

*Его Величеству, Графу Сергею
Фридриховичу Строганову
отъ "Консультантъ и Совѣтъ"*

ТРУДЫ

*Врачей Одесской
Городской Больницы*

врачей

ОДЕССКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Выпускъ I.

ОДЕССА,

Русск. тип. Р. Вейленсонъ. Преобр. ул., д. Млми.

1875.

СТРОГАНОВ

5365

ЦѢНА 1 РУБ.

ТРУДЫ

врачей

ОДЕССКОЙ ГОРОДСКОЙ ВОЛЬНИЦЫ

Выпускъ I.

ОДЕССА,

Русск. тип. Р. Бейленсонъ. Преобр. ул., д. Мишк.

1875.

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА ОНУ ІМЕНІ МЕЧНИКОВА

Дозволено цензурою. Одесса, — 16 Марта 1875 г.



Строч.

5965.

СОДЕРЖАНІЕ:

| | |
|---|---------|
| I. Введеніе. | |
| II. Обзоръ дѣятельности врачей Одесской городской больницы, выразившейся въ научныхъ заступаніяхъ. | |
| | Стран. |
| 1. Казуистика болѣзней мочевыхъ и половыхъ органовъ. | |
| Θ. Вдовиковскаго. | 1— 14 |
| 2. Изслѣдованіе вліянія газовъ на кровяные шарикки человека.— I методъ изслѣдованія. Г. Минха. | 15— 21 |
| 3. Острый восходящій параличь. О. Мочутковскаго. | 22— 31 |
| 4. Отчетъ о холерномъ отдѣленіи Одесской городской больницы за эпидемію 1872 г. М. Погребинскаго. | 32— 79 |
| 5. Патолого-анатомическія изслѣдованія. — I. Геморрагическая оспа.— Изслѣдованія въ тазу и лоханкахъ. Г. Минха | 80— 92 |
| 6. Нѣсколько словъ о камнедробителѣ Д-ра Reliquet. | |
| Θ. Вдовиковскаго. | 93— 97 |
| 7. Параличь движенія правой верхней конечности, атрофія ея мышцъ съ замедленіемъ роста костей. О. Мочутковскаго. | 98—104 |
| 8. Умопомѣшательство у мальчика 15 лѣтъ. А. Розенблюма. | 107—113 |
| 9. Pleuritis exsudativa, thoracocentesis, — выздоровленіе. | |
| И. Сморгчевскаго. | 114—117 |
| 10. Сахарное мочеизуреніе. Θ. Вдовиковскаго. | 118—135 |
| 11. Случай отравленія головками фосфорныхъ спичекъ. | |
| О. Мочутковскаго. | 136—139 |

Въ 1863 году, по ходатайству Новороссійскаго и Бессарабскаго Генераль-Губернатора Графа Строгонова, учреждень *Советъ и Консультации Врачей Одесской Городской Больницы* съ хозяйственно-административною и научною цѣлями.

Чтобы удовлетворить этимъ цѣлямъ Советъ Врачей долженъ былъ собираться въ опредѣленное время для обсужденія тѣхъ или другихъ хозяйственно-административныхъ вопросовъ или научныхъ заявленій и сообщеній.

Смѣшанный характеръ содержанія этихъ засѣданій повлекъ за собою то, что обязательное обсужденіе хозяйственно-административныхъ нуждъ больницы стало на первомъ планѣ, въ ущербъ научнымъ интересамъ, которые представлялъ обильный матеріалъ больницы. Научныя сообщенія въ засѣданіяхъ Совета Врачей становились все рѣже и рѣже и, наконецъ, совсѣмъ прекратились.

Въ виду этого, по заявленію нѣкоторыхъ своихъ членовъ, Советъ Врачей, въ засѣданіи своемъ 26-го іюля 1873 года, постановилъ:

во 1-хъ, разграничить занятія административно-хозяйственныя отъ научныхъ и назначить для этихъ послѣднихъ каждыя двѣ недѣли спеціальныя вечернія засѣданія;

II

во 2-хъ, чтобы сдѣлать эти засѣданія гласными, предоставить свободный входъ въ засѣданія всѣмъ врачамъ города съ совѣщательнымъ голосомъ и печатать дѣлающіяся въ засѣданіяхъ сообщенія въ отдѣльномъ сборникѣ, подъ заглавіемъ «Труды Врачей Одесской Городовой Больницы».

Предлагаемый выпускъ, за которымъ, хотя черезъ неопредѣленное, но несомнѣнно короткое время, послѣдуютъ и другіе, есть первый опытъ предполагавшагося изданія, программа котораго опредѣляется: строгимъ сознаніемъ необходимости — сбересть самостоятельныя наблюденія врачей и ихъ личный опытъ отъ забвенія въ пыли больничнаго архива и, развивая больничную казуистику, дать отечественнымъ дѣятелямъ на поприщѣ науки возможность пользоваться матеріаломъ изъ русскихъ больницъ.



Обзоръ дѣятельности Врачей Одесской Городовой Больницы,
выразившейся въ засѣданіяхъ по научному отдѣлу,—
съ 11 Октября 1873 г. по 9 Мая 1874 г.

Милостивые Государи!

Какъ секретарь Совѣта Врачей по научному отдѣлу, я считаю себя не только въ правѣ, но и обязаннымъ возстановить въ вашей памяти картину нашей дѣятельности въ теченіи сезона 1873—1874 года.

Я не хочу касаться мотивовъ возникновенія, направленія, цѣли и условий дальнѣйшаго существованія засѣданій, такъ какъ все это достаточно хорошо вамъ извѣстно.—Еще менѣе имѣлъ-бы я основаній позволить себѣ критически отнестись къ научнымъ достоинствамъ отдѣльныхъ трудовъ: пренія въ засѣданіяхъ, подчасъ весьма строгія, своевременныя возраженія и провѣрка фактовъ тутъ-же на дѣлѣ давно меня на этотъ разъ опередили.—

Въ виду всего этого перехожу прямо къ отчету: въ теченіи сказаннаго промежутка времени мы собирались 15 разъ.

Согласно § 9-му программы дѣятельности «Консультаціи и Совѣта Врачей Одесской Городовой Больницы», председатель былъ избираемъ на каждыя два засѣданія.

Согласно § 11 той же программы избрана была редакционная комиссия для печатания «Трудовъ и Отчетовъ Врачей Одесской Городовой Больницы», состоящая изъ 3-хъ лицъ.

Членами состояли все врачи служащие при Одесской Городовой Больнице въ томъ числѣ и Гг. кандидаты на ординаторскія должности—всего 27 человекъ; 16 изъ нихъ дѣлали сообщенія въ засѣданіяхъ, а именно:

Г. Минхъ.

- 1, Обь измѣненіяхъ почекъ при геморрагической оспѣ.
- 2, Обь измѣненіяхъ артеріальныхъ сосудовъ.
- 3, Казуистика безплодія мужчинъ.
- 4, Тромбозъ v. portae.
- 5, Патолого-анатомическія измѣненія въ спинномъ мозгу при столбнякѣ.
- 6, Случай эхинококковъ печени.
- 7, Нѣкоторыя дополненія къ статьѣ Доктора Циммермана (нап. въ Сборн. по Судеб. Мед. 1874 г. № 2-й) „самоотравленіе фосфоромъ“.
- 8, Замѣчанія по поводу изслѣдованія кровяныхъ нитей на гемпнѣ.
- 9, Случай цистцерковъ въ сердечной мышцѣ.
- 10, Случай Recurrentis bilios.
- 11, Случай геморрагической оспы.
- 12, Аневризма сердца.
- 13, Эхинококки печени.
- 14, Къ патологіи выносящихъ сосудовъ яичка.
- 15, Endoarteritis pseudomembranacea.
- 16, Обь эктазиі сѣменныхъ канальцевъ.
- 17, О спираліяхъ въ крови больныхъ возвратною горячкою.
- 18, Случай миомы матки.

Г. Вдовиковскій.

- 1, О діагностикѣ почечныхъ камней.
- 2, Случай Rupiae syphiliticae.
- 3, Случай Psoriasis palmaris.
- 4, Случай застарѣлаго сифлиса.
- 5, Случай urethrotomiae intern.
- 6, Демонстрировалъ инструментъ Мезоніева для urethrotomiae int.
- 7, Порокъ образованія мочевого канала.
- 8, Современныя улучшенія въ камнедробителѣ.

Г. Кондратовичъ.

- 1, О парывахъ околоушной желѣзы.
- 2, О воспаленіи сочлененій.
- 3, О способахъ вскрытія подмышечныхъ паривовъ.
- 4, О переломахъ луча.
- 5, О способахъ леченія равъ.

Г. Соловейчикъ.

- 1, Случай Pemphigus acut.

Г. Шмидъ.

- 1, О травматическихъ поврежденіяхъ глазъ.
- 2, Случай отслойки Retinae.
- 3, О Keratitis diffusa.
- 4, Случай блефароластии.
- 5, Случай вывиха хрусталика.
- 6, Обь измѣненіяхъ глазъ при Базедовой болѣзни.

Г. Грумбергъ.

- 1, Случай тетаніи.
- 2, Нарывъ подкрыльцовой впадины.
- 3, Случай аневризмы брюшной аорты.

Г. Бертензонъ.

- 1, Случай назожной сыпи.
- 2, Случай мокрихъ подмышечныхъ папулъ.
- 3, Случай скоростипной смерти, вследствие отравленія меркуріемъ.

Г. Розенблюмъ.

- 1, Случай мозговой опухоли.
- 2, О дѣйствіи электричества при меланхоліи.
- 3, Случай рака языка.
- 4, Случай помѣшательства у 14 лѣтняго мальчика.
- 5, Эпилепсія—поглощеніе танбурной иглы.

Г. Сморгевскій.

- 1, Pleuritis exudativa—примѣненіе аппарата Dieu-la-Foy—выздоровленіе.

Г. Горскій.

- 1, Отчетъ объ оспенной эпидеміи 1872 года въ Одессѣ.

Г. Меринъ.

- 1, Случай Diabetes insipidus.

Г. Клебергъ.

- 1, Случай поврежденія лобной кости.

Г. Коколанъ.

- 1, Случай двойного перелома ампутированной части плеча, не зацеленный при жизни.

Г. Погребинскій.

- 1, Случай гноянаго зараженія крови.
- 2, Случай столбняка.
- 3, Отчетъ о холерѣ 1872 года (1-я часть).

Г. Авенариусъ.

- 1, Случай міомы матки.

Г. Мочутковскій.

- 1, О подвижныхъ почкахъ.
- 2, Случай прогрессивной мышечной атрофіи.
- 3, О колебаніяхъ температуры возвратно—горячечныхъ.
- 4, Случай Базедовой болѣзни.
- 5, О способахъ леченія столбняка.
- 6, Мѣстная мышечная атрофія.
- 7, О дѣйствіи Conduango при раковыхъ опухоляхъ.
- 8, Два случая Аддисоновой болѣзни.
- 9, Опухоль правой мозговой ножки.
- 10, Случай отравленія фосфоромъ.
- 11, Скоротечная мышечная атрофія послѣ сыпнаго тифа.
- 12, Случай Meningitidis basilaris chron.

Всѣхъ сообщеній было 70.

Въ редакціонную комиссію поступило двѣ рукописи. Такъ какъ этого недостаточно было для изданія «Трудовъ и Отчетовъ

Врачей Одесской Городовой Больницы» и слѣдовательно редакціонной комиссіи нечего было дѣлать, то, естественно, она и не имѣла своихъ засѣданій. За такую крайнюю несправность въ доставленіи рукописей нельзя упрекать исключительно гг. авторовъ. Доля вины лежитъ и на стенографрахъ, которые на столько стѣснялись медицинскими терминами, что упуская цѣлыя мысли и, записывая отрывки сообщеній, доставили корректуры до того въ некажемомъ видѣ, что нельзя было узнать въ нихъ свою рѣчь; одинъ стенографъ, записывавшій 4 засѣданія, не представилъ ни одного сообщенія даже по настоящее время.

Въ финансовомъ отношеніи мы располагали 500 руб. сер., ассигнованными Городскимъ Управленіемъ на печатаніе «Трудовъ и Отчетовъ Врачей Одесской Городовой Больницы».

Вотъ, Милостивые Государи, объективный итогъ нашей дѣятельности; субъективный же, каждый изъ насъ пусть ищетъ въ себѣ самомъ, такъ какъ за отсутствіемъ печатныхъ трудовъ и по одному сухому перечню сообщеній, интересующіеся нашей дѣятельностью лишены возможности отнестись къ намъ критически съ научной стороны.—Но съ каждымъ почти засѣданіемъ увеличивавшееся число гостей*), гг. врачей не принадлежащихъ больничной корпораціи и постоянное посѣщеніе нѣкоторыми изъ нихъ, людьми весьма почтенными и получившими известность въ литературѣ, говорятъ въ пользу нашего дѣла.

Я, кажется, не ошибусь, сказавъ, что если бы все то что сообщалось въ нашихъ 15 засѣданіяхъ было напечатано, то образовался бы сборникъ равный по объему, напримѣръ, годовому изданію «Журнала для нормальной и патологической истологій, Фармакологій и т. д.», издаваемого уважаемыми профессорами Рудневымъ, Богдановскимъ, Забѣлинымъ и Заварыкинымъ.

Такая масса труда и при томъ преимущественно клиническаго характера, при крайней бѣдности разработки клиническаго матеріала въ литературѣ настоящаго времени, какъ будто бы

*) Въ одномъ изъ засѣданій было 42 врача.

медицина съ этой стороны была наукой исчерпанной, палагаетъ на насъ обязанность не только продолжать усиленно разрабатывать богатый нашъ больничный матеріалъ, но и своевременно передавать его гласности.

Не желая утомлять ваше вниманіе указаніями на пользу, которую должно принести задуманное нами изданіе, я смѣю только увѣрить васъ, что изложенныя мною данныя достаточно гарантируютъ возможность и успѣшность начатаго нами предпріятія.

Въ заключеніе позвольте мнѣ поблагодарить Васъ за оказанную мнѣ честь избранія въ Секретари Совѣта и предложить выборы новаго секретаря, такъ какъ по многимъ причинамъ и не имѣю возможности продолжать этотъ трудъ въ будущемъ.

Секретарь Мочутковскій.

Читано въ Засѣданіи Врачей Одесской Городовой Больницы
24 Октября 1874 года.

КАЗУИСТИКА БОЛѢЗНЕЙ МОЧЕВЫХЪ И ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

О. Вдовиковскаго.

Кому изъ насъ неизвѣстно, что наша современная русская медицинская литература, наши теперешніе труды и работы страдаютъ отсутствіемъ хорошей научной казуистики. — Въ протоколахъ нашихъ многочисленныхъ медицинскихъ обществъ таковая еще подчасъ попадается; въ журналахъ и вообще медицинской прессѣ случаи эти рѣдки, а случаи дѣльной казуистики болѣзней мочевыхъ органовъ составляютъ чрезвычайную рѣдкость. Грустно сказать, но просматривая наши журналы не за одинъ послѣдній годъ, а за нѣсколько лѣтъ, съ трудомъ наберется едва нѣсколько только такихъ случаевъ. Отъ чего это происходитъ? Отъ незнанія ли всей пользы и чрезвычайной важности этого вопроса? Отъ недостатка ли матеріала? Отъ недостаточной ли нашей клинической подготовки къ разработкѣ научной казуистики? Не думаю: и знаніе важности вопроса у насъ есть, и клиническая подготовка кое—какая найдется, и матеріалъ обилень. Причина этому болѣе отдаленная, и кроется—съ одной стороны въ современномъ направленіи нашей медицины вообще: въ ея страсти къ микроскопу—микроскопоманіи, въ забытіи и поправіи ногами клиническаго опыта и клинической традиціи; съ другой стороны—въ отсутствіи у насъ спеціализаціи труда, въ недостаткѣ дѣльныхъ спеціалистовъ. Посмотримъ на тотъ народъ, который на обыкновенномъ у насъ нарѣчій называется практичнымъ—на Англичанъ, на ихъ журналистику; возьмите въ руки любой ихъ журналъ: тоже знакомство съ научной медициной, тѣже работы съ микроскопомъ, тѣже труды по нормальной и патологической гистологіи plus любовь и глубочайшее знаніе важности клиническаго эксперимента и живое сохраненіе

въ памяти того, что я называю клиническою традиціей, т. е. клиническаго опыта, завѣщаннаго предшествующими вѣками. Всякій больной, всякій случай разрабатывается сообразно современному взгляду на вопросъ и комментируется взглядами и опытами какого нибудь Сиденгама, Чарльзъ-Беля и проч.—Отсюда, при одновременномъ поклоненіи микроскопу и сердечномъ, живомъ занятіи имъ, у Англичанъ выросла и создалась громадная клиническая казуистика, какой по днесъ непроизвелъ ни одинъ народъ. Другая причина отсутствія хорошей казуистики у насъ есть, какъ я сказалъ, — несовершенная и неполная спеціализація труда и недостатокъ спеціалистовъ; такъ, хотя бы по болѣзнямъ мочевыхъ органовъ, такихъ спеціалистовъ у насъ почти вовсе нѣтъ. На всю Россію насчитывается всего человѣка три—четыре, и только за послѣднее время устроена въ Москвѣ клиника этихъ болѣзней съ доцентурою, да ходили слухи объ учрежденіи такой-же доцентуры въ Кіевѣ. Есть у насъ Офтальмологи, Акушеры, Сифилографы, врачей же занимающихся болѣзнями органовъ мочевой системы, какъ сказано, нѣтъ, и вся эта обширная спеціальность, требующая, какъ извѣстно, строгой научной подготовки и тонкой, выработанной техники, отнесена у насъ къ области хирургіи, гдѣ ею занимаются, какъ ихъ называлъ покойный Сивіаль, — хирурги энциклопедисты. Извѣстно, на сколько разработка всякой спеціальности, кромѣ личнаго совершенствованія ею занимающагося, совершенствуется науку и способствуетъ ея прогрессу. Только благодаря полному ихъ отдѣленію отъ хирургіи и совершенной ихъ спеціализаціи Офтальмологія и Сифилодологія сдѣлали тотъ громадный прогрессъ, который совершился почти на нашихъ глазахъ. Такова, по моему мнѣнію, и будущность уропатіи; когда у насъ, на подобіе того, что дѣлается на Западѣ, спеціальность эта выдѣлится и породитъ спеціалистовъ, тогда у насъ родится дѣльная, зрѣлая и вполне научная казуистика этихъ болѣзней.—

Желая, по мѣрѣ силъ моихъ, работать въ этомъ смѣслѣ и въ этомъ направленіи, и, обладая съ одной стороны достаточнымъ матеріаломъ, черпаемымъ изъ моего отдѣленія и изъ частной моей спеціальной практики, съ другой—возможностью печатанія въ

нашихъ трудахъ моихъ наблюдений, я намѣренъ сдѣлать Вамъ, Мм. Гг., рядъ сообщеній, относящихся къ казуистикѣ болѣзней мочевыхъ органовъ, въ надеждѣ, что на починъ мой отозвутся другіе товарищи спеціалисты и захотятъ печатать относящіяся къ этому предмету сообщенія.

1. Первичныя инкрустаціи слизистой оболочки мочевого пузыря и его контрактура.

Формы катарра мочевого пузыря съ инкрустаціями его слизистой оболочки чрезвычайно часты, онѣ обыкновенно бывають какъ послѣдовательное явленіе при самыхъ различныхъ болѣзняхъ мочевого аппарата: при хроническомъ воспаленіи глубокой части мочевого канала, при его суженіяхъ, новообразованіяхъ въ немъ и проч.; при хроническомъ воспаленіи предстательной желѣзы, старческомъ ея разращеніи; далѣе при болѣзняхъ такъ называемой шейки пузыря: разращеніи нижней ея губы (*valvule du col de la vessie—Mercier*); при папилломахъ слизистой оболочки пузыря, новообразованіяхъ въ немъ, первичныхъ или вторичныхъ камняхъ и проч.—Во всѣхъ этихъ случаяхъ, катарръ пузыря обыкновенно осложняется атоніей и, при всегда происходящемъ при этомъ неполномъ изверженіи мочи, при болѣе или менѣе глубокомъ язвенномъ процессѣ слизистой оболочки, изъ застаивающейся и разлагающейся мочи отлагаются фосфорнокислыя ея соли и осаждаются на извѣстныхъ ея частяхъ.

Образованіе осадковъ и за тѣмъ инкрустированіе слизистой оболочки бываетъ частичное, или болѣе или менѣе распространенное—повсемѣстное. Первое бываетъ гораздо чаще, второе—рѣже; это послѣднее я наблюдалъ при обширныхъ язвенныхъ процессахъ и при распространенныхъ папилломатозныхъ разращеніяхъ слизистой оболочки. Діагностика этихъ инкрустацій для опытной руки, привыкшей къ точному и методичному изслѣдованію, не представляетъ особенныхъ трудностей; но не такъ бываетъ при отсутствіи навыка, или при изслѣдованіи несоответственными и негодными инструментами. Въ этихъ случаяхъ ошибки часты и

инкрустаціи не рѣдко принимаются за камень. По моему мнѣнію, при частотѣ этихъ инкрустацій, онѣ въ значительномъ большинствѣ случаевъ служатъ главною причиною ошибочной діагностики камня мочевого пузыря; ошибка здѣсь, я не говорю безъисключительно, но въ большинствѣ случаевъ, объясняется, по моему, присутствіемъ инкрустаціи и неумѣніемъ точно діагностировать ихъ. Целью настоящаго моего сообщенія, не есть діагностика камня, и на этомъ вопросѣ я не могу сегодня останавливаться, сказаннымъ же выше я желалъ только указать на одну изъ самыхъ частыхъ причинъ производства литотоміи тамъ, гдѣ нѣтъ камня. Но инкрустаціи слизистой оболочки пузыря не всегда бываютъ послѣдовательнымъ явленіемъ, явленіемъ сопровождающимъ катарръ его. Онѣ рѣдко бываютъ явленіемъ первичнымъ, происходящимъ въ всякаго катарра, и здѣсь условія и законы ихъ образованія совершенно тождественны съ таковыми-же условіями образованія первичнаго камня пузыря. Какимъ образомъ осаждаются на слизистой оболочкѣ первичное ядро, ишедшее, какъ это извѣстно, большею частью изъ почекъ; какія здѣсь нужны физическія и механическія условія его осажденія, намъ мало, или, лучше сказать, только гадательно извѣстно, и на этомъ, въ виду преимущественно практической цѣли моего сообщенія, я не буду останавливаться. Важно, главнымъ образомъ, указать на фактъ первичнаго осажденія инкрустацій, химическое свойство которыхъ весьма различно, такъ какъ и химизмъ первичнаго камня. Чаще всего онѣ состоятъ изъ мочекислыхъ солей (мочекислимъ амміакъ), изъ щавелевокислоты извести, чистой мочевои кислоты и проч.—Явленія, сопровождающія ихъ, сводятся преимущественно къ измѣненію частоты мочеиспусканія при относительно нормальномъ составѣ мочи; по временамъ, какъ это мнѣ случалось наблюдать, бываетъ только обильное отдѣленіе пузырянаго эпителія, особенно велѣдъ за выходомъ зеренъ, крупинокъ или кусочковъ отслоенной инкрустаціи. Такъ бываетъ всегда, по крайней мѣрѣ въ началѣ болѣзни, когда катарръ пузыря еще не развился и не осложнилъ болѣзни. Больные мочатся весьма часто, иногда, можно сказать, ежеминутно. Мочеиспусканіе сопровождается, въ большей части случаевъ, сильными

потугами и жжениемъ; но боли, обыкновенно сопровождающія свободно лежащій камень мочевого пузыря, отсутствуютъ; онѣ бываютъ только при наслоеніяхъ, лежащихъ у внутренняго отверстия (пузырнаго) мочевого канала, или при инкрустаціяхъ, осложненныхъ сильною контрактурой самаго тѣла пузыря.

Но лучше и нагляднѣе всего представить вамъ явленіе болѣзни, ея ходъ и теченіе слѣдующій случай, по поводу котораго и предпослано мною нѣсколько этихъ вступительныхъ словъ объ инкрустаціяхъ пузыря. Случай этотъ замѣчательенъ и выраженностью, такъ сказать, типичностью своею, и съ другой стороны полнымъ успѣхомъ леченія.

Въ отдѣленіе болѣзней мочевыхъ и половыхъ органовъ, 28 октября настоящаго года поступилъ мѣщанинъ Никандръ Гуковъ. Больной, молодой человекъ 25-ти лѣтъ отъ роду, довольно крѣпкаго тѣлосложенія, но слабъ и истощенъ постоянными, за послѣдній мѣсяць, страданіями. До послѣдняго времени, за исключеніемъ обыкновеннаго перелоа, бывшаго у него лѣтъ пять тому назадъ и излеченнаго бальзамическими средствами, онъ былъ здоровъ.— Женился года три тому назадъ и имѣлъ одного ребенка. По временамъ онъ любилъ выпить и настоящее проявленіе болѣзни отпосить къ послѣдней выпивкѣ, имѣвшей мѣсто въ послѣднихъ числахъ сентября настоящаго года.—Велѣдъ затѣмъ, чрезъ нѣсколько дней онъ заболѣлъ.—Болѣзнь началась учащеннымъ мочеиспусканіемъ, въ началѣ безъ всякихъ болей, и только на третій или четвертый день, къ частой мочѣ присоединились потуги и сильнѣйшее жжение. Не смотря на врачебную помощь, болѣзнь, выражавшаяся только что сказанными явленіями, постоянно усиливалась: больной потерялъ аппетитъ, проводилъ ночи безъ сна и вскорѣ отъ потугъ и жжения явилось выпаденіе прямой кишки и подтѣки подъ слизистой оболочкой обонхъ глазъ. Въ этомъ видѣ больной и поступилъ въ мое отдѣленіе. Осмотръ и изслѣдованіе его показали: промадные, покрывающіе почти всю склеру, кровяные подтѣки глазъ; позывы на мочу всякія двѣ-три минуты, при чемъ больной выпускаетъ въ одинъ разъ не болѣе полу-унца мочи; мочится онъ лежа съ большимъ затрудненіемъ, а потому, при всякомъ позывѣ

на мочу, онъ принужденъ вставать; слѣдовательно, постоянно то подымается, то ложится, что крайне его утруждаетъ. При всякомъ изверженіи мочи у больного сильнѣйшее жжение и потуги, причемъ, какъ въ лежачемъ положеніи, такъ и стоя, выходитъ часть прямой кишки длиною въ три дюйма. Поддерживаніе задняго прохода и давленіе на него рукою ничуть не мѣшаетъ выпаденію кишки; напротивъ, при этомъ малеврѣ только усиливается жжение и потуги становятся болѣе продолжительными. Послѣ окончанія мочеиспусканія и за превращеніемъ потугъ, больной то вводитъ опять кишку, то оставляетъ ее наружу, такъ какъ сейчасъ-же происходитъ новый позывъ на мочу и вся сцена опять повторяется. Вышедшая часть кишки сильно опухла, темно багрового цвѣта, весьма болѣзненна. При потугахъ и жженіи весьма часто извергается калъ. Лице больного представляется блѣднымъ, спавшимъ и выражаетъ сильное страданіе. Онъ весьма мало кушаетъ и питается почти только исключительно чаемъ, да молокомъ. Ночи совершенно бессонныя и онъ обыкновенно только къ утру засыпаетъ прерывистымъ сномъ, при чемъ и въ это время мочится еще полусознательно.

Исслѣдованіе мочевыхъ органовъ показало слѣдующее: животъ внальмъ и при давленіи на почечную область и на сторону пузыря больной не испытываетъ никакихъ болей. Не смотря на вялость брюшныхъ стѣнокъ и на вялость живота, нельзя прощупать сокращеннаго пузыря. Черезъ зданій проходъ, сильно болящій при введеніи пальца, предстательная желѣза найдена нормальной, сѣмянные пузырьки такими-же, пузырь сильно сокращеннымъ, безболѣзненнымъ. Мочевой каналъ въ нещеристой части и дуговицѣ его свободенъ и мало чувствителенъ; но вслѣдъ за введеніемъ конца Мерсіеровскаго зонда въ кожистую его часть, чувствительность, боль и сокращеніе канала до того были сильны при первомъ исслѣдованіи, потуги до того были болѣзненны, что, не желая подвергать больного страданіямъ, я покаместъ отклонилъ всякое ближайшее исслѣдованіе пузыря и рѣшилъ на первыхъ порахъ, на сколько это было возможно, примѣнить только успокоивающее леченіе. Черезъ четыре дня послѣ употребленія продолжительныхъ

теплыхъ ваннъ, хлорала, подкожныхъ инъекцій морфия и ежедневнаго введенія въ каналъ мягкаго восковаго бука, потуги, жжение и спазмъ въ каналѣ на столько уменьшились, что мигъ возможно было уже обратиться къ исслѣдованію мочевыхъ путей твердымъ инструментомъ. При чемъ найдено слѣдующее: вся глубокая часть канала въ состояніи сильной контрактуры; при прохожденіи черезъ нее зонда, конецъ его и талонъ до того сжаты, что всякое боковое движеніе совершенно невозможно и попытки произвести таковое сейчасъ же вызываютъ сильнѣйшую боль и потуги. У внутренняго отверстія мочевого канала ничего не найдено. Мочевой пузырь сильно сокращенъ и плотно обхватываетъ введенный въ него конецъ зонда; при его пустотѣ, всякое движеніе этого послѣдняго въ немъ невозможно. Попытки наполнить пузырь водою оказались безуспѣшны, такъ за зашприцованіемъ въ него не болѣе 15 граммъ воды, потуги усилились, вышла зданепроходная кишка и затѣмъ помимо зонда извергнута была вода. Не смотря на неполноту этого исслѣдованія, указанія, данныя имъ, во всякомъ случаѣ, были достаточны для того, чтобы опредѣлить контрактуру глубокой части мочевого канала и самого пузыря. Чѣмъ условливалась эта контрактура, рѣшить, при недостаточности исслѣдованія, было невозможно, и положено было продолжать леченіе въ вышесказанномъ смыслѣ, да позаняться пока исслѣдованіемъ мочи больного. Исслѣдованіе это, въ высшей степени интересное, бросило значительный свѣтъ на сущность болѣзни, указавъ на несомнѣнное присутствіе въ мочевыхъ путяхъ каменистыхъ отложеній, и на немъ я позволю себѣ на минутку остановиться. Мимоходомъ замѣчу, что исслѣдованіе мочи при болѣзняхъ мочевыхъ органовъ вообще какъ то неглижируется даже врачами специалистами, ему придается мало значенія; обращается болѣе вниманія на физическіе приемы исслѣдованія, и моча исслѣдуется обыкновенно-поверхностно, глазомъ-вромъ. Настоящій примѣръ доказываетъ, какъ важно знакомство съ мочою и какимъ всѣмъ подспорьемъ діагностики служить точный анализъ ея. Въ физическихъ своихъ свойствахъ моча, въ данномъ случаѣ, представляла мало отклоненій отъ нормы; суточное ея количество, вслѣдствіе увели-

ченнаго мѣтѣ воды болѣе, было нѣсколько болѣе нормальнаго, приблизительно около 2000 куб. цен., цвѣтъ блѣдный, желтосоломенный, реакція кислая, удѣльный вѣсъ между 015 и 021. Въ химическихъ ея свойствахъ тоже было мало отклоненій: нѣсколько увеличенное количество хлоридовъ (да Индикана*).—За то изслѣдованіе осадка было въ высшей степени знаменательно. Уже при макроскопическомъ его обзорѣ въ обыкновенъ, нѣсколько увеличенномъ противъ нормы слизистомъ облачкѣ на днѣ сосуда, видны были какіе то свертки, крупинки, зернышки. Въ послѣдствіи въ осадкѣ этомъ, особенно послѣ предшествующаго изслѣдованія, находимы были не зернышки и крупинки, а цѣлые кусочки и куски каменныхъ отложений. Микроскопическое изслѣдованіе осадка показало: обильный пузырный эпителий, или свободный, или въ формѣ конволюта съ слизистыми тѣльцами, свободные слизистые и красные кровяные шарикки и постоянно октаэдральную форму кристалловъ щавелекислой извести. Каменные куски и зерна при подробномъ и методическомъ изслѣдованіи ихъ оказались состоящими изъ большихъ красивыхъ, сложенныхъ боковыми своими плоскостями октаэдровъ *oxalat. calcis*, образующихъ почти исключительно центръ или первичное ядро зеренъ, поверхность которыхъ состояла изъ глобулезной формы кристалловъ мочекалаго амміака. Въ осколкахъ и кусочкахъ щавелекислая известь была расположена неправильно; кристаллы ея чрезвычайной величины, величины—какой я никогда не встрѣчалъ при ея отложеніи въ мочѣ, разбросаны были группами, спаены и окружены мелкозернистою массою (*matrix*), повидному, того-же химическаго свойства. По поверхности большихъ зеренъ, и въ самой массѣ конкрементовъ видѣлись большіе шаровидные кристаллы мочекалаго амміака. При удачномъ разбиваніи и расколачиваніи зеренъ и кусочковъ, при тщательномъ промываніи и вымачиваніи ихъ въ водѣ, при обработкѣ *liq. Potassae*, подъ микроскопомъ видны

*) Изслѣдованіе на Индиканъ я всегда производжу по способу д-ра Flaking'a по своей чувствительности значительно превышающемъ обыкновенный способъ Геллера, см. *St. George's Hospital Reports vol. vi 1873.*

были концентричность слоевъ шаровидныхъ кристалловъ и мелкозернистость ихъ поверхности. Въ нѣкоторыхъ, при удачной препаративкѣ, поверхность представлялась покрытою игольчатыми отростками (*spiculae*).—Вообще микроскопическая картина этихъ препаратовъ вполне отвѣчала и была тождественна съ картиною препаратовъ, не разъ приготовляемыхъ мною изъ почечныхъ и пузырныхъ камней, свободно отдѣляемыхъ больными, или добытыхъ литотомією.

Кстати замѣчу, что до сихъ поръ для опредѣленія химизма мочевыхъ камней, обыкновенно обращались только къ химическому анализу ихъ; но анализъ этотъ, будучи, въ сущности, весьма простымъ и удобнымъ для опредѣленія химическаго свойства однороднаго тѣла, въ тѣлахъ различнаго химическаго состава требуетъ и сложности процедуры и траты времени, иногда значительной. Мочевые камни почти никогда не бываютъ однороднаго состава и точный ихъ анализъ путемъ химіи, по меньшей мѣрѣ, всегда сопровождается съ значительной потерей времени. Кромѣ того структура камня, группировка отдѣльныхъ его элементовъ, точно расположеніе слоевъ, отношеніе къ этимъ послѣднимъ первичнаго ядра и проч., этимъ путемъ не могутъ быть изслѣдованы.—*Carter**) въ прошломъ году, кажется, первый, сдѣлалъ попытку изслѣдованія мочевыхъ камней помощью микроскопа и результаты его изысканій могутъ быть вполне применимы для опредѣленія и структуры камня, и его химизма. Такого, по крайней мѣрѣ, мое мнѣніе, основанное на личномъ опытѣ микрографіи камней, начатой еще въ прошломъ году, вслѣдъ за выходомъ работы *Carter'a*. Требуется большое терпѣніе, большой навыкъ въ приготовленіи препаратовъ, но микроскопическая картина до того рѣзка, кристаллы, группировка, ихъ расположеніе и проч., такъ характерны, такъ типичны, что ошибка невозможна. При всемъ томъ, приготовленіе препарата, при извѣстной опытности, не требуетъ большой потери времени. Сдѣлавъ это отступленіе, я

*) *Vandyke Carter The microscopic Structure and mode of formation of urinary Calculi. London 1873.*

возвращаюсь опять къ моему больному. Изъ вышеописаннаго анализа мочи, слѣдовательно, можно было вывести положительное заключеніе о присутствіи въ мочевыхъ путяхъ каменистыхъ образований и надлежало только опредѣлить ихъ мѣсто. Для этого необходимо было изслѣдовать мочевой пузырь болѣе точно, чѣмъ это было сдѣлано въ первый разъ, что теперь не такъ трудно было произвести, такъ какъ постоянное пребываніе больного въ постели, употребленіе вышеупомянутыхъ успокоивающихъ средствъ, произвели относительное успокоеніе потугъ и частоты мочеизверженія.

Больной теперь мочился каждыя четверть часа и пузырь былъ въ состояніи удержать около полутора унца жидкости. При этомъ вторичномъ изслѣдованіи найдена была также самая чувствительность и также контрактура глубокой части мочевого канала, далѣе, тотъ-же спазмъ всего тѣла пузыря, но боли въ самомъ пузырьѣ и потуги были менѣе сильны и коротенькимъ концомъ Томсоновскаго зонда, въ относительно наполненномъ пузырьѣ, не трудно было уже маневрировать.—Свободнаго инороднаго тѣла при этомъ не найдено въ пузырьѣ; сокращенныя его стѣнки, задняя и боковыя, представлялись ровными и гладкими; и только при поднятіи таза, и при опущеніи рукоятки зонда, съ цѣлью изслѣдованія передней стѣнки пузыря, на этой послѣдней, легко и осязательно можно было открыть присутствіе твердыхъ, шероховатыхъ, дающихъ извѣстное ощущеніе камня, неровностей и бугристостей.—Тоже самое еще легче можно было опредѣлить Желивскимъ зондомъ большой кривизны, котораго пузырьный конецъ, при извѣстномъ наклоненіи рукоятки, всегда скользитъ по передней стѣнкѣ пузыря. Вслѣдъ за окончаніемъ изслѣдованія, въ изверженной больнымъ мочѣ, найдено значительное количество крови и кусочки свѣже отслоенныхъ концомъ зонда, каменистыхъ наслоеній.—Повторительный анализъ мочи и отходящихъ съ нею осколковъ, многократное изслѣдованіе пузыря съ цѣлью точнаго опредѣленія мѣста, величины и распространенія наслоеній, убѣдили меня, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ первичными инкрустациями на передней части пузыря, осложненными его контрактурою.

Со свободно лежащимъ, прилегающимъ къ прилобковой стѣнкѣ пузыря, пузырьнымъ камнемъ смѣшать эти инкрустации было невозможно. Ихъ ограниченность, неподвижность, своеобразная резистентность, плоское распространеніе, особенно рѣзко выступающее при проваженіи по нимъ зонда, съ одновременнымъ надавливаніемъ рукою чрезъ стѣнки живота, ясно говорили противу этого предположенія. Легче было смѣшать, и труднѣе отличить отъ такъ называемаго шатонированнаго камня, но и здѣсь, принимая въ соображеніе съ одной стороны вышесказанныя обстоятельства плоскаго распространенія, резистентности и проч., съ другой—возрастъ больного, отсутствіе явленій обыкновенно сопровождающихъ шатонированные камни,—не трудно было отклонить и это предположеніе.

Покончивъ съ діагностикою, и твердо убѣдившись въ ея вѣрности и неопровержимости, оставалось помочь больному—предстояло леченіе.

Средства успокоивающія мало приносили пользы. Ограниченность ихъ дѣйствія зависѣла главнымъ образомъ отъ невозможности дѣйствовать ими прямо на пузырь. Инстилляціи наркотическихъ средствъ въ пузырь, по способу Guyon'a, могутъ дѣйствовать успокаивающе только тогда, когда есть катарръ слизистой его оболочки—обнаженіе ея отъ эпителия, а слѣдовательно и возможность всасыванія, разумѣется, если больной не весьма часто мочится.

Здѣсь катарра небыло и больной извергалъ содержимое пузыря ежеминутно. Дѣйствовать на пузырь помощью наркотическихъ клистировъ, или сосулекъ, чрезъ прямую кишку, тоже небыло возможности, по причинѣ постояннаго выхожденія кишки. Удаленіе наслоеній механическимъ путемъ, помощью камнераздробителя, предлагаемое *Mercier* *), соскабливаніе, или разбиваніе ихъ концемъ инструмента, могло только вызвать усиленіе спазма и дать поводъ къ кровотеченію, пораненію пузыря, катарру и проч.

*) *Mercier*: sur une cause particulière de la récidive après la lithotrities 1864.

Раствореніе ихъ химическими средствами пока неосуществимо, такъ какъ всѣ растворители, въ той крѣпости, въ какой они растворяютъ мочевые осадки и камни, вмѣстѣ съ тѣмъ и разрушаютъ ткань самыхъ стѣнокъ пузыря. Отъ пресловутыхъ столь восхваляемыхъ *Mercier* 1), липисныхъ шприцованій въ пузырь, съ цѣлью его успокоенія, я давно отказался; онѣ, какъ я прежде уже указалъ 2), совершенно бесполезны въ отсутствіи катарра пузыря. Оставалось примѣнить средство, которое до того уже было испытано мною въ случаяхъ, если не тождественныхъ съ настоящимъ, то по крайней мѣрѣ аналогичныхъ съ нимъ: въ контрактурахъ глубокой части канала, при камняхъ мочевого пузыря, осложненныхъ крайнею его раздражительностью и спазмомъ и проч.—Средство это, о которомъ я упомянулъ мимоходомъ въ отчетѣ моемъ по отдѣленію, за 1872 годъ, по котораго дѣйствіе, въ то время, я еще лично не испыталъ—это постоянный токъ. Французскому урологу д-ру *Reliquet* принадлежитъ первенство примѣненія, въ случаяхъ пузырныхъ инкрустацій этаго важнаго дѣятеля. Съ 1870 года онъ обнародовалъ уже нѣсколько наблюдений, относящихся къ этому предмету 3); а въ 1871 году я самъ былъ свидѣтелемъ одного случая въ его практикѣ, опубликованнаго имъ въ послѣдствіи 4), гдѣ однако сдѣлано было камневычищеніе, но гдѣ, изъ всѣхъ средствъ, единственный постоянный токъ принесъ известную пользу. Впрочемъ, всѣ случаи *Reliquet* принадлежатъ ко вторичнымъ наслоеніямъ, сопровождающимъ свободные или шатонированные камни пузыря, или къ инкрустаціямъ, развившимся вслѣдствіе продолжительнаго его катарра.—Въ данномъ случаѣ было первичное наслоеніе, по видимому, свѣжеобразовавшееся и противъ кото-

1) *Mercier*: Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle etc. 1872.

2) Отчетъ по отдѣленію болѣзней мочевыхъ органовъ за 1872 г.

3) *Reliquet*: Action des courants électriques continus sur les spasmes de la vessie etc. 1870.

Ergo-je: Moyens propres à détacher les concrets calcaires adhérents aux parois de la vessie.

4) *Reliquet*: Calcul vesical, contracture de la vessie.

