ. Русск. Врачъ 1906 г. № 38.
 Бобровъ. Большая киста печени. Хирургія 1898 № 19.
 Дивавинъ. Къ симптоматологіи и діагн. кист. печени. Мед. Обозр. 1904 № 12.
 Орловъ. Кисто-аденома печени. Хирургія 1903 № 11.

ИЗЪ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКАГО КАБИНЕТА ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО
УНИВЕРСИТЕТА.

Гліома въ области переносья.

П. Заболотнова.

Гліомы въ области переносья составляютъ сравнительную рѣдкость и потому всякое новое наблюдение можетъ представлять нѣкоторый интересъ. Въ виду этого я считаю заслуживающимъ вниманія нижеописываемый случай.

Врачъ Тирляндскаго завода Верхнеуральскаго у. Оренбургской губ. М. В. Вакуленко прислалъ для изслѣдованія въ ноябрѣ 1905 г. удаленную имъ съ переносья опухоль у ребенка 1 года 3 мѣсяцевъ, распознанную какъ мозговая грыжа ¹⁾.

Уплотненная въ алкогольѣ опухоль вѣситъ 30 грам., наибольшій ея діаметръ 4,5 снт., наименьшій 4,4 снт. и толщиной 2,6 снт. На одной сторонѣ она покрыта на ограниченномъ протяженіи ($\frac{1}{4}$ -я часть поверхности опухоли) кожею буроватаго цвѣта, которая отчасти отдѣлена отъ подлежащихъ частей. Опухоль состоитъ изъ трехъ слившихся между собою шаровидныхъ тѣлъ, причемъ каждое изъ нихъ въ отдѣльности достигаетъ небольшого грецкаго орѣха. Она сидѣла на широкомъ основаніи, діаметръ котораго равняется 1,5 снт.; послѣднее на одной сторонѣ переходитъ въ не большую ножку. На периферіи этой послѣдней видна небольшая щелевидная полость съ гладкими стѣнками, которую если нѣсколько раздвинуть, то объемъ ея достигаетъ мелкой горошины. Опухоль, видимо, была вся покрыта кожей, за которою слѣдуетъ подкожная клѣтчатка. Консистенція новообразованія плотноватая, но гораздо мягче уплотненной фибромы. На поверхности разрѣза она мѣстами имѣетъ волокнистое строение, частію бѣлаго, а частію слабо сѣраго цвѣта.

¹⁾ Опухоль послѣ операціи была положена въ 90% алкоголь и прислана въ Казан. патолого-анатом. кабинетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Непосредственно на опухоли располагается относительно тонкій слой фиброзной ткани съ умѣреннымъ содержаніемъ соединительнотканнхъ клѣтокъ, богатый сосудами. Послѣдніе частью артеріи, но большую частью наполненныя кровью широкія вены и капилляры. Рядомъ съ этими встрѣчаются и лимфатическіе сосуды въ видѣ широкихъ каналовъ, наполненныхъ прозрачнымъ содержимымъ. Указанный нами фиброзный слой легко отстаетъ на срѣзахъ отъ глубже лежащихъ частей, благодаря такому строенію. Далѣе, глубже отъ этого слоя лежитъ фиброзная ткань, между пучками которой уже начинаетъ продвигаться ткань другого характера, глія. Кромѣ того, въ этомъ мѣстѣ попадаются каналы, выстланные цилиндрическими клѣтками, расположенные параллельно поверхности опухоли, иногда нѣсколько расширенныя. Вообще при изученіи данного новообразованія бросается въ глаза повсюду присутствіе плотной фиброзной ткани, отдѣльныя волокна и цѣлыя пучки которой не рѣдко принимаютъ гомогенный видъ вслѣдствіе гліинового измѣненія; и только кое-гдѣ залегаютъ участки рыхлой клѣтчатки. Послѣдняя весьма часто инфильтрирована лимфоидными клѣтками, скопляющимися преимущественно около кровеносныхъ сосудовъ и образующими цѣлыя очаги.

Лимфоциты часто довольно густо располагаются вокругъ сосудовъ и въ адвентиціи ихъ концентрическими кругами; вполне сходны съ лимфоцитами лимфатическихъ железъ съ тою только разницею, что нѣсколько больше ихъ, а ядра ихъ слабѣе окрашиваются. Эндотелій сосудовъ въ этихъ очагахъ обнаруживаетъ явленія набуханія.

Распределеніе соединительной ткани въ опухоли неравномерно, ибо она въ однихъ мѣстахъ преобладаетъ надъ гліей, а въ другихъ уступаетъ ей въ своемъ развитіи. Кромѣ того въ опухоли еще мы должны отмѣтить присутствіе поперечнополосатыхъ мышцъ.

Мышечная ткань. Уже простымъ глазомъ можно различать наличность мышцъ между шаровидными узлами образующими данную опухоль. Подъ микроскопомъ мы видимъ обширное поле, занятое поперечнополосатыми мышечными волокнами, ничѣмъ существенно не отличающимися отъ обыкновенныхъ скелетныхъ мышцъ. Ближе къ краямъ этого поля видно, какъ вдвигается между пучками мышцъ гліозная ткань. Кромѣ подобнаго отношенія между гліей и мышцами, въ другихъ мѣстахъ пучки мышцъ болѣе значительно раздвигаются гліей и соединительной тканью. Здѣсь мышечныя волокна замѣтно истончены, ядра въ нихъ имѣютъ

палочковидную или овальную форму. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ встрѣчается по два ядра рядомъ.

Ткань, построенная по типу глии, распространена по всему новообразованію, за исключеніемъ самаго поверхностнаго слоя, граничащаго съ подкожной кѣлѣчаткой. Она образуетъ главную массу новообразованія, сравнительно съ нормальной гліей богата кѣлѣтками, которыя отличаются большою величиною. При окраскѣ по способу Вента удалось весьма отчетливо наблюдать строеніе тѣани. Межуточная сѣтчатая часть глии состоитъ изъ густо переплетающихся тонкихъ волоконць, на нѣкоторыхъ участкахъ она имѣетъ ясно зернистый или мелкоточечный видъ, обусловленный тѣмъ обстоятельствомъ, что на этомъ мѣстѣ препарата волоконца пересѣчены въ поперечномъ направленіи. Въ другихъ мѣстахъ она имѣетъ характеръ войлока изъ тѣсно расположенныхъ переплетающихся и перекрещивающихся между собою волоконць. На нѣкоторыхъ участкахъ, наоборотъ, видно преобладаніе одного продольнаго направленія волоконць, напр., тамъ, гдѣ идетъ развитіе глии среди плотной фиброзной ткани подъ извѣстнымъ давленіемъ. Самыя волоконца глии толще, нежели мы наблюдаемъ въ центральной нервной системѣ.

Что касается кѣлѣтокъ глии, то однѣ изъ нихъ большія неправильномногоугольной формы, отдающія отъ себя родъ протоплазматическихъ отростковъ, какъ нервныя кѣлѣтки. Ядро въ нихъ большое внѣ центра кѣлѣтки, протоплазма ихъ иногда вакуолизирована. Другія кѣлѣтки глии неправильнокруглой или овальной или даже веретенообразной формы съ круглымъ или овальнымъ ядромъ. Послѣднее въ кѣлѣткахъ глии относительно не богато хроматиномъ и содержитъ 1—2 и даже 3 ядрышка. Кѣлѣтки иногда лежатъ группами, въ 3—5 элементовъ тѣсно другъ около друга, безъ раздѣляющаго ихъ какого-либо межуточнаго волокнистаго вещества, подобно эпителиальнымъ элементамъ. Кромѣ того мы встрѣчаемъ среди глии многоядерныя гигантскія кѣлѣтки, содержащія до 8—10 ядеръ, которые располагаются то въ кучкѣ, въ срединѣ кѣлѣтки, то ближе къ краю ея. Эти элементы въ тоже время не обладаютъ сравнительно большимъ накопленіемъ протоплазмы, которая въ нихъ располагается въ видѣ узкаго пояса вокругъ сгруппированныхъ въ кучу ядеръ.

Мѣстоположеніе среди глии многоядерныхъ кѣлѣтокъ нельзя приурочить къ какимъ-либо анатомическимъ частямъ, какъ напр. къ сосѣдству съ сосудами. Третій типъ кѣлѣтокъ глии по своей величинѣ менѣ первыхъ двухъ видовъ неправильнокруглой или овальной формы. Иногда онѣ имѣютъ также и веретенообразную форму. Послѣдняго типа кѣлѣтки располагаются часто параллельными рядами тамъ, гдѣ волоконца глии имѣютъ преимущественно

такое-же направленіе. Въ глиозной ткани попадаютъ участки, въ которыхъ клѣтки наполовину занимаютъ мѣсто въ полѣ микроскопа. Фигуръ дѣленія ядра однако нигдѣ не удалось замѣтить.

Нервные клѣтки. На одномъ мѣстѣ сплошь располагается глія безъ примѣси фиброзной ткани на значительномъ протяженіи и въ ней залегаютъ большія многоугольные клѣтки съ нѣжнозернистой протоплазмой, большимъ пузыркообразнымъ ядромъ, бѣднымъ хроматиномъ; въ послѣднемъ имѣется ядрышко. Отъ этихъ клѣтокъ въ разныя стороны отходятъ отростки, которые иногда вѣтвятся. Число подобныхъ клѣтокъ не такъ велико и онѣ лежатъ далеко другъ отъ друга. Кромѣ этихъ большихъ клѣтокъ, встрѣчаются еще болѣе мелкія съ такою-же протоплазмой и съ такимъ-же ядромъ и ядрышкомъ, какъ и у предъидущихъ клѣтокъ только меньшей величины. Отъ этихъ клѣтокъ можно прослѣдить постепенный переходъ къ глиознымъ описаннымъ выше клѣткамъ. Этотъ отдѣлъ опухоли хорошо снабженъ сосудами, около которыхъ иногда удается подмѣтить небольшія щели.

Въ гліи, гдѣ она лежитъ болѣе обширными участками, при обработкѣ по способу Ramon у Kajaля видно присутствіе нервныхъ волоконъ, пробѣгающихъ въ разныхъ направленіяхъ. Нервныхъ волоконъ вообще ограниченное количество, они тонки и идутъ извиваясь.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ развита глиозная ткань, не замѣтно ни какихъ регрессивныхъ измѣненій ткани.

Указанная при анатомическомъ описаніи опухоли полость имѣетъ фиброзную стѣнку, выстланную плоскими эндотелиальными клѣтками.

Какого происхожденія фиброзная ткань, которая входитъ въ составъ даннаго новообразованія? Дѣйствительно-ли, это есть разрастающаяся ткань *rae matris*, какъ полагаетъ Schmidt ¹⁾, или-же вообще предсуществующая клѣтчатая соединительная ткань, измѣняющаяся подъ вліяніемъ гліи и принимающая вслѣдствіе этого видъ плотной фиброзной ткани. Предположеніе Schmidt'a ближе къ дѣйствительности на томъ основаніи, что периферическая часть фиброзной ткани въ видѣ тонкаго слоя богата сосудами, лежитъ тотчасъ подъ подкожной клѣтчаткой. Отъ нея вглубь идутъ мощные тяжи соединительной ткани, которые уже менѣе богата кривоносными сосудами. Какого либо плотнаго фиброзаго

¹⁾ Schmidt, M. Virchow's Arch. Bd. 162.

пласта, напоминающаго по своему строенію *dura mater*, здѣсь не существуетъ.

Она здѣсь по преимуществу имѣетъ видъ вполне развитой ткани. Если мы и наблюдаемъ мѣстами скопленіе мелкихъ круглыхъ элементовъ около кровеносныхъ сосудовъ, то здѣсь въ то-же время по сосѣдству въ соединительной ткани не замѣчается переходныхъ формъ къ обыкновеннымъ фибробластамъ. Borst ¹⁾ упоминаетъ о размноженіи адвентиціальныхъ клѣтокъ въ гліомахъ, доходящихъ до образованія толстой обкладки изъ нихъ вокругъ сосуда, называетъ ихъ протоплазматическими элементами и считаетъ это за реактивное разрастаніе. Нужно думать, что рѣчь идетъ о томъ-же явленіи, что указано было выше и нами.

Лысенковъ ²⁾ изъ 8 изслѣдованныхъ имъ гистологически случаевъ *cephalocoele sincipitalis* отмѣчаетъ только въ двухъ т. н. клѣточковую инфильтрацію около сосудовъ. У Schmidt'a, въ его случаѣ врожденной гліомы спинки носа, совсѣмъ не упоминается объ этомъ. Въ наблюденіи Шапиро ³⁾, наоборотъ, это явленіе было рѣзко выражено.

Отношенія между соединительной тканью и гліей въ подобныхъ опухоляхъ таковы, что или перевѣсъ бываетъ на сторонѣ гліи. или, наоборотъ, на сторонѣ соединительной ткани: особенно послѣдняя можетъ настолько преобладать надъ второй, что едва отыскиваются мѣста, гдѣ сохранились небольшіе участки гліи (Лысенковъ 7-с. н.). Въ случаѣ Шапиро видимо произошло почти полное замѣщеніе гліи соединительной тканью. Только присутствіе ядеръ безъ протоплазмы говоритъ за то, что мы здѣсь имѣемъ еще слѣды гліозной ткани. Въ нашемъ случаѣ мы скорѣе имѣемъ такую картину передъ собою, что глія вростаетъ въ соединительную ткань. Это хорошо можно прослѣдить въ болѣе поверхностно лежащихъ слояхъ новообразованія, ибо здѣсь мы видимъ, какъ гліозныя клѣтки небольшими группами продвигаются между фиброзными пучками. До нѣкоторой степени въ данномъ случаѣ ростъ опухоли имѣетъ инфильтративный характеръ въ отношеніи фиброзной ткани, окружающей новообразованіе.

Въ нашемъ наблюденіи глія занимаетъ болѣе чѣмъ половину всего новообразованія. При изученіи клѣтокъ гліи намъ бросалось въ глаза, съ одной стороны, увеличеніе числа ихъ въ ткани, и съ другой, и величины отдѣльныхъ элементовъ, Это явленіе, до образованія многоядерныхъ клѣтокъ включительно, вообще присуще гліомамъ.

¹⁾ Borst. Die Lehre von den Geschwülsten Bd. I.

²⁾ Лысенковъ. Мозговые грыжи и ихъ лечение. Москва. 1896.

³⁾ Шапиро. Рус. Хирур. Архивъ. 1908, кн. 2.

Тотъ фактъ, что фибриллярное вещество гліи развивается въ зависимости отъ клѣтокъ, отчасти можно было видѣть и въ нашемъ случаѣ, ибо во многихъ мѣстахъ, гдѣ только что начинается проростаніе одной ткани въ другую первоначально появляются однѣ клѣтки и потомъ уже, по мѣрѣ увеличенія очага, между ними развивается межуточное вещество.

Относительно присутствія мышечной ткани нужно замѣтить, что здѣсь скорѣе дѣло идетъ о проростаніи опухоли предсуществующихъ мышцъ въ данной области. Это хорошо было видно въ нашемъ наблюденіи, какъ мышечныя волокна разбѣдятся врослающей между ними другой тканью. Въ то же время въ мышцахъ нельзя замѣтить никакихъ явленій разстройства питанія, атрофіи ихъ. Скорѣе въ нихъ продолжается еще ростъ наравнѣ съ другими элементами опухоли, хотя въ крайне слабой степени. Это будетъ понятно, если принять во вниманіе ранній возрастъ индивидовъ, у которыхъ приходится встрѣчаться съ новообразованіями подобнаго рода.

Каналы, выстланные цилиндрическими клѣтками, которые лежатъ въ поверхностныхъ слояхъ опухоли, представляютъ ничто иное, какъ сохранившіеся еще остатки потовыхъ железъ.

Какъ можно видѣть изъ проведеннаго нами выше описанія и клиническихъ, хотя и краткихъ свѣдѣній, что удаленная съ переносъ опухоль, дѣйствительно, представляетъ изъ себя т. в. *cephalocoele sincipitalis*. По своему строенію, она оказалась построенной по типу опухолей, извѣстныхъ въ патологіи подъ наименованіемъ гліомъ. Въ то же время она имѣетъ нѣкоторыя особенности—это значителное развитіе фиброзной ткани и рядомъ съ этимъ одинъ довольно порядочный участокъ, имѣющій, строеніе, сходное, до нѣкоторой степени, съ центральной нервной системой. Она вполне сходна въ своемъ строеніи съ нѣкоторыми изъ наблюденій Лысенкова, который изслѣдовалъ гистологически 8 случаевъ *cephalocoele sincipitalis*.

Относительно происхожденія опухолей этого рода нужно замѣтить, что онѣ развиваются на опредѣленныхъ мѣстахъ черепа и связаны съ недоразвитіемъ костей его съ присутствіемъ дефекта въ нихъ. Причина этого обстоятельства лежитъ, какъ показали Recklinghausen и Marchand, въ томъ, что своевременно не происходитъ отдѣленія мозговой трубки отъ рогового листка.



Заболѣваемость и смертность въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ въ 1907 году.

Старшаго врача Хабаровскаго мѣстнаго лазарета,

Доктора мед. А. Д. Никольскаго.

За весь минувшій 1907 г. въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ состояло на излеченіи 5699 больныхъ, изъ которыхъ умерло 157. Въ общемъ числѣ больныхъ было 119 офицеровъ, 22 женщины и 17 дѣтей, Изъ 119 больныхъ офицеровъ умерло 5; женщинъ умершихъ не было; изъ 17 дѣтей двое умерли въ ближайшіе дни послѣ рожденія.

Въ мѣстный лазаретъ изъ Хабаровскаго гарнизона поступаютъ на излеченіе болѣе трудные больные; для менѣе тяжелыхъ больныхъ имѣется два полковыхъ лазарета: одинъ при 23 Восточно-Сибирскомъ стрѣлк. полку на 60 мѣсть и другой при 24 Восточно-Сибирскомъ стрѣлк. полку на 120 мѣсть. Такимъ образомъ цифры годовой заболѣваемости и смертности въ мѣстномъ лазаретѣ не выражаютъ общей заболѣваемости и смертности въ Хабаровскомъ гарнизонѣ. Гарнизонъ Хабаровскій состоитъ приблизительно изъ 12,000 человекъ.

По группамъ болѣзней наибольшимъ числомъ заболѣваній отличались въ минувшемъ году общія заразныя болѣзни, а именно: всего заразныхъ больныхъ было 1645 человекъ, изъ которыхъ умерло 131. Наибольшую заболѣваемость далъ гриппъ—710 случаевъ, которые всѣ выздоровѣли; далѣе очень большою заболѣваемостью и смертностью отличались тифы брюшной и сыпной: съ первымъ было 402 больныхъ, изъ которыхъ 99 умерло, что составляетъ 22,139%; съ сыпнымъ тифомъ было 6 больныхъ, изъ которыхъ умеръ 1, что составляетъ 16,6%. Далѣе большое число больныхъ было рожею—91, изъ которыхъ умерло 2, что составляетъ 2,197%. Затѣмъ слѣдовала эпидемическая заушница, съ которой

было—71 больныхъ, всѣ выздоровѣли; за нею перемежная лихорадка—65 случаевъ, всѣ выздоровѣли; острый сочленовный ревматизмъ—63 случая, всѣ выздоровѣли и фолликулярная жаба—50 случаевъ, всѣ выздоровѣли.

Сверхъ перечисленныхъ формъ заразныхъ болѣзней, отличившихся наибольшею степенью заболѣваемости, наблюдались еще слѣдующія: съ натуральною оспою было 10 больныхъ, изъ которыхъ умерло 3, что составляетъ 30%; съ вѣтряною 2, оба выздоровѣли; съ крупомъ 1, выздоровѣлъ; съ дизентеріей 34, изъ нихъ 8 умерло, что составляетъ 23,5%; съ остеомиэлитомъ—3, всѣ выздоровѣли; съ гнилостнымъ зараженіемъ 2, оба умерли; съ цингою 13, одинъ умеръ; съ сибирской язвою 1, выздоровѣлъ; съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ 15, изъ которыхъ 12 умерло, что составляетъ 80,0%; съ бугорчаткою легкихъ 16, изъ нихъ 12 уволено на родину вовсе отъ службы и 3 умерло, что составляетъ 18,7%.

Для большей наглядности обзорѣнія заболѣваемости отъ заразныхъ болѣзней прилагается таблица (1-я).

Представивши цифровыя данныя относительно группы заразныхъ болѣзней, нахожу нужнымъ упомянуть о наблюдавшихся особенностяхъ въ теченіи нѣкоторыхъ изъ вышеупомянутыхъ видовъ этой группы. Въ минувшемъ году особенно своеобразно протекалъ брюшной тифъ. Единичные случаи имѣлись въ лазаретѣ еще съ начала года, но съ Іюля брюшной тифъ принялъ въ гарнизонѣ эпидемическое распространеніе, которое закончилось только къ концу года. Наибольшее развитіе тифозной эпидеміи было въ Августѣ и въ Сентябрьѣ м-хъ, когда въ заразномъ отдѣленіи лазарета число тифозныхъ доходило до 120 ч. слишкомъ и на такой цифрѣ держалось болѣе 19 дней. Протекалъ брюшной тифъ въ общемъ очень тяжело, большею частью съ осложненіями: очень часто наблюдалось осложненіе бронхитомъ или катарромъ легкихъ; часто бывало гнойное воспаленіе околоушныхъ железъ, носовое кровотеченіе, ангины, ларингиты, отиты, менингиты; довольно часто наблюдались кишечныя кровотеченія, перитониты; иногда бывали случаи съ фурункулезомъ или съ абсцессами подкожной клетчатки и даже было нѣсколько случаевъ съ абсцессами печени. Большинство умершихъ погибло отъ гнойнаго менингита, кишечныхъ кровотеченій изъ кишечныхъ язвъ, перитонита и отъ абсцессовъ печени. Нѣкоторые погибли отъ осложненія рожею на головѣ, потому что въ заразномъ отдѣленіи очень тѣсною, расчитанномъ на 20 больныхъ, бывали въ сосѣднихъ палатахъ и рожистые больные. Въ теплые мѣсяцы—въ Августѣ, въ Сентябрьѣ и до конца Октября тифозные, кромѣ заразнаго отдѣленія, еще размѣщались въ 5 интендантскихъ наметахъ изъ брезента (по 25 въ каждомъ).

Въ собственно заразномъ отдѣленіи, состоящемъ изъ трехъ не большихъ комнатъ и двухъ маленькихъ, помѣщались самыя тяжелыя тифозныя, особенно съ буйнымъ бредомъ (изъ послѣднихъ одинъ ночью бѣжалъ и утонулъ въ Амурѣ), рожистые и другихъ родовъ заразные больные. Больше наметовъ или палатокъ для изоляціи заразныхъ больныхъ не имѣлось. Для ухода за всѣми заразными больными имѣлся очень небольшой персоналъ: врачъ былъ одинъ—я, потому что всего врачей въ лазаретѣ со мною было четыре: два хирурга, терапевтъ да я, а больныхъ въ лазаретѣ часто бывало далеко за 500 чел.; въ Сентябрѣ доходило до 573 челов.; кромѣ меня въ заразномъ отдѣленіи былъ одинъ фельдшеръ, двѣ молодыхъ сестры милосердія, изъ которыхъ одна служила первый годъ, другая только-что окончила экзамень, еще десятокъ вновь прибывшихъ фельдшерскихъ учениковъ и столько же служителей. При отдѣленіи имѣлось всего двѣ ванны. Такимъ образомъ уходъ за тифозными больными былъ очень недостаточный, чѣмъ, я полагаю, и объясняется чрезвычайная масса осложнений и смертныхъ случаевъ. Могъ ли я одинъ надлежащимъ образомъ осматривать сотню а иногда и слишкомъ тяжело-больныхъ, да къ тому же приходилось почти ежедневно двоихъ—троихъ умершихъ вскрывать, да сверхъ этаго, какъ старшій врачъ, я имѣлъ еще и другія обязанности по лазарету. Не роскошно было леченіе и въ остальномъ и продовольствіе вслѣдствіе дороговизны всякихъ продуктовъ въ здѣшнемъ краю. Крѣпкія вина въ лазаретѣ никогда не приобрѣтаются. Врачей въ гарнизонѣ въ прошедшемъ году было очень мало; дефицитъ во врачахъ былъ 53% да и въ настоящемъ году дефицитъ 52%., почему лазаретъ очень часто нуждается во врачебныхъ силахъ и также очень часто недостаетъ фельдшеровъ. Очень недостаточенъ отпускъ отъ казны денежныхъ средствъ на довольствіе и леченіе больныхъ (50 к. въ сутки на нижняго чина и 1 руб. на офицера); изъ этихъ же денегъ производится ремонтъ и возобновленіе вещей лазаретнаго имущества, мытье бѣлья, набивка подушекъ и тюфяковъ, приобрѣтеніе новыхъ, не положенныхъ по каталогу медикаментовъ, полуда посуды и окраска вещей, при вышеупомянутой дороговизнѣ жизни. Не имѣется средствъ не только завести достаточное количество ваннъ или необходимыхъ изъ новыхъ врачебныхъ средствъ, хирургическихъ инструментовъ, вина, кислорода, но даже приходится экономить на такихъ необходимыхъ средствахъ, какъ молоко, яйца; не хватаетъ бѣлья, подкладныхъ суденъ, и нѣтъ возможности произвести надлежачій ремонтъ зданій. Бывало, что въ разгарѣ тифозной эпидеміи не хватало коекъ. Тогда приходилось на двухъ койкахъ класть поперекъ по трое больныхъ. Такая скученность сильно отражалась на состояніи больныхъ. Большое количество

больныхъ рожею—91, заушницею эпидемическою—71 и острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ—63, слѣдуетъ объяснить тѣсною казармъ во всѣхъ полкахъ гарнизона и заведеніемъ наръ для сна въ вмѣсто коекъ. По рассказамъ старшихъ полковыхъ врачей казармы на столько тѣсны, что далеко не хватаетъ до сажени куб. пространства на человѣка, и нарѣ вездѣ устроены въ два этажа. Помимо этого до начала настоящаго года въ гарнизонѣ не было паровыхъ дезинфекціонныхъ камеръ. Эти два обстоятельства, я полагаю, весьма благопріятствовали распространенію заразныхъ болѣзней: подъ влияніемъ скученности температура въ казармахъ поднималась выше нормы, что способствовало простудѣ.

Слѣдующая группа по количеству заболѣваній—венерическія болѣзни; всего венерическихъ больныхъ въ минувшемъ году было 677 чел., между которыми много было съ мягкимъ шанкромъ—186 болы., и особенно съ уретритомъ 331. Болѣзни этой группы въ теченіи своемъ никакихъ особенностей не представляли.

Далѣе большимъ числомъ случаевъ отличались болѣзни органовъ дыханія и пищеваренія. Изъ первой группы въ теченіи года было 579, въ этомъ числѣ 376 случаевъ съ бронхитами и ларингитами, 74 съ катарральнымъ воспаленіемъ легкихъ, изъ которыхъ одинъ умеръ, 23 съ сухимъ плевритомъ, 61 съ серознымъ экссудативнымъ, изъ которыхъ трое умерло послѣ торакоцентеза, и 7 съ гнойнымъ, изъ которыхъ пять умерло послѣ резекціи ребра. Громадное большинство болѣзней дыхательнаго аппарата наблюдалось въ весеннее время—въ Мартѣ и Апрѣлѣ, когда люди легче подвергаются простудѣ, которая располагаетъ къ этимъ заболѣваніямъ; въ это же время и скученность въ казармахъ достигаетъ крайней степени съ прибытіемъ новобранцевъ, которыхъ прибыло въ прошломъ году въ Хабаровскъ около 1000 чел. Подъ влияніемъ скученности температура въ казармахъ, какъ выше сказано, значительно поднимается, особенно ночью; разгорячившись на нарахъ солдатъ босой выбѣгаетъ на дворъ и получаетъ инфлуэнцу, плевритъ или крупозное воспаленіе легкаго или суставной ревматизмъ. Изъ группы болѣзней органовъ пищеваренія большинство было съ желудочно-кишечнымъ катарромъ, именно 392 случая, особенно во второй половинѣ лѣта; также много было ангинъ—64 случ. Изъ другихъ болѣзней этой группы 21 случай съ воспаленіемъ слѣпой кишки, всѣ выздоровѣли, 4 съ воспаленіемъ брюшины, изъ которыхъ трое умерло, 20 съ болѣзнями печени и желчныхъ путей, изъ которыхъ одинъ умеръ, и одинъ съ внутреннимъ ущемленіемъ кишекъ, который выздоровѣлъ. Лѣто прошедшаго года было особенно жарко и сухо: температура въ Іюнѣ, въ Іюлѣ и I-ой половинѣ Августа доходила за 30 Р., дождей почти не было, что въ связи съ очень дурнымъ качествомъ

Амурской мутной питьевой воды, изобилующей органическими веществами и всякими нечистотами, конечно очень располагало къ заболѣванію пищеварительнаго аппарата. Санитарное состояніе Хабаровска по настоящее время въ первобытномъ положеніи: по улицамъ бродить всякій скотъ и домашнія птицы; улицы не чистятся; на поперечныхъ улицахъ можно видѣть иногда трупы собакъ, кошекъ и домашней птицы. Нечистоты со стороны города смываются въ Амуръ дождями, а зимою китайцы свозятъ на ледъ Амура навозъ и трупы животныхъ. Въ концѣ прошедшаго лѣта устроенъ городской водопроводъ, вода проведена изъ рѣки Уссури до впаденія ея въ Амуръ выше города, но водопроводъ безъ фильтровъ. Зимою трубы промерзли и полопались, почему водопроводъ не работаетъ по настоящее время. Питьевая Амурская вода, по произведенному мною въ Апрѣлѣ прошедшаго года изслѣдованію, мягкая, съ ясными слѣдами хлора, амміака и азотистой кислоты, содержитъ органическихъ веществъ отъ 0,002 до 0,005 и значительное количество бактеріальныхъ колоній въ каждомъ куб. сант. Слѣдующее мѣсто по количеству заболѣваній принадлежитъ болѣзнямъ кожи: всего съ этими заболѣваніями (не включая чесотки) было 291 чел., всѣ выздоровѣли. Далѣе слѣдуютъ ушныя болѣзни, съ которыми было 299 чел., изъ которыхъ одинъ умеръ отъ абсцесса въ мозгу; за ними шли болѣзни костно-мышечной системы, съ каковыми было 261 чел., изъ которыхъ одинъ умеръ отъ піеміи, начавшейся съ гнойнаго воспаленія колѣннаго сустава, потомъ чесотка, съ каковой было 119 чел. Процвѣтанію этой болѣзни конечно способствовала скученность нижнихъ чиновъ въ тѣсныхъ и грязныхъ казармахъ, и въ частности нары также много содѣйствовали этому.

Довольно большое было количество хирургическихъ заболѣваній, а именно: 252 больныхъ, которые всѣ выздоровѣли. Для большей подробности прилагается таблица.

Глазныхъ больныхъ въ теченіи года было 166 чел., которые всѣ выздоровѣли.

Съ малокровіемъ было 73 чел., всѣ выздоровѣли. Съ болѣзнями нервной системы было 76 чел., преобладала неврастенія; всѣ больные этой группы выздоровѣли.

Душевнобольныхъ было 11 чел., всѣ выздоровѣли. Въ этомъ числѣ преобладала меланхолія. Въ лазаретѣ не имѣется ни психіатрическаго отдѣленія, ни спеціалиста. Въ группѣ болѣзней органа кровообращенія преобладала тахикардія—было 47 случаевъ всѣ выздоровѣли. Въ женскомъ отдѣленіи за минувшій годъ было 22 больныя: 19 роженицъ и 3 съ болѣзнями женской половой сферы, послѣднія выздоровѣли. При женскомъ отдѣленіи также нѣтъ ни спеціалиста, ни фельдшерицы, ни акушерки. Этимъ отдѣленіемъ завѣдуетъ врачъ хирургъ.