раго въ рукахъ моихъ не имѣлось никакихъ другихъ средствъ. Въ виду этого положенія, и въ виду интереса повизны наблюденія я, вслѣдъ за постановкой діагноза, подвергъ больного примѣненію тока, и успѣхъ его вполне оправдалъ и мои надежды, и наблюденія *Reliquet*.—15-го ноября, оставивъ за нѣсколько дней до того употребленіе всѣхъ успокоивающихъ средствъ и ограничившись однимъ выжиданіемъ, я примѣнилъ въ первый разъ постоянный токъ. Направленіе его было, однакоже, нѣсколько другое, чѣмъ то, которое давалось *Reliquet*; я примѣнилъ нисходящій токъ—положительный электродъ на поясничную часть спиннаго мозга, отрицательный, помощью изолированнаго зонда, на внутреннюю сторону пузыря. Токъ былъ слабый—10—15 элементовъ и продолжался не болѣе 5 минутъ. Уже послѣ перваго сеанса, была значительная переменна къ лучшему. Частота мочеиспусканія сдѣлалась рѣже, больной сталъ мочиться одинъ разъ въ часъ; потуги и жжение значительно ослабли.—Слѣдующій сеансъ, продолжавшійся, при томъ же числѣ элементовъ, минутъ 10, еще болѣе успокоилъ больного; онъ мочился еще рѣже, спалъ ночью безъ просыпу часа 2—3 и потуги до того уменьшились, что выпаденія кишки болѣе не было.—Съ мочою, послѣ всякаго сеанса, отходило значительное количество мелкихъ зеренъ и кусочковъ инкрустаціи, и весь ея осадокъ состоялъ изъ множества кровяныхъ тѣлецъ и мелкозернистой, песочной массы.—Послѣ пяти сеансовъ потуги прекратились совершенно, выпаденіе кишки прошло, подтеки на глазахъ исчезли безслѣдно, и больной мочился разъ въ 2—3 часа, иногда и того рѣже. Изслѣдованіе въ это время мочевого пузыря, съ цѣлью освѣдомиться о состояніи инкрустаціи, не вызвало и десятой доли тѣхъ болей, которыя больной испытывалъ при первоначальныхъ изслѣдованіяхъ; спазма при этомъ было мало, и изслѣдованіе можно было продлить на столько, на сколько это было необходимо, для полнаго обзора пузыря. Инкрустаціи, къ которымъ рука моя была такъ привычна, я не находилъ совершенно; пузырь былъ растянутъ обильною мочою, стѣнки его были ровны, гладки, нормальной резистенціи, и не представляли и слѣдовъ бывшихъ наслоеній.—Вслѣдъ за этимъ изслѣдованіемъ, отозвавшемся, впро-

чемъ, легкой мочевой лихорадкой, сеансы дѣлались уже рѣже— черезъ день, или даже два дня. Успокоеніе пузыря было полное и мочезверженіе почти нормальное. Больной по случаю праздниковъ отпущенъ мною на нѣсколько дней въ его семью, и, съ его возвращеніемъ, я не замедлю Вамъ его представить.

Окончивъ исторію болѣзни моего больного и не желая вдаваться въ излишніе комментаріи этого случая, я не могу однакоже окончить моего сообщенія, не изложивъ того объясненія, которое слѣдуетъ дать дѣйствию постоянного тока въ этомъ наблюдении. Благодаря работамъ *Opimus'a* и *Legros*, нынѣ можно принять, какъ фактъ мало сомнительный, различіе дѣйствія обоихъ токовъ нисходящаго и восходящаго, изъ которыхъ первый обладаетъ свойствомъ противуспазмодическимъ, расслабляющимъ мышечную сократительность. Въ данномъ случаѣ, вызванный начальнымъ отложеніемъ инкрустацій спазмъ пузыря, его контрактура, уступила успокоивающему дѣйствию электрическаго нисходящаго тока; растяжимость пузыря подъ вліяніемъ его дѣлалась, послѣ всякаго сеанса больше и больше и, сообразно этому, каменныя наслоенія и инкрустаціи на сжатой слизистой оболочкѣ отслаивались и отходили съ мочою. Лучшимъ доказательствомъ этаго служили, послѣ всякаго сеанса, легкія кровотеченія и присутствіе въ кровавой мочѣ осколковъ и песочной массы.

ИЗСЛѢДОВАНІЕ ВЛІЯНІЯ ГАЗОВЪ НА КРОВЯНЫЕ ШАРИКИ ЧЕЛОВѢКА.

I. МЕТОДЪ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

Г. Минха.

По причинѣ зимняго времени, я не могу продолжать начатыхъ мною надъ кровью лягушекъ изслѣдованій, результаты которыхъ были сообщены мною въ одномъ изъ предыдущихъ записокъ и опубликованы въ Московскомъ Врачебномъ Вѣстникѣ*). Кровь зимнихъ лягушекъ, какъ а priori можно полагать, должна отличаться отъ крови лѣтнихъ, а такъ какъ въ своихъ опытахъ я пользовался послѣднею, то могъ бы придти къ ошибочнымъ выводамъ, еслибы для дальнѣйшихъ опытовъ воспользовался первою.

Въ виду сказаннаго, чтобы не останавливать своихъ изслѣдованій надъ кровью, я имѣю намѣреніе нынѣшнею зимою обратиться къ изслѣдованію вліянія газовъ на кровяные шарики человека.

Понятно, что условія, требуемыя при этомъ изслѣдованіи, гораздо сложнее какъ относительно добыванія крови и наполненія ими трубокъ, такъ и содержанія этихъ трубокъ въ атмосферѣ того или другаго газа.

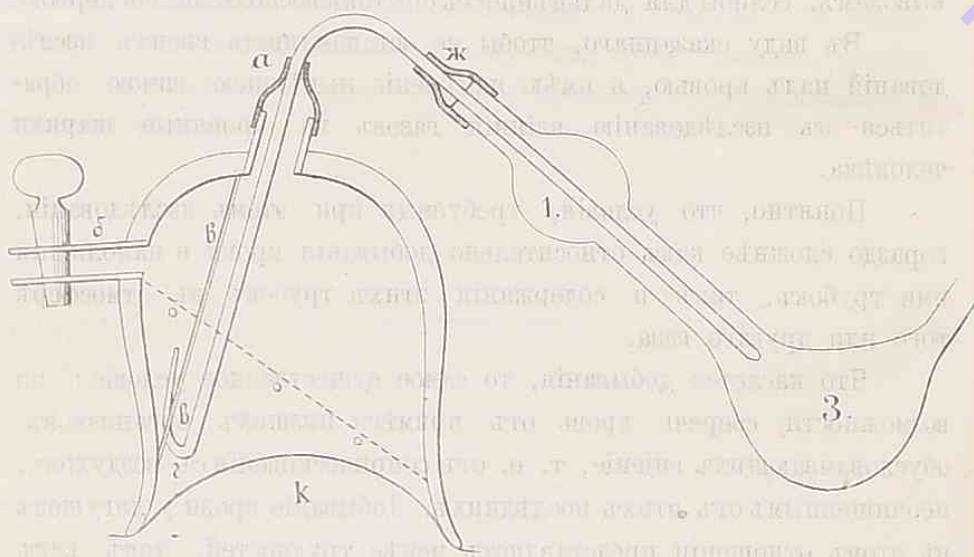
Что касается добыванія, то самое существенное условіе: по возможности сберечь кровь отъ примѣси низшихъ организмовъ, обуславливающихъ гніеніе, т. е. отъ соприкосновенія съ воздухомъ, неочищеннымъ отъ этихъ послѣднихъ. Добываніе крови у лягушекъ въ этомъ отношеніи представляетъ менѣе трудностей, такъ какъ кровь у нихъ добывается прямо изъ сердца; у животныхъ для этой цѣли можно бы было воспользоваться артеріею или веною;

*) № 9, 30 декабря 1874, и др.

у человека же ни темъ, ни другимъ. Второе условие—быстрота наполненія приемника кровью, такъ какъ кровь человека свертывается быстрее лягушачьей.

Способъ добыванія крови у человека, которымъ я думаю воспользоваться и удобства котораго мною уже испытаны на дѣлѣ, заключается въ слѣдующемъ:

Я беру простую кровососную банку съ возможно толстыми стѣнками. Въ этой банкѣ просверлены два отверстія: одно наверху, направляющееся нѣсколько вкось, такъ чтобы введенная въ него стеклянная трубочка касалась нижняго края банки; другое—съ боку и прямое. Въ оба отверстія вставляются короткія стеклянныя трубки (см. рис. а. б.), изъ которыхъ одна (б), назначенная для втораго отверстія, снабжена краномъ. Кромѣ того, отъ края верхняго отверстія къ стѣнкѣ банки прикрѣплены двѣ стальные проволоки (в), идущія параллельно на разстояніи 3 мм. другъ отъ друга.



Рисунокъ въ наст. велич.: а.—верхн. трубка; б.—трубка съ краномъ; в.—2 стальные проволоки; г.—загнутый и вставленный между двумя проволоками конецъ трубки, проходящей въ приемникъ 3; 1 и 2—наполненные ватой шарики приемника. Б.—Кожа. о.—уровень крови.

Банка соединяется съ приемникомъ для крови, тѣмъ же, который употреблялся мною и при изслѣдованіи лягушачьей крови*), Соединеніе это производится при помощи тонкой стеклянной трубки, которая вставлена въ приемникъ и подвергается предварительно вмѣстѣ съ послѣднимъ дѣйствию высокой температуры. Одинъ конецъ трубки открывается отверстіемъ въ шарикѣ (3), наполняемомъ кровью; другой, запаянный и вытянутый, вводится въ банку черезъ верхнее отверстіе и затѣмъ загибается (см. рис. г). Въ точкахъ а. и ж. трубка связывается при помощи гуттаперчи съ банкою и приемникомъ.

Наполненіе кровью производится слѣдующимъ образомъ.

Обмывши предварительно водою и мыломъ, а затѣмъ спиртомъ часть кожи, изъ которой желаемъ добыть кровь, я дѣлаю обыкновеннымъ скарификаторомъ насѣчки. Мѣсто, гдѣ сдѣланы насѣчки, покрывается банкою, изъ которой черезъ боковую, снабженную краномъ, трубку вытягивается воздухъ при помощи хорошаго шприца; вслѣдъ за тѣмъ кранъ трубки запирается, и шприцъ вынимается. Кровь начинаетъ быстро подниматься въ банкѣ. Когда она достигаетъ до уровня о, отламывается предварительно надпиленный конецъ трубки (г), помещающійся между двумя проволоками, и кровь съ помощью шприца, вставленнаго въ свободный конецъ приемника, натягивается въ шарикѣ 3.

Наполненные кровью приемники вставляются въ ящикъ, въ которомъ они, при постоянной температурѣ, равняющейся температурѣ человѣческой крови, т. е. приблизительно 38°, подвергаются дѣйствию газовъ.

Аппаратъ необходимый для этой цѣли состоитъ изъ ящика, въ которомъ поддерживается равномерная, указанная выше температура (Brutkammer), и регулятора температуры.

Первый устроенъ изъ двухъ цинковыхъ коробокъ А. В., вложенныхъ одна въ другую. Пространство между коробками наполняется водою, которая нагревается снизу газовой лампою Ж.

*) Моск. Врач. Вѣстн. № 9, рис. 4.

съ четырьмя рожками Ж, Ж', которые сдѣланы изъ талька и снабжены отверстиями въ 0,3 миллим. въ диаметръ.

По обѣимъ сторонамъ наружнаго и внутренняго ящичковъ вырѣзаны закрывающіеся стекломъ отверстия О, черезъ которые можно наблюдать измѣненія цвѣта и другихъ качествъ крови, помѣщающейся въ приемникахъ во внутреннемъ ящичкѣ. Упомянутыя отверстия закрыты отъ воды цинковыми стѣнками и накрываются войлокомъ, которымъ покрыты и верхняя, и боковыя стѣнки наружнаго ящичка. Наружный ящикъ сверху закрытъ наглухо, кромѣ отверстия, черезъ которое въ него наливается вода; внутренній же ящикъ имѣетъ крышку съ необходимыми отверстиями для термометра т. и трубокъ.

Основная мысль устройства регулятора температуры заключается въ увеличеніи и уменьшеніи пламени (притока газа), нагревающего наружный ящикъ, при помощи рычага, дѣйствующаго на гуттаперчевую трубку, приводящую газъ къ лампѣ; при чемъ двигающей силой служитъ расширяющійся и сжимающійся при колебаніяхъ температуры воздухъ.

Съ этою цѣлью приборъ состоитъ: 1) изъ цилиндровъ, наполненныхъ воздухомъ С. С.; 2) снаряда Д., движущаго рычагъ, и 3) рычага Е., дѣйствующаго на трубку, приводящую газъ къ лампѣ.

1) Цинковые, сообщающіеся между собою цилиндры С. помѣщаются на днѣ внутренняго ящичка и вмѣщаютъ около 2000 куб. ц. воздуха*). Они снабжены двумя отверстиями, въ которыхъ плотно вставлены гуттаперчевыя пробки съ стеклянными трубками, изъ которыхъ одна (а) обанчивается краномъ, другая (б) — связывается съ снарядомъ Д., движущимъ рычагъ.

2) Снарядъ, движущій рычагъ устроенъ слѣдующимъ образомъ:

Въ стеклянный цилиндръ в. (вышиною въ 16 цент. и 2,3 цент. въ диаметръ), открытый въ верхнемъ концѣ, вставляется черезъ закрытый нижній конецъ трубка б, сообщающаяся съ воздушнымъ

*) Понятно, что объемъ цилиндровъ можетъ быть увеличенъ, что значительно увеличиваетъ и чувствительность регулятора.

цилиндромъ С. Трубка б достигаетъ до верхняго конца цилиндра в., который до уровня О наполняется ртутью. На эту трубку черезъ верхнее отверстіе цилиндра в опускается другая трубка г., длиною въ 30 цент. и 1,2 въ диаметръ. Въ середину этой послѣдней вводится герметически (заливается воскомъ) пробка и, которая дѣлитъ трубку на двѣ половины: нижняя входитъ въ цилиндръ в. и своимъ концемъ достигаетъ дна цилиндра; при чемъ, съ цѣлью избѣжать прикосновенія, т. е. тренія трубки г. о стѣнки цилиндра в, въ верхнемъ отверстіи послѣдняго укрѣпляется стеклянный трехугольникъ.

Такимъ образомъ воздухъ, расширяющійся въ воздушномъ цилиндрѣ С, проходитъ черезъ трубку б. въ трубку г. и поднимаетъ ее; или, на оборотъ, при паденіи температуры въ ящичкѣ А., воздухъ, сжимаясь, разряжается въ трубкѣ г. и опускаетъ ее внизъ.

Для передачи этого движенія рычагу, дѣйствующему на трубку, приводящую газъ къ лампѣ, я воспользовался коромысломъ К. обыкновенныхъ вѣсовъ. Къ одному концу этого коромысла прикрѣпляется съ помощью шелковишки трубка г., къ другому на шелковинкѣ же привѣшивается гирька м. — тяжесть, которая дѣйствуетъ на конецъ рычага Е, сжимающаго гуттаперчевую трубку, соединенную съ лампою. Тяжесть эта уравнивается дробью, которая насыпается въ верхнюю половину трубки г., пока нижній конецъ этой трубки не опустится приблизительно до уровня нижней трети наружнаго цилиндра в.

3) Рычагъ, давящій на гуттаперчевую трубку, приводящую газъ къ лампѣ, устроенъ мною изъ стеклянной трубки, длиною въ 60 цент., укрѣпленной однимъ концемъ на концѣ деревянной линейки съ помощью гуттаперчеваго кольца. На свободномъ концѣ рычага, на который дѣйствуетъ тяжесть, устроена площадка, къ которой съ помощью воска приклеивается гиря, висящая на концѣ коромысла. Вслѣдствіе этого трубка г., поднимаясь, опускаетъ тяжесть, и пламя лампы уменьшается; наоборотъ — опускаясь, трубка г. поднимаетъ конецъ коромысла съ тяжестью, и пламя горитъ сильнее.

Гуттаперчевая трубка, приводящая газъ къ лампѣ, имѣетъ въ моемъ аппаратѣ довольно тонкія стѣнки (около 0,5 мм.) и діаметръ около 5 мм. Впрочемъ, какъ объемъ трубки и толщина ея стѣнокъ, такъ и длина рычага, вѣсъ гири и количество уравновѣшивающей дроби—величины произвольныя, которыя можно легко опредѣлить опытомъ, увеличивая и уменьшая вмѣстѣ съ тѣмъ чувствительность прибора.

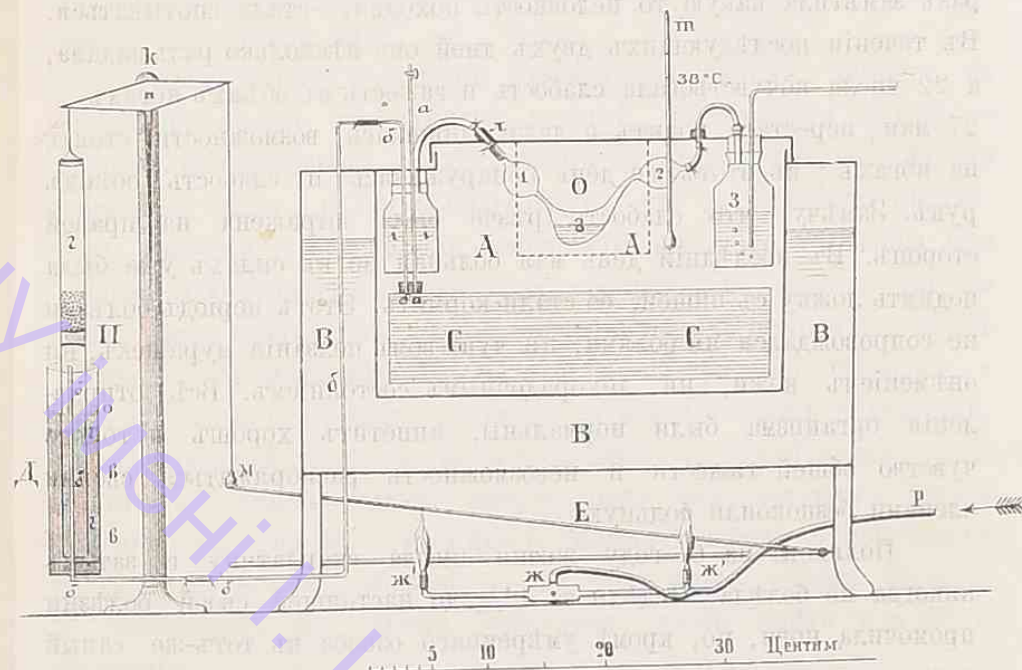
Мнѣ остается еще, по поводу регулятора, сказать нѣсколько словъ объ его установкѣ для опредѣленной температуры, напр. 38°C . Для этой цѣли, открывши кранъ трубки а, выходящей изъ воздушнаго цилиндра, я наливаю въ паружный ящикъ холодную воду и къ этой послѣдней постепенно подбавляю горячую, пока термометръ т, (вставленный во внутренній ящикъ) не покажетъ 36, 37°; тогда прибавленіе горячей воды останавливается, такъ какъ температура внутренняго ящика достигаетъ сама собою 38,5, 39°. Затѣмъ ртуть, спустя нѣкоторое время, начинаетъ медленно падать, и когда она достигаетъ 38°C ., я закрываю кранъ трубки а. и зажигаю рожки лампы.

Испытывая приборъ при тѣхъ невыгодныхъ условіяхъ, которыя я встрѣтилъ относительно колебаній въ давленіи газа въ различное время дня, разница въ температурѣ во внутреннемъ ящикѣ тѣмъ не менѣе не превышала въ теченіи 2-хъ сутокъ 0,7°С. Каждому понятно, что при извѣстныхъ приспособленіяхъ—увеличеніи объема воздушныхъ цилиндровъ, уменьшеніи тяжести, давящей на рычагъ и отзывающейся на объемъ расширяемаго воздуха и т. д.—колебанія температуры можно уменьшить еще на меньшую цифру. Такъ какъ колебанія въ 1°C . не вредятъ моимъ цѣлямъ, то я удовольствуюсь приборомъ, въ томъ видѣ, какъ онъ у меня сдѣланъ.

Размѣщеніе пріемниковъ съ кровью во внутреннемъ ящикѣ наглядно представлено на рисункѣ и не требуетъ описанія. Само собою разумѣется, что газъ не проходитъ въ трубки непосредственно изъ газометра, а предварительно, кромѣ промывательныхъ склянокъ, черезъ склянку, наполненную водою и помѣщающуюся

во внутреннемъ же ящикѣ; причемъ газъ насыщается въ ней количествомъ влаги, соответствующимъ температурѣ этого ящика. Точно также изъ пріемника для крови (1,2,3) газъ проходитъ въ склянку съ водою і. и затѣмъ выходитъ черезъ трубку, конецъ которой опущенъ въ сосудъ съ водою или ртутью.

Для изслѣдованія крови отмыкается гуттаперчевый конецъ трубки л. и съ помощью капиллярной трубки, введенной черезъ отверстіе въ крышкѣ, можно легко, не поднимая этой крышки и не вынимая пріемника съ кровью, добыть достаточное количество крови.



А.А.—внутренній ящикъ; ВВВ.—паружный ящикъ съ водою; С.С.—воздушный цилиндръ; Д.—приборъ, движущій рычагъ, дѣйствующій на гуттаперчевую трубку Р, приводящую газъ къ лампѣ Ж. съ ея рожками Ж'Ж'; К.—коромысло вѣсовъ, на концахъ котораго съ одной стороны тяжесть м. съ другой трубка г., въ которой нахъ пробкою п. насыпана дробь.—Остальныя буквы см. въ текстѣ.

ОСТРЫЙ ВОСХОДЯЩИЙ ПАРАЛИЧЪ.

О. Мочутковскаго.

Въ отдѣленіе для первыхъ больныхъ Одесской Городовой Больницы принята была 27 іюня сего года, 14-лѣтняя Марія Полякова, приходящая воспитанница одной изъ здѣшнихъ женскихъ прогимназій. 16 или 17 мая текущаго года она въ первый разъ замѣтила какую то неловкость походки, — стала спотыкаться. Въ теченіи послѣдующихъ двухъ дней она нѣсколько разъ падала, а 22 числа почувствовала слабость и тяжесть въ обѣихъ ногахъ, — 27 мая перестала ходить и даже лишилась возможности стоять на ногахъ; въ этотъ же день обнаружилась и слабость обѣихъ рукъ. Замѣчу, что слабость рѣче была выражена на правой сторонѣ. Въ послѣдній день мая больная не въ силахъ уже была поднять ложку съ пищей, ее стали кормить. Этотъ періодъ болѣзни не сопровождался ни болями, ни чувствомъ ползанія мурашекъ, ни онѣменіемъ кожи, ни лихорадочнымъ состояніемъ. Всѣ отправленія организма были нормальны, аппетитъ хорошъ и только чувство общей тяжести и невозможность распорядиться своими членами безпокоили больную.

Полякова на 6 году жизни имѣла скарлатину и затѣмъ никогда не болѣла. Недѣли за 1½ до настоящей своей болѣзни промочила ноги, но, кромѣ умѣреннаго озноба въ тотъ-же самый день, ничего особеннаго не чувствовала. Родители больной пользуются отличнымъ здоровьемъ. Въ семьѣ ея первыхъ больныхъ нѣтъ; обстановка жизни больной, хотя бѣдная, но недостатка и лишеній больная не испытывала. Одна только квартира, помѣщавшаяся въ одно-этажномъ домѣ, была немного сыра, въ особенноти та стѣна, около которой стояла кровать больной.

Поляковы съ самаго же начала болѣзни позаботились о хорошемъ леченіи дочери. Приглашены были болѣе извѣстные врачи въ городѣ. Съ первыхъ чиселъ іюня болѣзнь еще болѣе

ухудшилась: питаніе падало, аппетитъ пропалъ, появились шестидневные запоры; стала страдать рѣчь въ видѣ пропусковъ нѣкоторыхъ слоговъ.

На слѣдующій день по поступленіи въ больницу Полякова была осмотрѣна; найдено:

Ростъ соответственный возрасту (151 см.); тѣлосложеніе умѣренное. Вѣсъ 31,050 грм., мускулатура вялая. Кожа мягкая, дряблая, сухая. Костная система хорошо развита. Жировой подкожной ткани мало. — Слизистая оболочка губъ, десенъ и вѣкъ блѣдная. — Нигдѣ не прощупываются распухшія подкожныя или глуболежащія железки. Температура тѣла 37,2 (въ подмышкѣ, впаднѣ); пульсъ 80.

Самое удобное положеніе больной — въ постели, лежащее на спинѣ, съ высоко приподнятой головой, вытянутыми ногами и параллельно туловищу, по бокамъ его лежащими руками. Ладони обращены внизъ; пальцы полусогнуты въ сочлененіяхъ фаланговъ. Вывести туловище или конечности изъ этаго положенія при помощи собственныхъ только силъ, больная не можетъ ни на одинъ даже сантиметръ. За то движенія шеи и головы и всѣхъ органовъ, принадлежащихъ послѣдней, совершенно свободны. — Больную можно посадить, обложивъ со всѣхъ сторонъ подушками, удерживающими верхнюю часть туловища въ устойчивомъ положеніи; но стоитъ только вынуть одну изъ подушекъ, чтобы больная свалилась въ эту сторону. Можно привести ей конечности въ самое неудобное положеніе и она при всемъ своемъ желаніи не шевельнетъ ни однимъ мускуломъ, чтобы выйти изъ этаго состоянія.

Замѣчу тутъ-же, что всѣ пассивныя движенія во всѣхъ сочлененіяхъ совершаются свободно и больная при этомъ не чувствуетъ боли ни въ нихъ, ни въ мускулахъ.

Мускулатура грудной кѣтки и живота не представляется видимо измѣненной. Группа мускуловъ, управляющихъ движеніями плеча, вялая, и кажется особенно атрофированной. *Biceps*, *Deltoides* и *Triceps* рѣзко атрофичны. Вся группа флексоровъ на передней поверхности предплечій тоже очень рѣзко атрофирована.

Атрофія достигаетъ высшей своей степени въ мышцахъ кисти, особенно лежащихъ между *ossa metacarpi*. Группы, составляющія *Thenar et Antithenar*, почти совершенно исчезли. Кожа плечъ и предплечій синевато-краснаго цвѣта, на ощупь холодная ($30,0^{\circ}\text{C}$. Термометръ съ плоскимъ шарикомъ—какъ въ термоэстезіометрѣ Эйленбурга); на лодоняхъ ярко краснаго цвѣта.

Нижнія конечности, точно также какъ и верхнія, совершенно лишены движеній. Больная не можетъ шевельнуть ни однимъ пальцемъ, ни согнуть ногу въ колѣнномъ сочлененіи, ни сдѣлать отведеніе или приведеніе ея. Кожа ногъ тоже холодна на ощупь (по терм. С. $29,1^{\circ}$), синевато-краснаго цвѣта, на подошвахъ—ярко краснаго. Мышцы нижнихъ конечностей очень мало атрофированы, за исключеніемъ подошвенныхъ. Около мыщелковъ замѣчается умѣренный отекъ.

Чувствительность кожи лица, рукъ, ногъ, груди и живота не представляетъ ровно никакихъ отступленій отъ нормы. Сказанное касается всѣхъ родовъ чувствительности, какъ болевой, такъ термической и тактильной. Двойственные ощущенія казались весьма мало пониженными только на концахъ пальцевъ рукъ.

Рефлекторная возбудимость конечностей совершенно потеряна.

Электрическая и гальваническая возбудимость двигательныхъ стволовъ нервовъ и мышцъ конечностей нарушена до того, что самыми сильными токами не возможно было получить ни малѣйшаго сокращенія. Нѣкоторые изъ мускуловъ брюшныхъ стѣнокъ (*Rectus*) при 40 элементахъ Ремаковского аппарата отвѣчали очень слабыми сокращеніями.

Электромышечная чувствительность въ мускулахъ туловища и конечностей сильно понижена; въ мускулахъ лица и шеи нормальна.

Органы чувствъ не даютъ ни малѣйшаго подозрѣнія на участіе въ страданіи. Языкъ выдвигается прямо, всѣ движенія его въ стороны свободны. Язычекъ виситъ ровно; лице не искошено. Зрачки одинаковой величины, умѣренно расширены; подъ вліяніемъ свѣта суживаются достаточно.

Изъ вазомоторныхъ явленій, кромѣ упомянутой уже въ своемъ мѣстѣ красноты на рукахъ и ногахъ, пониженія температуры

кожи и отека около мыщелковъ, замѣчена еще рѣзкая, почти во все время болѣзни не исчезающая, краснота ушей.—Спина и крестцовая область, въ мѣстахъ, гдѣ происходило болѣе сильное давленіе влѣдствіе постоянного лежанія въ постели, покрыты были розовыми пятнами, но пролежни ни разу не развивались.—

Грудная клѣтка сформирована хорошо; при давленіи на позвоночникъ нигдѣ боли нѣтъ. Типъ дыханія смѣшанный, дыханій въ минуту 18, дыхательная экскурсія достаточна: при самомъ глубокомъ вдыханіи грудная клѣтка расширяется съ 71 на $74\frac{1}{2}$ смт. — При постукиваніи получаютъ чистые грудные тоны. Дыханіе повсюду везикулярное, выдыханіе у правой верхушки немного удлинненное; хриповъ не слышно. Рѣчь чистая, внятная, артикуляція правильная. Объемъ сердца не увеличенъ, толчекъ разлитой; тоны чисты, какъ въ сердцѣ, такъ и въ сосудахъ. Пульсъ полный, мягкій, правильный.—Объемъ печени и селезенки тоже не отстаетъ отъ нормы. Животъ немного вздутъ. Глотаніе совершается свободно; но въ самомъ началѣ болѣзни, говоритъ больная, оно было затруднено. Языкъ чистъ, аппетитъ удовлетворительный; отрыжекъ, икоты и тошноты нѣтъ; испраженій не бываетъ по 6 дней вряду.

Моча отдѣляется два или три раза въ сутки въ количествѣ отъ 500—700 куб. ц.; она свѣтлосоломеннаго цвѣта, уд. вѣсъ 1020, реакція слабокислая. Мочевины 17 грам., бѣлку и сахару не найдено.

Регулы больная въ первый разъ получила въ декабрѣ прошлаго года; съ этого времени онѣ повторялись каждыя четыре недѣли, продолжаясь каждый разъ три дня, до первой недѣли болѣзни. Съ тѣхъ поръ ихъ нѣтъ.

Сонъ превосходный. Со дня болѣзни больная ни разу не замѣчала на себѣ испаринны. Расположеніе духа хорошее, память нисколько не пострадала и больная во все время пребыванія въ больницѣ усердно занималась чтеніемъ книгъ, преимущественно историческаго характера; умственное ея развитіе и здѣсь, какъ и въ школѣ, быстро подвигалось впередъ.

Болѣе рѣзкія перемены въ теченіи болѣзни Поляковой были слѣдующія:

Юля 14. Больная стала бодрѣе, аппетитъ усилился.

Юля 25. Стала испражняться каждые 4 дня на 5-й, отекъ ногъ уменьшается.

Августа 20. Начала поднимать правую руку въ плечевомъ сочлененіи.

Августа 27. Появились весьма ограниченныя движенія въ пальцахъ правой руки. Исчезла краснота кожи плечъ и предплечій.

Августа 30. Кожа менѣе дряблая, мускулы потеряли прежнюю вялость, на ощупь стали резистентнѣе; цвѣтъ лица поправился. Слизистыя оболочки розовѣе прежняго. Вѣсъ тѣла 32,180.

Сентября 3. Стала двигать пальцами обѣихъ ногъ; появились движенія въ лѣвомъ плечевомъ сочлененіи. Уши поблѣднѣли.

Сентября 11. Можетъ сгибать ноги въ коленныхъ, сидитъ часто и продолжительно (2—3 часа) на кровати; всѣ боковыя движенія туловища совершаются свободно. Ночью сама поворачивается въ постели.

Сентября 19. Около мышечковъ остались только слѣды отека. Изслѣдованіе степени силы въ рукахъ на динамометрѣ Бурка показало: въ правой рукѣ 3 Pfl., въ лѣвой—5, въ обѣихъ рукахъ вмѣстѣ—10.

Сентября 20. Лежа на кровати можетъ поднять каждую ногу порознь вверхъ и удержать ее въ этомъ положеніи нѣсколько секундъ; лѣвую немного дольше правой.

Сентября 25. Двигательныя экскурсіи пальцевъ обѣихъ рукъ увеличиваются.

Октября 2. Сама стала кушать, пить чай; разрѣзывать твердую пищу еще не можетъ. На динамометрѣ: правая рука—8, лѣвая—16, обѣ вмѣстѣ—25 Pfl.

Октября 11. Первый разъ попыталась писать; написала нѣсколько словъ, которыя легко можно было разобрать.

Октября 18. Попыталась стоять на ногахъ и тутъ же сдѣлала нѣсколько шаговъ, сильно дрожа всѣмъ тѣломъ и придерживаясь за окружающіе предметы.

Октября 20. Сама расчесала голову.

Октября 24. Появились регулы.

Октября 25. Крови отдѣляется очень мало; болѣе въ животѣ нѣтъ.

Октября 26. Регулы прекратились.

Октября 28. Начала прохаживаться по комнатѣ при помощи костылей. Подошвенныя части ногъ стали выпоняться. Углубленія между костями metatarsi сглаживаются. Вся кисть сдѣлалась полнѣе, менѣе вялая. Появилась крайне слабая электромышечная сократительность мускуловъ верхнихъ конечностей.

Октября 30. Ходитъ по комнатѣ при помощи только одной палки.

Ноября 2. Отекъ ногъ исчезъ совершенно. При ходьбѣ ноги дрожать и очень скоро устаютъ. Пишетъ ровнѣе, буквы получаютъ болѣе правильную форму.

Ноября 3. Можетъ ходить безъ палки; дѣлаетъ нѣсколько шаговъ съ закрытыми глазами. Краснота кожи на ладоняхъ и подошвахъ стала значительно блѣднѣе. Испражняется черезъ день. Вѣсъ тѣла 34,160 грм.

Ноября 5. Больная сегодня пробовала шить, что ей удалось очень хорошо. Сама уже разрѣзываетъ нитку. Пишетъ съ каждымъ днемъ лучше и лучше*). Можетъ сойти нѣсколько ступенекъ по лестницѣ.

Принявшись за обзоръ описаннаго случая, нельзя не обратить вниманія на слѣдующія особенности: 1) отсутствіе яснаго этиологическаго момента, 2) быстрое развитіе болѣзни, 3) безлихорадочное ея теченіе, 4) полная потеря движеній въ мышцахъ всѣхъ конечностей, 5) полная потеря электрической и гальванической возбудимости нервовъ и мышцъ конечностей, 6) распространеніе процесса въ восходящемъ направленіи, 7) сохраненіе кожной чувствительности во всѣхъ ея видахъ, 8) участіе N. Sympathici въ болѣзненномъ процессѣ, 9) интактность процессовъ дефекаціи и мочеотдѣленія, 10) отсутствіе пораженія психической

*) Въ засѣданіи представлена была тетрадка, въ которой Полякова вела дневникъ своего пребыванія въ больницѣ, и изъ которой наглядно было видно послѣдовательное улучшеніе писема.

сферы, 11) общій упадокъ питанія организма, 12) атрофія мѣшцъ пораженныхъ органовъ, 13) продолжительность теченія болѣзни, 14) возстановленіе функціональной способности сверху внизъ, съ органовъ позже заболѣвшихъ (обратно ходу развитія болѣзни).

Въ приведенномъ случаѣ мы видимъ картину остраго восходящаго паралича *Landry*, подробно описаннаго имъ въ 1859 году. *Paralys. génér. spin. anter. subaigue*, описанный *Duchenn'*омъ еще ранѣе (въ 1853 г.), въ сущности ничѣмъ не отличается отъ паралича *Landry*. Особенности этой формы весьма рѣзко выдѣляютъ ее изъ ряда сродныхъ; но я хочу обратить особенное вниманіе на отличіе ея отъ простой прогрессивной мышечной атрофіи, смѣшеніе съ которою въ прогностическомъ отношеніи имѣетъ важное значеніе. Не вдаваясь въ доказательства, что мышечная атрофія въ нашемъ случаѣ есть явленіе послѣдовательное параличу, въ противоположность прогрессивной мышечной атрофіи, гдѣ наоборотъ параличъ мускуловъ слѣдуетъ за ихъ атрофіею, мы замѣтимъ еще нѣсколько другихъ симптомовъ, весьма важныхъ для дифференціальной діагностики, а именно:

b) Прогрессивная мышечная атрофія развивается несравненно медленнѣе.

с) Паденіе электрической и гальванической возбудимости нервовъ и мускуловъ идетъ параллельно атрофіи; при остромъ восходящемъ параличѣ предшествуетъ атрофіи и при выздоровленіи больного возвращается къ нормѣ позже всѣхъ другихъ проявленій болѣзни *).

d) Прогрессивная мышечная атрофія развивается чаще всего съ группъ *thenar et antithenar*, при чемъ движеніе въ соответствующихъ пальцахъ остается долго.

e) При прогрессивной мышечной атрофіи рядомъ съ атрофированными мускулами встрѣчаются совершенно здоровые.

f) Прогрессивная мышечная атрофія поражаетъ преимущественно взрослыхъ субъектовъ.

*) Больная находится еще въ больницѣ; она отлично ходитъ и не скоро даже устаетъ; шьетъ, пишетъ и хорошо исполняетъ многія мелкія работы, а между тѣмъ возбудимость нервовъ и мѣшцъ еще крайне слаба.—26 декаб. 1874.

g) Наконецъ, въ прогностическомъ отношеніи прогрессивная мышечная атрофія, за исключеніемъ случаевъ, въ которыхъ она наступаетъ вслѣдъ за острыми процессами (тифъ, ревматизмъ), только въ видѣ рѣдкихъ примѣровъ заканчивается выздоровленіемъ. Острый восходящій параличъ, если только процессъ не распространится на *medulla oblongata*, почти безъ исключеній имѣетъ своимъ исходомъ выздоровленіе. И Поляковой въ первый же день ея изслѣдованія предвѣдано было выздоровленіе, а замѣчательное ея терпѣніе, впрочемъ прерываемое моментами отчаянія въ теченіи стационарнаго періода болѣзни, въ настоящее время осталось вознаграждено почти совершеннымъ здоровьемъ.

Касательно причины, вызвавшей описанный болѣзненный процессъ, къ сказанному раньше ничего болѣе нельзя прибавить. Единственный моментъ, къ которому бы можно было еще привязаться, это тотъ, когда больная промочила ноги. Насколько въ тѣсной связи стоитъ онъ съ послѣдующимъ рядомъ симптомовъ, вы легко можете судить сами. Впрочемъ, на простуду, какъ на причинный моментъ, указываютъ почти все авторы извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ.

Еще болѣе гадательно можно говорить о натурѣ патологическаго процесса и о тѣхъ анатомическихъ измѣненіяхъ, которыя онъ оставляетъ на мѣстахъ пораженія; въ особенности же въ моемъ случаѣ, окончивающемся выздоровленіемъ, а слѣдовательно, избѣжавшемъ анатомическаго стола и микроскопа. Большинство мнѣній высказывается въ пользу мѣлннта (*Duchenne, Gombault, Frey, Ollivier* ставятъ въ зависимость эту форму отъ гипереміи спиннаго мозга, *Brown-Séguard*—на оборотъ отъ анеміи его, по *Levy* причина лежитъ въ гипереміи переднихъ и боковыхъ канатиковъ и передняго сѣраго вещества спиннаго мозга. *Frey* допускаетъ тоже воспалительный процессъ въ спинномъ мозгу и преимущественно переднихъ роговъ. *Petitfils* думаетъ, что здѣсь наступаетъ острая атрофія двигательныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спиннаго мозга. Наконецъ *Duchenne* и *Joffroy* въ переднихъ рогахъ предполагаютъ какое-то самостоятельное измѣненіе нервныхъ клѣтокъ. Какого рода измѣненія и какихъ гистологическихъ

элементовъ проходить при остромъ восходящемъ параличѣ на основаніи этого случая, конечно, высказаться не возможно. Нельзя однако отрицать, что мѣстные пораженія въ спинномъ мозгу повели къ такимъ органическимъ измѣненіямъ, которыя въ теченіи многихъ мѣсяцевъ не въ состояніи были пройти безслѣдно. Это обстоятельство рѣшительно отвергаетъ возможность одной только простой анеміи или гипереміи мозговой ткани. И если согласиться съ тѣми, которые стоятъ за воспалительный процессъ, то слѣдуетъ оговорить, что измѣненія въ нервахъ и мышцахъ при этомъ не переходятъ за предѣлы возможности возвращенія ихъ къ нормальному быту.

Если мы съ увѣренностью не можемъ говорить о характерѣ и причинахъ занимающаго насъ болѣзненнаго процесса, за то, на основаніи анатомическихъ соображеній, съ большою вѣроятностью можемъ указать мѣсто, на которомъ онъ сосредоточился въ нашемъ случаѣ, а именно: сѣрое вещество переднихъ роговъ и столбовъ спиннаго мозга. Вазомоторныя явленія, описанныя въ исторіи болѣзни, объясняются частью прямымъ отношеніемъ *Sympathici* къ спинному мозгу, частью пораженіемъ вазомоторныхъ центровъ, доказанныхъ въ спинномъ мозгу въ недавнее время (*Goltz*).

Раньше, чѣмъ коснусь леченія, я долженъ указать на періодъ болѣзни, въ которомъ Полякова поступила въ больницу. Въ первый разъ я ее видѣлъ спустя три недѣли съ тѣхъ поръ какъ болѣзненные явленія достигли высшей степени, т. е. прогрессивный періодъ болѣзни закончился, и насталъ стационарный. Въ пользу этого говоритъ во 1-хъ, отсутствіе всякихъ воспалительныхъ явленій со стороны организма: нормальная дневная колебанія температуры, и отсутствіе въ мочѣ явленій, указывающихъ на усиленный метаморфозъ тѣла; во 2-хъ, отсутствіе прибавленія новыхъ проявленій болѣзни; въ 3-хъ, отсутствіе усиленія или ослабленія симптомовъ, обнаружившихся три недѣли тому назадъ.

Какъ на первый толчекъ къ выздоровленію слѣдуетъ смотрѣть на тотъ моментъ, когда начинается улучшеніе общее питаніе; за тѣмъ возвращеніе къ физиологическимъ отравленіямъ пораженныхъ органовъ наглядно доказываетъ наступающее выздоровленіе.

Въ моемъ случаѣ первыми симптомами, указывавшими на начало регрессивнаго періода болѣзни были: улучшеніе аппетита и уменьшеніе отека ногъ (въ концѣ іюля). Съ тѣхъ поръ выздоровленіе пошло быстрѣе.

И такъ, первый—прогрессивный періодъ, въ нашемъ случаѣ, продолжался приблизительно 20 дней, 2-й—стационарный—2 мѣсяца, 3-й—регрессивный періодъ продолжается по настоящее время (слишкомъ 5 мѣс.).

Леченіе распадалось на общее и мѣстное. Больная получала внутрь желѣзные пилюли по слѣдующей, чаще другихъ употребляемой мною формулѣ: *Rp. Ferri H. reducti 3j, extr. chinae, extr. amari aa. q. s. ut f. l. a. pil. № 60, consp. Magnes. D. S.* принимать передъ обѣдомъ и передъ ужиномъ по 3 пилюль.—Дѣйствіе этихъ пилюль выразилось, какъ это почти всегда и бываетъ, сначала усиленнымъ аппетитомъ, а за тѣмъ улучшеніемъ общаго питанія организма, исчезновеніемъ отековъ, болѣе розовымъ цвѣтомъ слизистыхъ оболочекъ и пр.—Какъ видно изъ исторіи болѣзни, запоры не только не усилились, но наоборотъ, отравленіе кишечнаго канала сдѣлалось болѣе исправнымъ (черезъ день). Рядомъ съ приемами желѣза больная получала преимущественно мясную пищу.

Мѣстное леченіе состояло въ ежедневномъ натираніи позвоночнаго столба кускомъ льда и въ примѣненіи восходящаго постояннаго тока на первые стволы конечностей, а прерывистаго—на группы парализованныхъ и атрофированныхъ мышцъ.

ОТЧЕТЪ
О ХОЛЕРНОМЪ ОТДѢЛЕНІИ ОДЕССКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
за эпидемію 1872 г.*).

М. Погребинскаго.

Съ тѣхъ поръ какъ холера стала посѣщать Европу и до настоящаго времени рѣдкая европейская эпидемія совершенно пощадилась Одессу; подобно другимъ южно-европейскимъ портамъ она нерѣдко первая становилась жертвою заразы и такимъ образомъ дѣлалась разсадникомъ этой болѣзни по нашему обширному отечеству. Между тѣмъ главнѣйшія данныя относительно этиологіи этой эпидемической болѣзни, разрабатываемыя въ наукѣ особенно въ послѣднее десятилѣтіе, для Одессы еще вовсе не разъяснены. Проверка же этихъ данныхъ для возможно большаго числа различныхъ мѣстностей въ настоящее время представляетъ живой интересъ въ виду настоящаго положенія ученія о холерѣ вообще.

Повидимому, холера унаслѣдована современнымъ человѣчествомъ отъ древняго вмѣстѣ со многими элементами культуры. Въ новѣйшее время, по крайнѣй мѣрѣ, непрерывно, постоянно дѣлались попытки къ разрѣшенію этаго загадочнаго явленія и естественно, что мнѣній и теорій накопилось довольно. Въ теченіе многихъ десятилѣтій уже самые даровитые изслѣдователи работаютъ съ цѣлью раскрыть тайну этой загадочной болѣзни помощью микроскопа и реактивныхъ трубокъ, изслѣдователи направили свои орудія на міры надземный и подземный, много лѣтъ уже самые остроумные ученые изощряются въ гипотезахъ и теоріяхъ; однако до сихъ поръ еще вопросъ со всѣхъ его сторонъ очень мало

*) Отчетъ этотъ опоздалъ выходомъ почти на полтора года по разнымъ, не зависѣвшимъ отъ автора причинамъ.

выясненъ. Литература холеры, съ которою, какъ видно, индійскіе врачи были знакомы еще за много столѣтій до Р. Х., обогатилась многочисленными наблюденіями, накопилось множество фактовъ, которые еще ждуть своего объясненія.

При такомъ положеніи вопроса каждое новое, точно сообщенное наблюденіе можетъ получить значеніе. Это побуждаетъ меня представить здѣсь небольшой, но тщательно собранный, мною матеріалъ въ холерномъ отдѣленіи Городской больницы въ связи съ тѣми условіями города, которымъ приписывается извѣстное значеніе въ развитіи холеры. Завѣдывая этимъ отдѣленіемъ во все время холерной эпидеміи 1872 года, я имѣлъ возможность слѣдить за этою эпидеміею съ самаго ея начала до конца. Въ это время подъ моимъ наблюденіемъ находилось болѣе 500 холерныхъ больныхъ.

I.

Съ тѣхъ поръ, какъ изслѣдованія преимущественно англійскихъ врачей обратили вниманіе на то, что съ древнѣйшихъ временъ Индія служитъ единственнымъ мѣстомъ зарожденія холеры, фактъ этотъ постоянно проверялся европейскими изслѣдователями и въ настоящее время большая часть ихъ согласна въ томъ, что болѣзнь эта переносится изъ мѣста своего зарожденія, заражая большія или меньшія пространства континента, населеннаго людьми, и порождая въ зараженныхъ мѣстностяхъ ту же болѣзнь со всѣми ея проявленіями. Дѣйствительно, наблюденія въ теченіе болѣе 40 лѣтъ, съ перваго появленія холеры въ Европѣ (въ 1829 г. въ Оренбургѣ), показываютъ, что форма болѣзни, теченіе, инкубація, а также отношенія смертности у насъ такія же, какъ и въ Индіи.

Обращаясь къ источнику холерной эпидеміи, захватившей Одессу въ 1872 г., мы шагъ за шагомъ можемъ прослѣдить ходъ

ея до самаго начала, до мѣста ея зарожденія. Большая индійская эпидемія 1867—1869 г. распространилась на Багдадъ и сѣверо-восточныя провинціи Персіи, а оттуда перешла на Кавказъ и нѣкоторые порты Чернаго и Азовскаго морей (Таганрогъ, Ростовъ). Въ 1870 г. мы ее находимъ уже во многихъ городахъ Россіи (Керчь, Бердянскъ, Феодосія) и здѣсь, при дальнѣйшемъ странствованіи по нашему отечеству, холера перескакивала на большія разстоянія съ одного мѣста на другое, совершенно пощадивъ или только слабо затронувъ мѣстности, лежавшія на пути; а за тѣмъ, черезъ болѣе или менѣе долгій промежутокъ времени, возвращалась въ пропущенныя прежде мѣста. Въ Москвѣ съ 13 марта до 5 ноября тогда заболѣло 5426 и умерло 2602 чел. отъ холеры; всего же насчитываютъ въ этомъ году во всѣхъ губерніяхъ болѣе 8000 жертвъ.—Въ декабрѣ 1870 г., она показала въ Польшѣ; но здѣсь эпидемія не достигла значительнаго развитія, такъ что, по официальнымъ свѣдѣніямъ, во всей Польшѣ было 191 умершихъ; въ то же время эпидемія придвинулась къ прусской границѣ, но не перешагнула ея. Прекратившись на короткое время, эпидемія вновь появилась въ Польшѣ въ 1871 г.; въ іюлѣ этого года она перешла уже въ Германію, гдѣ господствовала съ 13 іюля до 4 сентября и произвела 6759 заболѣвшихъ и 3839 умершихъ.—Въ Петербургѣ она держалась еще въ концѣ 1871 г.; въ серединѣ декабря этого года она удержалась еще только въ нѣкоторыхъ губерніяхъ въ слабой степени, всего сильнѣе была въ Кіевѣ и Томскѣ.

При быстромъ и многочисленномъ сообщеніи между Кіевомъ и Одессою въ это время уже наблюдались случаи занесенія къ намъ заразы*); тѣмъ не менѣе холера, распространившись тогда почти на всѣ сосѣднія мѣстности съ Одессою, пощадила насъ.

Зима не прекратила заразы; въ февралѣ 1872 г. эпидемія въ слабой степени еще удержалась въ нѣкоторыхъ губерніяхъ Россіи, въ Галиціи, Румыніи. Въ слѣдующую за тѣмъ весну

*) Объ одномъ случаѣ тогда сообщено было въ Общ. Одесск. врачей.

(15 мая) холера вновь усилилась въ Кіевѣ и съ этого времени зараза быстро разносилась оттуда: 16 мая она показала въ Верхнеднѣпровскѣ, 17-го—въ Екатеринославѣ, 20-го—у насъ показали первые случаи у двухъ пріѣзжихъ изъ Кіева, 21—въ Александровскѣ, 25—въ Бериславѣ и Херсонѣ.

Къ сожалѣнію, я не могу привести здѣсь подробныхъ исторій болѣзни этихъ двухъ больныхъ. Положительно извѣстно только, что оба они страдали еще во время переѣзда изъ Кіева по жел. дор. обильнымъ поносомъ, но пріѣздъ въ Одессу быстро ввали въ альгидное состояніе и оба умерли. Съ этого же времени стала развиваться эпидемія.

Такимъ образомъ, съ точки зрѣнія общепринятаго мнѣнія контагионистовъ о способѣ перенесенія холерной заразы изъ одной мѣстности въ другую, слѣдуетъ допустить, что къ намъ совершилось перенесеніе заразы больными людьми по путямъ сообщенія. Küchenmeister въ послѣднее время доказываетъ, что это самый частый способъ. Мы не имѣемъ никакихъ данныхъ для провѣрки того положенія, принятаго какъ Константинопольскою, такъ и Ваймарскою холерными конференціями, что зараза можетъ переноситься бѣльемъ, платьемъ и вообще всѣми вещами, запачканными холерными изверженіями.

II.

Что касается условій для дальнѣйшаго развитія въ Одессѣ холерной заразы, занесенной сюда какимъ либо способомъ, то для разъясненія ихъ привожу здѣсь слѣдующія довольно подробныя изслѣдованія*).

*) Данныя о положеніи Одессы, объ устройствѣ ея почвы и о водѣ, употребляемой жителями въ пищу, заимствованы мною изъ «Труд. Одесск. статист. комит.» вып. 1-й, 1865 г.

Одесса лежитъ подъ $46^{\circ}, 28', 55''$ с. ш. и $48^{\circ}, 23', 49''$ в. д. (отъ 1 меридіана). Въ составъ города входятъ 7 предмѣстій и 148 дачъ. Вся эта мѣстность занимаетъ пространство до 32 верстъ, изъ коихъ на долю собственно города приходится 10 верстъ. Городъ расположенъ на обрывистомъ, возвышенномъ берегу моря; средняя высота берега отъ ур. моря 106 ф., самый же возвышенный пунктъ города находится на западѣ (у лютер. церк.)—186,90 ф. н. ур. м. Высота плоскости, занимаемой всѣмъ городомъ, въ С.З. части доходитъ до 273 ф. н. ур. м.; по направленію же къ Ю.В. плоскость постепенно понижается. Городъ открытъ вѣтрамъ отъ С.В. до Ю.В., съ С.В. онъ защищенъ возвышеннымъ берегомъ. Восточные вѣтры преимущественно дуютъ отъ В.С.В. до Ю.В.; послѣдній особенно опасенъ.

Предм.: Пересыпь растилается по песчанной низменности на 2 вер. 300 саж. въ длину и 150—400 саж. въ ширину; она представляетъ долину, служившую нѣкогда дномъ Хаджибейскому лиману. Новая Слободка (Романовка) составляетъ отдѣльное, оторванное отъ города населеніе за Водянымъ оврагомъ, лежитъ на возвышенномъ крутомъ берегу пересыпской дльны.— Молдованка занимаетъ отлогости правой стороны Водянаго оврага и находится въ связи съ городомъ; часть этаго предмѣстья, лежащая по правую сторону оврага, называется Бугаевкою; еще далѣе на западъ расположены кварталы за Тираспольскою Заставою. Хутора (дачи) расположены на югѣ, вдоль морскаго берега.

Поверхность плоскости, занимаемой городомъ, перерѣзывается въ разныхъ направленіяхъ оврагами. Въ окрестностяхъ города выламывается камень; ломка производится закрытыми минами, которыя ведутся въ совершенно произвольномъ направленіи, такъ что въ этихъ мѣстностяхъ трудно найти одну десятину земли, которая была бы свободна отъ подлома.

Исслѣдованіе Одесской почвы, произведенное въ 1861 г. особою комиссіею, которая для этой цѣли между прочими работами произвела также до 40 буреній въ различныхъ мѣстностяхъ города, привело къ слѣдующему результату. Внутренній составъ одесской почвы относится къ эпохѣ новѣйшихъ третичныхъ обра-

зованій. Подъ верхнимъ черноземнымъ слоемъ, толщиною въ нѣкоторыхъ мѣстахъ до 1 арш., появляются главнѣйшія почвенныя толщи верхнихъ глинистыхъ слоевъ; подъ ними залегаетъ довольно мощный пластъ раковиннаго известняка; оба эти пласта впрочемъ представляютъ различную толщину въ различныхъ мѣстностяхъ. Буренія, произведенныя въ различныхъ направленіяхъ (отъ Молдованки къ Приморскому Бульвару, а также вдоль морскаго берега), показали, что пластъ раковиннаго известняка, наклоняясь нѣсколько къ сторонѣ Приморскаго бульвара, постепенно понижается по направленію къ берегу, занятому дачами.—За каменистымъ слоемъ непосредственно залегаютъ глинисто—песчаные слои (суглинки) разныхъ оттънковъ, перемежающіеся иногда съ чисто песчаными слоями. Во всѣхъ почти буровыхъ скважинахъ найдена была вода преимущественно близъ прикосновенія каменстаго пласта съ нижнимъ глинистымъ слоемъ.

Скопленіе и теченіе воды въ каменистомъ слое объясняется слѣдующими обстоятельствами: все пространство, занимаемое Одессою, какъ уже было указано, пересѣкается значительнымъ числомъ глубокихъ балокъ или овраговъ, изъ коихъ нѣкоторые находятся въ самомъ городѣ (Карантинная, Военная, Водяная); большая же часть ихъ находится въ окрестностяхъ. Въ большей части этихъ овраговъ замѣтны довольно явственно обнаженія раковиннаго известняка. Этотъ пластъ, по свойственной ему пористости и капиллярности, при значительномъ возвышеніи горизонта водъ (дождевыхъ и снѣговыхъ) въ упомянутыхъ оврагахъ, напитывается этими водами и служитъ какъ-бы губчатымъ резервуаромъ для скопленія ихъ въ значительной массѣ. Кромѣ этаго, скопленіе атмосферныхъ водъ въ пластѣ раковиннаго известняка, независимо отъ обнаженія его въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, происходитъ еще отъ слѣдующихъ обстоятельствъ: залегающій сверхъ этаго пласта верхній глинистый слой имѣетъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ одесской почвы весьма незначительную толщину и при сильныхъ жарахъ, свойственныхъ южному климату, обнаруживаетъ въ различныхъ направленіяхъ трещины, способствующія прониканію внутрь почвы водъ дождевыхъ и снѣговыхъ. Въ мѣстахъ,

покрытыхъ черноземнымъ слоемъ, впрочемъ довольно рыхлымъ, просачиванію способствуетъ внахиваніе и проч.— Слѣдствіемъ всѣхъ этихъ причинъ каменистый пластъ дѣлается резервуаромъ воды; а такъ какъ подъ нимъ непосредственно залегаетъ глина, то, вслѣдствіе наклона этого пласта къ морскому берегу, вода туда истекаетъ и образуетъ тамъ источники (фонтаны). Количество воды въ этихъ источникахъ находится въ прямой зависимости отъ болѣе или менѣе обильныхъ дождей или зимнихъ снѣговъ; при продолжительныхъ засухахъ многіе изъ нихъ почти совершенно уничтожаются.

Что касается токовъ водъ въ верхнихъ слояхъ почвы, т. е. въ верхнихъ глинистыхъ толщахъ, то они обязаны своимъ существованіемъ залеганію въ нѣкоторыхъ мѣстахъ этого слоя особаго, пропускающаго ихъ, небольшого пласта; воды эти происходятъ единственно отъ вышняго скопленія дождевой и снѣговой воды въ низменностяхъ; но вообще количество ихъ весьма незначительно. Скопленіе этихъ водъ, имѣющее мѣсто въ безчисленномъ множествѣ колодцевъ около деревни Воронцовки, исчерпывается все ежедневно для мѣстнаго употребленія жителями, такъ какъ въ каждомъ изъ этихъ колодцевъ едва накапливается бочка воды въ теченіе сутокъ.

Что касается пищевой воды, употребляемой жителями*), то, кромѣ только что упомянутой, составляющей самую незначительную долю, она получается изъ колодцевъ, снабжающихся водою изъ нѣдровъ почвы, т. е. изъ каменстаго пласта, а также — изъ цистеренъ. Колодцы, смотря по мѣстности, содержатъ различное количество воды: расположенные на южной сторонѣ города б. ч. обильны водою, въ центрѣ же города воды въ нихъ меньше; колодцы, находящіеся въ балкахъ и оврагахъ, болѣе другихъ обильны водою. Весьма небольшое число колодцевъ, получающихъ воду изъ песчаннаго слоя, залегающаго гораздо ниже каменстаго пласта, доставляетъ самое незначительное количество воды. Зна-

*) Во время эпидеміи 1872 г. въ Одессѣ Дибетровскій водопроводъ еще не началъ устроиваться.

чительную массу пищевой воды жители получаютъ изъ цистеренъ, устроенныхъ во многихъ домахъ, въ которыя посредствомъ трубъ проводится дождевая и снѣговая вода изъ крышъ. При такомъ естественномъ водоснабженіи городъ часто ощущаетъ большой недостатокъ въ водѣ при продолжительныхъ засухахъ.

Наконецъ остается еще упомянуть о водопроводѣ, устроенномъ въ 1853 г. Ковалевскимъ. Вода проводится изъ обильнаго источника, отстоящаго отъ города на 11 верстъ, посредствомъ трубъ въ девять водоприемныхъ бассейновъ, устроенныхъ въ разныхъ частяхъ города.

Главнѣйшія данныя относительно метеорологическихъ явленій въ Одессѣ, заимствованныя изъ «Лѣтописей Главной Физической Обсерваторіи, издав. Вильдомъ» изложены въ прилагаемой таблицѣ. Въ ней указаны среднія ежемѣсячныя цифры за шесть лѣтъ (1866—1872 г.) параллельно съ холернымъ годомъ изъ барометрическихъ и термометрическихъ наблюденій, абсолютной и относительной влажности и атмосферныхъ осадковъ. Ежедневныя наблюденія барометра и температуры воздуха за холерные мѣсяцы, представлены графически вмѣстѣ съ движеніемъ болѣзненности и смертности *).

Не вдаваясь въ теоретическія разсужденія о прочности или несостоятельности той или другой изъ существующихъ въ новѣйшее время теорій о развитіи холеры, я въ кратцѣ коснусь оцѣнки приведенныхъ фактовъ, сопоставляя ихъ съ тѣми данными, которыя заняли видное мѣсто въ наукѣ.

Вышеприведенныя геологическія изслѣдованія одесской почвы даютъ намъ возможность оцѣнить, на сколько она удовлетворяетъ тѣмъ условіямъ, которыми, въ смыслѣ *Петенкофера*, должна

*) Считаю приятнымъ долгомъ выразить мою благодарность В. О. Сталевичу, который доставилъ мнѣ возможность пользоваться означенными наблюденіями.

обладать почва холерная. Необходимыми условиями для развития холерного яда этот известный исследователь считает, кроме присутствия в почве холерного зародыша (гриба), попадающего туда с извержениями от холерных больных (или даже здоровых, но живших в холерной местности), главным образом следующие: 1) почву порозную, пропускающую воду и воздух до слоя почвенной воды; 2) колебания уровня почвенной воды, причем быстрое падение этого уровня с необыкновенной высоты означает приближение холеры; 3) присутствие в почве органических веществ и извержений. Первыми двумя условиями, конечно, обладает поверхностный (наносный) слой одесской почвы; но слой этот, имевший местами значительную толщину (до 1 арш.), местами истончается и вовсе исчезает, так что на некоторых местах города открыта поверхность глинистого слоя, представляющего, как известно, совершенно противоположные свойства. Присутствие в некоторых местах этого последнего пласта трещин обнаруживается только после продолжительных жаров и способствует только весьма медленному просачиванию воды, как это замечается в колодцах. Самое резкое противоречие теории Петенкофера представляет Пересыпь. Почва этой низменности, находящейся на уровне моря, всегда пропитана на самой незначительной глубине морской водою; между тем предместие это при каждом появлении холеры в Одессе дает весьма значительный контингент жертв. Только условию содержания органических веществ и извержений бесспорно вполне удовлетворяет одесская почва. И так, не говоря уже о положении города на возвышенном берегу моря, — что само по себе составляет условие неблагоприятное для развития холеры в смысле Петенкофера, — свойства почвы не вполне согласуются с вышеуказанною теорией.

Теория почвенной воды при строгой проверке для многих уже местностей оказалась несостоятельною. Константинопольская холерная конференция, как видно из отчета Fauvel'a, лейбъ-

медика Наполеона III и проф. в Hôtel Dieu¹⁾, не признавала за почвою такого значительного дѣятеля в развитии холеры. Изъ отчета Townsend'a о холере 1868 г. в Инди (в центральных провинциях и в Бенаресе) видно²⁾, что многочисленные деревни, расположенные на твердой, непроницаемой, скалистой (базальтовой) почве, без насыщенной земли на поверхности, сильно страдали от холеры и имѣли громадную смертность. Тоже наблюдалось в многочисленных местностях Германии и др. *Küchenmeister*, в последнем своем сочинении³⁾ подвергнув строгой критике учение Петенкофера, приходит к тому заключению, что если почвенная вода и играет известную роль в развитии холерного яда, то роль эта сама по себе незначительна, а важны здесь другие условия почвы. Главную заслугу Петенкофера онъ находитъ в томъ, что этот знаменитый исследователь обратилъ внимание на почву, какъ на место, гдѣ слѣдуетъ искать причину болѣзни. Множество наблюдений, собранных въ в разных холерных местностях, показало полнѣйшее разнообразие в устройстве ихъ почвы по отношению къ теории почвенной воды. В виду этихъ данныхъ, а также того несомнѣннаго факта, что многія местности, самыя разнообразныя по своимъ географическимъ и геологическимъ условиямъ, оказываются совершенно восприимчивыми къ холерной заразе (Лионъ, Бирмингамъ, Версаль, Вюрцбургъ, Бисбаденъ, Карлсруэ, Вюртембергъ, Ольденбургъ, Франкфуртъ на М. никогда не имѣли холеры), самъ Петенкоферъ долженъ былъ убѣдиться, что теория его въ первоначальномъ видѣ не вполне удовлетворительна; на Ваймарской холерной конференціи въ 1867 г., онъ дополнилъ свою теорію тѣмъ, что допускаетъ известное предрасположеніе местности (*örtliche Disposition*) къ болѣзни, независимо отъ устройства ея почвы,

¹⁾ Le choléra. Exposé des trav. de la conf. sanit. internation. de Constantinople (avec une carte indiquant la marche du choléra en 1865). Paris 1868.

²⁾ The Lancet, 25 Juni 1870.

³⁾ Handb. d. Lehre v. d. Verbreitung d. Cholera u. d. Schutzmaassregeln gegen sie. Erlangen 1872.

а также—предрасположеніе временное (*zeitliche Disposition*), наступающее съ паденіемъ слоя почвенной воды.

Съ другой стороны контагіонисты приводятъ множество фактовъ изъ Индіи и преимущественно изъ Лондона, доказывающихъ, что пищевая вода играетъ весьма видную роль въ этиологіи холеры. *Masnam*, знаменитый представитель контагіонистовъ въ Индіи, авторъ замѣчательнаго историческаго изслѣдованія отъ древнѣйшаго появленія холеры въ Индіи до 1869 г., допускаетъ единственную возможность развитія холеры черезъ пищевую воду. Такіе голоса все чаще и чаще стали раздаваться изъ Германіи и Англии, гдѣ почти каждую эпидемію холеры (или тифа) съ большею или меньшею вѣроятностію приписываютъ испорченной водѣ: лондонскія эпидеміи 1843, 1848—49, 1854 и 1866 годовъ (*Snow, Bikes*) берлинская эпидемія 1865 г. приписывались этой же причинѣ. — *Delbrück* въ Галль (1866), *K. Förster* въ 12 мѣстечкахъ Шлезвига и Познани и въ крѣпости Глогау (1866), *Brehme* въ Ваймарѣ, *Lisch* въ Петербургѣ, *van Geuns* въ Роттердамѣ, *Hirsch* въ Данцигѣ (въ 7 эпидеміяхъ 1845—59 г.), *Buchanan*, Константинопольская конференція, на Ваймарской конференціи *Griesinger* и *Hirsch*—все они на основаніи многихъ наблюденій высказались въ пользу важнаго значенія пищевой воды въ этиологіи холеры. Петенкоферъ, приписывая главную роль почвѣ, не отрицаетъ также важнаго значенія пищевой воды въ произведеніи холеры.

Мы видѣли уже, что жители Одессы доставали свою воду изъ колодезь и цистеренъ, въ которыхъ вода скопляется преимущественно во время обильныхъ дождей и снѣговъ, и въ нихъ сохраняется продолжительное время. Кромѣ значительнаго содержанія солей въ этой водѣ, имѣющей всегда нехорошій вкусъ, въ ней постоянно содержатся большія или меньшія количества органическихъ веществъ *). Кромѣ того, изъ отхожихъ мѣсть, представ-

*) Вода изъ различныхъ источниковъ содержитъ въ себѣ большее или меньшее количество тѣхъ постоянныхъ примѣсей, которыя дѣлаютъ ее жесткою, горьковатою и солоноватою, часто совершенно неудобною для употребленія. Химическій анализъ

ляющихъ здѣсь первобытное устройство и расположенныхъ большею частью близъ цистеренъ и колодезь, всегда возможно медленное просачиваніе изверженій въ послѣдніе, тѣмъ болѣе, что колодцы и цистерны обыкновенно гораздо глубже вырыты, чѣмъ выгребныя ямы. Что же касается воды изъ водопровода Ковалевскаго, то она по своему скверному вкусу употребляется только бѣднѣйшимъ населеніемъ въ пищу; обыкновенно же употребляется для животныхъ. — Очевидно, такая пищевая вода далеко не соответствуетъ требованіямъ гигиены вообще и, въ виду приведенныхъ мнѣній, должна обратить на себя особенное вниманіе въ вопросѣ о развитіи холеры. При безпристрастномъ обсужденіи фактовъ, представляемыхъ приверженцами различныхъ теорій, нельзя сомнѣваться, что пищевая вода принимаетъ дѣятельное участіе въ развитіи и распространеніи холеры; но приписывать ей одной, безъ участія другихъ факторовъ, всю суть этого дѣла, нѣтъ рациональныхъ основаній; въ этомъ вполне убѣждаютъ факты, представленные Петенкоферомъ¹⁾ противъ

произведенный Пр. *Gasciagnow*, показали не только различное содержаніе солей въ водѣ изъ разныхъ источниковъ, но также и—органическихъ веществъ.

I. Анализъ воды изъ колодезя, находящагося въ предѣлахъ равниннаго известняка, показалъ, что въ 100 ч. воды содержится:

| | | | | |
|---------------|----------|---|-------|---|
| Сѣрнистой | магнѣзіи | — | 0,285 | Таковъ же составъ воды изъ прочихъ колодезь каменнаго слоя, при чемъ замѣчаются различія въ содержаніи отдельныхъ солей или же—въ присутствіи другихъ (сѣрнистой натріи, кремнезема). |
| > | извести | — | 0,109 | |
| Хлористого | натріи | — | 0,137 | |
| > | кальціи | — | 0,045 | |
| Двууглекислой | извести | — | 0,038 | |
| Органическихъ | веществъ | — | слѣды | |

Анализъ воды изъ другихъ источниковъ показалъ въ 100 ч. воды.

| II. изъ ставка въ верхнемъ этажѣ | | III. изъ буровой скважины на Переяснѣ | | IV. изъ колодезя Ковалевскаго | |
|----------------------------------|----------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|--------|
| слои | | | | | |
| Сѣрнистой | магнѣзіи | — | 0,037 | — | 0,0386 |
| > | извести | — | 0,070 | — | 0,1998 |
| Хлористого | натріи | — | 0,210 | — | 0,0686 |
| > | кальціи | — | 0,063 | — | 0,0218 |
| Двууглекислой | извести | — | — | — | 0,0366 |
| Сѣрнистой | натра | — | — | — | 0,0998 |
| Кремнезема | — | — | — | — | 0,0096 |
| Органическихъ | веществъ | — | 0,062 | — | слѣды. |

¹⁾ Deut. Vrtlrschr. f. oef. Gsddhtspf. Bd. II, p. 176.

возраженій Buchanan'a на теорію почевній воды^{*)}. Нельзя не согласиться съ Петенкоферомъ, что, при такомъ взглядѣ на дѣло, прекращеніе эпидеміи тамъ, гдѣ она разъ развилась, должно бы считаться величайшимъ, непостижимымъ чудомъ. Впрочемъ, вопросъ о роли пищевой воды въ развитіи холеры въ Одессѣ ждетъ своего скорого разрѣшенія съ устройствомъ Двѣстровскаго водопровода.

Рядомъ съ разсмотрѣнными моментами въ дѣлѣ развитія холеры самое видное мѣсто занимаютъ метеорологическія явленія. Представители самыхъ различныхъ теорій все согласны въ томъ, что извѣстныя барометрическія и термометрическія явленія составляютъ одно изъ необходимыхъ условій для развитія и размноженія холернаго яда. Міазматическая теорія Bryden'a (monsun) почти исключительно основана на атмосферическихъ вліяніяхъ. Однако, и въ этомъ направленіи нѣтъ положительной точки опоры, существующія указанія отрывочны и разнорѣчивы. По Ackermann'u, эпидеміи въ Европѣ тѣмъ опаснѣе, чѣмъ раньше отъ начала года онѣ появляются, все берлинскія эпидеміи начинались лѣтомъ или въ началѣ осени и кончались къ концу года; съ другой стороны всемъ извѣстенъ фактъ появленія зимнихъ эпидемій (Петербургъ, Нов. Орлеанъ, Нью-Йоркъ 1848 г., Вѣна 1855—56 г.). Изъ разсмотрѣнія метеорологическихъ данныхъ 118 мѣстностей, подвергшихся холерѣ, Günther^{*)} не могъ вывести никакихъ отношеній между ними и появленіемъ холеры, кромѣ развѣ того, что ослабленіе эпидемій совпадало съ паденіемъ средней температуры воздуха до 0°. Факты, собранные въ этомъ направленіи въ Индіи съ 1818—19 годовъ, показываютъ, что жаркіе и сухіе мѣсяцы (мартъ, апрѣль, май) даютъ въ 4 раза больше смертности, чѣмъ жаркіе дождливые (іюнь, іюль, августъ) и въ 2 раза больше, чѣмъ холодные и сухіе мѣсяцы. Lichtenstein въ берлинской эпидеміи 1866 г. замѣтилъ, что рѣзкое развитіе холеры совпало съ уменьшеннымъ атмосфернымъ давленіемъ и что во время эпидеміи наблю-

^{*)} ibid. p. 169.

^{*)} Die ind. Chol. im. Reg. Zwickau im. Jahre 1866. Leipzig 1869.

дались обильные атмосферные осадки.— Должно однако сознаться, что въ послѣднее время не обращали должнаго вниманія на атмосферное давленіе по отношенію къ происхожденію эпидемій; между тѣмъ еще съ тридцатыхъ годовъ многіе наблюдатели замѣчали совпаденіе эпидемій съ быстрымъ паденіемъ барометра, хотя рядомъ съ такими наблюденіями были наблюденія съ противоположными выводами.

Сравнивая метеорологическія явленія въ Одессѣ за шесть лѣтъ, изложенныя въ таблицѣ, замѣчается, что въ 1872 году нѣкоторыя изъ нихъ показывали замѣтную разницу въ предшествовавшими годами. Особенно рѣзко отличается средняя годовая температура, которая въ этомъ году достигла $+ 11,2^\circ$, между тѣмъ какъ прежнія колебанія ея отъ $+ 9,0^\circ$ доходили до $+ 10,0^\circ$; на это возвышеніе видимо повліяла температура мѣсяцевъ предшествовавшихъ холерѣ: марта и апрѣля (сред. ч. на 3° выше), и особенно мая (сред. ч. на 6° выше предшествовавшихъ лѣтъ). Средняя барометрическая высота также оказалась выше другихъ лѣтъ, за исключеніемъ только 1871 г.—Что касается влажности, то ни абсолютная, ни относительная въ среднихъ годовыхъ и мѣсячныхъ цифрахъ не показываетъ замѣтной разницы; количество же атмосферныхъ осадковъ въ 1872 г. менѣе, чѣмъ въ предшествовавшіе годы и это особенно замѣчается въ мѣсяцахъ мартъ и апрѣль; за те мѣсяцы холерные отличаются обильными атмосферными осадками.— Изъ графической таблицы видно, что барометрическія и термометрическія колебанія не показали правильнаго отношенія къ теченію эпидеміи и смертности, только прекращеніе ея совпадаетъ съ паденіемъ температуры воздуха и поднятіемъ барометра.

Можетъ быть, не лишена этиологическаго значенія раскопка почвы, производящаяся въ Одессѣ въ значительныхъ размѣрахъ уже много лѣтъ для прокладки газопроводныхъ трубъ, устройства водосточковъ и мостовыхъ; вліяніе это рѣзко отразилось на развитіи у насъ перемежающихся лихорадокъ, какъ это замѣчено неоднократно.

Приведенными моментами далеко не исчерпывается вопросъ объ этиологіи холеры. Неумоимо работая надъ этимъ загадочнымъ

и въ высшей степени важнымъ вопросомъ, вниманіе изслѣдователей въ новѣйшее время остановилось на изученіи почвенныхъ условій въ самомъ обширномъ смыслѣ. За почвенною водою стали разрабатываться вопросы о почвенной температурѣ и уже накопилось много весьма интересныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи (*Stierner, Zollinger, Ackermann, Hirsch, Günther*, — особенно же работы *Delbrück'a, Pfeiffer'a* и *Pettenkofer'a*). Далѣе, остроумныя изслѣдованія знаменитаго Петенкофера о содержаніи углекислоты въ почвенномъ воздухѣ и о законахъ движенія послѣдняго въ почвѣ приобрѣтаютъ въ настоящее время большое значеніе въ виду того, что упомянутыя изслѣдованія доказываютъ, что содержаніе углекислоты въ почвенномъ воздухѣ совпадаетъ съ высотой его температуры и, по всей вѣроятности, зависитъ отъ нея, что съ этими обоими явленіями совпадаетъ и сила холерной эпидеміи.

Такимъ образомъ рядъ указанныхъ трудовъ многочисленныхъ ученыхъ, при безпристрастномъ ихъ разсмотрѣніи, приводитъ къ тому заключенію, что все дѣло произведенія и развитія холеры (какъ и другихъ заразныхъ болѣзней) врядъ-ли можно основать на какомъ-либо одномъ изъ приведенныхъ моментовъ; такому взгляду противорѣчитъ наблюденіе и критическое обсужденіе вопроса: ни теорія почвенной, ни пищевой воды, ни теорія развитія газовъ въ почвѣ вслѣдствіе химическихъ процессовъ не объясняютъ достаточно характеристической черты эпидемій вообще. Каждый изъ перечисленныхъ взглядовъ имѣетъ свою долю правды, но дѣлаетъ слишкомъ поспѣшный общій выводъ. Только случайное совпаденіе многихъ особенныхъ условій, повидимому, можетъ вызвать такое сложное явленіе. Во всякомъ случаѣ, вопросъ этотъ далеко еще не приблизился къ своему разрѣшенію; но при настоящемъ взглядѣ науки на заразные болѣзни вообще невозможно представить себѣ зарожденіе и распространеніе ихъ путемъ обыкновенныхъ такъ называемыхъ антигигіеническихъ условій.

Между тѣмъ въ только что вышедшемъ сочиненіи *Эстерлена (die Seuchen)*, отличающемся крайнимъ нигилистическимъ направленіемъ, авторъ, отвергая общепринятое мнѣніе о специфич-

ности холеры и всѣхъ вообще заразныхъ болѣзней (кори, скарлатины, тифа, чумы), положительно утверждаетъ, что эти, какъ и всѣ вообще болѣзни, зависятъ исключительно отъ общихъ антигигіеническихъ причинъ.

III.

Частныя этиологическія явленія въ описываемой эпидеміи не представляли рѣзкихъ отклоненій отъ общезвѣстныхъ данныхъ, судя по цифрамъ, собраннымъ мною въ отдѣленіи.

Всѣхъ больныхъ, поступившихъ въ холерное отдѣленіе Городской больницы со 2 іюня до 21 сентября 1872 г. включительно, было 590; исключивъ изъ этого числа 46 (18—съ простымъ поносомъ, 9—съ другими болѣзнями, безъ холерныхъ припадковъ, 5—безчувственно пьяныхъ, 3—симулянтовъ, желавшихъ, за неимѣніемъ пріюта, попасть въ больницу, 11—доставленныхъ въ агоніи и прожившихъ въ отдѣленіи до смерти менѣе одного часа), подлѣ моимъ наблюденіемъ находилось 544 больныхъ.

1. Изъ этого числа по поламъ приходится: мужчинъ 428, женщинъ 116; умершихъ мужчинъ 205 (т. е. 47,9%), женщинъ—52 (т. е. почти 45%). Число поступившихъ женщинъ почти въ 4 раза меньше числа мужчинъ, не смотря на то, что почти всемі замѣчено одинаковое участіе обоихъ половъ въ эпидеміяхъ холеры; во всѣхъ берлинскихъ эпидеміяхъ женщинъ заболѣвало больше, чѣмъ мужчинъ, особенно въ возрастѣ 20—30 лѣтъ; смертность же у обоихъ половъ всегда одинакова. *Zchender* въ цюрихской эпидеміи 1867 нашелъ одинаковое участіе въ заболѣваніи и смертности мужчинъ и женщинъ.

У насъ малое поступленіе женщинъ въ отдѣленіе, вѣроятно, объясняется меньшимъ вообще поступленіемъ женщинъ въ больницу, чѣмъ мужчинъ.

2. Заболѣваніе и смертность по возрастамъ распредѣлились слѣдующимъ образомъ :

| | | | | | | | |
|--------------------|------|-------|------|-------|-----|----------|------|
| моложе 10 л.—всѣхъ | 6, | вызд. | 3, | умер. | 3, | % смерт. | 50 |
| отъ 10 до 20 » — » | 30, | » | 22, | » | 8, | » | 26,6 |
| » 20 — 30 » — » | 173, | » | 123, | » | 50, | » | 29 |
| » 30 — 40 » — » | 148, | » | 84, | » | 64, | » | 43,2 |
| » 40 — 50 » — » | 114, | » | 37, | » | 77, | » | 67,5 |
| » 50 — 60 » — » | 34, | » | 7, | » | 27, | » | 79,4 |
| » 60 — 70 » — » | 25, | » | 6, | » | 19, | » | 76 |
| старше 70 » — » | 14, | » | 5, | » | 9, | » | 64,2 |

Такія возрастные отношенія—большое заболѣваніе въ среднемъ возрастѣ 20—20 л., большая смертность въ дѣтскомъ и старческомъ возрастахъ—наблюдаются всюду. Всѣ почти наблюдатели (*Asker-tann, Delbrück, Göden, Schneider* и др.) согласны въ томъ, что въ Европѣ, какъ и въ Индіи, возрастъ 0—10 л. даетъ самое большое заболѣваніе и особенно—смертность; за тѣмъ самая малая смертность—10—30 л., относительная смертность усиливается отъ 50 л. почти равномѣрно.—*Ely*¹⁾ въ парижской эпидеміи 1856 г. нашелъ самую большую относительную смертность въ возрастѣ 0—5 л.; за тѣмъ—отъ 60 л. и болѣе, самую меньшую—10—15 л.

3. По занятіямъ :

Мужчины :

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Чернорабочихъ . . . 147 | Нищихъ 5 | Механиковъ 2 |
| Поваровъ 5 | Половыхъ 5 | Цирюльщиковъ 1 |
| Кучеровъ 7 | Торговц. и прикац. 9 | Неизвѣстн. зан. 9 |
| Лакеевъ 5 | Служит. гор. больн. 4 | Фонарщикъ 1 |
| Дворниковъ 5 | Больн. изъ гор. бол. 4 | Мѣрищикъ 1 |
| Сторожей 10 | Служ. холерн. отд. 1 | Трубочистовъ 2 |
| Извозчиковъ 11 | Сапожниковъ 3 | Шорникъ 1 |
| Портныхъ 6 | Каменьщиковъ 17 | Токарь 1 |
| Писарей 4 | Плотниковъ 11 | Угольщикъ 1 |
| Безъ опредѣлен. зан. 5 | Столяровъ 5 | Пильщикъ 1 |
| Стражниковъ 2 | Булочниковъ 3 | Кочегаръ 1 |
| Пріѣзжихъ 3 | Бондарей 4 | Конопатчикъ 1 |

¹⁾ Gaz. hebdom. de méd. № 51, 1862.

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Лудильщиковъ 2 | Кузнецовъ 3 | Юнкеръ 1 |
| Земледѣльцевъ 2 | Котельщикъ 1 | Рядовыхъ 60 |
| Землемѣръ 1 | Шапочникъ 1 | Матросовъ 18 |
| Мясниковъ 2 | Чумаковъ 5 | Рекрутовъ 3 |
| Красильщиковъ 2 | Ямщикомъ 1 | Рядов. погр. стража 1 |
| Слесарей 3 | Перчаточникъ 1 | Досмотрц. погр. там. 1 |
| Колесникъ 1 | Дѣтей у родныхъ 2 | Полицейскихъ 14 |

Женщины :

| | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Кухарокъ 15 | Швей 2 | Торговокъ 2 |
| Нянекъ 6 | Гувернантка 1 | Служанки гор. бол. 3 |
| Горничныхъ 9 | Хозяйекъ 11 | Больныхъ изъ гор. б. 3 |
| Кормилицъ 2 | Страницъ 4 | Прачка при хол. отд. 1 |
| Ключница 1 | Пріѣзжихъ 2 | Дѣтей изъ пріюта 2 |
| Кружевница 1 | Нищихъ 2 | Дѣтей у родныхъ 4 |
| Прачекъ 10 | Проститутокъ 10 | Чернорабочихъ 26 |

Тотъ фактъ, что никакое занятіе не исключаетъ предрасположенія къ заболѣванію холерою, постоянно подтверждается во всѣхъ эпидеміяхъ. Въ этомъ отношеніи впрочемъ интересны наблюденія *Бурна* въ Парижѣ, изъ которыхъ видно²⁾, что Бирмингамъ, гдѣ множество рабочихъ занято мѣднымъ производствомъ, менѣе другихъ городовъ страдаетъ отъ холеры; въ Парижѣ въ 1864 и 1865 годахъ изъ 26.332 рабочихъ, занимающихся мѣднымъ и бронзовымъ производствомъ, умерло отъ холеры всего только 16; одно общество «*Von accord*», которое существуетъ съ 1819 г. и состоитъ изъ однихъ только бронзовщиковъ, до настоящаго времени не имѣло ни одного случая холеры; въ городѣ Мю-Тинто, изобилующемъ мѣдными рудниками, холеры никогда не было, тогда какъ въ то же время окружающія мѣстности сильно страдали отъ нея. Всѣ эти данныя доказываютъ повидимому способность мѣди предохранять отъ холеры.

Особенное расположеніе къ заболѣванію большею частью наблюдателей замѣчено у прачекъ, которымъ приходится стирать бѣлье отъ холерныхъ больныхъ, и у золотарей или надсмотрщиковъ за ними; точно также замѣчали большое заболѣваніе у прислуги

²⁾ Мед. Вѣст. 1872 г. № 32.

холерныхъ лазаретовъ. Въ берлинской эпидеміи 1866 г. въ отдѣленіи *Guttmann'a* *) засѣло выраженной холерою 22 служителя, б. ч. занимавшіеся очисткою отхожихъ мѣсть. Сюда же относится случай, сообщенный *Weisbach'омъ* **) изъ *Charité* въ Берлинѣ 1871 г., что отъ больного съ выраженными холерными явленіями, строго отдѣленного отъ другихъ больныхъ, заразились такою же формою три конвельсента изъ больницы, ухаживавшіе за нимъ и выносившіе его изверженія. Съ другой стороны *Gruchey* и мн. др. обратили вниманіе на то обстоятельство, что золотари почти совершенно защищены отъ холеры и объясняютъ это тѣмъ несомнѣннымъ фактомъ, что со временемъ пріобрѣтается извѣстная акклиматизація или аккомодация къ болѣзни и ея яду; извѣстно, что европейскія войска въ 13 разъ болѣе подвергаются холерѣ въ Индіи, чѣмъ туземныя; тоже замѣчается тамъ и въ мирномъ населеніи: изъ туземцевъ въ Индіи обыкновенно заболѣваетъ 24% а изъ европейцевъ — 76%.