Вотъ всѣ данныя относительно заболѣваемости и смертности въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ за 1907 г., которыя, какъ сказано въ началѣ этого очерка, составляютъ только часть общей заболѣваемости и смертности въ Хабаровскомъ гарнизонѣ, такъ какъ помимо мѣстнаго лазарета больные еще поступали на излеченіе въ два полковые лазарета. Оба же полковые лазареты (одинъ на 120 мѣстъ, другой на 60) равняются половинѣ мѣстнаго лазарета, который учрежденъ на 350 мѣстъ; въ послѣднемъ десяти мѣсяцѣвъ было больныхъ болѣе 400, а въ Августѣ и въ Сентябрьѣ даже свыше 500 чел. и только въ послѣдніе два мѣсяца года число больныхъ было около 300. Такимъ образомъ черезъ мѣстный лазаретъ за годъ прошло болѣе, чѣмъ двѣ трети больныхъ всего гарнизона. Въ началѣ очерка я сказалъ, что черезъ мѣстный лазаретъ за годъ прошло 5699 больныхъ; если эту цифру принять за двѣ трети, то общая цифра заболѣваемости во всемъ 12. 000 гарнизонѣ была за минувшій 1907 г. свыше 8500 челов. Такова была заболѣваемость въ Хабаровскомъ гарнизонѣ въ минувшемъ году, при чемъ надо принять во вниманіе, что нѣкоторые больные по 2—3 и болѣе разъ поступали на излеченіе въ мѣстный лазаретъ. Въ заключеніе настоящаго очерка я долженъ сказать, что заболѣваемость и смертность въ Хабаровскомъ гарнизонѣ слишкомъ велика вслѣдствіе ненормальныхъ санитарныхъ условій мѣстности Хабаровска, дурного качества Амурской питьевой воды и отчасти тѣсноты казарменныхъ помѣщеній, при крайнемъ недостаткѣ врачей—свыше 50 ‰. Что касается врачебнаго персонала, то въ послѣднее время предполагается со стороны высшаго военно-медицинскаго начальства пополнить свѣдѣнія врачей санитарно-тактическими познаніями, со включеніемъ полевыхъ поѣздокъ съ офицерами по такой обширной программѣ, что едвали можно въ одинъ годъ усвоить предлагаемую программу свѣденія, даже оставивши обычныя прямыя служебныя обязанности. Въ особенности это затруднительно будетъ для врачей Приамурскаго Военнаго Округа при недостаткѣ ихъ свыше 50 ‰. Въ настоящее время въ Хабаровскомъ гарнизонѣ въ полкахъ, имѣющихъ лазареты, по два врача со старшимъ, а во 2-мъ Осадномъ Артиллерійскомъ полку уже 2-й годъ одинъ старшій врачъ. Но въ этомъ полку 2500 нижнихъ чиновъ (есть женатые солдаты) и очень много офицеровъ съ женами и дѣтьми. Возможно-ли на старшаго врача Осаднаго полка еще возложить массу другихъ занятій, въ родѣ тактическихъ съ полевыми поѣздками, да еще съ изученіемъ уставовъ. Въ мѣстномъ лазаретѣ болшею частью врачей бываетъ четыре со старшимъ; одинъ дежурить. Когда же еще врачамъ лазарета успѣвать бывать на тактическихъ занятіяхъ, поѣздкахъ, да еще изучать уставы (повидимому еще экзамены предполагаются по

этимъ предметамъ), когда прежде всего требуется отъ врачей, что бы они не отставали въ своемъ спеціальному дѣлѣ. Предполагаемая мѣра относительно военныхъ врачей мотивируется военно-медицинскимъ начальствомъ недостаточною подготовленностью военныхъ врачей въ санитарно-тактическихъ познаніяхъ, но прекрасное санитарное состояніе арміи въ минувшую Русско-Японскую войну и почти полное отсутствіе эпидемій, повидимому, говорить ясно, что военные врачи вполне удовлетворяютъ своему назначенію.

ТАБЛИЦА ПЕРВАЯ.

Названіе болѣзней.	Состояло	Прибыло	Выписано.	Умерло.	Осталось.
Оспа натуральная	—	10	7	3	—
Вѣтрянка	—	2	2	—	—
Гриппъ и грип. пнев.	14	710	719	—	5
Фолликуляр жаба	3	50	43	—	5
Круизъ	—	1	—	—	1
Тифъ брюшной.	5	402	294	99	14
— сыпной.	—	6	3	1	2
Дизентерія.	—	34	26	8	—
Заушница эпидемич.	1	71	70	—	2
Рожа	2	91	85	2	6
Остеоміэлитъ	—	3	3	—	—
Гнилостное и гнойн. зараж.	—	2	—	2	—
Острый сочлен. ревмат.	1	63	64	—	—
Цынга	2	13	14	1	—
Сибирская язва.	2	1	3	—	—
Крупозная пневмонія.	1	15	—	12	4
Бугор. легк. и пр. орган.	1	16	12	3	2
Перемеж. лих.	1	65	66	—	—
Болот. кахек.	—	3	3	—	—
Итого.	33	1558	1419	131	41

ТАБЛИЦА ВТОРАЯ.

Названіе болѣзней.	Состояло.	Прибыло.	Выписано.	Умерло.	Осталось.	
Ушибы {	а) огнестрѣльн. оруж.	—	3	3	—	—
	б) холодн.	—	17	17	—	—
	в) прочіе.	2	65	65	—	2
Раны {	а) огнестр.	—	17	17	—	—
	б) холодн.	—	27	27	—	—
	в) прочія.	10	37	43	—	4
Вывихи	1	4	5	—	—	
Растяжен.	1	20	20	—	1	
Переломы {	а) простые	2	8	10	—	—
	б) ослож.	—	4	3	—	1
Внѣдренія	—	10	10	—	—	
Ожоги	1	18	19	—	—	
Отмороженія	7	12	16	—	3	
Прочія поврежденія.	—	12	11	—	1	
Итого	24	254	266	—	12	

7 Іюля 1908 г.
г. Хабаровскъ.

Изъ наблюденій надъ холерной эпидеміей 1908 года.

Баня при леченіи холеры.

Врача Н. И. Дамперова.

Цѣль этой замѣтки—подѣлиться съ товарищами нѣкоторыми наблюденіями, сдѣланными мною въ холерную эпидемію текущаго года. При завѣдываніи въ августѣ и первой половинѣ сентября эпидемическимъ отрядомъ Саратовскаго губернскаго земства мнѣ пришлось работать среди довольно грубаго и мало-культурнаго населенія Царицынскаго уѣзда. Всѣ, конечно, знакомы, а многимъ и лично приходилось считаться съ предрасудками и предубѣжденіями, которые часто не только ставятъ серьезныя препятствія при леченіи холеры, но и дѣлаютъ невозможной какую бы то ни было борьбу съ этимъ народнымъ бѣдствіемъ. Холера—это къ счастью единственная болѣзнь, которой суждено еще вызывать паническія настроенія и, въ двадцатомъ столѣтіи, обнажать тѣ средне-вѣковыя пережитки, которые прочно держатся на днѣ психики русскаго крестьянина, да и крестьянина-ли только?

Еще дорогой изъ Казани на мѣсто службы, обдумывая планъ будущей работы, я вспомнилъ о примѣненномъ въ 1892 году д-ромъ Рожанскимъ леченіи холеры русскою баней и воспользовался остановкой въ Самарѣ, чтобы посоветоваться съ уважаемымъ товарищемъ относительно этого его способа. Д-ръ Рожанскій, сдѣлавъ мнѣ краткія указанія, но брошюры своей по данному вопросу дать мнѣ не могъ.

По прибытіи отряда на мѣсто выяснилось, что условія для примѣненія этого способа благопріятны: базой и мѣстопробываніемъ отряда явилось большое село (Отрада-Бекетовка), имѣющее земскую амбулаторію съ постояннымъ фельдшеромъ при ней. Благодаря этому было возможно заставить многія заболѣванія въ началѣ и прослѣживать ихъ до конца. Такихъ заболѣваній въ данномъ селеніи было 17, да еще одно, также прослѣженное во все время,

было въ другомъ мѣстѣ. Почти во всѣхъ этихъ случаяхъ баня входила въ составъ леченія, а смертность равнялась 22.2% (4 изъ 18). Изъ этихъ случаевъ въ 7 діагнозовъ былъ подтвержденъ бактериологически, при чемъ на долю этихъ семи падаютъ два смертныхъ случая. Надо признать, что по силѣ смертности разница между бактериологически и только клинически діагностированными случаями не такъ велика.

Сравнивая смертность этой группы, въ которую входятъ случаи, имѣвшіе мѣсто съ 3 авг. по 6 сент., съ обще губернской смертностью за тотъ-же промежутокъ времени, мы находимъ эту послѣднюю равной 52.7% а за исключеніемъ городовъ, чтобы сравнять условія,—49.7%. За 10 дней, до приѣзда отряда % смертности въ томъ-же районѣ Отрада Бекетовка былъ 44.4%, т. е. почти равенъ общегубернской.

Въ наиболѣе благоприятныхъ условіяхъ, по раннему обнаруженію и щедрой медицинской помощи, во всей губерніи находился, безусловно, металлургическій заводъ „Ураль-Волга“ (близъ Царицына), имѣющій для своего многочисленнаго и сравнительно интеллигентнаго населенія нѣсколькихъ врачей и современно оборудованную больницу; на этомъ заводѣ смертность за соответствующее время равнялась все-же 37.9% (22 изъ 58). Въ заключеніе этихъ статистическихъ выкладокъ, не претендующихъ, за незначительностью цифръ, на абсолютную безспорность, отмѣчу еще, что % смертности по губерніи (безъ городовъ) съ начала эпидеміи по 1 авг. былъ равенъ 50.5%, такъ что трудно говорить о пониженной смертности за августъ и этимъ объяснять малую смертность въ приводимой мною группѣ *).

Такимъ образомъ, отводя должное мѣсто случайностямъ, а также несовершенствамъ моего статистическаго метода, мы должны признать, что въ примѣненномъ мною леченіи заключался моментъ, значительно понизившій холерную смертность. Въ общемъ терапію нашего отряда нельзя назвать ни очень активной, ни вполне современной: не говоря уже про отсутствіе специфическаго сывороточнаго леченія, даже вливанія физиологическаго раствора примѣнялись весьма рѣдко, также какъ и подкожныя впрыскиванія возбуждающихъ. Что было особеннаго въ нашемъ леченіи—такъ это именно примѣненіе бани, на чемъ и считаю нужнымъ остановиться подольше.

Баня при леченіи холерныхъ примѣнялась такъ: совершенно раздѣтаго больного, съ холоднымъ компрессомъ на головѣ, клали на полъ или на лавку въ хорошо натопленной, но не слишкомъ

*) Всѣ вычисленія основаны на данныхъ бюллетеней Отдѣленія народнаго здравія при Саратовск. губ. зем. управлѣ.

парной банѣ; все время его поливали, растирая, очень теплой водой; время отъ времени поддавали немного пару, смотря по силамъ и индивидуальной выносливости больного; сообразно этому же устанавливался и срокъ пребыванія въ банѣ: отъ 20 мин. до $\frac{1}{2}$ часа, 3—4 раза въ день. Замѣчу, что случаевъ отказа больного отъ бани, разъ онъ ее попробовалъ, или ухудшенія въ моей практикѣ не наблюдалось. Послѣ бани закутаннаго больного переносили въ избу, тепло укрывали (обыкновенно овчиной) и давали обильное теплое питье: чай, просто или съ виномъ. Кромѣ того, къ ногамъ клали бутылки съ горячей водой, а на животъ, сверхъ рубашки, припарку изъ обыкновеннаго мѣшка („пудовика“), наполненнаго заваренными кипяткомъ отрубями, отжатыми и остуженными такъ, чтобы „терпѣла рука“. Въ ожиданіи, пока баня поспѣетъ, также постоянно примѣнялись бутылки и припарки.

Въ моей практикѣ такое леченіе примѣнялось широко, конечно въ связи съ обычной терапіей; прежде всего, если можно, каломелемъ въ большихъ дозахъ (по 0.5, два раза черезъ часъ), кантаньевскими клизмами, растираніемъ горчичнымъ спиртомъ, возбуждающимъ *per os*, и гдѣ можно, подъ кожу, затѣмъ—дезинфицирующими кишечникъ. Работая на ходу, по домамъ больныхъ, я не могъ вести больныхъ клинически, не могъ собрать матеріала для детальнаго выясненія способа дѣйствія бани, поэтому теоретически объяснять и обосновывать данное мѣропріятіе я не берусь; ограничусь соображеніемъ, что повидимому центръ тяжести здѣсь лежитъ въ упорядоченіи кровообращенія и кровераспредѣленія при чемъ явнымъ образомъ улучшается субъективное состояніе больного, прекращается или умѣряется рвота, прекращаются судороги и боли въ области пупка, которыя впрочемъ не бываютъ сильны. На почвѣ восстановленія периферическаго кровообращенія болѣе дѣйствительными оказываются и подкожныя инъекціи, а въ силу смягченія рвоты является возможность вводить черезъ ротъ и лекарства, и воду, потеря которой такъ тяжело сказывается на холерныхъ больныхъ.

Я не хочу выставить „простую, русскую“ баню панацеей противъ холеры, да у меня и слишкомъ мало матеріала, чтобы выводить рѣшительныя заключенія, тѣмъ не менѣе, и общій результатъ леченія и отдѣльные случаи даютъ, мнѣ кажется, право ввести баню въ рядъ наиболѣе дѣйствительныхъ, хотя бы симптоматически—но вѣдь при холерѣ пока все леченіе таково—терапевтическихъ мѣропріятій.

Единственнымъ рациональнымъ явится со временемъ леченіе холеры специфической сывороткой, которое и теперь уже, какъ я видѣлъ въ Царицынскомъ холерномъ баракѣ у д-ра Бердникова,

далеко не безрезультатно, и будучи просто по технике и лишено повидимому опасных осложнений, конечно скоро займетъ подобающее мѣсто. Однако, нужно имѣть въ виду, что для распредѣленія той-же сыворотки по организму нужны благоприятныя условія кровообращенія, для улучшенія котораго въ практикѣ д-ра Бердникова примѣнялись обычныя ванны, но съ не меньшимъ успѣхомъ можетъ быть примѣнена и баня.

Однако, самое цѣнное въ этомъ мѣропріятіи—это его понятность и доступность для населенія. Бывали случаи, гдѣ первоначально не удавалась примѣнить никакихъ обычныхъ терапевтическихъ мѣръ вслѣдствіе нежеланія самого больного или его семьи, и только послѣ бани, противъ которой почти никогда и никакихъ возраженій не бывало, и послѣ полученнаго отъ нея быстрого и явнаго улучшенія можно было перейти къ общеупотребительнымъ мѣропріятіямъ. При нашихъ условіяхъ нужно высоко цѣнить психическое воздѣйствіе на людей, видящихъ сплошь да рядомъ въ „холерномъ докторѣ“ съ его непонятнымъ, а поѣтому подозрительнымъ и страшнымъ арсеналомъ нѣчто чуждое и даже враждебно. Нужно увидѣть только разъ, какъ разглаживаются хмурья лица и смягчаются голоса послѣ предложенія прежде всего снести больного въ баню. Кромѣ того хлопоты при спѣшномъ снаряженіи бани отвлекаютъ и разсѣиваютъ родныхъ и родственникововъ, которые обыкновенно безцѣльно толпятся около больного, подвергаясь только опасности заразиться.

Къ сожалѣнію у маленькихъ дѣтей и баня, и горячая ванна, легко вызываютъ колянсы, очевидно на почвѣ недостаточно еще урегулированнаго кровообращенія.

Въ заключеніе приведу краткія исторіи болѣзни трехъ случаевъ различной тяжести, чтобы представить конкретно клиническую картину дѣйствія леченія баней.

1. „Среднее“ заболѣваніе: А-инъ, 39 л., рабочій лѣсопильнаго завода, почувствовалъ себя плохо часовъ съ 12 дня; поносъ начался немного раньше, затѣмъ быстро развилась общая слабость; въ 4 часа дня частый поносъ, рвота, легкая болѣзненность вокругъ пупка общая слабость (больной лежитъ), угнетенное состояніе духа, сиплый голосъ, осунувшееся лицо, тянущія боли въ икрахъ, пульсъ, довольно полонъ, но частовать, t° 35.4. Тотчасъ данъ каломель, сдѣлана клизма по Кантани и предложена баня, послѣ которой назначено обильное питье чая съ коньякомъ. На животъ припарка. Въ 8 ч. вечера самочувствіе больного совершенно изменилось, появилась испарина; никакихъ позывовъ на рвоту. Назначена еще баня; строфантъ съ валеріаной. На слѣд. утро t° 36.5;

въ тотъ-же вечеръ больной отправился на работу, въ ночную смѣну, хотя и черезъ силу.

2. „Средне-тяжелое“ заболѣваніе: Ф-ва, 35 л., заболѣла вечеромъ поносомъ; подъ утро почувствовала себя совсѣмъ плохо и было послано за священникомъ; въ 6 часовъ утра: общая слабость, угнетеніе, *facies* и *vox cholericæ*, судороги въ икроножныхъ мышцахъ, поносъ и частая рвота; пульсъ 110—112, t° 35.5 Припарки на животъ, бутылки, портвейнъ; баня, затѣмъ строфантъ; быстрое улучшеніе; вечеромъ еще баня. Утромъ слѣд. дня самочувствіе хорошее; пульсъ 90—92. На 5-й день больная почти здорова.

3. „Тяжелый“ случай: А. С-ко, 35 л.; недомоганіе съ вечера, полная картина подъ утро; въ 5 ч. утра тяжелый алгидъ: ціанозъ и похолодѣніе лица и конечностей, безучастный взоръ, впалые, полуоткрытые глаза, беззвучный, еле слышный голосъ, глухота, постоянная рвота, непрерывныя судороги въ мышцахъ не только конечностей, но и туловища; t° ниже 35° , пульса въ *a. a. radial.* и *brachial.* нѣтъ. Ванны больная не переноситъ. Попытка бани. Послѣ 20 мин. пребыванія ціанозъ только на концахъ пальцевъ, пульса въ лучев. арт. все-таки нѣтъ, самочувствіе лучше, рвота продолжается, судороги значительно ослабли; клизма, портвейнъ, строфантъ. Около 2 ч. дня снова ціанозъ, впрыснуто 0.2 *coff. nat.-salic.* и баня на $\frac{1}{2}$ часа; пульсъ нитевидный, ціанозъ снова только въ пальцахъ, голосъ болѣе звученъ, судорогъ нѣтъ, рвота рѣдко. Въ 9 ч. вечера баня, передъ которой *ol. camph. 1.0*, послѣ—влито 800.0 физ. раствора подъ кожу, строфантъ, портвейнъ. Все время бутылки и припарки. На сл. утро: ціаноза нѣтъ, голосъ слабый, но ясный, рвоты нѣтъ, пульсъ частый и мягкій, но легко прощупываемый; t° 36—36.2. Продолжается обычное леченіе; баня еще раза 2. Реактивный періодъ съ осложнениями, но поправленіе шло впередъ; на 11-й день грубѣйшее нарушеніе діеты,—тифодъ и смерть на 14-й день. Этотъ случай при самомъ началѣ казался безнадежнымъ не только окружающимъ, но и намъ; однако больную удалось провести чрезъ алгидный періодъ.

На эпидеміи 1907 года баню примѣнялъ А. Б. Германъ (см. Сборн. отчет. по хол. эпид. въ Сар. губ. 1907 г.); подробностей онъ не приводитъ, заявляя просто: „всѣ случаи, гдѣ больные получали баню, протекали легче и кончались въ большинствѣ выздоровленіемъ“.

Областной Поволжскій противохолерный Съездъ
въ г. Самарѣ

(20—29 апрѣля 1908 г.) *).

Д-ра мед. **М. Казанскаго.**

(Продолженіе).

Возбуждался по поводу доклада проф. Высоковича весьма важный вопросъ объ опасности вывозить кляочныя массы со свѣжими холерными изверженіями и не обеззараженными, въ виду, обыкновенно, плохо организованной у насъ вывозки нечистотъ. По мнѣнію однихъ, холерныя бактеріи скоро погибаютъ въ гнилостныхъ массахъ; по мнѣнію другихъ говорившихъ, холерные вибрионы могутъ долго сохранять свою жизнеспособность въ кляочныхъ жидкостяхъ.

Мною приведено наблюденіе Джерговскаго, нашедшаго, что холерныя бактеріи, также какъ и тифозныя, въ кляочныхъ жидкостяхъ, при биологической очисткѣ ихъ, способны проходить чрезъ гнилостный бассейнъ и фильтры жизнеспособными. Въ гнилостномъ бассейнѣ холерныя бактеріи погибаютъ между второй и третьей недѣлями (тифозныя не были найдены уже на 4-ый день). Въ наблюденіяхъ Koch'a холерныя бактеріи держались въ кляочной жидкости, въ сточныхъ водахъ Берлина, отъ 12 до 30 часовъ, въ наблюденіяхъ Uffelmann'a—въ теченіе 7 дней, а при 0°—1°—въ теченіе 12 дней,—по Schilder'у, Diatromтову—отъ 2 до 12 дней.

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 15 мая 1908 г.

Проф. В. В. Подвысоцкий сдѣлалъ сообщеніе: „*Дѣйствіе піоціаназы на холернаго вибріона и холерную вакцину*“. Піоціаназы, получаемая изъ старыхъ бульонныхъ разводокъ сине-гнойной палочки, обладаетъ сильными бактерицидными и бактериолитическими свойствами по отношенію ко многимъ бактеріямъ, въ томъ числѣ и по отношенію къ холернымъ вибріонамъ, при чемъ живые холерные вибріоны скорѣе поддаются дѣйствію піоціаназы чѣмъ убитые нагрѣваніемъ, какъ въ холерной вакцинѣ. Нужно думать, что при вакцинаціи противъ холеры въ нашей подложной клетчаткѣ и внутри фагоцитовъ вибріоны вакцины не такъ быстро подвергаются расплавленію, какъ вибріоны холернаго *Virus'a*; этой медленностью можетъ объясняться постепенность развитія иммунитета при вакцинаціи.

Д-ръ М. М. Гранъ (Самара) въ своемъ докладѣ: „*Основныя данныя по характеристикѣ эпидеміи холеры 1902, 1904 и 1907 годовъ въ Россіи въ связи съ современными знаніями по эпидемиології холеры*“ высказываетъ, что 1) эпидемія холеры 1902, 1904 и 1907 годовъ по своему характеру и теченію во многомъ подрываетъ установившіеся взгляды на эпидемиологію холеры и потому обязываетъ пересмотрѣть, провѣрить и восполнить многіе вопросы эпидемиології холеры—этого сфинкса и по настоящее время, 2) „атипическій характеръ теченія послѣднихъ эпидемій холеры лишаетъ возможности дѣлать уѣренное предсказаніе: будетъ или не будетъ эпидемія холеры въ 1908 г., 3) съ научной и научно-практической точекъ зрѣнія требуютъ настоятельнаго выясненія вопросы объ иммунности населенія и мѣстности къ холерѣ и 4) на основаніи богатаго эпидемиологическаго матеріала непреложной истиной надо считать, что благоприятныя общія санитарныя условія населенныхъ мѣстъ, достаточная экономическая и высокая степень культуры населенія являются наиболѣе вѣрными орудіями защиты отъ холеры, и на этой истинѣ прежде всего должны строиться всѣ практическія мѣропріятія по борьбѣ съ холерой“.

Д-ръ Т. Е. Гавриловъ въ докладѣ своемъ „*Къ вопросу объ эпидемиології холеры*“ 1) раздѣляетъ холерныя эпидеміи на 3 типа: а) холера сильнѣе всего проявляется на второй годъ (эпидеміи 1830 г., 1847 г. и 1870 г.), б) — въ первый же годъ (эпидеміи 1853 и 1892 г.г.) и в) эпидемія холеры ограничивается однимъ годомъ (эпидемія 1866 г.). 2) Теченіе эпидеміи закономерно: крутой подъемъ до третьей или четвертой недѣли, затѣмъ паденіе кривой и болѣе отлогое, чѣмъ поднятіе, и „хвостъ эпидеміи при-

близительно въ 2—3 раза длиннѣе головы“. 3) Въ началѣ эпидеміи и самыя заболѣванія холерой представляются болѣе тяжелыми. 4) Во все периоды эпидеміи болѣе половины умираетъ въ теченіе первыхъ трехъ дней болѣзни, около 20%—25%—на 4-ый и 5-ый дни и лишь 9%—15% умираютъ позднѣе. 5) Въ 1908 г. „слѣдуетъ ожидать значительнаго развитія эпидеміи, такъ-какъ холеру 1907 г. слѣдуетъ считать за начало эпидеміи перваго типа, причѣмъ наибольшаго развитія холера 1908 г. должна достигъ въ іюль и августъ“¹⁾ ²⁾ и ³⁾).

Д-ръ Е. Л. Кавецкій (Самара) высказалъ, что начало холерной эпидеміи трудно точно устанавливать, такъ-какъ первые случаи холеры, часто—не ясно выраженные, обыкновенно бактериологически не изслѣдуются и потому заносъ холеры можетъ остаться не выясненнымъ. Д-ръ Кавецкій считаетъ неправильнымъ настойчивое предположеніе нѣкоторыхъ, что холерный вибрионъ перезимовалъ въ илѣ р. Самарки и даже сохранилъ свою жизнеспособность въ продолженіе 2—3 лѣтъ: холерные вибрионы не отличаются своей живучестью и собственные его опыты показали, что холерные вибрионы, сохраняемые въ илѣ р. Самарки, при разнообразныхъ условіяхъ, быстро погибали.

Д-ръ А. М. Архиповъ (Пенза) не придаетъ цифровому матеріалу д-ра Гаврилова по Пензенской губерніи большой цѣнности. Да и трудно сравнивать холерныя эпидеміи 1830-хъ годовъ, 1870-хъ и 1890-хъ годовъ, когда социальныя, экономическія и врачебно-санитарныя условія въ Россіи были столь различны. Поэтому д-ръ Архиповъ считаетъ выводы д-ра Гаврилова научно-необоснованными.

¹⁾ Авторъ дѣлаетъ свои выводы по матеріалу Пензенской губерніи. См. «Матеріалы по вопросу о борьбѣ съ эпидеміей холеры въ Самарской губерніи въ 1904 г.» Вып. III. Самара 1908 г. и «Дневникъ» Съѣзда № 4.

²⁾ Въ эпидемію 1907 г. въ Россійской Имперіи больныхъ холерой было 12.120 чел.; изъ нихъ умерло 5810 чел. или 47.9%.

Въ текущемъ 1908 г. первыя подозрительныя на холеру заболѣванія появились въ первой половинѣ іюня; бактериологически-же установленныя заболѣванія аз. холерой начались съ первыхъ чиселъ іюля и къ сентябрю случаевъ холеры зарегистрировано было 6747, изъ коихъ окончились смертью 3130 или 46%. Съ 1 по 20 сентября въ одномъ Петербургѣ заболѣвшихъ холерой было 6.214 чел., изъ которыхъ умерло 2.435 чел. или почти 40%—М. К а з а н с к і й.

Д-ръ Игумновъ указываетъ на необходимость изслѣдованія всѣхъ разнообразныхъ условій жизни населенія, способствующихъ развитію эпидемій, а не ограничиваться изученіемъ жизни вибрионовъ въ культурахъ и пробиркахъ.....

Большой интересъ возбудили доклады о лечебной противохолерной сывороткѣ и о предохранительныхъ прививкахъ противъ холеры.

Завѣдующій бактериологическимъ кабинетомъ Самарской губернской земской больницы, д-ръ П. П. Крыловъ въ своемъ докладѣ: „Сывороточная терапия, какъ очередной вопросъ леченія холеры“ привелъ литературный и критическій очеркъ вопроса о полу-

3) Въ общемъ, по даннымъ, собраннымъ д-ромъ Владыкинымъ, эпидемія холеры 1890-хъ годовъ проявилась сильнѣе всего, дѣйствительно, въ первый же годъ, въ 1892 г., а именно:

	1892 г.	1893 г.	1894 г.	1885 г.
Заболѣло	604 406	102.448	64.057	30.704

Но по отдѣльнымъ губерніямъ это далеко не всегда наблюдалось. Такъ, заболѣвшихъ было:

	1892 г.	1893 г.	1894 г.
Варшавская губернія	321	397	6817
Ломжинская —	75	2563	497
Плоцкая —	135	307	2348
Родомская —	744	445	6421
Гродненская —	74	1773	2694
Курляндская —	7	2	616
Лифляндская —	160	192	378
Минская —	216	1325	790
Могилевская —	301	2288	71
Владимірская —	281	1337	129
Московская —	1618	3518	—
Орловская —	2709	6133	—
Тульская —	1314	3794	—
Подольская —	6476	21185	6613
Петербургская —	5485	4015	7908.

М. К а з а н с к і й.

ченіи противохолерной сыворотки и на основаніи литературныхъ данныхъ высказался за возможность успѣшнаго примѣненія противохолерной сыворотки и у человѣка, считая доказанными анти-токсическія свойства ея.

Завѣдующій бактериологической лабораторіей Харьковскаго Медицинскаго Общества, д-ръ *В. И. Недригайловъ* въ своемъ докладѣ: „*Къ вопросу о холерномъ токсинѣ и антитоксинѣ*“ представилъ результаты своихъ собственныхъ (совмѣстно съ *А. Л. Кандыба*) работъ по данному вопросу.

Желая опытнымъ путемъ опредѣлить силу примѣняемой противохолерной сыворотки Kraus'a, докладчикъ старался приготовить возможно сильный холерный токсинъ. До сихъ поръ, какъ извѣстно, сильныхъ холерныхъ токсиновъ добыть не удавалось. Слабость холерныхъ токсиновъ авторъ объясняетъ т. наз. аутолизомъ холерныхъ бактерій—быстрымъ превращеніемъ ихъ въ зернышки, а вслѣдствіе кратковременности жизни отдѣльныхъ вибрионовъ, послѣдніе и не успѣваютъ выдѣлить достаточно токсиновъ въ окружающую питательную среду. При зараженіи животнаго—въ крови и органахъ ихъ аутолиза холерныхъ бактерій не замѣчается и потому онѣ могутъ свободно выдѣлять токсины, которые и производятъ интоксикацію и смерть животнаго. Отыскивая среду для холерныхъ бактерій, гдѣ-бы не было аутолиза, д-ръ *Недригайловъ* нашелъ наиболѣе подходящей сыворотку лошади, свернутую при 70°. Холерныя бактеріи въ этой сывороткѣ долго живутъ безъ аутолиза и, сохраняя свои жизненные свойства, выдѣляютъ токсины, при чемъ сыворотка разжижается и превращается въ совершенно прозрачную жидкость. Заключающійся въ этой жидкости холерный токсинъ по силѣ своей въ 5 разъ превосходитъ токсины, добываемые обычнымъ путемъ. Испытывая съ этимъ токсиномъ антитоксическую силу сыворотки Kraus'a, докладчикъ нашелъ ее незначительной. При помощи новаго токсина приступлено къ иммунизации лошади для полученія новой противохолерной сыворотки, но опыты еще не закончены.

Д-ръ *П. К. Галлеръ* (Саратовъ) сообщилъ о прекрасномъ дѣйствии сыворотки Kraus'a въ одномъ отчаянномъ случаѣ холеры у женщины, поступившей въ больницу съ отсутствіемъ сознанія, пульса, мочи, и еле дышавшей. Впрыснуто было подъ кожу сразу 2 флакона сыворотки по 20 куб. сант. въ каждомъ и на другой уже день замѣтно было оживленіе обреченной на смерть больной, а чрезъ 4 дня больная поправилась. Появившійся чрезъ 6 дней послѣ впрыскиванія какъ-бы возвратъ болѣзни, безъ холерныхъ

бактерій въ водянистыхъ испражненіяхъ, д-ръ Галлеръ считаетъ послѣдствіемъ выпрыскиванія сыворотки.

Проф. Высокочичъ сообщилъ о 15 случаяхъ примѣненія въ Кіевѣ сыворотки Kraus'a, причемъ только въ двухъ получился хорошій результатъ; выпрыскивалось отъ 20 до 60 куб. сант.¹⁾ Не смотря на многочисленныя попытки, дѣйствительной противохолерной сыворотки еще не получено и это потому, что холерныя бактеріи на нашихъ питательныхъ средахъ не вырабатываютъ растворимыхъ ядовъ; ядовитое начало холерныхъ бактерій тѣсно связано съ протоплазмой самихъ бактерій и оно начинаетъ дѣйствовать лишь тогда, когда тѣла бактерій растворятся и ядъ ихъ, называемый въ такихъ случаяхъ эндотоксиномъ, освободится. Сыворотка, получаемая подъ вліяніемъ этихъ эндотоксиновъ, содержитъ въ себѣ главнымъ образомъ агглютинины (склеивающія вещества), бактериолизины (убивающія и растворяющія вещества) и преципитины (осаждающія вещества). Антитоксическія-же свойства, которыя такъ важны и нужны для нейтрализаціи холернаго яда въ организмѣ холернаго больного, въ получаемой нынѣ противохолерной сывороткѣ выражены слабо. Во всякомъ случаѣ, противохолерная сыворотка Kraus'a несравненно менѣе дѣйствительна, чѣмъ истинно-антитоксическая противодифтерійная сыворотка; слабѣе она и противодизентерійной и даже противочумной сыворотки, которая больше содержитъ антитоксическихъ веществъ, чѣмъ противохолерная.

Д-ръ Бѣлоновскій привелъ свои наблюденія, гдѣ бульонныя разводки холерныхъ бактерій давали сильный аутолизъ и въ тоже время сильную антитоксическую сыворотку; агарныя-же разводки тѣхъ же бактерій давали то и другое, ясно, меньше.

Д-ръ Таранухинъ высказалъ, что при томъ сгущеніи крови, которое бываетъ у тяжело-больныхъ холерой, и сильно антитоксическая сыворотка ничего не сдѣлаетъ. Въ этихъ случаяхъ весьма полезны солевые внутривенныя вливанія, которыя и разжижаютъ кровь и удаляютъ токсины.

Д-ръ Клодницкій съ своей стороны сообщилъ о плохихъ результатахъ лѣченія сывороткой Kraus'a двухъ тяжелыхъ холерныхъ больныхъ въ г. Астрахани. Онъ обратилъ вниманіе на то

¹⁾ Д-ръ *Клоповскій* (Кіевъ) сообщаетъ о примѣненіи противохолерной сыворотки 1) имъ въ 2 случаяхъ альбидной холеры (одной больной выпрыснуто было въ два приема 40 куб. сант., и другой — 80 куб. сант.) безъ успѣха и 2) д-ромъ *Свенсономъ* — въ 10 случаяхъ (выпрыскивалась по 5 флаконовъ по 20 куб. сант.); 6 больныхъ умерли и 4 выздоровѣли.

обстоятельство, что въ опытахъ докладчика холерный токсинъ получался въ условіяхъ доступа воздуха; между тѣмъ въ кишкахъ холерный вибрионъ живетъ въ условіяхъ анаэробіоза.

Проф. Заболотный замѣтилъ, что человѣческой холерный токсинъ, можетъ быть, не тоже, что токсинъ Kraus'a. Не антитоксическая, а антибактеріальная холерная сыворотка, можетъ быть, можетъ даже ухудшать болѣзнь, такъ какъ, растворяя бактеріи, она освобождаетъ холерные токсины.

Въ докладѣ своемъ „*О вакцинации противъ холеры*“ проф. Заболотный, указавъ на успѣшные опыты предохранительныхъ прививокъ, предпринятыя въ огромномъ числѣ случаевъ въ Индіи, Японіи и Персіи, сообщилъ о результатахъ прививокъ, произведенныхъ имъ самимъ въ г. Астрахани въ 1907 г. Всего привито было 4400 чел. и большинству по два раза. Дозы вакцины: для перваго раза 1 куб. сант., для втораго—2 до 3 куб. с., для третьяго—3 до 4—5 куб. сант. Для дѣтей дозы соотвѣтственно уменьшались. Реакція, въ общемъ, на столько была незначительна, что большинство переносили прививки на ногахъ. Осторожность при прививкахъ необходима у лихорадящихъ, страдающихъ поносомъ и у беременных ¹⁾).

Результаты прививокъ: изъ непривитыхъ заболѣло холерой 29 чел. на 1000 населенія, а среди привитыхъ лишь 4⁰/₀₀, въ 7 разъ меньше; умерло среди непривитыхъ 19 чел. на 1000 населенія, а среди привитыхъ—лишь 1⁰/₀₀, въ 19 разъ меньше, чѣмъ среди непривитыхъ. Вначалѣ населеніе недовѣрчиво относилось къ предохранительнымъ и лѣчебнымъ мѣрамъ; но позднѣе, въ виду ставшей очевидной пользы отъ предохранительныхъ прививокъ, отбою не было, замѣтилъ проф. Заболотный, отъ желавшихъ прививки. Изъ Форпоста (поселокъ противъ Астрахани) обратилась цѣлая трудовая артель бондарей съ просьбой пріѣхать къ нимъ и сдѣлать поголовныя прививки всей артели, что докладчикомъ и его помощниками и сдѣлано было ²⁾).

¹⁾ Такъ-какъ иммунитетъ противъ холеры получается не тотчасъ послѣ прививки, а чрезъ 4--5 дней, инкубационный же періодъ холеры при зараженіи ею обыкновенно короче, то совѣтуютъ остерегаться дѣлать прививки въ домѣ больного, окружающимъ его.—М. К.—ій.

²⁾ По указанію д-ра И. И. Маслаковцева, одного изъ участниковъ отряда, во главѣ съ проф. Заболотнымъ, приглашеннаго товариществомъ Бр. Нобель въ Астрахани, отрядомъ этимъ сдѣлано было 3094 прививки, докторомъ Мышеинымъ—800 чел. и Астраханской бактериологической лабораторіей—393 чел. Изъ

Агглютинирующія свойства сыворотки крови у привитыхъ появлялись чрезъ 1—2 недѣли. Какъ долго сохраняется получаемая невосприимчивость къ холерѣ, докладчикъ затрудняется сказать ¹⁾).

Д-ръ Владиміръскій также сообщил о благопріятныхъ результатахъ предохранительныхъ прививокъ противъ холеры: изъ привитыхъ заболѣло въ 6 разъ и умерло въ 7 разъ меньше, чѣмъ среди непривитыхъ.

Д-ръ Лоциловъ (Кострома), на основаніи своихъ наблюдений относительно предохранительныхъ прививокъ, указалъ на довольно сильную реакцію отъ прививокъ.

Мною сообщено было о лично-миѣ сдѣланныхъ въ Казанскомъ Бактеріологическомъ Институтѣ д-ромъ А. И. Бердниковымъ предохранительныхъ прививкахъ холерной вакцины:

6 сент. 1907 г. привито было подъ кожу въ области живота 0.5 куб. сант. смытой агарной разводки свѣжихъ холерныхъ бактерій, убитой нагреваніемъ при 60° въ теченіе 1 часа и содержащей $\frac{1}{2}\%$ ас. carbolicі. Скоро на мѣстѣ впрыскиванія появились боль при прикосновеніи, припухлость и краснота; въ 10 час. вечера t° 35.8°; самочувствіе—обычное. На слѣдующій день всѣ явленія уменьшились и скоро впрыскиваніе перестало давать себя чувствовать.

11 сентября, чрезъ 5 дней послѣ первой прививки, сдѣлана была вторая, въ количествѣ 0.8 куб. сант., по моему желанію—въ лѣвое среднее плечо. Скоро по-

всѣхъ привитыхъ 4287 чел. по одному разу прививка сдѣлана была 2131 чел. и по два раза—2156 чел. Изъ лицъ, получившихъ двѣ прививки, никто не умеръ; наблюдавшіяся же и среди нихъ заболѣванія протекали весьма благопріятно. Изъ привитыхъ одинъ разъ было 5 случаевъ смерти отъ холеры, причемъ въ одномъ случаѣ прививка сдѣлана была, оказалось, уже во время поноса, въ другомъ—имѣлось дѣло съ ухаживавшимъ за больной холерой женой; двое (умершихъ) ассенизаторовъ, вѣроятно, также привиты были въ періодъ инкубаціи холеры. Опытами на животныхъ въ послѣднее время доказано, что въ первые дни послѣ вакцинаціи физиологическая бактерицидность крови падаетъ и потому прививка въ періодъ инкубаціи можетъ ухудшить положеніе больного.

Реакція послѣ прививокъ проявлялась повышеніемъ температуры тѣла на 1°, рѣдко—до 39°, припухлостью, покраснѣніемъ и болѣзненностью на мѣстѣ впрыскиванія, продолжавшейся 2—3 дня. Нѣсколько случаевъ протекали со рвотой и поносомъ, головной болью и даже бредомъ—У двухъ беременных наблюдались выкидыши. Но въ общемъ прививки переносились настолько легко, что привитые рабочіе лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ бросали работать.—«Врачебная Газета» 1908 г. № 21»: *Маслаковцевъ П. П.*: «Холера въ г. Астрахани и ея предмѣстьяхъ лѣтомъ 1907 г.».

¹⁾ Предполагаютъ,—въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ до года; опубликованъ однако случай заболѣванія тяжелой, но кончившейся выздоровленіемъ, холерой чрезъ 16 дней послѣ однократной прививки 1.0 холерной вакцины (Саратов. губ.)—

М. К—ій.

явились на мѣстѣ вприскиванія боль, припухлость и краснота, и къ ночи припухлость распространилась на $\frac{1}{2}$ вершка въ длину и на 1 вершокъ въ ширину; болѣзненность при дотрогиваніи или задѣваніи припухлости—очень порядочная. Часовъ съ 8 вечера стали замѣчать небольшое лихорадочное состояніе; температура въ 11 ч. ночи=37.2°. На слѣдующій день припухлость и краснота увеличились до 2 вершковъ въ длину и $1\frac{1}{2}$ вершка въ ширину; инфильтратъ—плотный и по прежнему болѣзненный. Самочувствіе—хорошее. Къ ночи болѣзненные явленія стали нѣсколько меньше; т-ра=36.6°. На 3-ій день краснота значительно уменьшилась и въ срединѣ приняла желтоватый оттѣнокъ; плотный инфильтратъ уменьшился не много; болѣзненность—меньше. Самочувствіе—обычное. Опухоль и чувствительность держались еще нѣсколько дней.

15 сентября, чрезъ 4 дня послѣ второй прививки, на 3-ій день заболѣванія инфлюэнцей, наканунѣ отъѣзда изъ Казани въ Пермскую губернію, сдѣлана была третья прививка холерной вакцины въ количествѣ 1.4 куб. сант. въ области живота. Къ вечеру на мѣстѣ вприскиванія—порядочная болѣзненность и незначительная припухлость. Вслѣдствіе инфлюэнцы, протекавшей обычно, почти всю ночь провелъ безъ сна. въ жару, съ послѣдующимъ потомъ. Утромъ 16 сентября, при явленіяхъ общей слабости, уѣхалъ на пароходѣ въ Пермь. Во все время поѣздки прививка почти ничѣмъ не давала себя чувствовать.

По возвращеніи въ Казань, 4 октября, чрезъ 19 дней послѣ третьей прививки, сдѣлана была 4-ая прививка холерной вакцины въ количествѣ 1.0 куб. сант., въ области живота. Скоро появились на мѣстѣ вприскиванія болѣзненность, припухлость и краснота. Вечеромъ—лихорадочное состояніе и порядочное недомоганіе. На слѣдующій день припуханіе и краснота увеличилась почти до 2 вершковъ въ длину и $\frac{1}{2}$ вершка въ ширину; болѣзненность—не большая; незначительное недомоганіе. Къ вечеру всѣ явленія замѣтно стали уменьшаться и на слѣдующій день почти прошли, кромѣ припухлости, остававшейся нѣсколько дней ¹⁾.

15 октября, чрезъ 11 дней послѣ четвертой прививки и чрезъ 41 день послѣ первой, д-ромъ Бердниковымъ взята была проба моей крови для испытанія сыворотки ея на агглютинирующую способность и феноменъ Pfeiffer'a. Чрезъ 1 часъ стоянія при 37° смѣси разведенной сыворотки съ агарной разводкой холерныхъ бактерій отъ случая холеры въ сентябрѣ 1907 г., явленія агглютинаціи ясно выражены были въ пробиркахъ и подъ микроскопомъ въ висячей каплѣ при разведеніи сыворотки 1:20 и 1:40, мало—при 1:80, слабо—при 1:160, очень слабо—при 320 и не замѣтно—при 1:640, какъ и въ контрольной. Что касается феномена Pfeiffer'a, то при разведеніи сыворотки 1:20 холерныхъ бактерій почти совсѣмъ не оказалось, видны были только шарики; при разведеніи 1:40 имѣлись почти все шарики и очень мало запятыхъ; при разведеніи 1:160 и холерныхъ бактерій и шариковъ—

¹⁾ У нѣкоторыхъ лицъ, привитыхъ холерной вакциной въ томъ-же Бактериологическомъ институтѣ, реакція наблюдалась сильная.—М. К.—ій.

много; при 1:320—шариковъ мало, при 1:640—шариковъ очень мало; въ контрольной шариковъ не видно.

Д-ръ Бердниковъ замѣтилъ, что различная реакція у привитыхъ холерной вакциной можетъ объясняться различнымъ приготовленіемъ вакцины.

По поводу отрицательной фазы иммунитета при вакцинаціи холеры, когда прививка дѣлается человѣку, у котораго зараженіе холерой уже произошло, а тогда прививка можетъ уже вредъ принести, проф. Заболотный высказалъ, что эта фаза продолжается не болѣе 1—2 дней и ей придавать большого значенія не слѣдуетъ.

[Земскій врачъ Сызранскаго у. Симбирской губ. И. С. Федоренко въ представленномъ имъ, но не читанномъ, докладѣ: *„Эпидемія азиатской холеры въ Симбирской губ. въ 1907 г. и примѣненіе въ борьбѣ съ нею противохолерной вакцины“* сообщаетъ слѣдующее. Эпидемія аз. холеры въ Симбирской губ. началась въ 20-хъ числахъ іюля 1907 г. и закончилась къ 20-му ноября. Всего въ губерніи за это время заболѣло 356 чел., изъ коихъ умерло 175 или 47.8%. Авторомъ произведены были прививки 1052 чел., изъ нихъ 600 повторно, въ сроки отъ 5 до 7 дней. Всего въ Симбирской губерніи привито было 1492. Всѣ 8 врачей, производившихъ прививки, отмѣчаютъ боль и припухлость на мѣстѣ укола, нѣкоторое недомоганіе въ теченіе первыхъ сутокъ (далеко не всегда) и въ рѣдкихъ случаяхъ легкія желудочно-кишечныя расстройства.—Никто изъ привитыхъ въ губерніи аз. холерой не заболѣлъ. Въ виду безвредности прививокъ противохолерной вакцины и ободряющихъ результатовъ ихъ, полученныхъ въ лѣтне-осеннюю эпидемію 1907 г. въ Симбирской губ., необходимо, по мнѣнію врачей, широко рекомендовать прививки среди населенія].

[Небезынтересныя свѣдѣнія о предохранительныхъ прививкахъ противъ холеры сообщаетъ эпидемическій врачъ М. В. Иванова въ своемъ «Отчетѣ о холерной эпидеміи въ селахъ Бековъ и Нарышкинѣ Сердобскаго у. Саратовской губ.»¹⁾

Въ с. Бековѣ (1500 жителей) первое заболѣваніе холерой было 12 авг. и въ теченіе слѣдующихъ 5 дней заболѣло еще 11 чел. Числа 16 августа весь медицинскій персоналъ, во главѣ съ мѣстнымъ врачомъ Бибиковымъ, сдѣлалъ себѣ прививки противохолерной вакцины. Въсть

¹⁾ Врачебно Санитарная Хроника Саратовской губерніи 1908 г. Февраль.

о томъ, что въ больницѣ для предохраненія отъ заболѣванія холерой прививаютъ «оспу», быстро облетѣла городокъ и 18 августа челоѣкъ 30 пожелали сдѣлать себѣ прививку; желающихъ прививки становилось все больше и больше и 21 числа, въ первый день приѣзда эпидемическаго отряда, утромъ предъ больницей собралась толпа челоѣкъ въ 200 мужчинъ, женщинъ и дѣтей; всѣ чуть не силой врывались въ больницу, торопятся записаться. 50 флаконовъ вакцины быстро были израсходованы..., между тѣмъ толпа не убывала. Пришлось дать чуть не клятвенное обѣщаніе, что на слѣдующее утро изъ Саратова будетъ получена прививка для всѣхъ желающихъ. Немедленное удовлетвореніе просьбы о присылкѣ вакцины губернской управой смасло эпидемическій отрядъ отъ большой неприязни населенія, такъ какъ на слѣдующее утро толпа предъ больницей собралась еще въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ предыдущіе дни.—Всего привито было 843 чел.; изъ нихъ повторно 365 и по три раза—67. Впрыскивалось въ первый разъ по 1,0 вакцины мужчинамъ, 0,5 женщинамъ и отъ 0,1 до 0,5 дѣтямъ, чаще всего подъ кожу подъ лопаткой, съ послѣдующимъ заклеиваніемъ мѣста впрыскиванія ватой съ коллодіемъ. У большинства первичныя прививки не вызывали никакой реакціи, вторичныя же прививки сопровождалась сильной реакціей. Изъ привитыхъ заболѣло трое: 1) 7-лѣтняя дѣвочка, которой прививка сдѣлана была уже во время поноса; умерла чрезъ 2 дня послѣ прививки; 2) страдавшій туберкулезомъ, заболѣлъ чрезъ 3 дня послѣ прививки и умеръ на другой день заболѣванія и 3) 55-лѣтняя женщина, привитая во время поноса, заболѣла въ день прививки и скоро выздоровѣла.

Въ общемъ, изъ непривитыхъ (657 чел.) заболѣло холерой (14 чел.) 2.1% и умерло (9 чел.) 1.3%; изъ привитыхъ-же заболѣло 0.3%, въ 7 разъ меньше, а умерло 0.2%, также почти въ 7 разъ меньше.

Небезынтересно отмѣтить, что въ сосѣднемъ селѣ Нарышкинѣ, отстоящемъ отъ с. Бекова въ одной верстѣ, съ 4.500 жителей, никто не пожелалъ сдѣлать себѣ прививки. Заболѣло въ Нарышкинѣ 9 чел., изъ коихъ умерло 5.—Наплывъ желающихъ прививки въ с. Бековѣ авторъ думаетъ объяснить паникой, возникшей вслѣдствіе появленія холеры и быстрой смерти заболѣвшихъ ею.

Во всей Саратовской губерніи сдѣланы были предохранительныя прививки въ 15 селеніяхъ, гдѣ были холерныя заболѣванія, 1414 лицамъ, изъ коихъ по одному разу привито 872 чел., по два раза

480 и по 3 раза—62. Изъ всѣхъ привитыхъ заболѣло 5 чел., изъ коихъ 2 умерли] ¹⁾.

Д-ръ В. И. Попченко въ своемъ докладѣ: „*Клиника и терапия холеры по даннымъ Самарской городской больницы*“ отбѣняетъ: 1) благотвѣтельное дѣйствіе при холерѣ внутривенныхъ солевыхъ вливаній, 2) во многихъ случаяхъ даже тяжелой холеры не были найдены холерныя бактеріи, при чемъ въ виду параллельности кривыхъ холерныхъ заболѣваній и „подозрительныхъ по холерѣ“, т. е., гдѣ не найдено холерныхъ бактерій, можно думать, что и подозрительныя по холерѣ заболѣванія были настоящіе холерные случаи; только въ этихъ случаяхъ лишь не обнаружены въ испражненіяхъ холерные вибрионы по какимъ-то причинамъ, и 3) хорошо устроенныя больницы съ хорошимъ уходомъ прекрасно дѣйствуютъ на настроеніе населенія вообще и холерныхъ больныхъ въ частности.

Проф. Високовичъ сообщилъ объ одномъ случаѣ осложненія холеры паротитомъ, вѣроятно, вслѣдствіе попаданія заразы изъ полости рта;—затѣмъ замѣтилъ, что послѣ приемовъ каломеля иногда не удается найти холерныхъ „запятыхъ“ ²⁾.

Д-ръ Бѣлоновскій, сообщивъ, что иногда и въ тяжелыхъ случаяхъ холеры не удавалось найти холерныхъ бактерій ³⁾, добавилъ, что иногда холерныя бактеріи оказывались въ толстыхъ кишкахъ, въ тонкихъ же кишкахъ ихъ не находили ⁴⁾.

¹⁾ «Холерная эпидемія въ Саратовской губерніи 1907 г.» Саратовъ, 1908 г.

²⁾ Могу привести наблюденія и такого рода: а) д-ръ *Karlinskii* (1893 г.) у холернаго больного, съ холерными бактеріями въ испражненіяхъ въ первые два дня, въ слѣдующіе 10 дней уже не находилъ холерныхъ «запятыхъ» и больного считали выздоровѣвшимъ. Но ему дали каломель и... въ послѣдовавшихъ затѣмъ испражненіяхъ найдены были холерныя бактеріи, которыя оказались необыкновенно ядовитыми для морскихъ свинокъ. Дѣйствіе каломеля продолжалось 3 дня и все время въ испражненіяхъ удавалось находить холерныя бактеріи. У другого холернаго больного на 6-ой день уже не было холерныхъ бактерій въ испражненіяхъ Данъ былъ каломель и въ послѣдовавшихъ затѣмъ обильныхъ испражненіяхъ найдены были холерныя бактеріи, ядовитость которыхъ и чрезъ 3 мѣсяца оставалось довольно значительной.

б) Д-ръ *Vogler* (1893 г.) сообщаетъ о случаѣ, гдѣ, послѣ многодневнаго запора, каломелемъ вызвано было испражненіе и въ этомъ испражненіи найдены были холерныя бактеріи.

в) Случай *Roth'a*: у одной больной, принятой въ больницу съ холероподозрительными явленіями, первыя два бактериологическихъ изслѣдованія дали отрицательный результатъ; но когда больная приняла касторового масла., присутствіе холерныхъ бактерій было доказано.—*М. Казанскій*.

³⁾ и ⁴⁾ Подобныхъ случаевъ описано много въ литературѣ по холерѣ 1892—

Вятскій врачебный Инспекторъ Н. А. Владимірскаій въ своемъ докладѣ: „*О леченіи холеры*“ сообщилъ о результатахъ леченія холеры въ 248 случаяхъ, наблюдавшихся имъ въ одномъ изъ Сибирскихъ городовъ.

Лѣченные опіемъ, больные всѣ умерли. Горячія и паровыя ванны и теплыя гиподермоклизмы дѣйствовали хорошо, на не на долго. Хуже дѣйствовали таннинсыя энтероклизмы. Каломель хорошо дѣйствовала только во время холернаго поноса.

Неожиданно хорошіе результаты леченія дало внутреннее употребленіе Швейнфуртской зелени (соединеніе средней уксусно-мѣдной соли съ мышьяковисто-мѣдной солью) въ маленькихъ дозахъ, по рецепту: *Cupri arsenicosi Schweinfurt 0.05, Ac. muriat. dil gutt V, Aq. destillat 2.0. Coque ad solut. perfect. et adde Aq. destillat et Spiriti Vini 90° aa 24.0. MDS.* Принимать по 5 капель 3—8 разъ въ день, а иногда и чрезъ 15 минутъ.

Изъ 28 холерныхъ больныхъ, лѣченныхъ (въ концѣ эпидеміи) Швейнфуртской зеленью, умерло трое: 60-лѣтній потаторъ, беременная женщина и молодой рабочій (послѣдному назначено было средство въ большой дозѣ—0.003, три порошка въ день). Скорѣе всего эта «зелень» прекращала судороги.

Преній по докладу д-ра Владимірскаго не было.

Завѣдующій Самарской городской скотобойней, ветеринарный врачъ *В. Ю. Вольбергъ* сдѣлалъ поучительное сообщеніе: „*О мясныхъ отравленіяхъ*“. Приведя клиническую картину различныхъ типовъ мясныхъ отравленій, авторъ подробно остановился на бактериологіи данныхъ заболѣваній и въ заключеніе высказываетъ рядъ положеній: 1) На русскихъ бойняхъ, гдѣ почти нигдѣ нѣтъ холодильниковъ, что давало-бы возможность бактериологически изслѣдовать мясо, желательна болѣе строгая браковка мяса во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ. 2) Въ виду возможности, помимо мясныхъ

1895 г.г. Между прочимъ, д-ръ *Bethe* (1892 г.) сообщаетъ о двухъ случаяхъ, гдѣ, не смотря на повторныя изслѣдованія, не удалось найти въ испраженіяхъ холерныхъ бактерій; по смерти же больныхъ въ срѣзахъ кишекъ ихъ въ области Баугиніевой заслонки холерныя бактеріи были найдены, хотя и въ незначительномъ числѣ. Описаны и другими случаи, гдѣ находили холерныхъ вибрионовъ только по смерти больныхъ, а иногда и наоборотъ. Имѣетъ значеніе количество посѣва на питательныя среды изслѣдуемаго матеріала; много описано и другихъ причинъ ненахожденія у холерныхъ больныхъ холерныхъ бактерій.—*М. Казанскій.*

отравлений, заражения людей чрезъ мясо туберкулезомъ, актиномикозомъ и трихинозомъ и другими заразными болѣзнями, необходимо изданіе закона объ устройствѣ во всѣхъ городахъ и крупныхъ селахъ—съ постояннымъ убоемъ скота—благоустроенныхъ боенъ. Въ Германіи каждое селеніе, имѣющее болѣе 5000 чел., обязано имѣть бойню съ постояннымъ ветеринарнымъ надзоромъ. 3) Крайне желательно, чтобы во всѣхъ эпидемическихъ случаяхъ холеро-подобныхъ, гастрическихъ и паратифозныхъ заболѣваній врачи имѣли въ виду возможность мясныхъ отравленій и препровождали бы остатки употребленнаго мяса въ ближайшую бактериологическую лабораторію для изслѣдованія.

При обсужденіи доклада нѣкоторые изъ членовъ съезда привели рядъ своихъ наблюденій отравленій мясомъ и разными консервами, проявлявшихся холероподобными признаками. Такъ, проф. *Высоковичъ* привелъ самонаблюденіе отравленія шпротами, происшедшаго во время холеры въ Кіевѣ. Были: поносъ, рвота и судороги, но температура тѣла не была понижена, что проф. *Высоковичъ* считаетъ характернымъ для не-холерныхъ заболѣваній, особенно если температура оказывается еще повышенной, какъ это можетъ быть при отравленіяхъ ¹⁾. Неоднократное изслѣдованіе изверженій на холерныя бактеріи всегда давало отрицательный результатъ. Прислуга проф. *Высоковича*, ѣвшая тѣже шпроты, также заболѣла и тѣми же признаками.

Д-ръ *Канскій* привелъ холероподобный случай отравленія, гдѣ бактериологическое изслѣдованіе также дало отрицательный результатъ, но температура тѣла у заболѣвшей была понижена до 35.5°. Случай относится къ прислугѣ, поѣвшей гуся на масле-ницѣ.

Д-ра *Недригайловъ* и *Таранухинъ* сообщили о холероподобныхъ случаяхъ отравленія колбасой и ветчиной, а д-ръ *Берстневъ* указалъ на встрѣчавшіеся въ Японіи холероподобные случаи, кончавшіеся даже смертью, у лицъ, имѣвшихъ дѣло съ отравленіемъ мышей разводками мышиннаго тифа.

Д-ра *П. К. Галлеръ* и *Е. Л. Гавецкій* въ своихъ докладахъ говорили объ организаціи бактериологическихъ изслѣдованій.

Во время преній по докладамъ объ организаціи бактериологическихъ изслѣдованій д-ръ *В. Н. Крыжановскій* (Уфа) предложилъ

¹⁾ Не слѣдуетъ забывать возможность совмѣстнаго заболѣванія холерой съ маляріей или брюшнымъ тифомъ и под.—*М. К.—ій*.

очень удобный способ пересылки въ лабораторіи подозрительныхъ на холеру изверженій въ цѣляхъ сохраненія въ нихъ холерныхъ бактерій, если онѣ есть тамъ: *напитывать, смачивать изверженіями кусокъ сукна* и въ банкѣ съ притертой пробкой или въ запаянной жестянкѣ переслать его въ лабораторію.

По заявленію д-ра Клодницкаго, оборудованіе бактериологической лабораторіи стоитъ 120—150 рублей (безъ микроскопа? Реф.).

Проф. Высоковичъ считаетъ желательнымъ облегчить и упростить пересылку подозрительныхъ объектовъ; нѣтъ, напр., необходимости въ притертой пробкѣ, въ особенной чисткѣ посуды, такъ какъ посылается нечистое. Изъ испражнений проф. Высоковичъ советуетъ брать осадокъ.

По поводу докладовъ, сдѣланныхъ на научной секціи Съѣзда—секціи бактериологіи, эпидемиологіи и клиники холеры, выработаны были и Областнымъ Съѣздомъ *приняты* слѣдующія положенія:

1) „Эпидеміи холеры 1902—1904 г. г. и 1907 г. по своему характеру и теченію во многомъ подрываютъ установившіеся взгляды на эпидемиологію холеры.

2) На основаніи богатаго эпидемического матеріала непреложной истиной надо считать, что благопріятныя общія санитарныя условія населенныхъ мѣстъ, достаточная экономическая и высокая степень культуры населенія—являются наиболѣе вѣрными орудіями защиты отъ холеры, и на этой истинѣ прежде всего должны строиться всѣ практическія мѣропріятія по борьбѣ съ холерой.

3) Въ качествѣ предупредительной мѣры противъ холеры чрезвычайно важно сохраненіе природной невосприимчивости населенія противъ заразныхъ болѣзней, что главнымъ образомъ достигается поднятіемъ питанія, урегулированіемъ условій труда и улучшеніемъ жилищъ и водоснабженія.

4) Для обслуживанія въ бактериологическомъ отношеніи Поволжья одной лабораторіи въ Астрахани болѣе, чѣмъ недостаточно; необходимо устроить цѣлую сеть бактериологическихъ лабораторій, войдя въ соглашеніе съ существующими уже земскими, городскими и университетскими лабораторіями Поволжья, съ включеніемъ ветеринарныхъ лабораторій, прозекторскихъ кабинетовъ и т. п.

5) Кромѣ постоянныхъ лабораторій, по мѣстнымъ условіямъ, могутъ потребоваться и передвижныя для работы въ мѣстахъ, отдаленныхъ отъ центральныхъ лабораторій.