Изъ приведенныхъ свѣденій изъ отдѣленія видно, что всего доставлено 12 прачекъ; изъ нихъ одна прибыла въ агоніи и умерла черезъ 20 м.; одна прачка изъ холернаго отдѣленія быстро получила припадки выраженной холеры, но въ отдѣленіи выздоровѣла совершенно и черезъ короткое время вновь стала заниматься своимъ прежнимъ дѣломъ въ холерномъ же отдѣленіи; она вторично заболѣла черезъ двѣ недѣли послѣ сильной простуды въ праздничный день и скоро умерла. Изъ остальныхъ 10 прачекъ, занимавшихся стиркою бѣлья въ городѣ, ни одна не могла съ положительностью сказать, приходилось ли ей передъ заболѣваніемъ имѣть дѣло съ бѣльемъ отъ холерныхъ больныхъ. Другая прачка, поступившая въ холерное отдѣленіе послѣ смерти первой и въ теченіи трехъ недѣль занимавшаяся ежедневно мытьемъ бѣлья, запачканнаго холерными изверженіями, все время была здорова. Во всякомъ случаѣ, въ отдѣленіе поступило болѣе кухарокъ и даже—хозяекъ, чѣмъ прачекъ. Что касается служителей и служанокъ холернаго

*) Beob. z. Aethiol. d. cholera etc. v. Dr. P. Guttmann.—Berlin. Klin. Wehnschr. 1867, № № 6, 7, 8.

**) Virch. Arch. Bd. 55, p. 249.

отдѣленія, то большая часть изъ нихъ подвергалась поносамъ; только одинъ—привратникъ, меньше всѣхъ прочихъ имѣвшій дѣло съ больными и ихъ изверженіями, вскорѣ послѣ открытія отдѣленія заболѣлъ и умеръ отъ холеры. Съ тѣхъ же поръ, не смотря на то, что нѣкоторые страдавшіе поносомъ служители, вопреки моему запрещенію, спали въ палатахъ рядомъ съ больными и на освобожденныхъ койкахъ отъ больныхъ, ни одинъ не заболѣлъ выраженной холерою. Фельдшеръ и сестра милосердія, постоянно находившіеся въ палатахъ, студентъ, дежурившій неотлучно около двухъ недѣль въ отдѣленіи,—всѣ неоднократно страдали поносомъ, но ни у кого изъ нихъ не было признаковъ холеры.

Самый большой контингентъ для холерныхъ больницъ у насъ, какъ и въ другихъ странахъ, доставляютъ чернорабочіе обоюго пола; изъ общаго числа 544 больныхъ на чернорабочихъ приходится 173 (147 м. и 26 ж.), т. е. почти одна треть.

4. Свѣденія о сословіяхъ, хотя и были мною собраны въ отдѣленіи, я считаю излишнимъ приводить, такъ какъ подобныя свѣденія не могутъ вести ни къ какому положительному заключенію.

5. По мѣсту-жительства больные, поступившіе въ отдѣленіе, распределяются слѣдующимъ образомъ:

| Улицы: | | Улицы: | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----|
| ХЕРСОНСКИЙ УЧАСТОКЪ. | Софьевская | 1 | Ришельевская | 6 |
| | Нѣжинская | 6 | Дерибасовская | 5 |
| | Дворянская | 1 | Почтовая | 5 |
| | Коблевская | 6 | Греческая | 5 |
| | Херсонская | 11 | Гаванная | 2 |
| | Торговая | 3 | Екатеринопольская | 1 |
| | Ямская | 11 | Полицейская | 1 |
| | Участокъ 3-й | 3 | Еврейская | 3 |
| | Княжеская | 4 | Гаванная | 3 |
| | Спиритоповекаля | 1 | Сабаиск. казар. | 2 |
| | Сѣнная площ. | 3 | Строгоновъ м. | 1 |
| | Архiep. подворье | 1 | Примор. бульв. | 3 |
| | Городск. больн. | 28 | Ланжеронов. спускъ | 2 |
| | Купеческ. гав. | 2 | Карантинъ | 29 |
| | Ольгивскій сп. | 1 | Практич. гавань | 1 |
| | Казармы у Кирки | 5 | Воен. спускъ | 1 |
| Больничн. спускъ | 1 | Казармы 1-й части | 10 | |
| Больничн. площ. | 1 | | | |
| Нов. базаръ | 15 | | | |

| Улицы: | | Улицы: | |
|---------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| ПЕТРОПАВЛОВСКІЙ УЧАСТОКЪ. | Детярная | АЛЕКСАНДРОВСКІЙ УЧАСТОКЪ. | Богадѣльня |
| | Мастерская | | Мал. Арнаутская |
| | Нов. Сѣпная | | Площадь 2-й части |
| | Кривая | | Итальянская |
| | Кузнечная | | Старый базаръ |
| | Овсянный пер. | | Троицкая |
| | Преображенск. | | Курятный рядъ |
| | Петропавловск. | | Рыбная |
| | Тираспольская | | Успенская |
| | Мѣщанская | | Михайловская |
| | Александр. пріютъ | | Б. Арнаутская |
| | Разумовская | | Канатная |
| | Цыганская | | Стар. Портофр. |
| | Виноградская | | Тюремный пер. |
| | Градоначальницкая | | Долговое отдѣлен. |
| | Жандармск. казарма | | Дача Бурлакова |
| | Казармы у пнстит. | | Старорѣзницкая |
| | Казармы Волын. полк. | | Ремесленная |
| | Казармы Артел. бриг. | | Базарная |
| | Казармы 4-й части | | Новая |
| Мясоѣдовская | Казармы 14 бат. | | |
| Молдованка | Сѣпная | | |
| Бугаевка | | | |

| Улицы: | | Улицы: | |
|-----------------------|----------------------------------|-------------|---------------------------------|
| ПЕРЕСЫПСКІЙ УЧАСТОКЪ. | Пересыпь | Михайл. уч. | Старая конная |
| | Нарышк. сп. | | Большой вокзалъ |
| | Газовый заводъ | | Лагери |
| | Водовозная | | Дача Григорьева |
| | Приморская | | Дача Мандражи |
| | Андрос. гав. | Улицы: | Средній фонтанъ |
| | Ставки | | Андріевскій лим. |
| | Ипстит. пер. | | Усатовы хутора |
| | Московская | | Соляной пром. |
| | Слободка | | Неизвѣстн. жительство |
| | Безъ опред. жительство | | |

Всего : въ Александровскомъ участкѣ 92
 » Бульварномъ 80

| | |
|--------------------------------------|-----|
| » Херсонскомъ | 95 |
| » Петропавловскомъ | 96 |
| » Михайловскомъ | 29 |
| » Пересыпскомъ | 103 |
| » Куяльницкомъ | 3 |
| съ неизвѣстнымъ жительство | 22 |
| безъ мѣсто жительства | 24 |

Изъ данныхъ, собранныхъ Врачебною Управою, видно, что всего болѣе холера гнѣздилась въ участкахъ Петропавловскомъ съ Михайловскимъ (396 заболѣвшихъ) и Пересыпскомъ (217 заболѣвшихъ, за исключеніемъ поступившихъ въ отдѣленія).—Исслѣдованіе особой комиссіи показало, что участки эти, занимая окраины города, населены преимущественно чернорабочими и рабочими вообще, а также остальнымъ пролетаріатомъ города; участки эти, въ которыхъ населена почти четвертая часть всѣхъ жителей города, отличаются отъ прочихъ самыми невыгодными гигиеническими условіями во всѣхъ отношеніяхъ и населеніе ихъ всегда доставляетъ обильную пищу эпидеміямъ; эти же участки доставляли самое большее число жертвъ послѣдней оспенной эпидеміи, развившейся тотчасъ по прекращеніи холеры.

Если антигигиеническія условія жизни и бѣдность населенія вообще порождаютъ всякаго рода болѣзни, то это особенно рѣзко выступаетъ въ эпидемическихъ болѣзняхъ; во всѣхъ описаніяхъ холерныхъ эпидемій упоминается, какое губительное вліяніе оказываютъ эти обстоятельства на развитіе и характеръ холеры.

Уже съ самаго начала эпидеміи и до конца замѣчались холерные фокусы въ некоторыхъ домахъ (*Pausepidemien*); по отношенію къ больнымъ, поступившимъ въ холерное отдѣленіе, можно указать на: казарму 1-й части (10 больныхъ), жандармскую казарму (5 б.), карантинъ (29 б.), городскую больницу (28 б.), казарму у кирки (5 б.), одну бондарную артель на Почтов. ул., д. Авчинникова (6 б.).

Многіе другіе вопросы—матеріаль и способъ постройки жилищъ, вентиляція, этажи, давшіе наибольшее число жертвъ въ

этой эпидемии — имѣющіе несомнѣнную важность въ этиологій заразныхъ болѣзней вообще, мною не затронуты за неимѣніемъ достаточно точнаго матеріала.

IV.

Первые случаи холеры у насъ показали 20 мая, 24-го состоялось 6 больныхъ; за тѣмъ болѣзнь стала довольно быстро распространяться, такъ что уже съ 28-го мая открыто было отдѣленіе для холерныхъ больныхъ при Городовой больницѣ, а впоследствии — и въ другихъ частяхъ города; быстро усиливаясь, эпидемія достигла своего аспе уже въ июль и за тѣмъ держалась на этой высотѣ весь июль и половину августа; во второй половинѣ августа она стала замѣтно ослабѣвать, съ середины сентября показывались уже одиночные случаи; эпидемія совершенно прекратилась въ началѣ октября.

Такимъ образомъ теченіе эпидеміи вполне соответствовало шемъ Петенкофера и Брайдена: — быстрое возрастаніе, равномерное пониженіе и быстрое прекращеніе — съ тѣмъ только отступленіемъ, что въ описываемой эпидеміи прекращеніе было довольно медленное.

По своей интенсивности эпидемія 1872 г. была въ Одессѣ также слаба, какъ и въ сосѣднихъ городахъ и въ Европѣ вообще. Въ официальныхъ свѣдѣніяхъ, собранныхъ Врачебною Управою о числѣ заболѣвшихъ и умершихъ въ этой эпидеміи, показано около 1615 заболѣвшихъ, изъ коихъ выздоровѣло 975, умерло 640 (т. е. 33,43%); принимая число жителей въ Одессѣ приблизительно равнымъ 180 тысячъ (т. е. тому, которое приблизительно получено при однодневной переписи, произведенной 5 окт. 1873)*), полу-

*) До послѣдней переписи, результаты которой еще не опубликованы, въ Одессѣ совершена была „подворная“ перепись въ концѣ 1863 г., которая показала 118,970 д. о. п.; не смотря на то, тогда уже принимали число жит. равнымъ 125 тысячамъ.

чается смертность относительно населенія — 0,36‰, т. е. на 1000 жителей 3 1/2 умершихъ. Эти официальные цифры, конечно, далеко не отличаются точностью**), но даютъ приблизительное понятіе о количествѣ заболѣвшихъ и умершихъ. Въ Херсонѣ эта же эпидемія въ тоже приблизительно время (съ 25 мая по 15 августа) дала на 46,320 жителей 757 заболѣвшихъ и 223 умершихъ, т. е. смертность къ числу заболѣвшихъ 29,45‰ и къ числу жителей — 0,48‰).

Изъ 544 больныхъ въ холерномъ отдѣл. гор. б. выздоровѣло 287, умерло 257, т. е. смертность — 47,24‰. — Такая же смертность наблюдается почти во всехъ больницахъ, куда большая часть больныхъ поступаетъ уже въ позднѣйшихъ стадіяхъ холеры. Впрочемъ и въ этомъ отношеніи встрѣчаются громадныя разницы въ различныхъ отчетахъ вслѣдствіе неясности диагноза легкихъ случаевъ холеры, какъ увидимъ ниже: нѣкоторые записываютъ въ каталогъ холерныхъ только такихъ больныхъ, у которыхъ вполне уже выражены альгидныя стадіи (1866 г. Берлинъ, Прага) и получаютъ смертность — 65‰; въ г. Ельцѣ (Орловск. губ.) въ 1870 г. насчитано 1202 заболѣвшихъ, изъ коихъ умерло 1072, т. е. 89,2‰¹⁾; въ другихъ отчетахъ указана смертность въ два раза меньшая, вѣроятно потому, что и легкіе случаи приняты въ расчетъ;

**) Причины неточности у насъ официальныхъ данныхъ заключаются въ слѣдующемъ: 1) при отсутствіи комитета для разработки правильной медицинской статистики въ нашемъ городѣ практикующіе врачи неохотно доставляютъ свѣденія о пользующихъ ими больныхъ; 2) большое число случаевъ, особенно во время эпидеміи, остается безъ всякой медицинской помощи и вовсе неизвѣстнымъ, потому что нашъ городъ съ громаднымъ бѣднымъ населеніемъ не имѣетъ врачей для бѣдныхъ; 3) специальною причиною, повлекшею за собою значительную неточность даже въ цифрахъ смертности за эту эпидемію, послужило административное распоряженіе о погребеніи холерныхъ труповъ на отдѣльномъ кладбищѣ; вслѣдствіе этого не только родственники скрывали причину смерти своихъ родныхъ, но и врачи нередко вынуждены были уступить мольбамъ родственниковъ умершихъ и свидѣтельствовать смерть отъ какой либо другой болѣзни, а не отъ холеры.

¹⁾ Матеріал. д. Эпидемиол. холеры. Херсонъ 1872.

²⁾ Арх. Суд. Мед. 1870, № 4.

Melzer¹²⁾ получилъ всего 17—18% ; въ Варшавѣ въ 1867 г. съ 21 мая по 7 окт. насчитано 7249 заболѣвшихъ, изъ коихъ умерло 2222, т. е. 30,65%¹³⁾.—Jameson въ Калькутѣ (1817, 18 и 19 г.) изъ 13,920 заболѣвшихъ получилъ 930 умершихъ, въ тоже время въ другомъ округѣ (Dacca) изъ 6354 заболѣвшихъ умерло 3757 ; въ третьемъ округѣ (Nudda) съ населеніемъ въ 130 тысячъ съ іюня 1817 г. до поля 1818 г. заболѣло 25,000 и изъ нихъ умерло 16,500.—Эти и множество другихъ указаній, представляющихъ громадное разнообразіе въ отношеніи смертности къ заболѣванію въ однихъ и тѣхъ же и въ разныхъ эпидеміяхъ холеры, очевидно не вполне объясняются предположеніемъ Гризинера и др., что эпидеміи относительно смертности бываютъ то болѣе, то менѣе злокачественны.

Извѣстно, какъ трудно часто бываетъ во время эпидеміи отличить клиническія явленія простаго желудочно-кишечнаго катарра отъ явленій холеры или холеры ; между тѣмъ въ лучшихъ сочиненіяхъ по этому вопросу авторы слегка касаются діагноза, считая его дѣломъ довольно легкимъ. Въ такомъ смыслѣ высказываются такіе компетентные ученые, какъ Griesinger, Wundertich и др. Съ другой стороны Macpherson, главный инспекторъ госпиталей англо-бенгальской арміи, который въ теченіе 24 лѣтъ наблюдалъ холеру въ Индіи, сравнивая холеру индійскую съ cholera nostras, въ симптоматологическомъ, этиологическомъ, анатомическомъ и терапевтическомъ отношеніяхъ, доказываетъ¹⁴⁾, что во всемъ этомъ нѣтъ ни одного момента, положительно характеристическаго для отличія одной болѣзни отъ другой ; къ такому же результату приходятъ Quinquaud¹⁵⁾, наблюдавшій маленькую эпидемію cholerae nostratis въ Парижѣ въ 1869 г., и Lebert¹⁶⁾.—Drasche въ своемъ превос-

¹²⁾ Холери. эпид. въ Варшавѣ въ 1867 г. отчетъ съ прил. карты. Малекъ 1868.

¹³⁾ Studien über die asiat. Brechruhr, Erlangen 1850.

¹⁴⁾ Die Cholera in ihrer Heimath, in's deutsche übers. v. Velten. 1867.

¹⁵⁾ Considér. clin. sur une petite épid. d. cholera nostras. Arch. gen. de Med. 1871. Mars.

¹⁶⁾ Vorträge üb. d. Cholera.—Erlangen 1854.

ходномъ сочиненіи о холерѣ¹⁸⁾ также указываетъ на недостаточность положительныхъ признаковъ для отличія азіатской холеры отъ прочихъ сходныхъ съ нею болѣзней.

Все это заставляло искать патогномическихъ явленій для отличія гастро-энтеритовъ отъ холеры. Какъ на вѣрный діагностическій моментъ Mader¹⁹⁾ указываетъ на большое количество гнойныхъ клѣтокъ въ испраженіяхъ cholerae nostratis, каковыхъ вовсе не бываетъ или же находится весьма мало въ холерныхъ испраженіяхъ ; микроскопическое изслѣдованіе или реакція на бѣлокъ, слѣдовательно, рѣшаютъ вопросъ о сущности процесса. Легко понять однако, что указаніе Мадера весьма шатко. Болѣе основательны, повидимому, тѣ наблюденія, изъ которыхъ вытекаетъ, что основаніемъ для дифференціальной діагностики должно служить изслѣдованіе мочи. Hermann²⁰⁾ еще въ 1866 на 11 больныхъ, а въ 1872 г. въ 77 случаяхъ убѣдился, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще при продромальномъ поносѣ моча содержитъ бѣлокъ, а также мочевые цилиндры и почечный эпителий, всегда наступаетъ развитая холера ; напротивъ, она никогда не являлась въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этихъ измѣненій въ мочѣ нельзя было открыть. Продолжительность болѣзни въ его холерныхъ случаяхъ съ измѣненіями въ мочѣ была среднимъ числомъ 12,4 дней. Германъ высказываетъ слѣдующее положеніе : «для насъ это положительный фактъ, что тамъ гдѣ рѣчь идетъ о частыхъ случаяхъ съ 2—3 дневнымъ выздоровленіемъ, не имѣли дѣла съ холерными болѣзнями исключительно, а со многими неопасными кишечными катаррами. — Какъ бы ни были трудны случаи, повидимому относящіеся къ азіатской холерѣ, они не должны разсматриваться какъ таковыя, «если въ мочѣ не найденъ бѣлокъ; напротивъ, если даже при одномъ поносѣ окажется альбуминурия, тамъ слѣдуетъ принять мѣры «противъ угрожающей холеры съ ея разнообразными опасностями». —

¹⁸⁾ Die epidemische Cholera. Wien 1860.

¹⁹⁾ Wien. med. Wehnschr. 1867 № 71.

²⁰⁾ Die Diagn. d. Cholera, eine Studie v. Dr. A. Hermann, Wien 1873.

Тоже явление независимо отъ Германа констатировалъ *Mühlhäuser* въ эпидеміи 1873 г.

На изслѣдованіе мочи въ самомъ началѣ болѣзни до послѣдняго времени не было обращено достаточно строгое вниманіе; между тѣмъ даже въ явной ануриіи Германъ могъ еще помощью катетера доставать столько мочи, сколько нужно для изслѣдованія. — Легко понять, какую важность долженъ получить такой признакъ, который съ самаго начала укажетъ на предстоящую холеру, если онъ подтвердится при дальнѣйшихъ наблюденіяхъ; съ положительностью можно утверждать, что случаи продромальнаго холернаго поноса дадутъ при леченіи гораздо большій процентъ выздоровленія, чѣмъ получаемъ теперь въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни.

Съ значеніемъ альбуминуриіи въ діагнозѣ холеры я не былъ знакомъ до работы Германа, которая появилась только въ 1873 г.; но, принимая во вниманіе неопредѣленность діагностическихъ данныхъ для точнаго опредѣленія болѣзни въ начальномъ ея періодѣ, я относилъ къ холерѣ только тѣ случаи, въ которыхъ при характеристическомъ поносѣ или рвотѣ найдены были рѣзкій упадокъ пульса и ануриія. Тѣ 18 случаевъ, которые отнесены мною къ желудочно-кишечному катарру, именно не обнаруживали этихъ явленій и всѣ выздоровѣли черезъ 1—2 д. — Постоянное наблюденіе за больными, ежедневное посѣщеніе отдѣленія многими ординаторами больницы, съ которыми я имѣлъ возможность совѣщаться въ сомнительныхъ случаяхъ, около 45 вскрытій умершихъ въ отдѣленіи, — все это гарантировало за возможно точный діагнозъ.

Въ клиническомъ теченіи болѣзни я укажу только на нѣкоторыя особенноти, которыя я имѣлъ возможность проверить въ теченіи цѣлой эпидеміи.

Изъ трехъ беременныхъ, поступившихъ въ отдѣленіе въ позднѣйшихъ періодахъ беременности (на 7, 8 и 9 мѣсяцахъ) въ альбидномъ (2) и асфиктическомъ (1) стадіяхъ холеры, — у всѣхъ вскорѣ наступили преждевременные роды мертвыми младенцами при весьма легкихъ погугахъ и всѣ выздоровѣли очень медленно. Замѣтивъ тоже въ трехъ случаяхъ въ частной практикѣ, я тогда

обратилъ вниманіе общ. одесск. врач. на этотъ фактъ и просилъ товарищей обратить на него особенное вниманіе; постоянно собирая объ этомъ свѣденія, оказалось, что въ теченіи цѣлой эпидеміи не было ни одного смертельнаго случая у беременныхъ.

Въ лучшихъ руководствахъ приводится, что холера у беременныхъ всегда производитъ выкидышъ или преждевременные роды и почти всегда кончается неблагопріятно. Въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ только одно указаніе на этотъ вопросъ. Изъ 308 взрослыхъ женщинъ, заболѣвшихъ холерою и находившихся подъ наблюденіемъ *Башинскаго*²¹⁾, 25 находились въ различныхъ періодахъ беременности; изъ нихъ выздоровѣло 9, умерло 14 (61%); изъ небеременныхъ умерло 55%. Теченіе болѣзни нисколько не измѣнилось въ беременности. — Изъ 14 беременныхъ у 6 преждевременные роды наступили до смерти; изъ 9 выздоровѣвшихъ у 4 наступилъ выкидышъ; изъ этихъ 10 съ преждевременными родами (6+4) только одна находилась на 3 мѣсяцѣ беременности, всѣ остальные — въ позднѣйшихъ мѣсяцахъ (7—10). Изъ 7 женщинъ, у которыхъ роды не наступили, 3 находились въ беременности болѣе 6 мѣсяцевъ, смерть у нихъ наступила весьма быстро. Что касается смертности плода, то она достигала почти 100%. Въ большинствѣ случаевъ погуги были очень медленны и слабы, роды кончались скоро. —

По изслѣдованіямъ *Славянскаго*²²⁾ абортъ обуславливается тѣми измѣненіями въ маткѣ, которыя обыкновенно являются въ холерномъ процессѣ и которыя онъ называетъ *endometritis deciduae haemorrhagica*; воспаленіе оболочки матки впоследствии переходитъ на оболочки яйца: страданіе *placentae foetalis* съ одной стороны, а съ другой — измѣненіе крови матери и термическія измѣненія, свойственныя холернымъ, достаточно объясняютъ смерть плода.

Однимъ изъ самыхъ вѣрныхъ признаковъ для неблагопріятнаго предсказанія служила сонливость (*somnolentia*); явленіе это

²¹⁾ Ueb. d. Einfluss d. Chol. auf d. Schwangersch. u. d. Geburt. — Deutsch. Klin. 1866 № № 3-4, 49.

²²⁾ Arch. f. Gynek. IV, Heft 3, p. 285.

наступало часто за много часовъ до смерти и ни въ одномъ случаѣ этотъ зловѣщій признакъ не вводилъ меня въ ошибку относительно предсказанія. Почти всегда сонливость наступала въ асфиктическомъ состояннн и никакими средствами не удавалось побѣдить ее.— Точно также наблюдался почти вѣрный признакъ, имѣвшій обратное значеніе; это—появленіе мелкой папулезной или крапивной сыпи на бедрахъ или на спинѣ, въ незначительномъ впрочемъ распространеннн; сыпь являлась въ очень тяжелыхъ случаяхъ въ видѣ реакціи и производила довольно сильный зудъ; почти во всѣхъ случаяхъ за нею наступало выздоровленіе довольно медленное. Изъ 9 случаевъ *in st. albedo* выздоровѣло при этой сыпи 7, а также 1 находившійся въ асфиктическомъ стадіѣ.

Въ связи съ различными взглядами клиницистовъ на діагнозы холеры является и различное дѣленіе ея на періоды. *Гризингеръ* и съ нимъ *Нимейеръ* принимаютъ 3 стадіи болѣзни: а) холерный поносъ, б) холерина, в) асфиктическая холера, которая можетъ перейти въ холерный тифондъ; *Canstatt* различаетъ 4 стад.: а) ст. предвѣстниковъ (*cholera*), б) ст. флоресценціи болѣзни (токсическій, асфиктический, холодный), в) ст. реакціи, д) ст. холерного тифонда; *Лебертъ* описываетъ 3 стадіи: а) холерный приступъ, б) асфиктическая ст., в) холерный тифондъ; такое же дѣленіе принимаетъ *Вундерлицъ* съ тою только разницею, что онъ отдѣляетъ альбидный ст. отъ асфиктического. Нельзя не согласиться, что такое смѣшиваніе альбидна съ асфиксіею не соответствуетъ клиническимъ наблюденіямъ. Не говоря уже о томъ, что въ началѣ альбиднаго періода дыханіе рѣдко бываетъ сильно затруднено, шансы на выздоровленіе въ томъ и другомъ случаѣ совершенно различны. Изъ 71 случая, доставленнаго въ отдѣленіе въ состоянн асфиксіи, выздоровѣлъ только 1 (т. е. 98,6% смертности); между тѣмъ изъ 247 случаевъ, поступившихъ въ альбидномъ состоянн, выздоровѣло 95 (т. е. 61,5% смертности). Правда, переходъ отъ одного стадіи въ другой совершается до того незамѣтно, что часто ихъ трудно различить; по въ этомъ смыслѣ дѣленіе на стадіи

вообще не имѣетъ строго научнаго основанія, а представляетъ только практическое удобство.

У большихъ, находившихся въ холерномъ отдѣленн, легко можно было ясно различить слѣдующіе 5 стадій: 1) *холерный приступъ* (преобладаніе поноса и рвоты, судороги, малый пульсъ, апатія б. или м. полная, холодъ конечностей и языка), 2) *альбидный* (изверженія рѣдки, *asphygmia* и *anxia* полная, ціанотическій оттънокъ губъ, носа и пальцевъ, дыханіе затрудняется, *vox cholericus*, холодъ всего тѣла, судороги), 3) *асфиктическая* (ціанозъ рѣзкій, дыханіе весьма затруднено, вялость кожи, *arthonia*, изверженія совершенно прекращены, апатія, полусознаніе, паралитическія явленія), 4) *холерный тифондъ*, 5) *конвалесценція*. Въ количествѣ выздоровѣвшихъ и умершихъ получены слѣдующія отношенія, смотря по стадію болѣзни, въ какомъ больные доставлены въ отдѣленіе:

| | | | | | | | |
|----------------------------|------|----------------|------|-----|-----|-------|---------------------|
| въ хол. прист. пост. всего | 214, | изъ нихъ вызд. | 184, | ум. | 30, | % см. | 14 |
| » альбидн. ст. | » | » | 247, | » | » | » | 95, » 152, » » 61,5 |
| » асфиктич. ст. | » | » | 71, | » | » | » | 1, » 70, » » 98,6 |
| » тифондн. ст. | » | » | 12, | » | » | » | 7, » 5, » » 41,66 |

Отсюда видно, что, причисляя къ холернымъ случаямъ только альбидный и асфиктический періоды съ холернымъ тифондомъ, получимъ: всего 330 большихъ, изъ нихъ выздоровѣло 103, умерло 227, т. е. 71,8% смерт.; съ другой стороны, записывая въ число холерныхъ, по предложенію *Гризингера*, *Нимейера*, *Леберта* и др., всѣхъ, страдающихъ поносомъ во время эпидемн, вмѣсто приведенныхъ цифръ получимъ: всѣхъ больныхъ 562, изъ нихъ выздоров. 305, умерло 257, т. е. 45,7% смертности.

Стадн болѣзни, судя по даннымъ, собраннымъ въ отдѣленн, при поступленн больныхъ находился въ прямой зависимости отъ продолжительности времени, проведеннаго ими безъ помощи отъ начала заболѣванія:

| Ст. болѣзни при поступленіи въ отдѣленіе. | М у щ и н ы. | | | | | | Ж е н щ и н ы. | | | | | | | | |
|---|------------------|---|--------------------------|------------------|---|----------------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|----|
| | выздоровѣвш. | | | умершіе. | | | выздоровѣвш. | | | умершія. | | | | | |
| | Число болѣвшихъ. | Сколько час. прошло отъ забол. до поступ. | Число дней въ отдѣленіи. | Число болѣвшихъ. | Сколько ч. отъ начала болѣзни до поступл. | Число часовъ въ отдѣленіи. | Продолжит. болѣзни. | Всѣхъ болѣвшихъ. | Сколько ч. отъ забол. до поступленія. | Число дней въ отдѣленіи. | Всѣхъ болѣвшихъ. | Сколько ч. отъ заболѣв. до поступлен. | Число часовъ въ отдѣленіи. | Продолжител. болѣзни. | |
| Хол. приступъ | 141 | 15 | 2 | 24 | 42 | 35 | 76 | 43 | 14 | 2 $\frac{1}{2}$ | 6 | 49 | 63 | 112 | |
| Альгид. ст. | 75 | 25 | 6 | 118 | 44 $\frac{3}{4}$ | 64 $\frac{3}{4}$ | 109 | 20 | 21 | $\frac{1}{2}$ | 6 $\frac{3}{4}$ | 34 | 28 | 42 $\frac{1}{2}$ | 70 |
| Асфиктич. ст. | 1 | 29 | 4 | 60 | 31 | 17 | 48 | — | — | — | 10 | 57 | 22 $\frac{2}{3}$ | 80 | |
| Хол. тифозъ | 6 | 23 | 4 $\frac{1}{2}$ | 3 | 69 | 86 $\frac{2}{3}$ | 156 | 1 | 20 | 5 | 2 | 85 | 41 | 126 | |
| Всего . | 223 | 21 | 4 | 205 | 43 | 43 | 96 | 64 | 17 | 3 $\frac{1}{2}$ | 52 | 34 | 42 | 93 | |

Выздоровѣвшіе больные въ каждомъ періодѣ болѣзни проводили безъ помощи меньшее число часовъ, чѣмъ умершіе. Таково общее впечатлѣніе; въ частности же я могу привести случаи полной асфиксии уже черезъ четыре часа послѣ перваго проявленія симптомовъ болѣзни, а также—случай холерной рвоты и поноса, попадавшіе въ отдѣленіе на 3-й, 4-й д. болѣзни въ довольно легкомъ состояніи.

Продолжительность пребывания больныхъ въ отдѣленіи до выздоровленія или до смерти, какъ видно изъ этой таблицы, находилась въ прямомъ отношеніи къ степени болѣзни. Впрочемъ, больные рѣдко оставались въ отдѣленіи до полного поправленія, а выписывались тотчасъ, какъ были въ состояніи отправиться домой, часто еще крайне слабыми. Къ такой мѣрѣ вынуждало меня появленіе частыхъ случаевъ рецидива болѣзни въ періодѣ полного выздоровленія въ началѣ эпидеміи. Хотя рецидивы наблюдались первѣе въ холерныхъ отдѣленіяхъ, преимущественно въ Германіи, но вѣроятная причина ихъ не указана. Что разъ счастливо перенесшій холеру не защищенъ отъ заразы вторично,— фактъ вѣсѣмъ

извѣстный.—Въ холерное отдѣл. поступила женщина (К. М. 52 л., чернорабочая), которая уже въ четвертый разъ сдѣлалась жертвою заразы въ слѣдовавшихъ другъ за другомъ эпидеміяхъ и выздоровѣла. Получивъ въ первое время около 16 случаевъ рецидивовъ, изъ которыхъ многіе не выдержали возврата, я отчасти приписалъ это тому обстоятельству, что при отдѣленіи не имѣлось отдѣльнаго помѣщенія для выздоравливающихъ и послѣдніе оставались вмѣстѣ съ трудными больными. Изъ выписанныхъ такимъ образомъ до конца эпидеміи отмѣчено 5, которые поступили вторично, получивъ рецидивы болѣзни внѣ отдѣленія. При такихъ обстоятельствахъ 184 случая, поступившихъ въ ст. холернаго приступа, находились въ отдѣленіи до выписки среднимъ числомъ 2 $\frac{1}{2}$ д. (maxim.—7, minim.—1 $\frac{1}{2}$ д.); если прибавить сюда 14 $\frac{3}{4}$ ч. отъ начала болѣзни до поступленія въ отдѣленіе, то на каждого придется 3 $\frac{1}{4}$ д.—Средняя продолжительность пребыванія въ отдѣленіи всѣхъ вообще больныхъ выздоровѣвшихъ—5 $\frac{1}{2}$ д. (maxim.—28 д., minim.—1 $\frac{1}{2}$ д.); прибавивъ сюда сред. числ. 28 ч. отъ заболѣванія до поступленія въ отдѣленіе, приходится на каждого около 7 д.

Въ случаяхъ умершихъ средняя продолжительность болѣзни была почти одинакова у мужчинъ и женщинъ—96 часовъ.

Всѣ эти цифры, въ сравненіи съ тѣми, которыя встрѣчаются у большей части наблюдателей, крайне малы и, безъ сомнѣнія, объясняются раннею выпискою больныхъ, какъ я только что указалъ.

Изъ осложненій, встрѣчавшихся въ отдѣленіи, можетъ быть, наибольшаго вниманія заслуживаетъ *перемежающаяся лихорадка* въ виду той аналогіи, которую многіе, не безъ основанія, находятъ между холернымъ ядомъ и маляріознымъ (Боткинъ). Правильные пароксизмы ежедневной лихорадки наступили въ періодѣ конвалесценціи въ трехъ случаяхъ и скоро уступили дѣйствию хинина; въ двухъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ *воспаленіе легкихъ* присоединилось съ начала заболѣванія холерою; въ двухъ случаяхъ въ періодѣ выздоровленія появилась *корь*, имѣвшая правильное

теченіе и благополучный исходъ; въ двухъ случаяхъ—*абсцессы* (на затылкѣ и на бедрахъ); въ одномъ случаѣ—*parotitis*.

Въ ряду клиническихъ явленій особенный интересъ заслуживаютъ изслѣдованія *Drasche*²³⁾ объ измѣненіи вѣса тѣла въ холерѣ. Наблюденія его показываютъ, что вѣсъ тѣла всего болѣе уменьшается у дѣтей (въ одномъ случ. у 3 л. м. въ теченіе 10 ч. потеря равнялась $\frac{1}{5}$ всего вѣса тѣла), а за тѣмъ—въ возрастѣ за 40 л. (*maxim.* потери—11 ф. или $\frac{1}{9}$ всего вѣса тѣла); тѣмъ быстрое теченіе болѣзни, тѣмъ потеря вѣса рѣзче ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{0}{10}$ общаго вѣса въ часъ), при этомъ самыя большія потери первоначальнаго вѣса замѣчались въ тѣхъ случаяхъ, когда смерть наступала въ періодѣ обильныхъ изверженій. Въ реактивномъ стадіѣ, при употребленіи большого количества питья, вѣсъ тѣла начинаетъ вновь увеличиваться и увеличеніе быстро возрастаетъ съ употребленіемъ азотистой пищи. Въ началѣ тифоида потеря вѣса продолжалась даже по прекращеніи изверженій.

Что касается состава мочи, то, какъ выше было указано, въ началѣ болѣзни на него обращалось мало вниманія; между тѣмъ какъ существуетъ множество изслѣдованій о составѣ мочи въ періодѣ конвалесценціи холеры. *Sedgwick* находилъ²⁴⁾ въ первой мочѣ, выщипленной въ періодѣ конвалесценціи, постоянно большія количества бѣлка; въ дальнѣйшемъ же теченіи выздоровленія въ мочѣ является обильное количество мочевины и индикана; а за тѣмъ, вмѣстѣ съ красящимъ веществомъ, въ ней открывался сахаръ, который скоро совершенно исчезаетъ по выздоровленіи. *Huppert* подтвердилъ наблюденія *Heintz*'а, *Gubler*'а, *Treibmann*'а и др.²⁵⁾ о томъ, что въ реактивномъ стадіѣ моча холерныхъ часто содержитъ сахаръ, а до того—бѣлокъ. *Huppert* нашелъ не болѣе $1\frac{0}{10}$ сахара и объясняетъ его происхожденіе разложеніемъ бѣлка на мочевицу и сахаръ*).

²³⁾ Allg. Wien. med. Ztg. 1867 № 44—46.

²⁴⁾ Canst. Jahresb. 1870, Bd. II, Abt. I.

²⁵⁾ Arch. d. Heilk., VIII, p. 331—356.

*) По отношенію къ холернымъ изверженіямъ поносомъ и рвотомъ можно указать на изслѣдованія *Parillon*'а (*Rech. analyt. s. l. humeurs d. proct.*

Считаю нужнымъ прибавить нѣсколько словъ о работѣ, появившейся только что и имѣющей значеніе для разъясненія вопроса о діагнозѣ холеры, котораго я коснулся выше. Трактатъ *Пр. Боткина* о сократительности селезенки и пр.*) значительно расширяетъ взглядъ на діагнозъ холеры и всѣхъ вообще инфекціонныхъ болѣзней.—*Боткинъ* указываетъ на рядъ эпидемическихъ формъ съ неопредѣленнымъ характеромъ, наблюдающихся передъ появленіемъ и по превращеніи эпидемій типическихъ болѣзней (возвратной горячки, брюшнаго тифа, холеры) и которыя онъ называетъ *недифференцированными заразными формами* (*undifferencirte Infectionsformen*). Къ послѣднимъ онъ особенно относитъ *острый желудочно-кишечный катарръ* (*gastro-enteritis epidemica acuta*). Эпидемическое распространеніе этого катарра, которое наблюдается передъ появленіемъ развитой холеры и по прекращеніи ея, по наблюденіямъ *Боткина* (1870 и 1871 г. въ Петербургѣ), сопровождалось увеличеніемъ и чувствительностью селезенки, печени и почекъ, а также—бѣлкомъ въ мочѣ. Въ рѣдкихъ летальныхъ случаяхъ отъ этой формы, наступившихъ только при тяжелыхъ осложненіяхъ, патолого-анатомическое изслѣдованіе желудочно-кишечнаго канала показывало полную аналогію съ азиатскою холерою; большая же часть этихъ больныхъ выздоравлило черезъ 1, 2, 3 до 5 дней. По сходству генетическому, клиническому и патолого-анатомическому эту форму *Боткинъ* признаетъ за весьма близко стоящую къ холерѣ.

Такимъ образомъ значеніе альбуминурии въ распознаваніи холеры теперь уже оказывается иллюзорнымъ; въ статистику холеры, повидимому, должно включить гастро-энтериты, имѣющіе съ нею самую близкую связь, хотя значительно отличающіеся по своему общему вліянью на организмъ, такъ какъ они даютъ ничтожную смертность въ сравненіи съ развитою холерою.

cholérique.—*Journ. d. l'Anat. et de physiol.* 1866, 201—207), *Vielguth*'а (*Beitr. z. Kenntn. d. Ch.*—*Wels* 1871) и ии. др.

*) *D. Contractil. d. Milz u. d. Beziehung d. Infectionsprocesse z. Milz, Leber, d. Nieren u. d. Herzen.* Berlin 1874.

Одно изъ самыхъ интересныхъ явленій въ теченіи холеры представляютъ термическія явленія, ревностное изученіе которыхъ принадлежитъ послѣднему времени. Однако и они еще не вполне изслѣдованы; такой законности, кака въ настоящее время установилась въ Пиротологии, термометрія холеры достигнетъ еще не скоро. Причиною такого пробѣла въ этомъ вопросѣ, какъ и въ другихъ, сопряженныхъ съ сложными изслѣдованіями, конечно, служатъ тѣ затрудненія, которыя представляются врачу, завѣдывающему холернымъ отдѣленіемъ во время эпидеміи, извѣстныя всякому.

Быстрая перемѣна въ составѣ больныхъ, отсутствіе необходимой помощи при подобныя изслѣдованіяхъ, крайне тягостныхъ для больныхъ, не позволяли мнѣ въ первое время заняться взвѣшиваніемъ больныхъ, изслѣдованіемъ мочи, температурными измѣреніями въ отдѣленіи, которымъ я одинъ завѣдывалъ. Только въ концѣ эпидеміи, когда число больныхъ уменьшилось, я занялся термометріею; но, вслѣдствіе прекращенія доставки больныхъ въ отдѣленіе, измѣренія сдѣланы всего на 10 больныхъ.

Укажу прежде на изслѣдованія, существующія по этому вопросу. Уже въ первой эпидеміи 1531 г. произведены одиночныя температурныя наблюденія: *Локитетъ* производилъ измѣренія у 16 больныхъ; но его цифры теряютъ всякое значеніе, такъ какъ термометръ у больныхъ оставялся всего на 5 м.; измѣренія *Чермака* въ Вѣнѣ (руки, ноги, языка и выпущенной изъ вены крови) также недостаточно точны; *Генпертъ* въ Бреславлѣ получилъ въ трехъ случаяхъ слѣдующія цифры: въ подмыш. впад: $-32,5^{\circ}\text{C}$ — 34°C —нормальн., въ этихъ же случаяхъ подъ языкомъ— 29°C — $32,5^{\circ}\text{C}$; въ одномъ случаѣ онъ измѣрилъ температуру крови непосредственнымъ вставленіемъ шарика термометра во вскрытую вену и нашелъ 33°C ; въ тифондѣ, по его наблюденіямъ, темпер. повышается на $\frac{1}{2}$ — 1°C .—Измѣренія, произведенныя въ эпидеміи 1848—1860 г. заслужи-

ваютъ уже большаго вниманія. *Bärensprung*²⁶⁾ и его послѣдователи принимаютъ общее пониженіе температуры тѣла въ альгидномъ стадіѣ холеры; между тѣмъ *Zimmermann*²⁷⁾ нашелъ у двухъ асфиктическихъ больныхъ in recto— 39°C — $39,2^{\circ}\text{C}$.—Многочисленныя измѣренія *Briquet* и *Mignot* (въ 1849 г. на 85 больныхъ)²⁸⁾, къ сожалѣнію, произведены только въ подмышковой впадинѣ и показываютъ, что въ st. algidum происходитъ сильное пониженіе, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчается даже повышеніе температуры; изъ 48 случ. съ летальнымъ исходомъ 29 разъ она была ниже нормы и 19 р. выше; изъ 20 выздоровѣвшихъ 5 р. она была понижена, а 15 р.—повышена. Почти такіе же результаты получилъ *Roger*²⁹⁾: въ альгидномъ стадіѣ онъ находилъ периферическую температуру часто пониженною, нерѣдко также—нормальною; въ полости же рта она всегда была понижена.