6) Рекомендуются уѣзднымъ земствамъ и уѣзднымъ городамъ командировать одного—двухъ врачей на уже организованные и могущіе быть организованными при учрежденіяхъ, указанныхъ въ ц.

4-мъ, курсы для ознакомленія съ бактериологіей и діагностикою холеры.

7) Для быстрого, болѣе надежнаго и успѣшнаго бактериологическаго изслѣдованія заболѣваній, подозрительныхъ по холерѣ, рекомендуется посылать объекты не по почтѣ, а съ нарочнымъ.

8) Желательны періодическія бактериологическія изслѣдованія водопроводныхъ и рѣчныхъ водъ въ Поволжскихъ городахъ.

9) Бактериологическое изслѣдованіе выдѣленій подозрительныхъ по холерѣ лицъ признается чрезвычайно важнымъ и поэтому къ осуществленію его должно быть приступлено немедленно, въ особенности въ бывшихъ холерныхъ очагахъ.

10) Для приобрѣтенія искусственной невоспримчивости (къ холерѣ) въ массахъ населенія предлагаются добровольныя предохранительныя прививки (противъ холеры).

11) Польза предохранительныхъ прививокъ противъ холеры исполнѣ установлена.

12) Данные сывороточнаго лѣченія холеры еще незначительны и недостаточны, чтобы сыворотку можно было рекомендовать во всеобщее употребленіе; желательны дальнѣшія наблюденія надъ примѣненіемъ сыворотки при строго-научной постановкѣ ихъ, а также научныя изслѣдованія съ цѣлью изученія холерной сыворотки.

13) Въ виду недостаточности данныхъ о специфическомъ лѣченіи холеры сывороткой, наилучшіе результаты (при лѣченіи холеры) даютъ уходъ и клиническое пользованіе больныхъ, обставленное согласно современнымъ требованіямъ науки.

14) Въ университетахъ должны быть учреждены кафедры бактериологіи.

15) Необходимо устройство губернскими земствами для командированныхъ ими эпидемическихъ отрядовъ краткихъ курсовъ по холерѣ.

16) По поводу доклада проф. В. С. Соколовича о холерѣ въ г. Кіевѣ Областной съѣздъ обращаетъ вниманіе:

а) на безусловный вредъ попаданія въ рѣку Kloачныхъ водъ, въ которыхъ холерные вибрионы остаются жизнеспособными продолжительное время;

б) на важность для статистики и мѣропріятій противъ холеры бактериологическаго изслѣдованія изверженій какъ поступающихъ, такъ и выписывающихся изъ больницы холерныхъ больныхъ;

в) на необходимость правильнаго функціонированія постоянныхъ санитарно-больничныхъ организацій;

г) неправильное устройство въ Кіевѣ полей орошенія и неправильное ихъ содержаніе имѣло вліяніе на попаданіе холерныхъ вибрионовъ въ сточныя (проточныя? Реф.) воды съ полей орошенія.

17) Съѣздъ обращаетъ вниманіе на возможность во время холерныхъ эпидемій зараженія холерой при употребленіи сырой воды при умываніяхъ (особенно — слѣдовало бы добавить, — при полосканіяхъ во рту сырой водой), въ баняхъ и питьѣ“¹⁾.

Кромѣ общихъ собраній научной Секціи, состоялись два совѣщанія присутствовавшихъ на съѣздѣ бактериологовъ. На первомъ совѣщаніи обсуждались вопросы о значеніи предохранительныхъ прививокъ, о способахъ приготовленія вакцины, о противо-холерной сывороткѣ; второе совѣщаніе посвящено было вопросу о дезинфекціи Kloачныхъ водъ, по поводу практикуемаго Самарской губернской земской больницей способа.

Сточные воды больницы вмѣстѣ съ Kloазетными поступають сначала въ выгребъ Муанье, устроенные подь бараками, — затѣмъ по трубамъ стекають на угольно-песочные фильтры непрерывнаго дѣйствія, а отсюда по оврагу — въ Волгу, выше дѣсныхъ и парходныхъ пристаней, а также и водопроводныхъ колодцевъ, устроенныхъ на берегу Волги и заливаемыхъ во время разлива ея. Фильтры мѣняются 3—4 раза въ годъ. Только въ холерное время сточныя — Kloачныя воды больницы послѣ прохожденія ихъ черезъ угольные фильтры подвергаются въ особыхъ чанахъ обеззараживанію хлориновой известью въ разведеніи 1:500, при чемъ сточныя воды постоянно перемѣшиваются съ хлориновой известью помощію коннаго привода, оставаясь въ соприкосновеніи съ известью въ теченіе болѣе 3 часовъ. Сточныхъ водъ спускается изъ больницы ежедневно до 10.000 ведеръ. Стоимостъ обеззараживанія нечистотъ растворомъ хлориновой извести 1:500, при стоимості пуда извести 1 р. 60 коп., = 24—28 рублей въ сутки, въ годъ около 10.000 рублей; обеззараживаніе каждаго ведра нечистотъ обойдется въ годъ въ одинъ рубль.

Исслѣдованія д-ра Крылова показали, что растворы продажной хлориновой извести 1:1500 и 1:1000 и въ сутки не убиваютъ холерныхъ бактерий; убивали растворы 1:700 и 1:500 въ теченіе часа. Бактеріологическая провѣрка дѣйствія хлориновой извести на сточныя воды послѣ больничнаго фильтра, при условіяхъ практическаго примѣненія обеззараживанія въ устроенныхъ

¹⁾ Вѣроятно, имѣлось въ виду сказать: «и при питьѣ въ баняхъ.» — М. К.—ій.

въ оврагѣ чанахъ, дало д-ру Крылову слѣдующіе результаты. Взяты были три пробы (29, 31 авг. и 2 сент.): одна изъ желоба во время спуска водъ (въ оврагѣ) и двѣ—непосредственно изъ чана, послѣ 2-часового дѣйствія хлориновой извести (1:500). Одна изъ пробъ (31 авг.) показала полное отсутствіе какихъ бы то ни было бактерій; въ двухъ другихъ пробахъ, при посѣвахъ на агаръ, выросло нѣсколько колоній гниlostвой палочковидной бактеріи ¹⁾.

Члены совѣщанія рассказывали, гдѣ какой способъ примѣняется для обеззараживанія больничныхъ сточныхъ водъ. Въ Саратовѣ въ холерное время примѣнялось вышариваніе съ сжиганіемъ плотныхъ остатковъ; вслѣдствіе дороговизны этого способа перешли на обеззараживаніе паромъ; но и этотъ способъ оказался не удобнымъ вслѣдствіе дороговизны нефти. Изъ заразнаго отдѣленія сточныя воды спускаются при условіи предварительнаго обеззараживанія всего карболовой кислотой или известью. Ванны воды обеззараживаются прибавленіемъ къ нимъ сѣрной кислоты 1:2000.— Въ нѣкоторыхъ больницахъ Петербурга для обеззараживанія сточныхъ водъ примѣняется кипяченіе. Во Франціи—иногда марганцево-кислымъ калиемъ, но послѣдній способъ—очень дорогой. Относительно кипяченія Самарская земская комиссія также указываетъ на дороговизну: на первый мѣсяць до 6000 рублей, считая и оборудованіе ²⁾.—На фортѣ Александра I сточныя жидкости обеззараживаются пропусканіемъ ихъ въ большой бетонный бакъ чрезъ горячія (до 70°—80°) трубы, проходящія змѣевиномъ подъ паровикомъ ³⁾.

Проф. Высокочичъ предложилъ испытать для обеззараживанія больничныхъ сточныхъ водъ неочищенныя сѣрную или соляную кислоты, имѣющія преимущество и предъ кипяченіемъ, такъ-какъ уменьшаютъ количество органическихъ веществъ, а съ ними—и гніеніе водъ. Проф. Высоковичъ отрицательно отнесся къ известковому молоку въ виду того, что оно даетъ много осадковъ и требуется его много; къ тому же и приготовленіе известковаго молока не просто ⁴⁾.

Послѣ преній, совѣщаніе рѣшило указать на кипяченіе и обеззараживаніе хлориновой известью, какъ на способы наиболѣе

¹⁾ «Холерный Листокъ» Самарскаго Губернскаго Земства 1908 г. № 4.

²⁾ Тамъ-же № 5.

³⁾ «Дневникъ» Съѣзда, № 11.

⁴⁾ По словамъ д-ра *Вертеля*, Самарская земская комиссія не получила положительныхъ результатовъ при обеззараживаніи больничныхъ сточныхъ водъ известковымъ молокомъ въ растворѣ даже 1:100; можно добиться этимъ путемъ только просвѣтленія водъ.—«Холерный Листокъ» Самарскаго Земства 1907 г. № 5.

пѣлесообразныя, и рекомендовать испытать дезинфекцію кислотами. Относительно кипяченія указано было съ оговоркой относительно дороговизны и неудобства примѣненія этого способа. Далѣе, обеззараживаніе хлориновой известью больничныхъ сточныхъ водъ должно производиться круглый годъ или самое большее—безъ зимы. Разведеніе хлориновой извести должно быть не болѣе 1:500—1:750 и дѣйствіе ея должно продолжаться не менѣе 2—3 часовъ. Для Самарской больницы—выводную трубу провести въ стрежень Волги. Фильтры оставить, улучшивъ ихъ, такъ-какъ безъ нихъ труднѣе дѣйствовать хлориновой извести.

Совѣщаніе обсуждало и другой важный вопросъ: о вывозѣ нечистотъ въ холерное время. Обычная вывозка нечистотъ въ бочкахъ опасна, такъ-какъ разливаемые нечистоты легко могутъ служить распространителями холерной заразы по городу и потому во время холеры не настаивать на сплошной очисткѣ выгребовъ, а вывозку нечистотъ разрѣшать только послѣ основательной тѣмъ или другимъ способомъ дезинфекціи ихъ. Необходимо обеззараживать стульчаки и полы, а также и стѣны около нихъ.

Доклады по организаци предупредительныхъ мѣропріятій противъ холеры и по организаци борьбы съ холерой.

1) Проф. И. П. Скворцова: „Объ общихъ мѣрахъ борьбы съ холерой“.

2) Самарской Губерской Земской Управы: „Условія признанія мѣстностей угрожаемыми и неблагополучными по холерѣ“.

3) Ростовцева Г. И., завѣдующаго санитарнымъ Бюро Рязанскаго губернскаго земства: „Своевременная организаци противохолерныхъ мѣропріятій и объявленіе мѣстностей угрожаемыми и неблагополучными по холерѣ“.

3) Тезякова Н. И., завѣдующаго санитарнымъ Бюро Саратовскаго губернскаго земства: „О санитарныхъ попечительствахъ“.

4) Матвѣева Н. И., Саратовскаго городского санитарнаго врача: „Санитарные попечители и попечительства, ихъ польза и практическое примѣненіе“.

5) Кондорскаго И. К., Оренбургскаго городского санитарнаго врача: „Къ вопросу о санитарномъ надзорѣ въ городахъ и нѣсколько словъ объ организаци такого надзора въ г. Оренбургѣ“.

6) Е го - же: „О необходимости предоставленія городскимъ санитарнымъ врачамъ правъ санитарныхъ попечителей согласно 113 ст. городского положенія“.

7) Алмазова В. И., врача, и. д. Саратовскаго городского Головы: „Къ вопросу объ организаціи борьбы съ холерной эпидеміей въ Поволжскихъ городахъ“.

8) Иванова Н. И., Нижегородскаго санитарнаго врача: „Краткій очеркъ холерныхъ эпидемій въ Нижнемъ-Новгородѣ въ 1892—1894 г. г. и 1907 г.“.

9) Е го - же: „Къ вопросу о водоснабженіи питьевой водой приволжскихъ городовъ“.

10) Д-ра Алмазова В. И.: „Къ вопросу объ озонированіи воды“.

11) Утгофа Р. Л., Самарскаго инженера: „Водостоки г. Самары. Проектъ (канализаціи) инженера В. Г. Линдлея“.

12) Канскаго Е. I., Самарскаго врачебнаго Инспектора: „Къ вопросу о загрязненіи почвы и проточныхъ водъ городомъ Самарой и о способѣ его устраненія“.

13) Самарской Губернской Земской Управы: „Планъ мѣропріятій по борьбѣ съ холерой въ 1908 г.“.

14) Тезякова Н. И.: „Объ условіяхъ борьбы съ холерой въ 1907 г. въ Саратовской губерніи“.

15) Е го - же: „Планъ мѣропріятій въ 1908 г., принятый Саратовскимъ Губернскимъ Земствомъ“.

16) Полтева А. Н., члена Тверской губернской земской управы: „Мѣры борьбы съ ожидаемой въ 1908 г. холерой, выработанныя и утвержденныя Тверскимъ Губернскимъ Земствомъ“.

17) Лоцилова П. А., Костромскаго губернскаго санитарнаго врача: „Краткій очеркъ холерной эпидеміи и борьба съ нею въ 1907 г. въ Костромской губерніи“.

18) Надпорожскаго И. П., помощника Астраханскаго врачебнаго Инспектора: „Мѣропріятія противъ ожидаемой холерной эпидеміи въ Астраханской губерніи въ 1908 г.“.

19) Десятова А. А., Старшаго санитарнаго врача Казанскаго Округа путей сообщенія: „Противохолерныя мѣры на водныхъ путяхъ и эпидемія 1907 г.“.

20) Благовидова И. А., Ярославскаго врачебнаго Инспектора: „Недостаточность предупредительныхъ мѣръ противъ холеры со стороны Казанскаго Округа путей сообщенія въ прош-

люю навигацію и необходимость для борьбы съ холерою полного соглашения всѣхъ вѣдомствъ между собою“.

21) Вигуры А. Ф., Саратовскаго врачебнаго Инспектора: „Мѣропріятія по желѣзно-дорожнымъ и воднымъ путямъ, вызывавшія возраженія со стороны санитарно-исполнительныхъ комиссій городскихъ и земскихъ управленій“.

22) Самарской Губернской Земской Управы: „Недостатки предупредительныхъ мѣръ на сухопутныхъ и водныхъ путяхъ сообщенія“.

23) Земблинова В. П., Старшаго врача Сызрано-Вяземской жел. дороги: „Изъ опыта по проведенію мѣръ борьбы съ холерою на Сызрано-Вяземской жел. дорогѣ въ 1907 г.“

24) Пилкина В. П., завѣдующаго передвиженіемъ переселенцевъ въ предѣлахъ Европейской Россіи: „О мѣрахъ борьбы съ холерою эпидеміей въ районѣ передвиженія переселенцевъ“.

25) Воскресенскаго П. П., Старшаго врача Ярославской Большой Мануфактуры: „О мѣрахъ борьбы съ холерою на Ярославской Большой Мануфактурѣ въ 1908 г.“

26) Пэтэна А. О., врача Арженской суконной фабрики: „Къ вопросу объ организаціи борьбы съ холерою на фабрикахъ и заводахъ“.

27) Полюковскаго С. П., санитарнаго врача г. Иваново-Вознесенска: „Къ вопросу о взаимныхъ отношеніяхъ городовъ, земствъ и другихъ учрежденій во время холеры“.

28) Матвѣева И. Н.: „Выясненіе условий, благопріятствующихъ распространенію эпидеміи“.

29) Зиньковскаго Т. К., предсѣдателя Камышинской земской управы: „По вопросу о средствахъ на борьбу съ холерою“.

30) Самарской Губернской Земской Управы: „Прегражденіе и отсрочка начала учебныхъ занятій во время эпидеміи“.

31) Шмурло И. Ю. (Самара): „О времени прекращенія лѣтнихъ занятій въ учебныхъ заведеніяхъ Поволжскаго района въ связи съ холерными эпидеміями“.

32) Никитина И. Д., и. д. Старшаго врача Самарской губернской земской больницы: „Объ изоляціи и эвакуаціи“.

33) Кутлубаева И. М., Казанскаго „думскаго“ врача: „Религіозно-бытовья воззрѣнія мусульманъ на холеру и спеціальныя мѣры борьбы съ нею среди магометанъ“.

Проф. Скворцовъ въ своемъ докладѣ: „Объ общихъ мѣрахъ борьбы съ холерой“ выставилъ слѣдующія положенія:

1. Такія экзотическія, наклонны къ быстрому повальному распространенію въ массѣ населенія, болѣзни, какъ холера и чума, должны быть причислены къ тѣмъ стихійнымъ народнымъ бѣдствіямъ, борьба съ которыми прежде и больше всего лежитъ на обязанности государства, а не отдѣльныхъ мѣстныхъ учреждений, блюдущихъ обычные текущіе интересы населенія.

2. Опытъ всѣхъ прежнихъ эпидемій, не исключая и эпидеміи прошлаго 1907 года, показываетъ, что отсутствіе у насъ постоянной санитарной государственной организаціи, особенно вѣдающей границы государства и пути сообщенія (преим. судоходныя рѣки и желѣзныя дороги), обуславливаетъ особенно легкіе заносъ заразы и разность ея внутри страны.

3. По образцу международной охраны отъ заноса холеры и чумы черезъ Суэцкій каналъ, у насъ въ первой линіи слѣдуетъ ввести постоянную врачебно-наблюдательную организацію въ Закаспійской области, по Каспійскому морю и въ Закавказьи, особенно по границѣ съ Персіей. Пунктами такой организаціи могутъ быть Асхабадъ, Красноводскъ, Узунъ-Ада, Ленкорань, Баку и Астрахань (собств. 9-футовый рейдъ).

4. Во второй линіи постоянная врачебно-наблюдательная организація должна обнимать Волгу до Нижняго и всѣ желѣзнодорожные пути, ведущіе изъ Средней Азіи и Закавказья, т. е. Оренбургско-Ташкентскую, Закаспійскую, Закавказскую и Баку-Ростовскую желѣзныя дороги (только при одномъ опасеніи—на нихъ должны циркулировать санитарные вагоны).

5. Въ третьей линіи особеннаго вниманія заслуживаютъ и потому требуютъ особой врачебно-наблюдательной организаціи всѣ желѣзнодорожные пути, ведущіе отъ Волги (до Нижняго) вглубь страны, какъ на Западъ, такъ и на Востокъ. Въ эту группу врачебнаго наблюденія должны быть включены Азовское море (главная станція Керчь) и Донъ.

6. При первомъ появленіи холеры въ предѣлахъ государства на всѣхъ судоходныхъ рѣкахъ (кроме Волги и Дона, особенно на Камѣ Окѣ, Днѣпрѣ) и на всѣхъ желѣзныхъ дорогахъ должны быть заблаговременно приняты всѣ мѣры для предупрежденія заноса заразы вглубь страны и за предѣлы линій пути.

7. Специально по отношенію къ желѣзнымъ дорогамъ необходимо, чтобъ не только на бумагѣ или по правиламъ, но и на дѣлѣ:

а) на дорогахъ всегда были на готовѣ не только санитарные вагоны, но въ извѣстныхъ мѣстахъ и свои приѣмные покои, открывающіеся заблаговременно, а не тогда, когда болѣзнь уже обнаружится на мѣстѣ,

б) врачебный персоналъ (усиленный) строго слѣдилъ за здоровьемъ проѣзжающихъ при одной угрозѣ появленія холеры,

в) всякій больной или подозрительный по холерѣ былъ отправляемъ съ полосы отчужденія лишь въ специальные холерные приѣмные покои, бараки или отдѣленія, а не во всѣ встрѣчныя лечебныя заведенія какого бы то ни было рода, и

г) вообще желѣзнодорожныя управленія—казенныя и частныя—принимали всѣ возможныя мѣры къ предупрежденію заноса заразы туда, куда она еще не проникла, изолируя больныхъ, подавая имъ врачебную помощь и уничтожая заразу.

8. Подобныя же требованія необходимо предъявлять и по отношенію къ судоходнымъ рѣкамъ (санитарные вагоны замѣняются санитарными каютами на каждомъ пассажирскомъ пароходѣ), причемъ необходимо:

а) принимать и высаживать пассажировъ въ сколько-нибудь угрожаемое время лишь на извѣстныхъ опредѣленныхъ пристаняхъ, гдѣ имѣется надзоръ, и ни въ какомъ случаѣ не допускать посадки или высадки пассажировъ на лодкахъ,

б) на городскихъ пристаняхъ врачебный надзоръ долженъ быть устраиваемъ по соглашенію съ мѣстными Городскими Управленіями и при ихъ содѣйствіи.

9. Кромѣ указанныхъ общихъ путей, особому врачебному наблюденію подлежатъ пути передвиженія рабочихъ и богомольцевъ съ обязательнымъ устройствомъ на извѣстныхъ мѣстахъ врачебно-наблюдательныхъ и продовольственныхъ пунктовъ.

10. Военскія команды, арестантскія партіи должны направляться по заранѣе опредѣленному маршруту въ сопровожденіи лицъ медицинскаго надзора, причемъ попутныя мѣстныя учрежденія должны быть заблаговременно извѣщаемы о времени прибытія и о продолжительности пребыванія.

Въ заключеніе проф. Скворцовъ предложилъ выработать органической санитарный статутъ для всей Россійской Имперіи и проэктъ санитарнаго закона представить въ Государственную Думу.

Проф. Подвысоцкій, сообщивъ, что въ Медицинскомъ Совѣтѣ вырабатывается проэктъ общаго для Имперіи санитарнаго закона, замѣ-

тилъ, что дѣло это—не близкаго будущаго, между тѣмъ Съезду необходимо немедленно обсудить практическія мѣрпріятія противъ холеры.

По предложенію д-ра Г р а н а, по докладу проф. Скворцова избрана комиссія въ составѣ, кромѣ докладчика, 17 земскихъ и городскихъ врачей, 3 желѣзнодорожныхъ, 1 воднопутейскаго, 1 фабричнаго, 4 губернскихъ врачебныхъ инспекторовъ и 3 земскихъ и городскихъ представителей и завѣдующаго дѣломъ народнаго здравія въ управленіи по дѣламъ мѣстнаго хозяйства.

Съѣздъ принялъ слѣдующее постановленіе Комиссіи:

„Заслушавъ предложеніе проф. И. П. Скворцова о необходимости скорѣйшей выработки органическаго санитарнаго статута, Съездъ пришелъ къ заключенію, что во всякое время санитарное состояніе Россіи находится въ тѣснѣйшей связи и зависимости, прежде всего, отъ общаго соціально-общественнаго, культурнаго и экономическаго положенія ея и въ особенности отъ степени самодѣятельности широкихъ слоевъ населенія. Съ этой точки зрѣнія успѣхи санитарнаго дѣла ближайшимъ образомъ зависятъ отъ измѣненія Земскаго и Городоваго Положеній въ смыслѣ привлеченія къ самоуправленію широкихъ слоевъ населенія.

Исходя изъ этого, Областной Съездъ полагаетъ, что выработка Санитарнаго Статута, сама по себѣ, при настоящемъ соціально-экономическомъ, правовомъ и культурномъ уровнѣ населенія, еще не можетъ способствовать широкому развитію санитарнаго дѣла въ странѣ и такой статутъ могъ-бы имѣть даже тормозящее вліяніе, по скольку онъ ограничивалъ-бы свободу самоопредѣленія мѣстныхъ общественныхъ органовъ“.

Остальныя положенія проф. Скворцова, какъ общія съ положеніями другихъ докладчиковъ, Комиссія признала подлежащими обсужденію секціи при соответствующихъ докладахъ.

По докладамъ д-ровъ Тезякова, Матвѣева и Кондорскаго о санитарныхъ попечительствахъ Съездомъ приняты слѣдующія положенія: а) изъ доклада д-ра Матвѣева:

„1. Пониженная жизнеспособность населенія съ громадной смертностью, не прекращающаяся эпидеміи всевозможныхъ заразныхъ болѣзней и тяжелыя санитарныя условія рабочаго люда (Поволжья) обязываютъ земскія и городскія общественныя управления немедленно вызвать къ жизни санитарныя попечительства, какъ постоянное и обязательное дополненіе къ существующимъ обще-

ственнымъ организаціямъ, съ цѣлью сознательнаго отношенія къ санитаріи и подъема въ массахъ самозащиты съ точки зрѣнія общественной гигиены.

2. Безъ организаціи постоянныхъ попечительствъ, другими словами, безъ тѣснаго единенія общественныхъ управленій съ населеніемъ немислимо точное знаніе дѣйствительныхъ нуждъ и пользы ихъ. Въ частности, безъ созданія этого института не мыслимо знаніе условій жизни и работы трудящагося люда, не мыслима борьба съ нищетой и безработицей не мыслимо сознательное отношеніе населенія къ борьбѣ съ эпидеміей, не мыслимъ санитарный надзоръ за текущей жизнью. Короче сказать, безъ санитарныхъ попечительствъ не мыслимъ прогрессъ даннаго населенія въ санитарномъ отношеніи“.

б) изъ доклада Н. И. Тезякова:

„1. Санитарныя попечительства, организуемыя какъ по медицинскимъ участкамъ, такъ и отдѣльнымъ селеніямъ, при непремѣнномъ участіи въ нихъ общественныхъ врачей, являются наиболѣе желательною формою привлеченія населенія къ сознательному участию въ противо-холерныхъ мѣропріятіяхъ.

2. Выходя изъ этого основного положенія Съѣздъ признаетъ, что санитарныя попечительства не должны быть учрежденіями только терпимыми, но для организаціи ихъ долженъ быть общественнымъ учрежденіемъ — городамъ и земствамъ — предоставленъ широкій просторъ. Въ этихъ цѣляхъ, не ожидая общей очередной реформы городскихъ и земскихъ учреждений, должно быть законодательнымъ порядкомъ безотлагательно предоставлено названнымъ учрежденіямъ право организаціи санитарныхъ попечительствъ съ привлеченіемъ въ нихъ не только лицъ, имѣющихъ право участія въ земскихъ и городскихъ выборахъ, но и всѣхъ другихъ, могущихъ своими знаніями и вообще интеллигентностью быть полезными въ борьбѣ съ холерой эпидеміей.

3. Въ правилахъ для санитарно-исполнительныхъ комиссій 19 августа 1903 года § 8, какъ не отвѣчающій жизненнымъ требованіямъ, долженъ быть отмѣненъ и замѣненъ такимъ, гдѣ бы признавалась необходимость объединенія дѣятельности санитарныхъ попечителей въ санитарныхъ попечительствахъ, съ участіемъ въ нихъ общественныхъ врачей, какъ руководителей.

4. Изъ средствъ, ассигнуемыхъ Правительствомъ и общественными учрежденіями на противохолерныя мѣропріятія, должны быть отчислены суммы въ распоряженіе такихъ санитарныхъ попечительствъ на ихъ благотворительную дѣятельность, какъ то: устройство столовыхъ, чайныхъ, бесплатныхъ пріютовъ и проч.“

Оригинальной и интересной представлена была д-ромъ Кондорскимъ организація и дѣятельность санитарныхъ попечительствъ въ г. Оренбургѣ. Къ санитарной дѣятельности попечительствъ присоединена была дѣятельность благотворительная въ самомъ широкомъ значеніи его слова, и работа пошла хорошо, непрерывно и плодотворно; населеніе стало относиться къ дѣятельности попечительствъ съ полнымъ сочувствіемъ, а къ попечителямъ—съ уваженіемъ, встрѣчая ихъ какъ друзей и охотно выслушивая ихъ совѣты. Попечительства организованы были на демократическихъ началахъ: въ составъ попечительствъ входили отъ генераловъ, инженеровъ, врачей до неграмотныхъ рабочихъ и чернорабочихъ включительно; изъ своей среды сами члены избирали председателя и членовъ правленія попечительства; участковыя попечительства объединяются въ общемъ собраніи всѣхъ членовъ попечительствъ. Средства собираются сборами пожертвованій, устройствомъ лотерей-аллегри, вечеровъ, спектаклей, лекцій и т. д., и лишь небольшая часть—субсидіями отъ города и другихъ учреждений. За 10 мѣсяцевъ дѣятельности попечительствъ въ Оренбургѣ бюджетъ ихъ равнялся 31.323 рубл. Благодаря такимъ большимъ средствамъ, дѣятельность попечительствъ была широкая и „захватывающая“: осушалась бѣднѣйшая низменная часть города, съ устройствомъ мощеныхъ канавъ и мостовъ, засыпкой котловинъ.—устройство колдцевъ, установленіе мѣсть свалокъ снѣга, навоза и мусора, устройство .бесплатныхъ или дешевыхъ чайныхъ — столовыхъ, организація складовъ одежды, обуви и бѣлья для бѣднѣйшихъ и особенно учащихся, устроенъ дневной дѣтскій пріютъ на 100 чел., организованъ фондъ мелкаго кредита для выдачи безпроцентныхъ ссудъ въ разсрочку; организованы народныя чтенія и главнымъ образомъ по медицинѣ и гигиенѣ; работаютъ 3 коммисіи: 1) по борьбѣ съ алкоголизмомъ, 2) по улучшенію въ городѣ организаціи призрѣнія подкидышей и 3) по устройству въ Оренбургской губерніи общественной кумысолѣчебницы,—и др.

Вся „эта работа, говоритъ докладчикъ, не связана со временемъ появленія эпидемій, она совершается „постоянно и неустанно“; а во время холеры эта готовая организація дастъ готовый кадръ агентовъ санитарнаго надзора и помощниковъ врачей, при чемъ кадръ этихъ санитарныхъ попечителей уже успѣлъ завоевать довѣріе населенія, успѣлъ на дѣлѣ показать себя другомъ бѣднаго населенія, почему и во время холеры онъ встрѣтитъ въ семьѣ больного сочувствіе и довѣріе, какъ другъ, какъ помощникъ въ горѣ.

Д-ръ З а й ц е в ъ (Тверь), назвавъ Оренбургъ съ его санитарными попечительствами, такъ блестяще поставленными, счастливой Ар-

кадией, сообщилъ о плохихъ успѣхахъ дѣятельности этихъ попечительствъ въ Тверской губерніи за 15 лѣтъ ихъ существованія, и вообще предостерегалъ увлекаться попечительствами.

Большинство, однако, говорившихъ высказывалось за санитарныя попечительства, успѣшная дѣятельность которыхъ была бы внѣ всякаго сомнѣнія, если бы не ставились тормазы этимъ попечительствамъ (Тезяковъ), а д-ръ Гранъ замѣтилъ, что если бы городское и земское положенія построены были на демократическихъ началахъ, то не было бы острой нужды въ санитарныхъ попечительствахъ.

Д-ръ Кондорскій подчеркиваетъ и настаиваетъ, что для успѣха попечительствъ необходимо въ задачи ихъ включать и благотворительныя дѣла, чтобы т. о. дѣятельность попечительствъ была постоянная.

По обсужденіи вопроса о санитарныхъ попечительствахъ, *Областной Сѣздъ*, кромѣ вышеуказанныхъ постановленій, призналъ, что „попечительства лишь тогда могутъ быть продуктивными въ своей дѣятельности, когда они: 1) будутъ состоятъ изъ членовъ, выбранныхъ изъ широкихъ круговъ населенія, или лицъ, добровольно готовыхъ принять участіе въ дѣятельности попечительствъ; 2) когда попечительства будутъ построены на строгихъ коллегіальныхъ началахъ; 3) когда попечительства будутъ въ тѣсной органической связи съ общественными учрежденіями и существующими врачебно-санитарными организаціями, при наличности коихъ дѣятельность попечительствъ можетъ быть лишь успѣшна; 4) при объединеніи отдѣльныхъ попечительствъ между собою“.

Въ особомъ докладѣ: „О необходимости предоставленія городскимъ санитарнымъ врачамъ правъ санитарныхъ попечителей согласно 113 ст. *Город. полож.*“ д-ръ Кондорскій указываетъ на тяжелое, странное и прямо «безсмысленное» положеніе городского санитарнаго врача, когда у него меньше правъ, чѣмъ у околоточнаго и санитарнаго попечителя, и когда онъ — санитарный врачъ, „ходя съ околоточнымъ по торгово-промышленнымъ заведеніямъ, является лицомъ зависимымъ отъ околоточнаго“, между тѣмъ «общество всѣ упреки за санитарныя недочеты сваливаетъ на санитарнаго врача». По мнѣнію докладчика, необходимо вывести санитарнаго врача изъ его ненормальнаго положенія: или признать, что медико-полицейскія обязанности не могутъ возлагаться на городскихъ санитарныхъ врачей, или, если онѣ могутъ возлагаться, то возбудить въ подлежащемъ порядкѣ ходатай-

ство о предоставленіи санитарнымъ врачамъ закономъ правъ составлять протоколы за нарушение закона и обязательныхъ постановленій и преслѣдовать виновныхъ по суду, выступая въ судѣ въ качествѣ обвинителя.

Въ преніяхъ по поводу этого доклада многіе члены возражали противъ хотя-бы и медико-полицейской роли врача; но съ другой стороны приведено было много примѣровъ, гдѣ ни что другое, кромѣ медико-полицейскихъ протоколовъ, не дѣйствовало на нарушителей санитарныхъ правилъ; особенно это относится къ богатымъ, которые часто не поддаются никакимъ убѣжденіямъ и отъ которыхъ и сами полицейскіе нерѣдко находятся въ зависимости.

Хотя большинство членовъ Съезда склонялось къ рѣшенію вопроса въ томъ смыслѣ, что-бы санитарнымъ врачамъ предоставлены были права санитарныхъ попечителей, имѣя лишь въ виду, что увлекаться медико-полицейской дѣятельностью санитарному врачу не слѣдуетъ, но при баллотировкѣ положеній докладчика большинствомъ приняты были оба положенія, не смотря на то, что они взаимно исключаютъ другъ друга; и по тому-то, вѣроятно, въ резолюціи Съезда ни то, ни другое положеніе не вошло.

Въ своихъ докладахъ о современной организаціи противо-холерныхъ мѣропріятій и объ условіяхъ объявленія мѣстностей угрожаемости и неблагополучными по холерѣ

а) Самарская Губернская земская Управа указываетъ на необходимость того, что-бы объявленіе мѣстностей неблагополучными или угрожаемыми находилось въ полномъ соотвѣтствіи съ дѣйствительностью, и чтобы губернскимъ санитарно-исполнительнымъ комиссіямъ въ районѣ угрожаемыхъ губерній предоставлено было право объявлять отдѣльныя мѣстности неблагополучными по холерѣ, при необходимости въ томъ по чисто-мѣстнымъ условіямъ.

б) Докторъ Г. И. Ростовцевъ предлагаетъ Съезду высказаться такимъ образомъ: „Основываясь на практикѣ примѣненія правилъ 1903 г. по борьбѣ съ холерой осенью прошлаго года, съездъ приходитъ къ заключенію, что основанія, положенныя ими относительно объявленія мѣстностей угрожаемыми и неблагополучными по холерѣ, имѣютъ чисто формальное, запоздалое, по сравненію съ дѣйствительностью и неблагополучіемъ по холерѣ, значеніе. Въ виду-же того, что этимъ формализмомъ проникнута вся конструкція правилъ, Съездъ, въ интересахъ дѣла защиты населенія отъ развитія холерной эпидеміи, считаетъ необходимымъ немедленно отмѣну правилъ 1903 г. борьбы съ холерою“.

Докладами о санитарных попечительствах и особенно об условиях признания мѣстностей угрожаемыми и неблагополучными по холерѣ возбужденъ былъ жгучій вопросъ о *санитарно-исполнительныхъ комиссіяхъ*.

Вопросъ переданъ былъ на предварительное разсмотрѣніе въ комиссію, въ работахъ которой принялъ живое участіе Главный врачебный Инспекторъ Л. К. Малиновскій, ознакомившій комиссію съ положеніемъ дѣла. Это положеніе характеризовалось такъ, что Министерство сознаетъ несовершенство правилъ 11 и 19 августа 1903 г., но отмѣна Высочайше утвержденныхъ правилъ 11 августа возможна только законодательнымъ путемъ. Такъ-какъ путь этотъ—сложный и длинный, то желательно войти въ детальное разсмотрѣніе правилъ 19 августа, исправить ихъ, и въ этомъ отношеніи Высочайше утвержденная противочумная комиссія охотно прислушается къ указаніямъ Съѣзда ¹⁾.

Съѣздъ, выслушавъ и обсудивъ заключенія комиссіи, принялъ ихъ и внесъ ихъ въ свои *резолуціи* въ слѣдующемъ видѣ:

„Областной Съѣздъ, принявъ во вниманіе, что Санитарно-исполнительныя Комиссіи не могутъ и не должны имѣть ни распорядительнаго, ни—съ другой стороны—исполнительнаго значенія, привялъ слѣдующую редакцію § 1-го Правилъ для санитарно-исполнительныхъ Комиссій:

§ 1. *На Санитарно-исполнительныя Комиссіи, (согласно §§ 3, 4 и 7 Высочайше утвержденныхъ 11 августа 1903 года «Правилъ о принятіи мѣръ къ прекращенію холеры и чумы при появленіи ихъ внутри Имперіи»), возлагается объединеніе мѣръ къ предупрежденію и борьбѣ съ холерою и чумою, вырабатываемыхъ общественными учреждениями (земствами и городами) на основаніи Земскаго и Городоваго Положеній, желѣзно-дорожными, округами водныхъ путей сообщенія и другими учреждениями.*

Согласно съ этимъ и § 2-й постановлено изложить такъ:

§ 2. Губернская Санитарно-Исполнительная Комиссія *объединяетъ общія по губерніи мѣропріятія по предупрежденію и борьбѣ съ холерою и чумою и дѣлаетъ постановленія по дѣламъ, кои согласно Высочайше утвержденнымъ «Правиламъ о мѣрахъ предупрежденія и борьбѣ съ холерою и чумою» разрѣшаются ея властью.*

¹⁾ См. статью о Съѣздѣ въ «Медицинскомъ Обзорѣніи» 1908 г. № 5.

Къ первымъ двумъ §§ выражено пожеланіе:

«Признавая однако, что и при указанныхъ измѣненіяхъ этихъ двухъ параграфовъ не устраняются противорѣчія между ними «съ одной стороны, и остающимися еще въ силѣ» Правилами 11 августа 1903 года съ другой, и въ особенности—требованіями жизни и практики, а во вторыхъ, что они могутъ ставить въ затруднительное положеніе исполнительные общественные органы, вынужденные приводить въ исполненіе рѣшенія этихъ Коммиссій, противорѣчащія постановленіямъ Земскаго Собранія или Городской Думы, Областной Съѣздъ находитъ желательнымъ, чтобы всѣ мѣропріятія по предупрежденію и борьбѣ съ холерой и чумою были возложены на Губернскія общественныя по борьбѣ съ холерой Коммиссіи».

§ 3. Принять въ слѣдующемъ видѣ: Губернская Санитарно-Исполнительная Коммиссія рассматриваетъ постановленія уѣздныхъ и городскихъ санитарно-исполнительныхъ коммиссій и отмѣняетъ постановленія, несогласныя съ законами и дѣйствующими правилами или противорѣчащія установленному ею, въ развитіе правилъ, общему плану.

Постановленія губернскихъ санитарно-исполнительныхъ коммиссій представляются въ копіяхъ Министру Внутреннихъ Дѣлъ, а въ мѣстностяхъ, подвѣдомственныхъ Военному Министерству, сверхъ того—и Военному Министру.

§ 4. На уѣздныхъ и городскихъ санитарно-исполнительныхъ Коммиссіяхъ лежитъ наблюденіе за исполненіемъ плана мѣропріятій противъ холеры и чумы, принятаго Губернской санитарно-исполнительной Коммиссіей; приведеніе же въ исполненіе и выработка способовъ осуществленія возлагается на мѣстные общественные и другіе исполнительные органы по принадлежности.

Ходатайства уѣздныхъ и городскихъ коммиссій объ усиленіи личнаго состава медицинскаго персонала, объ отпускѣ кредитовъ на расходы, не могушіе быть покрыты изъ мѣстныхъ источниковъ, а равно объ установленіи какихъ-либо особыхъ мѣръ, не предусмотрѣнныхъ дѣйствующими правилами, представляются ими въ губернскую санитарно-исполнительную коммиссію; мѣропріятія, не терпящія отлагательства, приводятся въ исполненіе непосредственно, согласно § 8 Высочайше утвержденныхъ правилъ.

Уѣздныя и городскія санитарно-исполнительныя коммиссіи обязаны представлять Губернской Коммиссіи копію всѣхъ своихъ постановленій, имѣющихъ предметомъ мѣропріятія противъ холеры и чумы.

По поводу порядка образованія самостоятельныхъ городскихъ комиссій признано пожеланіе:

«Для устраненія возможности хотя бы рѣдкихъ случаевъ разногласія въ дѣйствіяхъ уѣздныхъ санитарно-исполнительныхъ комиссій съ городами, имѣющими населенія менѣе 20 тысячъ, каковымъ городамъ Губернаторами не можетъ быть предоставлено право имѣть самостоятельныя комиссії, Областной Съѣздъ призналъ желательнымъ допускать образованіе самостоятельныхъ городскихъ Коммиссій, однако не иначе, какъ съ согласія Губернской санитарно-исполнительной Коммиссіи по представленіи Городскими управленіями ихъ подробныхъ плановъ борьбы съ холерой или чумой.

Параграфу 5-му придана слѣдующая редакція:

§ 5. Уѣздныя и городскія Санитарно-Исполнительныя Коммиссіи, независимо отъ экстренныхъ донесеній о появленіи холеры или чумы, еженедѣльно по телеграфу представляютъ Губернатору свѣдѣнія о ходѣ эпидеміи.

Представленіе донесеній также и въ Министерство Внутреннихъ Дѣлъ Коммиссія признала излишней, такъ какъ это исполняется самими Губернаторами».

„Хотя послѣдующіе §§ опредѣляютъ планъ мѣропріятій, подлежащій выработкѣ вышеуказанными органами, и не подлежали бы, въ сущности, обсужденію Областного Съѣзда, тѣмъ не менѣе, въ виду невозможности скорого проведенія въ жизнь постановленій и пожеланій Областного Съѣзда, онъ считаетъ важнымъ указать на необходимость устраненія или измѣненія тѣхъ параграфовъ, которые создаютъ крупныя тормазы въ осуществленіи мѣропріятій борьбы съ холерой и чумой, оставивъ безъ пересмотра остальные параграфы, по своему направленію и духу подлежащіе не редакціоннымъ исправленіямъ, а коренной передѣлкѣ, согласно состоявшимся постановленіямъ настоящаго Областного и предыдущихъ врачебныхъ Съѣздовъ съ представителями общественныхъ учрежденій“.

«Прежде чѣмъ приступить къ пересмотру отдѣльныхъ §§, Областной Съѣздъ остановился своимъ вниманіемъ на порядкѣ объявленія мѣстностей угрожаемыми и неблагополучными по холерѣ и чумѣ и на принципиальномъ различіи этихъ понятій.

Признавая научно необоснованнымъ и практически неопредѣленно-очерченнымъ понятіе угрожаемости, Областной Съѣздъ нашель, однако

необходимымъ временно не отвергать его, такъ-какъ для цѣлаго ряда учреждений только объявленіе мѣстности угрожаемой является стимуломъ проявленія дѣятельности, хотя для общественныхъ учреждений въ большинствѣ случаевъ оно не только излишне, но и сопряжено съ массой ограничительныхъ воздѣйствій со стороны администраціи, приобретающей чрезвычайныя полномочія».

„Что же касается самаго порядка объявленія мѣстностей угрожаемыми, то Областной Съездъ призналъ необходимымъ, чтобы Противочумная Комmissія объявляла мѣстности угрожаемыми въ согласіи съ мѣстными общественными (земскими и городскими) управленіями.

Что касается желѣзнодорожнаго и внутренняго по воднымъ путямъ сообщенія, то Областной Съездъ призналъ желательнымъ, чтобы Противочумная Комmissія объявляла водные пути и желѣзные дороги угрожаемыми на всемъ ихъ протяженіи немедленно по появленіи подозрительныхъ заболѣваній въ какомъ-либо пунктѣ въ районѣ ихъ прохожденія.

§§ 8, 9 и 10, касающіеся организаціи правъ и предѣловъ компетенціи санитарнаго надзора изъ представителей самого населенія, Областной Съездъ призналъ необходимымъ согласовать съ принятыми раньше принципіальными постановленіями Съезда по докладамъ о санитарныхъ попечительствахъ.

§§ 14 и 15, какъ вошедшіе въ сферу международной конвенціи, признано необходимымъ оставить безъ измѣненій, хотя приведеніе въ дѣйствіе требованій § 14 Областной Съездъ находитъ чрезвычайно затруднительнымъ“.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Милостивый Государь

Господинъ Редакторъ!

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ не отказать напечатать въ Вашемъ изданіи „Основныя положенія проекта устава“ Всероссийскаго Общества Врачей въ память Н. И. Пирогова *) и слѣдующее обращеніе къ врачебнымъ обществамъ и отдѣльнымъ врачамъ: „X-й Пироговскій Съѣздъ врачей избралъ комиссію изъ 12 лицъ, которая совмѣстно съ Правленіемъ Пироговскаго Общества должна пересмотрѣть уставъ Пироговскаго Общества и выработать проектъ устава Пироговскаго всероссійскаго Союза врачей. Проектъ этотъ долженъ быть разосланъ во всѣ медицинскія общества, санитарно-врачебныя коллегіальныя учрежденія и опубликованъ въ медицинской прессѣ, а затѣмъ, по исправленіи согласно сдѣланнымъ на него замѣчаніямъ, — внесенъ на утвержденіе Пироговскаго Съѣзда. Въ апрѣлѣ настоящаго года это порученіе Съѣзда было выполнено, выработаны и разосланы во всѣ медицинскія общества и санитарно-врачебныя коллегіальныя учрежденія основныя положенія проекта устава. Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ всѣ медицинскія общества, учрежденія и отдѣльныхъ врачей присылать не позже 1-го февраля 1909 года свои замѣчанія на печатаемыя здѣсь основныя положенія этого проекта устава.“

Правленіе.

*) Основныя положенія проекта устава «Всероссійскаго Общества Врачей въ память Н. И. Пирогова» были напечатаны въ третьей книгѣ «Казанскаго Медицинскаго Журнала» за текущій годъ. См. стр. 296. *Ред.*

ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

1-го Марта 1908 года.

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

Присутствовали—Орловскій, Заболотновъ, Владиміровъ, Кузнецовъ, Казанскій, Горяевъ, Идельсонъ, Рождественскій, Копыловъ, Стежинскій, Островскій, Опокинъ, Панъ, Чебоксаровъ, Троицкій.

1. Прочтенъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2. Дѣйств. членъ *И. С. Рождественскій*: О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки (съ демонстраціей больного).

П Р Е Н І Я.

З а б о л о т н о в ъ. Затронутый Вами вопросъ представляетъ несомнѣнный интересъ. Въ смыслѣ своего теченія лимфосаркомы даютъ интересныя особенности. Такъ, иногда лимфосаркому трудно отличить отъ псевдолейкеміи. Что касается указываемой Вами рѣдкости эндотелиомы, то это происходитъ отъ различія взглядовъ на эндотелиому: одни считаютъ ее за самостоятельное новообразованіе, а другіе за раковое. Относительно метастазовъ при лимфосаркомѣ нужно отмѣтить, что они встрѣчаются тамъ, гдѣ есть ткань лимфоидная. Иногда лимфосаркомы осложняются такими явленіями, какія встрѣчаются

при лейкеміи, т. е. при нихъ бываетъ увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ Вашемъ, однако, случаѣ этого увеличенія нѣтъ. Строеніе демонстрируемой Вами опухоли не внушаетъ сомнѣнія, что здѣсь лимфосаркома. Интересно отмѣтить здѣсь присутствіе гигантскихъ клѣтокъ. При вскрытіи мы обыкновенно встрѣчаемъ лимфосаркомы распространившимися и на слизистыя оболочки и на лимфатическія железы. Достойнымъ вниманія является та сонливость, которая наблюдается у подобныхъ больныхъ. Быть можетъ, это происходитъ вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ головномъ мозгу, благодаря сдавленію сосудовъ растущею опухолью.—Что касается этиологіи этихъ новообразованій, то, конечно, она темна. Интересно, что возрастъ между 35—50 годами располагаетъ къ опухолямъ подобнаго рода. Нельзя оставить безъ вниманія тотъ фактъ, что иногда нѣкоторые случаи лимфосаркомъ текутъ благопріятно, что зависитъ б. м. отъ преобладанія въ опухоли основной ткани, когда опухоль представляется какъ бы созрѣвшей.

Идельсонъ. Я жалѣю, что докладчикъ не упоминаетъ объ опухоляхъ въ школьномъ возрастѣ, напр. объ аденоидахъ; тѣмъ болѣе это интересно, что половая зрѣлость вліяетъ регрессивнымъ образомъ на носоглоточные опухоли.

Предсѣдатель. Позволю себѣ обратить Ваше вниманіе на то, что докладъ касается исключительно злокачественныхъ опухолей.

Горяевъ. Я хотѣлъ бы привести цифры, выражающія отношенія различныхъ формъ лейкоцитовъ въ сообщенномъ случаѣ.

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ	—	71,4%
Базофиловъ	—	0,8%
Эозинофиловъ	—	1,5%
Лимфоцитовъ	—	17,5%
Мононуклеаровъ переходныхъ формъ	—	8,8%

Кромѣ того, на 610 лейкоцитовъ найденъ 1 нейтрофильный міелоцитъ и 1 форма, которую нужно разсматривать, какъ раннюю стадію развитія лимфоцита; точно такія формы я наблюдалъ въ крови лейкомика при переходѣ міелогенной лейкеміи въ лимфатическую. Красныя кровяныя тѣльца представляютъ незначительный анизоцитозъ и слабо выраженный пойкилоцитозъ. Нужно отмѣтить очень большое количество кровяныхъ пластинокъ.

Орловскій. Я видѣлъ въ Петербургѣ въ клиникѣ проф. Ратимова, такихъ случаевъ три въ теченіе одного года. Быть можетъ большая рѣдкость ихъ объясняется тѣмъ, то въ раннихъ степеняхъ они не всегда распознаются.

Заболотновъ. Вообще лимфосаркомы наблюдаются чаще, чѣмъ саркомы, судя по матеріалу нашего патолого-анатомическаго музея. Въ году попадаетъ приблизительно 2—3 случая.

Предсѣдатель. Докладъ, выслушанный нами, какъ замѣтилъ уже П. П. Заболотновъ, представляетъ «огромный интересъ», такъ какъ лимфосаркомы носоглотки рѣдкія опухоли, и такъ какъ патолого-анатомически и клинически исторія лимфосаркомъ вообще очень своеобразна и интересна. Эти опухоли въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ разнятся отъ типическихъ неоплазмъ настолько, что напр. Kundrat видитъ въ нихъ выраженіе существующаго общаго расстройства организма на подобіе лейкеміи. Указываютъ, что при лимфосаркомѣ процессъ новообразованія можетъ сразу вспыхнуть въ цѣлой группѣ лимфатическихъ железъ, какъ наблюдается опухоль многихъ железъ при лейкеміи или псевдолейкеміи. П. П. Заболотновъ указалъ также, что если въ началѣ развитія опухоли не наблюдаются измѣненій въ крови, то иногда передъ смертью эти измѣненія констатируются, и болѣзнь можетъ получить сходство съ лейкеміей.

Такого рода факты и заставляютъ въ лимфосаркомѣ видѣть процессъ своеобразный, отличный отъ новообразованія собственно. Но если Kundrat называетъ это заболѣваніе общимъ именемъ lymphosarcomatosis, то существуетъ и другое мнѣніе извѣстнаго патолога и философа Ribbert'a который считаетъ лимфосаркому настоящей неоплазмой, начинающейся изъ одного ростка и увеличивающейся на счетъ размноженія клѣтокъ этого ростка на мѣстѣ и путемъ метастазовъ, но нѣсколько особенныхъ; по мнѣнію Ribbert'a метастазировавшія клѣтки могутъ прививаться и размножаться только тамъ, гдѣ онѣ находятъ предсуществующую аденоидную ткань; попадая же на мѣста, гдѣ этой ткани нѣтъ, метастазировавшія клѣтки погибаютъ. На этомъ основаніи такъ обычны метастазы въ лимфатическихъ железахъ, и сразу въ цѣлой группѣ ихъ, хотя-бы первоначально клѣтки новообразованія размножились изъ одного ростка. При размноженіи въ лимфатическихъ железахъ лимфоциты (самую опухоль Ribbert предлагаетъ называть лимфоцитомой) попадаютъ въ общій потокъ кровообращенія,

но въ силу недостаточно выясненныхъ анатомическихъ отношеній лишь въ небольшомъ числѣ, при чемъ скоро разрушаются и не могутъ быть констатированы въ крови; тогда какъ при настоящей лимфатической лейкеміи, которую Ribbert рассматриваетъ какъ разновидность лимфоцитомы, лимфоциты попадаютъ въ русло крови въ большомъ числѣ, обуславливая характерное для лейкеміи измѣненіе крови. Что взгляды эти имѣютъ за собой основанія и въ примѣненіи къ докладываемому случаю, доказывается между прочимъ и находкой въ крови нѣкоторыхъ элементовъ характерныхъ для лейкеміи, какъ объ этомъ упомянулъ Н. К. Горяевъ, встрѣтившій въ этомъ случаѣ и такой элементъ среди просмотрѣнныхъ 600 лейкоцитовъ.

Въ этихъ особенностяхъ лимфосаркомы, занимающей среди другихъ новообразованій такое своеобразное мѣсто, конечно нельзя не видѣть фактовъ огромнаго интереса, и мнѣ остается только еще разъ благодарить докладчика за основательно составленный докладъ и просить помѣстить докладъ въ Журналъ нашего Общества.

За позднимъ временемъ докладъ д-ра Н. К. Горяева откладывается до слѣдующаго засѣданія.

II. Административная часть.

1. Доложено предложеніе международнаго съѣзда по борьбѣ съ бугорчаткой—принять участіе на съѣздѣ въ Вашингтонѣ и прислать представителя на съѣздъ.

Проф. Орловскій заявилъ, что онъ предполагаетъ ѣхать въ Америку на конгрессъ, причемъ желалъ бы сдѣлать на съѣздѣ сообщеніе по вопросу о кумысолѣченіи при туберкулезѣ. Общество обратилось къ проф. Орловскому съ просьбой быть представителемъ Общества на съѣздѣ, если его предположеніе осуществится.

Д-ръ Казанскій, выразивъ живѣйшее сочувствіе желанію проф. Орловскаго сдѣлать сообщеніе на съѣздѣ о кумысолѣченіи, замѣтилъ, что въ «Дневникѣ» Общества имѣется довольно много матеріала по вопросу о кумысолѣченіи, который желательно было бы использовать съ указанной цѣлью; можно было бы воспользоваться и матеріаломъ, имѣющимся по тому-же вопросу въ трудахъ Казанскаго Военно-Санитарнаго Общества. Наконецъ, желательно было-бы обратиться къ д-ру Рожанскому (въ Самарѣ) предсѣдателю имѣвшаго быть въ Самарѣ въ 1905 г. областного съѣзда по вопросу о кумысолѣченіи—съ просьбой

прислать Обществу, если возможно, всѣ имѣющіеся въ его распоряженіи матеріалы по кумысолѣчннню или сообщить, гдѣ можно ихъ найти.

Постановлено: 1) просить проф. Орловскаго быть представителемъ отъ Общества на съѣздѣ; 2) напечатать въ органѣ Общества циркуляръ Россійскаго Бюро съѣзда; 3) просить д-ра В. И. Рожанскаго, собиравшаго матеріалы по кумысолеченно передать Обществу или указать, гдѣ таковыя находятся.

2. Предложены въ члены Общества проф. Н. А. Геркеномъ д-ра Быстренинъ и Кушинскій.

3. Прочитана программа по разработкѣ вопроса объ аппендицитѣ.

1) Анатомія червеобразнаго отростка и области слѣпой кишки
Д-ръ А. Д. Сурковъ.

2) Микроскопическая анатомія и физиологія червеобразнаго отростка. Проф. Н. А. Геркенъ.

3) Этіологія и патогенезъ воспаленія червеобразнаго отростка (камни, кишечные паразиты, инфекціонныя болѣзни, травма). Д-ръ Е. М. Идельсонъ.

4) Бактеріологія воспаленій червеобразнаго отростка. Прив. доц. И. И. Троицкій.

5) Классификація воспаленій червеобразнаго отростка. (Appendicitis simplex, Ar. destructiva) Д-ръ О. Г. Панъ.

6) Патологическая анатомія воспаленій червеобразнаго отростка. Прив. доц. П. П. Заболотновъ.

7) Диффузный перитонитъ аппендикулярнаго происхожденія. Д-ръ А. К. Цинкъ.

8) Клиническое теченіе аппендицита. Типы болѣзни: острый, хроническій, рецидивирующій аппендицитъ. Д-ръ О. Г. Панъ.

9) Клиника абсцессовъ, развивающихся въ зависимости отъ воспаленія червеобразнаго отростка. Д-ръ В. И. Котеловъ.

10) Субдіафрагмальный нарывъ. Прив. доц. Н. В. Копыловъ.

11) Аппендицитъ въ грыжевомъ мѣшкѣ. Д-ръ И. И. Шыпкинъ.

12) Осложненія аппендицита со стороны внутреннихъ органовъ. Д-ръ М. Н. Чебоксаровъ. †

- 13) Тифлитъ и другія самостоятельныя заболѣванія слѣпой кишки. Д-ръ И. А. Любенецкій.
- 14) Лейкоцитозъ при аппендицитѣ. Д-ръ Н. К. Горяевъ.
- 15) Сравнительная діагностика аппендицита и методы изслѣдованія области слѣпой кишки. Проф. В. Ф. Орловскій.
- 16) Аппендицитъ при беременности. Проф. В. С. Груздевъ.
- 17) Аппендицитъ и болѣзни женскаго полового аппарата. Прив. доц. В. В. Владиміровъ.
- 18) Аппендицитъ и брюшной тифъ. Д-ръ М. М. Стежинскій.
- 19) Туберкулезъ, актиномикозъ и опухоли червеобразнаго отростка. Д-ръ М. А. Чалусовъ.
- 20) Терапевтическое леченіе аппендицита. Д-ръ Р. А. Лурія.
- 21) Хирургическое леченіе аппендицита. Ранняя, промежуточная, поздняя и интервальная операціи. Д-ръ М. А. Чалусовъ.
- 22) Послѣ-операционное веденіе случаевъ аппендицита. Д-ръ И. М. Тимофеевъ.
- 23) Печус послѣ операцій по поводу аппендицита. Свищи и грыжи послѣ этихъ операцій. Д-ръ Д. А. Эскинъ.
- 24) Аппендицитъ и невроты. Д-ръ Н. А. Донсковъ.
- 25) Статистика аппендицита. Д-ръ Г. Г. Вульфійусъ.
- 26) Аппендицитъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія. Д-ръ А. И. Шибковъ.
- 27) Аппендицитъ у дѣтей. Д-ръ В. К. Меньшиковъ.

Постановлено: 1) просить проф. А. Н. Каземъ-Бека принять участіе въ составленіи реферата по клиникѣ аппендицита; 2) составить проэктъ письма къ врачамъ Волжско-Камскаго района съ предложеніемъ принять участіе въ разработкѣ вопроса объ аппендицитѣ: сообщеніемъ наблюденій, статистическихъ данныхъ, присылкой матеріаловъ, исторій болѣзней, препаратовъ и т. д.

4. Д-ръ М. В. Казанскій предложилъ просить Совѣтъ университета объ отводѣ комнаты для библіотеки Общества врачей въ самомъ зданіи университета въ виду слѣдующихъ обстоятельствъ: 1) есть основаніе думать, что Обществу не дадутъ воспользоваться той большой комнатой въ сѣверной половинѣ перваго этажа б. студенческаго общежитія, о которой я говорилъ въ годовомъ отчетѣ по библіотекѣ и которая такъ нужна Обществу для устройства въ ней читальни. А если намъ не дадутъ большой комнаты, то новое по-

мѣщеніе отведенное Совѣтомъ Университета, не представляетъ такъ много преимуществъ, что бы перетаскивать въ него нашу большую библіотеку. Въ 2-е зданіе б. студенческаго общежитія, въ которомъ нынѣ находится наша библіотека и останется тамъ при новомъ помѣщеніи ея, очень далеко отъ центра города, вслѣдствіе чего многіе члены Общества затрудняются ходить въ библіотеку. Въ 3-хъ, въ Совѣтѣ Университета въ скоромъ времени будетъ разбираться вопросъ о распредѣленіи помѣшеній въ только что отстроенномъ восточномъ крылѣ главнаго зданія университета. куда, между прочимъ, переведены будутъ и нѣкоторыя изъ учебно-вспомогательныхъ учреждений, нынѣ временно помѣщающихся въ зданіи б, студенческаго общежитія. Обсужденіемъ вопроса о помѣщен.яхъ въ совѣтѣ университета и желательно воспользоваться, чтобы просить Совѣтъ Университета о предоставленіи для библіотеки Общества помѣщенія въ главномъ зданіи Университета, какъ болѣе центральномъ мѣстѣ.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

15 марта 1908 года,

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ при заступающемъ мѣсто секретаря О. Г. Пань.

Присутствовали: Д-ра Опокинъ, Любенецкій, Казанскій, Горяевъ, Чебоксаровъ, Котеловъ, Сороковиковъ, проф. Осиповъ, Владиміровъ, Фофановъ, Рождественскій, Десятовъ, Тимофѣевъ, Чалусовъ, проф. Каземъ-Бекъ, и человекъ 30 посторонній публики.

1) Прочитанъ и утверждень протоколь засѣданія 1 марта 1908 года.

2) Сообщение дѣйств. члена *Н. К. Горяева*: «къ методикѣ счисления лейкоцитовъ» (сравнительная оцѣнка камеръ Thomas—Zeiss, Предтеченскаго, Türk Bürker.

Д-ръ И. С. Рождественскій. Камера Bürker'a въ противоположность всѣмъ другимъ открыта съ двухъ сторонъ, такъ что облегчено испареніе жидкости въ камерѣ; не имѣеть-ли это вліянія на результаты счисления безцвѣтныхъ элементовъ крови и на ту неравномѣрность въ распредѣленіи ихъ въ разныхъ частяхъ камеры, которую наблюдалъ докладчикъ. Изъ Вашего сообщения слѣдуетъ, что приходится повѣрять смѣсители и камеру.

Д-ръ Н. К. Гор я е в ъ. Дѣйствительно, испареніе, какъ неизбежное слѣдствіе того, что камера—открытая, наступаетъ и идетъ довольно быстро. Отсюда вытекаетъ необходимость производить счисленіе тотчасъ послѣ набирания камеры (конечно, давши элементамъ осѣсть на дно камеры); тогда какъ, работая съ камерой конструкціи Thoma, вы имѣете возможность, набравъ камеру, отложить сосчитываніе въ ней элементовъ на сравнительно продолжительное время; ни испаренія жидкости ни растворенія элементовъ при этомъ не наблюдается. Конечно, это обстоятельство является недостаткомъ камеры Bürker'a, но не настолько большимъ, чтобы играть роль въ рѣшеніи судьбы этой камеры. Вліяніе испаренія въ смыслѣ сгущенія элементовъ сказывается только на частяхъ, непосредственно прилегающихъ къ краю жидкости, сколько-нибудь въ глубь жидкости оно не распространяется,

Относительно результатовъ повѣрки камеръ (глубины ихъ) я уже сказалъ, что обѣ наши камеры конструкціи Bürker'a, изъ которыхъ одна приготовлена Leitz'омъ, другая—Zeiss'омъ, оказались не точными, и камера Zeiss'a сверхъ ожиданія оказалась болѣе неточной чѣмъ кам. Leitz'a.