Съ результатами упомянутыхъ французскихъ изслѣдователей вполне согласны выводы *Дунаева*³⁰⁾, который во время эпидеміи въ г. Перми 1871 г. производилъ измѣренія болѣе чѣмъ у 50 больныхъ въ Александровской больницѣ. Изъ этого числа онъ нашелъ 19 разъ пониженную температуру (35°C — $36,8^{\circ}\text{C}$, одинъ разъ $32,6^{\circ}\text{C}$), изъ нихъ умерло 15 больныхъ; 19 р.—повышенную (38°C — 39°C , въ нѣкотор. случ. до $41,5^{\circ}\text{C}$), изъ нихъ умерло 7 больныхъ; 13 р.—нормальную, изъ нихъ умерло 7 больн. Отсюда онъ заключаетъ, что чѣмъ значительнѣе пониженіе температуры (периферической), тѣмъ скорѣе наступаетъ смертельный исходъ. Интересно, что въ группу больныхъ съ повышенной температурою вошли старцы, изнуренные и ослабленные организмы.—Къ сожалѣнію, Дунаевъ производилъ свои измѣренія исключительно въ подмышковой впадинѣ.

²⁶⁾ Müller's Arch. 1852, p. 253.

²⁷⁾ Deutsch. Klin. 1856, p. № № 7, 8, 9.

²⁸⁾ Trait. prat. et analyt. d. Cholera-morbus. Paris 1859.

²⁹⁾ Rech. exper. s. l'abaissem. d. l. temperat. ch. l. cholériques. — Union. med. 1849, № 96.

³⁰⁾ Темпер. у холерн. больн., ея знач. д. прогн. и терап.— Приложение къ Пр. Общ. вр. г. Казани 1871 г.

Изъ термометрическихъ изслѣдованій послѣдняго времени³¹⁾ самаго большаго вниманія заслуживаетъ работа *Гютербока* какъ по многочисленности, такъ и по точности наблюденій надъ колебаніями прижизненной и посмертной температуры въ холерѣ. Въ 45 случ. асфиксии съ смертельнымъ исходомъ внутренняя темпер. (in recto, vagina) найдена нормальною, но чаще—выше нормы; во многихъ случаяхъ она достигала такой высоты, какая наблюдается въ горячечныхъ болѣзняхъ до maximum (42,4°C); только 6 р. она была понижена (на $\frac{1}{4}$ —1,9°C).—Разница между температурою наружною (in axil.) и внутреннею (rect., vagin.) не была постоянна, а колебалась между 0,9°C и 3,7°C.—Съ наступленіемъ и во время реакціи (въ 10 случ.) темпер. (внутрен.) не поднимается, часто даже нѣсколько падаетъ, а наружная въ это время поднимается. Въ послѣдовательныхъ болѣзняхъ (23 случ.) внутренняя темпер. часто повышается, но ни при одномъ осложненіи возвышеніе не достигаетъ тѣхъ границъ, какъ при parotitis.

Измѣренія *Monti*³²⁾, произведенныя in recto у дѣтей, дали такіе же результаты. Въ st. algid. во многихъ случаяхъ температура была очень высока, но во многихъ случаяхъ она была не постоянна; въ этихъ послѣднихъ исходъ болѣзни находился въ видимомъ соотношеніи съ поднятіемъ или паденіемъ температуры: въ 12 случаяхъ съ быстрымъ повышеніемъ на 1—2°C исходъ былъ смертельный (изъ нихъ 9 съ температ. около 41,8°C сопровождался конвульсіями). Случаи съ незначительными колебаніями при приблизительно нормальной температурѣ окончились благопріятно. Въ 7 случаяхъ (изъ 62) только температура была ниже нормы. Во всѣхъ случаяхъ *M.* наблюдалъ паденіе температуры при обильномъ поносѣ, повышеніе ея—по прекращеніи поноса. Въ st. reactionis темпер. приближалась къ нормѣ, причемъ происходило паденіе ея, если въ альбидномъ стадіѣ она была повышена, или повышеніе—въ противномъ случаѣ; въ тифоидѣ также обыкновенно наблюдалась нормальная темпер. съ незначительными вечерними повышеніями на

³¹⁾ Virchow's Arch. 1867 Bd. 38.

³²⁾ Contribl. 1867 № 28 p. 444.

нѣсколько десятыхъ градуса; рѣдко—она была повышена и представляла большія вечернія экзацербации.

Кромѣ этихъ наблюденій, *Monti* производилъ также измѣренія кожи и выдыхаемаго воздуха. Температура кожи въ альбидномъ ст. постоянно была понижена (26—30°C) и приближалась къ нормѣ въ періодъ выздоровленія. Точно также темпер. выдыхаемаго воздуха въ альбидномъ ст. была понижена, а въ конвалесценціи вмѣстѣ съ температурою кожи приближалась къ нормѣ.

Рядомъ съ только что приведенными наблюденіями заслуживаютъ большаго вниманія измѣренія *Zorn'a*³³⁾ въ петербургской эпидеміи 1870—71 г. (in axil.—, rect.), показавшія: 1) температура in st. algid. въ подмышечной впадинѣ б. ч. нормальна, часто понижена, рѣдко повышена; въ rectum—также нормальна, часто повышена до 41°C, весьма рѣдко понижена; 2) въ st. algid. почти всегда замѣчается значительная разница между температурою въ axil. и rectum 0,5°—2,2°C; 3) измѣреніями въ подмыш. впад. въ st. algid. пользоваться нельзя; между тѣмъ какъ въ конвалесценціи и въ тифоидѣ они совершенно удовлетворительны; 4) очень высокія и оч. низкія температуры in recto въ st. algid. имѣютъ дурное прогностическое значеніе; 5) во время поносовъ темпер. въ прямой кишкѣ понижена, по прекращеніи ихъ—повышена; 6) въ реактивномъ ст. темпер. б. ч. нормальна и обыкновенно уравнивается въ axil. и rectum; 7) при осложненіяхъ темпер. можетъ повышаться; 8) при переходѣ въ тифоидъ темпер. тѣла вообще падаетъ; но въ тяжелыхъ летальныхъ случаяхъ наблюдаются такія пониженія, какія вообще только встрѣчаются у человека.

Мои наблюденія на 10 больныхъ вполне согласны съ выше приведенными. Измѣренія во всѣхъ случаяхъ произведены мною одновременно двумя провѣренными термометрами, изъ которыхъ одинъ вставлялся въ подмышечную впадину, а другой—въ задній проходъ или во влагалище. Каждое измѣреніе продолжалось не менѣе полу часа, такъ какъ б. ч. наблюдателей замѣчено, что у холерныхъ больныхъ ртутный столбъ въ термометрѣ обыкновенно поднимается весьма медленно. Полученныя мною цифры изложены вмѣстѣ съ другими обстоятельствами въ слѣдующей таблицѣ.

³³⁾ Petersb. med. Ztsch. 1872, Heft. 15 p. 27.

Изъ таблицы видно, что въ 5 случ. съ смертельнымъ исходомъ внутренняя температура всегда была нѣсколько выше нормы, периферическая же—постоянно ниже нормы; даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ измѣренія производились за часъ до смерти, разница между периферическою и внутреннею температурою доходила до 20С.— Въ 3 случ. холернаго тифида (изъ нихъ ум. 2, вызд. 1) периферическая темпер. поднялась; внутренняя же оставалась въ нормальныхъ предѣлахъ; наконецъ въ 2 случ. холернаго приступа наружн. темпер. упала, внутренняя же почти не измѣнилась.

Искусственная асфиксія, какъ и наружныя раздраженія, по *Гайденайну*, вызываютъ такое же пониженіе температуры тѣла. Опыты его, произведенныя съ цѣлью объясненія этого факта, показали, что въ случаяхъ, гдѣ кровообращеніе ускоряется, тѣло охлаждается; въ противномъ же случаѣ, при замедленіи кровообращенія въ периферіи тѣла, внутренняя температура повышается. Аналогично съ этимъ въ холерѣ, когда кровообращеніе во всей периферіи тѣла въ высшей степени замедлено, температура здѣсь понижена; внутренняя же, напротивъ, повышается.

Что касается предсмертной температуры, то *Гютербокъ* находилъ ее чрезвычайно высокою, а въ иныхъ случаяхъ она достигала 42,4°C; но и здѣсь бывали исключенія.

Уже съ 1831 г. нѣкоторые замѣчали, что въ холерныхъ трупахъ происходитъ замѣтное повышеніе температуры въ первые моменты послѣ смерти; тоже наблюдалось и въ послѣдствіи. *Дунаевъ* наблюдалъ посмертную темпер. въ трехъ случаяхъ (37,6 С—37,8°C—38°C) и нашелъ, что непосредственно передъ самою смертю или даже въ самый моментъ смерти она значительно поднимается. *Гютербокъ* приводитъ измѣренія у 12 труповъ отъ асфиктическихъ больныхъ, умершихъ въ первые 24 часа отъ начала болѣзни, и ни въ одномъ изъ нихъ онъ не замѣтилъ прямого повышенія температуры, считая съ момента смерти. *Монти* наблюдалъ 4 разныхъ посмертныхъ кривыхъ: 1) возвышенная прижизненная температура возвышается въ первую $\frac{1}{4}$ часа послѣ момента смерти на нѣсколько градусовъ, на этой высотѣ она остается короткое

| № журн. | Имя | Возрастъ. | Занятіе | Место жительства, родомъ. | Куда вѣдены. | Куда доставлены. | Сложеніе | Форма болѣзни | ТЕМПЕРАТУРА | | | | Исходъ | Примѣч. |
|---------|---------------------|-----------|-------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|--------|-------|-----------------|------------------|
| | | | | | | | | | Время начатія | Ахил. | Vagin. | Rect. | | |
| 580 | Осипъ Полатинъ | 43 | Возвр. отъ рид. | Черноморск. рибон. | Старо-Нортгофъ, Дагаст. Вродск. | 13 Сент. 11 ч. ночи | 14 Сент. 8 ч. утра. | Сл. | ас-рхуха | 14 ч. 12 ч. Д. 36,2 | — | 37,8 | Ум. 17 Сент. | |
| 592 | Гр. Вол-мечевъ, | 45 | Отст. рид. | Черномор. | Слободка | 12 числа | 15 Сент. 3 ч. Д. | Кр. | ас-рхуха | 15 ч. 6 $\frac{1}{2}$ в. 35,4 | — | 36,0 | Ум. 16 Сент. | улучш. |
| | Иванъ Гробио. | 50 | Од. жин. | Черномор. | Переваль. | 17 Сент. в. 1 ч. Д. | 18 Сент. 8 ч. в. | Сл. | ас-рхух. | 18 ч. 8 ч. в. 35,2 | — | 36,0 | Ум. 19 Сент. | агонія. |
| | Александръ Никифор. | 38 | Росуд. кр. | Фурманъ. | Стар. Ва-муръ. | 17 Сент. 11 ч. ночи | 18 Сент. 12 ч. Д. | Кр. | ас-рхух. | 18 ч. 9 $\frac{1}{2}$ ч. в. 36,3 | — | 38,5 | Ум. 18 Сент. | агонія. |
| | Ант. Ор-диченко | 37 | Росуд. кр. | Черномор. | Переваль. | 12 Сент. 11 ч. ночи | 13 Сент. 7 ч. утра | Кр. | ас-рхух. | 13 ч. 10 ч. у. 36,9 | — | 38,1 | Ум. 13 Сент. | |
| | Андрѣя Рыбакова | 23 | Крестыпл. | Черномор. | Младан. | 9 Сент. 10 ч. утра | 11 Сент. 2 ч. Д. | Кр. | турно. | 14 ч. 7 $\frac{1}{2}$ в. 35,5 | 36,6 | 36,4 | Ум. 16 Сент. | menstrual agonia |
| | Отст. Ва-бинцова. | 43 | Воин-полка ридон. | | въ казар-махъ | 10 Сент. 11 ч. ночи | 11 Сент. 11 ч. дни | Кр. | турно. | 15 ч. 11 $\frac{1}{2}$ в. 37,0 | — | 37,8 | Ум. 21 Сент. | |
| | Нв. Гор-бачевъ. | 37 | Крестыпл. | Иванов. | Въ Ка-раитши | 11 Сент. 9 ч. веч. | 12 Сент. 8 $\frac{1}{2}$ ч. у. | Сл. | турно. | 20 ч. 10 ч. в. 37,5 | — | 38,0 | Ум. 7 час. веч. | |
| | Пав. Куз-нецовъ. | 43 | Крестыпл. | Драктур. | Нов. Ва-кобленск. | 18 Сент. 9 ч. веч. | 18 Сент. 11 ч. веч. | Кр. | при-ступъ | 21 ч. 12 ч. у. 36,6 | — | 37,2 | Выздоров. | |
| | Марья Ческая | 19 | Одподдор. | Простит. | Кривая У. Куале-пона | 17 Сент. 6 ч. ут. | 17 Сент. 10 $\frac{1}{2}$ ч. у. | Сл. | при-ступъ | 19 ч. 11 $\frac{1}{2}$ у. 36,2 | — | 37,4 | Выздоров. | |
| | | | | | | | | | | 17 ч. 12 $\frac{1}{2}$ у. 36,2 | — | 37,8 | Выздоров. | |
| | | | | | | | | | | 17 ч. 8 ч. в. 36,8 | — | 37,6 | Выздоров. | |
| | | | | | | | | | | 18 ч. 11 ч. у. 36,4 | — | 37,4 | Выздоров. | |

времени и за тѣмъ медленно падаетъ ; 2) предсмертная нормальная температура въ первую $\frac{1}{4}$ ч. повышается на нѣсколько десятыхъ градуса и за тѣмъ—медленно падаетъ ; 3) нѣсколько возвышенная предсмертная температура не возвышается, а медленно падаетъ съ самаго момента смерти ; 4) очень низкая предсмертная температура остается послѣ смерти въ теченіи 10—15 м. на той же высотѣ и за тѣмъ падаетъ быстро, такъ что охлажденіе трупа происходитъ гораздо быстрее, чѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ.

Явленіе посмертнаго возвышенія температуры объясняютъ различно: по *Bereniprunu* явленіе это объясняется тѣмъ, что паралитическое состояніе, предшествующее смерти, уничтожаетъ топусъ кровеносныхъ сосудовъ ; вслѣдствіе этого происходитъ приливъ крови къ сосудамъ кожи. *Briquet* и *Mignot* придаютъ большое значеніе тому обстоятельству, что кожа трупа, лишенная пота и кожныхъ испареній, лучше сохраняетъ тепло, развитіе котораго, по *Huppert'u*, зависитъ главнымъ образомъ отъ створаживанія крови послѣ смерти, особенно въ мышцахъ²¹⁾.

Новѣйшія изслѣдованія *Valentin'a* по этому вопросу²²⁾ дали слѣдующіе результаты : во всѣхъ трупахъ непосредственно передъ смертью развивается теплота ; если это развитіе превышаетъ потерю его, то температура трупа въ первое время повышается. Развитіе тепла происходитъ въ силу того, что многіе жизненные процессы, способствующіе теплопроизводству, продолжаютъ еще послѣ прекращенія сердечія ; окопеченіе не имѣетъ вліянія, а начинающееся разложеніе способствуетъ развитію тепла ; впрочемъ, даже при нормальномъ теплопроизводствѣ, безъ усиленнаго развитія тепла, можетъ наступить возвышеніе температуры послѣ смерти вслѣдствіе уменьшенія потери его съ прекращеніемъ дыханія.

²¹⁾ Ueb. d. Urs. d. postmort. Temperatur st.—Arch. d. Heilk. VIII. p. 321—330.

²²⁾ Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1869, VI.

Обращаясь къ терапіи холеры, мы встречаемся съ многочисленными самыми разнообразными методами леченія, не только противоположными другъ другу по своей сущности и цѣли, ими достигаемой, но и часто не имѣющими никакого рациональнаго основанія. Въ то время какъ патологія холеры, и заразныхъ болѣзней вообще, подчиняясь господствовавшему въ разное время научнымъ теоріямъ, и теперь еще не получила твердой почвы въ паразитизмѣ, терапія отчасти принаровнивалась къ этимъ теоріямъ, не долго удержавшимся, отчасти прибѣгала къ эмпириі ; результатомъ этого является громадный арсеналъ средствъ въ этой болѣзни, свидѣтельствующій о бѣдности ея терапіи. Я останавлиюсь только на самыхъ употребительныхъ средствахъ, большая часть которыхъ была испытана мною въ отдѣленіи.

Для воспрепятствованія обѣдненію крови водою или для разведенія стуженой уже крови вводили *воду въ организмъ* двумя путями: а) *впрыскиваніе подъ кожу* производили *Beigel*²³⁾ и *Gunning* ; больные очень скоро чувствовали облегченіе, всѣ признаки исчезали ; но за тѣмъ вновь наступало быстрое ухудшеніе и смерть. Многіе другіе врачи, и я въ трехъ случаяхъ (2 альб., 1 асфик.), повторяли эти опыты съ такимъ же результатомъ. б) *Впрыскиваніе въ вены* теплой воды съ прибавленіемъ къ ней солей, соотвѣтственно содержанію ихъ въ крови (*Natr. chlorat*, *phosphoric*, *lactic*.) производили *Hutchinson*, *Eeglie*, *Briquet*, *Lorraine*, *Sille*, *Guttman*, *Colson* и др. съ такимъ же успѣхомъ, какъ и въ предъидущемъ случаѣ.—Кромѣ воды и растворовъ солей съ подобнымъ же успѣхомъ инъекцировали въ вены алкоголь, молочный сахаръ, молоко (*Zimmermann*).

Переливаніе крови (дефибринированной) первый производилъ *Dieffenbach* (въ трехъ случаяхъ) безуспѣшно въ 1847 г.; *Соколовъ* въ Москвѣ впрыскивалъ дефибринированную телячью

²³⁾ Cntrlbl. 1866 p. 831, № 38.

кровь одному холерному больному³⁷⁾; точно также многія трансфузии производилъ въ Петербургѣ *Raumenberg*³⁸⁾, въ 1866 г. *Graefe Schlitz*, *Guttman*—все безъ успѣха³⁹⁾.—*Reyher* въ Ригѣ произвелъ 9 трансфузій у 8 больныхъ и только въ одномъ случаѣ, гдѣ еще асфиктическій ст. не наступилъ, больной выздоровѣлъ; остальные все умерли.

Изъ фармакологическихъ средствъ въ последнее время *Боткинъ* вновь обратилъ вниманіе на *хининъ*, испытанный имъ съ успѣхомъ въ эпидеміи 1871 г. въ Петербургѣ въ виду безуспѣшности другихъ средствъ. Въ своемъ предварительномъ сообщеніи⁴⁰⁾ Пр. Боткинъ говоритъ: «При клиническомъ и анатомо-патологическомъ изученіи холеры, эту форму всего скорѣе можно присоединить къ тифознымъ болѣзнямъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что холерная зараза, также какъ и большая часть заразъ другихъ инфекціонныхъ формъ, развивается при разложеніи органическихъ веществъ». Находя въ развитіи холеры, въ ея распространеніи, въ клинической и патолого-анатомической картинѣ много общаго какъ съ тифозными формами, такъ и съ маляріозными, *Боткинъ* совѣтуетъ употребленіе хинина, который, по его мнѣнію, долженъ служить также средствомъ, предотвращающимъ холеру.— *Andreas, Bourgogne, Hilf* также разсматриваютъ холеру, какъ маляріозную болѣзнь; между тѣмъ *Lawson* изъ разсмотрѣнія эпидемій за многіе годы въ Лондонѣ выводитъ, что между холерою и горячками (пятнистый тифъ) существуетъ антагонизмъ, такъ что обѣ эпидеміи въ одно время не наблюдаются, а одна наступаетъ по окончаніи другой, хотя спорадическіе случаи той и другой болѣзни встрѣчаются одновременно. Вслѣдствіе заявленія *Боткина Грузовъ* сообщаетъ⁴¹⁾ что на Кавказѣ еще въ 1846 г. лечили холеру хининомъ, въ

³⁷⁾ Тракт. о перелив. кр. Филомопитскаго. Москва 1848, р. 305.

³⁸⁾ Petersb. med. Ztschr. 1867.

³⁹⁾ См. а) *Dieffenbach*. Oper. Chir. Bd. 1, p. 116; б) *Langenb.* Arch. 1866, I, 12; в) *Deutsch. Klin.* 1867, № 39; д) *Berlin. Klin. Wchnsch.* 1866, № 34 и мн. др.

⁴⁰⁾ Арх. суд. мед. 1871, эпид. лнст. № 3, 4.

⁴¹⁾ Арх. Суд. Мед. 1871, Эпидем. лнст. № 7, 4.

1848 г. *Михайловскій* съ успѣхомъ употреблялъ это средство, въ 1866 г. *Пруссакъ* въ Воронежѣ испыталъ его въ 9 случаяхъ (5 въ началѣ алыгиды, 4 въ алыгидн. періодѣ) и все выздоровѣли.

Въ последнее время *Wiendowsky*⁴²⁾ нашелъ, что хининъ (а также *kali hypermanganicum*) совершенно уничтожаетъ жизнеспособность высшихъ организмовъ, содержащихся въ холерныхъ изверженіяхъ.

Въ виду этихъ сообщеній я сталъ испытывать хининъ въ холерномъ отдѣленіи съ самаго начала появленія эпидеміи въ дозахъ, предлагаемыхъ *Боткинымъ*: капли Боткина (T-r chinae composit., spirit. anodin. Hoffm. aa 3 β. chinini muriat. 3i, ac. muriatic. dilut. 3iβ., ol. menth. aether. gtt x., M.D.S. по 20 кап. 4—6 р. въ д., даже чер. 1/2 ч.), въ случаяхъ съ сильной рвотою—подкожныя вприскиванія (*Chinini muriat. 3i, ac. muriat. dilut. gtt xx, aq. destil, 3v, MDS.* для вприск. по 15 кап. нѣсколько р. въ д.); кромѣ того—растворъ сѣрнокислаго хинина внутрь, прибавленіе капель опія или возбуждающихъ къ *Боткинскимъ* каплямъ.

При настойчивомъ употребленіи хинина въ сказанныхъ формахъ въ теченіи всей эпидеміи я получилъ слѣдующіе результаты.

| | Хол. прист. | | Алыгидн. ст. | | | | Асфиктич. ст. | | | | Хол. тифозн. | | | | ВСЕГО. | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|--------|-------|----|----|----|----|
| | вызд. | умер. | вызд. | | умер. | | вызд. | | умер. | | вызд. | | умер. | | вызд. | умер. | | | | |
| | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | м. ж. | | | | |
| Gutt. Botkini . . . | 70 | 20 | 8 | 2 | 8 | — | 6 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | 78 | 20 | 17 | 4 |
| Chinin. subcut., . . | 13 | 7 | 1 | 1 | 6 | 4 | 7 | — | — | — | 3 | — | 3 | 1 | 2 | — | 22 | 12 | 13 | 1 |
| Gutt. B. c. t-rae opti | 37 | 10 | 4 | 2 | 8 | 2 | 3 | 3 | — | — | 5 | 1 | — | — | — | — | 45 | 12 | 12 | 6 |
| Chinin. c. Camphor. etc | 8 | 3 | 6 | — | 16 | 2 | 18 | 10 | 1 | — | 20 | 6 | 1 | — | 1 | 1 | 26 | 5 | 45 | 17 |
| ВСЕГО . . . | 168 | 24 | 46 | 49 | 1 | 38 | 5 | 4 | 220 | 115 | | | | | | | | | | |

⁴²⁾ Wien. med. Wchnschr. № 45, 1873.

Эти цифры, въ виду вышеизложеннаго, получаютъ тѣмъ большій интересъ, что до сихъ поръ, сколько мнѣ извѣстно, никто не испытывалъ хинина на такомъ большомъ числѣ больныхъ. Цифры, изложенныя въ этой таблицѣ, показываютъ, что изъ 335 больныхъ, лечившихся хининомъ, умерло 115, т. е. 34,3%. У Пр. Боткина изъ 23 холерныхъ больныхъ при томъ же леченіи умерло 4, т. е. 17,3%. Такая разница въ смертности легко объясняется многими причинами, на которыя я укажу ниже.

Если сравнить результаты леченія въ различныхъ періодахъ болѣзни, то получимъ :

| | | | | |
|----------------|-----------------|------------|-------------|--------|
| Изъ 192 болѣн. | въ хол. прист. | умерло 24, | т. е. 12,5% | смерт. |
| » 95 | » альгидн. ст. | » 49, | — 51,5% | » |
| » 39 | » асфиктич. ст. | » 38, | — 96,5% | » |
| » 9 | » тифондн. ст. | » 4, | — 44,4% | » |

Изъ этого видно, что въ леченіи холеры хининъ получаетъ значеніе довольно ограниченное. Очевидно, онъ оказываетъ отличное дѣйствіе въ началѣ болѣзни (въ холерн. приступѣ и въ началѣ альгидн. ст.); за то въ позднѣйшихъ стадіяхъ онъ, къ сожалѣнію, также безнадѣженъ, какъ и другія восхваляемыя средства; изъ 129 больныхъ въ альгидномъ и асфиктическомъ стадіяхъ вмѣстѣ умерло 87, т. е. 67,4%.

Если принять во вниманіе, что наблюденія въ клиникѣ Пр. Боткина производились въ концѣ эпидеміи надъ незначительнымъ числомъ больныхъ съ припадками, соответствующими началу альгиднаго ст. или періоду холерн. приступа, то блистательный успѣхъ отъ хинина станетъ понятнымъ. Немногимъ больше только цифра смертности, полученная мною въ холерн. приступѣ и альгидномъ ст. вмѣстѣ; изъ 287 больныхъ умерло 73, т. е. 25,6%. Schlomann *) въ 1866 г. въ Техасѣ при употребленіи хинина въ холерномъ приступѣ и холернѣ получилъ 225 выздоровѣвшихъ и всего только 3 умершихъ; въ развитой же холерѣ онъ не испытывалъ этого средства и полагаетъ, что въ st. asphyct. оно должно быть вредно.

*) Berlin. Klin. Wehnschr. 1871 № 36, 37.

Хотя прямыя опыты о степени и быстротѣ всасыванія хининаго раствора, введеннаго въ желудокъ въ различныхъ стадіяхъ холеры, мною не произведены, но для меня не подлежитъ сомненію, что оно совершается, судя потому, какъ явно въ нѣкоторыхъ случаяхъ при внутреннемъ употребленіи хинина прекращались всѣ припадки и наступало замѣтное облегченіе и выздоровленіе. Самый вѣрный путь однако для введенія лекарственныхъ веществъ вообще въ холерѣ есть подкожный. Что касается вопроса о всасываніи послѣднимъ путемъ, то въ этомъ отношеніи опыты послѣдняго времени Goldbaum'a **) показали, что желѣзисто-ціанистый потасій, впрыснутый подъ кожу въ 12 случаяхъ, не открывался ни въ поносѣ, ни въ рвотѣ холерныхъ больныхъ; іодистый калий, впрыснутый асфиктическимъ больнымъ, открывался въ слюнкѣ ихъ черезъ 5 часовъ, въ изверженіяхъ его не оказалось; іодистый натрій уже черезъ 1½ ч. открывался во рвотѣ, а за-тѣмъ — и въ испраженіяхъ.

Изъ таблицы видно, что изъ 48 случаевъ съ подкожнымъ введеніемъ хинина умерло 14, т. е. 29%; изъ 287 случаевъ при внутреннемъ его употребленіи умерло 101, т. е. 35,6%. Еще рѣзче выступить преимущество подкожнаго способа, если сравнить данныя изъ позднѣйшихъ ст. только (альгидн., асфикт., тифонд.), тогда получимъ: изъ 26 случ. съ подкожн. введеніемъ хинина умерло 12, т. е. 46,1%; изъ 117 случ. съ внутренн. употребленіемъ его умерло 79, т. е. — почти 68%.

Изъ другихъ средствъ, испытанныхъ мною въ отдѣленіи, преимущественно тамъ, гдѣ хининъ не приносилъ никакого облегченія, я привожу слѣдующія:

Aethiops mineralis, особенно рекомендованный въ послѣднее время, употребленъ въ 16 случаяхъ (15 альгид. и 1 асфик.); изъ нихъ умерло 13 (12 альг. и 1 асф.).

Ol. ricini, которое особенно восхваляется англійскими врачами, было примѣнено въ 9 случ. (3 холер. прист., 6 альг.); изъ нихъ умерло 8. Между тѣмъ у Watkins'a при этомъ леченіи изъ 21

**) Die hypoder. Inj. im. asph. st. d. Cholera. Berlin. Klin. Wehnschr. 1-66 № 35.

выздоровѣло 19, у *Wilson M'Cloy* изъ 50 умерло 13, а у *Levisaur*⁽¹⁾ изъ 161 умерло всего 7. *Kaczorowski*⁽²⁾, также восхваляя ol. ricini (онъ впрочемъ давалъ въ тоже время хининъ), приводитъ слѣдующія цифры : всего изъ 464 б. умерло 184, въ томъ числѣ изъ 166 въ эретической (?) формѣ умерло 16, а 298 въ развитой холерѣ умерло 178.

Натираніе льдомъ при внутреннемъ употребленіи возбуждающихъ средствъ, постоянно употребляемое особенно въ Германіи, было испытано мною въ 35 случаяхъ (22 альг., 1 тифод., 12 асфикт.); изъ нихъ умерло 32. — Еще худшій результатъ получился отъ способа *Charman'a* (*прикладываніе льду къ позвоночнику*) ; всѣ 6 больныхъ (4 альг., 2 асфикт.), въ которыхъ онъ былъ употребленъ, умерли ; между тѣмъ самъ изобрѣтатель этого способа въ 7 случ. несомнѣнной холеры при этомъ леченіи наблюдалъ полное выздоровленіе⁽³⁾. — *Обливаніе холодною водою* (*Wolff, Casper, Reyher*) также, къ сожалѣнію, употреблено мною въ 6 случ. (5 альг., 1 асфикт.) и всѣ умерли при страшныхъ страданіяхъ отъ этого жестокаго способа.

Соприваніе помощью заворачиванія въ мокрыя простыни (послѣ заворачиванія больные укрывались двумя суконными одѣялами и оставались въ нихъ около 2 часовъ) испытано въ 13 случаяхъ (альгид. 7, тиф. 2, асфикт. 4), изъ нихъ умерло 11. При отогрѣваніи бутылками или горячимъ пескомъ и возбуждающемъ леченіи 8 больныхъ (5 алг., 2 асф.) всѣ умерли.

При употребленіи мѣдныхъ препаратовъ, которыми многіе врачи (*Willeme, Burg*) приписываютъ хорошее дѣйствіе, успѣхъ былъ не лучшій ; изъ 23 больныхъ, которые лечились *Tinct. supri acetici* (1 хол. прист., 15 альг., 7 асфикт.) умерло 18.

При употребленіи *каломея* всѣ 5 больныхъ (прист. 1, 4 альг.) умерли.

⁽¹⁾ Deusch. Klin. 1866, № 40.
⁽²⁾ Berlin. Klin. Wechnscr. 1872 № 2, 3.
⁽³⁾ Contrbl. 1867, № 3.

МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКІЯ ЯВЛЕНІЯ ВЪ ОДЕССѢ,

изъ «Лѣтописей Главной Физической Обсерваторіи» издав. Вильдомъ.

| ГОДЪ | 1866. | | | | | 1867. | | | | | 1868. | | | | | 1870. | | | | | 1871. | | | | | 1872. | | | | |
|--------------------|----------------|------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|--------|-------|------|-------|
| | Барометръ. | Темпер. воздуха. | Влажность. | | Количество дождя и снѣга. | Барометръ. | Темпер. воздуха. | Влажность. | | Количество дождя и снѣга. | Барометръ. | Темпер. воздуха. | Влажность. | | Количество дождя и снѣга. | Барометръ. | Темпер. воздуха. | Влажность. | | Количество дождя и снѣга. | Барометръ. | Темпер. воздуха. | Влажность. | | Количество дождя и снѣга. | | | | | |
| Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | | Относительная. | Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | | Относительная. | Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | | Относительная. | Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | | Относительная. | Абсолютная. | Относительная. | Абсолютная. | | Относительная. | | | | |
| ЯНВАРЬ | 760,4 | — 0,6 | 9,09 | 91,0 | | 754,4 | + 2,6 | 5,08 | 89,0 | 43,48 | 759,0 | — 3,2 | 3,35 | 91,0 | 5,08 | 760,03 | 0,0 | 4,40 | 90,8 | 19,1 | 760,11 | — 4,2 | 3,29 | 92,8 | 13,5 | 760,91 | 0,0 | 4,35 | 91,3 | 3,2 |
| ФЕВРАЛЬ | 757,2 | — 1,0 | 4,01 | 86,0 | 43,43 | 759,8 | + 1,5 | 4,39 | 84,0 | 12,70 | 757,8 | — 3,0 | 3,17 | 81,0 | 1,78 | 761,08 | — 7,9 | 2,93 | — | 67,8 | 760,19 | — 5,5 | 3,13 | 92,7 | 23,2 | 766,32 | — 7,5 | 2,47 | 89,7 | 16,2 |
| МАРТЪ | 751,2 | + 5,1 | 5,97 | 91,0 | 59,69 | 756,9 | — 1,0 | 3,71 | 81,0 | 18,80 | 755,3 | + 1,4 | 4,50 | 88,0 | 63,5 | 754,91 | + 0,7 | 4,37 | 88,3 | 72,3 | 762,42 | + 0,9 | 4,17 | 83,8 | 31,1 | 758,65 | + 3,7 | 5,14 | 85,7 | 23,7 |
| АПРѢЛЬ | 759,2 | + 8,7 | 6,65 | 79,0 | 12,19 | 752,5 | + 9,4 | 7,42 | 82,0 | 20,32 | 753,9 | + 7,5 | 6,53 | 83,0 | 37,85 | 758,44 | + 7,2 | 5,19 | 68,3 | 11,7 | 755,40 | + 8,2 | 6,81 | 77,1 | 21,5 | 754,95 | + 11,7 | 7,37 | 71,4 | 7,8 |
| МАІ | 755,9 | + 13,7 | 9,22 | 80,0 | 46,23 | 754,9 | + 15,5 | 10,90 | 81,0 | 7,11 | 758,1 | + 15,6 | 10,06 | 77,0 | 25,15 | 758,43 | + 17,1 | 7,99 | 56,2 | 13,2 | 753,28 | + 14,1 | 7,95 | 67,0 | 45,2 | 755,15 | + 21,2 | 11,37 | 60,9 | 18,4 |
| ІЮНЬ | 754,7 | + 21,5 | 14,00 | 75,0 | 24,64 | 753,3 | + 18,4 | 12,98 | 83,0 | 26,67 | 756,0 | + 21,9 | 13,41 | 70,0 | 9,14 | 755,51 | + 19,1 | 9,40 | 58,5 | 74,5 | 752,83 | + 19,5 | 11,78 | 70,0 | 69,9 | 753,08 | + 20,1 | 10,93 | 63,0 | 67,6 |
| ІЮЛЬ | 752,1 | + 22,9 | 14,88 | 74,0 | 13,46 | 755,1 | + 22,6 | 16,46 | 82,0 | 26,92 | 751,7 | + 22,2 | 14,94 | 76,0 | 33,78 | 754,62 | + 22,3 | 11,23 | 56,9 | 14,3 | 755,04 | + 23,7 | 11,72 | 55,1 | 17,8 | 753,43 | + 22,2 | 11,54 | 58,8 | 40,0 |
| АВГУСТЪ | 753,8 | + 20,2 | 12,98 | 75,0 | 11,43 | 756,9 | + 20,1 | 14,12 | 81,0 | 10,92 | 754,8 | + 22,1 | 14,60 | 75,0 | 19,56 | 751,59 | + 20,3 | 12,31 | 69,6 | 103,9 | 756,36 | + 22,9 | 10,24 | 50,8 | 28,9 | 753,61 | + 22,1 | 11,81 | 60,2 | 27,1 |
| СЕНТЯБРЬ | 757,9 | + 18,6 | 11,10 | 72,0 | 10,16 | 760,0 | + 15,4 | 10,57 | 80,0 | 10,92 | 757,3 | + 18,7 | 12,40 | 79,0 | 29,97 | 757,62 | + 14,4 | 8,50 | 69,4 | 43,1 | 755,88 | + 15,7 | 8,29 | 62,1 | 4,2 | 756,75 | + 18,9 | 10,41 | 64,4 | 9,0 |
| ОКТАБРЬ | 762,1 | + 6,9 | 5,36 | 69,0 | 25,15 | 760,3 | + 11,5 | 8,18 | 80,0 | 12,98 | 759,5 | + 12,7 | 9,50 | 85,0 | 11,18 | 756,32 | + 9,5 | 6,82 | 75,6 | 43,7 | 761,07 | + 7,8 | 6,10 | 73,5 | 39,3 | 761,07 | + 12,2 | 8,17 | 77,0 | 12,2 |
| НОЯБРЬ | 756,5 | + 3,5 | 4,88 | 81,0 | 31,29 | 757,2 | + 1,0 | 4,09 | 75,0 | 23,37 | 758,6 | + 2,7 | 5,16 | 85,0 | 8,88 | 759,14 | + 9,8 | 7,79 | 84,8 | 2,7 | 758,00 | + 7,0 | 6,95 | 90,0 | 59,8 | 760,16 | + 8,4 | 7,37 | 87,5 | 6,3 |
| ДЕКАБРЬ | 758,8 | — 0,2 | 3,73 | 83,0 | 4,57 | 751,9 | — 0,5 | 4,09 | 86,0 | 54,37 | 758,5 | + 1,5 | 4,78 | 90,0 | 7,87 | 753,75 | — 1,1 | 4,13 | 91,7 | 93,3 | 759,96 | — 1,3 | 3,84 | 85,6 | 33,0 | 760,37 | + 1,9 | 5,36 | 89,7 | 7,0 |
| СРЕДНІЯ | 756,7 | + 9,9 | 8,08 | 80,0 | 282,19 | 756,2 | + 9,7 | 8,51 | 82,0 | 268,48 | 756,7 | + 10,0 | 8,53 | 82,0 | 253,24 | 756,79 | + 9,3 | 7,09 | — | 559,6 | 757,54 | + 9,0 | 4,98 | 75,0 | 386,4 | 757,87 | + 11,2 | 8,02 | 75,0 | 238,5 |

Кромѣ всѣхъ этихъ неудачныхъ способовъ, видя неутѣшительные результаты въ тяжелыхъ случаяхъ, я рѣшился испытать еще курьезное леченіе д-ра Познанскаго, которое состоитъ во внутреннемъ употребленіи ціанпистаго желѣза (*Ferri cyanati* ʒii, *Tr angelicae* ʒ β, *Tr nucis vomic.* ʒii, *Camph. trit.* ℥i, MDS, по 15 в. чер. 1/4 ч.) и въ заворачиваніи въ мокрая простыни, вспрыснутыя нашатырнымъ спиртомъ, сверхъ которыхъ больные укрываются для согрѣванія шерстяными одеялами. При этомъ леченіи изъ 8 больныхъ (4 альб., 4 асф.) ни одинъ не выздоровѣлъ.

Въ заключеніи укажу на два средства, которыя нерѣдко оказывали хорошіе услуги. *Tinct. veratri albi* (вмѣстѣ съ возбуждающими) во многихъ случаяхъ жестокой рвоты черезъ 6. или м. короткое время уменьшали этотъ припадокъ. Изъ 22 случаевъ жестокой рвоты при употребленіи этого средства у 6 рвота прекратилась уже черезъ 2 ч., у четырехъ она рѣзко уменьшилась довольно скоро и затѣмъ прекратилась медленно, въ четырехъ случаяхъ она прекратилась при совмѣстномъ употребленіи хлороформа внутрь. Точно также оказываетъ хорошее дѣйствіе *эриотинъ* въ случаяхъ упорныхъ поносовъ; изъ 10 больныхъ при этомъ леченіи (вмѣстѣ съ возбуждающими) выздоровѣло 7.

Заключая этимъ, считаю излишнимъ всякіе выводы; цифры сами краснорѣчиво говорятъ за себя. Громадный арсеналъ средствъ, употребляемыхъ въ борьбѣ съ холерою, все болѣе увеличивается; каждая новая эпидемія приноситъ съ собою новыя средства, восхваляемыя ихъ изобрѣтателями и бесполезныя въ рукахъ другихъ врачей. Рациональнаго леченія, конечно, нельзя ожидать до тѣхъ поръ, пока патологія холеры не получитъ болѣе основательной разработки.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ СООБЩЕНІЯ.

I. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ОСПА.

Измѣненія въ почечномъ тазу и лоханкахъ

Г. Минха.

Настоящее мое сообщеніе имѣетъ цѣлью главнымъ образомъ внести поправки въ объясненія, представленныя Д-ромъ Unruh, *) относительно патолого-анатомическихъ измѣненій почечнаго таза и лоханокъ при геморрагической оспѣ. Матерьяломъ для этого сообщенія служить небольшое количество случаевъ геморрагической оспы, которые я наблюдалъ въ теченіи оспенной эпидеміи 1873 года въ Одессѣ. Изъ этого числа случаевъ, почти тождественныхъ между собою, я обращаю ваше вниманіе на два, такъ какъ могу демонстрировать патолого-анатомическіе ихъ препараты въ засѣданіи.

Первый изъ этихъ случаевъ относится къ крестьянину Подольской губ. Сафронію Вознякову, 25 лѣтъ отъ роду, поступившему въ больницу 2-го октября 1873 года.

Возняковъ заболѣлъ, какъ видно изъ его разсказа, 30 сентября. Болѣзнь обнаружилась ознобомъ, а затѣмъ жаромъ и сильными болями въ поясницѣ и конечностяхъ. 3-го октября, по поводу больного, я былъ призванъ на совѣщаніе Д-ромъ Зоринымъ, который, на основаніи появившагося на тѣлѣ экзантематическаго процесса, заподозрилъ развивающуюся оспу.

При исследованіи больного оказалось слѣдующее.

Температура тѣла очень высока; пульсъ полный—до 120 ударовъ въ минуту. Во внутреннихъ органахъ, кромѣ умѣреннаго бронхіальнаго катарра, никакихъ существенныхъ осложненій не обнаружено. На обоихъ плечахъ и предплечьяхъ довольно блѣдная, красноватая, рѣзко-

*) Unruh. Arch. d. Heilkunde 1872, p. 290.

ограниченная пятнистая сыпь (пятна около 0,5 цент. въ диаметръ); на лицѣ и остальныхъ частяхъ тѣла, также какъ и въ полости рта и зева ни слѣда сыпнаго процесса. Большой мечется въ постели и стонетъ отъ сильныхъ болей въ поясницѣ.

Вполнѣ соглашаясь съ возможностью, поставленной на видъ Д-ромъ Зоринымъ, я перевелъ больного въ оспенную палату, находившуюся подъ моимъ наблюденіемъ.

4-го Октября ночью у больного открылся поносъ. Испраженія, которыя я видѣлъ утромъ, были очень жидки, имѣли кровавистый цвѣтъ и содержали комки свернувшейся крови; количество испраженій за нѣсколько часовъ равнялось, приблизительно, 2 фунтамъ. Въ мочѣ также обнаружено явное присутствіе крови и притомъ въ значительномъ количествѣ. Температура, которая наканунѣ вечеромъ = 41°C., понизилась на 39,4°. Пульсъ 120, нитевидный. Пятна приняли характеръ экхимозъ и при томъ крайне разнообразной величины—отъ 1 мм. и менѣе до 5 мм.; вмѣстѣ съ тѣмъ, кромѣ верхнихъ конечностей, они найдены и на нижнихъ конечностяхъ и на лбу. Ord. Infus. secale cornuti (e 3ii) ʒvi. T-rae opii simpl. gtt. XX. Черезъ часъ по столовой ложкѣ. Вечеромъ температур. 39°, испраженія рѣже; но ночью они снова усилились и приняли болѣе темный кровавый видъ.