Мной повѣрены 2 смѣсителя для бѣлыхъ тѣлецъ; оказалось: смѣситель Leitz'a даетъ разведеніе, вмѣсто 1:20,—1:22,3; смѣситель Zeiss'a даетъ разведеніе 1:9,9 вмѣсто 1;10. Долженъ указать на одну неправильность въ смѣсителяхъ фабр. Leitz'a дѣленіе съ мѣткой «1» у нихъ находится не непосредственно у вздутія, а на нѣкоторомъ разстояніи, иногда очень значительномъ, отъ него.

Неправильность такого устройства очевидна: если принять за единицу емкость капилляра до дѣленія «1», то емкость расширенія (вздутія) должна равняться 10-ти такимъ объемамъ, такъ какъ въ разведеніи крови участвуетъ только жидкость, находящаяся въ расширеніи. При указанномъ же устройствѣ смѣсителей Leitz'a емкость расширенія равняется 10-ти объемамъ минусъ емкость капилляра между дѣленіемъ «1» и расширеніемъ, т. е. разведеніе крови, при набирании ея до дѣленія «1», будетъ не въ 10, а въ меньшее число разъ (предполагая правильную установку объемовъ).

На наше указаніе фабрикѣ на указанную неправильность намъ отвѣтили, что такое устройство не есть недосмотръ, а сознательное измѣненіе, цѣль котораго облегчить набирание крови; если дѣленіе находится у самаго расширенія, то набирание затрудняется тѣмъ, что кровь набранная неосторожно, поступитъ въ расширеніе; отодвиганіе же дѣленія «1» отъ расширенія яко бы возмѣщается тѣмъ, что и

дѣленіе «11» отодвинуто отъ ампулы. Вопервыхъ послѣдняя особенность устройства никакъ не компенсируетъ неправильность первой особенности, а напротивъ дѣйствуетъ въ томъ же направленіе, т. е. еще увеличиваетъ ошибку. А во вторыхъ, но крайней мѣрѣ, въ тѣхъ смѣсителяхъ, которые я видѣлъ, дѣленіе «11» находится на мѣстѣ, т. е. непосредственно у расширенія.

Проф. В. Ф. Орловскій. Вы сравнивали камеры Thoma и Предтеченскаго, помѣщая каплю крови изъ одного и того же смѣсителя сразу въ обѣ камеры. Меня интересуетъ, въ какой изъ камеръ Вы получали меньшія цифры,—въ той ли, гдѣ Вы производили счетъ раньше, или въ той, гдѣ онъ производился позже гдѣ, слѣдовательно, бѣлыя кровяныя тѣльца находились подъ вліяніемъ разжижающей жидкости, содержащей уксусную кислоту. Съ той же точки зрѣнія интересы и результаты счета въ обѣихъ отдѣлахъ камеры Bürker'a. Если меньшія цифры Вы получали въ той камерѣ, гдѣ Вы считали позже, то это обстоятельство можно объяснить тѣмъ, что часть бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ растворилась подъ вліяніемъ уксусной кислоты: вѣдь, послѣдняя даже въ $\frac{1}{3}$ ‰ растворѣ относится не вполне индифферентно къ бѣлымъ кровянымъ тѣльцамъ, особенно въ случаяхъ патологическихъ, когда въ крови появляются такъ называемыя формы растворенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (изслѣдованія прив. доц. Е. С. Боткина и прив. доц. Петугова). Это тѣмъ болѣе относится къ 1 ‰ раствору уксусной кислоты, съ которымъ Вы экспериментировали. Если такой зависимости въ числѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ первой и второй камерѣ нѣтъ, если Вы получали большія цифры и въ той каплѣ, въ которой Вы производили счетъ позже, хотя капли помѣщены въ камеры одновременно, то это обстоятельство можетъ быть обусловлено работой съ камерами различныхъ фабрикъ.

Д-ръ Н. К. Горяевъ. Въ своихъ наблюденіяхъ я не вижу опредѣленныхъ указаній на вліяніе растворенія лейкоцитовъ. Я уже говорилъ, что 2-я капля изъ того же смѣсителя въ ту же камеру въ среднемъ дала мнѣ значительно болѣе высокія цифры, чѣмъ первая.

Наблюденія съ 2-мя одновременно набранными камерами (одна—Предтеченскаго, другая—Thoma) у меня распадаются на 2 группы: въ одной—камера Thoma сосчитывалась послѣ кам. Предтеченскаго въ другой наоборотъ. Для первой группы—камера Thoma въ среднемъ (изъ 64 наблюд.) дала цифры на 2,1 ‰ ниже, чѣмъ кам. Пред-

теченскаго; для второй группы—камера Thoma дала цифры на 1% ниже, чѣмъ кам. Предтеченскаго. Такимъ образомъ для обѣихъ группъ наблюдений камера Thoma дала болѣе низкія цифры, что я отношу на ошибку въ устройствѣ камеры. Можно-ли видѣть въ томъ, что во второй группѣ процентъ ниже, указаніе на вліяніе разстворенія, не знаю; разниа настолько незначительна, что можетъ объясняться случайностью.

Затѣмъ у меня имѣется рядъ наблюдений съ 2-мя камерами Bürker'a. Въ обѣихъ камерахъ половина, которая сосчитывалась второй, дала болѣе низкія цифры; но повѣрка камеръ показала, что въ обѣихъ камерахъ эта половина (верхняя) мельче, чѣмъ и объясняется разниа, полностью или частью сказать трудно.

Проф. Н. А. Геркенъ спросилъ, какое значеніе имѣетъ прибавленіе генціаны—віолей въ разводящую жидкость въ концентраціи 1:10000?

Д-ръ Н. К. Горяевъ. Генціана—віолей прибавляется къ раствору уксусной кислоты для облегченія распознаванія различныхъ формъ лейкоцитовъ въ камерѣ. Türk, рецептомъ котораго я пользуюсь въ данномъ случаѣ, предлагаетъ пользоваться счетной камерой для опредѣленія %-наго содержанія различныхъ формъ лейкоцитовъ. Я нахожу невозможнымъ пользоваться этимъ методомъ, гдѣ нужны точные результаты, такъ какъ сравнительно нерѣдко встрѣчаются формы, относительно которыхъ съ увѣренностью нельзя высказаться, съ чѣмъ имѣешь дѣло. Но я почти всегда отмѣчаю встрѣчающіяся въ камерѣ болѣе рѣдкія (базофиллы) и патологическія (міелоциты) формы. Прибавленіе gentiana—viol. дѣлаетъ возможнымъ распознаваніе первыхъ и облегчаетъ распознаваніе послѣднихъ.

Проф. Н. А. Геркенъ спросилъ, какое время употребляетъ докадчикъ для счисленія лейкоцитовъ?

Д-ръ Н. К. Горяевъ. На счисленіе лейкоцитовъ (набирание и встряхиваніе смѣсителя, набирание камеры и сосчитываніе) при разводеніи 1:20 и сосчитываніи въ обѣихъ половинахъ камеры Bürker'a нужно 15—20 мин. при нормальномъ числѣ лейкоцитовъ.

Предсѣдатель благодарилъ докладчика за основательно составленную докладъ и выразилъ пожеланіе, чтобы докладчикъ съ такою-же тщательностью разрѣшилъ вопросъ о болѣе простыхъ, уско-

ренныхъ способахъ изслѣдованія крови,—изслѣдованія составляющаго иногда необходимое условіе для распознаванія болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

2) Сообщение студента Н. С. Мокина: «три случая врожденныхъ аномалій почекъ» (съ демонстраціей препаратовъ). По окончаніи демонстраціи пренія не были возбуждены, и Предсѣдатель благодарилъ докладчика за сдѣланное сообщеніе.

Административная часть.

1) прочитаны и утверждены протоколы засѣданія 5 и 21 октября 1907 г.

2) Выбаллотированы въ дѣйств. члены О-ва д-ръ И. Н. Быстренинъ і неизбират. противъ 12 избирательныхъ и д-ръ А. Г. Кушинскій і неизбир. противъ 12 избирательныхъ.

3) Заслушанъ проектъ устава постояннаго Суда чести при Всероссийскомъ Обѣ врачей въ память Н. И. Пирогова, постановлено напечатать проектъ въ журналѣ.

Предсѣдатель **Н. Герженъ.**
Секретарь **А. Фаворскій.**

И. Н. Быстренинъ родился въ гор. Царевосанчурскѣ, Вятской губ., въ 1859 г. 19 ноября. Среднее образованіе получилъ въ Императорской Казан. 1-й гимназій въ 1879 году. Въ 1884 г. окончилъ курсъ на медицинскомъ факультетѣ Императорскаго Казанскаго Университета со степенью лѣкаря и званіемъ уѣзднаго врача. Съ 1884 г. по 1891 г. служилъ участковымъ земскимъ врачомъ въ селѣ Кикнурѣ Вятск. губ., Яранскаго у. при больницѣ. Въ 1891 г. перешелъ на службу въ гор. Вятку и до 1902 г. состоялъ ординаторомъ Губернской Земской Больницы и преподавателемъ фельдшерской школы. Съ 1902 г. до 1905 г. состоялъ сверхштатнымъ ординаторомъ дѣтской клиники при Императорскомъ Каз. Университетѣ. Съ 1905 г. по 1907 г. состоялъ ординаторомъ Казан. Губернской Земской больницы, завѣдуя скарлатиннымъ, дифтерійнымъ и оспеннымъ отдѣленіемъ и дѣтской амбулаторіей. Въ 1907 г. оставилъ службу въ губ. земск. больницы. Въ настоящее время состоитъ врачомъ—консультантомъ въ дѣтскомъ отдѣленіи Александровской лѣчебницы для приходящихъ.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

22-го Марта 1908 г.

Подъ предсѣдательствомъ д-ра М. В. Казанскаго и проф. Н. А. Геркена при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—Шибковъ, Островскій, Гликманъ, Котеловъ, Опокинъ, Соларевъ, Кузнецовъ, Любенецкій, Цыпкинъ, Тимофеевъ, Копыловъ, Блудштейнъ, Меньшиковъ, Первушинъ, Горяевъ, Идельсонъ, Хитрово, Клячкинъ.

1. Прочитанъ и утвержденъ протоколь предыдущаго засѣданія
2. Дѣйств. членъ *И. М. Тимофеевъ*. «Случай резекціи верхней челюсти съ примѣненіемъ протеза» (демонстрація больной и препаратовъ)

В у л ь ф і у с ь. Какая форма саркомы у данной больной.?

Д о к л а д ч и к ь. У нея была саркома доброкачественная-гиганто-клеточковаго характера. Раджет наблюдалъ, напр., послѣ резекціи такой саркомы на одной сторонѣ исчезновение ея произвольное на другой.

Ц ы п к и н ь. Я полагаю, что протезъ не всегда бываетъ годенъ. Иногда можно предложить и пластику мягкаго неба, что рекомендуется между прочимъ проф. Діаконовымъ при резекціи даже обѣихъ челюстей; пластика представляется мнѣ болѣе удобной, такъ какъ больной не имѣетъ въ этомъ случаѣ посторонняго тѣла. Въдѣ

Вашъ протезъ не выполняетъ пустоты. Вы намѣрены его выполнитьъ въ будущемъ?

Докладчикъ. Я не сказалъ относительно будущаго усовершенствованія сдѣланнаго уже протеза: будетъ введенъ резиновый баллонъ, который и выполнитъ полость. Мы не сдѣлали еще этого потому, что ждемъ результата операци: не будетъ-ли здѣсь рецидива.

Что касается пластической операци, то вѣдь результаты ея не особенно удовлетворительны, что и понятно, такъ какъ сохранить полость рта въ чистотѣ трудно. Если Вы пришьете мышечную или слизистую оболочку носа, то проживать ее очень трудно.

Протезъ же можно усовершенствовать настолько, что больная сможетъ разжевывать пищу.

Соларевъ. Вы не упомянули въ Вашей исторіи болѣзни объ *exophthalmus* у больной: глазъ у нея былъ смѣщенъ кнаружи и вверхъ. Этотъ признакъ говоритъ за давленіе на нижнюю стѣнку глазницы или же за прорастаніе ея. Если бы *exophthalmus* прошелъ послѣ операци, то тогда можно было бы говорить о давленіи, а такъ какъ этого исчезновенія здѣсь не было, то скорѣе надо полагать здѣсь о наличности прорастанія.

Докладчикъ. Теперь у нея отклоненіе есть только кнаружи. Это можетъ б. объясняется экзостозомъ воспалительнаго характера или это есть результатъ рецидива. Мы будемъ наблюдать больную до осени и тогда это выяснится.

Соларевъ. Гдѣ Вы наблюдали *exostosis*.

Докладчикъ. Въ настоящее время у внутренняго угла глазницы.

Соларевъ. Чѣмъ нужно объяснить атрофію *n. optici*?

Докладчикъ. Б. м. опухоль давить на *n. opticus*.

Соларевъ. Я бы считалъ здѣсь предсказаніе относительно *n. opticus* плохимъ, такъ какъ атрофія прогрессируетъ.

Казанскій. Вы говорите о воспаленіи легкаго, благодаря аспираціи крови. Какого происхожденія эта пнеймонія?

Д о к л а д ч и к ъ. Здѣсь бронхопнеймонія инфекціонна характера благодаря тому, что съ кровью попадаетъ содержимое полости рта.

К а з а н с к і й. Въ одномъ приведенномъ Вами случаѣ изъ литературы была смерть отъ meningitis'a. Какого происхожденія этотъ менингитъ?

Д о к л а д ч и к ъ. Неизвѣстно.

П р е д с ѣ д а т е л ь с т в у ю щ і й М. В. Казанскій. благодарить докладчика за интересный докладъ.

2) Посѣтитель *Е. М. Ленскій*. «О серодіагностики по способу связыванія комплемента».

П Р Е Н І Я.

Д-ръ К а з а н с к і й, выразивъ большое удовольствіе по поводу выслушаннаго сообщенія, обратился къ докладчику со слѣдующими вопросами и замѣчаніями. Въ сообщенныхъ опытахъ реакція производилась съ экстрактомъ сифилитической печени. Отъ какихъ больныхъ бралась печень и въ какомъ періодѣ сифилиса были эти больные? Послѣднее особенно важно знать такъ-какъ кондиломатозный и гуммозный періоды сифилиса далеко не одинаковы по существу, что доказывается уже однимъ тѣмъ, что гуммозный періодъ считается незаразительнымъ. Можетъ быть, этой разницей и объясняется далеко неодинаковый % положительныхъ результатовъ реакціи у сифилитиковъ :отъ 65% до 85%, какъ показали докладчикъ.

Затѣмъ, какъ объяснить тотъ фактъ, что положительная реакція получена была и у не-сифилитиковъ. Правда, это было въ очень незначительномъ % наблюдений: въ 6 случаяхъ на 900 здоровыхъ лицъ, но вѣдь если и въ одномъ случаѣ, но у дѣйствительно здороваго въ отношеніи сифилиса человѣка получится положительная реакція, то она уже не можетъ тогда считаться специфической для сифилиса.

Странно и то, что у нѣкоторыхъ изслѣдователей % положительныхъ реакцій у сифилитиковъ получился не такой уже большой, какъ бы слѣдовало ожидать, всего, напр., 65%.

Еще болѣе страннымъ представляется то обстоятельство что при т. н. парасифилитическихъ заболѣваніяхъ—прогрессивномъ параличѣ и спинной сухоткѣ получается, по даннымъ докладчика, очень высокій %

положительныхъ реакцій: 80%—90% и даже чуть не 100%, чаще. а иногда даже много чаще, чѣмъ при истинномъ сифилисѣ. Между тѣмъ, рѣдъ еще вопросъ: заключаютъ-ли въ себѣ прогрессивный параличъ и спинная сухотка нѣчто специфически-сифилитическое.

Д о к л а д ч и к ъ. Печень бралась отъ сифилитическихъ недоношенныхъ плодовъ. Наличие сифилиса опредѣлялась по виду плода, по измѣненіямъ въ костяхъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ органы изслѣдовались на присутствіе спирохетъ.

Тотъ фактъ, что изъ 900 здоровыхъ лицъ 6 человекъ обнаружили присутствіе противотѣля, можно объяснить тѣмъ, что они обладали невосприимчивостью къ сифилису, или тѣмъ что они перенесли сифилисъ, сами не зная этого.

То обстоятельство, что не всѣ лица, перенесшія сифилисъ, даютъ положительную реакцію, объясняется можетъ быть тѣмъ, что не всѣ они приобретаютъ выраженный иммунитетъ противъ сифилиса. Высокій % положительной реакціи у паралитиковъ и табиковъ объясняется, можетъ быть тѣмъ, что у этихъ лицъ сифилисъ былъ рѣзче выраженъ или недостаточно энергично леченъ, такъ что въ организмъ образовалось значительное количество противотѣля.

Ө а в о р с к і й, указывая на работу Levatidi, Marie о серодіагностикѣ при прогрессивномъ параличѣ и tabes'ѣ, говоритъ, что пока еще эта реакція не даетъ полного права основывать на ней исключительно сифилитическое происхожденіе вышеуказанныхъ заболѣваній; приведенные авторы наблюдали реакцію эту и тамъ, гдѣ сифилисъ у больныхъ констатировать не удавалось; а у лицъ, болѣвшихъ сифилисомъ мозга, эта реакція давала отрицательный результатъ

Д о к л а д ч и к ъ. Обычно реакція производится такъ, что при помощи антигена (экстракта изъ печени) ищутъ противотѣля въ организмѣ больного. Но у лица, страдающаго свѣжимъ сифилисомъ, противотѣль можетъ еще не быть. Этимъ, можетъ быть объясняется, что страдающіе сифилисомъ мозга не давали реакціи. Но у такихъ лицъ въ тѣлѣ долженъ быть антигенъ; если бы ихъ спинно-мозговая жидкость была изслѣдована не при помощи экстракта изъ сифилитической печени, а напр. при помощи противосифилитической обезьяньей сыворотки, реакція, вѣроятно, получилось бы положительная.

Г о р я е в ъ. О какихъ здоровыхъ людяхъ говорите Вы? здоровыхъ по отношенію къ сифилису или здоровыхъ вообще?

Докладчикъ. Брали здоровыхъ по отношенію къ сифилису, но брали и больныхъ тифомъ и крупозною пнеймонією.

Горяевъ. У меня является сомнѣніе относительно специфичности этой реакціи. Дѣло въ томъ, что при экстракціи органовъ Вы получаете экстрактъ не только специфическихъ бактерій но и болѣзненно измѣненныхъ тканей.

Докладчикъ обращаетъ вниманіе на контрольные опыты Wassermann'a.

Хомяковъ полагаетъ, что специфическая реакція бѣлковъ крови различныхъ расъ зависитъ б. м. отъ различнаго характера преобладающей пищи, такъ какъ несомнѣнно пища отражается на характерѣ бѣлка.

Предсѣдатель благодарилъ докладчика за его сообщеніе, имѣющее особый научный интересъ, такъ какъ оно касается одного изъ важнѣйшихъ текущихъ вопросовъ медицины.

Административная часть.

1. Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія отъ 3-го Декабря 1907 г.

2. Выслушано заявленіе дѣйств. члена В. П. Первушина объ организаціи повторительныхъ курсовъ для врачей. Послѣ преній постановлено: поручить комиссіи изъ дѣйств. чл. Первушина, Орловскаго, Казанскаго, Горяева и Клячкина составить по этому поводу опросную карточку, отпечатать ее и разослать врачамъ.

3. Предложены въ дѣйствит. члены Общества д-ра В. В. Давыдовъ, Г. Г. Вульфійусъ, Е. М. Лепскій.

4. Выслушана и принята къ свѣдѣнію бумага о льготахъ на проѣздъ на туберкулезный съѣздъ въ г. Вашингтонѣ.

5. Выслушано предложеніе принять участіе въ Поволжскомъ холерномъ Областномъ съѣздѣ въ г. Самарѣ.

Постановлено: напечатать сообщеніе объ этомъ съѣздѣ въ «Казанскомъ Медицинскомъ журналѣ».

Предсѣдатель **Н. Геркенъ.**
Секретарь **А. Фаворскій**

ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

29-го Марта 1908 года.

Предсѣдательствовалъ Н. А. Геркенъ, при секретарѣ А. Фаворскомъ.

Присутствовали—Орловскій, Каземъ-Бекъ, Клячкинъ, Казанскій, Идельсонъ, Первушинъ, Кушинскій, Рождественскій, Левханьянцъ, Любенецкій, Копыловъ, Грахе, Лурія, Болбергъ, Соларевъ, Кузнецовъ, Десятовъ, Шибковъ, Чебоксаровъ, Стежинскій, Котеловъ, Шулеръ, Цыпкинъ, Побѣдимскій, Панъ, Шоломовичъ, Чалусовъ и чловѣкъ до посторонней публики.

- 1) Прочитанъ и утверждень протоколъ предыдущаго засѣданія.
- 2) Дѣйств. членъ *Н. К. Горяевъ*. Polycythaemia megalosplenica (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

ПРЕНІЯ.

Каземъ-Бекъ. У больной особенно рѣзко бросается въ глаза переполненіе сосудовъ гортани и связокъ. По всѣмъ клиническимъ симптомамъ случай этотъ вполне подходитъ подъ описаніе polycythaemia megalosplenica.

Геркенъ. Просматривая нѣсколько лѣтъ тому назадъ нѣкоторыя работы о гемофилии, я встрѣчалъ указанія, что иногда число эри-

троцитовъ у гемофиликовъ бываетъ увеличено при одновременномъ уменьшеніи бѣлыхъ тѣлецъ. Такія находки давали основаніе видѣть причину гемофиліи въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ малой свертываемости крови вслѣдствіе недостаточнаго образованія фибринъ - фермента, создающагося, какъ извѣстно, при распаденіи бѣлыхъ тѣлецъ. Возможно, что нѣкоторые случаи полицитеміи, сопровождающейся иногда, какъ вы говорили, кровоточивостью попадали именно въ эту рубрику болѣзней. Съ другой стороны также общеизвѣстенъ фактъ, съ какой легкостью возстановляются кровопотери у гемофиликовъ, что должно указывать на энергію кроветворительныхъ процессовъ у нихъ. Я не помню, чтобы дѣлались указанія на одновременное увеличеніе селезенки у такихъ больныхъ, но какъ Вы говорили увеличеніе селезенки не является причиной умноженія эритроцитовъ въ крови, и я думалъ бы, что быть можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ увеличенія селезенки, у людей полнокровныхъ съ рѣзкимъ цвѣтомъ лица, пышащихъ здоровьемъ, имѣющихъ обильныя геморроидальныя кровотеченія, мы найдемъ повышеніе числа эритроцитовъ въ крови, какъ при *polycithaemia megalosplenica*.

Вы отнеслись отрицательно, хотя и осторожно къ взгляду Түгкэ, рассматривающаго полицитемію, какъ разновидность лейкеміи; я не хочу обсуждать этотъ пунктъ по существу, но позволилъ-бы себѣ обратить Ваше вниманіе на сходство въ описаніяхъ состоянія костнаго мозга при острой лейкеміи и полицитеміи. Совершенно случайно у меня въ карманѣ находится присланный для подписи изъ типографіи листъ изъ работы покойнаго Н. М. Любимова объ острой лейкеміи, и тамъ я читаю: «Костный мозгъ длинныхъ костей во всѣхъ случаяхъ представляетъ рѣзкія измѣненія. Онъ принимаетъ вмѣсто желтаго цвѣта темно-красный, сѣровато-красный, становится мягкимъ; студенистымъ и по виду похожимъ на малиновое или красно-смородиновое желе». Вы видите, что это описаніе макроскопическаго вида костнаго мозга при острой лейкеміи очень похоже на то, что Вы говорили о состояніи костнаго мозга при полицитеміи.

Наконецъ я хотѣлъ-бы сказать о травмѣ, какъ возможной причинѣ полицитеміи. Вы не утверждаете причиной связи травмы съ болѣзнию у Вашихъ пациентовъ, и мнѣ кажется, что травма въ этихъ случаяхъ могла быть случайнымъ совпаденіемъ. Травму ставили въ причинную связь со многими патологическими процессами: напр. въ этиологіи саркомъ отводятъ большое мѣсто травмѣ. Но травматическія случайности такъ обычны, особенно въ жизни людей низшаго и средняго положенія, что въ анамнезѣ Вы всегда найдете указанія на одну

и даже нѣсколько травмъ, почему, мнѣ кажется Вы совершенно правы, не рѣшаясь въ этихъ случаяхъ придавать травмѣ значеніе существенно-важнаго этиологическаго момента.

Гор яевъ. Я большого значенія травмъ не приписываю, но сопоставленіе съ этиологіей лейкеміи напрашивалось въ виду наличности такой рѣзкой травмы въ 1-мъ моемъ случаѣ.

Предсѣдатель. Наши знанія патологіи крови принадлежатъ сравнительно послѣднему времени, также и частный вопросъ о polycythæmia megalosplenica имѣетъ исторію совсѣмъ еще краткую. Въ русской медицинской литературѣ только недавно, въ «Русскомъ Врачѣ» за текущій годъ, появилась болѣе обстоятельное сообщеніе по этому вопросу. Почтенный сочленъ нашъ Н. К. Гор яевъ, неустанно и систематически изучая и разрабатывая вопросы гемопатологіи, сдѣлалъ уже рядъ цѣнныхъ сообщеній въ нашемъ Обществѣ. Я полагаю, что выражу мнѣнія и чувства всѣхъ здѣсь присутствующихъ, высказавъ ему благодарность отъ лица всѣхъ за интересный докладъ и обращусь одновременно къ нему съ просьбой передать для напечатанія въ «Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ» если не весь докладъ, то по крайней мѣрѣ ауторефератъ его.

II. Административная часть.

1) Прочтенъ и утвержденъ протоколъ засѣданія, состоявшагося 8-го Ноября 1907 года.

2) Предсѣдатель доложилъ о желаніи д-ра Илькевича напечатать его статью подъ заглавіемъ: «Дезинфекція солдатскихъ полушубковъ, зараженныхъ сибирскою язвою, при помощи сѣрнистаго ангидрида и формальдигида въ 19⁰⁴/₀₅ г., въ г. Омскѣ». При этомъ предсѣдатель находилъ возможнымъ напечатать ее и просилъ на это санкции Общества. Постановлено: напечатать статью и въ одномъ изъ засѣданій обсудить вопросъ о дезинфекціи полушубковъ.

3) Выслушано предложеніе предсѣдателя Общества воспользоваться поѣздкою д-ра Кутлубаева на Областной Поволжскій противохолерный съѣздъ и просить д-ра Кутлубаева быть делегатомъ отъ Общества врачей.

4) Выслушанъ и принятъ къ свѣдѣнію отвѣтъ д-ра Рожанскаго относительно матеріаловъ по кумысо-леченію.

5) Постановлено послать привѣтственную телеграмму по поводу 25-лѣтія общественно-медицинской дѣятельности д-ра И. А. Дмитріева.

6) По порученію специальной комиссіи д-ръ Клячкинъ доложилъ проектъ опросной карточки къ врачамъ Волжско-Камскаго района по поводу организаціи при университетѣ повторительныхъ курсовъ для врачей.—Схема карточки принимается.

7) Прочттанъ и принятъ проектъ письма къ врачамъ Волжско-Камскаго района; постановлено: отпечатать въ количествѣ 1000 экземпляровъ письмо и какъ приложение къ нему докладъ проф. Н. А. Геркена со всѣми бывшими по поводу доклада, занесенными въ протоколы преніями, каковыя матеріалы и разослать вмѣстѣ съ письмомъ врачамъ губерній; Казанской, Нижегородской, Симбирской, Самарской, Саратовской, Астраханской, Пензенской, Вятской, Пермской, Уфимской, Оренбургской и Области Войска Уральскаго.

8) Дѣйств. чл. Десятовъ сдѣлалъ завленіе о крайнемъ неудобствѣ настоящаго помѣщенія библіотеки и о необходимости упорядоченія ея.

Докторъ Казанскій: просилъ ходатайствовать о переводѣ библіотеки въ зданіе университета, какъ наиболѣе центральное мѣсто.

9) Выборы въ дѣйствит. члены Общества:

Давыдова — 17 изб; 1 неизб.

Вульфюса — 18 изб; 1 неизб.

Лепскаго — 18 изб; 1 неизб.

10) Библіотекаръ Общества Казанскій просилъ Общество о разрѣшеніи послать труды Общества въ Бюро прогивухолернаго съѣзда въ г. Самарѣ.

Постановлено: разрѣшить.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

Давыдовъ Василій Васильевичъ, род. въ 1874 году въ городѣ Нарвѣ (СПБ. губ.); въ этомъ же городѣ окончилъ гимназію (классич.); медицинское образованіе получилъ частью въ Военно-Медицинской

Академіи (первые два курса), частью въ Казанскомъ Университетѣ (3-й, 4-й, 5-й курсы). Дипломъ лѣкаря съ отличіемъ получилъ въ 1904 году. Въ настоящее время исполняетъ обязанности сверхштатнаго ординатора при акушерско-гинекологической клиникѣ проф. В. С. Груздева въ Казани.

Врачъ Георгій Германовичъ Вульфійусъ 29 лѣтъ, латеранскаго вѣроисповѣданія, родился 15 Августа 1878 года въ г. Петербургѣ. Окончилъ курсъ нѣмецкаго училища Св. Петра и Павла и въ 1897 поступилъ въ С.-Петербургскій Университетъ на естественный факультетъ, а въ 1898 году перешелъ на медицинскій въ Казанскій Унив. который и кончилъ въ 1904 году въ Маѣ мѣс. Служилъ на эпидеміи въ Вятскомъ земствѣ, затѣмъ былъ старшимъ врачомъ въ заводѣ Лысва Пермск. губ. графа Шувалова. 1907-й годъ провелъ за границей, гдѣ специализировался по дѣтскимъ болѣзнямъ въ Берлинѣ у Багинскаго и въ Вѣнѣ у Эшериха. Сейчасъ практикуетъ въ Казани по дѣтск. болѣзнямъ.

Ефимъ Моисеевичъ Лепскій, родился 13-го мая 1879 года въ м. Смѣлѣ Кіевской губ., Черкаскаго уѣзда.

Въ 1899 г. окончилъ гимназію въ Златополѣ, Кіевской губ., и поступилъ на медицинскій факультетъ Кіевского ун-та. Въ 1902 г. уволился съ 3-го курса и уѣхалъ въ Берлинъ для продолженія своего медицинскаго образованія. Въ 1905 г. сдалъ въ Берлинѣ экзамены на званіе доктора медицины и защитилъ диссертацию на тему: «Zur Phosphortherapie der Rachitis»; матеріаломъ для диссертации послужили наблюденія надъ больными дѣтской клиники проф. Neuberg'a. Въ концѣ 1905 г. и началъ 1906 г., временно замѣшая врача, призваннаго на театръ военныхъ дѣйствій, завѣдывалъ заразнымъ отдѣленіемъ и прозекторскимъ кабинетомъ земской больницы въ г. Кременчугѣ. Осенью 1906 г. выдержалъ государственные экзамены при медицинской испытательной комиссіи Казанскаго унив-та и былъ избранъ на должность штатнаго ординатора дѣтской клиники.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

5-го Апрѣля 1908 года.