5-го Октября. Температура 38°, пульсъ едва ощутимъ. Въ мочѣ огромное количество крови. По тѣлу, кромѣ описанныхъ экхимозъ,—различной величины, спеватія пятна, какъ-бы отъ ушибовъ. Сознаніе полное. *Въ тотъ-же день, въ 6 часовъ вечера, больной умеръ.*

Вскрытіе произведено спустя 19 часовъ послѣ смерти.

Трупъ субъекта крѣпкаго тѣлосложенія. Гиплестича явленія отсутствуютъ; окочененіе сильное. На лицѣ, а именно на лбу, красноватія пятна, состоящая изъ группъ мелкихъ красноватыхъ точекъ; мѣстами эти пятна, соединяясь между собою, образуютъ узоръ въ видѣ сѣтк. По всему тѣлу, соединяясь между собою, образуютъ узоръ въ видѣ сѣтк. По всему тѣлу, кромѣ шеи, разсыпаны темно-фіолетовыя рѣзко ограниченныя пятна, величиною отъ диаметра просянаго зерна до горошины. Нѣкоторыя изъ пятенъ не поднимаются надъ уровнемъ кожи, другія—возвышены. Пузырьковъ и пустулъ на нихъ не замѣтно. Самое большое количество пятенъ находится на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ (не исключая тыльной поверхности ручной кисти и стопы, гдѣ ихъ, впрочемъ, довольно мало) и на нижней половинѣ груди. Расстояніе пятенъ въ означенныхъ мѣстахъ другъ отъ друга = 0,5—2 цент. На животѣ найдено около 10, на спинѣ нѣсколько болѣе тапкихъ пятенъ. Въ разрѣзѣ пятна соответствуютъ подтекамъ крови, находящимся въ толщѣ кожи на глубинѣ около 1 мм. отъ поверхности. Кромѣ описанныхъ пятенъ, на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ находятся спеватія пятна, изъ которыхъ нѣкоторыя занимаютъ значитель-

кое протяженіе, такъ: на правомъ предплечіи, на лучевой сторонѣ, пространство въ 7 цент. длины и 4 ширины. Въ разрѣзѣ пятна соотвѣтствуютъ значительнымъ инфильтраціямъ кровью рыхлой подкожной клетчатки.

Въ полости черепа, кромѣ умѣреннаго кровенакопленія въ мозгу и мягкой оболочкѣ, ничего существеннаго не найдено. Пазухи содержатъ темную, не свернувшуюся кровь.

Полость груди. Легкія не спадаются, умѣренно полнокровны; въ бронхіальныхъ вѣтвяхъ — жидкая гноевидная слизь. Сердце сокращено; въ правыхъ полостяхъ довольно объемистые, но рыхлые фибриновые свертки и черная несвернувшаяся кровь; ткань сердца желтовато-бураго цвѣта, нормальной консистенціи.

Существенныя измѣненія были найдены въ брюшной полости, а именно: въ кишечномъ каналѣ, ретроперитонеальной клетчаткѣ и почкахъ — въ тазу и лоханкахъ.

Толстыя кишки умѣренно растянуты газами. Въ полости ихъ, а именно, начиная съ лѣвой половины горизонтальной части, до задняго прохода, обильное количество крови частью жидкой, частью свернувшейся въ видѣ черныхъ комочковъ, довольно крѣпко прилипшихъ къ слизистой оболочкѣ. По удаленіи этихъ комочковъ, слизистая оболочка упомянутой части толстыхъ кишекъ представляетъ разлитой кровянистый цвѣтъ, зашпиганный отъ имбибіціи слизистой оболочки, и усѣяна темно-вишневыми, почти черными точками, величина которыхъ, довольно равномерная, не превышаетъ діаметра просынаго зерна. Гуще всего эти точки расположены въ сигмовидной кривизнѣ и прямой кишкѣ, въ восходящей части толстыхъ кишекъ ихъ совсѣмъ нѣтъ.

Въ тонкихъ кишкахъ, а именно, на протяженіи отрѣзка верхней части подвздошной кишки длиною въ 20 цент., снова попадаются кровянистыя точки, но они гораздо мельче и блѣднѣй. Разстояніе этихъ точекъ другъ отъ друга довольно равномерное — около 2 цент. Кромѣ того, въ 3, 4 мѣстахъ находятся болѣе объемистые подтеки крови: одинъ въ подвздошной кишкѣ, величиною въ гривенникъ, имѣетъ видъ нѣсколько возвышеннаго кровянистаго пятна съ болѣе темною серединою; другіе — въ тощей кишкѣ на краяхъ складокъ, величиною въ чечевичу.

Брыжеечныя железы не измѣнены, подтековъ крови въ самой брыжейкѣ не замѣтно, но *ретроперитонеальная клетчатка у корня брыжейки* въ значительной степени инфильтрована кровью; при чемъ инфильтрація преимущественно выражена на правой половинѣ позвоночника около почки и спускается по тракту мочеточника къ тазу.

Левая почка вѣситъ 156 граммъ. Капсула отдѣляется свободно; ткань какъ корковаго, такъ и медулярнаго слоя — малокровна, мутнаго сѣраваго-желтоваго цвѣта. Консистенція органа нормальная. Въ почечномъ тазу,

въ верхнемъ углѣ, около одной изъ лоханокъ — подтекъ крови въ 1 цент. длины и 0,5 п. ширины. Подтекъ имѣетъ видъ плоскаго бура съ гладкою лоснящеюся поверхностью и, какъ видно на разрѣзѣ, ограничивается въ периферіи сливистою оболочкою, въ центрѣ же проникаетъ въ глубину распространяясь и на жирную клетчатку. Такой же подтекъ находится и въ нижнемъ углѣ таза, а между этими двумя подтеками находится третій — въ видѣ красноватаго пятнышка величиною въ чечевичу. Этотъ послѣдній подтекъ видимо ограничивается поверхностнымъ слоемъ стѣнки таза.

Правая почка вѣситъ 148 граммъ. Ткань ея представляетъ одинакія качества съ лѣвой. *Внутренняя стѣнка таза, лоханокъ и отрѣзка мочеточника въ 2 цент. длины* — темно вишневаго, почти чернаго (вороньего крыла) цвѣта и представляетъ неровную, зернистую, похожую на шагрель поверхность. Упомянутая зернистость поверхности не замѣчается впрочемъ въ мочеточникѣ около границы инфильтрованной кровью и нормальной ткани, границы, которая чрезвычайно рѣзка и обозначается небольшимъ уступомъ. Въ разрѣзѣ стѣнки таза и лоханокъ значительно утолщена = 0,5 цент.; *кровянистая инфильтрація проникаетъ равномерно всю толщину стѣнки и заливается въ жирной клетчаткѣ почечнаго таза* и въ окружности мочеточника, по тракту котораго и спускается къ тазу, распространяясь съ другой стороны къ боку.

Въ остальныхъ органахъ брюшной полости рѣзкихъ геморрагическихъ явленій не замѣтно. Въ *желудкѣ* около 10 геморрагическихъ осадковъ. На поверхности лѣвой доли печени, около lig. suspens. hepatis, небольшой островокъ печеночной ткани, отличающійся отъ окружности красноватымъ, кровянистымъ цвѣтомъ довольно рѣзко ограниченнаго долекъ.

Второй случай относится къ больному — Георгію Гаврилу, грецескому подданному, 29 лѣтъ, служившему поваромъ на пароходѣ. Гаврилу былъ доставленъ въ больницу и помѣщенъ въ отдѣленіе Д-ра Грумберга.

У больного, наканунѣ его поступленія, т. е. 19 декабря, обнаружилось кровотеченіе ртомъ и носомъ и одновременно кровавыя испраженія и моча; имѣетъ съ тѣмъ на тѣлѣ больного замѣчены обильныя экхимозы и въ соединительной оболочкѣ праваго глаза довольно обширный подтекъ крови. 21-го я былъ приглашенъ Д-ромъ Грумбергомъ осмотрѣть больного. Этотъ послѣдній плохо объяснялся по русски и потому собрать точныхъ свѣдѣній о его заболѣваніи было невозможно, кромѣ жалобъ на сильныя боли въ поясничной области. При изслѣдованіи температура оказалась возвышенною; губы покрыты черными вазетомъ, также какъ и

языкъ. Исследование зева было крайне затруднительно, такъ какъ больной былъ очень слабъ; впрочемъ, на мягкомъ небѣ можно было ясно видѣть небольшіе экхимозы. Кожа была усеяна кровавистаго цвѣта пятнами, изъ которыхъ немногіе только возвышались надъ кожей въ видѣ папулъ. *Больной умеръ на другой день въ 9 1/2 часовъ утра.*

Вскрытіе было произведено черезъ 24 часа.

Трупъ субъекта довольно крѣпкаго тѣлосложенія. Все тѣло покрыто фіолетоваго цвѣта пятнами, отъ 0,5—5 миллим. въ диаметръ. Пятна эти (какъ и при жизни) мѣстами имѣли видъ папулъ; въ очень рѣдкихъ экземплярахъ послѣднихъ наблюдались (безамѣтные наканунѣ смерти) небольшіе, мутные, блѣдныя пузырьки съ центральнымъ вдавленіемъ. Самое большое количество пятенъ было найдено на тыльной поверхности обоехъ предплечій, гдѣ эти пятна мѣстами слѣвались между собою, такъ что кожа представляла довольно однообразную темно-фіолетовую поверхность, прерываемую въ отдѣльныхъ мѣстахъ узорами нормального цвѣта кожи. Нѣсколько рѣже чѣмъ на предплечьяхъ пятна замѣчались въ верхней части поясничной и въ надлопаточныхъ областяхъ. Затѣмъ, пятна по количеству распределялись въ слѣдующемъ порядкѣ: на наружной поверхности плечъ поясницѣ, бедрахъ, ладонной поверхности предплечій и внутренней поверхности плечъ, задней поверхности голени, въ подлопаточной области. На животѣ и на лицѣ ихъ было очень мало, на шеѣ, ручной кисти и стопахъ той и другой стороны, также какъ и на стволѣ и мошонкѣ ихъ совсѣмъ не было. Цвѣтъ волосъ чернистый. Соединительная оболочка праваго глаза инфильтрована кровью; зрачки умеренно широки. Въ отверстіи носа сухія, кровянистыя корки. Десна нѣсколько рыхлы, синяго цвѣта, мѣстами отстали отъ зубовъ. Грудная кѣтка дашна. Животъ втянутъ.

Полость черепа. Подъ кожей черепа въ отдѣльныхъ мѣстахъ экхимозы, величиною отъ гривенника до мѣднаго пятака. Кости черепа тонки. Мягкая оболочка тонка, прозрачна; сосуды ея умеренно наполнены кровью. Корковый слой довольно блѣденъ; въ разрѣзѣ облаго вещества умеренное количество кровяныхъ точекъ. Желудочки пусты. Сосудистыя сплетенія полнокровны. Консистенція мозга нормальная.

Шелъ и полость груди. Слизистая оболочка мягкаго неба (со стороны носовой полости), зева, подгортаника и *pharynx ary-epiglottici* сагиттальнаго цвѣта, покрыта мелкими отрубевидными налетомъ, который мѣстами легко соскабливается, оставляя гладкую поверхность, усиленную темно-вишневыми пятнами. Фолликулы миндалевидныхъ железъ растянуты гноевидною жидкостью. Слизистая оболочка дыхательнаго горла покрыта такимъ же мелко-чешуйчатымъ налетомъ какъ и зевъ; подъ налетомъ, — красная поверхность, усиленная кровянистаго цвѣта точками. Въ бронхиальныхъ вѣтвяхъ налета нѣтъ; содержимое ихъ —

густая катарральная слизь. Легкія не вполне спадаются. Мѣстами, довольно впрочемъ рѣдкими, въ нихъ ощущаются небольшія уплотненія—величиною отъ коноплянаго зерна до горошины. Уплотненія эти соответствуютъ въ разрѣзѣ темно-вишневымъ островкамъ съ зернистой поверхностью—инфарктамъ. Подъ сердечною сорочкою, сзади, по тракту вѣнечныхъ сосудовъ—точечные экхимозы. Сердце сокращено; въ полостяхъ его фибринозные сгустки и темная, жидкая кровь.

Полость живота. Кой гдѣ подсерозные точечные экхимозы.

Въ толстыхъ кишкахъ умеренное количество кровянистой слизи. На слизистой оболочкѣ довольно рѣдкія темно-вишневая пятнышки. Такія же пятнышки найдены и въ тонкихъ кишкахъ и въ обильномъ количествѣ въ желудкѣ. Соответственно этому въ толстомъ слои слизи, покрывающей слизистую оболочку послѣдняго, значительная примѣсь буроватыхъ комочковъ.

Селезенка нѣсколько увеличена; вѣсъ ея 200 граммъ; капсула напряжена; ткань темно-вишневаго цвѣта; количество мякоти увеличено.

Печень рѣзкихъ измѣненій не представляетъ, подъ капсулой въ рѣдкихъ мѣстахъ—экхимозы.

Геморриктогенная клетчатка, по обѣимъ сторонамъ позвоночника, соответственно почкамъ, инфильтрована кровью, преимущественно на правой сторонѣ, гдѣ инфильтрація по тракту мочеточника спускается внизъ, становясь при этомъ значительно слабѣе.

Объемъ почки нормальный. Ткань мутна, малокровна. *Стлѣнки таза и лоханки, также какъ и жирная клетчатка обѣихъ почек инфильтрованы кровью; поверхность таза мелкозернистая, темно-вишневаго цвѣта, на ощупь твердая.* Инфильтрація рѣзкою границею кончается въ началѣ мочеточника. Въ полости таза свертки крови. Въ мочевомъ пузырькѣ небольшое количество кровянистой мочи.

Останавливаясь на измѣненіяхъ, найденныхъ въ почечномъ тазу и лоханкахъ.

Источникиъ кровавой мочи—явленія не очень рѣдкаго въ теченіи оспеннаго процесса вообще, а тѣмъ болѣе геморрагической оспы—не были достаточно опредѣлены до послѣднихъ изслѣдованій *Wagner'a*, который, пользуясь большимъ количествомъ наблюденій въ теченіи Лейпцигской эпидеміи 1870—71 года, указалъ на почечный тазъ и лоханки, какъ на постоянный источникъ кровотеченій (*Arch. d. Heilkunde* 1872, p. 107). Болѣе подробное исследование измѣненій, наблюдаемыхъ при этомъ въ тазу и лоханкахъ взялъ на себя Д-ръ *Unruh* и описалъ ихъ въ *Wagner'овскомъ* архивѣ (1. с.).

Предпославъ, крайне впрочемъ поверхностное, гистологическое описаніе таза и лоханокъ, котораго мы коснемся позднѣе, — Unruh указываетъ на тѣ особенности, которыя представляютъ инфильтрованную кровью части, изъ которыхъ, кромѣ уже приведенныхъ нами—утолщенія стѣнокъ и зернистаго вида внутренней поверхности—онъ указываетъ на зеленовато-желтый цвѣтъ пораженныхъ стѣнокъ и особенную ломкость (*Brüchigkeit*) ткани. Не могу не замѣтить по поводу приведенныхъ качествъ, что поверхность таза представляетъ иногда грязноватый оттѣнокъ (но не зеленовато-желтый цвѣтъ), что объясняется вѣроятно дѣйствіемъ мочи на поверхностный слой инфильтрованной стѣнки таза крови; особенной же ломкости ткани я не замѣтилъ, хотя поверхность и представляетъ твердую, почти кожистую консистенцію. Но это не существенно.

Обратимся къ положеніямъ Unruh, относящимся: во 1-хъ, къ глубинѣ инфильтраціи и во 2-хъ, къ зернистости поверхности.

I. Относительно глубины, Unruh, повидимому, различаетъ поверхностную и глубокую инфильтрацію. Первая наблюдается чаще и ограничивается слизистой оболочкою, встрѣчая съ одной стороны препятствіе въ эпителиальномъ слое, съ другой—въ продольномъ и поперечномъ мышечномъ слояхъ. Вторая — проникаетъ въ мышечный слой, но не далѣе, такъ какъ «встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе въ внѣшнемъ, фиброзномъ слое. Въ силу этого, жирная ткань, окружающая мочеточникъ и стѣнки почечнаго таза, въ рѣдкихъ случаяхъ представляетъ слѣды инсульта, которому подверглась окружаемая ею ткань. Только кой-гдѣ попадаются въ перекладинахъ жирной ткани кровяные шарикъ, но никогда не наблюдаются обильныя массы крови. Такимъ образомъ, собственно границею кровензліянія служитъ и въ самыхъ сильныхъ случаяхъ фиброзная оболочка».

На представленныхъ въ запискахъ 4-хъ почкахъ, мы видимъ насколько мало правъ Unruh, говоря о непроницаемости фибрознаго слоя. Уже одного макроскопическаго вида достаточно, чтобы убѣдиться, что кровь довольно равномерно проникла всю толщину стѣнки таза и лоханокъ и наблюдается въ жирной клетчаткѣ, хотя и въ видѣ отдѣльныхъ островковъ и полосокъ: явля-

ніа очень естественнаго, такъ какъ инфильтрованная кровью перекладины, находящіяся между жировыми дольками, могутъ попадать подъ разрѣзъ въ различныхъ направленіяхъ.

Что сказанное вѣрно, убѣждаетъ насъ и микрокопическое изслѣдованіе. На тонкихъ поперечныхъ разрѣзахъ замороженныхъ эфиромъ препаратовъ, сохранявшихся въ муллеровской жидкости, мы видимъ, что въ подтекахъ крови, найденныхъ въ 1-мъ случаѣ въ верхнемъ и нижнемъ углѣ лѣваго почечнаго таза, только въ периферіи фокусовъ инфильтрація ограничивается слизистой оболочкою, въ центрѣ же замѣчается не только между мышечными пучками и въ фиброзномъ слое, но проникаетъ и въ жирную ткань. Также рѣзко картина инфильтраціи фибрознаго слоя выражена въ правой почкѣ въ 1-мъ случаѣ и въ обѣихъ почкахъ во 2-мъ.

Чѣмъ-же мотивируетъ Unruh свое положеніе? «Строеніе фибрознаго слоя» говоритъ U. (р. 299), обуславливаетъ то, что она «представляетъ непреодолимое препятствіе даже кровензліянію пропущенному и разорванному (?) мышечный слой». Противно существующимъ относительно сказаннаго слоя указаніямъ въ литературѣ, по которымъ фиброзная оболочка есть ничто иное, какъ *рыхлая адвентиціальная ткань*, Unruh различаетъ въ ней слой *волоконъ плотно прилегающихъ другъ къ другу*.

Постараемся возстановить истину и въ этомъ отношеніи. На поперечныхъ разрѣзахъ стѣнки таза и лоханокъ не трудно убѣдиться что особенной оболочки, представляющей слой плотно прилегающихъ другъ къ другу волоконъ не существуетъ. Наружный—фибровый слой состоитъ изъ рыхлой клетчатки, т. е. волокнистыхъ пучковъ около 3—5 μ толщины, отдѣляющихся другъ отъ друга при самомъ легкомъ насиліи, произведенномъ иглою. Служа связью между мышечнымъ поперечнымъ слоемъ и жирною тканью, она содержитъ вмѣстѣ съ тѣмъ довольно крупныя артеріальныя и венозныя стволы, дающіе вѣтви къ мышечному слою и слизистой оболочкѣ, и незамѣтно переходитъ въ болѣе и менѣе богатую жиромъ клетчатку, выполняющую *hulus renalis* и окружающую сосуды, направляющіеся къ паренхимѣ почки. Такимъ образомъ сказанная оболочка соответствуетъ вполне рыхлой адвентиціальній ткани и, съ анатомической

стороны, не может служить препятствием для распространения инфильтрации; наоборот, способствует этому распространению вѣдъ предѣловъ почки, что мы видѣли и на дѣлѣ.

II. Второе положеніе *Unruh* относится къ объясненію зернистости, представляемой внутренней поверхностью таза и лоханокъ. «Въ тѣхъ случаяхъ», говоритъ *Unruh* (р. 294), въ которыхъ имѣло мѣсто сильное кровензліаніе, причѣмъ обнаруживается упомянутая выше зернистость, мы при микроскопическомъ излѣдованіи находимъ, что эпителий на ограниченныхъ пространствахъ приподнимается въ видѣ горбиковъ, выдающихся въ полость таза. «Самые горбики состоятъ только изъ кровяныхъ шариковъ».....

И это положеніе не вѣрно.

Слизистая оболочка таза и лоханокъ состоитъ изъ густо расположенныхъ, тонкихъ (менѣе 1 μ) волоконъ соединительной ткани, съ разсѣянными между ними въ довольно большомъ количествѣ веретенообразными клѣтками. На самой поверхности этого слоя находится густая сѣтъ капилляровъ, которые соединяются въ вены, направляющіяся, также какъ и приводящія кровь артеріи, вертикально къ поверхности слизистой оболочки къ сосудамъ, помѣщающимся въ фиброзномъ слое. Разсматривая поверхностную сѣтъ, можно-бы было думать, что капилляры съ одной стороны совершенно свободны, т. е. непосредственно касаются нижняго слоя эпителиальныхъ клѣтокъ. Но при большемъ увеличеніи ясно замѣчается надъ границею капилляра тонкая черта, которая, отдѣляясь мѣстами, представляетъ характеръ эндотелиальной оболочки, тѣмъ болѣе ясный, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаемая въ профиль пластинка заворачивается и представляетъ «en face» свою усѣянную ядрами поверхность*).

Картина, которая представляется намъ при излѣдованіи поперечныхъ разрѣзовъ инфильтрованной кровью слизистой оболочки, ясно указываетъ, что кровензліаніе, соотвѣтственно горбикамъ,

*) Рисунки, относящіяся сюда, будутъ представлены въ слѣдующемъ выпускѣ „Трудовъ“ вмѣстѣ съ рисунками, относящимися къ слѣдующимъ сообщеніямъ.

происходятъ нибакъ не въ промежуткѣ между эпителиальнымъ или эндотелиальнымъ слоемъ и слизистой оболочкою, а кровь *инфильтруетъ самую ткань слизистой оболочки*, раздвигая ея тонкія волокна. Въ самомъ дѣлѣ, на выбитыхъ кисточкою препаратахъ мы рѣзко видимъ сѣтку такихъ волоконъ соединительной ткани съ болѣе или менѣе крупными промежутками, въ которыхъ помѣщаются кровяные шарики; и это—вездѣ, т. е. какъ въ горбикахъ, такъ и между ними. Замѣчу здѣсь также, что при искусственныхъ инъекціяхъ почекъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда получались экстравазаты инъекцій въ тазу и лоханкахъ, я никогда не замѣчалъ, чтобы инъекціонная масса проникала гдѣ-либо на поверхность соединительной ткани слизистой оболочки, не смотря на то, что источникомъ этихъ экстравазатовъ былъ поверхностный слой капилляровъ. Наоборотъ, во всѣхъ случаяхъ наблюдалась инфильтрація самой соединительной ткани, выражавшаяся равномерною окраскою соотвѣтствовавшихъ экстравазату острововъ ткани.

На послѣднее замѣчаніе мнѣ могъ бы однако возражать *Unruh* тѣмъ, что экстравазаты были слабы, а онъ замѣчалъ зернистость поверхности только при сильныхъ кровензліаніяхъ. Но мнѣ неизвѣстно, что понимаетъ *Unruh* подъ именемъ сильныхъ и слабыхъ или умеренныхъ, какъ онъ называетъ (р. 289), кровензліаній: опредѣляетъ ли онъ этими словами степень, или объемъ — распространеніе инфильтраціи. Если опредѣленіе *Unruh* относится къ степени, то въ лѣвой почкѣ 1-го случая, гдѣ инфильтрованы отдѣльные острова стѣнки таза, мы все таки будемъ имѣть сильное кровензліаніе, такъ какъ это послѣднее на столько обильно, что подняло слизистую оболочку въ видѣ бугра и, проникнувъ мышечный слой, замѣчается и въ жирной клѣтчаткѣ; а тѣмъ не менѣе зернистости поверхности въ данномъ случаѣ мы не замѣчаемъ. Если же опредѣленіе *Unruh*, какъ и слѣдовало бы понимать, суди по качеству геморрагій, относится къ объему кровензліанія, то казалось бы страннымъ, съ точки зрѣнія *Unruh*, допускать связь между образованіемъ горбиковъ и распространеніемъ инфильтраціи, которое зависитъ собственно не отъ количества излившейся на ограниченномъ пространствѣ крови, а отъ кровензліаній въ нѣсколь-

нихъ точкахъ, сливающихся между собою. Какъ бы то ни было, но на дѣлѣ мы видимъ что, зернистость поверхности находится въ связи съ распространениемъ инфильтраціи, и я отмѣчаю этотъ фактъ, чтобы воспользоваться имъ позднѣе при объясненіи, которое представлю съ своей стороны относительно происхожденія горбиковъ.

Что касается до эпителин, т. е. его отношенія къ горбикамъ, то во всѣхъ препаратахъ, которые я пересмотрѣлъ, я находилъ вполне сохранившійся его слой—развѣ только въ промежуткахъ между горбиками. На самихъ же горбикахъ эпителий или совершенно отсутствовалъ или удержался только, въ видѣ болѣе или менѣе рѣдкаго частобола, крайне разнообразный по формѣ клѣтокъ *) нижній его слой.

Чтобы дополнить картину, которую представляетъ инфильтрованная кровью стѣнка таза или лоханки, я долженъ еще указать, что, на поперечныхъ разрѣзахъ, уже простымъ глазомъ мы замѣчаемъ блѣдныя пятнышки, менѣе 1 миллим. въ діаметрѣ, мѣстами расположенныя около поверхности, мѣстами глубже. На микроскопическихъ препаратахъ мы замѣчаемъ, что пятна эти соответствуютъ блестящимъ какъ амилоидъ комочкамъ, состоящимъ изъ довольно грубыхъ и короткихъ перекладинъ. Не трудно при этомъ убѣдиться, что комки эти суть свертки фибрина, что они помѣщаются въ слизистой оболочкѣ и особеннаго отношенія къ горбикамъ не имѣютъ.

Доказавши несостоятельность мнѣнія *Unruh* относительно причины зернистости поверхности таза и лоханокъ при инфильтраціи ихъ кровью, мнѣ остается противопоставить этому мнѣнію свое.

Прежде нежели выскажу послѣднее, приведу тѣ данныя, которыя руководили мною въ этомъ отношеніи, и которыя ясно бросаются въ глаза каждому при нѣсколько болѣе тщательномъ изслѣдованіи внѣшняго вида демонстрируемыхъ мною объектовъ. Въ самомъ дѣлѣ, изслѣдуя эти послѣдніе не трудно убѣдиться:

Во 1-хъ, что полость таза и лоханокъ значительно и притомъ

*) См. рисунокъ слѣдующаго выпуска.

равномѣрно уменьшена въ объемѣ: въ первой едва помѣщается гусиное перо, между тѣмъ какъ нормальный размѣръ таза по *Henle* = среднимъ числомъ 15 миллиметрамъ;

во 2-хъ, что поверхность представляетъ большое количество продольныхъ мелкихъ складокъ, которыя сходятся лучеобразно къ отверстию мочеточника, причемъ вершина складокъ усѣяна поперечными углубленіями, возвышенія между которыми соответствуютъ такимъ же горбикамъ (*Unruh*), какіе замѣчаются въ тѣхъ точкахъ таза и лоханокъ, гдѣ складокъ нѣтъ;

въ 3-хъ, что ткань инфильтрованной кровью слизистой оболочки суха и консистенція ея, также какъ и складокъ и горбиковъ, твердая, и наконецъ

въ 4-хъ—фактъ, на который я уже указалъ, что зернистость наблюдается только при обширной, неограниченной отдѣльными островами инфильтраціи.

Отсюда, мнѣ кажется, ясно вытекаетъ опредѣленный отвѣтъ на причину интересующаго насъ явленія. Дѣйствительно, «объемъ полости таза уменьшенъ»... слѣдовательно уменьшена и самая площадь слизистой оболочки, а такъ какъ подобное уменьшеніе невозможно безъ измененія вида поверхности, то эта послѣдняя и образовала болѣе или менѣе крупныя морщины—складки и горбики.

Въ общихъ чертахъ предложенное объясненіе вѣрно, но въ частности оно требуетъ нѣкоторыхъ дополненій. Кровь, инфильтрующая ткань слизистой оболочки, обнаруживаетъ какъ жидкость одинаковое давленіе на всѣ точки поверхности слизистой оболочки. Въ виду этого и однообразнаго строенія слизистой оболочки, едва ли можно допустить образованіе мелкихъ горбиковъ и складокъ въ періодѣ изліянія жидкой крови. Болѣе вѣроятнымъ кажется отнести образованіе зернистости ко времени свертыванія крови, инфильтровавшей ткань, т. е. къ тому времени, когда кровь отдѣливъ жидкія части, продавливаемая въ полость таза и уносимая мочею, принимаетъ ту твердую консистенцію, которую представляетъ намъ поверхность таза и лоханокъ,

Образованіе горбиковъ путемъ сморщиванія, зависящаго отъ уменьшенія площади, удовлетворительно объясняетъ намъ, почему

при кровензлиянхъ, хотя и обильныхъ, но ограничивающихся отдельными точками слизистой оболочки, зернистости не замѣчается. Возьмемъ хотя-бы демонстрируемую мною лѣвую почку 1-го случая: площадь выдающейся въ видѣ бугра поверхности слизистой оболочки на мѣстѣ кровензлияннн не уменьшена, даже скорѣе увеличена т. е. поверхность растянута, и соответственно этому — гладка, лоснится.

Мнѣ оставалось бы, покончивъ съ измѣненіями почекъ, рассмотреть и измѣненія въ остальныхъ органахъ. Но процессу на кожѣ я намѣренъ посвятить отдельное сообщеніе, а измѣненія въ слизистыхъ оболочкахъ желудочно-кишечнаго канала достаточно ясны изъ макроскопическаго описанія. Подъ микроскопомъ они соответствуютъ поверхностнымъ точечнымъ кровензлияннмъ въ ткань слизистой оболочки, не находящимся въ связи, на сколько я могъ убѣдиться, съ фолликулярнымъ аппаратомъ. Болѣе интереса представляетъ препаратъ зева. Чешуйчатый налетъ на его поверхности соответствуетъ мелкимъ сверткамъ фибрина, но какимъ образомъ этотъ послѣдній вмѣстѣ съ кровью проникаетъ на поверхность черезъ толстый эпителиальный слой я сказать въ настоящее время не могу, такъ какъ еще недостаточно изслѣдовалъ находящіяся у меня препараты.

Нѣсколько словъ о камнераздробителѣ

Доктора Reliquet.

Е. И. Вдовиковскаго.

Къ числу замѣчательнѣйшихъ, можно сказать, блестящихъ открытій по хирургіи настоящаго столѣтія принадлежитъ безспорно открытіе камнераздробленія. — Тѣ ученые и неученые, которымъ приходила въ далекомъ прошедшемъ мысль внутрипузырнаго раздробленія камня, и неподозрѣвали, что ихъ идея суждено когда либо осуществиться такимъ блестящимъ образомъ. Истинные изобрѣтатели первыхъ камнераздробляющихъ инструментовъ, баварецъ Gruithuisen (1813 г.) и французъ изъ Оверни Fournier de Lempdes (1812), и не думали, что ихъ неловкіе и неуклюжіе инструменты современемъ будутъ такъ упрощены и улучшены до такой степени совершенства.

Изъ исторіи Литотритіи теперь извѣстно, какая первестствующая роль, въ развитіи этой отрасли хирургіи, принадлежитъ французамъ. Мысль прямаго камнераздробителя, безспорно принадлежащая сказанному Fournier, скромному и неизвѣстному провинціальному хирургу изъ Clermond-Ferrand'a, поднятая и присвоенная Сивіалемъ самымъ безперемоннымъ образомъ, вскорѣ увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, и Сивіало, какъ та-же исторія показала, принадлежитъ только слава перваго примѣненія на живомъ придуманнаго Fournier инструмента. Сивіаль, будучи ученикомъ въ госпиталѣ Clermond-Ferrand'a и посѣщая секціонную залу, видѣлъ опыты Fournier на трупахъ съ придуманнымъ имъ инструментомъ и, за переходомъ своимъ въ Парижскую медицинскую школу, открытіе Fournier выдалъ за свое. Изъ исторіи, разоблачившей все дрязги

и интриги того времени *), теперь ясно какая роль, въ дѣлѣ открытія литотритическихъ инструментовъ, принадлежитъ Сивіалю— роль, какъ говорятъ французы, споліатора; вся его заслуга, какъ сказано выше, заключается въ примѣненіи построеннаго по мысли и модели Fournier его триляба на живомъ. Но этотъ знаменитый трилябъ, на которомъ такъ долго играть Сивіаль и такъ упорно отстаивать его вымышленныя заслуги, оказался далеко непрактичнымъ и малоудобопримѣняемымъ. Онъ только олицетворялъ первобытную, рудиментарную идею, въ нѣсколько болѣе удобопримѣняемомъ видѣ, древнихъ камнераздробителей—не болѣе, и долженъ былъ уступить мѣсто известному инструменту барона Heurteloup, его *percuteur courbe à marteau*, инструменту не прямому, какимъ до сихъ поръ дѣлались всѣ камнераздробители, а кривому.—Это было въ 1833 г., когда Парижская академія наукъ вознаградила Heurteloup второю большою премією за этотъ инструментъ и вообще за улучшение способовъ камнераздробленія, и съ тѣхъ поръ инструментъ этотъ подвергся самымъ разнообразнымъ измѣненіямъ и улучшениямъ. Вы его видите передъ собою въ той формѣ и въ томъ видѣ, какимъ его Heurteloup, за прибытіемъ своимъ изъ Лондона, представилъ академіи. Вы видите, изъ сравненія его съ другими послѣдующими измѣненіями, — какъ идея его была проста и отчетлива, и что на ней всецѣло основаны всѣ дальнѣйшія модификаціи камнераздробителей. Инструментъ самъ, изъ его сравненія съ камнераздробителями Томсона, Mercier, Reliquet и проч., кажется грубымъ, неуклюжимъ, но основная идея та-же: идея не прямого, а криваго снаряда, съ одного конца со щупалами, съ другаго—съ рукояткой, вмѣщающей и заключающей въ себѣ механизмъ или давленія, или постукиванія. Послѣ осуществленія идеи Heurteloup—криволинейности камнераздробителя, всѣ улучшения безъисключительно сосредоточивались только съ одной стороны на рукояткѣ, съ другою — на щупалахъ. Самъ Heurteloup отрицалъ пользу всѣхъ

*) См. Imbert-Gourbeuge: Histoire de l'École de Médecine de Clermont-Ferrand. Mon. des Hopit. 1859.

Fournier de Lempdes: Litotritie perfectionnée. 1829.

Mercier: Traitement des sédiments de la gravelle etc.

измѣненій его *percuteur'a* и осмѣивалъ ихъ, какъ нигде негодныя; явившееся уже вскорѣ измѣненіе въ рукояткѣ, известное подъ именемъ—*brise-pierre à pignon* названо имъ: *Instrument dangereux pour le malade et commode pour le chirurgien* *). Онъ до самаго конца своей хирургической дѣятельности твердо отстаивалъ преимущество постукиванія и поколачиванія при Литотритіи и своего перкутера—и среди споровъ и дебатовъ билъ своихъ противниковъ, не отступая даже передъ скандаломъ процесса **); но эти-то споры и постоянныя передраги, нерѣдко переходящія въ личную брань между французскими уропатами, и толкали ихъ по пути постоянныхъ улучшеній въ способахъ производства операціи, еще совершенно новой, и въ примѣненіи болѣе годныхъ и цѣлесообразныхъ измѣненій въ механизмѣ инструментовъ для камнераздробленія; вслѣдъ за рукояткой *à pignon*, была придумана ручка другихъ ея механизмовъ: *volant simple, à écrou brisé, à levier, à écrou brisé et à bascule* и проч. и проч.—Тоже самое и по отношенію щупалъ: придуманы были щупала зубчатая, ложковидная, плоская, окончатая, *porte-à-faux* и проч. — Нынѣ принята, какъ болѣе всего удобная, цилиндрическая рукоятка Томсона съ его *écrou brisé*, или механизмомъ модели Collin'a *à écrou brisé et à bascule*, тоже весьма удобная, а изъ ложекъ употребляются самыя различныя, смотря по цѣли операціи: для первоначальнаго раздробленія камня—зубчатая и окончатая ложки, для послѣдовательныхъ извлеченій камня—плоскія (*à mors plats*) и проч. Всѣ эти виды камнераздробителя, для болѣе близкаго осмотра и ознакомленія съ ними, я Вамъ представляю.

Всякое улучшение въ инструментѣ или даже его части, улучшение дѣйствительное и существенное, весьма важно, и я заговорилъ сегодня объ Литотритіи только съ тою цѣлью, чтобы указать Вамъ на одно изъ таковыхъ улучшеній. Щупала, во всѣхъ измѣненіяхъ инструмента, имѣютъ весьма важный недостатокъ. Недостатокъ этотъ заключается въ томъ, что при раздавливаніи камня онѣ забиваются

*) Heurteloup: de la Lithotripsie sans fragments. 1846.

***) Известенъ его громкій процессъ съ Leroy d'Étiolle'mъ въ 1856 г.

осколками его. Въ моментъ дробленія часть его падаетъ по бокамъ щупаль, другая же часть, соответствующая срединѣ ложекъ, толкается мужескою ихъ вѣтвью впередъ и всегда остается въ срединѣ щупаль. Для устраненія этого неудобства придуманы были самаго разнообразнаго устройства ложки — преимущественно ложки зубчатая и окончатая и проч.; даже въ плоскихъ щупалахъ, гдѣ этотъ недостатокъ кажется неустранимымъ, и тамъ найдено средство, если не совсемъ его устраняющее, то, по крайней мѣрѣ, дающее возможность уменьшать его вліяніе, напр., инструментъ Mercier съ талономъ на мужеской вѣтви и соответственной вырѣзкой въ женской ложкѣ; но улучшения эти только кажущіяся и, если инструментъ выигрываетъ въ этомъ смыслѣ, съ другой стороны онъ теряетъ въ крѣпости, что весьма важно въ снарядахъ, легко портищихся и ломающихся. Недостатокъ этотъ, какъ видите, весьма капитальный, присущъ и инструменту Томсона, лучшему и совершеннѣйшему въ своемъ родѣ, и въ концѣ концовъ ведетъ къ обстоятельству, котораго слѣдуетъ всячески избѣгать при Литотритіи — къ раздраженію мочевого канала и пузыря, такъ какъ приходится во время операціи то выводить инструментъ для очищенія ложекъ, то опять вводить его. Повторительное введеніе и выведеніе инструмента, впрочемъ, по видимому, мало стѣсняетъ оператора и Томсонъ въ этомъ отношеніи, кажется, не много придаетъ значенія этому обстоятельству — вводя инструментъ, какъ я это наблюдалъ при его операціяхъ, въ одинъ сеансъ разъ 5—6, а иногда и того болѣе. Во всякомъ случаѣ, не говоря уже о боли, причиняемой больному этими маневрами введенія, или выведенія инструмента, нельзя отрицать и усиленія раздраженія — могущаго отразиться и катарромъ мочевыхъ путей, и общими явленіями мочевой лихорадки, уремій и проч.

Въ виду сказаннаго, Reliquet придумалъ комбинацію щупаль, совершенно устраняющую возможность забивки ихъ и заколачиванія осколками. — Инструментъ этотъ, съ которымъ я работаю почти 2 года, онъ демонстрировалъ на конгрессѣ въ Bordeaux *), и теперь

*) Comptes-Rendus du Congrès de Bordeaux. Séance du 6 Septembre 1872.

я имѣю честь Вамъ его представить: въ немъ, какъ Вы видите, въ окончатой ложкѣ женской половины находится рядъ зубцовъ — пространство между которыми выполняется совершенно находящимися на мужеской половинѣ пластинками, такъ что при сомкнутіи ложекъ пластинки плотно заходятъ за зубцы; притомъ, захожденіе пластинокъ мужеской половины межъ зубцы женской и выступъ ихъ на задней поверхности женской ложки регулируется особымъ механизмомъ въ рукояткѣ, какъ Вы видите, что даетъ возможность выталкивать засѣвшіе между пластинками осколки; — при введеніи инструмента, для избѣжанія раздраженія мочевого канала — выступъ пластинокъ съ помощью этого винтика изглаживается — и, только захвативъ камень, винтикъ опускается, а выступъ, въ моментъ сжатія камня, выходитъ по за зубцы — чѣмъ, какъ сказано, выбиваются осколки. Боковыя стѣнки ложекъ, пластинки и зубцы весьма крѣпки и ломка инструмента немислима. Если къ этому устройству ложекъ прибавить рукоятку инструмента Томсона, значеніе и важность которой я указалъ въ моемъ отчетѣ по отдѣленію за 1872 годъ, — тогда весь приборъ не оставляетъ ничего желать.

Оканчивая эту замѣтку, я позволю себѣ повторить, что, работая около 2-хъ лѣтъ съ инструментомъ Reliquet — такимъ, какъ Вы его видите, я вполне остался имъ доволенъ и измененія въ ложкахъ этого снаряда считаю весьма существенными и превышающими далеко все, доселѣ когда либо сдѣланныя.

ПАРАЛИЧЪ ДВИЖЕНІЯ ПРАВОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ,

атрофія ея мышцъ съ замедленіемъ роста костей.

О. Мочутковскаго.

16 декабря 1873 года изъ отдѣленія дѣтскихъ болѣзней переведенъ былъ въ отдѣленіе для нервныхъ больныхъ мальчикъ 8 лѣтъ отъ роду Θεодосій Львовъ. Сравнительно съ своимъ возрастомъ онъ средняго роста, слабаго тѣлосложенія, плохо уштанъ. Длина тѣла 122 цен., вѣсъ 21,250 гр. Подкожного жира очень мало, слизистыя оболочки умеренно блѣднаго цвѣта, кожа (за исключеніемъ покрывающей всю верхнюю правую конечность) мягкая, эластичная. — Скелетъ развитъ хорошо. Кости ногъ не искривлены. Темп. 37,6. — Пульсъ 82.

При стоячемъ положеніи правая верхняя конечность представляется короче лѣвой. Длина всей правой конечности равна 55 цен., лѣвой — 62 цен. Правое плечевое сочлененіе нѣсколько приподнято *). Вся конечность вялая, дряблая, значительно тоньше лѣвой; ни рефлекторныхъ, ни волевыхъ движеній въ ней нѣтъ. Будучи приподнята вверхъ, она падаетъ въ силу своей собственной тяжести и качается какъ маятникъ до восстановленія равновѣсія. На мѣстѣ соответствующемъ сочлененію ключицы съ грудною костью замѣчается маленькая вертикальная выемка, которой нѣтъ съ лѣвой стороны. Подъ акроміальное сочлененіе легко можно войти пальцемъ и осязать шаровидную поверхность головки плеча. Пассивныя движенія руки въ этомъ сочлененіи свободны во всѣхъ направленіяхъ. Тоже можно сказать относительно локтеваго сочлененія и сочлененія кисти съ предплечьемъ.

*) Смотрите фиг. 2-я.