Предсѣдательствовалъ Н. А. Геркенъ, при секретарѣ А. В. Оа-ворскомъ.

Присутствовали—Владиміровъ, Казанскій, Агабабовъ, Чебоксаровъ, Идельсонъ, Клячкинъ, Кушинскій, Блудштейнъ, Рождественскій, Кузнецовъ, Горяевъ, Островскій, Гликманъ, Котеловъ, Кутлубаевъ, Левханьянцъ, Вульфюсъ, Любенецкій, Элинсонъ, Соларевъ, Эскинъ, Стежинскій, Лепскій, Бургсдорфъ, Зуевъ, Копыловъ, Панъ, Лурія, Шибковъ, Чалусовъ и челоѣкъ 50 посторонней публики.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Дѣйствит. членъ *А. Г. Агабабовъ*. «О циклодіализѣ при главкомѣ» (съ демонстраціей больнаго).

ПРЕНІЯ.

Элинсонъ. Возможно-ли предлагаемую Вами операцію примѣнять при острой воспалительной главкомѣ? Я полагаю, едва-ли, такъ какъ камера очень мелка и въ нее трудно войти даже ножемъ

Докладчикъ. По моему мнѣнію, скорѣе можно употреблять iridocyclodialysis, чѣмъ операцію Heine, такъ какъ при 1-й операціи мы

видимъ и шпатель и ножъ, можемъ, какъ угодно, регулировать ихъ движенія, благодаря чему избѣгается опасность кровотечения, а также и раненія радужной оболочки. Самое большее мы можемъ попасть между пластинками роговицы, что никакого значенія не имѣетъ.

Элинсонъ. Въ случаѣ острой главкомы все-же обезпеченнѣе сдѣлать иридектомию.

Докладчикъ соглашается съ этимъ.

Предсѣдатель заключаетъ пренія и благодаритъ докладчика привѣтствуя совмѣстную дѣятельность и товарищескія научныя сообщенія каждаго въ своей специальности.

3) Дѣйств. членъ *М. Н. Чебоксаровъ*. «Диагностическое значеніе глазной реакціи Wolf—Eisner—Calmett'a при легочной бугорчаткѣ».

П Р Е Н І Я.

Открывая пренія, предсѣдатель предложилъ ради цѣльности сужденія и имѣя въ виду, что реакція Pirquet будетъ темою доклада на будущемъ засѣданіи, не касаться пока этой реакціи, а равно не касаться реакціи Wolf—Eisner—Calmett'a при хирургическихъ заболѣваніяхъ.

Агабабовъ. Окулисты очень ревниво относятся къ глазамъ, когда ихъ трогаютъ не окулисты. Дѣло въ томъ, что сплошное примѣненіе этой реакціи безъ предварительнаго констатированія специалистомъ здоровья глаза влечетъ за собою иногда тяжелыя послѣдствія. Такъ Troussaut наблюдалъ сильную реакцію на глазу при фликтенахъ. Ему понадоилось много времени, чтобы привести глзъ послѣ реакціи къ нормѣ. Waldstein указываетъ, что надо быть очень осторожнымъ при этой реакціи, такъ какъ мы можемъ получить измѣненія глубокихъ частей. Будучи поклонникомъ этой реакціи онъ боится провоцировать ее. Въ угѣшеніе тѣмъ, кто наблюдалъ тяжелую реакцію, можно предложить ослабленіе этой реакціи путемъ впрыскиванія подъ конъюнктиву 1% раствора гваякола, послѣ чего всѣ явленія стихаютъ. Можно опасаться, какъ бы не было реакціи и на другомъ глазу при примѣненіи ея на одномъ.

Казанскій, выразивъ удовольствіе по поводу сообщенія д-ра Чебоксарова, обратился къ докладчику со слѣдующими вопросами и замѣчаніями: 1) Нѣтъ-ли какой нибудь существенной разницы въ составѣ примѣнявшихся туберкулиновъ: стараго туберкулина Koch'a и туберкулина Test? 2) Чѣмъ объясняется появленіе гнойныхъ конъюнктивитовъ при туберкулинной глазной реакціи? Не было-ли въ нѣкоторыхъ случаяхъ загрязненія самого туберкулина? Производилось ли изслѣдованіе туберкулиновъ на присутствіе въ нихъ самихъ какихъ-либо микроорганизмовъ? Вопросъ этотъ интересуетъ меня въ виду слѣдующаго обстоятельства. Лѣтъ 15—16 назадъ наше Общество врачей посвятило нѣсколько засѣданій обсужденію вопроса о туберкулинѣ Koch'a, какъ новомъ средствѣ противъ чахотки, тогда только-что открытомъ, надѣлавшемъ столько шуму и потомъ такъ разочаровавшемъ всѣхъ чахоточныхъ больныхъ. На этихъ засѣданіяхъ нашего Общества покойный профессоръ Н. М. Любимовъ сообщилъ, что во всѣхъ флаконахъ туберкулина Koch'a, привезенныхъ изъ Германіи, найдено было имъ и проф. Высоцкимъ загрязненіе туберкулина различными бактеріями и въ томъ числѣ гноеродными. Такъ и въ тѣхъ случаяхъ докладчика, гдѣ получался гнойный конъюнктивитъ при туберкулинной глазной реакціи, не было-ли бактеріальнаго загрязненія примѣнявшагося туберкулина? Не производилось-ли бактеріологическаго изслѣдованія гноя при гнойномъ конъюнктивитѣ?

3) Въ случаяхъ серознаго плеврита, давшихъ положительную глазную реакцію на туберкулезъ, докладчикъ указываетъ и на пораженіе верхушекъ легкихъ. Для выясненія столь важнаго вопроса—являются-ли серозные плевриты туберкулезнаго происхожденія, необходимо брать чистые случаи серозныхъ плевритовъ, безъ какихъ-либо туберкулезныхъ явленій въ легкихъ или другихъ какихъ-либо органахъ. Первичные случаи серозныхъ плевритовъ считаются обыкновенно не-туберкулезнаго происхожденія, да и вторичные серозные плевриты могутъ быть и другого происхожденія, кромѣ туберкулезнаго.

4) Не производилась ли докладчикомъ туберкулинная глазная реакція у золотушныхъ больныхъ?

Вульфійусъ Въ основу всѣхъ новѣйшихъ реакцій на туберкулинъ (кожная реакція Pirquet, офтальморекціи Wolff—Eisner—Calmett'a и ихъ видоизмѣненій: Courmont и Lesier, Мого и др.) положень принципъ Pirquet, изложенный имъ въ его монографіи о вакцинаціи и вакцинальной аллергіи, и заключающійся въ томъ, что орга-

низмъ, разъ перенесшіи оспенную инфекцію, отвѣчаетъ на повторное введеніе того же самаго яда ранней или ускоренной реакціей. При своихъ многочисленныхъ работахъ надъ вакцинаціей и ревакцинаціей, онъ наблюдалъ при послѣдней появленіе мѣстной реакціи не на восьмой день, какъ при первой, а уже по прошествіи 24-хъ часовъ, либо 4—7 день. Первую реакцію онъ называетъ ранней «(черезъ 24 часа), вторую ускоренной». (на 4—7 день). Изъ появленія этой ранней реакціи мы вправѣ сдѣлать заключеніе, что данный организмъ подвергся когда то вакцинаціи.

Аналогичную картину мы наблюдаемъ и при реинъекціи сыворотки напр. лошадиной при дифтеритѣ, то есть при введеніи въ организмъ не свойственнаго данному виду бѣлка. При первой инъекціи развивается такъ называемая сывороточная болѣзнь (повышеніе t^0 , болѣзненность и припухлость суставовъ, появленіе сыпи въ видѣ крапивницы и др.), именно на 8—10 день; при повторномъ введеніи той же сыворотки, сывороточная болѣзнь развивается либо черезъ 24 часа (немедленная реакція по Pirquet) либо на 4—5 день (ускоренная, реакція по Pirquet). И здѣсь на основаніи появленія этихъ реакцій мы смѣло можемъ утверждать, что данный организмъ подвергался когда-то серотерапіи.

На основаніи пѣлаго ряда наблюденій Pirquet высказалъ мысль о возможности при помощи каждой реакціи діагносцировать инфекціонныя болѣзни вообще и туберкулезъ въ частности. Послѣднему вопросу онъ посвятилъ много специальныхъ работъ. Его методъ примѣняется теперь не только при туберкулезѣ, но и при реакціяхъ на маллеинъ (H. Martel въ Парижѣ); Chantemesse при тифѣ и т. д.

При каждой реакціи на туберкулинъ, послѣдній вызываетъ у пораженнаго бугорчаткой лица мѣстную воспалительную реакцію, наступающую либо черезъ 24 часа (ранняя реакція) либо черезъ 48 часовъ (торпидная реакція по Pirquet).

Всѣ эти реакціи основываются на несомнѣнномъ клиническомъ и экспериментально доказанномъ многими авторами фактѣ, что введеніе въ организмъ извѣстныхъ инфекціонныхъ возбудителей или чуждаго для организма бѣлка приводитъ къ измѣненію біологическихъ свойствъ всѣхъ клѣтокъ организма (*Umstimmung der Zellen*), заключающемуся въ томъ, что организмъ реагируетъ на новую инфекцію или реинъекцію сыворотки болѣе быстро и что періодъ инкубаціоннаго времени въ значительной степени сокращается или отсутствуетъ совершенно.

Вотъ эту то измѣненную реакцію организма, отвѣчающаго болѣе быстро на повторное введеніе знакомаго уже ему антигена Pirquet и назвали аллергіей. Аллергіей объясняются многіе процессы, протекающіе въ организмѣ при инфекціонныхъ болѣзняхъ. Напр., инкубационный періодъ объясняется и обусловливается тѣмъ временемъ, которое протекаетъ отъ момента зараженія до образованія противотѣль, болѣзненные же явленія должны быть объяснены встрѣчей и взаимодействіемъ этихъ противотѣль и патогенной субстанціи

При первой вакцинаціи, а также и при первой инъекціи сыворотки мы вводили въ организмъ антигены, кот. вызываютъ въ немъ образованіе противотѣль. Если при ревакцинаціи или при реинъекціи, вводимые антигены встрѣтятся уже готовымъ противотѣля, то организмъ отвѣчаетъ ранней реакціей, выражающейся въ появленіи мѣстной реакціи черезъ 24 часа. Ускоренная же реакція наступитъ тогда, когда организмъ ко времени ревакцинаціи или реинъекціи не имѣетъ свободно циркулирующихъ противотѣль, но кѣтки организма измѣнили свои біологическія свойства въ томъ отношеніи, что обладаютъ способностью болѣе быстро продуцировать противотѣля.

И при туберкулинѣ, примѣняемомъ на кожно, мѣстная реакція объясняется также встрѣчей патогенной субстанціи съ противотѣлями. Pirquet полагаетъ, что въ тѣлѣ туберкулезнаго всѣ кѣтки продуцируютъ противотѣля, вслѣдствіе чего на любомъ мѣстѣ тѣла появляется мѣстная воспалительная реакція.

По мнѣнію Citron'a (Berl. Klin. Woch. 1907 № 36) дѣло при этой реакціи сводится къ слѣдующему; тамъ, гдѣ туберкулезныя палочки свили себѣ гнѣздо въ тѣлѣ, они начинаютъ вырабатывать продукты обмѣна, кот. соединяются съ рецепторами близлежащихъ кѣтокъ и вызываютъ въ нихъ особенную чувствительность къ новому дѣйствию туберкулезнаго токсина т. е. возбуждаютъ въ нихъ повышенную способность образовать противотѣля (Ueberempfindlichkeit). Туберкулинъ особенно сильно притягивается этими кѣтками, а именно лейко и лимфоцитами, кот. являются защитниками организма.

Въ противоположность Pirquet и другимъ, Reuschel объясняетъ сильную реакцію не повышенной чувствительностью кѣтокъ, а ставитъ ее въ зависимость отъ титра количественнаго содержанія противотѣль въ крови. У кахектическихъ субъектовъ этотъ титръ равняется нулю, а также и въ послѣднихъ стадіяхъ туберкулезнаго менингита и милиарной бугорчатки; вотъ почему при этихъ страданіяхъ реакціи никогда не бываетъ.

Съ точки зрѣнія «аллергіи», можно объяснить и положительный результатъ послѣ повторныхъ прививокъ, когда на первую организмъ отвѣтилъ отрицательно. По закону Pirquet организмъ, образовавшій разъ прстиво-тѣло, но не имѣющій его въ данный моментъ, вновь образуетъ его послѣ повторной прививки.

Лу р і я. Реакція Calmett'a въ настоящее время имѣетъ меньше противниковъ чѣмъ защитниковъ; противники реакціи Calmett'a съ одной стороны, основываются на томъ, что при туберкулезѣ реакціи не получается, но это большей частью авторы, работавшіе съ небольшимъ матерьяломъ; на большомъ матерьялѣ получается вездѣ почти одинаковый % положительнаго результата—выше 80%; другіе противники глазной реакціи, напр. Sohn, указываютъ на то, что она получается и при нетуберкулезныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, напр. при тифѣ и ревматизмѣ, но это можно объяснить, какъ указалъ Citron, тѣмъ что подъ вліяніемъ новой инфекціи туберкулезный ядъ становится активнымъ, почему и получается положительная реакція у больныхъ, не представляющихъ клиническихъ симптомовъ туберкулеза. Третья группа противниковъ глазной реакціи—окулисты. Въ настоящее время послѣ того, какъ Erpenstein и цѣлый рядъ другихъ авторовъ указали на то, что нельзя дѣлать глазную реакцію на больныхъ глазахъ, слѣдуетъ считать за аксіому требованіе предварительнаго осмотра глазъ окулистомъ. Въ утѣшеніе окулистамъ можно сказать, что за послѣднее время Мого предлагаетъ втирать въ кожу мазь изъ tuberculin'a съ діагностической цѣлью и есть указаніе, что эта реакція даетъ результаты равнозначущіе съ глазной реакціей. Во всякомъ случаѣ можно считать, что глазная реакція, не представляя собою патогномического симптома, имѣетъ для ранняго распознаванія туберкулеза легкихъ не меньше значенія, чѣмъ опредѣленіе верхушекъ легкихъ по Kröpig'у, симптомъ Williams'a, рентгенографія и т. п. Прибавлю еще, что принципъ, положенный въ основу глазной реакціи, т. е. повышенная чувствительность организма къ данному токсину общааетъ, какъ показали опыты Sckick'a, стать новымъ діагностическимъ методомъ и при дезинтеріи.

Б у р г с д о р ф ъ. Хотя со времени предложенія офталмо-реакціи Calmette'омъ не прошло и года, но создавшаяся за это время обширная литература по данному вопросу лучше всего свидѣтельствуетъ какъ о высокомъ научномъ интересѣ, такъ и о томъ важномъ значеніи, которое очевидно принадлежитъ этому новому методу въ дѣлѣ

распознаванія туберкулеза.. Не удивительно поэтому, что вслѣдъ за терапевтами, реакціей Calmette'a стали пользоваться хирурги (Vazy), ветеринары (Vallee), психіатры (Zepine); не меньшее значеніе, по видимому, реакція Calmette'a должна имѣть и въ Дерматологіи.

Пользуясь матеріаломъ Свѣтолѣчебнаго Отдѣленія Казанской Университетской Дерматологической клиники, я съ 23-го минувшаго Марта предпринялъ рядъ опытовъ на волчаночныхъ больныхъ.

Количество наблюдений пока равняется около 20. Для этихъ опытовъ я примѣнялъ какъ Tuberculin—test, приготовленный институтомъ Pasteur'a въ Лилль (Les Etablissements Pouleng freres. Paris), такъ и Tuberculose—Diagnosticum «Hoechst». Одновременно съ глазной реакціей, у всѣхъ больныхъ примѣнена и кожная реакція Pirquet. Оба сорта туберкулина для газной реакціи у взрослыхъ примѣнялись въ 1% разведеніи, у дѣтей же—въ $\frac{1}{2}\%$.

Имѣя въ виду неоднократно констатированное многими наблюдателями при этой реакціи развитіе сильныхъ реактивныхъ конъюнктивитовъ и вообще разнаго рода осложнений со стороны глаза,—я прежде чѣмъ приступить къ своимъ опытамъ, усердно просилъ глубокоуважаемаго профессора А. Г. Агабабова подвергнуть осмотру глаза подлежащихъ эксперименту больныхъ и только послѣ произведеннаго имъ освидѣтельствванія глазъ, за что приношу ему здѣсь глубокую признательность,—я приступилъ къ своимъ опытамъ.

Результаты этихъ опытовъ имѣютъ быть сообщены впослѣдствіи; сейчасъ же пользуюсь случаемъ заявить, что во всѣхъ моихъ наблюденияхъ при Lupus vulgaris офталмо-реакція Calmett'a дала результатъ положительный. Въстѣ съ тѣмъ долженъ сказать, что мои опыты, къ сожалѣнію, не позволяютъ согласиться какъ съ докладчикомъ, такъ и со всѣми тѣми, кто считаетъ эту реакцію совершенно безвредной для подвергнутаго опыту глаза.

Не говоря уже о рядѣ такихъ затяжныхъ конъюнктивитовъ которые не разрѣшились еще и по настоящее время, т. е. въ теченіе двухъ недѣль,—нѣкоторыя реакціи сопровождались весьма сильными воспалительными явленіями, съ значительнымъ диффузнымъ покраснѣніемъ обоихъ вѣкъ, ихъ отекомъ до полного смыканія глазной щели, слезотеченіемъ и свѣтобоязню, колющей, обуславливающей безсонницу болью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось образованіе фликтенъ, вовлеченіе въ процессъ роговицы, слезнаго мѣшка и даже насморокъ соотвѣтствующей больному глазу половины носовой полости.

Лецскій. Что значеніе конъюнктивальной реакціи еще не такой рѣшенный вопросъ, какъ здѣсь высказывалось, видно хотя бы изъ того, что Arloing не считаетъ ее доказательной. Тѣмъ болѣе цѣнны такія наблюденія, какъ сообщенія намъ сегодня. Объясненія Wassermann'a надо считать неудачнымъ на основаніи опытовъ Weil и Nakajoma и Morgenroth и Lydia Rabinowitch. Это, конечно, нисколько не умаляетъ значенія реакціи.

Wolff-Eisner (отецъ этой реакціи) объясняетъ явленія тѣмъ, что имѣющіеся въ тѣлѣ бактериолизины, которые растворяютъ заключающіяся въ туберкулинѣ обломки туберкулезн. палочекъ, освобождаютъ такимъ образомъ токсины, которые и вызываютъ явленія.

Большинство изслѣдователей, какъ В. Ф. Бургсдорфъ, находятъ достаточ. $\frac{1}{2}\%$ — 1% растворъ туберкулина.

Относительно повторной пробы другіе наблюдатели (и W—E. въ томъ числѣ) держатся того мнѣнія, что ее можно примѣнять. Неблагопріятный результатъ, полученный докладчикомъ, объясняется вѣроятно тѣмъ, что онъ повторилъ впусканіе туберкулина не черезъ 3—4 дня, какъ дѣлаютъ другіе (напр. Schröder и Kaufmann).

Повидимому, глазная реакція указываетъ только активный туберкулезъ, что представляетъ особую цѣнность.

Горяевъ. Не встрѣчали-ли вы затрудненія въ оцѣнкѣ результатовъ реакціи? Повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ простой осмотръ глаза является недостаточнымъ, и приходится прибѣгать къ микроскопическому изслѣдованію отдѣляемаго, что, конечно, очень усложняетъ производство реакціи. Вы тѣ изъ вашихъ случаевъ, въ которыхъ клинически туберкулезъ не опредѣляется, а реакція дала положительные результаты, склонны разсматривать, какъ случаи скрытаго туберкулеза. Но вѣдь есть наблюденія, гдѣ и вскрытіе не обнаруживало туберкулеза, между тѣмъ реакція дала положительные результаты.

Очень важно знать, какіе случаи даютъ положительную реакцію: случаи-ли дѣятельнаго туберкулеза или и случаи съ излеченнымъ уже процессомъ. Если бы послѣдніе случаи давали положительную реакцію, реакція оказалась бы непримѣнимой для оцѣнки результатовъ леченія, а это, какъ и отрицательные результаты реакціи въ случаяхъ дѣятельнаго туберкулеза со слабой сопротивляемостью организма, значительно уменьшало бы практическое значеніе реакціи.

Кутлубаевъ спросилъ, не оказываетъ-ли эта реакція какого-либо общаго вліянія на организмъ?

Докладчикъ. Вреднаго вліянія никакого не обнаруживается.

Лурія поддерживаетъ этотъ взглядъ докладчика.

II. Административная часть.

- 1) Прочитана привѣтственная телеграмма д-ру Димитріеву:
Общество врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ привѣтствуетъ Васъ, уважаемый товарищъ, съ знаменательнымъ днемъ двадцатипятилѣтія Вашей общественной дѣятельности и желаетъ Вамъ продолженія ея еще на многіе годы.
- 2) Прочитана опросная карточка по поводу организаціи повторительныхъ курсовъ для врачей въ г. Казани.
- 3) Принято къ свѣдѣнію воззваніе къ врачамъ по поводу учрежденія санаторіи для врачей въ Крыму.
- 4) Предложены въ члены Общества В. С. Груздевъ и Е. М. Татарская.
- 5) Постановлено выдать праздничную награду помощницѣ бібліотекаря—10 рублей и сторожу—3 рубля.

За Предсѣдателя проф. Орловскій.

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

19-го Апрѣля 1908 года.

Предсѣдательствовалъ В. Ф. Орловскій при секретарѣ д-рѣ Фаворскомъ.

Присутствовали—Агабабовъ, Владиміровъ, Соколовъ, Идельсонъ, Бургслорфъ, Котеловъ, Цыпкинъ, Рождественскій, Вульфійусъ, Шоломовичъ, Чалусовъ, Блиндштейнъ, Любенецкій, Захарьевскій, Копыловъ, Панъ, Зуевъ, Чебоксаровъ, Хитрово, Пичугинъ.

- 1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.
- 2) Дѣйств. членъ *А. Г. Агабабовъ*. «О вылушеніи глазного яблока».

Пренія возбуждены не были.

Предсѣдатель проф. В. Ф. Орловскій. Докладчикъ представилъ намъ показанія и методы такой существенно важной для больныхъ операции, какъ энуклеація глазного яблока; свое сообщеніе онъ иллюстрировалъ собственными наблюденіями. Выражая благодарность докладчику отъ имени Общества, позволяю просить его представить въ Общество и тѣ интересныя изслѣдованія относительно окостенѣнія сосудистой оболочки глаза, которыя ведутся подъ его руководствомъ И. С. Кривоносовымъ, и высказать увѣренность, что и товарищи, работающіе въ другихъ клиникахъ и больницахъ, не откажутся дѣлиться съ Обществомъ своими опытомъ и наблюденіями, такъ какъ толь-

ко при такой дружной работѣ всѣхъ Казанскихъ врачей намъ удастся поставить наше Общество на ту научную высоту, на какой ему подобаетъ быть.

3) Дѣйств. членъ *Г. Г. Вульфгусъ*: «Значеніе кожной реакціи Pirquet для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ».

П Р Е Н І Я.

Шоломовичъ. Не было ли параллельныхъ наблюденій надъ реакціей Pirquet и Calmett'a?

Докладчикъ. Такія наблюденія были сдѣланы. Большинство авторовъ признаетъ, что обѣ реакціи одинаковы и особыхъ отличій не представляютъ.

Чалусовъ. Какъ Вы дѣлали контрольные опыты? Дѣло въ томъ, что для реакціи Pirquet Вы имѣете дѣло съ 4-мя компонентами, а контрольные Вы дѣлаете только чистой иглой безъ упомянутыхъ компонентовъ. Вѣдь Вы употребляете 10% растворъ карболовой кислоты, что можетъ производить на кожѣ явленія ожога.

Докладчикъ. При контролѣ я ожога отъ карболовой кислоты 10% не получалъ. То же свидѣльствуетъ и Pirquet.

Чалусовъ. Вы не упомянули этого въ докладѣ.

Пичугинъ. Пробовали ли Вы болѣе концентрированный растворъ туберкулина? Почему Вы не употребляете 25% растворъ. Выяснить вліяніе его было бы интересно.

Докладчикъ. Pirquet дѣлалъ наблюденія съ очень концентрированными растворами, но разницы не обнаружилъ.

Бургсдорфъ. Въ минувшемъ засѣданіи Общества проф. А. Г. Агабабовъ заявилъ по поводу офталмо-реакціи Calmette'a, что офталмологи относятся очень ревниво, когда экспериментами на глазахъ занимаются не-офтальмологи. Сегодня, по поводу опытовъ съ

туберкулиномъ на кожѣ, то же самое могли бы сказать дерматологи. Къ счастью, кожная реакція Pirquet не влечетъ за собой такихъ осложнений, которыя иногда имѣютъ мѣсто при глазной реакціи; но, съ другой стороны, тѣ явленія, которыя наблюдаются при Pirquet'овской пробѣ, далеко не всегда слагаются такъ просто, какъ это изложилъ докладчикъ въ своемъ интересномъ сообщеніи.

Мои опыты съ cutis—реакціей Pirquet относятся исключительно къ больнымъ съ волчанкой (*Lupus vulg.*) принадлежность которой къ туберкулезу до послѣдняго времени оспаривалась нѣкоторыми авторами и въ числѣ ихъ покойнымъ проф. А. Г. Ге.

При своихъ экспериментахъ я пользовался какъ туберкулиномъ Test, изготовленнымъ институтомъ Пастера въ Лиллѣ (*Les Etablissements Poulenc frères. Paris*), такъ и Tuberculose—diagnosticum «Hoechst».

Для введенія туберкулина въ кожу я примѣнялъ тотъ инструментъ, который въ свое время былъ предложенъ для цѣлей оспопрививанія В. О. Губертомъ: это металлическій стержень, на одномъ концѣ котораго имѣется небольшая тупая ложечка, другой же конецъ заостренъ въ видѣ копыя. Этимъ копьевиднымъ остриемъ на мѣстѣ соединенія верхней и средней трети лѣваго предплечія, вблизи отъ его краевъ, дѣлались два, длиною 2—4 миллим., штриха настолько поверхностно, что лишь спустя приблизительно минутой они окрашивались кровью, обрисовываясь въ видѣ тонкой красной линіи. Послѣ того на одинъ штрихъ наносилась капля $\frac{1}{2}\%$ туберкулина, а на другой— 1% , съ послѣдующимъ втираніемъ раствора ложечкой инструмента въ продолженіе 5—10 секундъ. Кромѣ этихъ двухъ штриховъ, такимъ же образомъ дѣлался еще третій, контрольной штрихъ на правомъ предплечіи, въ который туберкулинъ не вводился. Особенностью моихъ опытовъ было еще то, что одновременно съ кожной реакціей многимъ больнымъ была продѣлана и офталмо-реакція.

Какъ показали мои 50 наблюденій, кожная реакція рѣдко появляется ранѣе 6 часовъ по введеніи туберкулина и сказывается вначалѣ появленіемъ небольшой красноты и припухлости по периферіи штриха. Черезъ 12 часовъ краснота и припухлость дѣлаются болѣе замѣтными, а спустя сутки инфильтратъ обычно пріобрѣтаетъ видъ овальной, возвышенной, яркокрасной бляшки, чувствительной при давленіи. Въ дальнѣйшемъ теченіи инфильтратъ увеличивается еще болѣе, образуя реактивный фокусъ въ сантиметръ и болѣе въ поперечникѣ, а краснота распространяется по периферіи бляшки, давая иногда продолженіе въ видѣ узкой красной полоски—начальный лимфангоитъ.

Иногда уже на 3-ий—4-ый день центральная часть бляшки начнет своеобразно блѣднѣть, приобретаая характерную восковидную окраску; при осложненіи же лимфангоитомъ, послѣдній развивается далѣе въ видѣ ленты, наичае идущей по направленію къ локтевому сгибу, а иногда даже за послѣдній, на плечо. Восковидная окраска центральной части бляшки въ теченіе послѣдующихъ двухъ трехъ дней дѣлается еще болѣе типической, окружаясь нерѣдко кольцомъ яркой красноты, за которой еще далѣе кнаружи можетъ наблюдаться широкое блѣдно розовое halo, такъ что вся область реакціи достигаетъ размѣра въ 3—4 сантим. въ діаметрѣ. Затѣмъ обычно наступаетъ постепенное увяданіе какъ лимфангоита, такъ и halo, краснота приобретаетъ кирпично красный или венозный оттѣнокъ, въ центральной же части бляшки, на мѣстѣ штриха, все время замѣтнаго въ витѣ темно-коричневой черточки, — наступаетъ образованіе корочки темно-бурого цвѣта. Спустя нѣсколько дней корочка эта дѣлается объемистѣе, восковидный цвѣтъ бляшки исчезаетъ, замѣняясь вялымъ цианотическимъ окрашиваніемъ, при чемъ ни воспалительнаго вѣнца, ни halo болѣе не видно. Въ дальнѣйшемъ теченіи центральная корочка дѣлается въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще массивнѣе, окружаясь остатками увядающаго и шелушащагося инфильтрата. Иногда корочка самопроизвольно отторгается, обнажая продолговатой формы язвочку, не всегда одинаковой глубины, съ нечистымъ дномъ. Въ теченіе ближайшихъ дней язвочка очищается и подживаетъ съ образованіемъ рубца, окруженнаго пигментнымъ поясомъ рассасывающагося инфильтрата, покрытаго нѣжными, бѣлыми чешуйками. Вся эта метаморфоза совершается въ теченіе 1—1½ мѣсяца.

На ряду съ такой картиной кожной реакціи Pirquet встрѣчаются формы абортивныя, для которыхъ не всѣ описанныя стадіи обязательны, вслѣдствіе чего и теченіе такой реакціи является укороченнымъ. Съ другой стороны бывають формы реакціи болѣе бурныя, гдѣ воспалительныя явленія выступаютъ сильнѣе, сказываясь болѣе интенсивной краснотой, отечностью, развитіемъ пузырьковъ въ центральной части бляшки, множественными лимфангоитами, болѣзненностью и даже общимъ недомоганіемъ.

Въ единичныхъ случаяхъ по сосѣдству съ полемъ реакціи, наблюдалось развитіе небольшого, величиной съ небольшую горошину воспалительнаго фокуса, претерпѣвавшего затѣмъ измѣненія, аналогичныя реакціи Pirquet и обусловленнаго, надо думать, случайнымъ попаданіемъ сюда туберкулина, послѣ нанесенія его на кожные разрѣзы.

Замѣчательно, что кожная реакція отъ введенія $\frac{1}{2}\%$ туберкулина, протекая вполнѣ аналогично реакціи отъ 1% его разведенія не рѣдко, нисколько не отличалась отъ послѣдней и по своей интенсивности.

Въ заключеніе долженъ сказать, что во всѣхъ 50 случаяхъ волчанки cutis-реакція Pirquet дала положительные результаты.

Докладчикъ. Я лично не наблюдалъ лимфангоитовъ. Нѣкоторые авторы объясняютъ это введеніемъ большого количества яда. Вы вѣдь вводили ядъ черезъ разрѣзъ кожи, что имѣетъ значеніе въ смыслѣ количества введеннаго яда.

Бургсдорфъ. Не наблюдали-ли Вы эффлоресценцій вдали отъ мѣста прививки.

Докладчикъ. Я не наблюдалъ этого; правда, около прививки я иногда видѣлъ эффлоресценціи, но, думаю, что это происходило отъ затеканія пролитой капли при прививкѣ.

Бургсдорфъ. Можно думать отсюда, что туберкулинъ способенъ дѣйствовать и на здоровую кожу.

Предсѣдатель, проф. В. Ф. Орловскій. Позволю себѣ прежде всего дать разъясненія по нѣкоторымъ изъ вопросовъ, которые были даны докладчику. Такъ, вопросъ о параллелизмѣ результатовъ, получаемыхъ съ помощью различныхъ аллергическихъ реакцій, который интересуется А. С. Шоломовича, служилъ предметомъ изученія со стороны Ferrand'a и Lemaire'a, а также Citron'a. Первые два автора производили одновременно глазную, кожную и подкожную туберкулиновые реакціи: въ результатѣ болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ всѣ три способа дали согласный положительный или отрицательный результатъ, — въ остальныхъ же кожная реакція и подкожное впрыскиваніе туберкулина дали совершенно одинаковые результаты, глазная же оказалась въ противорѣчій съ ними. Citron вводилъ одновременно туберкулинъ подъ кожу и въ глазъ; при этомъ онъ наблюдалъ три исхода: или обѣ реакціи разыгрывались независимо другъ отъ друга, или получалась болѣе рѣзкая общая реакція и слабая глазная, или, наконецъ, наблюдается обратное явленіе, т.-е. болѣе рѣзкая глазная реакція и слабая какъ общая, такъ и фокусная со стороны пораженнаго

органа (легкія); въ послѣднемъ случаѣ, слѣдовательно, конъюнктива какъ бы притягиваетъ къ себѣ часть туберкулина, введеннаго подъ кожу, а въ предпослѣднемъ, наоборотъ, къ пораженному туберкулезомъ гнѣзду притягивается тотъ туберкулинъ, который вкапывался въ глазъ. Такимъ образомъ, подкожная и глазная реакціи могутъ усиливать другъ друга.

Не могу не присоединиться далѣе къ замѣчанію М. А. Чалусова о необходимости производства болѣе точныхъ контрольных опытовъ при изученіи кожной реакціи: по крайней мѣрѣ, въ отношеніи подкожной туберкулиновой реакціи установлено, что такой же эффектъ, какой получается при впрыскиваніи туберкулина, можно вызвать у морскихъ свинокъ введеніемъ глицерина (Bahrdt), такъ что мы въ правѣ задаться вопросомъ, что же въ туберкулиновой подкожной реакціи слѣдуетъ отнести на туберкулинъ, представляющій 50—процентную глицериновую выдержку туберкулезныхъ палочекъ и что на глицеринъ? Наблюденіе В. Ф. Бургсдорфа, что въ нѣкоторыхъ изъ его случаевъ примѣненія кожной реакціи Riguet при волчанкѣ $\frac{1}{2}$ —процентный растворъ туберкулина дѣйствовалъ иногда сильнѣе, чѣмъ однопроцентный, объясняется по моему сравнительно просто тѣмъ, что кожная реакція представляетъ результатъ взаимодействія туберкулина и самаго организма; отъ состоянія послѣдняго и зависитъ въ значительной мѣрѣ, какъ интенсивность реакціи, такъ и другія ея свойства: болѣе или менѣе раннее ея наступленіе и т. д. Такъ, изслѣдованія Предтеченскаго показали, что и глазная и кожная туберкулиновые реакціи могутъ быть получены и у здоровыхъ лицъ при примѣненіи крѣпкихъ растворовъ туберкулина и не получаются у туберкулезныхъ при пользованіи слабыми растворами.

Переходя теперь къ діагностическому значенію кожной и глазной туберкулиновыхъ реакцій, я долженъ прежде всего подчеркнуть, что обѣ эти реакціи отнюдь не являются патогномическими; я вообще думаю, что такихъ реакцій мы не имѣемъ. Но насколько могу судить по личному опыту и литературнымъ даннымъ, тотъ или другой результатъ этихъ реакцій можетъ оказать существенную пользу при рѣшеніи нѣкоторыхъ діагностическихъ вопросовъ у лицъ не истощенныхъ и не кахектичныхъ, напр при дифференціальномъ диагнозѣ различныхъ артропатій, злокачественныхъ опухолей, при отличіи брюшного тифа отъ острой просовидной бугорчатки и т. д. Правда, глазная туберкулиновая реакція получается часто и при брюшномъ тифѣ и при остромъ суставномъ ревматизмѣ, но въ этихъ случаяхъ она имѣетъ другое теченіе; чѣмъ у туберкулезныхъ: она появляется уже

спустя 1—3 часа, достигаетъ maximum спустя 5 часовъ и къ слѣдующему дню исчезаетъ. При сужденіи о діагностическомъ значеніи кожной реакціи необходимо всегда помнить о существованіи т. наз. Spättrappel (Dauertrappel). Эти папулы, какъ показали Pick съ Daels'омъ, представляютъ собою настоящіе кожные туберкулиды, вызванные мертвыми туберкулезными палочками, если послѣднія содержатся въ туберкулинѣ. Съ подобными туберкулидами знакомы не только дерматологи, но и мы, терапевты: они описаны въ послѣднее время у туберкулезныхъ лицъ въ видѣ кожныхъ образований, имѣющихъ, такъ сказать, туберкулезное строеніе: эти сыпи обуславливаются или выдѣленіемъ туберкулезнаго яда черезъ кожу,—это т. наз. туберкулезно-токсическія сыпи, или—эмболией туберкулезными бациллами сосудовъ—эмболическія сыпи. Такимъ образомъ, Spättrappel можетъ наблюдаться у совершенно здоровыхъ лицъ, если въ туберкулинѣ содержатся живыя, мертвыя или ослабленныя туберкулезныя палочки. Прогностическое значеніе аллергиреакцій выяснено докладчикомъ. Что касается соціального значенія, именно, вопроса о примѣненіи этихъ реакцій для отдѣленія больныхъ отъ здоровыхъ въ школахъ, закрытыхъ учрежденіяхъ, войскахъ и т. д., то я отношусь къ этому вопросу значительно осторожнѣе, чѣмъ докладчикъ; особенно ненадежной тутъ является глазная реакція. Я, по крайней мѣрѣ, не могъ убѣдиться, чтобы пораженіе конъюнктивы при вкапываніи туберкулина представляло особую картину, по которой можно было бы безошибочно сказать, что она вызвана введеніемъ туберкулина. Если ошибаюсь, прошу проф. А. Г. Агабабова меня поправить. Мнѣ, именно, кажется, что ту же картину могутъ дать и другіе способы, обуславливающіе раздраженіе конъюнктивы. Если это такъ, то, понятно, открывается богатое поле для симулированія реакціи со стороны лицъ, въ интересахъ которыхъ было бы оказаться туберкулезными, напр., со стороны лицъ, стремящихся къ уклоненію отъ воинской повинности. Весьма важнымъ, наконецъ, мнѣ представляется изученіе аллергиреакцій для изученія вопроса о наследственности туберкулеза. Подобныя изслѣдованія должны обнимать не только дѣтей въ первые мѣсяцы ихъ жизни, но и ихъ родителей.

Агабабовъ. На основаніи литературныхъ данныхъ я могу сообщить, что точныхъ признаковъ отличить conjunctivitis при реакціи Calmette'a отъ другого conjunctivitis не имѣется.

Однако, у меня слагается впечатлѣніе на основаніи лично видѣннаго матеріала, что при conjunctivitis при реакціи Calmette'a замѣчается

болѣе глубокое пораженіе conjunctivae; отекъ быв. не такой, какъ при обыкновенномъ conjunctivitis. Для окончательнаго сужденія необходимо провѣрить это впечатлѣніе на большомъ матеріалѣ, что дастъ возможность отыскать б. м. характерные признаки реакціи Calmette'a. Быть можетъ Общество найдетъ возможнымъ избрать для этого комиссію, которой и поручить изученіе этого вопроса, Полагаю, что особенно вредныхъ послѣдствій при реакціи Calmette'a нѣтъ.

Предсѣдатель проф. В. Ф. Орловскій. Заслушанное нами только что разъясненіе проф. А. Г. Агабабова убѣждаетъ насъ, что затронутый мною вопросъ о характерѣ глазной реакціи еще далеко не рѣшенъ. Въ pendant къ этому я напому Вамъ изслѣдованія Lafon'a и Lautler'a, которые для распознаванія сомнительныхъ глазныхъ реакцій предлагаютъ микроскопическое изслѣдованіе отдѣляемаго конъюнктивы: отдѣляемое нормальной соединительной оболочки глазъ содержитъ лишь ничтожное количество клѣточныхъ элементовъ; при положительной глазной реакціи въ отдѣляемомъ наоборотъ обнаруживается рѣзкій полинуклеозъ; этотъ полинуклеозъ можетъ оказаться единственнымъ проявленіемъ положительной реакціи. Принимая все это во вниманіе, я вполне присоединяюсь къ предложенію проф. А. Г. Агабабова о желательности составленія комиссіи для совмѣстнаго изученія туберкулиновой глазной реакціи представителями заинтересованныхъ специальностей. Обсужденіе этого вопроса позвольте поставить на повѣстку слѣдующаго засѣданія.

Въ заключеніе позволю себѣ поблагодарить докладчика за его интересное сообщеніе, возбуждившее оживленные и продолжительныя пренія въ нашемъ Обществѣ.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

3-го Мая 1908 года.

Предсѣдательствовалъ Н. А. Геркенъ при секретарѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—Разумовскій, Праксинъ, Орловскій, Десятовъ, Казанскій, Стежинскій, Соколовъ, Рождественскій, Горяевъ, Соларевъ, Котеловъ, Осокинъ, Гиммель, Вормсъ, Шибковъ, Троицкій, Копыловъ, Меншиковъ, Быстренинъ, Гликманъ, Зуевъ, Островскій, Чалусовъ, Цыпкинъ, Эскинъ, Надель-Пружанская, Первушинъ, Лепскій, Захарьевскій, Идельсонъ, Агабабовъ, Болбергъ, Блиндштейнъ, Вульфійусъ, Кривоносовъ и около 30 человекъ посторонней публики.

1) Прочтенъ протоколъ предыдущаго засѣданія и утвержденъ.

2) Предсѣдатель напомнилъ обществу, что на дняхъ истекаетъ 30 лѣтъ учебно-педагогической дѣятельности бывшаго предсѣдателя Общества врачей при казанскомъ университетѣ и почетнаго члена его профессора Н. Н. Феноменова. Сохранивъ самыя лучшія воспоминанія о Н. Н. Феноменовѣ, какъ о профессорѣ и энергичномъ и дѣятельномъ предсѣдателѣ Общества, предсѣдатель предлагаетъ высказаться, какимъ путемъ Общество желаетъ чествовать юбилей Николая Николаевича феноменова.

Посѣтитель проф. В. С. Груздевъ, очертивъ дѣятельность Н. Н. Феноменова, какъ научнаго дѣятеля и какъ практическаго врача, предложилъ Обществу послать ему привѣтственную телеграмму.

Разумовскій, отмѣтивъ высокополезную научно-педагогическую дѣятельность Н. Н. Феноменова, сказалъ, что до Феноменова въ Казани оперативной гинекологіи не было. Онъ первый ввелъ ее въ Казани. Кромѣ того, онъ способствовалъ введенію асептики не только въ Казани, но и въ Россіи.

Д-ръ Казанскій напомнилъ, что въ предсѣдательство проф. Н. Н. Феноменова, въ концѣ 1890-хъ годовъ Общество переживало великій моментъ жизни: Обществомъ организованы были систематическіе публичные медицинскіе курсы, съ такимъ огромнымъ успѣхомъ прошедшіе, когда университетъ превратился м. ск. въ народный университетъ! Бывши на дняхъ на съѣздѣ въ Самарѣ, мнѣ пришлось слышать, какъ одна знакомая дама, участница бывшихъ курсовъ, съ большимъ удовольствіемъ вспоминая эти курсы, выражала Обществу живѣйшую благодарность за прекрасное устройство ихъ. Проф. Н. Н. Феноменовъ, въ качествѣ предсѣдателя Общества, много содѣйствовалъ правильной организаціи курсовъ и столь блестящему успѣху ихъ

Праксинъ желалъ бы обратить вниманіе въ посылаемой телеграммѣ на мѣстныя особенности дѣятельности Н. Н. Феноменова и какъ талантливаго лектора.

Предсѣдатель, резюмируя сказанное, считаетъ, что Общество принимаетъ проектъ телеграммы, предложенный посѣтителемъ проф. В. С. Груздевымъ, съ условіемъ внесенія въ нее предложенныхъ дополненій.

3) Н. А. Геркенъ демонстрируетъ больного мальчика съ актиномикозомъ щеки.

Почетн. членъ В. И. Разумовскій привѣтствуетъ подобнаго рода демонстраціи.

4) Почетный членъ *В. И. Разумовскій*: «Къ казуистикѣ обширныхъ резекцій желудка» (съ демонстраціей препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Праксинъ. Я полагаю, что коллективная разработка подобнаго рода вопросовъ имѣетъ весьма важное значеніе, а потому просилъ бы

позволенія продемонстривать Вамъ препаратъ случая резекціи желудка. Операцию эту я произвелъ 4-го февраля 1899 года и демонстрировалъ полученный препаратъ на бывшемъ тогда въ Казани Широковскомъ Съѣздѣ. Больной 34 лѣтъ не замѣтилъ начала заболѣванія. 7-го іюля 1898 года я сдѣлалъ лапаротомію. Рвоты не было вообще опухоль была неясна. При лапаротоміи было найдено много сращеній, пришлось разсѣчь сальникъ; имѣлось канкрозное разращеніе передней и задней стѣнокъ желудка. Операция была сдѣлана по обыкновенному способу, причѣмъ пришлось удалить болѣе трехъ четвертей желудка. Послѣ операциі сначала положеніе больного было сомнительно: пульсъ доходилъ до 150 ударовъ, психическое состояніе было угнетенное. Въ первые дни мы питали его только *per rectum*. На 3-й день было приступлено къ питанію *per os*, но пульсъ всетаки держался около 130, и только по истеченіи 2-хъ недѣль больной сталъ ходить по палатѣ. Сначала больной вѣсилъ 2 п. 39 ф., но потомъ онъ прибавилъ въ вѣсѣ. Впослѣдствіи я узналъ, что онъ умеръ отъ какой то острой инфекціонной болѣзни.

Вы знаете, что каждый оперативный методъ имѣетъ двѣ стадіи своего развитія. 1-я стадія—клинико эмпирическая, которая въ концѣ концовъ не удовлетворяетъ клиницистовъ; напр. при сарцинома рыльца *uteri* удаляли не всю *uterus*, а только рыльце; при сарцинома *mammae* удаляли только раковый узелъ, полагая, что дѣлаютъ радикальную операцию. Но этого оказалось мало, пришлось удалять не только всю *mamma*, но также, по *Folkmann'u*, и железы въ *axilla*. Въ дальнѣйшемъ вслѣдствіе болѣе близкаго знакомства съ распространеніемъ лимфатическихъ сосудовъ пришлось экстирпировать и мышцу, прилегающую къ *mammae*.—Въ настоящее время хирургія расширила такъ же и предѣлы резекціи желудка. При изученіи лимфатической системы желудка операциа резекціи его вступаетъ во 2-ю фазу: экспериментально-патологическую. Мы должны оперировать вплоть до *cardia*, если железы инфильтрированы до *cardia*, подобно тому какъ это имѣетъ мѣсто при операциі *mammae*. Теперь является вопросъ: не увеличимъ-ли мы % смертности при субтотальной операциі? Конечно, % смертности долженъ былъ бы повыситься. Я не рѣшаю этого вопроса детально, однако, я не нашелъ въ статистикѣ подобныхъ операций, что % смертности повышается въ зависимости отъ обширности резекціи.

Проф. Орловскій. Какъ терапевтъ, я съ большимъ удовлетвореніемъ слушалъ сообщеніе проф. В. И. Разумовскаго и замѣчанія проф. И. А. Праксина. Еще на студенческой скамьѣ въ 1896

году мнѣ удалось видѣть ту больную, страдавшую ракомъ желудка, которой покойный профессоръ В. А. Ратимовъ произвелъ съ такимъ блестящимъ результатомъ резекцію желудка. Слѣдя дальше за успѣхами хирургіи при лѣченіи раковъ желудка, гдѣ внутренняя медицина является безпомощной, я убѣждался, что съ улучшеніемъ техники достигаемые операціею результаты превосходятъ результаты т. наз. внутренняго лѣченія. Такъ, обширная статистика Kgrnlein'a показываетъ, что гастроэнтеростромія удлинняетъ жизнь при ракъ желудка въ среднемъ на 3 мѣсяца, а резекція желудка на 14 мѣсяцевъ; въ отдѣльныхъ, однако, случаяхъ послѣдняя операція, въ пользу которой рѣшительно высказался покойный проф. Mikulicz даетъ гораздо лучше результаты, удлинняя жизнь на 8 и болѣе лѣтъ. Даже полное удаление желудка произведенное до 1902 года въ 22 случаяхъ, давало неоднократно превосходные результаты (Herczel, Dollinger, Riberas и др). Въ согласіи съ этимъ и патолого-анатомическія изслѣдованія Most'a, Vogtmann'a и Lengemann'a показали, что ракъ желудка не такъ быстро даетъ метастазы въ болѣе отдаленныхъ органахъ, какъ нѣкоторые другіе раки, что зависитъ отъ относительной замкнутости лимфатической системы желудка. Несмотря на эти ободряющіе результаты, я до сихъ поръ по опыту моей прежней дѣятельности въ Петербургѣ убѣждался, что хирурги не охотно прибѣгаютъ къ операціи при злокачественныхъ опухоляхъ желудка. Сказанное проф. В. И. Разумовскимъ и проф. И. А. Праксинимъ даетъ мнѣ право заключить, что здѣсь въ Казани эти операціи, повидимому, пользуются большимъ вниманіемъ. Констатированіе подобнаго отношенія для меня, какъ терапевта, очень важно.

Я хотѣлъ бы сдѣлать еще маленькую поправку къ сообщенію проф. В. И. Разумовскаго. Операцію резекціи желудка произвелъ впервые не Billroth, а, насколько мнѣ извѣстно, за полгода до Billroth'a резекція привратника желудка была произведена извѣстнымъ хирургомъ проф. Ruydiger'омъ: это конечно, не умаляетъ заслуги Billroth'a; послѣднему мы обязаны тѣмъ, что за этой операціей было признано право гражданства.

Докладчикъ. 1-я операція сдѣлана въ 1879 году Реап'омъ въ Парижѣ, но съ неудачнымъ исходомъ; а въ 1880-мъ году сдѣлана была уже операція Ruydiger'омъ и тоже съ неудачнымъ исходомъ. Затѣмъ, съ удачнымъ исходомъ сдѣлана была операція Billroth'омъ. Предварительно, передъ операціей была выработана ассистентами Billroth'a оперативная методика на животныхъ.

Казанскій. Какія причины смерти при этихъ операціяхъ?

Докладчикъ. Здѣсь играетъ большую роль перитонитъ, такъ какъ асептику въ полной мѣрѣ провести трудно; а затѣмъ причиною смерти бываетъ несовершенство техники желудочнокишечныхъ швовъ. Въ 3-хъ гибнутъ больные отъ пневмоніи и въ 4-хъ отъ эмболии. Кроме того, нерѣдко гибнутъ больные отъ истощенія вслѣдствіе образованія фистулы при примѣненіи тампонады полости.

Праксинъ. Въ числѣ причинъ смерти, на мой взглядъ, играетъ роль въ подобныхъ случаяхъ операціонный шокъ и интоксикація отъ хлороформа. Думаю, что хирургическая травма здѣсь велика.

Докладчикъ. Цѣль моей демонстраціи заключается въ слѣдующемъ: мнѣ кажется, мы слишкомъ поздно получаемъ для операціи подобныхъ больныхъ. Желательна поэтому болѣе ранняя діагностика рака желудка и болѣе ранняя операція.

Орловскій. Я позволю себѣ заступиться за терапевтовъ. Я никакъ не думаю, чтобы доброкачественное суженіе привратника желудка такъ часто не распознавалось терапевтами, какъ повидимому, полагаеть проф. В. И. Разумовскій: при сколько-нибудь тщательномъ отношеніи къ дѣлу этотъ діагнозъ не является труднымъ. Если, однако, больные съ доброкачественнымъ суженіемъ привратника желудка и съ ракомъ желудка часто попадаютъ къ хирургамъ поздно, то во многихъ случаяхъ это обусловливается нежеланіемъ больныхъ ложиться на операціонный столъ, той боязнью передъ операціей, которая такъ сильна еще даже въ интеллигентномъ классѣ.

Я и сейчасъ, напр. имѣю нѣсколько больныхъ съ аппендицитомъ и съ желчными камнями, которые рѣшительно отказываются отъ показаннаго у нихъ оперативнаго лѣченія.

Высказываясь за оперативное лѣченіе въ подходящихъ случаяхъ, я, однако, долженъ сознаться, что особенно плохіе результаты мнѣ приходилось видѣть въ случаяхъ операціи при ракѣ желудка, развившемся на почвѣ круглой язвы. Передо мною живо стоитъ одинъ случай рака желудка, гдѣ операція была произведена уже въ самомъ раннемъ періодѣ, когда язва желудка начала раково перерождаться. Я былъ приглашенъ къ больному по поводу очень обильнаго желу-

дочнаго кровотеченія, наступившаго послѣ произведеннаго двумя днями раньше выкачиванія желудочнаго сока; изслѣдованіе послѣдняго обнаружило рѣзкую гиперсекрецію и гиперхлоргидрію. Распознавъ круглую язву желудка, я предложилъ больному лечь въ клинику проф. В. Н. Сиротинина. Въ клиникѣ на нашихъ глазахъ спустя нѣкоторое время стала обнаруживаться опухоль въ области выхода желудка; сначала она выступала очень неясно лишь въ боковомъ положеніи больного, а затѣмъ постепенно становилась все яснѣе; такъ какъ одновременно кислотность желудочнаго сока и количество свободной соляной кислоты въ немъ стали быстро падать, то въ клиникѣ мы признали начинающееся раковое перерожденіе язвы и перевели больного въ хирургическую клинику проф. С. П. Федорова. Операция была произведена приватъ доцентомъ В. А. Опшелемъ, нынѣ проф. В.—Медицинской Академіи. Спустя нѣсколько дней, однако, больной умеръ. Подобный неблагоприятный исходъ операціи въ случаѣ рака, развившагося на почвѣ круглой язвы желудка, мнѣ думается, зависитъ отъ множества срощеній, которыя характерны для круглой язвы желудка. Въ только-что приведенномъ мною случаѣ срощенія были очень сильно развиты, такъ что пришлось удалить цѣлыя петли толстыхъ кишекъ. Это обстоятельство, конечно, значительно затрудняетъ операцію и уменьшаетъ надежду на благоприятные результаты.

Предсѣдатель. Господа, это была моя обязанность обратить вниманіе на значеніе сдѣланнаго доклада и демонстраціи. Ближайшимъ послѣдствіемъ такихъ докладовъ должна быть болѣе ранняя рекомендація оперативныхъ способовъ леченія рака желудка и доброкачественнаго пилорического стеноза. Но позвольте мнѣ освѣтить доложенный случай и съ иной стороны. Проф. Кохеръ въ 5-мъ изданіи своего руководства говоритъ, что всякій хирургъ счастливо произведшій тотальную экстирпацію желудка по справедливости можетъ гордиться своимъ искусствомъ и, говоря далѣе о субтотальныхъ экстирпаціяхъ тутъ-же, въ руководствѣ, въ учебный книгѣ, приводитъ описаніе своего случая, гдѣ онъ вынужденъ былъ вмѣстѣ съ желудкомъ удалить и часть толстой кишки. Господа, случай доложенный В. И. Разумовскимъ еще болѣе достоинъ удивленія и оцѣнки. Въ самомъ дѣлѣ, хирургъ, вскрывъ полость живота, убѣждается, что раковая опухоль срослась съ лѣвой долей печени; мало того онъ убѣждается, что имѣется не простое срощеніе, а проростаніе раковыхъ узловъ въ печень, и тѣмъ не менѣе хирургъ не оставляетъ операцію, не зашиваетъ брюшную рану, а вы-

рѣзываетъ часть пораженной печени. Убѣдившись далѣе изъ осмотра удаленной части, что одинъ узелъ перерѣзанъ, докладчикъ снова реzeцируетъ печень, удаляетъ все, пораженное ракомъ и, остановивъ кровотеченіе, получаетъ въ концѣ концовъ гладкое выздоровленіе оперированнаго. Этотъ случай по своему интересу и по свидѣтельству объ энергіи и искусствѣ оператора стоитъ совсѣмъ особнякомъ и заслуживаетъ конечно описанія въ самыхъ распространенныхъ хирургическихъ журналахъ. Потому не рѣшаясь просить Васъ помѣстить Вашу статью полностью въ Каз. Мед. Журналѣ, я покорнѣйше просилъ бы дать намъ хотя бы авторефератъ для помѣщенія въ нашемъ журналѣ.

5) Посѣтителъ д-ръ *Е. А. Зеньковичъ*. «Атрофія зрительныхъ нервовъ вслѣдствіе употребленія киндербальзама».

П Р Е Н І Я.

А га ба б о в ъ. Мы знали до сихъ поръ много причинъ слѣпоты, но теперь появилась еще одна, это—киндербальзамъ. Киндербальзамъ въ старыхъ книгахъ рекомендуется при болѣзняхъ пупка; при болѣзняхъ глаза рекомендуется 2—3 капли втирать около глазъ. Представляется интереснымъ вопросъ, гдѣ въ данномъ случаѣ пораженія глазъ гнѣздится болѣзненный очагъ. Такъ какъ амаврозъ двусторонній, то скорѣе нужно думать, что здѣсь пораженъ не зрительный центръ, а самый нервъ по типу *neuritis retrobulbaris*. Я позволилъ бы себѣ обратить вниманіе на общественное значеніе констатированнаго нами факта. Было бы желательно обратить вниманіе на продажу киндербальзама.

Ш и б к о в ъ констатируетъ огромную продажу киндербальзама изъ аптекъ въ Спаскомъ уѣздѣ въ базарные дни. Изъ 5-ти отпускаемыхъ рецептовъ 4 приходится на киндербальзамъ.

К р и в о н о с о в ъ подтверждаетъ широкое распространеніе киндербальзама среди населенія въ Лайшевскомъ уѣздѣ.

Ц ы п к и н ъ. Мнѣ извѣстно, что нѣкоторые аптеки готовятъ массу киндербальзама и отправляютъ его въ уѣзды. Мнѣ думается,

что высокое содержаніе алкоголя до 70 % играетъ здѣсь большую роль въ пораженіи глаза.

Посѣтителѣ студ. Перекроповъ. По отзывамъ нѣкоторыхъ аптекарей, киндербальзама въ базарные дни продается до 2-хъ чудовъ въ день одной аптекой. Цѣна его дороже водки.

Болбергъ. Мнѣ, какъ бывшему заводскому врачу Вятской губ., извѣстно огромное употребленіе киндербальзама. Онъ является любимымъ лечебнымъ средствомъ. Послѣдній больной съ амврозомъ далъ мнѣ показанія, что онъ покупалъ к. бальзамъ въ лавкѣ.

Захарьевскій. Среди чувашъ въ Цивильскомъ уѣздѣ к. бальзамъ пользовался широкимъ распространеніемъ, какъ лечебное средство, но какъ напитокъ онъ не былъ распространенъ. Имъ торговали въ лавкахъ. Въ городской практикѣ очень часто к. бальзамъ употребляется въ простомъ быту. Аптекари мнѣ говорили, что болѣе всего они торгуютъ к. бальзамомъ по воскресеньямъ утромъ, когда казенныя лавочки закрыты.

Орловскій. Изъ всего, что до сихъ поръ сказано, я прихожу къ тому заключенію, что киндербальзамъ самъ по себѣ представляетъ средство сравнительно невинное, такъ какъ, не смотря на его обширное распространеніе, пораженіе глазъ констатировано лишь въ небольшомъ числѣ случаевъ. Очевидно, эти неблагоприятные результаты слѣдуетъ скорѣе объяснить примѣненіемъ фальсифицированныхъ препаратовъ. Если бы докладчику и впередъ попадались случаи пораженія глазъ отъ киндербальзама, я просилъ бы его направить этихъ больныхъ ко мнѣ въ Александровскую больницу; мнѣ было бы интересно выяснить, не вызываетъ ли киндербальзамъ также пораженія внутреннихъ органовъ.

Докладчикъ. У насъ одинъ больной былъ изслѣдованъ во внутренней клиникѣ, но ничего ненормальнаго у него не было обнаружено. Что касается значенія алкоголя, какъ причины въ пораженіи глазъ при употребленіи к. бальзама то, очевидно, не онъ одинъ играетъ здѣсь роль, такъ какъ здѣсь картина пораженія глазъ иная, чѣмъ при отравленіи алкоголемъ, напр. при страданіи глазъ отъ злоупотребленія коньякомъ или абсентомъ.—Быть можетъ, амврозъ наб-

людается при употребленіи к. бальзама и чаще, чѣмъ мы думаемъ, такъ какъ мы до сихъ поръ не обращали вниманія на эту причину.

Посѣтитель д-ръ Искакинъ. Я работалъ во многихъ мѣстахъ Россіи и также могу констатировать большое употребленіе киндербальзама.

Десятовъ констатируетъ большое распространеніе к. бальзама въ Новгородскомъ уѣздѣ, однако, только, какъ лечебнаго средства, а не напитка.

Агабабовъ. Несомнѣнно, киндербальзамъ употребляется давно. Однако, въ теченіе 20-ти лѣтъ своей практики я вижу въ первый разъ случаи пораженія глазъ отъ него. Не играетъ ли здѣсь роль особенная вредность примѣсей, содержащихся за послѣднее время въ киндербальзамѣ. Затѣмъ, долженъ замѣтить, что нѣкоторые больные видятъ въ к. бальзамѣ болѣе высокій напитокъ и употребляютъ его съ большей охотою, чѣмъ простую водку.

Посѣтитель д-ръ Занченко констатируетъ большое распространеніе к. бальзама въ Донской области.

Казанскій. Какое имѣетъ значеніе впрыскиваніе хлористаго натра подъ конъюнктиву?

Дскладчикъ. Онъ улучшаетъ лимфообращеніе въ глазѣ.

Предсѣдатель заключая пренія, благодарилъ докладчика за сообщеніе.

II. Административная часть.

1) Предсѣдатель доложилъ Обществу объ отводѣ университетомъ 2-хъ большихъ комнатъ для библіотеки Общества въ третьемъ этажѣ западной половины главнаго зданія.

2) Предсѣдатель прочиталъ письмо, полученное имъ отъ Уфимскаго городского головы П. Ф. Гиневскаго отъ 16 апрѣля 1908 г., въ которомъ снѣ выражаетъ Обществу врачей «искреннюю благодарность».

за присылку ему выпуска «Казанскаго Медицинскаго Журнала», посвященнаго памяти профессора Н. М. Любимова, и тѣмъ болѣе,—пишетъ г. Гиневскій, — что, какъ уроженцу гор. Уфы, сверстнику покойнаго, сидѣвшему съ нимъ на одной гимназической скамьѣ, мнѣ особенно дорого воспоминаніе о немъ и особенно пріятно было ознакомиться изъ этого журнала со всѣми перипетіями его много-трудовой жизни, по достоинству оцѣненной его ближайшими сотрудниками и учениками».

3) Выборы въ дѣйствит. члены Общества врачей:

проф. В. С. Груздева	—	16 изб.	4 неизб.
женщ. вр. Е. М. Татарской	—	20 изб.	2 неизб.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.