чѣмъ; въ последнемъ однако, равно какъ и въ сочлененіяхъ *metacarpophalang.* движенія возможны почти до соприкосновенія тыльной поверхности пальцевъ съ тыльной поверхностью предплечья. Пассивныя разгибанія пальцевъ въ сочлененіяхъ фаланговъ значительно обширнѣе, чѣмъ въ здоровой лѣвой кисти. Кожа правой верхней конечности виситъ какъ бы мѣшкомъ; она сухая, дряблая, сложенная въ складку удерживается въ этомъ положеніи нѣкоторое время; вся поверхность ея темно-краснаго цвѣта, никогда не бываетъ въ испаринѣ, никогда не представляетъ вида, т. наз. гусиной кожи. Ладонь и ладонная поверхность пальцевъ ярко-краснаго цвѣта, тоже никогда не потѣютъ. Температура въ сложенной въ кулакъ правой кисти на 1,8° ц. ниже чѣмъ въ лѣвой. — Ногти пальцевъ правой руки сухіе, хрупкіе, растутъ до того медленно, что едва одинъ разъ въ годъ приходится ихъ обрѣзывать. — На поверхности кожи правой руки по мѣстамъ замѣчается фурурація эпидермидальнаго слоя и нигдѣ не видно волосъ, между тѣмъ какъ на лѣвомъ плечѣ замѣтенъ весьма легкій пушокъ.

Мышцы описываемой конечности въ высшей степени атрофированы; особенно нѣкоторыя изъ группъ управляющихъ движеніями надплечья и плеча: *Deltoides, Pectoralis major, Serratus ant. major, Teres major, Biceps, Triceps.* Вся группа флексоровъ представляетъ рядъ плотныхъ сухожильныхъ сурковъ, лежащихъ на передней поверхности предплечья. — Пальцы въ сочлененіяхъ *metacarpophalang.* представляются нѣсколько загнутыми къ тыльной поверхности кисти, изображая собою рядъ вялыхъ крючковъ (см. фиг. 1-я). Мышцы лежащія въ промежуткахъ *oss. metacarp.* исчезли на столько, что эти промежутки являются въ видѣ глубокихъ желобовъ. Группы составляющія *Thenar et Antithenar* тоже исчезли и на ихъ мѣстѣ образовались плоскія углубленія. — Чтобы нагляднѣе показать степень атрофіи мышцъ, я приведу здѣсь нѣкоторыя параллельныя измѣренія, а именно:

Окружность плеча (въ средней трети): правого — 12 цен., лѣваго — 16 1/2.

предплечья (въ средней $\frac{1}{3}$): праваго — 12, лѣваго— $15\frac{1}{2}$.

кисти (черезъ уголъ большаго пальца): правой—13, лѣвой $16\frac{1}{2}$.

1-го фаланга указательнаго пальца (по серединѣ длины): праваго— $4\frac{1}{4}$, лѣваго— $5\frac{1}{4}$.

Мышцы шеи, спины, живота и остальные, изъ покрывающихъ грудную коробку совершенно здоровы.

Измѣненія въ величинѣ костной системы правой верхней конечности въ высшей степени интересны. Для сравненія я привожу рядомъ цифры симметрическихъ измѣреній правой и лѣвой стороны:

Длина *ключицы*: прав. $10\frac{1}{2}$ цен. *), лѣв. 12 цен.

лопатки (margo posterior): прав. $11\frac{1}{2}$, лѣв. 14.

Акроміальный конецъ лопатки отстоитъ отъ остистаго отростка 2-го груднаго позвонка, съ правой стороны на 9 цен., съ лѣвой—12.

Длина *плеча*: прав. 24, лѣв. 27.

предплечья: прав. $18\frac{1}{2}$, лѣв. 20.

кисти (до конца безымяннаго пальца): пр. $12\frac{1}{4}$, лѣв. 15.

Длина кисти до *articul. metacarpo — phalang.*: прав. 5 лѣв. 6.

1-го фаланга: прав. $3\frac{1}{2}$, лѣв. $4\frac{1}{4}$.

2-го фаланга: прав. $2\frac{1}{4}$, лѣв. 3.

3-го фаланга: прав. $1\frac{1}{4}$, лѣв. $1\frac{1}{4}$.

Я не ошибусь если скажу, что вообще, за крайнюю трудностью измѣреній, толщина костей правой стороны по крайней мѣрѣ на $\frac{1}{3}$ меньше, чѣмъ толщина лѣвой. — Что касается прочности костей правой руки, то нельзя не замѣтить, что больной, довольно рѣзвый малый, падая на больную сторону и ушибаясь неоднократно ни разу не подвергался переломамъ.

Чувствительность кожи правой верхней конечности совер-

*) Цифры имѣютъ значеніе болѣе относительныхъ, чѣмъ абсолютныхъ измѣреній.

шенно нормальна. Мышцы не отвѣчаютъ сокращеніями на самыя сильныя прерывистые и постоянные токи (50 элем. Ремаковского аппарата).

Въ другихъ отношеніяхъ больной нашъ совершенно здоровъ: органы грудной полости и брюшной не представляютъ ничего ненормальнаго. Окружность кѣтки (черезъ *proc. xiphoides*) равняется $60\frac{1}{2}$ цен., изъ нихъ на долю правой половины приходится $31\frac{1}{2}$, лѣвой — 29. При самомъ глубокомъ вдыханіи грудная кѣтка расширяется до 64 цен. Обѣ половины грудной кѣтки работаютъ равномерно. Позвоночный столбъ умѣренно искривленъ выпуклостью влѣво (fig 2-я.) Аппетитъ больной имѣетъ прекрасный. Испражняется ежедневно одинъ разъ. Мочится раза 3 — 4 въ день; моча свѣтлая, прозрачная, уд. вѣса 1021, реакціи слабо-кислой. Со стороны половой системы ничего особеннаго не замѣчается. Органы чувствъ совершенно нормальны. Больной—мальчикъ понятливый, умѣетъ уже читать и вообще развитіе его идетъ довольно хорошо. Самъ онъ говоритъ, что чувствуетъ себя совершенно здоровымъ и никогда болѣе въ правой рукѣ не испытывалъ.

Отъ родителей больнаго я узналъ, что онъ родился благополучно, совершенно доношеннымъ; прорѣзываніе зубовъ не сопровождалось никакими нервными болѣзнями; затѣмъ не страдалъ ни одною изъ извѣстныхъ дѣтскихъ болѣзней. — На четвертомъ году жизни больной упалъ съ печки и ушибъ себя затылокъ; спустя нѣсколько дней, въ теченіи которыхъ онъ хотя и не былъ особенно боленъ, но капризничалъ болѣе обыкновеннаго, замѣченъ былъ параличъ правой руки, который быстро подвигался впередъ. Худоба руки развилась года три тому назадъ. До настоящаго времени его не лечили. — Теченіе болѣзни въ больницѣ сопровождалось слѣдующими, болѣе важными перемѣнами:

Въ концѣ января 1874 года, появились весьма ограниченныя движенія плеча. Питаніе стало улучшаться. 1 февраля замѣчена незначительная подвижность въ указательномъ, среднемъ и безымянномъ пальцахъ руки.

19, *Biceps* сталъ отвѣчать сокращеніями на сильныя прерывистыя токи.

28 февраля больной получилъ первый приступъ возвратной горячки, эпидемія которой въ это время достигла своего *аспе*. Приступъ прошелъ своимъ нормальнымъ порядкомъ. Замѣчательно, что жестокія мышечныя боли, бывающія обыкновенно при возвратномъ тифѣ, совершенно отсутствовали въ мышцахъ праваго плеча, тогда-какъ въ лѣвомъ были очень сильны. Въ періодъ потѣнія, на всей правой верхней конечности испарины не было, въ то время какъ остальная часть тѣла, такъ сказать, купалась въ поту.

11 марта новый приступъ возвратной горячки. Разница въ мышечныхъ боляхъ была уже менѣе рѣзкая, такъ-какъ вообще боли съ каждымъ послѣдующимъ приступомъ ослабѣваютъ. И на этотъ разъ правая рука не потѣла.

18 марта больной выписался съ цѣлью уѣхать въ деревню ради хорошаго воздуха и лучшаго питанія, но 9 апрѣля его опять привезли въ больницу съ 3-мъ приступомъ горячки.

Больной въ высшей степени исхудалъ, былъ вялъ, дряблъ, ноги дрожали, аппетита не было. Только весьма медленно онъ снова сталъ поправляться и въ первыхъ числахъ іюня отправился на Хаджибеевскій лиманъ для леченія мѣстными холодными лиманными душами. Тамъ общее состояніе больного поправилось, но мѣстныя измѣненія не подвинулись къ лучшему. Въ концѣ іюля онъ оставилъ лиманное леченіе, ушелъ къ родителямъ и съ тѣхъ поръ не лечился вовсе. Нѣсколько дней тому назадъ я снова имѣлъ случай видѣть больного. Питаніе его значительно лучше: вѣсъ 23,600 грам., ростъ прибавился на 4 цен. (126), лѣвая верхняя конечность удлинилась на 2 цен., правая на 1½; мышцы праваго плеча стали нѣсколько полнѣе; движенія въ плечевомъ сочлененіи болѣе обширны, въ пальцахъ тѣ же что и прежде. Мышечная реакція на токи стала не много чувствительнѣе. — Родители по многимъ причинамъ не могутъ продолжать начатаго леченія.

Во все время пребыванія въ больницу Львовъ получалъ внутрь желѣзо и рыбій жиръ, при мясной, по преимуществу, пищѣ и пользовался прерывистымъ токомъ на мышцы, восходящимъ постоянно на нервы и отъ подмышечной впадины до затылка. Это леченіе продолжалось до заболѣванія возвратною горячкою.

Мнѣ остается теперь указать на причину вызвавшую описанное пораженіе и анатомическій его характеръ. Нельзя не видѣть прямое соотношеніе между заболѣваніемъ и паденіемъ мальчика съ печки. Ушибъ затылка, нерасположеніе въ теченіи послѣдующихъ нѣсколькихъ дней и непосредственно затѣмъ послѣдовавшій параличь руки говорятъ въ пользу паденія, какъ причиннаго момента.

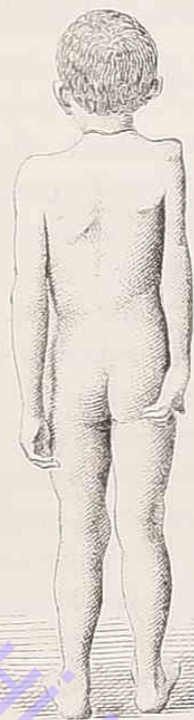
Анатомическое распределеніе парализованныхъ мышцъ указываетъ на заболѣваніе четырехъ нижнихъ правыхъ шейныхъ нервныхъ стволовъ и притомъ не выше выхода переднихъ корешковъ и вѣроятнѣе всего на мѣстѣ прободенія ими твердой оболочки. Какого рода патологическое измѣненіе слѣдуетъ допустить въ этомъ мѣстѣ — кровоизліяніе или воспалительный экссудатъ — сказать трудно. Продолжительность болѣзни и постепенное сначала ухудшеніе, затѣмъ продолжительный періодъ безперемѣннаго состоянія органа даетъ возможность болѣе склониться въ сторону послѣдняго предположенія.

Что касается мѣстныхъ измѣненій въ больной конечности, то процессъ атрофіи мышцъ съ расслабленіемъ связокъ сочлененій, уже вслѣдствіе одной только бездѣятельности члена съ перваго же разу представляется яснымъ. Что происходитъ съ костною тканью, подвергается ли она въ параллель съ мышечною системою тоже исчезанію въ видѣ концентрической атрофіи (*Friedreich*) или какъ въ случаѣ *Le-Gendre* *), или наконецъ здѣсь происходитъ временное замедленіе роста вслѣдствіе нутритивныхъ уклоненій при помощи только клиническихъ фактовъ рѣшить невозможно.

Индиферентное отношеніе всего организма къ мѣстному

*) *Gaz. méd. de Paris* 1860. № 23.

пораженію и отсутствіе другихъ данныхъ въ пользу общихъ причинъ исключаютъ предположеніе вины въ развитіи и продолжительности теченія болѣзни на дискрязической почвѣ. (*Rhachitis*, *Scrophulosis*, *Syphilis*).



D. Fig 2.



D. Fig 1.

УМОПОМЪШАТЕЛЬСТВО У МАЛЬЧИКА 15 ЛЪТЪ.

А. Розенблюма.

С. Н., 15 лѣтъ, вступилъ въ палату умалишенныхъ О. Г. В. 15 января 1874 г. — *Anamnesis*: наследственное предрасположеніе у нашего больного трюковымъ образомъ выражено какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери. Дѣдъ со стороны матери былъ одержимъ хроническимъ умопомъшательствомъ, братъ отца умеръ отъ *Delirium tremens*, сынъ этого послѣдняго — двоюродный братъ больного — слабоумный. Самые родители больного болѣзненныхъ явленій не представляютъ — всѣ ихъ дѣти психически здоровы.

Больной до трехлѣтняго возраста былъ подверженъ судорожнымъ припадкамъ: на первомъ году жизни — въ формѣ эклампсін, въ послѣдующіе два года — въ эпилептоидной формѣ. До 3-хъ лѣтъняго возраста онъ физически и психически плохо развивался: только въ три года онъ началъ ходить; говорить онъ научился еще позже; рѣчь его была съ заиканьемъ, которое въ нѣкоторой степени замѣчается и въ настоящее время. Физическое развитіе послѣ трехлѣтняго возраста шло довольно хорошо и Н. всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Въ психическомъ отношеніи больной развивался медленно и неправильно. Неправильность отправления нервной системы выразилась главнымъ образомъ въ афективной сферѣ: крайне раздражительный и впечатлительный мальчикъ отличался дурными нравственными качествами; лживый, хитрый; некротимаго нрава, онъ не уживался ни съ домашними, ни съ товарищами. Ученіе его шло плохо: онъ хотя занимался прилежно, но съ трудомъ заучивалъ уроки, а передать ихъ учителю совершенно не могъ. Вслѣдствіе дурнаго нрава, плохаго ученія, онъ переходилъ

отъ учителя къ учителю — изъ училища въ училище. Это время года принадлежит къ самой трудной эпохѣ жизни нашего больного; не подозревая болѣзни, родители и учителя строгими наказаниями старались исправить нравъ ребенка. Убѣдившись наконецъ въ бесполезности вышеозначенныхъ мѣръ, видя, что нравъ его не только не улучшается, но съ каждымъ годомъ ухудшается, что ученье никакъ ему не дается, родители 2 года тому назадъ рѣшились отдать его въ ученье къ часовому мастеру. Удаленіе изъ среды родителей и братьевъ, прекращеніе умственного напряженія, механической, но все таки разумный трудъ, вообще перемена всей обстановки жизни дѣйствовали самымъ благотворнымъ образомъ на психическое развитіе нашего больного. Мастерствомъ занимался охотно и успешно, съ хозяиномъ и подмастерьями уживался очень хорошо, почиталъ и слушалъ ихъ. Бывали однако и въ это время періоды ухудшенія: больной безъ всякаго повода бросалъ на нѣсколько дней занятіе, бродилъ безъ цѣли, былъ дерзокъ съ хозяиномъ; но эти приступы дѣлались рѣже и рѣже. Въ теченіи послѣдняго полутода родители замѣтили какое то быстрое умственное развитіе, которое особенно ихъ поразило при привычкѣ смотрѣть на него какъ на дурачка. Онъ обо всемъ началъ разсуждать, вмѣшивался во все, указывалъ отцу на нѣкоторыя ошибки въ его коммерческихъ предпріятіяхъ и т. п., его замѣчанія были часто довольно вѣрны и мѣткі. Но при всемъ кажущемся умственномъ развитіи, онъ въ своихъ дѣйствіяхъ, въ требованіяхъ, въ желаніяхъ и прихотяхъ, въ своихъ отношеніяхъ къ окружающимъ остался прежнимъ капризнымъ, своенравнымъ мальчикомъ, ниже своего возраста. Рѣзкая перемена въ психическомъ его строѣ произошла мѣсяца два тому назадъ. Онъ каждый день, возвратясь домой, говорилъ, что не хочетъ больше заниматься своимъ ремесломъ потому, что его никто не понимаетъ, что, будучи уже взрослымъ человекомъ, онъ больше знаетъ, чѣмъ его мастеръ и чувствуетъ себя способнымъ въ большей дѣятельности; онъ началъ курить и во всехъ своихъ манерахъ разыгрывалъ роль взрослого человека. Работа его въ это время шла чрезвычайно неправильно: онъ

то работалъ нѣсколько дней прилежно и аккуратно, то бросалъ совершенно занятіе или началъ слишкомъ энергически распорядиться мастерской своего хозяина. Такъ напр., ему вздумалось разъ снять все стѣнные часы, разобрать ихъ съ цѣлю подвергнуть всехъ генеральной починкѣ, въ которой они вовсе не нуждались. — На замѣчаніе хозяина о неразумности подобнаго поступка отвѣтили площадною бранью. — 8 дней тому назадъ онъ окончательно пересталъ заниматься, бродилъ безцѣльно цѣлые дни; дома былъ дерзокъ, требователенъ; малѣйшее противорѣчіе, неисполненіе его неразумныхъ требованій приводили его въ неистовство: онъ грозилъ убить мать, мотивируя это тѣмъ, что она слишкомъ добра къ нему; хотѣлъ сброситься съ корридора за то, что братъ сдѣлалъ ему какое то замѣчаніе. Въ это время онъ совершенно лишился сна; впрочемъ онъ всегда спалъ безпокойнымъ сномъ, прерываемымъ тяжелыми сновидѣніями. Въ это же время у больного часто показывались галлюцинаціи и иллюзіи. Аппетитъ въ послѣдніе дни доходилъ до булиміи. — Въ теченіи послѣднихъ 2-хъ мѣсяцевъ больной ежедневно подвергался половому раздраженію со стороны служанки; акта совокупленія онъ совершить не могъ, отдѣленія сѣмени не было, — но возбужденіе половое вслѣдствіе этого неудовлетворительнаго раздраженія достигло высшей степени.

St. praesens. Ростъ больного гораздо ниже обыкновеннаго, голова въ отношеніи туловища большая, но совершенно правильно развитая; дѣтородные органы не достигли того развитія, которые мы встрѣчаемъ въ 15 лѣтнемъ возрастѣ: полное отсутствіе волосъ, малый penis, малыя яички. Въ легкихъ болѣзненныхъ явленій нѣтъ, ритмъ сердца правильный, удары учащенные и усиленные, пульсъ твердый 80 въ м. Лице то блѣдное, то красное; особенно замѣтно быстро проходящее расширение капилляровъ ушей, вены плечевыхъ сплетеній значительно расширены преимущественно справа. Въ органахъ чувствъ замѣчается гиперестезія — усиленная чувствительность къ свѣтовымъ и звуковымъ впечатлѣніямъ. Чувствительность кожи увеличена особенно въ болевыхъ ощущеніяхъ. Позвонки, преимущественно въ сторонѣ шейнаго и поясничнаго утолщенія спиннаго мозга, значительно болѣзненны при дав-

ленія.—Мышечная дѣятельность значительно усилена — движенія быстрыя, безцѣльныя и отчасти хореическія. Движенія отъ малѣйшаго внѣшняго импульса значительно усиливаются и дѣлаются чисто отраженными. Теченіе мыслей имѣетъ тотъ же характеръ: быстрая смѣна одной неоконченной мысли другою, неимѣющею никакой связи съ предыдущею. Впечатлительность развита въ высшей степени — переходъ впечатлѣній въ представленія и представленій въ дѣйствіе совершается съ необыкновенною быстротою. Подобные приступы возбужденія смѣняются вдругъ совершеннымъ покоемъ: мышечная дѣятельность теряетъ свою неправильность, теченіе мыслей дѣлается медленнѣе и правильнѣе.

Таково было состояніе больного въ день поступленія его въ больницу. Во время пребыванія его въ палатѣ больной мало спалъ, замѣчались значительныя галлюцинаціи зрѣнія и слуха и иллюзи. Онъ былъ требователенъ, капризенъ, хлопотливъ; малѣйшее противорѣчіе, замѣчаніе или неисполненіе его дѣтскихъ желаній, мѣнявшихся ежеминутно, приводило его въ неистовство. Ничѣмъ немотивированныя жалобы, разныя выдумки, ложь, неуживчивость, вѣчная подвижность, многорѣчивость, обжорство—вотъ тѣ явленія, которыя замѣчались у нашего больного въ теченіи первыхъ дней пребыванія его въ палатѣ. Послѣднія двѣ ночи больной спалъ по нѣсколько часовъ спокойнымъ сномъ, гиперестезія кожи, чувствительность позвонковъ уменьшились; мышечныя движенія стали нормальны, галлюцинаціи прошли, теченіе мыслей правильно, бреду нѣтъ, раздражительность прошла и въ настоящее время едва только замѣтны слѣды предшествовавшей психической болѣзни.

Diagnosis. Умопомѣшательство съ характеромъ возбужденія въ дѣтскомъ возрастѣ выражается главнымъ образомъ въ двухъ формахъ: 1) въ формѣ нравственнаго инстинктивнаго умопомѣшательства; 2) въ формѣ судорожной—хореической или эпилептической. Представленный нами больной можетъ служить типическимъ образцомъ первой формы. Усиленные рефлексы психической и мышечной дѣятельности на самые незначительные импульсы, какъ со стороны ощущенія, такъ и со стороны представленія составляютъ главныя

черты болѣзненныхъ припадковъ у нашего больного. Наслѣдственное предрасположеніе, главная причина этой формы умопомѣшательства, роковымъ образомъ существуетъ у нашего больного: умалишенный дѣдъ со стороны матери, у котораго болѣзненные явленія въ дѣтствѣ выразились совершенно въ той же формѣ, какъ у нашего больного; слабоуміе, *Del. tremens* у двухъ членовъ семейства отца не могли не отразиться на отправление нервной системы у нашего больного. Уже съ первыхъ дней жизни эта аномалія выразилась судорогами и эпилептическими припадками, потомъ—замедленнымъ развитіемъ физическимъ и психическимъ; въ дальнѣйшемъ періодѣ жизни—значительное преобладаніе инстинктивной надъ высшей духовной и нравственной психической дѣятельностью. Толчкомъ къ рѣзкому проявленію болѣзненнаго состоянія нервныхъ центровъ въ данномъ случаѣ, по всему вѣроятію, послужило раздраженіе половыхъ органовъ, послѣдующее вслѣдствіе этого раздраженіе и гиперемія спинного мозга, гиперестезія и гиперкинезія.

Предсказаніе въ данномъ случаѣ въ виду наследственнаго предрасположенія нѣсколько сомнительно. Настоящее возбужденіе, какъ мы видимъ, проходитъ; но мы постоянно должны имѣть въ виду возможность возвратовъ и въ дальнѣйшемъ періодѣ жизни—вѣроятіе развитія болѣе серьезной формы умственного расстройства. На сколько при посредствѣ раціональной физической и психической гігіены удастся предупредить возвраты и усиленіе психической болѣзни, можетъ рѣшить будущее.

Леченіе. Руководствуясь вышеизложенными данными, мы при леченіи имѣли въ виду слѣдующія показанія: уменьшить гиперемію спинного мозга, ослабить рефлексы, удалить всѣ условія, которыя могли бы произвести возбужденіе органовъ чувствъ. Больному назначенъ былъ абсолютный покой, ледъ на позвоночный столбъ, теплыя ванны; внутрь бромистый калий и противъ бессонницы—хлораль.

Мы позволяемъ себѣ слѣдующіе выводы изъ сообщеннаго нами наблюденія:

- 1) Существованіе умопомѣшательства у дѣтей несомнѣнно.

2) Наслѣдственное предрасположеніе играетъ главную роль въ этиологии умопомѣшательства у дѣтей; половое раздраженіе губительно дѣйствуетъ въ этомъ возрастѣ у предрасположенныхъ субъектовъ.

3) Афективная нравственная форма, въ которой главнымъ образомъ выражается умопомѣшательство у дѣтей, остается обыкновенно неизвѣстной родителямъ и воспитателямъ. Считая болѣзненные явленія за дурной нравъ, они подвергаютъ этихъ несчастныхъ жертвъ вырожденія всѣмъ возможнымъ наказаніямъ; вмѣсто того, чтобы обратиться къ совѣту врача и разумнаго воспитателя—родители ищутъ все спасеніе въ розгахъ. Результатъ всего этого тотъ, что психически больной ребенокъ, достигнувъ болѣе зрѣлаго возраста, попадаетъ на скамью подсудимыхъ и часто невинно кончаетъ свою жизнь въ тюрьмѣ, въ ссылкѣ, въ каторгѣ или въ самомъ несчастливомъ случаѣ—въ домѣ умалишенныхъ. А между тѣмъ, разумная гигиена могла бы спасти многихъ изъ этихъ несчастныхъ жертвъ отъ печальнаго исхода и вмѣстѣ съ тѣмъ предупредить дальнѣйшее развитіе вырожденія, лишая этихъ субъектовъ права вступать въ бракъ и производить цѣлыя поколѣнія преступниковъ и умалишенныхъ.

4) Ясно по этому, какъ важно каждому врачу ознакомиться съ этою формою умопомѣшательства у дѣтей для того, чтобы своевременно указать родителямъ и воспитателямъ тѣ гигиеническія условія, въ которыя они должны ставить этихъ дѣтей. Изученіе этой формы тѣмъ болѣе имѣетъ большое значеніе въ виду того, что въ болѣе зрѣломъ возрастѣ она часто проявляется въ формѣ такъ называемой *folie raisonnée, moral insanity*. Люди, одержимые этою формою умопомѣшательства, часто играютъ довольно видную роль въ обществѣ, они отличные собесѣдники, часто блестятъ своимъ краснорѣчіемъ; но въ домашнемъ быту они тираны и составляютъ несчастіе своей семьи. Пылкія страстныя ихъ натуры стремятся только къ удовлетворенію чувственныхъ потребностей и, не будучи контролированы, задержаны высшими нравственными началами, они не пренебрегаютъ никакими средствами, никакими преступными способами къ достиженію своихъ цѣлей. Образецъ этой формы умопомѣшательства я буду имѣть честь предста-

вить вамъ въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій; ограничусь только здѣсь тѣмъ замѣчаніемъ, что подобныя субъекты служатъ чаще всего предметомъ судебно-психіатрической экспертизы и эксперту иной разъ чрезвычайно трудно убѣдить судей что обвиняемый не есть преступникъ, а психическій больной. Судьи смотрятъ на нихъ съ той же ложной точки, съ которой въ дѣтскомъ возрастѣ на нихъ смотрѣли родители и воспитатели и какъ эти послѣдніе подвергали больныхъ наказаніямъ, такъ и судьи подвергаютъ ихъ строгой карѣ закона.

Демонстрація этого случая была мною сдѣлана 17-го января 1874 года. Въ февралѣ всѣ болѣзненные явленія прошли и, считая дальнѣйшее пребываніе больного въ нашей палатѣ лишнимъ, я его отдалъ на попеченіе родителей. Наученные горькимъ опытомъ, они поручили его моему постоянному медицинскому надзору и больной въ теченіи почти уже цѣлаго года отлично занимается своимъ ремесломъ и во все это время велъ себя неукоризненно хорошо. Будемъ надѣяться, что разумная гигиена восторжествуетъ надъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ.

Pleuritis exsudativa, thoracocentesis.

(ВЫЗДОРОВЛЕНІЕ).

И. Сморгчевскаго.

Съ тѣхъ поръ какъ въ сороковыхъ годахъ существовавшее мнѣніе о безопасности плевритическихъ эксудатовъ для жизни было опровергнуто множествомъ клиническихъ наблюдений и вопросъ объ опорожненіи выпотовъ оперативнымъ способомъ сталъ ревностно разрабатываться во Франціи, накопилось множество работъ въ этомъ направленіи.

Thoracocentesis, особенно въ последнее десятилѣтіе, применялось различными клиницистами преимущественно во Франціи и Германіи въ громадномъ числѣ случаевъ при разнаго свойства эксудатахъ, въ разныхъ періодахъ болѣзни, при разныхъ условіяхъ; въ слѣдствіе этого оперативные методы и инструменты для этой цѣли постепенно усовершенствовались. Однако мнѣніе относительно пользы этого способа леченія и показаній для него далеко еще не такъ установилось; изъ систематическаго критическаго обзора накопившихся фактовъ pro и contra прободенія груди врядъ-ли еще возможно придти къ положительному рѣшенію этихъ вопросовъ, хотя можно съ положительностью сказать, что будущность thoracocentesis вполне гарантирована.

При такомъ положеніи вопроса, новыя, точныя наблюденія не лишены интереса; въ виду этого, я сообщу одинъ случай, который многіе изъ товарищей видѣли передъ операциею, присутствовали при оной и который я демонстрировалъ въ одномъ изъ засѣданій Совѣта врачей Больницы.

11-го Апрѣля 1874 года, въ завѣдываемое мною отдѣленіе, поступилъ больной Н. П.—въ, 28 лѣтъ, средняго сложенія, съ рѣзко выраженными признаками груднаго страданія.

Больной сообщилъ, что около двухъ недѣль тому назадъ,

безъ предвѣстниковъ, вдругъ вечеромъ почувствовалъ колотье въ лѣвой нижней части груди, а дня черезъ три къ этому прибавился кашель; при врачебномъ пособіи послѣдній облегчился, но болѣзнь не улучшилась, острое колотье замѣнилось постоянною тупою болью; чрезъ недѣлю наступила одышка, постепенно усиливавшаяся, и вмѣстѣ съ тѣмъ обнаружилась лихорадочная движенія съ легкими дневными ознобами и ночными потами; больной сталъ быстро ослабѣвать; потеря аппетита, сильная задышка, бессонница въ послѣдніе дни еще болѣе ухудшили его состояніе и онъ замѣтно исхудалъ.

Причина заболѣванія больному неизвѣстна. Кромѣ перемежающейся лихорадки, которою онъ страдалъ лѣтъ 10 тому назадъ въ Елисаветградѣ продолжительное время (почти цѣлый годъ) и отъ которой совершенно излечился хивинномъ, никакихъ другихъ болѣзней не имѣлъ.

Въ Ноябрьрѣ прошлаго года П. упалъ съ подвижной лѣстницы съ высоты 1½ сажени, при чемъ получилъ ушибъ въ сторонѣ печени, безъ всякихъ наружныхъ поврежденій; паденіе это не причинило ему никакихъ особенныхъ страданій, онъ продолжалъ работать и въ теченіи трехъ дней, безъ всякой помощи, боль въ сторонѣ печени совершенно прошла.

Два года уже, занимая въ Одессѣ должность буфетчика въ аристократическомъ домѣ, П. пользовался не совѣмъ сухою квартирою, что однако нисколько не отразилось на его здоровьи. У родителей и ближайшихъ родственниковъ его туберкулезнаго расположенія не замѣчалось.

Исслѣдованіе показало значительное исхуданіе и малокровіе. Лѣвая половина груди замѣтно выпукла, увеличена въ объемѣ, межреберные промежутки на ней изглажены, неподвижность при дыханіи и отсутствіе вибраціи на этой сторонѣ; лѣвый сосокъ стоитъ выше, а лопатка—ниже, чѣмъ правые. Абсолютная тупость звука и отсутствіе эластичности при перкуссии какъ спереди, такъ и сзади по всей этой половинѣ груди; при выслушиваніи только въ верхней задней части (in regione suprascapulari) обнаруживается бронхиальное дыханіе, на остальномъ пространствѣ—отсутствіе

дыханія. При изслѣдованіи правой половины груди, кромѣ легкихъ катарральныхъ явленій, измѣненій не найдено. Сердце значительно смѣщено вправо (тупость звука распространяется на два поперечныхъ пальца за правый край грудины), остальные границы его не опредѣляются, такъ какъ сердечная тупость сливается съ такою же всей лѣвой половиной груди, толчекъ не обозначается; оба звука глухи, отдалены, но чисты; печень и селезенка не увеличены.

Вѣсъ тѣла больного 131 ф., пульсъ 103, дыханій 26 въ минуту, температура тѣла, измѣренная 11 апрѣля вечер., 38,7°C, 12 апрѣля утр.—38,5, вечеромъ—38,7°C. Не подлежало сомнѣнію, что въ данномъ случаѣ было скопленіе въ полости лѣвой плевры экссудата жидкаго (серозно—фибринознаго), при чемъ у больного не замѣчено расположенія туберкулезнаго.

Состояніе больного требовало скорого освобожденія отъ экссудата, какового можно было достигнуть только оперативнымъ путемъ. Для препятствованія вхожденію воздуха въ полость плевры призмѣненъ аппаратъ Dieu-la-foy.

13-го апрѣля (на 17 день болѣзни) д-ръ *Вдовиковскій* произвелъ пробожденіе. Больного посадили на табуретъ, проколь по *lin. axillar.* между 7 и 8 ребр.; но аппаратомъ можно было высосать только небольшое количество (около 2 унц.) прозрачной желтоватой жидкости, далѣе насосъ отказался дѣйствовать, вѣроятно, влѣдствіе засоренія иглы фибринознымъ сгусткомъ. Тотчасъ сдѣланъ другой проколь на 1 дюймъ выше и лѣвѣе перваго, между 6 и 7 ребрами, и тогда свободно выпущено 3200 грм. (около 8 фунтовъ) такой же свѣтлой желтоватой жидкости; послѣдняя спринцовка оказалась слегка окрашеною. Опоражниваніе производилось медленно (въ теченіи 45 мин.). Больной во время операціи сильно ослабѣвалъ и нужно было прибѣгать къ возбуждающимъ средствамъ (хересъ). Перкутируя лѣвую половину груди во время опорожненія экссудата, тонъ постепенно прояснялся до 7 ребра; точно также по окончаніи операціи по всей половинѣ возстановилось везикулярное дыханіе, а сердце возвратилось въ свои предѣлы.

Черезъ четверть часа послѣ перевязки наступилъ сильный ознобъ, продолжавшійся около полу-часа, затѣмъ—жаръ (температура

39,2°C, пульсъ 96 въ мин.). кашель усилился; въ теченіи дня два раза являлась рвота. Назначено: *Chinini muriat. gr. VI* два раза въ день и *Morphii muriat. gr. 1/11*, два порошка ночью. Къ вечеру 13 апрѣля (температура 41°C, пульсъ 102). Ночь провелъ безпокойно, къ утру наступилъ обильный потъ.—14 апрѣля послѣ пота состояніе облегчилось (температура 36,5°C, пульсъ 74, дыханій 27), дыханіе свободное, больной можетъ лежать свободно на обоихъ бокахъ, кашель уменьшился; физическія явленія при изслѣдованіи тѣже, что послѣ операціи, аппетитъ малъ, испраженія правильны; Лечение то же. Вечеромъ температура 38°C, ночью вновь наступилъ потъ, больной спалъ покойно.—15 апрѣля: состояніе улучшается, дыханіе свободно, кашель весьма малъ, аппетитъ улучшается, испраженія правильны, (температура 38°C, пульсъ 90); физическое изслѣдованіе—in statu quo; вечеромъ температура 38,5°C.

Съ этихъ поръ при томъ же симптоматическомъ леченіи состояніе больного замѣтно и быстро стало улучшаться. Температура уже съ 19 апрѣля колебалась въ нормальныхъ предѣлахъ, грудные припадки совершенно исчезли уже черезъ 3 дня послѣ выпущенія экссудата, силы больного при питательной пищѣ (мясо, молоко, вино) замѣтно поднимались; однако деформация груди еще спустя 11 дней послѣ операціи была довольно рѣзко выражена.

24 апрѣля при изслѣдованіи найдено: замѣтная выпуклость лѣвой половины груди, она превышаетъ объемомъ правую на 4 цмтр., сосокъ на 1 цт. выше, а лопатка на 2 цт. ниже правыхъ; тупость сердца вправо переходитъ на 1 цт. край грудины; тупость звука на лѣвой сторонѣ груди начинается отъ 6 ребра какъ спереди, такъ и сзади; въ передней и боковой части этой стороны—плевритическое трещіе.

Больной оставался въ больницѣ еще до 3 мая, но эти явленія не исчезали; силы же его вполнѣ возстановились. По выходѣ изъ больницы при весьма выгодныхъ гигиеническихъ условіяхъ больной находился подъ моимъ наблюденіемъ еще три мѣсяца и только къ тому времени совершенно исчезли все слѣды бывшаго плеврита.

САХАРНОЕ МОЧЕИЗЖУРЕНИЕ.

Е. И. Вдовиковскаго.

Я избралъ предметомъ нынѣшняго моего сообщенія diabetes Mellitus—болѣзнь, по сущности которой выставлено, какъ совершенно справедливо замѣчаетъ Бенеке, быть можетъ, больше теорій и взглядовъ, чѣмъ по какой либо другой болѣзни.—Мнѣ пришлось бы занять не одно наше засѣданіе, а, можетъ быть, нѣсколько, если-бы и пожелалъ представить здѣсь передъ Вами, всѣ тѣ теоріи, всѣ тѣ взгляды и истекающія изъ нихъ терапевтическія максимы, которыми издавна старались объяснить патологическое появленіе сахара въ мочѣ.—Задача моя другая: въ краткихъ словахъ я намѣренъ представить Вамъ исторію болѣзни одного больного, умершаго недавно въ моемъ отдѣленіи, и за тѣмъ комментировать этотъ случай современными взглядами на данный вопросъ.

12-го Сентября настоящаго года, поступилъ въ мое отдѣленіе Гафіасъ Штиръ 23 лѣтъ отъ роду.

Помѣщенъ онъ былъ въ отдѣленіе «болѣзней мочевыхъ органовъ», по причинѣ нѣкоторыхъ безпорядковъ при мочеиспусканіи, выразившихся, главнымъ образомъ, частотою мочеизверженія и зудомъ по направленію всего мочеиспускательнаго канала. Изъ разсказа о прошедшемъ его видно, что онъ родился въ Подольской губерніи, въ м. Черніовцахъ; въ дѣтствѣ страдалъ перемежающею лихорадкой и на 10-мъ году жизни упалъ съ лошади, при чемъ ни ушиба, ни какихъ либо другихъ послѣдствій отъ этого паденія не послѣдовало.—Шесть лѣтъ тому назадъ онъ впервые заболѣлъ настоящею болѣзью.

Болѣзнь началась жаждой и обильнымъ діурезомъ, за которыми явленіями вскорѣ послѣдовалъ и усиленный аппетитъ. Онъ мало придавалъ значенія этимъ явленіямъ и обратился за леченіемъ, главнымъ образомъ, по случаю ненасытнаго аппетита. Будучи по профессіи кровельщикомъ, онъ вскорѣ, чрезъ годъ отъ начала заболѣванія, сталъ чувствовать себя на столько слабымъ, что съ трудомъ могъ заниматься своимъ ремесломъ; и это послѣднее обстоятельство побудило его почаще обращаться за врачебною помощью и лечиться болѣе регулярно, чѣмъ это онъ дѣлалъ въ началѣ болѣзни. Такъ въ леченіи прошло нѣсколько лѣтъ безъ того, чтобы въ болѣзни его произошли какія либо перемѣны. Одно, что постоянно усиливалось, это общая слабость, потеря силъ и наконецъ общее исхуданіе.—Желая лечиться, какъ больной выражается, болѣе серьезно, онъ оставилъ Старый Константиновъ, городъ Вольнской губерніи, гдѣ онъ постоянно проживалъ, и прибылъ сюда въ Одессу искать исцѣленія. Здѣсь онъ поступилъ въ Еврейскую Больницу, пробылъ въ ней недѣль шесть и, не находя излеченія, пожелалъ перейти въ нашу Больницу.

Осмотръ и изслѣдованіе больного показали: слабъ и крайне истощенъ; мускулатура всего тѣла слаба и почти атрофирована; кожа суха, морщиниста; слѣдовъ сыпи или фурунгуловъ на ней нигдѣ не замѣтно. Жалуется на общую слабость и кашель, усиливающійся по ночамъ. Изслѣдованіе легкихъ показало присутствіе инфильтрата въ лѣвой ихъ половинѣ. Аппетитъ усиленъ до степени булиміи; жажда и больнои выпиваетъ въ сутки около 8000 кубич. цент. воды; изслѣдованіе брюшныхъ органовъ не показало ничего ненормальнаго; въ мочевой системѣ тоже не найдено никакихъ измѣненій, одна печень казалась менѣе обыкновеннаго. Изслѣдованіе мочи показало: суточное ея количество 4000 кубич. цент., удѣльный вѣсъ 0,043; относительное уменьшеніе солей и пигментовъ; суточное количество мочевины 56 граммовъ, сахару 143 грамма.

Больному назначена была одна азотистая пища, леченіе-же состояло изъ употребленія коденна и для питья глицеринной воды. Подъ вліяніемъ такого леченія чрезъ нѣсколько дней суточное

количество мочи упало до 1800 куб. цент., а сахара до 14 граммовъ. Затѣмъ допущена была безъазотистая діета и, не смотря на употребленіе опія, хинина и проч., количество мочи и содержаніе въ ней сахара сейчасъ-же усилились.

Больной постоянно слабѣлъ и истощался, за 4 дня до смерти ему назначенъ былъ мышьякъ; за употребленіемъ *Solut. Fowlerii* весь сахаръ исчезъ сейчасъ же на другой день—и, до самой смерти больного, въ мочѣ болѣе не было находимъ. Было-ли исчезновеніе сахара въ данномъ случаѣ явленіемъ предсмертнымъ, какъ это иногда бываетъ у діабетиковъ, или таковое зависѣло отъ дѣйствія мышьяка—рѣшить этого я не берусь, обращаю Ваше вниманіе на это обстоятельство и указываю на фактъ, который только будущность можетъ выяснитъ.

Въ противность высказанному еще въ 1858 году мнѣнію *Brücke*, и за тѣмъ въ 1861 году таковому же мнѣнію *Benec Jones'a*, въ мочѣ, въ нормальномъ состояніи, сахара не находится. *Seegen* *), тотъ самый *Seegen*, которому принадлежитъ лучшая въ нѣмецкой литературѣ монографія по діабету, доказалъ, что минимальныя количества сахара въ мочѣ опредѣляются весьма трудно и что ошпоби здѣсь неизбежны. Но какъ бы тамъ ни было съ присутствіемъ минимальнаго сахара въ нормальной мочѣ, извѣстно, что при нѣкоторыхъ патологическихъ условіяхъ сахаръ въ ней является въ количествѣ болѣе или менѣе значительномъ, легко опредѣляемомъ извѣстными реактивами, и только нарушеніе обмѣна веществъ съ присутствіемъ въ мочѣ сахара, опредѣляемаго этими реагентами, принято нынѣ въ наукѣ именовать сахарнымъ мочензуреніемъ. Эта потеря сахара мочею, количественно, бываетъ весьма различна—отъ одного грамма до фунта въ сутки, и при этомъ только условіи въ организмѣ происходятъ рядъ явленій, давно извѣстныхъ врачамъ, на которыхъ я намѣренъ на минуту остановиться прежде, чѣмъ перейду къ патологич. процессу, и который явленія рѣзко представлялъ намъ мой больной.—Мимоходомъ замѣчу, что отдѣленіе сахара мочею можетъ быть постоянное, больной его отдѣляетъ

*) Cesterreich: Zeitschrift für prakt. Heilkunde. 1871.

постоянно; или же это явленіе бываетъ преходящимъ: такъ называемый переходной діабетъ—транзиторная гликозурия.

Разсматривая прежде всего болѣзнь съ общей точки зрѣнія обмѣна веществъ въ организмѣ, мы видимъ, что при ней организмъ лишается матеріала, высоко стоящаго въ ряду органическихъ веществъ, если не непосредственно, то посредственно легко окисляемаго и въ высочайшей степени важнаго, разъ для теплоты тѣла, другой разъ для его питанія. А потому первыми и важнѣйшими явленіями потери для организма такого матеріала будутъ: пониженіе его температуры и за тѣмъ упадокъ питанія съ его дальнѣйшими послѣдствіями. На пониженіе температуры при діабетѣ давно, уже въ 1857 году, указалъ *Lomnitz* въ *Henle und Pfeiffer's Zeitschrift für rationeli. Medicin.* Упадокъ питанія, почти на всякомъ больномъ наблюдаемый, сказывается общимъ исхуданіемъ, потерю постоянною, не смотря на усиленный пріемъ пищи, въса тѣла, общеою разбитостю и слабостю, являющимися почти всегда уже въ самомъ началѣ болѣзни.

Brunton проф. Фармакологіи при госпиталѣ Св. Варооломея въ Лондонѣ *), извѣстный своими прекрасными изслѣдованіями по объясненію дѣйствія слабительныхъ средствъ, введшій въ употребленіе при *angina pectoris* Амидовый нитритъ, въ одной изъ своихъ лекцій по діабету за настоящій годъ особенно настаиваетъ на этомъ пунктѣ, указывая, что весьма часто начальнымъ явленіемъ діабета тамъ, гдѣ нѣтъ еще ни булиміи, ни усиленнаго діуреза и проч., явленія—общая слабость и разбитость, то, что Нѣмцы называютъ слабостю—*Leistungsfeigkeit*, первыя указываютъ на потерю сахара мочею.—Какъ истый практическій Англичанинъ, желая потверже закрѣпить въ умѣ своихъ слушателей это важнѣйшее въ симптоматологіи діабета явленіе, онъ приводитъ случай изъ своей еще студенческой практики, гдѣ, будучи новичкомъ и желая прихвастнуть передъ своимъ больнымъ знаніемъ симптомовъ его болѣзни, на утвердительный спросъ, что вѣроятно онъ прежде всего почув-

*) Нынѣ, за смертью д-ра *Anstie*, издатель извѣстнаго Англійскаго журнала: *The Practitioner.*

ствовавъ при началѣ болѣзни голодь и жажду, ничѣмъ неутолимую, отвѣтъ больного послѣдовалъ, что далеко не то; что жажда и голодь явились совсѣмъ позже, а что явленіе начальное, заставившее его искать врачебной помощи, была невозможность обычнаго его труда, далѣе сильная усталость и упадокъ силъ.

Явленіе этой слабости и упадокъ мускульной силы возможно, по моему мнѣнію, объяснить тою ролью и тѣмъ значеніемъ, которыя въ настоящее время даются вообще углеводамъ въ производствѣ силы и мышечной работы.—Извѣстно, какой крутой поворотъ въ этомъ смыслѣ современная наука сдѣлала въ ученіи *Либиха*. Азотистыя вещества, занимающія въ теоріи *Либиха*, какъ силу производящій матеріалъ, первое мѣсто, нынѣ уняли съ этого ранга, и углеводамъ—жиру, крахмалу, сахару—дается первое значеніе въ этомъ смыслѣ.—Намъ пока неизвѣстны, какъ это мы ниже увидимъ, судьбы сахара, послѣ его переработки въ печени; но кто знаетъ, не переходитъ-ли, по меньшей мѣрѣ, часть его въ жиры *), самый сильный силу производящій составъ, такъ какъ нынѣ можно считать вполне доказаннымъ происхожденіе жира изъ крахмальныхъ веществъ. Знаменитый некогда споръ *Либиха*, по этому предмету, съ французскими учеными *Dumas* и *Boussingault* давно законченъ и, благодаря опытамъ *Persos'a*, *Lucase—Dulhier* **) и другихъ, вопросъ этотъ давно рѣшенъ въ пользу утверждающаго это мнѣнія *Либиха*.

Согласно только что сказанному, въ силу извѣстныхъ измѣненій въ организмѣ, сахаръ, какъ посредственно, или непосредственно силу производящій матеріалъ, удаляется и выносится вонъ изъ организма, будучи не утилизируемымъ имъ, послѣдствіемъ чего для организма является потеря мускульной силы и общая слабость.

Другія явленія сахарнаго мочеотдѣленія, какъ жажда и чувство голода, гораздо труднѣе объяснить. Извѣстно, что этимъ явленіямъ сопутствуетъ, по большей части, обильный діурезъ, и больные испускаютъ въ сутки иногда до 10,000 куб. цент. сахар-

*) Это давно говорилъ самъ *Либихъ*: смотр. его *Thier-chemie* 3 aufl. p. 102. *Chemisch Brief*. etc.

**) *Annales de Chimie* t. XIV 1845.

ной мочи и даже гораздо болѣе. Эта обильная полиурія была причиною того, что прежде мѣстомъ діабета считали почки (*Andral*). Но діурезъ и жажда отчасти могутъ быть объяснены тѣмъ обстоятельствомъ, что вступающій въ кровь при діабетѣ сахаръ, не претерпѣвая въ ней дальнѣйшаго метаморфоза, сильно увеличиваетъ эндозмотическій эквивалентъ ея на подобіе того, какъ это бываетъ за введеніемъ въ кровь поваренной соли. Кровь въ силу возвышеннаго присутствіемъ сахара эндозмотическаго эквивалента вытягиваетъ, такъ сказать, воду изъ тканей въ большемъ или меньшемъ количествѣ, сообразно количеству сахара, и послѣдствіемъ иссушенія тканей является чувство жажды.

Усиленное боковое давленіе въ сосудахъ, вслѣдствіе преизобиланія въ крови воды, отражается преимущественно на томъ органѣ, которому суждено отъ природы избавлять организмъ отъ излишка воды—на почкахъ, и отсюда этотъ обильный діурезъ. Я сказалъ, что оба явленія, и жажды, и полиуріи—отчасти только можно объяснить вышесказанными обстоятельствами, и что пораженіе нервной системы, при объясненіи этихъ явленій, тоже слѣдуетъ имѣть въ виду, это доказывается тѣмъ, что жажда и полиурія могутъ быть и при отсутствіи сахара въ мочѣ, какъ это бываетъ при *diabetes insipidus*.

Общій упадокъ питанія и общая слабость ведутъ, какъ къ конечнымъ послѣдствіямъ: къ паралитическому разширенію сосудовъ различныхъ паренхиматозныхъ органовъ, чаще всего легкихъ; результатомъ чего обыкновенно бываетъ хроническое ихъ воспаленіе и затѣмъ чахотка; или-же къ болѣе или менѣе острымъ параличамъ различныхъ отдѣловъ сосудодвигательныхъ центровъ и сцена заканчивается острой эдемой легкихъ, мозговыхъ оболочекъ и пр.

На этихъ, въ немногихъ словахъ переданныхъ Вамъ явленіяхъ, а главное на присутствіи въ мочѣ сахара зиждется и вся діагностика болѣзни.—На способахъ открытія этого послѣдняго, всѣмъ Вамъ извѣстныхъ болѣе или менѣе, я не буду останавливаться.—Скажу только, что количественное его опредѣленіе, опредѣленіе точное, здѣсь необходимо, главнымъ образомъ, въ смыслѣ оцѣнки легкости и трудности случая. Чѣмъ болѣе сахара въ мочѣ,

тѣмъ разумѣется, случай труднѣе. Другое обстоятельство, которымъ слѣдуетъ руководиться при оцѣнкѣ случая, это обстоятельство, указанное намъ Seegen'омъ.—По мнѣнію его, тотъ случай можно назвать труднымъ и неизлечимымъ, гдѣ сахаръ мало, или вовсе не уменьшается въ мочѣ, при послѣдовательномъ, многодневномъ употребленіи исключительно азотистой пищи; если при исключительно животной пищѣ, которой, безъ всякаго нѣмъ сомнѣнія, продукты распада переходятъ тоже отчасти въ сахаръ, таковой сахаръ въ мочѣ мало уменьшается, или же вовсе нѣтъ — случай этотъ долженъ считаться безусловно труднымъ и летальнымъ. По поводу количественнаго содержанія сахара въ мочѣ, какъ мѣрила трудности случая, прибавлю, что слѣдуетъ обращать вниманіе и на потъ, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ больные потѣютъ, такъ какъ изъ всѣхъ отдѣленій организма у диабетиковъ, въ единомъ поту положительно доказано присутствіе сахара *). Количество его здѣсь иногда до того бываетъ значительно, что этимъ соответственно уменьшается отдѣленіе его мочою; при чемъ, руководясь одною только мочою, легко попасть въ ошибку.

Обращаясь къ патологическому процессу, къ сущности болѣзни, я теперь же замѣчу, что точной, вполне удовлетворительной теоріи диабета, мы пока еще не имѣемъ. Причина этому лежитъ, по моему мнѣнію, съ одной стороны въ нашемъ незнаніи тѣхъ измѣненій и превращеній, какія претерпѣваютъ безазотныя вещества въ крови и тканяхъ, и вообще въ неудовлетворительности знанія физиологическихъ процессовъ метаморфоза веществъ; съ другой стороны въ малой, вполне недостаточной разработкѣ патологической анатоміи диабета; всѣмъ нашимъ знаніемъ мы, пока еще, обязаны только экспериментальной физиологіи; патологическая же анатомія, кромѣ грубыхъ измѣненій нервныхъ центровъ и извѣстныхъ отдѣловъ симпатическаго нерва, да таковыхъ же измѣненій отчасти въ печени и поджелудочной желѣзѣ, еще ничего намъ не указала.

Только за послѣднее время, благодаря трудамъ Bernard'a,

*) Greisinger: Studien über diabetes, Archiv für Physiologische Heilkunde 1859.

Шиффа, Раву, Циона и др., давно наблюдаемый фактъ присутствія въ мочѣ сахара сдѣлался намъ понятнымъ на основаніи всѣмъ Вамъ извѣстныхъ опытовъ надъ нервной системой. Опыты эти, безспорно доказывающіе участіе нервной системы въ производствѣ диабета, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ какъ основную причину заболѣванія, не выяснили, да и не могли выяснитъ всего, такъ сказать, механизма болѣзни, и для будущаго остается еще многое объяснить.

Кровь при нормальныхъ условіяхъ всегда содержитъ сахаръ; но пока въ ней, какъ показалъ Bernard *), процентное его содержаніе не превосходитъ $\frac{1}{3}$, таковой не выдѣляется почками.—Тотъ же Bernard **) нашелъ при анализѣ артеріальной и венозной крови, что послѣдняя его меньше содержитъ—слѣдовательно, потребленіе сахара, его окисленіе, деструкція идетъ гдѣ либо въ организмѣ.—На этомъ основаніи можно заключить, что избытокъ его въ крови будетъ зависѣть отъ недостаточнаго его потребленія разъ, и затѣмъ отъ усиленнаго его введенія, увеличенной его выработки другой разъ; или же наконецъ, отъ обоихъ этихъ условій вмѣстѣ. Такимъ образомъ, въ общихъ словахъ, причины диабета можно свести къ слѣдующимъ двумъ условіямъ: къ усиленному введенію сахара въ кровь и затѣмъ къ недостаточному его потребленію.

Обращаясь къ первому изъ этихъ условій, первое, что намъ слѣдуетъ уяснить, это происхожденіе вообще сахара въ крови.—Мы знаемъ, что при обыкновенныхъ условіяхъ смѣшанной пищи, азотистой и безазотной, пища эта поступаетъ прямо въ желудокъ и кишечный каналъ и здѣсь, главнымъ образомъ, претерпѣваетъ рядъ тѣхъ измѣненій, которыя дѣлаютъ ее способною для всасыванія въ кровь: бѣлковые вещества превращаются въ пептоны; углеводы: крахмалъ и сахаръ, послѣ предварительнаго перехода въ глюкозъ и левулозъ, совместно съ пептонами, всасываются

*) Bernard. Revue scientifique 2 serie t. IV p. 1023. Physiologie experimentale t. 1. p. 322.

**) Jbid. p. 102°.

кишечными венами, и несутся для дальнѣйшаго метаморфоза, въ печень. Печень по этому нынѣ справедливо считаютъ складочнымъ мѣстомъ—*depôt* (*Storehouse*), для излишка питательныхъ веществъ; какъ тѣ же пептоны, жиръ и проч. всасываются прямо изъ кишечнаго канала лактеальными сосудами въ потокъ общаго кровообращенія; въ печень поступаетъ, можно выразиться, избытокъ и главнымъ образомъ сахаръ и пептоны.—Сахаръ здѣсь, какъ извѣстно, превращается въ гликогенъ (*leberamylin*) и сохраняется печеночными клѣтками.—Какимъ образомъ это превращеніе совершается, намъ совершенно неизвѣстно, равно какъ намъ неизвѣстно, переходитъ-ли онъ прямо въ гликогенъ, или въ гликогенъ и жиръ. Что сахаръ превращается печенью въ гликогенъ и въ этой формѣ задерживается печенью до поступленія его въ общее кровообращеніе, это доказывается многими слѣдующими фактами: при голоданіи, гликогенъ исчезаетъ въ печени, какъ показалъ Черниковъ*), и быстро появляется опять, если сахаръ искусственно вводится въ желудокъ; онъ уменьшенъ всегда при тощемъ желудкѣ и увеличивается послѣ обѣда; если сахаръ инъектируется прямо въ вены, онъ сейчасъ появляется въ мочѣ; при медленномъ его введеніи въ воротную вену, помощью зашпринцованія, онъ воспринимается печенью и въ ней задерживается; — при быстромъ введеніи—печень не можетъ его удержать и переработать всего, часть его переходитъ сквозь нее въ общій потокъ кровообращенія и сейчасъ является въ мочѣ.

Другая часть питательнаго матеріала—пептоны, тоже, весьма правдоподобно, служитъ источникомъ образованія гликогена. Это доказывается съ одной стороны теперь принятымъ въ наукѣ, какъ несомнѣннымъ, положеніемъ перехода бѣлковъ въ углеводы; далѣе—физиологическимъ опытомъ, что печень напр. собаки всегда содержитъ его гораздо больше послѣ обильной азотистой пищи, чѣмъ послѣ голоданія; съ другой стороны клиническимъ наблюденіемъ надъ диабетиками, гдѣ, при исключительно одной азотистой пищѣ, сахаръ въ мочѣ никогда совсѣмъ не пропадаетъ, а большею

*) Wiener Acad. Sitzungberich. vol 2.

частью только уменьшается. По мнѣнію *Фика*, пептоны не служатъ, какъ это по нынѣ предполагалось, непосредственно къ образованію альбумина органовъ; вѣдѣ за ихъ всасываніемъ, они, по всему правдоподобию, отчасти и въ печени распадаются на безазотистые, служащіе главнымъ образомъ для отопленія, продукты и азотистую мочевины, выносимую вонъ изъ организма. Тоже мнѣніе высказываетъ извѣстный теперешній французскій фармакологъ *Rabuteau* *). Что мочевины образуется не непосредственно изъ пептоновъ, это, какъ извѣстно, доказали *Schulzen* и *Nencki* **). Она, по ихъ изслѣдованіямъ, представляетъ окончательный продуктъ распада пептоновъ, предварительно распадающихся на Гликоцидъ, Леуцидъ, Тирозинъ и пр.

Такимъ образомъ пептоны, какъ мы только указали, тоже превращаются печенью въ гликогенъ и мочевины, изъ которыхъ послѣдняя выносятся изъ организма, какъ негодная; оттого-то и на этомъ основаніи только у диабетиковъ, при исключительно животной пищѣ, мочевины и сахаръ равномерно увеличиваются и уменьшаются. *Bernard* выработку сахара печенью, изъ только что сказаннаго матеріала, называетъ гликогенною ея функціею. Эта гликогенная функція, въ силу извѣстныхъ измѣненій, какъ въ печени, такъ и въ другихъ органахъ, отъ которыхъ печень зависитъ, можетъ нарушаться различнымъ образомъ; такъ она можетъ быть недостаточною, въ силу заболѣванія или самой печени, или нервныхъ центровъ, управляющихъ ея кровообращеніемъ и проч. Если эта функція недостаточна, сахаръ изъ пищи совсѣмъ, или же отчасти будетъ переходить изъ кишечнаго канала прямо въ общее кровообращеніе и является въ мочѣ. Происходящій влѣдствіе этой причины диабетъ будетъ интермитирующимъ, являющимся послѣ принятія пищи и исчезающимъ въ періодъ голоданія ***). Только при условіи часто повторяющагося приѣма пищи, т. е. когда, положимъ, обѣденное пищевареніе еще не свершилось, какъ вводится

*) L'union Medical 1873 № 107.

***) Schulzen und Nencki. Zeitschrift für Biologie Vol. VIII p. 124.

****) Traube. Über die Gesetze des Zuckerauscheidung.

уже новая въ желудокъ пища, диабетъ такой можетъ казаться постояннымъ и сахаръ въ мочѣ можетъ присутствовать всегда; при рѣдкихъ приемахъ пищи, въ періодъ за свершившимся пищевареніемъ, сахаръ при этой формѣ диабета почти совершенно пропадаетъ изъ мочи. *Ravy* *) говоритъ, что этого вида гликозурия, наблюдаемая преимущественно у людей пожилыхъ, до известной степени излечима, преимущественно правильнымъ діететическимъ содержаніемъ: избѣжаніемъ мучнистой и сахарной пищи; сахаръ въ этихъ случаяхъ терлется мочею въ маломъ количествѣ и общее состояніе долгое время остается хорошимъ.—Даже и при совершенно здоровомъ состояніи печени, гликогенная ея функція иногда недостаточна для переработки того количества сахара, которое въ нее вводится и сахаръ проходитъ чрезъ нее какъ таковой, не превращаясь въ гликогенъ; известны опыты *Bernard*'а съ введеніемъ обильнаго количества сиропа въ желудокъ голодающихъ животныхъ—собакъ, кроликовъ и проч., гдѣ сахаръ быстро появлялся въ мочѣ; при введеніи малаго количества его, при присутствіи въ желудкѣ животнаго другой пищи, чѣмъ замедляется пищевареніе его и передвиженіе къ печени, онъ въ мочѣ не появляется.

При нормальныхъ условіяхъ организма переработка крахмала, тростниковаго сахара и проч. въ глюкозу, совершающаяся при помощи известныхъ отдѣленій слюны, панкреатическаго и кишечнаго соковъ, идетъ медленно и, исподволь вносящійся въ печень, сахаръ перерабатывается ею медленно и правильно въ гликогенъ но разъ является неправильность въ этихъ отдѣленіяхъ, напр., гдѣ отдѣленія эти значительно увеличиваются, переработка пищеварительнаго сахара можетъ до того ускориться, наплывъ его въ печень до того усилиться, что печень, такъ сказать, не въ силахъ его гликогенировать и сахаръ этотъ, на подобіе того, что происходитъ въ только что приведенномъ опытѣ *Bernard*'а, проходитъ сквозь печень не превращеннымъ и является диабетъ; это можетъ

*) *Ravy*. On diabetes, second edition p. 144.

происходить, напр., при гипертрофій *parenchymae*. Случаи подобной недостаточной гликогенетической функціи печени наблюдались на примѣръ *Parkes*'омъ ¹⁾, *Camplin*'омъ ²⁾, *Traube* ³⁾, *Rayer* и проч. и предотвращались полнымъ воздержаніемъ отъ мучнистой и сахарной пищи.

Кромѣ гликогенной функціи, объ которой мы до сихъ поръ говорили, другой задачей печени есть переработка уже приготовленнаго ею гликогена въ сахаръ и изверженіе его въ кровообращеніе. Переработка эта совершается подъ вліяніемъ особаго діастатическаго фермента, содержащагося преимущественно въ крови. Чѣмъ по этому кровообращенію въ печени болѣе усиливается, отъ какихъ бы то ни было причинъ, тѣмъ сильнѣе идетъ распадъ гликогена и тѣмъ болѣе происходитъ сахара въ крови. Если это усиленіе кровообращенія въ печени достигаетъ крайнихъ предѣловъ, выработка сахара до того значительна, процентное его содержаніе въ крови до того увеличивается, что онъ извергается изъ крови мочею. Усиленіе кровообращенія въ печени можетъ зависѣть отъ двухъ главныхъ причинъ: отъ увеличенія боковаго давленія въ ея артеріи и отъ расширенія ея калибра вслѣдствіе, напр., параллельнаго ея вазомоторныхъ нервовъ.—Увеличеніе давленія происходитъ при сжатіи большаго артеріальнаго сосуда, при сильныхъ мышечныхъ сокращеніяхъ, при затрудненномъ дыханіи. Такъ *Шиффъ* вызывалъ диабетъ перевязкою большаго артеріальнаго ствола, а *Ravy* всегда находилъ обиліе сахара въ полій вѣнѣ, при затрудненномъ дыханіи надъ экспериментируемыми животными; *Reinoso* и *Michea* ⁴⁾ находили переходной сахаръ въ мочѣ послѣ эпилептическихъ и истерическихъ приступовъ.

Расширеніе сосудовъ печени и усиленіе протока черезъ нее крови могутъ быть произведены параллелемъ сосудодвигательныхъ ея нервовъ—прямымъ, или отраженнымъ.—Вамъ должны быть известны фізіологическіе опыты въ этомъ направленіи *Bernard*'а,

¹⁾ *Parkes*. On Urine.

²⁾ *Camplin*. Medicochirurgical Transaction s. 38.

³⁾ *Traube*. Virchow's Archiv t. IV.

⁴⁾ *Trousseau*. Clinique Medical.

исходной точкой которыхъ была его известная *piqûre* дна четвертаго желудка; далѣе опыты *Шиффа*, *Pavy* и нашихъ соотечественниковъ *Ціона* и *Аладова*. Сводя все эти опыты вмѣстѣ, въ короткихъ словахъ скажу Вамъ, что пораженіе вазомоторнаго центра въ продолговатомъ мозгу и всѣхъ путей симпатическаго нерва, идущихъ къ печени, производитъ диабетъ; такъ, кромѣ центровъ, поврежденіе верхняго шейнаго ганглія (*Pavy*) нижняго (*Eckhard*) и всего спиннаго мозга отъ *medull oblongat*, до поясничной части, всѣхъ путей шейнаго и груднаго симпатическаго нерва даютъ, въ слѣдствіе прямаго паралича сосудовъ печени, гликозурию. Тоже самое происходитъ при перерѣзкѣ *N. N. Ischiadici*, идущихъ совместно съ обильными вазомоторными нервами; далѣе частичная экстирпація *Gangl. Solar*, какъ показали *Klebs* и *Munk* ¹⁾, сопровождается тѣмъ-же явленіемъ.—Все эти опыты экспериментальной патологии подтверждены уже много разъ находимыми при вскрытіяхъ диабетиковъ измѣненіями въ указанныхъ частяхъ. Но кромѣ прямаго паралича вазомоторныхъ нервовъ печени, таковой можетъ происходить и отраженнымъ образомъ: раздраженіе верхняго конца блуждающаго нерва при его перерѣзкѣ ²⁾, знаменитая *piqûre* корешковъ его производятъ отраженный параличъ сосудовъ печени, разширеніе ихъ и гликозурию; то же бываетъ при раздраженіи некоторыхъ отдѣловъ периферической части *vagi*, при уколахъ поверхности печени иглками ³⁾, раздраженіи электродами ⁴⁾, при раздраженіи кишечнаго канала (при *Солитерѣ*) и т. д. и т. д. Я бы, наконецъ, не окончилъ всѣхъ тѣхъ предположеній и объясненій, которыя нынѣ существуютъ и даются различнымъ опытамъ, производящимъ диабетъ; но, желая скорѣе покончить съ усиленнымъ введеніемъ или выработкою сахара въ печени, какъ причиною диабета, упомяну еще объ одной возможности: — это объ увеличеніи въ печени, или крови, протекающей чрезъ нее,

¹⁾ *Insbrucker Tageblatt der Naturforschung-ansammlung* 1869.

²⁾ *Bernard. Physiologie experimental.* t. 1. pag. 322.

³⁾ *Schiff. Untersuchungen über Zuckerbildung im Leber* 1859.

⁴⁾ *Pavy. op. cit.*

діастатическаго фермента, превращающаго гликогенъ въ сахаръ; но что такое этотъ ферментъ, откуда онъ берется, какія его свойства, намъ пока совершенно неизвѣстно. *Plöszl* и *Tiegel* ¹⁾ говорятъ, что онъ содержится не въ сывороткѣ крови, а въ кровяныхъ шарикахъ, и дѣйствуетъ сильнѣе при деструкціи этихъ послѣднихъ.—Этимъ усиленіемъ фермента и разрушеніемъ имъ кровяныхъ шариковъ *Harley* ²⁾ объясняетъ происхожденіе диабета при прямомъ введеніи въ кровь эфира—такъ какъ, въ этомъ случаѣ эфиръ, по мнѣнію *Harley*'я, растворяетъ или разрушаетъ кровяные шарики.

Мнѣ остается теперь разобрать вторую главную причину происхожденія диабета, это, какъ сказано мною выше, недостаточное сгораніе сахара, неполная его деструкція. Извѣстно, что при здоровомъ состояніи организма весь вводимый въ него и выработанный въ немъ сахаръ потребляется сполна и даже излишекъ его, часто вводимый въ организмъ, перерабатывается и уничтожается въ немъ безслѣдно. Такъ при обыкновенной, смѣшанной пищѣ, весь глюкозъ, или гликогенъ, шприцуемый подъ кожу, или въ вены животнымъ, если это только исподволь и медленно производится, потребляется и метаморфозировано совершенно и въ мочѣ не является ³⁾.

Переработка и превращеніе его происходитъ, главнымъ образомъ, въ крови, въ легкихъ и мускулахъ. Что въ крови, это доказывается опытомъ быстрого исчезновенія въ выпущенной крови; тѣмъ болѣе, что, какъ *Binz* и *Zinn* ⁴⁾ показали, превращеніе и окисленіе сахара производится скорѣе при жидкомъ, чѣмъ при створоженномъ ея видѣ.—Что въ легкихъ, это можно вывести изъ меньшаго ея содержанія въ крови каротидъ, чѣмъ въ крови праваго сердца. Что уничтоженіе идетъ въ мускулахъ, и здѣсь, можетъ быть, главнымъ образомъ, на то мы имѣемъ доказательства въ опытахъ *Людвига* и *Генерша* ⁵⁾, указывающихъ на то, что

¹⁾ *Pflüger's Archiv* 1873. vol. VII.

²⁾ *Harley. The Urine and its derangements.*

³⁾ *Tieffenbach. Centralblatt für d. med. Wissenschaften* 1869.

⁴⁾ *Archiv für Experiment. pathologie* v. 1. p. 20.

⁵⁾ *Ludwigs Arbeiten* 1871 p. 75.

въ сосудахъ сокращеннаго мускула сахара меньше въ венахъ, чѣмъ въ артеріяхъ; тоже самое утверждаетъ *Bernard* ¹⁾).

Нынѣ, послѣ работъ *Людвиг* и *Шеремтьевскаго*, можно считать вѣрнымъ, что сгораніе сахара въ томъ смыслѣ, какъ оно обыкновенно полагалось, не происходитъ.—Вводя подкожно, или въ вены сахаръ, они не находили ни большей отдачи CO_2 , ни большаго потребленія O , какъ это обыкновенно бываетъ за введеніемъ легко окисляемыхъ веществъ: органическихъ кислотъ, глицерина и пр. Съ другой стороны давно, пбо еще современн работы *Du Bois-Reymond*'а съ 1859 г. ²⁾ извѣстно, что послѣ работы въ мускулахъ является парамолочная или, какъ онъ ее называетъ, саркомолочная кислота; тоже самое говоритъ и *Bernard* ³⁾), что въ крови, за исчезновеніемъ сахара, является молочная кислота; словомъ, не утруждая болѣе Вашего вниманія лишними цитатами, нынѣ послѣ извѣстныхъ работъ *Pflüger*'а ⁴⁾), доказавшихъ въ противность мнѣнію *Estor*'а и *Saint-Pierr*'а, что сгораніе и окисленіе идутъ, главнымъ образомъ, въ капиллярахъ и венахъ, нынѣ, говорю, принято какъ положеніе, что сахаръ, согласно мнѣнію *Шеремтьевскаго*, *Pavy* ⁵⁾), не сгораетъ, а перерабатывается мускулами въ парамолочную кислоту, продуктъ весьма легко окисляющійся и горючій. Какимъ образомъ совершается эта переработка сахара мускулами, пока еще неизвѣстно—равно какъ и то неизвѣстно, нуженъ ли для этого особый ферментъ. *Шумценъ* и *Рисъ*, въ извѣстной своей работѣ объ остромъ отравленіи фосфоромъ ⁶⁾), не находили сахара въ мочѣ, но находили извѣстный видъ молочной кислоты, идентичный съ алдегидомъ глицерина, и отсюда вывели заключеніе, что въ нормальномъ состоянн сахаръ въ мускулахъ, при помощи особаго фермента, разлагается ими въ молочную кислоту; при отсутствн этого фермента, какъ это они полагаютъ въ диабетѣ,

¹⁾ Revue Scientifique t. IV. p. 1022.

²⁾ Journal für Chemie. 1859.

³⁾ Bernard - Revue Scientifique. 2 Serie t. IX. p. 1159.

⁴⁾ Pflüger's Archiv 1868 s. 278.

⁵⁾ Pavy: Treatise on food and dietetics 1874.

⁶⁾ Über acute phosphorvergiftung. Analen der Charité 1869.

сахаръ не распадается и не переходитъ въ эту кислоту, а потому и переходитъ въ мочу.

Такимъ образомъ, въ виду только что упомянутыхъ фактовъ, принимая съ одной стороны, что распадъ сахара идетъ въ легкихъ, крови, мозгу и пр., нѣтъ сомнѣнія, что главнымъ мѣстомъ его переработки суть мускулы; что при нѣкоторыхъ условіяхъ, пока намъ совершенно неизвѣстныхъ, переработка сахара здѣсь мало, или вовсе не совершается и послѣдствіемъ чего является удаленіе его мочою. Съ этимъ возрѣніемъ вполне соглашается и авторъ статьи, по этому предмету, въ послѣднемъ номерѣ «Московского Врачебн. Вѣстника» ¹⁾), *Г. Павлиновъ*. Основываясь на современныхъ работахъ, отчасти приводимыхъ мною выше, онъ полагаетъ, что ближайшая причина диабета заключается въ прекращенн переработки сахара мышцами; что бѣлки, обыкновенно окисляемые въ артеріальной системѣ труднѣе, чѣмъ глицеринъ, парамолочная кислота и проч. въ капиллярахъ и венахъ, при недостаткѣ этихъ, легко окисляемыхъ веществъ, вслѣдствіе не выработки ихъ изъ сахара мускулами — окисляются сильнѣе; отсюда и увеличеніе продукта ихъ окисленія—мочевины при диабетѣ. Это весьма правдоподобно, такъ какъ нынѣ, со времени работъ *Pettenkofer*'а и *Voil*'а объ обмѣнѣ веществъ у диабетиковъ ²⁾ и работъ *Kulz*'а ³⁾), положительно извѣстно увеличеніе мочевины при диабетѣ.

Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о леченн болѣзни. Вамъ извѣстно, какъ это леченн недостаточно и сколько было предложено средствъ. Кромѣ антидиабетической діеты, существенное значеніе которой весьма важно и составляетъ основу леченія всякаго случая, но на которой, по всеизвѣстности ея, я не буду останавливаться, употреблялись и употребляются самыя различныя средства. Такъ, гдѣ предполагается рефлекторное расширение печеночныхъ сосудовъ вслѣдствіе раздраженія центровъ,

¹⁾ № 1 Сентября 1874.

²⁾ Über Harnsaure-ausecheidung in einem falle von diabetes mellit. dissertat. 1872.

³⁾ Zeitschrift für Biologie. b. 111 p. 421.

тамъ употребляются соответственныя, понижающія рефлексъ средства: бромистый калий, атропинъ и пр. *Pavy* употреблялъ и рекомендуетъ кодеинъ; другія видѣли пользу отъ опія, морфія, хинина и пр. *Сайковскій*¹⁾, основываясь на томъ фактѣ, что при отравленіи животныхъ мышьякомъ печень не содержитъ гликогена, и у такихъ животныхъ экспериментально нельзя вызвать діабета, рекомендуетъ мышьякъ, который и я применилъ, съ какимъ успѣхомъ—Вы это видѣли изъ краткой исторіи моего больного. Лѣтъ 30 тому назадъ *Mialhe*²⁾ предложилъ щелочи, которыя по свидѣтельству всѣхъ практиковъ, весьма полезны, особенно въ формѣ минеральныхъ водъ: Виши, Карльсбадъ и пр.

Говоря вообще, сколько теорій діабета, столько и соответственныхъ леченій. Всякій, представляющій особое возрѣніе на болѣзнь, предлагаетъ и свое особое леченіе. Съ того времени, какъ мышцамъ стали приписывать первенствующее значеніе въ дѣлѣ переработки сахара, со времени теоріи *Шульца*—недостачи особаго фермента для этой переработки, ферментъ-теоретики, какъ ихъ называетъ *Бенеке*³⁾, измышляли то введеніе въ организмъ средствъ, вызывающихъ, производящихъ этотъ ферментъ, или превращающихся въ него, то средствъ, на которыхъ обыкновенно распадается сахаръ, чтобы ими, какъ легко сгораемыми, поддержать температуру и, пожалуй, питаніе организма. Такъ исходя изъ того предположенія, что ферментъ этотъ находится преимущественно въ мышцахъ, *Brunton* сталъ употреблять сырое мясо, повидимому, однако безъ успѣха. *Шульцъ*, согласно своей теоріи, рекомендовалъ употребленіе глицерина⁴⁾, указывая на то обстоятельство, что при одновременной мясной діетѣ, гдѣ съ уменьшеніемъ жажды и діуреза, питаніе однакоже падаетъ и силы понижаются, тамъ онъ видѣлъ и улучшеніе питанія и возстановленіе силъ отъ этого средства.—Въ моемъ случаѣ я тоже употреблялъ глицеринъ, но вывести какое либо заключеніе изъ одиночнаго случая, при томъ наблюдаемаго

¹⁾ Centralblatt für die Medic. Wissen 1865 p. 769.

²⁾ Annales de Chimie 1844.

³⁾ Beneke. Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels 1874.

⁴⁾ Berliner klin. Wochenschrift 1862 № 35.

такъ кратковременно, я положительно не могу. Англичане за послѣднее время *) весьма хвалили средство, котораго значеніе, какъ продукта распада сахара, равносильно глицерину *Шульца*, это молочная кислота, въ формѣ снятаго молока (*Skimmed milk*).

Въ заключеніе не могу не упомянуть еще объ одномъ средствѣ или, лучше сказать, приѣмѣ леченія, въ пользу котораго говорить и эмпірія и современная теорія діабета—теорія мышечнаго его происхожденія; средство это—движеніе и постоянное упражненіе мускуловъ.—*W. Richardson***), писавшій свою монографію о діабетѣ за долго до настоящихъ взглядовъ на діабетъ,—основываясь на личномъ опытѣ, весьма рекомендуетъ движеніе и приводитъ случаи полнаго изцѣленія болѣзни. Страдая самъ діабетомъ, онъ методически сталъ производить движеніе, усиливая его постоянно, что наконецъ выразилось въ такомъ улучшеніи, каковаго онъ не испыталъ отъ всевозможныхъ другихъ средствъ. Это говоритъ эмпірія.

Усиливая движеніе и работу мускуловъ, тѣмъ самымъ ускоряется и переработка ими сахара въ продукты, легко окисляемые и извергаемые изъ организма,—зачѣмъ естественно слѣдуетъ меньшая потеря его мочею. Такъ говоритъ теперешняя теорія. Движеніе поэтому, движеніе методическое, или въ формѣ постоянно усиленной ходьбы, какъ это рекомендуетъ *Richardson*, или, пожалуй, гимнастики, если мышечная теорія діабета справедлива, должно безспорно занять первенствующее значеніе, при леченіи этой болѣзни.

*) Greenhof. British Medical Journal. June 1873.

Ogle. ibid. March. 8—1874.

**) On Diabetes.

СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНІЯ ГОЛОВКАМИ ФОСФОРНЫХЪ
СПИЧЕКЪ.

(ВЫЗДОРОВЛЕНІЕ).

О. Мочутковскаго.

Въ 11 часовъ утра 26 марта, сего 1874 года, доставлена была въ пріемный покой Одесской Городской Больницы молодая женщина Королина К., сообщившая, что полчаса тому назадъ она умышленно отравилась фосфоромъ, намоченныхъ въ водѣ спичекъ. Она просила о спасеніи. Рѣшеніе ея умереть продолжалось только до тѣхъ поръ, пока не проявились первые признаки отравленія: отвратительный вкусъ, отрывки, невыносимое жженіе во рту и въ области подгрудной впадины; до этого момента она скрывала фактъ самоотравленія.

Г-жа К., субъектъ отличнаго тѣлосложенія, 20 лѣтъ отъ роду, имѣла видъ крайне взволнованный, часто разводила руками, указывая пальцемъ на область sterni.—Лицо ея горѣло, кожа была покрыта легкой испариной, пульсъ полный, 90. Выходящій съ отрывкою газъ издавалъ чесночный запахъ и явственно фосфоресцировалъ.

Такъ какъ подъ рукою не было никакого рвотнаго, то прежде всего отравившейся вложенъ былъ палецъ въ ротъ, и щекотаніе въ зѣвѣ имъ произведенное, вызвало весьма необильную рвоту. Сію-же минуту приступлено было къ промыванію желудка. Пока доставили желудочный насосъ и привели въ полную исправность, я ввелъ въ желудокъ желудочный катетеръ и сталъ впрыскивать воду комнатной температуры при помощи обыкновеннаго шприца, вмѣща-

ющаго 1 фунтъ жидкости и послѣ введенія 3-хъ полныхъ шприцовъ наступила рвота черезъ катетеръ. Въ содержимомъ ея, окрашенномъ слегка желчью, какъ и въ первой рвотѣ не было никакихъ пищевыхъ веществъ, а плавало лишь множество кусочковъ недостаточно размокшихъ спичечныхъ головокъ съ примѣсью слизи изъ желудка. Эта жидкость издавала весьма сильный чесночный запахъ и рѣзко фосфоресцировала въ темнотѣ. Впрыскиваніе воды повторялось безпрестанно. Затѣмъ, когда желудочный насосъ былъ уже готовъ, я приложилъ его къ дѣлу. Такимъ образомъ желудокъ промывался до тѣхъ поръ, пока вытекающая совершенно чистая и прозрачная вода не давала ни малѣйшаго запаха, ни малѣйшей фосфоресценціи. Въ 11¼ часа промываніе было кончено.—Внутрь назначено шесть унцій эмульсіи (*ex drach. unam Ol. Terebinthinae*) черезъ два часа по столовой ложкѣ. Для пищи данъ былъ не жирный бульонъ (*Miehle*).

Вечеромъ въ тотъ-же день пульсъ поднялся до 100. Т. 37,8°C.; языкъ чистый, отрывекъ нѣтъ, дурной вкусъ исчезъ. Большая цѣлый день не имѣла аппетита, ничего не ѣла, за то много пила воды. Кожа влажная, печеночная тупость по сосковой линіи равняется 9½ цм.; по парастернальной 5; правая доля не выдается изъ подъ края ребръ; весь органъ безболезненъ къ давленію. Большая испражнялась одинъ разъ совершенно нормально; два раза мочилась. Въ мочѣ, изслѣдованной по способу *Blondlot-Dusart*, не открыто присутствіе фосфора; бѣлка въ ней тоже не найдено.

27 марта. Больная чувствуетъ себя превосходно: она въ веселомъ настроеніи духа, просится уйти домой. Пульсъ 80, Т. 37,1. Единственная ея жалоба—это боль въ горлѣ. При осмотрѣ его найдены были двѣ ссадины, вѣроятно трауматическаго происхожденія, которыя могли послѣдовать отъ щекотанія или введенія катетера. Склеротика и кожа нормальнаго цвѣта; размѣры печени тѣ-же, что и вчера.

28. Аппетитъ хорошъ; всѣ отравленія организма въ порядкѣ. П. 80; Т. 37,6°C.

30. Ссадины въ зѣвѣ позаживали.

6 Апрѣля Г-жа К. выписалась изъ больницы совершенно здорова.

Одиннадцать дней, проведенныхъ ею въ больницу, кажется, достаточно, чтобы быть покойнымъ на счетъ безопаснаго состоянія ея здоровья. Въ самомъ крайнемъ случаѣ можно было бы опасаться за развитіе геморрагической формы отравленія (*Tardieu*); что она не развилась и имѣла возможность убедиться мѣсяца полтора тому назадъ, когда случайно увидѣлъ г-жу К. въ больницу съ рожистымъ воспаленіемъ кожи лица.

Итакъ, фактъ, что г-жа К. отравилась фосфоромъ, не требуетъ доказательства; принятаго количества яда было совершенно достаточно, чтобы наступила смерть: выпитая г-жею К. жидкость, состояла изъ полустакана воды, въ которой суспендированы были бусочки головокъ фосфорныхъ спичекъ изъ цѣлыхъ двухъ обыкновенной величины коробокъ (*Pollak in Vien*), что составляло около $2\frac{1}{2}$ гранъ чистаго фосфора*), выпитаго при томъ на пустой желудокъ. Наконецъ, промываніемъ желудка несомнѣнно удаленъ почти весь ядъ. Преимущества этого способа передъ рвотнымъ, въ случаяхъ, когда ядъ находится еще въ желудкѣ очень ясны: а) мы имѣемъ болѣе вѣрный критерій для сужденія объ освобожденіи желудка отъ яда въ свойствахъ вытекающей воды; б) имѣемъ возможность промыть хорошо его складки, между которыми, слѣдовательно, ядъ не долженъ залежаться; в) больные при этомъ способѣ почти вовсе не ослабѣваютъ, — въ то время, какъ послѣ рвотныхъ остается весьма сильное изнеможеніе.

Имѣя въ виду, что выздоровленіе отъ отравленія фосфоромъ составляетъ рѣдкость (*A. Rabuteau* даже вовсе отрицаетъ выздоровленіе), нельзя не удивляться, что до сихъ поръ, при все болѣе и болѣе часто повторяющихся случаяхъ отравленія фосфорными спичками, къ зажигательной массѣ спичекъ не прибавляютъ рвотныхъ, не мѣшающихъ горѣнію, веществъ въ такой пропорціи, чтобы самая меньшая отравляющая доза фосфора могла быть сейчасъ же

*) По *Herrmann'y—lebrd. d. experim. Toxicologie. 1874*—отравляющая доза—0,1—0,2 gram.

выброшена вонъ при помощи рвоты. За-границею, въ государствахъ, гдѣ допускается вольная продажа ядовъ едва-ли сдѣлаютъ починъ этой мѣрѣ.—Во Франціи, однако, стали уже готовить спички изъ аморфнаго фосфора, какъ извѣстно, неядовитаго; въ Швеціи употребляются спички, въ составъ зажигательной смѣси которыхъ фосфоръ не входитъ.

Поэтому, съ гигиенической стороны, французскія и шведскія спички, заслуживаютъ преимущество, какъ самыя безопасныя.

...установили, что в настоящее время ...
...иногда встречаются ...
...в настоящее время ...
...иногда встречаются ...
...установили, что в настоящее время ...

1948

16421

19

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА ОНУ імені І. І. МЕЧНИКОВА

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА ОНУ імені І. І. МЕЧНИКОВА

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА ОНУ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА