

10
73

К

О КРОВОТОЧИВОМЪ ВОСПАЛЕНІИ
ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

СЪ УКАЗАНІЕМЪ

НА СВЯЗЬ ЕГО СЪ ПЬЯНСТВОМЪ И ПОВАЛЬНОЕ ПОВЯЛЕНІЕ
ВЪ НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

СОЧИНЕНІЕ

НАПИСАННОЕ

ДЛЯ ПОЛУЧЕНІЯ СТЕПЕНИ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Яковомъ Кремяискимъ.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

ВЪ ТИПОГРАФІИ ЯКОВА ТРЕЯ.

Горохова, № 27/24.

1865.

64636

W 406
K-79

✓

10⁶/₇₃

**О КРОВОТОЧИВОМЪ ВОСПАЛЕНІИ
ВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ**

616.832.2

K-79

7 - ноя 2012

100 РОС - Г

СЪ УКАЗАНІЕМЪ

СВЯЗЬ ЕГО СЪ ПЯНСТВОМЪ И ПОВАЛЬНОЕ ПОЯВЛЕНІЕ
ВЪ НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

СОЧИНЕНІЕ

НАПИСАННОЕ

ДЛЯ ПОЛУЧЕНІЯ СТЕПЕНИ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Яковомъ Кремляскимъ.



N 12478.

Изд. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

Пересчет
1908 г.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.
ВЪ ТИПОГРАФИИ ЯКОВА ТРЕЙ.
Гороховая, № 2 1/2.

1865.

1950

ИЗДАНИЕ-60

7-НОЯ 2002

3008 ЯОМ - 7

Докторскую диссертацию гварья Кремянскаго «О кровооточивомъ воспа-
лении твердой мозговой оболочки», съ разрѣшенія Конференціи Император-
ской С.-Петербургской Медико-Хирургической Академіи печатать дозво-
ляется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи представлено было въ Конференцію
250 экземпляровъ означенной диссертации. Юня 9-го дня 1865 года.

Ученый секретарь Т. П. *Павловскій*.

841214

ВВЕДЕНІЕ.

Кровооточивое воспаление твердой мозговой оболочки (rachymen-
gitis haemorrhagica interna), какъ извѣстно, состоитъ въ томъ,
что на внутренней поверхности этой оболочки развиваются въслѣ-
ствие воспаления ложныя, т. е. новыя оболочки (pseudomembranae
s. neomembranae), богатая сосудами и служащая обильнымъ
источникомъ кровотеченій. Строго говоря, слѣдовало бы это воспа-
ление назвать не просто *кровооточивымъ*, а *гиперпластическимъ*
кровооточивымъ (rachymenigit. hyperplastica haemorrhagica inter-
na), потому что гиперплазія, т. е. ложныя оболочки, составляютъ
здесь преобладающій непосредственный продуктъ воспаления.
Правда кровотеченія, происходящія изъ нихъ, не относятся
прямо къ воспаленію, но за то играютъ самую главную роль въ
ряду послѣдствій этого воспаленія, поэтому для краткости рѣчи
можно ограничиться и однимъ именемъ *кровооточиваю*, тѣмъ
болѣе, что съ легкой руки Вирхова оно принято въ науки и сое-
динено съ нимъ опредѣленное понятіе о цѣломъ процессѣ анатомо-
патологическихъ измѣненій.

Прежде изложенія изслѣдованій я считаю долгомъ сказать нѣ-
сколько словъ о *причинахъ*, заставившихъ меня избрать *кровоото-*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ

чивое воспаление твердой мозговой оболочки предметом особенных занятий, темь болше, что эти причины имѣли вліяніе и на самое направление изслѣдованій.

а) Во-первыхъ, этотъ предметъ казался мнѣ весьма интереснымъ, особенно въ анатомо-патологическомъ отношеніи, и не вполнѣ еще изслѣдованнымъ какъ въ Россіи, такъ и за границей.

Множество случаевъ кровоточиваго воспаления твердой мозговой оболочки, встрѣченыхъ мною на трупахъ въ различныхъ степеняхъ его развитія и преимущественно въ скоротечной или острой формѣ, до сихъ поръ мало извѣстной, подаю мнѣ поводъ не только провѣрить подобныя изслѣдованія другимъ, извѣстныя уже въ наукѣ, но и дополнить ихъ болше опредѣленными ученіемъ объ острой формѣ этого воспаления. Я изслѣдовалъ этотъ предметъ на трупахъ и подь микроскопомъ, и въ послѣднемъ отношеніи очень обязанъ проф. Т. С. Палинскому за его участіе въ моихъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ и полезныя совѣты.

Съ симптоматологіею этого воспаления я ознакомился частью изъ литературныхъ источниковъ, частью изъ исторій болѣзни тѣхъ больныхъ, у которыхъ при вскрытіи оно мнѣ встрѣчалось.

При этомъ считаю нужнымъ замѣтить, что большая часть такихъ больныхъ находилась въ госпиталѣ съ диагнозомъ тифа, возвратной и гастрической горячекъ и т. п., что встрѣчая на ихъ трупахъ кровоточивое воспаление твердой мозговой оболочки, при томъ въ острой мало извѣстной формѣ, я заявилъ о моихъ находкахъ главному доктору госпиталя и товарищамъ, имѣвшимъ дѣло съ такими больными, и что вслѣдствіе этихъ заявленій было сдѣлано при кровати больныхъ въ первомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ, въ которомъ я занимаюсь вскрытіями труповъ, нѣсколько диагнозовъ этого воспаления, подтвержденныхъ вскрытіемъ. Не считая своею задачею изучить клиническую картину болѣзни, я предоставлялъ это клиницистамъ, а потому только для болшей опредѣленности и полноты ученія объ этомъ интересномъ предметѣ сдѣлано въ настоящемъ изложеніи нѣкоторыя указанія на клиническую картину болѣзни и извлеченія изъ госпитальныхъ замѣтокъ, сдѣланныхъ моими товарищами. Въ послѣднемъ отношеніи на первый разъ мы обязаны болше внимательнымъ клиническимъ наблюденіямъ надъ острою формою кровото-

чиваго воспаления главному доктору сухопутнаго госпиталя Н. А. Вильчковскому, его помощнику д-ру Варенухъ и нѣкоторымъ изъ моихъ госпитальныхъ товарищей, какъ то Михалеву, Малинину, Александрову, Лебедеву, Орлову, Тычино, Сирину, Масману и другимъ.

Я желалъ бы предупредить всякій вопросъ о томъ, почему я самъ не занялся изученіемъ клинической картины болѣзни. Я вскрылъ, менѣе чѣмъ въ десять мѣсяцевъ, болше тысячи труповъ и потому не только не находилъ свободнаго времени для клиническихъ занятій, но даже часто жаловалъ о недостаткѣ времени для болше подробныхъ анатомо-патологическихъ изслѣдованій. Кто понимаетъ пользу, происходящую отъ раздѣленія труда, кто цѣнитъ спеціальныя, особливо анатомо-патологическія занятія, кто знакомъ съ трудами при многочисленныхъ вскрытіяхъ труповъ, производимыхъ при томъ почти безъ всякаго помощника и при другихъ еще занятіяхъ, — тотъ, вѣроятно, не предложитъ мнѣ того вопроса, на который я сейчасъ отвѣчалъ, или по крайней мѣрѣ удовлетворится моимъ отвѣтомъ и не будетъ упрекать меня въ упушеніи.

б) Вторая важная причина, имѣвшая вліяніе на самое направление моихъ изслѣдованій, состоитъ въ томъ, что *кровоточивое воспаление твердой мозговой оболочки попадалось мнѣ на трупахъ въ огромномъ количествѣ и болшею частью въ острой формѣ, такъ что наводнило какъ бы настоящее его повальное проленіе*. Эта до сихъ поръ не слыханная эпидемія темъ болше казалась мнѣ важною, что нѣкоторыя ученые *главную причину этой болѣзни уже во многихъ отдѣльныхъ случаяхъ находили не въ воздухѣ, не въ невидимыхъ миазмахъ, а въ пьянствѣ, въ хроническомъ отравленіи алкоголемъ*. Это обстоятельство заставило меня обратить вниманіе на изученіе причинъ болѣзни и ея эпидеміи.

Съ анатомо-патологической точки зрѣнія важно было прослѣдить на трупахъ отношеніе этой болѣзни къ другимъ болѣзнямъ, или связь ея съ болѣзнями, развивающимися также вслѣдствіе пьянства.

Для нагляднаго уясненія этого вопроса я ниже представлю извлеченія изъ анатомо-патологическихъ протоколовъ моихъ вскрытій. Сознвая, что для околпаченнаго рѣшенія этого вопроса

необходимы наблюдёнія и на друиых испитателей, я поспшил публиковать объ этомъ прежде окончанія своихъ работъ, коль скоро дошли до меня слухи, что будто бы это такъ часто подмеченное мною явленіе никому болѣе въ Петербургѣ, кромѣ профессора Пилинскаго, не встрчалось даже и на трунахъ. Въ этомъ предварительномъ сообщеніи, напечатанномъ 27-го марта 1865 г. въ № 13 Медицинскаго Вѣстника, я указалъ на вѣроятныя причины этого недосмотра на трунахъ и на средства предупредить его.

За тѣмъ, по приглашенію некоторыхъ членовъ Общества Русскихъ Врачей въ С.-Петербургу, я представилъ въ засѣданіе Общества, 16-го апрѣля 1865 г., нѣсколько десятковъ твердыхъ мозговыхъ оболочекъ съ кровоточивымъ воспаленіемъ для ближайшаго и нагляднаго ознакомленія съ такимъ важнымъ предметомъ. Я сдѣлалъ при этомъ указаніе на повальное проявленіе этого воспаленія въ настоящее время въ С.-Петербургѣ и на связь его съ плеванствомъ и старался обратить вниманіе Общества какъ на недостатокъ клиническихъ наблюденій, такъ и на недосмотръ этого явленія даже на трунахъ¹⁾. Кромѣ того важность этой неслышанной эпидеміи, важность недосмотра этою явленіемъ при кровати больныхъ и даже на трунахъ побуждала меня къ скорѣйшему окончанію и опубликованію моихъ болѣе подробныхъ наблюденій и изслѣдованій, т. е. предлежащаго трактата, чтобы ускорить по крайней мѣрѣ дальнѣйшее изслѣдованіе предмета, такъ тѣсно связаннаго съ вопросомъ о народномъ здоровьи и о мѣрахъ къ его улучшенію. Представляю мои изслѣдованія въ сдѣланныхъ четырехъ отдѣлахъ, на которые они распадаются сообразно изложеннымъ причинамъ: 1) историческій очеркъ ученія о кровоточивомъ воспаленіи твердой мозговой оболочки съ критическимъ его разборомъ; 2) острая форма болѣзни; 3) хроническая; 4) причины болѣзни вообще, ея связь съ плеванствомъ и повальное проявленіе въ настоящее время въ С.-Петербургѣ.

¹⁾ Статья, прочитанная мною при этомъ, напечатана въ протоколахъ Общества и переведена потомъ на французскій языкъ, по просьбѣ доктора Ванъ-Денъ-Корпюта, профессора патологіи въ Брюсселѣ, посланнаго Бельгійскою правительствомъ, который также осматривалъ мои препараты, въ первомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ и общалъ мнѣ читать эту статью въ одной изъ Брюссельскихъ медицинскихъ газетъ.

І. Историческій очеркъ и критика.

Кровоточивое воспаленіе твердой мозговой оболочки, какъ извѣстно, принято въ наукѣ въ послѣднее десятилѣтіе для объясненія происхожденія кровоизліаній, встрѣчающихся совместно съ ложными перепонками между твердой мозговой оболочкой и паутинной, или, по прежнимъ анатомическимъ понатіямъ, между пристѣпнымъ и внутреннимъ листками паутинной оболочки (arachn. parietalis et visceralis)¹⁾, короче—въ серозной черепной полости. Это названіе (pachymeningitis haemorrhagica interna chronica) употребилъ въ первый разъ Вирховъ въ 1856 г.²⁾ въ статьѣ о кровяной опухолѣ твердой мозговой оболочки (haematoma durae matris internum) и притомъ прямо въ настоящемъ значеніи этого слова. Впрочемъ зависимость кровоизліаній, встрѣчаемыхъ въ серозной черепной полости, отъ ложныхъ перепонкъ, развивающихся здѣсь вслѣдствіе воспаленія, значительно уяснилась до Вирхова, или независимо отъ него, другими авторами и Вирхову принадлежитъ честь только развѣтъ за изобрѣтеніе самаго названія и за вліяніе его авторитета на введеніе этого названія въ науку уже въ опредѣленномъ смыслѣ. Историческія изслѣдованія объ этомъ предметѣ довольно подробно и основательно изложены Шубергомъ³⁾, Веберомъ⁴⁾ и Лансерею⁵⁾. Я привожу эти изслѣдованія болѣею частью по источникамъ и считаю нужнымъ возложить ихъ съ критическимъ разборомъ. Вообще говоря, развитіе ученія о взаимномъ отношеніи ложныхъ оболочекъ и кровоизліаній этой области совпадаетъ съ ходомъ развитія анатомо-патологическихъ и гистологическихъ изслѣдованій, сдѣланныхъ въ настоящее время, особенно въ послѣднее десятилѣтіе, а потому въ этомъ ученіи можно видѣть и отраженіе различныхъ взглядовъ, руководившихъ упомянутыми изслѣдованіями. Достаточно замѣтить, что до настоящаго почти столѣтія всѣ кровоизліанія, встрѣчавшіяся въ череп-

¹⁾ Я не принимаю существованія пристѣпнаго паутиннаго листа и употребляю выраженіе «серозная черепная полость» вмѣсто «серозная паутинная полость» (Cavitas serosa cranii pro cav. arachnoideis).

²⁾ Virchow, *Verhandl. d. med.-physic. Gesellschaft zu Wursburg*, B. 7, стр. 131.

³⁾ Schubert, *Virchow's Archiv*, 1859, B. XVI, Heft V—VI, стр. 468.

⁴⁾ Weber, *Archiv der Heilkunde*, 1860, стр. 441.

⁵⁾ Lancereux, *Arch. génér.*, nov., dec. 1862, janv. 1863.

ной полости, относили къ мозговым апоплексіям (apoplexia cerebri), при чемъ почти не обращали вниманія ни на ихъ мѣсто — положеніе, ни на источникъ происхожденія. Серр¹⁾ первый въ 1819 году отдавалъ апоплексіи мозговыхъ оболочекъ (apoplexies meningiennes) отъ собственно мозговыхъ апоплексій (apoplexies cerebrales)²⁾. За нимъ идетъ обширный рядъ наблюдений и исследований надъ различнаго рода кровотечениями, встречающимися въ черепной полости вѣдъ мозга, и особенно надъ тѣми, которыя бывають между паутинною (arachn. visceralis) и твердою мозговою оболочками. При этомъ возникаютъ вопросы о точномъ мѣстоположеніи и источникѣ послѣдняго рода кровоизліяній, особенно объ отношеніяхъ ихъ къ ложнымъ переноскамъ. Ученіе Биша³⁾ о существованіи пристыгающаго листка паутинной оболочки (arachn. parietalis), покрывающаго внутреннюю поверхность твердою оболочкою, подадо поводъ къ первому вопросу. Этотъ листокъ, допущенный Биша вслѣдствіе теоретическихъ соображеній, на самомъ дѣлѣ, какъ извѣстно, не можетъ быть показанъ въ изолированномъ видѣ на трупъ здороваго здороваго человека, и потому встрѣчавшіяся здѣсь ложныя оболочки принимали за утолщенный теоретическій листокъ Биша, а кровоизліянія, попадавшіе совместно съ переносками, опредѣляли мѣсто между этими пристыгнутыми листкомъ паутинной оболочки и твердою мозговою оболочкою, то между листками паутинной оболочки (cavitas arachnoidalis)⁴⁾. Некоторые исследователи тѣмъ съ большею охотою давали мѣсто этимъ кровоизліяніямъ между пристыгнутымъ листкомъ паутинной оболочки и твердою оболочкою, что въ листкахъ паутинной оболочки видѣли такую бѣдность въ большихъ кровеносныхъ сосудахъ, которая ни какъ не гармонировала съ огромными кровоизліяніями, встречающимися между этими листками, а потому источника кровоизліяній они искали въ сосудахъ твердой мозговой оболочки подъ пристыгнутымъ листкомъ. Вальарже также принималъ пристыгнутый листокъ паутинной оболочки и считалъ бѣдность ея въ кровеносныхъ сосудахъ, но онъ доказалъ, что эти кровоизліянія имѣють свое мѣстоположеніе не между твердою мозговою оболочкою и пристыгнутымъ паутиннымъ лист-

¹⁾ Serres, *Annuaire méd.-chir. des hôp.*, Paris, 1819.

²⁾ Bichat, *Traité des membranes*, Paris, 1802.

³⁾ *Arch. gén. de méd.*, t. 5, 2 sér., 1834.

комъ, а между обоими паутинными листками, въ серозномъ мѣстѣ Биша. Онъ за причину или за источникъ кровоизліяній принялъ не разрывъ сосудовъ, а просачиваніе крови изъ мелкихъ сосудовъ, или испареніе крови (exhalation sanguine), и ложныя оболочки производилъ изъ организованія этихъ самостоятельныхъ предварительно послѣдовавшихъ кровяныхъ скопищ¹⁾. Такимъ образомъ Вальарже насчетъ мѣста кровоизліяній приблизился къ истинѣ, но въ отношеніи ихъ источника и отношенія къ ложнымъ переноскамъ принялъ мнѣніе, совершенно противное тому, которое мы нынѣ защищаемъ. Главная основа ученія его объ отношеніи ложныхъ переносокъ къ кровотечениямъ заключается въ томъ, что источника кровотеченій онъ ищетъ не въ разрывѣ сосудовъ, а въ просачиваніи или испареніи крови. Такъ какъ онъ признаетъ бѣдность паутинной оболочки въ большихъ сосудахъ, разрывомъ которыхъ можно бы объяснить эти кровяныя скопища, и вообще въ мозговыхъ оболочкахъ не находитъ никакихъ разрывовъ сосудовъ для объясненія, то ему необходимо было или принять просачиваніе крови изъ капилляровъ и признать ложныя оболочки за послѣдательное явленіе, или искать источника кровотеченій въ самихъ ложныхъ оболочкахъ. Мнѣнія этого ученаго долго господствовали въ наукѣ и хотя въ настоящее время они отжили свой вѣкъ, тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ проявляются въ некоторыхъ случаяхъ. Дюранъ-Фардель въ 1854 году говорить о просачиваніи крови изъ сосудовъ мягкой мозговой чрезъ внутреннюю пластинку паутинной оболочки (arachn. visceralis) въ серозную черепную полость (cavitas arachnoidalis)²⁾. Лансере, писавшій въ концѣ 1862 г. свое сочиненіе о занимающемъ насъ предметѣ³⁾, также допускаетъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки одинъ видъ кровотеченій вслѣдствіе просачиванія крови (exhalation sanguine), а именно при тифѣ, тяжелой оспѣ, скорбутѣ и во всѣхъ случаяхъ, когда глубоко измѣненъ составъ крови. Въ недавнее наконѣцъ время два молодыхъ французскихъ профессора, осматривая мои препараты кровотоочиваго воснашенія твердой мозговой оболочки въ первомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ, вспомнили съ

¹⁾ Baillarger, *Arch. gén. de méd.*, t. 5, 2 sér., 1834.

²⁾ Durand-Fardel, *Traité clin. et prat. des malad. d. vieillards*, Paris, 1854, стр. 176.

³⁾ Lancereux, l. c.

важністю о воззрѣніяхъ Балъярже, и хотя рядъ представленныхъ мною грубыхъ и микроскопическихъ препаратовъ заставлялъ ихъ не придавать большаго значенія прежнимъ воззрѣніямъ, но уже самое заявленіе ихъ объ ученіи, которое я считалъ мертвымъ, какъ о живомъ не мало меня удивило, а потому я здѣсь и обращаю особенное вниманіе на это ученіе. Во первыхъ нужно помнить, что простое просачиваніе крови (diapedesis s. exhalatio), по словамъ Вирхова ¹⁾, можно было принимать до тѣхъ поръ, пока на кровь смотрѣли какъ на простую жидкость, безъ форменныхъ элементовъ, по сѣ тѣхъ поръ, какъ открыли въ ней кровяные шарикки, необходимо допустить при всакомъ кровозаліаніи отверстія въ сосудахъ, по крайней мѣрѣ такой величины, чтобы чрезъ нихъ могли выйти кровяные шарикки изъ сосудовъ, и потому въ этихъ случаяхъ нужно принимать не простое просачиваніе, а разрывъ или раздѣленіе въ стѣнкахъ сосудовъ. Тѣмъ не менѣе, не довольствуясь этимъ, нѣкоторые, особенно практическіе врачи, говорятъ о кровяныхъ вынотахъ, которые обуславливаются будто бы не разрывомъ сосудовъ, а болѣзнію крови, какъ и Лансеро при тифѣ и скорбутѣ и т. п.

Если и допускать просачиваніе крови, то не иначе, какъ въ томъ только смыслѣ, что здѣсь просачивается уже не кровь, а жидкія части ея съ красящимъ веществомъ, т. е. съ растворившимся въ этой жидкости кровяными шариками, что составляетъ не *кровоной вынотъ*, а только *кровоистый вынотъ* или, вѣрнѣе сказать, *красной вынотъ*. При такомъ красномъ вынотѣ, само собою разумѣется, не можетъ быть и рѣчи о кровотеченіяхъ и онъ дѣйствительно указываетъ на разложеніе крови внутри кровеносныхъ сосудовъ. Это явленіе встрѣчается при разложеніи крови въ сосудахъ, закупоренныхъ кровяными пробками, т. е. послѣ пресраженія движенія крови въ сосудахъ, напр. при автономотъ огнѣ, особенно старческомъ, при тромбахъ венъ, при чемъ замѣчается вокругъ стѣнокъ сосудовъ краснота. Изъ этихъ примѣровъ должно быть понятно, что *красной вынотъ* служитъ *выраженіемъ мысленаго измѣненія крови въ сосудахъ или въ нѣкоторой области сосудовъ, а не общаго разложенія крови во всѣхъ сосудахъ, во цѣломъ организмѣ*; потому что въ противномъ случаѣ

¹⁾ *Руководство къ частной патологій и терапій Вирхова*. Переводъ Дельковскаго и Чешчина. Киевъ, 1859, стр. 209.

красній вынотъ показывался бы по направленію сосудистыхъ стѣнокъ, при томъ разомъ въ такомъ видѣ, въ вѣсколькихъ мѣстахъ, пронзая бы сильное измѣненіе въ цѣлѣ и строеніи органовъ, богатыхъ сосудами (напр. печень, почки) и съ рыхлымъ строеніемъ ткани (селезенка, желѣзы и слизистыя оболочки), и явше всего бы замѣчался на блѣлыхъ тканяхъ, наприм. въ мозгу; по подобныхъ измѣненій въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ обыкновенно говорятъ о кровяномъ вынотѣ, никогда, кажется, не замѣчали; да едва ли возможны такіе случаи, т. е. едва ли возможна жизнь организма при томъ общемъ разложеніи крови, которое необходимо производитъ общій кроваистый вынотъ. Изъ этого слѣдуетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ обыкновенно говорится о кровяномъ вынотѣ, наприм. даже при скорбутѣ, должно имѣть въ виду не вынотъ, а кровотеченіе или вынотъ съ кровотеченіемъ, или что вообще въ такихъ случаяхъ происходятъ болѣе сложныя явленія, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Если бы послѣдователи Балъярже удумались въ этотъ предметъ, и при анатомопатологическихъ изслѣдованій употребляли микроскопъ, то они безъ сомнѣнія увидѣли бы, что кровь, встрѣчающаяся въ серозной черешной полости и заключающая въ себѣ кровяные шарикки, не можетъ явиться здѣсь вслѣдствіе вынота или выпариванія безъ разрыва сосудовъ, что за бѣдностью сосудовъ въ паутинномъ листкѣ, на которую указываетъ самъ Балъярже, должно искать источника кровотеченій въ новообразованныхъ сосудахъ или дожимачъ перепонкахъ, встрѣчающихся совместно съ этими кровозаліаніями, а слѣдовательно самыя эти перепонки должно принимать не за слѣдствіе кровозаліанія, но за ихъ источникъ, появленіе оболочечъ считать явленіемъ предшествующимъ кровозаліанію, а не наоборотъ. Вопросъ объ организаціи крови уничтожается въ этомъ случаѣ самъ собою или по крайней мѣрѣ становится излишнимъ, неумѣстнымъ.

Ученіе Рокитанскаго, подобно ученію Балъярже, основанное безъ дальнѣйшихъ соображеній преимущественно на организаціи крови ¹⁾, долго господствовало въ Германіи. Оба эти ученія съ болѣею или меньшею силою отражались во всѣхъ изслѣдованіяхъ почти до послѣдняго десятилѣтія, наприм. у Буда ²⁾,

¹⁾ Rokitansky, *Spec. path. Anat.*, 1844, I, стр. 710.

²⁾ Boudet, *Journ. des connets. méd.-chirurg.*, 1838 и 1839.

Обанеля ¹⁾, Леманра ²⁾, Рилле и Бартеза ³⁾, Прю ⁴⁾ и друг. Некоторые авторы, как то Гризоль ⁵⁾, Гарди и Бейе ⁶⁾, производили ложкия оболочки не из организирования крови, а из воспалительнаго экссудата, но также припимали, что кровонизание здесь предшествует ложкым оболочкам и что оно уже вызывает раздраженіе и воспаленіе пристыжнаго листка паутинной оболочки, производящее в свою очередь ложкия оболочки.

Но Лансеро уже Пинель ⁷⁾, Байль ⁸⁾ и Аберкромби ⁹⁾ говорили о воспаленіи на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, но только Крювелье ¹⁰⁾ и Калмейль ¹¹⁾ утвердили во Франціи ученіе о томъ, что ложкия оболочки происходят здесь вследствие воспаленія и что они предшествуют кровонизаніямъ и служить для нихъ источникомъ. Лансеро приводит ¹²⁾ наблюденія Гено-де-Мюсси, сдѣланныя еще въ 1836 и не опубликованныя до времени Лансеро, въ которыхъ этотъ ученый рассматриваетъ отношеніе ложкыхъ оболочекъ къ кровонизаніямъ въ такомъ же видѣ, въ какомъ и мы это разматриваемъ, и въ которыхъ самый процессъ носить названіе кровотоичнаго воспаленія мозговой оболочки (*méningite hémorragique*). Замѣчательны также въ этомъ отношеніи выраженія, встрѣчаемыя у Прю. Въ сочиненіи, напечатанномъ еще въ 1845 году, онъ говоритъ, что такъ какъ принимаютъ кровотоичное воспаленіе грудной плевры, брюшины, словомъ серозныхъ оболочекъ, то сдѣлалось бы и тѣ случаи, въ которыхъ кровотоиченіе совместно съ ложкими перепонками встрѣчаются на паутинной оболочкѣ (*arachn. parietal*), называть также кровотоичнымъ воспаленіемъ, а не апоплексіею мозговыхъ оболочекъ, или наоборотъ подобныя явленія на грудной плевры и

¹⁾ Aubanel, *Annal. méd.-psycholog.*, t. XI, 1843.

²⁾ Legendre, *Revue méd.*, 1842—1843.

³⁾ Billiet et Barthez, *Gazette méd.*, 1842, стр. 703—723 и *Traité des malad. des enfants*, t. II, 2 éd., стр. 247, 1853.

⁴⁾ Prus, *Mém. de l'acad. de méd.*, 1845, t. II, стр. 49.

⁵⁾ Grisollet, *Traité de pathol. interne*, 7 édit.

⁶⁾ Hardy et Béhier, *Traité élém. de pathol. interne*, t. III, стр. 430, 1855.

⁷⁾ Pinel, *Nosographie philosophique*, 6 éd., t. II, стр. 405.

⁸⁾ Bayle, *Traité des malad. du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826.

⁹⁾ Abercrombie, *Traité des malad. de l'encéph.*, 2 éd., trad. de M. Gendrin.

¹⁰⁾ Cruveilhier, *Atl. d'anat. path.*, livr. 33, стр. 8 и *An. path.*, t. III, стр. 516, 1856.

¹¹⁾ Calmeil, *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, Paris, 1859.

¹²⁾ *Arch. gén. de méd.*, nov. 1862, стр. 327.

брюшинѣ называть апоплексіями ¹⁾. Жаль, что этотъ изслѣдователь не развилъ даже своей мысли и подчинилъ свои взгляды подавляющему авторитету господствующаго ученія, но достаточно и этого, чтобы видѣть, что мысль о кровотоичномъ воспаленіи въ мозговой области выражена гораздо раньше Вирхова. Наконецъ Гельшъ, въ своей патологической анатоміи, напечатанной еще въ 1855 году, сдѣловательно цѣлымъ годомъ раньше статьи Вирхова, положительно говоритъ противъ Рокитанскаго, что ложкия перепонки, встрѣчаемыя совместно съ кровонизаніями на пристыжномъ листкѣ паутинной оболочки, развиваются прежде кровонизаній и даютъ начало послѣднимъ, а не наоборотъ ²⁾. Конечно странно, что Вирховъ выступаетъ въ своей статьѣ какъ бы совершенно съ новымъ, неслыханнымъ до него ученіемъ и не упоминаетъ ни о Гельшѣ, ни о другихъ авторахъ, имѣвшихъ сходима съ нимъ воззрѣнія, а только возражаетъ противъ Рокитанскаго. Это можно объяснить только тѣмъ, что Вирховъ, кажется, первый изъ патологовъ принялъ отсутствіе пристыжнаго листка паутинной оболочки и потому весь разматриваемый процессъ отнесъ не къ паутинной оболочкѣ, а къ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, и избобръ для этого новый терминъ, но такое гистологическое воззрѣніе гораздо лучше разработано гистологами Кёландеромъ ³⁾ и Лушка, чѣмъ Вирховомъ.

Остается наконецъ показать, что Вирховъ по видимому не исполнилъ высказаннаго въ упомянутой статьѣ общанія; что опъ въ другое время поговорилъ собственно о кровотоичномъ этомъ воспаленіи ⁴⁾, или можетъ быть и не могъ доискаться въ литературѣ сдѣловъ этихъ общанныхъ сообщеній. Самая важная заслуга Вирхова состоитъ въ томъ, что въ силу его авторитета нѣмецкіе ученые почти безусловно покорились высказанному имъ ученію. Затѣмъ его развили Гассе ⁵⁾, Шубергъ ⁶⁾, Веберъ ⁷⁾ и Гризингеръ ⁸⁾. Второй и послѣдній трактуютъ преимущественно о кровныхъ опухолахъ твердой мозговой оболочки и о клиниче-

¹⁾ Prus, *l. c.*, стр. 56.

²⁾ Heschl, *Comp. der allgem. und spec. Path.* Wien, 1855, стр. 291.

³⁾ Kölliker, *Histol. humaine*. Trad. de M. M. Sée et Béclard, стр. 346, 1856.

⁴⁾ Virchow, *l. c.*, стр. 133.

⁵⁾ Hasse, *Handb. d. spec. Path.* von Virchow, 1858; стр. 441.

⁶⁾ Schberg, *l. c.*

⁷⁾ G. Weber, *l. c.*

⁸⁾ Griesinger, *Arch. d. Heilk.*, 1862, стр. 33.

свой картинъ болѣзни. Веберъ, писавшій тоже о кровавой опухоли твердой мозговой оболочки, занимается исключительно анатомо-патологическимъ исследованиемъ постепеннаго развитія этихъ кровоизліяній, разумеется изъ ложныхъ перепонокъ, принятыхъ имъ за продуктъ воспаления. Онъ весьма подробно описываетъ постепенное образование кровоизліянія отъ точечныхъ формъ до настоящихъ кровавыхъ опухолей, но при этомъ при протоколахъ вскрытій не приводитъ почти видѣ клиническихъ замѣтокъ. Последнее обстоятельство весьма важно какъ для опредѣленія вѣрнѣе мало развитой формы кровотоочиваго воспаления на явленія при жизни, такъ и для того, чтобы подытичь начало этого процесса. Читая протоколы Вебера, часто трудно опредѣлить, съ чѣмъ имѣть онъ дѣло: съ недавнимъ ли процессомъ, такъ сказать — острымъ, или съ хроническою формою мало развитою (задержанною на пути своего развитія). Принимая въ расчетъ съ одной стороны отсутствіе клиническихъ замѣтокъ, а съ другой обращая вниманіе на описаніе цѣта патенъ въ ложныхъ перепонкахъ и на то, что Веберъ находитъ здѣсь много пигмента, легко придти къ заключенію, что болѣею частью онъ описываетъ не свѣдѣль, а давнишій процессъ, т. е. хроническую форму, мало развитую или остановившуюся въ своемъ развитіи. Эти, кажется, обстоятельства подали поводъ (Ремайеру ¹⁾) заподозрить ученіе, защищаемое Веберомъ, и признать недозволеннымъ, что ложныя оболочки развиваются здѣсь не изъ кровяной жетрвазата, предшествовавшаго ихъ появленію. При всѣхъ дѣланныхъ до сихъ поръ изслѣдованіяхъ, по словамъ Ремайера, ложныя перепонки представляются уже значительно организованными и сильно пигментированными на всемъ протяженіи, а это последнее указываетъ на ихъ геморрагическое происхожденіе.

Въ самомъ дѣлѣ въ возрѣзніяхъ Ремайера есть нѣкоторая доля силы и основательности; потому что для доказательства, что ложныя оболочки предшествуютъ кровоизліяніямъ и служатъ источникомъ послѣднихъ, а не наоборотъ, необходимо прослѣдить развитіе процесса съ самыхъ первыхъ его ступеней, доказать процессъ развитія ложныхъ перепонокъ вслѣдствіе воспаления, показать молодя и живая перепонки безъ кровоизліяній или пигмента, либо только съ незначительными свѣзками кровоизліяній, не усил-

¹⁾ Remayer, *Viertel. Archiv*, Bd. XXIV, Heft I—II, стр. 223, 1862.

шимъ еще перейти въ пигментъ. Гассе, писавшій о томъ же, кажется, рѣше Вебера, лучше его разъясняетъ этотъ предметъ. Мои наблюденія въ этомъ случаѣ служатъ также прямымъ отвѣтомъ на подобныя требованія. Веберъ не удовлетворяетъ имъ, а между тѣмъ въ приводимыхъ имъ анатомо-патологическихъ протоколахъ повидимому хотѣлъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ доказать, что имѣлъ дѣло съ самымъ первоначальнымъ развитіемъ этого процесса, для чего дѣлаетъ мѣстами натяжки, наприм. въ протоколѣ тринадцатомъ онъ описываетъ весьма длинный рядъ анатомо-патологическихъ измѣненій въ разныхъ органахъ, за исключеніемъ твердой мозговой оболочки, а о послѣдней только говоритъ, что она нѣсколько толще (*etwas dicker*) и на внутренней ея поверхности слегка обозначаются сосуды (*schwach vascularisirt*) ¹⁾. Миръ даже странно, зачѣмъ Веберъ помѣстилъ это наблюденіе, потому что его нельзя приложить къ дѣлу. — Наконецъ въ дополненіе историческаго обзора ученія о кровотоочивомъ воспаленіи твердой мозговой оболочки въ Германіи я упомяну о послѣднихъ наблюденіяхъ Штроемера ²⁾, въ которомъ онъ описываетъ его подъ именемъ подсерознаго воспаления пристѣннаго листка паутинной оболочки (*arachnitis parietalis subserosa*) и ложную перепонку принимаемъ за утолщенный теоретическій листокъ Вина. Это подсерозное воспаленіе излагается и доказывается Штроемеромъ такъ странно и наивно, что не заслуживаетъ даже опроверженія, тѣмъ болѣе, что противъ подобнаго ученія уже находится опроверженія у Бальзарже ³⁾. Изъ этихъ указаній видно, что въ Германіи въ послѣднее время рядомъ съ развитіемъ новаго ученія появилось недоверіе къ нему и даже возникли мѣтвы, не выносившія здравой критики уже во времена Бальзарже. Въ то же время во Франціи новыя взгляды объ отношеніи между ложными перепонками и кровоизліяніями, встрѣчаемыми на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, развились гораздо познѣе, чѣмъ въ Германіи, при помощи работъ Брюне ⁴⁾, Вульпіана и Шарко ⁵⁾ и особенно Лансереа ⁶⁾. Жаль только, что всѣ французскіе наслѣдователи под-

¹⁾ Weber, *l. c.*, стр. 433.

²⁾ Strömeyer, *Deutsche Klin.*, 1860, стр. 18.

³⁾ Bailarger, *l. c.*

⁴⁾ Brunet, — Rech. sur les néonembranes et les kystes de l'arachnoïde. Thèse, Paris. (*Ann. Journ.*, III, стр. 4).

⁵⁾ Charcot et Vulpian, *Gazette hebdom.*, 1860, стр. 728, 780, 821.

⁶⁾ Lancereaux, *l. c.*

чинились влізши Шваповской теоріи о свободномъ зарожденіи кѣточекъ (*generatio equevoca*) въ безформенной жидкости и потому при изслѣдованіи первоначальнаго образованія перепонки не руководствуются, вѣроятно, безпристрастнымъ наблюденіемъ, а допускають странныя фантазіи, которыя особенно красиво и подробно изложены Брюне, а отъ него перешли къ Лансеро. Въ Англіи существуютъ, кажется, такія же мнѣнія объ этомъ предметѣ, какъ и во Франціи, по крайней мѣрѣ это видно изъ сочиненія Огд¹⁾. Впрочемъ фантазіи о свободномъ зарожденіи и развитіи кѣточекъ въ безформенномъ акулають не уменьшаютъ достоинства французскихъ изслѣдованій во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, и сочиненіе Лансеро, на которое я уже не разъ ссылался, безъ сомнѣнія, лучшее донинѣ въ Европѣ изъ всѣхъ сочиненій по этому предмету. Одно остается замѣтить, что во всѣхъ этихъ сочиненіяхъ не обращено надлежащаго вниманія на острую форму этого воспаления, или на явленія, сопровождающія первое и быстрое его развитіе; самъ Лансеро трактуетъ объ этомъ воспаленіи только какъ о хроническомъ процессѣ и даже не берется доказывать, что перепонки развиваются вслѣдствіе воспаления. Въ этомъ отношеніи у него почти такія же ушущенія, какъ и у Вебера, хотя онъ почти первый обратилъ надлежащее вниманіе на причины болѣзни и на связь ея съ плевнствомъ.

Что касается Россіи, то я не могу опредѣлительно сказать, какія именно мнѣнія объ этомъ предметѣ у насъ господствовали. По всѣмъ даннымъ слѣдуетъ предположить, что на насъ отражались съ большею или меньшею силою колебанія западныхъ воззрѣній, тѣмъ болѣе, что въ Россіи долго преобладали иностранные представители науки, болѣею частью нѣмцы исповѣдатели мнѣній своихъ соотечественниковъ. Блѣдность русской медицинской литературы долго ощущалась не только по отдѣлу анатомо-патологическихъ изслѣдованій, но и по всѣмъ отдѣламъ медицины, пока надъ нею тяготѣли иностранные медики, пренебрегавшіе русскимъ языкомъ и русскою наукою.

Какъ бы то ни было, но изъ повѣстныхъ сочиненій о занимающемъ насъ предметѣ вытекають слѣдующія общія о немъ положенія, господствующія въ наукѣ въ послѣднее время.

¹⁾ Ogle, *Arch. of medic.*, t. I, стр. 277 и II, стр. 85 (*Schmidt's Jahrb.*, Bd. 112, стр. 172, 1861.

а) Относительно мѣстоположенія кровотоочиваго воспаления принято мнѣніе, что оно принадлежитъ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, потому что существованіе пристычнаго листка паутинной оболочки отвергнуто, согласно ученію Калликера, Гелле и Лунка. Полость, ограниченную съ одной стороны твердою мозговою оболочкою, а съ другой паутинною, можно назвать для краткости рѣчи серозною черепною полостью (*cavitas cranii serosa*).

б) Относительно источника крововизаній, встречающихся въ этой полости, и связи ихъ съ ложными перепонками должно принять два главныхъ отдѣла крововизаній: ¹⁾ одинъ къ которому будутъ относиться крововизанія, происходящія безъ участія ложныхъ перепонки, не имѣющія никакой генетической связи съ ними, ²⁾ другой, обнимающій всѣ крововизанія, источникомъ которыхъ служатъ ложныя перепонки, развивающіяся на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки вслѣдствіе воспаления.

Первый отдѣлъ ^{а)} можно подраздѣлить еще на два другія отдѣленія, смотря потому, происходятъ ли кровотеченія изъ большихъ сосудовъ, проходящихъ въ толщѣ стѣнокъ серозной черепной полости, изъ сосудовъ мягкой мозговой оболочки и даже мозговыхъ (при разрывѣ периферическихъ частей мозга и его оболочки), или изъ малыхъ сосудовъ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Этотъ отдѣлъ крововизаній близко подходитъ къ разбираемому нами предмету и потому я постараюсь въ свою очередь показать различіе между этими двумя главными отдѣлами кровотеченій. Въ первомъ случаѣ главное то, что кровотеченія происходятъ вдругъ и въ количествѣ весьма обильномъ, при чемъ можно найти разрывы большихъ сосудовъ и поврежденіе около лежащихъ частей, кровь же обыкновенно стекаетъ на основаніе мозга, по крайней мѣрѣ въ болѣе своей массѣ. Такія кровотеченія являются обыкновенно вслѣдствіе травматическихъ причинъ или атероматознаго перерожденія сосудовъ. Страданія мозга, вызываемыя (обыкновенно) этими внезапными обильными крововизаніями, такъ сильны, что болѣе скоро умирають и вообще прежде, чѣмъ кровь успѣетъ подвергнуться обыкновеннымъ регрессивнымъ измѣненіямъ.

Во всякомъ случаѣ кровь и здѣсь никогда не организуется и раздраженіе, производимое ею, весьма рѣдко успѣваетъ вызвать

воспаление внутренней поверхности твердой мозговой оболочки съ ложными оболочками. Впрочемъ объ этомъ послѣднемъ обстоятельстве я упомяну еще при разборѣ хронической формы кровотоочиваго воспаления.

Къ второму подраздѣленію перваго отдѣла кровотооченій должно отнести кровяныя подтеки, встрѣчающіеся на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки при общемъ тяжкомъ страданіи организма, наприм. въ тифѣ, скорбутѣ и т. п., но о происхожденіи такихъ подтековъ вслѣдствіе разрыва мелкихъ сосудовъ, а не просачиванія крови по Янсеро (exhalation sanguine), я уже сказалъ выше; здесь же только прибавлю, что во многихъ изъ этихъ случаевъ есть поводъ подозрѣвать присутствіе иѣжныхъ ложныхъ перепонокъ, изъ сосудовъ которыхъ происходитъ кровоизліаніе; оболочекъ не замѣтили вслѣдствіе недостаточнаго вниманія къ этому предмету особенно старыхъ наблюдателей. Правда, что и точные наблюдатели, какъ Грингеръ или Лебертъ, упоминаа о кровяныхъ подтекахъ, встрѣчаемыхъ при тифѣ, не упоминаютъ о ложныхъ перепонкахъ, но за то наприм. Гассе находилъ ихъ при тифѣ, равно какъ и мои наблюденія болышею частію относятся къ тифознымъ больнымъ.

Впрочемъ несомненно и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ при тифѣ встрѣчаются здѣсь упомянутыя подтеки въ то время, когда итъ и слѣда перепонки; есан же другіе наблюдатели ихъ встрѣчали въ такомъ видѣ чаще, чѣмъ я, то это могло зависѣть совсѣмъ отъ другихъ причинъ, о которыхъ я между прочимъ буду говорить въ другомъ мѣстѣ этого трактата.

β) Наконецъ второй отдѣлъ кровоизліаній, встрѣчаемыхъ въ серозной черепной полости, заключаетъ въ себѣ всѣ тѣ случаи, когда встрѣчаются ложныя перепонки совместно съ кровоизліаніемъ, причемъ первыя равняются вслѣдствіе воспаления и служатъ источникомъ кровоизліаній. Это самый частый и особенно важный отдѣлъ кровоизліаній этой области.

Изученіе изложеннаго историческаго развитія и современнаго состоянія ученія объ этомъ предметѣ привело меня къ убѣжденію, что настоящія изслѣдованія не будутъ лишними, особенно въ видахъ большаго его успѣшя.

II. Острое кровотоочивое воспаление твердой мозговой оболочки (pachymeningitis haemorrhagica interna acuta).

Острое кровотоочивое воспаление внутренней поверхности твердой мозговой оболочки на трупѣ вообще характеризуется присутствіемъ свободнаго выпота, или серознокровянистой жидкости, въ серозной черепной полости, совместно съ усиленнымъ размноженіемъ эпителіальныхъ клеточекъ твердой мозговой оболочки, съ переходомъ молодыхъ клеточекъ то въ разрушеніе, то въ стойкую ткань, и при томъ съ кровотооченіемъ изъ сосудовъ новообразовавшейся иѣжной ткани. Изъ этого опредѣленія видно, что процессъ остраго кровотоочиваго воспаления довольно сложенъ и состоитъ изъ двухъ различныхъ, но тѣсно связанныхъ между собою, явленій, а именно: 1) изъ общаго явленія остраго воспалительнаго процесса, какъ-то: выпота и усиленнаго размноженія клеточекъ, съ тою притомъ особенностью, что между непосредственными продуктами воспаления развитіе стойкой ткани изъ молодыхъ клеточекъ преобладаетъ надъ ихъ разрушеніемъ, и 2) изъ кровотооченія, происходящаго изъ сосудовъ новой ткани, — явленія, независящаго прямо отъ воспаления, но развивающагося вслѣдствіе особенныхъ болѣе и менѣе самостоятельныхъ условий, причяляющихъ поврежденіе стѣнокъ сосудовъ новообразованной ткани. Короче сказать, при этомъ процессѣ быстро образуются вслѣдствіе воспаления ложныя перепонки и въ то же время изъ сосудовъ этихъ перепонокъ происходятъ кровотооченія. Строго говоря, сначала происходитъ только острое гиперпластическое воспаление и за тѣмъ уже присоединяются кровотооченія изъ сосудовъ новообразованныхъ тканей; но главное при этомъ то, что кровотооченія присоединяются къ воспаленію въ самомъ остромъ его періодѣ, какъ только успѣли образоваться иѣжныя ложныя оболочки, что кровотооченія сопровождаютъ этотъ острый періодъ.

04636

Имя. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

теплым, быстрый и усиленный ход размножения тканей и придают всей картине явлений особенный характер. Эти-то обстоятельства и дают полное право назвать весь процесс острым кровотоковым воспалением, подобно тому, как Вирхов дал название хроническому кровотоковому воспалению процессу, вследствие которого происходят мало по малу обширные кровотечения из старых ложных оболочек.

Для уяснения этой особенной, малоизвѣстной формы воспаления слѣдуетъ обратить вниманіе на все роды воспаления, могущіе развиваться на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Такъ какъ на другихъ свободныхъ поверхностяхъ оболочекъ, выступающихъ закрытыя полости, принимаютъ въ наукѣ три главныхъ вида воспаления, сообразно преобладаію непосредственныхъ продуктовъ воспаления: выпота, разрушенія или стойкой твани, то и здѣсь слѣдовало бы принять выпотное, стойкое и гиперпластическое воспаление съ дальнѣйшими подраздѣленіями; но до сихъ поръ доказано несомнѣнное существованіе только одного воспаления гиперпластическаго, особенно гиперпластическаго кровотоковаго, или, какъ его называютъ для краткости, просто кровотоковаго. Вообще предметъ этотъ мало изслѣдуванъ.

Я не считаю уместнымъ обращаться за разъясненіемъ его къ старымъ авторамъ, какъ Пинель и Аберкомби, писавшимъ о воспаленіи твердой мозговой оболочки, потому что у нихъ нѣтъ той опредѣленности понятій воспаления и его подраздѣленій, какая при этомъ предметѣ необходима; да и наблюденія ихъ производимы были большею частью безъ надежной точности, безъ микроскопа и подъ вліяніемъ предубѣжденій объ organizovanii крови или выпотовъ и т. п. Пинель рассматриваетъ воспаление пристѣнаго листка паутинной оболочки на ряду съ другими серозными оболочками и не дѣлаетъ въ этомъ отношеніи почти никакого различія; во изъ такого описанія нельзя вывести ничего опредѣленнаго. Позднѣйшіе французскіе авторы (Брюе, Лиссеро) говорятъ при описаніи воспаления этой области о пластическомъ выпотѣ, который быстро организуетъ въ ложныя перепонки, служащія въ послѣдствіи источникомъ кровотеченій, т. е. о воспаленіи съ

преобладающимъ развитіемъ стойкихъ тканей, служащихъ источникомъ кровотеченій. Подъ эту же категорію подходятъ описанія пластическаго выпота, встречаемыя нами у Огя и частью у Гассе. Что же касается жидкаго выпота, то Вирховъ указываетъ на рѣдкость его, какъ на доказательство различія внутренней поверхности твердой мозговой оболочки отъ серозной поверхности грудной плевы, брюшины и суставовъ; потому что, какъ извѣстно, на этихъ послѣднихъ поверхностяхъ жидкій выпотъ составляетъ самое частое и обыкновенное явленіе, напр. при остромъ воспаленіи суставовъ и т. п. Правда Вирховъ не отвергаетъ возможности выпота и въ изслѣдуемой области, но допускаетъ его лишь какъ рѣдкое исключеніе. Ученые въ Германіи не только не принимаютъ преобладаія жидкаго выпота при воспаленіи внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, но даже сомнѣваются въ возможности водянки въ этомъ мѣстѣ, какъ выражается Гассе (l. c.).

Что касается нагноенія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, то въ этомъ явленіи, кажется, еще болѣе должно сомнѣваться, по крайней мѣрѣ я считаю себя въ правѣ такъ думать на основаніи собственныхъ наблюденій и указаній литературы. Лиссеро и Леберъ ссылаются въ этомъ отношеніи на одно наблюденіе, описанное у Аберкомби, но оно по своей неясности и неопредѣленности не заслуживаетъ большого вниманія. Лиссеро между прочимъ положительно говоритъ, что нагноеніе весьма рѣдко происходитъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки и старается даже объяснить эту особенность строеніемъ и бѣдностью сосудовъ этой области. Какъ бы то ни было, но мнѣ при многочисленныхъ изслѣдованіяхъ дѣйствительно ни разу не удалось убѣдиться въ образованіи гнойныхъ шариковъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки ни при собственно кровотоковомъ воспаленіи, ни при одновременномъ пораженіи мозга или костей черепныхъ костей и гнойномъ воспаленіи наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Особенно замѣчательно въ этомъ отношеніи одно изъ моихъ наблюденій, въ которомъ было одновременно кровотоковое и гнойное воспаленіе внутренней поверхности твердой мозговой оболочки и гнойное воспаленіе наружной ея поверхности на одной правой

сторону при костюль костей височной и темной. Подробный протокол вскрытия я приведу в другомъ мѣстѣ, а здѣсь только замѣчу, что, встрѣивъ массу свѣжаго гноя на наружной поверхности твердой мозговой оболочки, я обратилъ особенное внимание на внутреннюю поверхность ея, преимущественно на мѣстѣ соответствующемъ паружному пагошею, и особенно тщательно искалъ *) на немъ гноя, но не нашелъ гнойныхъ шариковъ. Правда въ некоторыхъ подобныхъ случаяхъ, напр. при костюль каменной кости, съ одностороннимъ ограниченнымъ гнойнымъ воспаленіемъ шариковъ поверхности твердой мозговой оболочки, и при гнойномъ воспаленіи мягкой мозговой и самого мозга случается видѣть на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки гнойные шарики, но въ этихъ случаяхъ обыкновенно нельзя доказать, что гной не попалъ съ наружной поверхности или изъ-подъ раздѣленной паутинной и мягкой оболочки. Такимъ образомъ вообще, кажется, должно принять, что на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки при остромъ воспаленіи быстрое образование стоеккай тканей преобладаетъ надъ разрушеніемъ и что послѣднее проявляется не въ видѣ гноя, а въ видѣ жировыхъ шаровъ или жирового перерожденія старыхъ и молодыхъ кѣлочекъ. Это значитъ, что въ этой области развивается почти исключительно гиперпластическое воспаление и при

*) Эти изслѣдованія состояли въ томъ, что я, установивши прежде вскрытія твердой мозговой оболочки микроскопъ, осторожно вскрывалъ ее, не повреждая при этомъ паутинной и мягкой оболочки; потомъ, не кончая разрѣза, собирая на предметное стекло свѣтложелтоватую мутную жидкость, вытекающую изъ-подъ нея и подъ микроскопомъ вѣшалъ въ этой жидкости много красныхъ кровяныхъ шариковъ, группы овальныхъ кѣлочекъ то съ двѣнадцатыи ядрами, то съ мелкозернистымъ содержимымъ, также много большихъ мелкозернистыхъ шаровъ, пресокондишихъ по величинѣ почти въ четыре обыкновенные гнойные шарики, но гнойныхъ шариковъ здѣсь не было. При этомъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки сверху и сбоку праваго большого полушарія находились по мѣстамъ рыхлый желтоватый палецъ и въ немъ лежали темнокрасныя кровяныя сгустки величиною отъ просианаго зерна до горошини и проч. Я повторилъ при этомъ нѣсколько разъ изслѣдованіе жидкости, вытекшей изъ-подъ твердой мозговой оболочки, соскабливая поверхность палеца и все-таки не нашелъ здѣсь гнойныхъ шариковъ; между тѣмъ какъ въ лоевидной массѣ съ наружной поверхности твердой оболочки легко находились свѣжые гнойные шарики.

томъ не простое, но почти всегда, какъ увидимъ далѣе, гиперпластическое кровотоочное воспаление.

Весь ходъ остраго воспаления на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки должно представлять себѣ на трутѣ въ слѣдующемъ видѣ: въ самомъ началѣ воспаления замѣчается въ серозной черепной полости нѣсколько свѣтло-желтоватой, не очень густой жидкости. Она вытекаетъ при вскрытіи твердой мозговой оболочки и потому она можетъ быть не замѣчена или смѣшана съ жидкостью паутинныхъ промежутковъ и кровью при неосторожномъ одновременномъ вскрытіи паутинной оболочки и мягкой. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (обыкновенно сверху большихъ полушарій и по бокамъ ихъ) мутность и по мѣстамъ тонкай слой рыхлаго нѣжнаго палеца. Иногда онъ такъ не ясно обозначается, что его почти не замѣтно; тогда должно въ подозрительныхъ мѣстахъ слегка провести по поверхности скальпелемъ или пальцемъ, какъ совѣтуетъ и Лансеро, при чемъ палецъ очень легко соскабливается въ видѣ нѣжныхъ, рыхлыхъ пластинокъ, напоминающихъ нѣжныи фибриновый палецъ, встрѣаемый на грудной палецъ при остромъ ея воспаленіи. Но этотъ палецъ на твердой мозговой оболочкѣ имѣетъ совсемъ другое микроскопическое строеніе, чѣмъ на грудной палецъ или брюшинѣ и т. п. *) Для того, чтобы произвести точное микроскопическое изслѣдованіе жидкости, вытекающей изъ-подъ твердой мозговой оболочки, и самого упомянутого палеца, необходимо приступить къ этому тотчасъ, не трогая съ мѣста ни твердой мозговой оболочки, ни мозга, чтобы предметы изслѣдованія еще не подверглись никакимъ примѣсамъ или измѣненіямъ. Само собою разумѣется, что въ подобныхъ случаяхъ, да и вообще для многихъ точныхъ гистологическихъ изслѣдованій, необходимо при вскрытіи труповъ имѣть подъ рукою готовыя средства для немед-

*) Въ фибриновомъ палецѣ грудной палеца замѣчаются подъ микроскопомъ фибринозные сгустки, т. е. безборозненное вещество, и въ немъ только нѣзрѣлыя эпителіальныя кѣлочки въ жировомъ перерожденіи и распадѣніи; здѣсь же, какъ увидимъ далѣе, сплошная масса молодыхъ кѣлочекъ—разраженіе молодой ткани; въ первомъ случаѣ преобладаетъ вышотная разрушительная сторона воспалительнаго процесса, а въ послѣднемъ—плодотворная, образовательная, стойкая.

ленного микроскопического исследования. В жидкости, взятой из-под твердой мозговой оболочки, микроскоп постоянно обнаруживает: безформенное, прозрачное, мутное, мелко-зернистое вещество и в нем изредка плавают большие, ромбические, овальные, круглые и даже веретенообразные клеточки, большую частью в небольших группах, и притом с делящимися ядрами или с мелко-зернистыми содержимыми, затемняющими ядро; наконец большие зернистые шары, почти такой же величины, как означенные клеточки, или в четыре большие гнойных шариков, и в редко обложки клеточки. В папетъ под микроскопом оказывается почти сплошная масса клеточек тоже круглых, овальных и веретенообразных, хвостатых, с преобладаем веретенообразной формы, лежащих тесно одна возле другой в безформенном веществе. Во многих клеточках всегда можно найти по 2, иногда по 3 ядра и заметить дѣление ядра и клеточки. Оболочки или контуры всѣхъ этихъ клеточек постоянно обозначаются весьма не ясно и вообще блѣдны и нежны. Клеточки скоро разбухают и совершенно блѣднѣютъ въ водѣ, а потому для исследования и сохранения ихъ лучше брать глицеринъ пополамъ съ водою, или еще съ незначительнымъ количествомъ уксусной кислоты. При дѣйствіи послѣдней контуры клеточки почти исчезаютъ и остаются только ядра ихъ съ рѣзкимъ контуромъ, въ которыхъ иногда замѣтно ядрышко. На мѣстѣ папета, снятаго съ внутренней поверхности твердой оболочки, послѣдняя представляется сочною, нѣсколько мутною или блестящею и съ перваго взгляда вообще мало отличною отъ здоровой поверхности; но стоитъ только сдѣлать вертикальный разрѣзъ двойнымъ пожемъ или поскоблить эту поверхность и частички изсѣдывать подъ микроскопомъ, чтобы убедиться, что эта поверхность твердой мозговой оболочки уже обнажена отъ эпителия. Вертикальные разрѣзы чрезъ всю толщю ея и разоръ чрезъ папетъ или чрезъ мѣсто, гдѣ папета еще не было, показываютъ, что папетъ, т. е. группа молодыхъ клеточк, или точнѣе вѣтвляя лояная оболочка, занимаетъ мѣсто обыкновеннаго эпителиальнаго слоя, что иногда на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ для простаго глаза еще не замѣтно папета, подъ микроскопомъ замѣчается разбухлость поверхностныхъ клеточекъ эпителиальнаго слоя и дѣленіе ядеръ въ глубже лежащихъ клѣ-

точкахъ (этого обыкновенно тонкаго слоя, отдѣленнаго отъ ткани твердой мозговой оболочки тонкимъ слоемъ безформеннаго мелко-зернистаго вещества); сверхъ того оказывается, что самая форма и величина молодыхъ клеточекъ, изъ которыхъ состоитъ папетъ, близко подходитъ къ ромбической формѣ нормальнаго эпителия этой области. Такимъ образомъ необходимо принять, что эпителиальныя клеточки играютъ при этомъ роль плодотворной клеточки¹⁾, что размноженіе и разраженіе ткани начинается чрезъ дѣленіе ядеръ клеточекъ эпителиальнаго слоя и продолжается чрезъ дѣленіе ядеръ молодыхъ клеточекъ и измѣненіе формъ этихъ послѣднихъ въ различныя формы высшихъ или стойкихъ тканей, т. е. измѣненіе молодыхъ клеточекъ изъ круглыхъ или овальныхъ въ веретенообразныя, хвостатыя и волокнистыя формы и ихъ сочетанія, наприм. въ сосуды и т. п.

Какъ бы то ни было, во вышеупомянутыя явленія, т. е. выхотъ въ серозной черепной полости и вѣтвляя лояная оболочка на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, указываютъ на первое проявленіе остраго воспаления въ этой области. Лансеро описываетъ одинъ случай подобнаго процесса при флегмонозной

¹⁾ Принимая, что молодыя эпителиальныя клеточки играютъ роль плодотворной клеточки, я не говорю ничего новаго; это ученіе давно разлосло заграницей и даже въ Россіи весьма подробно и основательно изложено Лямблемъ, Проф. Пат. Ан. въ Харк. Унив., во многихъ его изсѣдованіяхъ особенно въ Отдѣлѣ о новообразованіяхъ его Патологической Анатоміи съ роскошными рисунками (Пат. Ан. Лямбля. Зап. студента Я. Креманскаго, Харьковъ 1861—62 г., выпускъ 3). Но я считаю необходимымъ подолге остановиться на этомъ предметѣ, такъ какъ ученіе это еще не всѣми принято. Броне и Лансеро принимаютъ развитіе означенныхъ клеточекъ, или вѣтвляя лояной оболочки, не изъ эпителиальнаго слоя, а изъ безформеннаго выхота, вслѣдствіе свободнаго зарожденія въ немъ круглыхъ клеточекъ и напластованія на нихъ иль при дальнѣйшемъ измѣненіи ихъ круглой формы. Другіе, не принимая организованія выхота, считаютъ только клеточки соединительной ткани способными играть роль плодотворныхъ клеточекъ и хотять противорѣчить въ томъ, что эпителий называется не стойкою тканью, а молодой эпителиальной клеточкѣ присвоивается роль образовательной клеточки для произведенія стойкой ткани. Что касается изсѣдованія Броне, то я полагаю, что развитіе ученія объ организациіи выхота способствовали какъ предубѣжденія, съ которыми онъ приступилъ къ изсѣдованію, такъ и микромикроскопическій обманъ, зависящій отъ способовъ изсѣдованія. Я уже сказалъ, что новообразованныя клеточки, составляющія уплывающій папетъ или вѣтвляю лояную перепонку, легко измѣняются въ водѣ, разбухаютъ, лопаются и разрушаются. Подъ микроскопомъ въ этомъ случаѣ представляется мелкозернистая мутная жидкость и въ ней свободныя

рожь на лицѣ и головѣ, когда болѣзнь продолжалась самое короткое время. Я тоже наблюдаю эти случаи почти при таких же обстоятельствах, когда больные умирали от других причинъ прежде, чѣмъ воспаленіе твердой мозговой оболочки успѣло достигнуть значительнаго развитія.

Далѣе при остроу ходъ этою воспаленія происходитъ быстрое развитіе стойкой ткани, быстрое образование сосудовъ изъ ложной перепонки и одновременно съ ними кровотеченіе изъ сосудовъ новообразованной ткани. Такія явленія встрѣчались мнѣ болѣе, чѣмъ въ подлостнѣ собственныхъ моихъ наблюдений и въ сходныхъ съ ними наблюденіяхъ Гассе, давно уже извѣстныхъ и почти забытыхъ въ наукѣ.

Главная картина ихъ по моимъ наблюденіямъ слѣдующая: 1) въ серозной полости черепа замѣчается свѣтло-желтоватая мутная или просто желтоватая жидкость, иногда даже въ весьма обильномъ количествѣ. Чтобы вѣрно опредѣлить количество этой жидкости необходимо отнимать констатую черепную верхушку безъ поврежденія твердой мозговой оболочки, что тѣмъ болѣе

яра, кѣлочекъ и обломки полуразрушающихся кѣлочекъ. Въ самомъ дѣлѣ достаточно, посмотрѣвша на такой препаратъ съ предубѣжденіемъ, не обратить вниманія на условія, вызывающія истинную картину явленій, чтобы принять процессъ разрушенія молодыхъ кѣлочекъ за процессъ ихъ врожденнаго образованія и за тѣмъ легко довести живыми красками воображенія несамыя карливыя микроскопическаго явленія. При такомъ востроеніи фантазіи легко принять, что кѣлочки, плавающія въ выпотѣ, т. е. въ жидкости, вытекающей изъ-подъ твердой мозговой оболочки, свободно въ ней зарождаются и размножаются, и не считать ихъ за отслѣдствія кѣлочекъ съ поверхности подтека при манипуляціяхъ или при усеваніи выпота. По нашему же мнѣнію, въ выпотѣ ихъ только не происходитъ свободного зарожденія кѣлочекъ, но и тѣ группы кѣлочекъ, которая успѣваетъ съ выпотомъ, не развиваются въ стойкой формѣ, а подвергаются явной перерожденію и разрушенію.

Что же касается тѣхъ изъ ученыхъ, которые считаютъ только кѣлочки соединительной ткани способными въ роли плодотворной кѣлочекъ и, во избѣжаніе какаго то противорѣчія, недопускающія этой способности въ молодыхъ эпителиальныхъ кѣлочкахъ, то я отсылалъ ихъ къ изслѣдованіямъ моего почтеннаго учителя и друга Лямбля, весьма наглядно и основательно доказавшаго плодотворную роль эпителиальныхъ кѣлочекъ на различныхъ серозныхъ поверхностяхъ, особенно на синовиальной оболочкѣ соединеній, на внутри-сердечномъ покровѣ, на внутренней оболочкѣ ворта, преимущественно возлѣ полулунныхъ заслонокъ, на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки и т. д.

удобно, что въ этихъ случаяхъ кости черепнаго свода очень легко отстаютъ отъ твердой мозговой оболочки, такъ какъ наружная ея поверхность болѣе сочна и влажна. За тѣмъ должно стараться вскрывать твердую мозговую оболочку безъ поврежденія паутинной. Последнее обстоятельство облегчается тѣмъ, что твердая мозговая оболочка въ этихъ случаяхъ обыкновенно сильно напращена, такъ сказать, приподнята и отдѣлена отъ паутинной оболочки жидкостью. При разрывѣ твердой мозговой оболочки изъ подъ нея вытекаетъ иногда въ обильномъ количествѣ означенная жидкость.

2) На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (обыкновенно сверху большихъ полушарій и по бокамъ, особенно въ области срединныхъ артерій твердой оболочки) замѣчается ильезный, рыдлый, желтоватый налетъ и въ немъ кровяные сгустки въ видѣ темно-красныхъ или ярко-красныхъ пятенъ, величину отъ маковаго до просіаго зерна, до горошины и даже болѣе (табл. 1). Иногда эти кровяные сгустки расположены въ налетѣ изрѣдка, иногда гуще. Количество или масса ихъ никогда не находится въ прямомъ отношеніи ни съ толщиною налета, ни съ простран-

сверхъ того плодотворная способность этихъ кѣлочекъ находить свое основаніе въ общезвѣстныхъ возмозныхъ, подтверждаемыхъ и изслѣдованіями. Главное изъ нихъ состоитъ въ томъ, что самый верхній слой эпителиальныхъ кѣлочекъ постоянно отслаиваетъ свой вѣкъ, почти незамѣтно пропадаетъ и замѣняется другими такими же кѣлочками, развивающимися изъ нижнихъ слоевъ, что слѣдовательно въ каждомъ эпителиальномъ слойѣ, какъ бы онъ ни былъ тонокъ, находится поверхностный слой кѣлочекъ, окончившихъ свое развитіе (1—2 ряда и болѣе въ однослойномъ и многослойномъ эпителиѣ) и другой нижній слой, состоящій изъ молодыхъ эпителиальныхъ кѣлочекъ, долженствующихъ заступить мѣсто проводящихъ кѣлочекъ верхняго слоя. Такимъ образомъ въ глубокомъ слойѣ эпителиа всегда находится молодая плодотворная кѣлочка, размножающаяся чрезъ дѣленіе ихъ ядръ, на замѣни поверхностнаго слоя эпителиа. Въ кожѣ мы видимъ, что кѣлочки мальпигіева слоя суть тѣ плодотворныя кѣлочки, на счетъ которыхъ постоянно пополняется убыль верхняго или роговаго слоя этой ткани. Эти кѣлочки, размножаясь чрезъ дѣленіе своихъ ядръ, съ одной стороны постепенно переходятъ въ роговую, а съ другой въ глубокой волокнистой или сосочковъ слой кожы. При поверхностномъ нагноеніи на кожѣ изъ этихъ самыхъ кѣлочекъ образуется гной, какъ напр. въ герпетической сыпи, или вмѣстѣ съ нимъ часть стойкой ткани, напр. при поверхностномъ болѣе обширномъ нагноеніи съ грануляціями, а также частью при гнирофиіи кожннхъ сосочковъ въ видѣ бородавокъ. Эти молодыя кѣлочки, постоянно играющія роль плодотворныхъ кѣлочекъ, не называются кѣлочками соединительной ткани, но эпителиальными,

ствомъ или занимаемымъ. Палетъ, ясно замѣаемый между кровяными сгустками, обыкновенно бываетъ сочный, ильный, рыхлый или дряблый. Онъ легко снимается пинцетомъ или пальцами, а съ нимъ снимаются и кровяные сгустки, сидящіе обыкновенно въ толщѣ его. Подъ палетомъ поверхность твердой мозговой оболочки представляется то мутною бляватою, то сочною и какъ бы багрящею. При осторожномъ снятіи палета иногда удается замѣтить слабую связь его съ твердою мозговою оболочкою посредствомъ тоненькихъ штей, за разрывомъ которыхъ появляется на твердой мозговой оболочкѣ красное пятнышко. Въ самомъ палетѣ, еще не тронутымъ съ мѣста, иногда ясно замѣтны тоненькія красноватая ямки, или полоски, отъ налитыхъ кровью сосудовъ, часто образующихъ красивую сеть или расходящихся въ видѣ лучей, особенно часто упомянутыхъ кровяныхъ сгустковъ. Чтобы лучше видѣть простымъ взглядомъ сосуды въ этой ильной, рыхлой, ложной оболочкѣ, для этого иногда достаточно сдѣлать, такъ сказать, *естественную инъекцію*, т. е. протолкнуть кровь изъ ствола средней мозговой артерій въ ея окончательныя развѣтвленія. Съ послѣднею цѣлю и обыкновенно произвожу рукою скапели дав-

какъ потому что въ нихъ обыкновенно растетъ верхній слой эпителия, такъ и по ильностямъ микроскопическимъ реакціямъ. На слизистыхъ оболочкахъ, какъ напр. при катаррѣ, также происходитъ отслоеніе поверхностныхъ и такое быстрое разномноженіе глубокихъ клеточныхъ эпителиальныхъ слоевъ, что послѣдніе не успеваютъ достать формы зрѣлыхъ поверхностныхъ эпителиальныхъ клетокъ, а превращаются въ глыбные шарика и быстро отдѣляются; если катарральное состояніе длится долго, то вся слизистая оболочка нѣсколько утолщается отчасти отъ того, что молодые клетки самого эпителиального слоя переходятъ въ стойкую ткань и тѣмъ увеличиваютъ толщину эпителиальной ткани; когда же катарръ утихаетъ, то молодые клетки успеваютъ уже превратиться въ форму зрѣлыхъ поверхностныхъ эпителиальныхъ клетокъ, а не въ гной. На серозныхъ поверхностяхъ молодыхъ эпителиальныхъ клетокъ при воспаленіи также быстро размножаются, при чемъ новообразованные клетки могутъ переходить въ разрушеніе чрезъ жаровое перерожденіе, въ глыбное, или въ стойкую ткань, образуя ложныя перепонки.

При воспаленіи внутренней поверхности твердой мозговой оболочки ложныя перепонки образуются изъ такихъ же молодыхъ эпителиальныхъ клетокъ. Не мѣшаетъ при этомъ замѣтить, что на всѣхъ другихъ серозныхъ поверхностяхъ труднее доказатъ измѣненіе молодыхъ эпителиальныхъ клетокъ въ стойкую ткань, чѣмъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, именно потому, что почти во всѣхъ другихъ случаяхъ ложная оболочка тѣсно связана съ подорожною волокнистою тканью, такъ что граница между новообразованіемъ и подстилкою скоро совершенно исчезаетъ; здѣсь же такой

леніе на стволъ и главныя вѣтви средней артерій твердой мозговой оболочки, отъ височной области по отвѣсному направленію къ длинному венозному стволу твердой мозговой оболочки (*sinus longitudinalis*). Артерія при этомъ процессѣ обыкновенно расширена, извилиста и переполнена кровью; вообще палетъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки всегда значительнѣе развитъ въ области этой артерій. Иногда дѣйствительно посредствомъ выше означенной манипуляціи можно вызвать значительное налитіе кровью сосудовъ, сдѣлать замѣтнымъ для невооруженнаго глаза присутствіе сосудовъ, которыхъ до того не было замѣтно, и даже произвести новыя незначительныя кровоизліянія.

При внимательномъ осмотрѣ этой картины явлений и безъ микроскопическаго изслѣдованія легко придти къ предположенію, что передъ нами островоспалительный процессъ съ образованіемъ ложныхъ перепонокъ и одновременно съ тѣмъ кровотеченія. Стоитъ только обратить вниманіе на рыхлый и ильный палетъ, напоминающій собой острый фибринозный палетъ, замѣаемый на грудной плевѣ при остромъ ея воспаленіи, или, лучше сказать,

тѣсной связи между ложною оболочкою и тканью твердой мозговой оболочки не существуетъ и граница между новообразованіемъ и старою тканью никогда не исчезаетъ. Ильная оболочка, представляющаяся еще въ видѣ ильнаго палета, почти также легко отдѣляется, какъ и болѣе плотная организованная оболочка, и связь въ послѣднемъ случаѣ существуетъ только при посредствѣ сосудовъ. Это обстоятельство, кажется, зависитъ отъ особеннаго гистологическаго строенія поверхности твердой мозговой оболочки, а именно отъ того, что здѣсь эпителиальный слой не имѣетъ подъ собою подорожной рыхлой ткани, какъ на всѣхъ другихъ серозныхъ оболочкахъ, и прямо прилегаетъ къ плотной волокнистой ткани твердой мозговой оболочки, отдѣляясь отъ нея лишь тоненькими слоеми мезокристинатаго промежуточнаго вещества. Волокна твердой мозговой оболочки, прилегающія къ этому эпителиальному слою, плотно лежатъ одно возле другаго и идутъ параллельно свободной поверхности. Они почти не принимаютъ участія при воспаленіи и разривеніи клетокъ въ эпителиальномъ слое. Волокна при развитіи ложной оболочки на мѣстѣ эпителиального слоя представляются также параллельными свободной поверхности и потому тѣсной связи между ложною оболочкою и твердой мозговой оболочкою никогда не бываетъ; только сосуды, проходящіе въ твердой мозговой оболочкѣ въ ложную оболочку, устанавливають эту относительно слабую связь, какъ увидимъ далѣе. Тѣмъ, которые считаютъ одну только клеточку соединительной тканью способною играть роль плодотворной клеточки и опирающуюся эту роль у молодыхъ эпителиальныхъ клетокъ, я указываю на то въ особенности, что въ томъ мѣстѣ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, гдѣ

совершенно подобный тому налету, который замечается при первом начале острого воспаления в этой области, как выше описано, а также на красная пятна в нем, напоминающая по виду и цвету свежие кровяные сгустки, не говоря об обильном количестве жидкости, вытекающей из-под твердой мозговой оболочки и могущей быть незамеченною. Микроскопические исследования действительно показывают, что здесь такой же островоспалительный процесс с развитием стойкой ткани, каким его мы видели при первоначальном остром воспалении с тем же различием, что во внешних слоях перепонках уже находится множество сосудов и свежих кровозаливаний. Подъ микроскопом в жидкости, вытекающей в обильном количестве из-под твердой мозговой оболочки, мы находим значительное количество красных кровяных шариков, плавающих то по одиночке, то в небольших группах, множество овальных, круглых и веретенообразных клеточек, лежащих тоже то по одиночке, то в небольших группах, часто клеточки с делящимися ядрами, нередко притом с мелкозернистым содержимым и отдельные зернистые шары. Это та же картина, как и при начале воспаления, в чи-

риваются ложная оболочка, вовсе нет клеточек соединительной ткани, которыми бы можно было объяснить их развитие, потому что волокнистая ткань твердой мозговой оболочки, принадлежащая к эпителию, а не к соединительной ложной оболочке, не имеет с нею такой связи, по которой бы можно было принять волокнистую соединительную ткань за точку исхода или источник развития ложной оболочки.

Я старался разъяснить этот предмет еще и потому, что в разговорах с моими товарищами, бывшими за границей или занимающимися больше иностранною литературой, чьим самостоятельными микроскопическими исследованиями, я встречал весьма часто упорные возражения против моих воззрений, подтверждаемых не столько опытными доказательствами, сколько именами авторитетов.

За границей, рядом с хорошими взглядами, развитыми не мало и исключительных гистологических воззрений, а потому приступаю к микроскопическим исследованиям, нам полезно было бы соблюдать следующие правила:

а) Присутствуй к делу без предубеждений в пользу каких либо теорий или авторитетов.

б) Ознакомьтесь с различными мненьями, но не ничто, как с усвоением причин их различия.

в) Хорошо понимать все обстоятельства, влияющие влание на исследование, и для избежания ошибок в односторонних взглядах исследовать один и тот же предмет по несколько раз и при разных условиях.

стом выпотеть, за исключением примеси кровяных шариков (табл. 3, рис. а). Таким образом здесь уже не простой выпот, а выпот с кровозаливанием, или с серозно-кровянистою жидкостью.

При микроскопическом исследовании налета оказывается, что он состоит из клеточек овальных, круглых, веретенообразных, хвостатых, с преобладаем веретенообразной формы, сидящих близко друг от друга; меж ними местами иногда ясно обозначаются сосуды, особенно капилляры, растянутые кровяными шариками, и кроме того вид сосуды между раздвинутыми клеточками множество неправильных групп свежих, красных кровяных шариков; в тех же местах, где простому глазу представляется значительное кровозаливание, напр. в просяное зерно и горошину, масса кровяных шариков с фибриновыми свертками лежит между далеко раздвинутыми клеточками. Во многих клеточках замтно дление ядер, в других — зернистое содержимое, т. е. жировое перерождение. Это уже ясно напоминает описанную картину острого гиперпластического воспаления, с присоединением к нему сосудов и кровозаливаний.

Исследуя налетъ под микроскопом в случае удачной естественной инъекции можно иногда видеть весьма красивую картину излитых сосудов, особенно капилляров, в рыхлой, пльхой ткани, но для этого необходимо производить микроскопическое исследование тотчас, не трогая твердой мозговой оболочки с места, осторожно снять частичку налета маленьким пинцетом или ножничком и также осторожно уложить препарат на предметном стекле с каплею глицерина чистого или с водою ¹⁾. Чистой воды при этомъ я не советую употреблять, потому что налетъ также весьма рыхлѣт, какъ и при самомъ началѣ воспаления, а потому легко разбухаетъ и расплывается, да притомъ и кровяные шарики въ водѣ скоро измѣняются, отчего естественная инъекция можетъ пропасть прежде, чѣмъ успѣють ясно рассмотреть ее. Я сохранилъ (въ чистомъ глицеринѣ и съ небольшою примесью уксусной или соляной кислоты) нѣсколько микроскопическихъ

¹⁾ Эти предосторожности необходимы для того, чтобы не разрушить пльхой ложной оболочки и не уничтожить инъекции въ сосуды.

препаратов этой естественной инъекции, из числа которых между прочим некоторые показывали профессору Т. С. Иллискому и многим товарищам. На одном из этих препаратов (изображенном в рисунке 6, табл. 3) представляются капилляры вдвое и даже вчетверо шире нормального; от действия уксусной кислоты они имеют вид широких каналов с красноватым содержимым и с ядрами в бесструктурных сгъивах. Кроме капилляров встречаются при этом и другие сосуды с 2 и даже 3 ядрами ядер в сгъивах, причем в одном ряду длинный диаметр продолговатых ядер всегда совпадает с длинным диаметром сосуда, в другом — с поперечным.

Но естественная инъекция не вполне меня удовлетворяла преимущественно потому, что при ней почти невозможно следить такого препарата, на котором бы можно было ясно проследить ход налитых сосудов из твердой мозговой оболочки в дожную оболочку, так как такая инъекция не равномерна и не плотно держится в сосудах. Такие препараты представляют только налет, т. е. дожную перепонку, без твердой мозговой оболочки; показывая их, необходимо наперед объяснить, откуда они взяты. Эти обстоятельства заставили меня предпринять длинный ряд искусственных инъекций средней артерий твердой мозговой оболочки кармином с студенью (gelatine). В числе их есть микроскопические препараты именно разрывы через всю толщину твердой мозговой оболочки и слой дожной оболочки с сохранением естественных их отношений и с налитыми кармином массой сосудами. На них довольно ясно можно проследить ход налитых сосудов из твердой мозговой оболочки в дожную перепонку и разветвления в ней капилляров. Один из таких препаратов я демонстрировал Обществу Русских Врачей, вместе с другими препаратами (табл. 3, рис. с).

Для невооруженного глаза такой препарат представляется в вид блыватой, полупрозрачной пластинки, толщиной в обыкновенное оконное стекло. На одном краю она замътна желтоватая, почти студенистая полоска, толщиной меньше полулинии, или, вообще говоря, вчетверо меньше всей остальной толщины препарата, т. е. всего отъясного разрыва твердой мозговой оболочки. Эта полоска соответствует дожной оболочке или вбълку и рыхлому желтоватому палету, замътному для невооруженного глаза на вы-

тренной поверхности твердой мозговой оболочки при остром кровоочивом воспалении ее. Под микроскопом здесь заслуживают особенного внимания следующие богатейства: а) плотное волокнистое строение части твердой мозговой оболочки, прилежащей к дожной оболочке, с расположением длинных волокон параллельно свободной ее поверхности, и рывкая граница между дожною перепонкой и твердой мозговой оболочкой¹⁾; б) рыхлое строение дожной оболочки из овальных, круглых и веретенообразных клеточек, с преобладанием веретенообразной формы, сидящих недалеко друг от друга, мстами явно дъявляющихся ядра в клеточках, мстами клеточки в жировом перерождении; в) в этой рыхлой молодой ткани весьма много капилляров, отъясчивающих розовую красноту от студенистой карминовой инъекции, и небольших желтовато-красных кучек пигмента, в котором ясно можно различить очертание красных кровяных шариков, сидящих между клеточками, или же раздвинутыми; г) некоторые капилляры лежат на свободной поверхности дожной перепонки голыми, т. е. совершенно непокрыты клеточками, которая отпала, без сомътния, при обработке препарата; е) наконец во многих мстах можно видеть прямое продолжение сосудов из твердой мозговой оболочки в сосуды дожной оболочки, причем первые, войдя в дожную оболочку, лучеобразно разветвляются в капиллярную густую сеть²⁾.

Я не берусь рывить вопроса о способе развития сосудов в дожной оболочке; потому что наблюдения мои не привели еще к окончательным результатам по этому предмету, но скажу только, что есть основание принимать развитие новых сосудов в дожной перепонке по двум способам: 1) из готовых сосудов, из сосудов подстилки, т. е. из твердой мозговой оболочки, посредством образования отпрысков на сгъивах старых сосудов; 2) посредством свободного образования сосудов с кровяными

¹⁾ В ткани твердой мозговой оболочки иногда замътна сочность и даже рывкая дъявляя ядер.

²⁾ В дополнение микроскопической картины следует замътить, что в этих дожных оболочках часто встречается небольшая темная масса с концентрическим наслоением, которая происходит от отложения эластичности в клеточках, приносящихся в этом случае концентрическое наслоение (как в асцит. селенит), но это встречается чаще в хронической форме воспаления, где сочность ткани меньше, и рывая в рассматриваемой острой форме.

шариками, независимо от старых сосудов, среди молодых клеточек, чрез слияние их стенок в стенки каналов, присоединяющихся потом к старым сосудам. На последний способ развития сосудов указывают именно те случаи, где в рыхлой молодой ложной оболочке замечаются клеточки с ядрами, совершенно похожими на красный кровяной шарик, или с двумя такими ядрами; особенно когда случается видеть слияние двух, трех, таких клеточек в канал, напоминающий капиллярный сосуд. Впрочем для того, чтобы придать таким наблюдениям значение, необходимо лучше изучить условия, при которых совершаются эти изменения, для чего потребуются дальнейшие специальные исследования. Что касается нервов, то я никогда не видал их ни в молодых, ни в старых ложных оболочках, но может быть это зависело от того, что я не успел еще испробовать всех лучших методов исследования, предложенных для открытия и изучения нервов.

Как бы то ни было, обилие сосудов в рассматриваемой рыхлой, молодой, илжной оболочке вовсе не гармонирует ни с плотностью, ни с строением ее; едва ли вообще встречается в органах подобное богатство сосудов при таких обстоятельствах, за исключением разв. тканей преимущественно сосудистых или мягких раковых опухолей. Обилие сосудов, по всей вероятности, служит одною из важнейших причин многочисленных кровотечений в этих новообразованиях; но к этому присоединяется жировое перерождение клеточек, как прямая причина разрыва молодых сосудов и записаных от этого, так сказать, безпрестанных капиллярных кровотечений.

Присоединяясь к острому гиперпластическому воспалению твердой мозговой оболочки, эти кровотечения придают, как и сказано выше, картин. бол.зны особенный важный характер. При поверхностном осмотре желтоватого пагета на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки с маленькими кровяными сгустками, почти точечными, или в маковое, просеяное зерно и горошину, легко можно спутать капиллярные кровотечения за впадение маловажное. Но стоит обратить внимание на то, что эти впадения имеют место в серозной черепной полости, где в нормальном состоянии находится едва несколько капель жидкости, и главное на то, что вместе с точечными кровяными скоплениями в

этой же полости встречается иногда весьма обильное количество серозно-кровоистой жидкости. Это последнее обстоятельство без всякого сомнения должно быть истолковано главным образом в таком смысле, что капиллярные кровотечения вообще доставляют не столько кровяных шариков и кровяных сгустков, сколько кровяной сыворотки и что, может быть, даже не зависимо от того еще невоврежденные сосуды ложной оболочки способствуют увеличению количества вышот. этой желтоватой жидкости в серозной черепной полости. Эта масса жидкости, равняющаяся иногда по количеству самым кровяным скоплениям, или мшшам кровяных опухолей, развивающимся при хроническом кровоточивом воспалении этой области, необходимо должна производить почти столь же сильное давление на мозг, как и последний, и вызывать сходные с ними признаки. Действительно мозг в этих случаях больше частью бл.дье и плотнее обыкновенного, сосуды мягкой мозговой оболочки и мозга содержат мало крови и в паутинных промежутках редко бывает значительное скопление серозной жидкости¹⁾. Что касается жидкости в паутинных промежутках, то на количество ее, кроме условий кровообращения в легких и других сторонних обстоятельств, может иметь влияние и непосредственное участие паутинной оболочки в кровоточивом воспалении твердой, встречающемся впрочем не очень часто. В последнем случае изр.дка замечается и на паутинной оболочке м.стами тоже илжные рыхлый пагет, а иногда бывают илжные сращения между на-

¹⁾ Что касается наполнения кровью сосудов мягкой мозговой оболочки и мозга, то, как известно, оно находится в непосредственной зависимости от условий кровообращения в легких, т. е. от большей или меньшей трудности оттока крови из венозных сосудов мозга и мозговых покровов, а потому спрое опасение в легких при совпадении с острым кровоточивым воспалением отражается на количестве крови в сосудах мозга и мягкой мозговой оболочки; но в этих случаях, без сомнения, мозг подвергается двойному усиленному давлению, с одной стороны извне от серознокровоистой жидкости, собирающейся в серозной черепной полости, с другой — от зстоя крови в собственных сосудах. Этим может быть объяснен и отек мозга, замечаемый при подобных обстоятельствах. В таком же случае я однажды наблюдал капиллярную мозговую анемсию в передних частях больших полушарий, без натяжки можно бы произнести ее от такого двойного давления на мозг усиленного до крайности давления жидкости в сосудах его. Впрочем эти явления могут быть, бол.е сложны, чем кажутся с первого взгляда.

хотомъ этихъ двухъ поверхностей, легко разрываема при поднятіи твердой мозговой оболочки, но значительной ложной перепонки на паутинной оболочкѣ никогда не бываетъ. Такой паутей съ паутинной оболочкой снимается всегда труднѣе, чѣмъ съ твердой, и при микроскопическомъ изслѣдованіи представляетъ такое же молодое разращеніе ткани въ ложную кровотокающую оболочку съ сосудами и кровонзалиями, какъ и на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Вообще же говоря, эти измѣненія на паутинной оболочкѣ замѣчаются рѣдко и, кажется, никогда безъ одновременнаго такого же пораженія твердой мозговой оболочки.

Что касается припадковъ, вызываемыхъ острымъ кровотоковымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки, то они повидимому иногда походятъ на ту картину мозговыхъ припадковъ, которая замѣчается при обширныхъ кровонзалияхъ въ серозной черепной полости, являющихся при хроническомъ кровотоковомъ воспаленіи этой области, или при такъ называемыхъ внутреннихъ кровяныхъ опухоляхъ твердой мозговой оболочки. Эти послѣднія явленія хорошо описаны Шубергомъ, Лансеро и Грингеромъ, но въ описаніяхъ ихъ недостаетъ особенностей, которыя обуславливаются разновременнымъ появленіемъ и увеличеніемъ жидкости въ серозной черепной полости, болѣе равномернымъ давленіемъ ея на мозгъ при остромъ ходѣ рассматриваемаго процесса и другими его особенностями.

Изъ исторій болѣзни тѣхъ больныхъ, въ трупахъ которыхъ я находилъ острое кровотоковое воспаление твердой мозговой оболочки, видно, что почти во всѣхъ случаяхъ были болѣе или менѣе сильныя мозговые припадки, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ они имѣли такіе отбѣвки, которые заставляли врачей обращать на нихъ особенное вниманіе, имѣвать первоначальныя діагнозы тифа, возвратной, гастрической горячки и т. п., или искать для нихъ особенной самостоятельной причины, дѣйствующей на мозгъ, и кромѣ тифа или общей горячки подозрѣвать особенное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ удачно определять острое кровотоковое воспаление твердой мозговой оболочки, дѣйствуя въ послѣднемъ отношеніи подъ вліяніемъ возникшаго изъ изслѣдованій на трупахъ убѣжденія въ частомъ появленіи этого воспаления. Особенно замѣчательны въ послѣднемъ отношеніи тѣ діагнозы этого воспаления, подтвержденные вскрытіемъ, въ которыхъ клиницисты,

не смотря на одновременное существованіе петехіальнаго тифа, подмѣтили особенную картину мозговыхъ припадковъ, для объясненія которыхъ было недостаточно одного тифа, а пришлось искать болѣе самостоятельной причины, дѣйствовавшей на мозгъ, — въ остромъ кровотоковомъ воспаленіи. Одинъ изъ такихъ діагнозовъ, сдѣланныхъ докторомъ Михалевымъ, я сообщилъ Обществу Русскихъ врачей и приведу ниже. Кромѣ того не могу не указать на такой же случай клиническаго наблюденія, сообщенный по моей просьбѣ докторомъ Александровымъ, какъ равно и на другія клиническія замѣтки, которыя имѣютъ быть представлены ниже въ краткомъ извлеченіи при анатомо-патологическихъ протоколахъ вскрытій. Главная черта всѣхъ этихъ мозговыхъ припадковъ состоитъ, по видимому, въ сильномъ угнетеніи мыслительныхъ способностей (stupor), безмысленномъ выраженіи въ глазахъ и чрезмѣрной слабости, не соответствующей общему горячечному состоянію больного. Одновременно съ этими припадками угнетенія мозга иногда обнаруживались, кромѣ бреда, припадки раздраженія его, какъ-то сокращеніе зрачковъ и легкіе спазмы въ конечностяхъ. Что касается зрачковъ, то встрѣчалось не только суженіе, но и расширеніе или неподвижное состояніе ихъ; при чемъ нельзя впрочемъ не замѣтить, что на состояніи зрачковъ по большей части не обращали вовсе вниманія. Замѣчательно также, что кровотоковое воспаленіе выражалось болѣе мѣстными воспалительными явленіями, чѣмъ общими; такъ жаръ въ головѣ, головная боль и головокруженіе часто были вмѣстѣ съ пониженіемъ температуры въ тѣлѣ и вообще слабымъ пульсомъ. Впрочемъ клиническая картина этой болѣзни должна быть въ высшей степени разнообразна; по крайней мѣрѣ такъ должно предполагать, судя по различію анатомо-патологическихъ явленій, т. е. по быстротѣ хода процесса, по различію силъ и напряженности его и особенно не одинаковому количеству жидкости въ этой полости, а также по различнымъ одновременнымъ пораженіямъ органовъ грудной и брюшной полости и т. п. Вообще должно замѣтить, что это воспаление болѣею частью обнаруживается при одновременныхъ важныхъ страданіяхъ другихъ органовъ, во встрѣчается и независимо отъ нихъ, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ организмѣ не оказываются никакихъ значительныхъ измѣненій, кромѣ остраго кровотоковаго воспаления твердой мозговой оболочки, а потому и ос-

тается в таких случаях принять, что картина страданий относилась исключительно к этой болезни и смерть последовала единственно от нее, вследствие давления на мозг обильного количества в серозной черепной полости серозной кровянистой жидкости. При этом не могу не воззвать против мнения, что рассматриваемый нами вид воспаления может быть поставлен в причинную зависимость с петехиальным тифом, или даже рассматриваем, как особая форма церебрального тифа. Это мнение хотело основать на следующих данных: 1) при жизни больших часто замечали тифозные пятна на коже и тифозные припадки, а при вскрытии находили острое кровоточивое воспаление твердой мозговой оболочки; 2) для сыпного тифа нет определенной и точной картины анатомо-патологических изменений, по которым можно бы всегда навстречу сказать, принадлежит ли несъезденный труп больному с петехиальным тифом или нет. Но при всей важности этих доводов для настоящей их силы и доказательности недостает одного важного обстоятельства, а именно: не доказано встречается ли острое кровоточивое воспаление твердой мозговой оболочки вместе с тифом без особенных различий у больших, имеющих весьма общую атмосферическую причину заболевания тифом, или, другими словами, передается ли это воспаление людям вместе с тифом в случаях тифозного заражения? Из собственных же наблюдений моих я считаю себя в правь вывести, что кровоточивое воспаление не имеет с тифом ни особой связи, ни общей причины, что оно при заражении не передается с тифом, словом, что оно имеет особенную самостоятельную генетическую причину, которую должно искать не в тифозных миазмах, не в воздухе, а в пьянстве, в хроническом отравлении алкоголем. Впрочем подробнее об этом мы будем говорить ниже, а здесь достаточно заметить, что при вскрытии больше тысячи трупов это воспаление ни разу не встречалось у таких людей, у которых нельзя было подозревать хронического отравления алкоголем, или наоборот никогда не встречалось у тех тифозных, у которых с большою вероятностью можно было отрицать пьянство. Так оно почти исключительно встречалось у крестьян, отставных и временно-отпускных солдат и женщин подозрительного поведения; никогда не встречалось у трезвых строевых солдат, не

смотря на то, что я не мало вскрывал трупов этих последних, умиравших от тяжкого сыпного тифа. В числе наблюдений этой последней категории было три случая кровоточивого воспаления: раз у солдата проходившей команды и два раза у солдат полицейских, но и в них нельзя было отрицать привычного пьянства; сюда же относятся подобные случаи у женщин подозрительного поведения. Если это воспаление составляет особенную локализацию тифозного процесса, то почему оно не появляется, вместе с тифом, у трезвых строевых солдат также, как и у пьянцев? Кроме того в некоторых случаях его ни при жизни больного, ни на трупе, положительно не было никаких тифозных явлений. Другое дело, если хотят поднять вопрос о том, какое влияние оказывают эти две болезни друг на друга при одновременном появлении их. При этом я готов признать, что тиф, присоединяясь к острому воспалению твердой мозговой оболочки, может способствовать более тяжелому ходу последнего, как потому, что в таких случаях тиф действует на организм уже расстроивший и ослабленный пьянством, так и потому, что при начале тифа, при задержании испарения кожи, совершается сильный напорь крови к внутренним органам, обуславливающий между прочим их рыхлость, сочность и образование кровяных подтеков, что необходимо содействует более быстрому ходу кровоточивого воспаления на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. В последнем значении тиф может иметь сильное влияние на развитие этого воспаления, но при том не весьма до выш известным данным не как главная, а как способствующая, случайная причина.

Гассе (*l. c.*), как кажется, прежде всего описал это острое кровоточивое воспаление именно при тифе, тяжелом воспалении легких и т. п. По словам его, начало кровоточивого воспаления твердой мозговой оболочки, прилагая Вирховым для объяснения внутренних кровяных опухолей этой области, бывает большою частью тихое, течение этой болезни обыкновенно медленное, мало замечное, но иногда же с самого начала болезнь принимает остро воспалительное, быстрое течение и потому уже Гассе считает возможным принимать не только хроническую, но и острую форму кровоточивого воспаления. Он говорит, что такое бурное начало этой болезни не определяется при жизни больных, именно

потому, что одновременно с нею существуют в организмъ дру-
гя тяжкія пораженія, какъ-то тифъ, тяжелое воспаление легкихъ
и т. п., которая занимаютъ все вниманіе врача, но что почти во
всѣхъ случаяхъ, когда на трупѣ открывались признаки кровоточи-
ваго воспаления, можно было въ клиническихъ наблюденіяхъ най-
ти указанія на тяжелые мозговые припадки; при чемъ онъ приво-
дитъ почти такіе же припадки, какіе замѣчались и моими товари-
щами при настоящихъ наблюденіяхъ.

Съ другой стороны Гассе весьма не ясно и не точно описы-
ваетъ гистологическую картину явлений и мало объясняетъ источ-
никъ этихъ кровотеченій. Последнее обстоятельство безъ сомнѣ-
нія зависало отъ того, что онъ вовсе не дѣлалъ инъекцій, какъ и
никто, кажется, изъ изслѣдовавшихъ кровотоочное воспаление
твердой мозговой оболочки, даже въ хроническихъ его случаяхъ.
Быть можетъ, это зависало отъ того, что въ часто наблюдали
этотъ процессъ и мало имѣли препаратовъ для этой цѣли.

Для того, чтобы не пропустить явленій его на трупѣ, необхо-
димо, отказавшись отъ предубѣжденія о кровяныхъ вылотахъ при
тифѣ, зависящихъ будто бы отъ разложенія крови, имѣть объ
этомъ процессѣ болѣе точное понятіе. Такъ напримѣръ Лансеро
(1. с.) говоритъ о какомъ-то кровяномъ вылотѣ при тифѣ и подъ
вліаніемъ этого предубѣжденія не только не придаетъ цѣны на-
блюденіямъ Гассе, а даже сомнѣвается въ томъ, что Гассе дѣй-
ствительно видѣлъ острое кровотоочное воспаление при тифѣ. И
имѣю основаніе думать, что многіе изъ моихъ товарищей нахо-
дятся въ положеніи этого знаменитаго французскаго ученаго, и
полагаю, что именно по этой причинѣ они не замѣчали при своихъ
искрытіяхъ этого воспаления.

Самое рѣзкое отаніе обыкновенныхъ кровяныхъ подтековъ на
внутренней поверхности твердой мозговой оболочки отъ картины
острого кровотоочнаго воспаления этой поверхности состоитъ, по
моему мнѣнію, въ томъ, что въ первомъ случаѣ кровоизліаніе про-
исходитъ въ поверхностномъ слоеѣ собственной ткани твердой моз-
говой оболочки, что при немъ краснаго пятнышка отъ кровоизліанія
нельзя ни смыть водой, ни снять палцемъ или скальпелемъ безъ
поврежденія поверхности твердой мозговой оболочки, и что на-
лега на этой поверхности вовсе быть не должно; во второмъ же
случаѣ всегда замѣчается островоспалительный налетъ, т. е. лож-

ная оболочка, въ которой происходитъ кровоизліаніе, и съ оболоч-
кою вмѣстѣ свивается это красное пятно. Во всякомъ случаѣ до-
статочно имѣть въ виду такое различіе этихъ двухъ явленій, что-
бы никогда не смѣшать одного съ другимъ и не пропустить этого
явленія на трупѣ.

Лансеро, не обращая почти никакого вниманія на наблюденія
Гассе, разсматриваетъ кровотоочное воспаленіе твердой мозговой
оболочки только какъ процессъ хроническій, протекающей сна-
чала медленно, почти незамѣтно, и только обнаруживающейся
впоследствии, когда перепонки успѣютъ произвести большую мас-
су кровяныхъ сгустковъ или кровяную опухоль. Вообще онъ по-
лагаетъ, что необходимы, по крайней мѣрѣ, мѣсяцы, если не годы,
для того, чтобы перепонки достаточно развились и начали точить
кровь, а слѣды воспаления, прорвавшаго ложныя оболочки, вооб-
ще такъ незамѣтно исчезаютъ, что онъ не беретъ даже доказы-
вать воспалительное начало этихъ оболочекъ. Это возвращеніе воз-
никало, какъ видно, вслѣдствіе того, что Лансеро дѣйствительно не
наблюдалъ ни разу острого кровотоочнаго воспаления, или по край-
ней мѣрѣ не обратилъ на него вниманія также, какъ и на наблюде-
нія Гассе. И дѣйствительно у него описаны болѣею частью или
мало развитая хроническая форма этого воспаления, или усиленіе
хронической формы, или ея послѣдствія, за исключеніемъ одного,
перваго наблюденія острого гиперпластическаго воспаления этой
области при рожѣ лица у больного, который такъ скоро умеръ,
что еще дѣйствительно не успѣли ни сосуды развиться въ ло-
жныхъ оболочкахъ, ни появиться кровотеченія, какъ я уже объ
этомъ сказалъ выше.

Нельзя не остановиться на томъ, что брюшной тифъ или быстро
образовавшийся и быстро зажившій по удаленіи гноя паривъ на-
зываютъ процессами острыми, а гиперпластическое кровотоочное
воспаленіе не рѣшаются назвать острымъ процессомъ. Въдъ при
полномъ процессѣ брюшнаго тифа гистологическая измѣненія въ
пейеровыхъ бляшкахъ гораздо сложнѣе, чѣмъ въ последнемъ слу-
чаѣ; тамъ совершаются размноженіе ткани, омертвѣніе ея, отпа-
деніе струпа и наконецъ заживленіе язвы. При остромъ паривѣ
процессъ тоже очень сложенъ: размноженіе кѣлочекъ съ перехо-
домъ въ нагноеніе и затѣмъ съ переходомъ въ стойкую рубцовую
ткань.

Впрочем вопрос так ясно доказывается непосредственным засадованіем самого разбираемаго процесса, что не может быть и сомнѣній въ острой формѣ кровотоичнаго воспаления на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, въ томъ видѣ, какъ мы выше описали его и какъ оно изображено у Гассе. Если оно продолжается не только недѣли, но и мѣсяцы, какъ брюшной тифъ, то во всякомъ случаѣ, по своему характеру, заслуживаетъ названія *острой болѣзни*.

Гораздо важнѣе другое обстоятельство, на которое тоже указываетъ Лансеро, именно, что въ некоторыхъ случаяхъ въ ложныхъ переноскахъ замѣчается большая склонность къ кровотечениямъ, чѣмъ въ другихъ; эту различную степень кровотоичности отъ старается поставить въ зависимость отъ различныхъ причинъ, вызывающихъ это воспаление, и наибольшую кровотоичность находить у пняницъ. Дѣйствительно въ числѣ препаратовъ моихъ находится нѣсколько твердыхъ мозговыхъ оболочекъ, на которыхъ ложная оболочка достигла значительной толщины, а кровонзаянія изъ нихъ были точечныя, хотя и многочисленныя; но большая часть видѣнныхъ мною случаевъ кровотоичнаго воспаления указываетъ на преобладающую наклонность его къ кровотечениямъ. Что касается предположенія Лансеро о большей кровотоичности этихъ оболочекъ у пняницъ, то во всякомъ случаѣ интересно въ этомъ отношеніи, что и почти все мои наблюденія остраго кровотоичнаго воспаления могутъ быть отнесены къ пняницамъ, но объ этомъ мы будемъ подробно говорить въ послѣднемъ отдѣлѣ этого трактата.

Относительно исходовъ остраго кровотоичнаго воспаления твердой мозговой оболочки можно вообще сказать, что если болѣзнь не умираетъ въ остромъ періодѣ болѣзни, то выноситъ изъ госпиталю хроническую форму страданія, потому что ложная оболочка съ такимъ обиліемъ сосудовъ, образовавшихся разъ, уже болѣе не можетъ уничтожиться и развѣ только можетъ быть задержана въ своемъ развитіи.

О вліаніи острой формы на общую смертность я скажу ниже, а здѣсь только замѣчу, что съ анатоми-патологической точки зрѣнія есть данныя считать ее менѣе смертельною, чѣмъ въ настоящее время, когда еще не замѣчаютъ ее клинничности; сверхъ того,

какъ кажется, возможно сдѣлать ее менѣе опасною при переходѣ въ хроническую форму.

Эти данныя основываются на томъ, что количество серозной кровянистой жидкости, производящей убійственное давленіе на мозгъ, можетъ быть уменьшаемо при благопріятныхъ обстоятельствахъ и употребленіи соответственныхъ врачебныхъ пособій, какъ перѣдо уничтожаются изліанія жидкости въ мѣшкахъ плевры и брюшины, причемъ по всему въротиву можно также уменьшить силу образовательнаго процесса на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, какъ на другихъ подобныхъ поверхностяхъ.

Прекращеніе употребленія спиртныхъ напитковъ во всю дальнейшую жизнь больного составляетъ при этомъ лѣченіи конечно необходимое и первое условіе.

Предоставляя клинничтамъ изыскивать способы и средства лѣченія этой болѣзни, считаю только необходимымъ указать здѣсь на одно важное обстоятельство, могущее увеличивать смертность отъ острой формы этой болѣзни; а именно, если при жизни больныхъ она не будетъ съ точностью определяема и тяжелые мозговые припадки и упадокъ силъ, происходящіе отъ нея, будутъ принимаемы на счетъ тифа, то обыкновенное лѣченіе этихъ припадковъ при тифѣ возбуждающими средствами, особенно виномъ, навѣрное будетъ содѣйствовать усиленію остраго кровотоичнаго воспаления и тѣмъ скорѣе поведетъ къ смертельному исходу.

Въ заключеніе ученія объ остромъ кровотоичномъ воспаленіи твердой мозговой оболочки я представляю нѣсколько излеченій изъ клиническихкихъ замѣтокъ и анатомопатологическихкихъ протоколовъ, въ которыхъ описано это измѣненіе вмѣстѣ съ другими одновременными анатомопатологическими измѣненіями, найденными въ трунахъ.

Считаю излишнимъ описывать здѣсь подробно все мои наблюденія, чтобы безъ особенной нужды не увеличивать объема этого трактата, тѣмъ болѣе, что многія картины анатомопатологическихкихъ измѣненій во всѣхъ органахъ совершенно сходны между собою и съ главною картиною измѣненій въ называемой области. Поэтому я счелъ за лучшее раздѣлить мои наблюденія на отдѣльныя группы по сходству анатомопатологическихкихъ измѣненій, найденныхъ въ трунахъ. Правда при этомъ встрѣтилось затрудненіе

въ сводѣ клиническихъ замѣтокъ, потому что онѣ почти никогда не бывають такъ сходны между собою, какъ анатомопатологическіе протоколы, но я старался вознаграить это тѣмъ, что послѣ описанія представителя каждой анатомопатологической группы указывать на болѣе важныя различія въ клиническихъ замѣткахъ, особенно на разность возраста больныхъ, званія, на время пребыванія въ госпиталѣ и на важнѣйшія болѣзненные явленія и т. п. Кроме того въ анатомопатологическихъ протоколахъ я не буду излагать микроскопическихъ изсаждованій, для избежанія напрасныхъ повтореній; тѣмъ болѣе, что уже, кажется, достаточно разобрали они выше. Долгомъ считаю замѣтить, что почти во всѣхъ случаяхъ при вскрытіи трупа я немедленно производилъ микроскопическія первоначальныя изсаждованія какъ измѣненій, замѣченныхъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, такъ и вообще всѣхъ болѣе важныхъ явленій въ другихъ органахъ, въ особенности же тѣхъ замѣненій, о которыхъ нельзя произносить рѣшительнаго заключенія безъ предварительныхъ микроскопическихъ изсаждованій, какъ-то при опредѣленіи измѣненій въ печени, въ селезенкѣ, въ ткани сердца, въ почкахъ, часто въ легкихъ, или на легочной цѣвѣ и т. п.

I. Группа изъ 42-и случаевъ острого кровотоичнаго воспаленія твердой мозговой оболочки почти безъ всякихъ сколько нибудь важныхъ для жизни измѣненій въ другихъ органахъ. О тѣхъ здѣсь не можетъ быть и рѣчи, развѣ только какъ о минувшемъ процессѣ, да и то въ четырехъ только случаяхъ, въ которыхъ замѣченъ сѣтчато-асинидный видъ пейеровыхъ бляшекъ. Въ селезенкѣ ни въ одномъ случаѣ не было замѣтныхъ измѣненій. Въ желудкѣ, печени и сердцѣ были измѣненія, но ихъ легко принять за послѣдствія пьянства тѣмъ болѣе, что въ всѣхъ случаяхъ этой группы принадлежатъ къ классу, въ которомъ болѣею частью встрѣчаются привычные пьяницы. Позвоночный столбъ былъ въстраиваемъ довольно часто, но никогда не встрѣчалось въ немъ замѣтныхъ измѣненій, которыя можно бы отнести къ расматриваемому воспаленію, за исключеніемъ только скопленія желтоватой жидкости между твердой мозговой оболочкою и паутинною, да и то въ рѣдкихъ случаяхъ; поэтому о позвоночномъ столбѣ въ протоколахъ почти ни гдѣ не будетъ рѣчи.

№ 1-й. Оставшия рядовой Андрей Хохловъ, 55-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 26-го апрѣля 1865 г.; умеръ 30-го апрѣля. Диагнозъ: febr. typhoidea.

27-го. Пятый день болѣзни. Лихорадочное состояніе. Пульсъ 100. Головная боль. Въ груди легкіе катарральные хрипы. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

28-го. Лихорадочное состояніе уменьшается.

29—30-го. Больной стонетъ и въ полусознательномъ состояніи, кожа холодна, пульсъ почти нѣтъ. (Наблюденіе Саврина).

Вскрытіе 1-го мая, но особенною расширенію главнаго доктора.

Трупъ нѣсколько истощенный. Кости черешка свода легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки; при вскрытіи послѣдней изъ-подъ нея вытекаетъ мутная сѣтлжелтоватая жидкость, а на внутренней ея поверхности сверху большихъ полушарій и по бокамъ тонкой слой илѣзгаго, рыхлаго, желтоватаго налета, въ которомъ мѣстами свѣже кровяные сгустки въ видѣ темноокрашеныхъ пятенъ, величиною отъ просоваго зерна до горошины и даже нѣсколько болѣе. Этотъ налетъ не смысается водою, но легко снимается пальцемъ или спалпелемъ и вмѣстѣ съ нимъ снимаются кровяные сгустки, сидящіе обыкновенно въ толщѣ этой сочной, рыхлой, илѣзкой перепонки. Подъ налетомъ твердая мозговая оболочка то мутная, сочная и блѣловатая, то сочная блестящая. Въ налетѣ мѣстами замѣтны тоненькія красныя полосы отъ налитыхъ кровью сосудовъ, особенно воагъ кровяныхъ сгустковъ. Сосуды въ налетѣ дѣлаются еще замѣтнѣе при выдавливаніи крови изъ ствола средней артеріи твердой мозговой оболочки въ послѣдній ея развитіи. Это выдавливаніе или естественная инъекція производится посредствомъ легкаго давленія ручкою скальпеля по наружной поверхности твердой мозговой оболочки на стволъ средней ея артеріи по направленію къ вѣтвямъ артерій. Сосуды мягкой мозговой оболочки и мозга мало содержатъ крови; въ паутинныхъ промежуткахъ небольшое количество серозной жидкости. Мозгъ бѣлый и плотнѣе обыкновеннаго, боковыя желудочки его растянуты желтоватою прозрачною жидкостью. Сердце обросло жиромъ, мышечная ткань его вялая, но мѣстами бѣдножелтоватаго цвѣта. На внутренней поверхности послѣдней аорты слѣды атеросклеротическаго процесса. Въ легкихъ незначительный острый катарръ. Печень большого объема, удутая, на поверхности разръза желтоватая съ салынми бляшками. Селезенка въ два кулака, слегка аернистая, темнокрасная. Слизистая оболочка желудка мѣстами сильно асидная, слегка бугристая. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

Микроскопическія исследования жидкости, вытекшей изъ-подъ твердой мозговой оболочки, и налета съ кровозаливами, замѣченнаго на ея внутренней поверхности, доставили вышеописанныя явленія остраго кропоточиваго воспаления твердой мозговой оболочки.

№ 2-й. Крестьянинъ Петръ Сергѣевъ, 41-го г., поступилъ въ госпиталь 4-го апрѣля 1865 г., умеръ 14-го апрѣля. Диагнозъ: f. typhoidea, typhus exanthematicus.

5-го. Взглядъ больного тупой, на вопросы съ толкомъ не отвѣчаетъ. Температура тѣла не возвышена. Пульсъ малый. Мѣстныхъ страданій нѣтъ.

6-го. Бредъ. Сообразительность притуплена.

8-го. Больной безъ сознания. Температура кожи повышена. Голова горяча. Пульсъ малъ.

10-го. Бредъ постоянный, беспокойный. Зрачки не расширены и не сужены, но неподвижны. Пульсъ полнѣе.

11—13-го. Бредъ и полумокоматозное состояніе. Температура тѣла нормальная. (Набл. Орлова).

Вскрытіе 15-го апрѣля представило анатомопатологическія измѣненія совершенно сходныя съ наблюденіемъ 1-мъ.

№ 3-й. Госпитальный служитель Михаилъ Горбуновъ, 27-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 21-го, умеръ 29-го октября 1864 г. Диагнозъ: f. catarrhalis, typhus.

22-го. Головная боль, жаръ, пульсъ учащенъ, языкъ сухой.

23—28-го. Кожа желтовата, носъ, пульсъ малъ, головная боль, безсонница и ночью бредъ. Незначительный острый катарръ въ легкихъ. Безознательное состояніе и упадокъ силъ. (Набл. Лебедева).

Вскрытіе 2-го ноября обнаружало тѣ же измѣненія.

№ 4-й.ременно-отпускной ряд. Максимъ Великановъ, 40 лѣтъ, принятъ въ госпиталь 10-го октября 1864 г. въ трудномъ состояніи съ диагнозомъ тифа и того же дня умеръ.

Вскрытіе сдѣлано 13-го октября по особому распоряженію главнаго доктора и здѣсь явленія на трупѣ были сходны съ описанными въ наблюденіи 1-мъ.

№ 5-й. Солдатскій сынъ Андрей Константиновъ, 19-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 13-го марта 1865 г., умеръ 5-го апрѣля. Диагнозъ: febris typhoidea.

14—22-го. Между припадками, признаками за тифозные, преобла-

дать бредъ. Опухоль въ области желѣзъ околоушной и подчелюстной правой стороны.

23—29-го. Большой поправляется; 26-го опухоль вскрылась.

1—5-го апрѣля. Сильная лихорадка и бредъ. Пульсъ малый и слабый, 136.

Вскрытіе 7-го апрѣля; найденныя измѣненія сходны съ описанными въ наблюденіи 1-мъ, съ присоединеніемъ обширной и глубокой гнойной инфильтраціи на правой сторонѣ шев.

№ 6-й. Солдатская дочь Прасковья Гвоздева, 39-и лѣтъ, принята въ госпиталь 20-го сентября 1864 г. и на другой день умерла. Диагнозъ: f. typhoidea.

20-го. Бредъ, шумъ въ головѣ, глаза красные, чрезвычайная слабость. При поднятіи большой дрожаніе членовъ. Разговоръ правильный, но неохотный. Пульсъ 120. Кожа горяча. Языкъ сухъ. Въ груди мѣтаны незначительные хрипы. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго. Слабость быстро усилилась.

Вскрытіе 22-го сентября. Явленія на трупѣ сходны съ описанными въ наблюденіи 1-мъ, съ присоединеніемъ небольшихъ аспидныхъ рубцовъ въ почкахъ.

№ 7-й. Крестьянинъ Василий Кирилловъ, 23-тъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 6-го апрѣля 1865 г. съ тяжелыми тифозными признаками и скоро умеръ.

Вскрытіе 8-го апрѣля по особому распоряженію главнаго доктора. Явленія на трупѣ сходны съ описанными въ наблюденіи 1-мъ; сверхъ того пейеровы бляшки найдены слегка сѣтчато-аспидными.

№ 8-й. временно-отпускной ряд. Прокодій Ивановъ, 35-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 15-го февраля 1865 г., а умеръ 26-го. Диагнозъ: typhus exanthematicus.

16-го. Вторая недѣля болѣзни. Температура возвышена, пульсъ 116. Тифозныя пятна на груди и животѣ. Небольшой кашель; чувствительность селезенки.

18—25-го. Лихорадочное алиментическое состояніе, бредъ, упадокъ силъ.

При вскрытіи 1-го марта оказались измѣненія, сходныя съ предыдущимъ наблюденіемъ.

№ 9-й. Отставной унтеръ-офицеръ Василь Екимовъ, 45-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 9-го марта 1865 г., умеръ 11-го апрѣля. Диагнозъ: marasmus senilis, typhus abdominalis.

10-го марта—10-го апр. В начале признаки общего истощения, кашель и незначительный понос; последний упорно продолжается, а под конец болезни при сильной слабости являются тифозные признаки и особенно спальный бред и сильная слабость.

Вскрытие 13-го апреля; изменения в тазе сходны с случаем 7-мь.

№ 10-й. Отставной матрос Максим Иванов, 45-и летъ, поступил в госпиталь 1-го февраля 1865 года, умеръ 8-го. Диагноз: *f. typhoidea*.

2-го. 7-й день болезни. Температура возвышена, кожа сухая. Пульс 120; головная боль, шумъ в головѣ, бредъ, запоръ, общая слабость и усиленная чувствительность тѣла.

4—8-го. Испражнения низомъ непрозрачны. Лихорадка динамического характера. Бредъ, ушадькъ силъ.

Вскрытие 10-го февраля; изменения на трупѣ сходны съ вышеописаннымъ в наблюдении 1-мь, съ присоединениемъ небольшихъ свѣжыхъ нарывовъ (съ просное зерно до горошины) въ почкахъ.

№ 11-й. Солдатка Александра Литропова, 46-и летъ, поступила в госпиталь 7-го апреля 1865 г., умерла 2-го мая. Диагноз: *typhus exanthematicus, parotitis*.

8-го. Седьмой день болезни. Тифозная сыпь. Жаръ, слабость и боль во всемъ тѣлѣ, сильная головная боль, головокружение, шумъ въ ушахъ. В начале болезни былъ не большой бредъ. Кожа горяча. Пульс 120.

9-го. Сильная головная боль и шумъ въ ушахъ (назначенъ внутрь камедь и ледъ на голову).

13-го. Головная боль сильнѣе. Поносъ. Пульс 108. (Пивки къ перегородкѣ носа).

14-го. Подъ лѣвымъ ухомъ развивается болящая опухоль. Головная боль и поносъ уменьшились. Пульс 104.

20—30-го. Нарывъ возле правого уха вскрылся. Головная боль продолжается все время и болящая находится въ какомъ то оступѣнн, мало слышать и неохотно отвѣчаетъ на вопросы.

1-го мая. Сильный жаръ, пульсъ малый, слабый, очень частый. Упадокъ силъ и на слѣдующій день смерть. (Набл. Масмана).

Вскрытие 3-го мая; изменения сходны съ описаннымъ в наблюдении 1-мь, съ присоединениемъ гнойной инфильтрации въ области правой окологной желѣзы, свѣжаго нарыва въ лѣвой почкѣ (въ простой орѣхъ) и стчатно-аспиднаго вѣда пейеровыхъ бляшекъ.

№ 12-й. Мясникъ Николай Зуевъ, 39-и летъ, поступилъ в госпи-

таль 21-го октября 1864 г., умеръ 24-го октября. Диагноз: *typhus et anaemia*. Typhus.

22-го. Заболѣвъ два мѣсяца до поступления в госпиталь; при поступлении замѣтны отекъ лица и ногъ, одышка, головная боль, бессонница и сильная слабость. Температура тѣла слегка возвышена. Кровотечение изъ носа.

23-го. Слабость быстро увеличивается.

Вскрытие 25-го октября; при вскрытияхъ, сходныхъ съ наблюдениемъ 1-мь, незначительное накопление жидкости въ брюшной полости и молодой циррозъ, т. е. незначительное промежуточное гиперпластическое воспаление печени.

II. Группа изъ 8 случаевъ, также безъ другихъ важныхъ измененийъ въ организмѣ, кромѣ остраго кровоточиваго воспаления твердой мозговой оболочки, но постоянно съ острымъ долечатымъ воспалениемъ легкихъ, во всехъ случаяхъ весьма незначительнымъ. О тифѣ здѣсь также не можетъ быть рѣчи, развѣ какъ о минувшемъ процессѣ въ двухъ послѣднихъ случаяхъ, въ которыхъ упоминается о стчатно-аспидномъ видѣ пейеровыхъ бляшекъ и воспалении окологной желѣзы, но селезенка во всехъ случаяхъ совершенно безъ всякихъ замѣтныхъ измененийъ.

№ 13. Крестьянинъ Игнатій Васильевъ, 28-и летъ, поступилъ в госпиталь 14-го апреля 1865 г., умеръ 22 апреля. Диагноз: *typhus exanthematicus, Rachymeningitis haemorrhagica interna acuta*.

15-го. Пленія довольно спялаго лихорадочнаго состоянія и бредъ. Болезнь продолжается около недѣли.

17-го. Температура тѣла возвышена, кожа сухая, горячая. Пульсъ очень учащенный, слабый. Языкъ сухъ и сильно обложенъ бурною корою; 2 дня не было на низѣ. Печень и селезенка увеличены. Большой въ лукоматозномъ состоянн; бредитъ, вскакиваетъ съ постели и на вопросы отвѣчаетъ вяло и не внятно.

18-го. Состояние то же, но только пульсъ болѣе слабый и дрожащн.

20-го. Выражение лица тупое, лихорадочное состояние не уменьшается, но пульсъ болѣе правильный. Рефлекторныя движения ослабѣли и большою только сильно разбрасывается.

21-го. Большой труднѣе возвращается къ сознанию и уже совершенно не отвѣчаетъ на вопросы.

22-го. Полный упадокъ силъ. Пульсъ едва ощущается, рефлекторныя движения слабо выражаются судорожными движениями конечностей и подергиваніемъ въ мышцахъ лица. Зрачки расширены, неподвижны. Выра-

жение лица полное бессмыслие. Къ вечеру смерть. «Течение нервныхъ явлений, имѣвшее характеръ несколько иной, чѣмъ въ тиснозномъ процессѣ, особенно выраженіе лица, имѣвшаяся съ каждымъ днемъ и все болѣе и болѣе приближавшаяся къ адютическому, наведо мена» говорить д-ръ Александровъ, «на мысль, что въ этомъ случаѣ для нервныхъ явлений есть причина въ черепной полости болѣе самостоятельная, чѣмъ при тисозѣ, а какъ при вскрытіи труповъ подобныхъ больныхъ часто встрѣчается рачу meningitis haemorrhagica interna acuta, то я рѣшился сдѣлать диагнозъ этой послѣдней болѣзни».

Вскрытіе 24-го апрѣля по особому распоряженію главнаго доктора, въ присутствіи нѣсколькихъ врачей.

Трупъ мускулистый, дородный, неистощенный. Кости черепнаго свода легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки. Наружная поверхность послѣдней сочная, блестящая. Среднія артеріи ея наполты кровью. При вскрытіи твердой мозговой оболочки изъ-подъ нея вытекаетъ много свѣтло-желтоватой, мутной жидкости. На внутренней ея поверхности, сверху большихъ полушарій и по бокамъ, тонкій слой желтоватаго налета съ красными крапинками. Этотъ слой легко снимается щипцомъ въ видѣ лѣжныхъ, рыхлыхъ, сочныхъ, желтоватыхъ оболочекъ. Сосуды мозга и мозговыхъ оболочекъ мало содержатъ крови. Мозгъ бѣлый, сочный, малокровный. Въ легкихъ мѣстами изрѣдка узлы въ грізкій орѣхъ отъ дѣлчататаго воспаления, находившагося то въ стромѣ, то въ красномъ опеченій. Сердце не большое, вялое; правый желудочекъ значительно обросъ жиромъ; на внутренней поверхности восходящей аорты слѣды атероматознаго процесса. Слизистая оболочка желудка мѣстами рыхлая и сильно асцизная. Въ селезенкѣ и почкахъ ничего особеннаго; небольшая жировая инфильтрація печени. Микроскопическое изслѣдованіе жидкости, вытекавшей изъ-подъ твердой мозговой оболочки, и налета на послѣдней показало всѣ признаки остраго кровоточиваго воспаления. На поперечныхъ разрѣзахъ твердой оболочки подъ микроскопомъ видна сочность и разбухлость волокнистой ткани и изрѣдка дѣленіе ядеръ въ послѣдней.

№ 14-й. Проходившій рядовой, Тимошевъ Андрей; 38-н лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 15-го апрѣля 1865 г., умеръ 18-го. Диагнозъ: f. recitgens, typhus exanthematicus.

15-го. Пятый день болѣзни. Головная боль и общее недомоганіе. Пульсъ 101. Чувствительность въ сторонѣ печени увеличена.

16—18-го. Забыты, небольшой поносъ и обійій упадокъ силъ.

Вскрытіе 20-го апрѣля обнаружало измѣненія, какъ въ предъидущемъ случаѣ.

№ 15-й. Временно-отпущенный рядовой Степанъ Волосковъ, 35 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 6-го апрѣля 1865 г., умеръ 17-го апрѣля. Диагнозъ: typhus exanthematicus.

7-го. Шестой день болѣзни. Жаръ, головная боль, бредъ, забывчивость, всеобщая слабость. Пульсъ 106.

Эти признаки почти не измѣнились до конца болѣзни.

Вскрытіе 19-го апрѣля; измѣненія, сходныя съ наблюденіемъ 13-мъ.

№ 16-й. Отставной унтеръ-офицеръ, Василій Долговъ, 44-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 26-го марта 1865 г., умеръ 1-го апрѣля. Диагнозъ: typhus exanthematicus.

27—29-го. Признаки сыпнаго тисоза съ пораженіемъ мозга и забывчивостью. Пульсъ 120.

30—31-й. Сильная слабость. Пульсъ нитевидный. Дыханіе трудное. Больной не отвѣчаетъ на вопросы.

Вскрытіе 3-го апрѣля обнаружало на трупѣ явленія одинаковыя съ наблюденіемъ 13-мъ, съ присодиненіемъ небольшой и не глубокой грудной язвы (въ серебряный притачекъ) на малой кривизнѣ желудка.

№ 17-й. Мѣщанинъ Андрей Марковъ, 17-н лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 2-го апрѣля 1865 г., умеръ 26-го апрѣля. Диагнозъ: f. recitgens, typhus, diphtheritis.

3-го. Пятый день болѣзни. Головная боль, бредъ, жаръ и камель.

4—15-го. Лихорадочное состояніе; камель.

17-го. Лихорадочное состояніе незаметно; сильная слабость и наклонность къ обморокамъ; значительная анемія.

18-го. Температура тѣла возвышена. Камель.

19-го. Утромъ и вечеромъ ознобы. Пульсъ слабый.

20-го. Признаки двостерта въ зѣбѣ.

21—25-го. Состояніе зѣва ухудшается; по ночамъ бредъ. Головная боль. Пульсъ слабый; упадокъ силъ.

Вскрытіе 28-го апрѣля; органическія измѣненія сходныя съ описанными въ наблюденіи 13-мъ, съ присодиненіемъ небольшого остраго вышнатога воспаления грудной ялевы и легкаго катарра въ почкахъ.

№ 18-й. Отставной унтеръ-офицеръ Осипъ Перовскій, 44-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 8-го апрѣля 1865 г. съ явленіями начинающагося воспаления легкихъ, съ головною болью и сильною слабостью; чрезъ день онъ умеръ.

Вскрытие 13-го апреля по особому распоряжению главного доктора; изменения сходны с описанными в наблюдении 13-м, с присоединением острого дотерического процесса в десяти поперечных складках верхней части толстых кишок.

№ 19-й. Отставной курьер, Петр Алексеев, 59-л лет, поступил в госпиталь 21-го сентября 1864 года, умерь 7-го октября. Диагноз: F. rheumatica typhoidea.

22-го. Третий день болезни. Общая слабость, боль в руках и ногах, незначительный кашель и понос. Лихорадочное состояние довольно слабое.

23—27-го. Головокружение, затумь бредъ и усиление лихорадочного состояния. Температура 39,5°. Пульсъ 116.

28-го. Сильная головная боль, слабость и тупость сознания (stupor), артерии сокращены. Температура 39°. Пульсъ малый и слабый.

29-го сент.—7-го окт. Начало развиваться воспаление левой окологрушной желъзы и вскорь дошло до нагноения. Лихорадка уменьшилась. Большой салъю ослаблъ.

Вскрытие 10-го октября обнаружило изменения, сходныя с описанными въ наблюдении 13-м, съ присоединением нагноения в области левой окологрушной желъзы и стъчатого-аспидного двѣта пейеровыхъ бляшекъ.

№ 20-й. Мастеровой Григорій Шинко, 32-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 9-го сентября 1864 г., умерь 11-го октября. Диагноз: diarrhoea, cægis processus mastoidei.

9-го. При поступлении в госпиталь большой жаловался на боль головы, потерю аппетита и поносъ. Лихорадочное состояние незначительно. Изъ левого уха течь, за ухомъ небольшая мало блестящая опухоль, безъ флюктуации.

11-го сент.—10-го октября. Поносъ скоро прекратился. Головная боль то уменьшалась, то увеличилась. Опухоль за левымъ ухомъ распространилась на область левой окологрушной желъзы и перешла въ нагноение. За тѣмъ оказалась рожь на лицѣ и шеѣ съ усиленнымъ бредомъ и упадкомъ силъ.

Вскрытие 13-го октября; органическія изменения какъ въ наблюдении 13-м, съ присоединениемъ обширной гнойной инъльтраціи въ области левой окологрушной желъзы и сползениемъ гноя въ наружномъ ушномъ проходѣ и среднемъ ухѣ.

III. Группа изъ 17-и случаевъ катаральной желъзухи съ острымъ кровоточивымъ воспалениемъ твердой мозговой оболочки. Во всѣхъ случаяхъ желъзуха зависѣла отъ катара желудка и двѣнадцатиперстной кишки, иногда съ далекимъ распространениемъ его на обшій выходящій желчный протокъ, и отъ происшедшаго вследствие этого механическаго препятствія къ выходу желчи изъ печени.

Микроскопическое изслѣдованіе печени открывало при этомъ въ печеночныхъ кѣлочкахъ множество капель жира и крупинокъ желтаго пигмента, такъ что иногда было даже трудно замѣтить ядро кѣлочка. Кромѣ того жѣстами печеночныя кѣлочка были увеличены въ объемѣ и содержимое ихъ представлялось мутнымъ, эмульсивнымъ. Последнія явления напоминаютъ собою начало паренхиматознаго воспаления печени, но чтобы принять такое воспаление необходимо кромѣ того распаденіе кѣлочекъ и размноженіе ткани, т. е. проявленіе воспалительныхъ началъ, разрушительнаго или образовательнаго характера, чего при этой желъзухѣ обыкновенно не бываетъ. Если принять здѣсь паренхиматозное воспаление безъ непосредственныхъ продуктовъ или последствий его, то едва ли можно и говорить о воспалении. При томъ изъ нѣкоторыхъ клиническихъ замѣтокъ видно, что желъзуха въ этихъ случаяхъ часто также скоро пропадаетъ, какъ и внезапно появляется, а при вскрытияхъ, произведенныхъ въ различный срокъ послѣ появленія или по исчезаніи желъзухи, почти никогда не встрѣчалось въ печени никакихъ слѣдовъ воспаления. Но при этой желъзухѣ часто бываетъ воспаление печеночной капсулы, какъ слѣдствіе обильнаго переполненія печени соками при задержаніи выхода изъ нея желчи обыкновеннымъ путемъ. Вероятно, что отъ этого же измѣненія условій обращенія соковъ въ печени и давленія въ сосудахъ ея происходитъ въ такихъ случаяхъ разбухлость и рыхлость селезенки. Въ первыхъ 7-и случаяхъ этой группы, кромѣ катаральной желъзухи, ни чѣмъ другимъ важнымъ не осложнены измѣненія на твердой мозговой оболочкѣ. О томъ также, кажется, въ этихъ случаяхъ не можетъ быть рѣчи; по крайней мѣрѣ въ клиническихъ замѣткахъ вовсе не упоминается о тифозной сыпи, на трупахъ не было слѣдовъ тифа и въ селезенкѣ вообще не было инфарктовъ, хотя нѣрѣдко замѣчалась разбухлость и рыхлость. Въ остальныхъ 10-и случаяхъ найдены болѣе или менѣе важныя осложненія и

очевидные следы тифа, а в селезенке или сильная зернистость, — желтые просовидные зерна, сливаясь вместе, образуют кругловатые кашеобразные островки, — как выражение гиперплазии и нагноения, или трехугольные желтые островки с распадением ткани, как последствие эмболии. Печень в этих случаях обыкновенно въсиза отъ 70-и до 90 унций, селезенка — отъ 10-и до 50-и унций. Пособные 4 случая этой группы представляют первое начало гиперпластического воспаления на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки почти без кровоизлияний, когда оно еще не успело развиться, при других тяжелых расстройствах в организме.

№ 21-й. Отставной рядовой Игнатій Михайловъ, 44-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 15-го апрѣля 1865 г., умеръ чрезъ день. Диагнозъ: typhus icterodes.

16-го. Коматозное состояніе, бредъ, сильная слабость. Желтуха. Лихорадочное состояніе не значительное. Пульсъ частый, слабый.

Вскрытіе 19-го апрѣля. Трупъ нестощенный. Сильная желтизна кожи. Кости свода черепа легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки. Наружная поверхность последней сухая, блестящая. При вскрытіи твердой мозговой оболочки изъ подъ нея вытекаетъ мутная желтоватая жидкость. Внутренняя поверхность ея желтоватая, мутная; сверху большихъ полушарій, по бокамъ и до основанія черепа, встрѣчается на ней мѣстами рыхлый желтоватый налетъ, и въ немъ свѣжіе кровяные сгустки, въ видѣ темно-красныхъ нитей, величиною отъ макового зерна до горошины. Паутинная оболочка мѣстами слегка мутная. Въ подъ-паутинныхъ промежуткахъ очень много сероной жидкости. Мозгъ блѣдный, сочный, малокровный. Оба легкія вздуты; изъ мелкихъ бронхіи выдѣляются гноевидныя пробки. Сердце небольшое, влажное; правая сторона его обросла жиромъ, мышечная ткань желто-коричневаго цвѣта. Печень увеличена въ объемѣ; на капсулѣ ея желтоватый налетъ. Поверхность разръза свѣтло-желтоватая съ салыннмъ блескомъ. Селезенка рыхлая, темно-красная. Слизистая оболочка желудка рыхлая десинная, въ двѣнадцати-перстой кишкѣ она усѣяна бѣловатыми возвышеніями. Отверстіе желчного протока въ двѣнадцати-перстную кишку засорено слизистою пробкою. Почки увеличены въ объемѣ, влаы, въ разрьзѣ сочны, желто-коричневаго цвѣта. Микроскопическія изслѣдованія вышвенны на твердой оболочкѣ дали всѣ вышеописанныя явленія остраго кровотоичнаго воспаления.

№ 22-й. Крестьянинъ Иванъ Осиповъ, 25 лѣтъ, поступилъ въ госпи-

талъ 20-го октября 1864 г. съ признаками желтухи. Диагнозъ: гастрическая лихорадка. Умеръ на другой день.

Вскрытіе 23-го октября обнаружило измѣненія сходныя съ наблюдениемъ 21-мъ.

№ 23-й. Крестьянинъ Андрей Ивановъ, 20 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 19-го марта 1865 г.; умеръ 4-го апрѣля. Диагнозъ: f. typhoidea. Icterus.

20-го. Третій день болѣзни. Сильная слабость, жаръ, головокруженіе; поносъ.

23-го. Температура тѣла нормальная, сильная слабость и упадокъ силъ.

25-го. Лихорадочное состояніе. Шумъ въ головѣ и головокруженіе, наклонность къ обморокамъ.

26-го. Лучше.

29-го. Опять хуже.

1-го апр. Сильная слабость. Температура тѣла возвышена. Желтуха.

2-го. Температура тѣла нормальная. Остальные признаки безъ измѣненія.

3-го. Полный упадокъ силъ. Пульсъ малый, слабый.

Вскрытіе 6-го апрѣля дало тѣже результаты, какъ въ наблюдении 21-мъ.

№ 24-й. Отставной рядовой Евгенийъ Ждановъ, 50 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 4-го октября 1864 г.; умеръ 24-го октября. Диагнозъ: f. gastrica typhoidea, icterus.

5-го. Третій день болѣзни, лихорадочное состояніе не значительное. Пульсъ полный 100. Рвота.

6—13-го. Головная боль постепенно, по временамъ бредъ.

14—19-го. Головная боль меньше.

20—23-го. Головная боль и бредъ вновь усилились; большой въ забывчивости, плохо отвѣчаетъ на вопросы и въ послѣдній день вскакиваетъ съ кровати. Сильно ослабѣлъ. Пульсъ слабый. Незначительный поносъ и наконецъ желтуха.

Вскрытіе 26-го октября дало явленія, сходныя съ описанными въ наблюдении 21-мъ.

№ 25-й. Крестьянинъ Михайло Творанкинъ, 44-хъ лѣтъ, принятъ въ госпиталь съ признаками желтухи и тифа 12-го апрѣля 1865 года; чрезъ день умеръ.

13-го. Бредъ и сильный упадокъ силъ. Пульсъ 120, интервалный. Температура тѣла повидному понижена. Легкая желтуха.

Вскрытие 16-го апреля обнаружало такіе же измѣненія, какъ въ наблюдѣніи 21-мъ, съ присоединеніемъ слабыхъ складовъ атероматознаго процесса въ восходящей аортѣ.

№ 26-й. Крестьянинъ Абрамъ Федоровъ, 40 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 2-го апреля 1865 г., умеръ 15-го апреля. Диагнозъ: *icterus*.

3-го. Припадки тифа и желтуха. Жаръ кожи. Пульсъ усиленъ, 120.

6-го. Большому душе, горячка слабѣе. Бредъ меньше.

7-го. Пульсъ 80. Жаръ уменьшился. Легкая головная боль.

9-го. Большой поправляется.

11-го. Снова легкой жаръ.

12—15-го. Усиленіе горячки и смерть.

Вскрытіе 17-го апреля; органическія измѣненія тѣ же, какъ въ наблюдѣніи 21-мъ, съ присоединеніемъ признаковъ атероматознаго процесса въ восходящей аортѣ и прращеній печени всю вышнюю поверхность къ грудобрюшной преградѣ.

№ 27-й. Солдатка Елизавета Фокина, 58 лѣтъ, поступила въ госпиталь 29-го сентября 1864 г., умерла 3-го октября. Диагнозъ: *catarrhus gastro-intestinalis, icterus*.

30-го сент.—3-е окт. При поступленіи въ госпиталь, на 7-й день болѣзни, болшая представляетъ признаки сильного изнуренія и слабости и жалуется на спинаую боль въ животѣ, поносъ и головную боль; въ госпиталѣ слабость быстро увеличивается.

Вскрытіе 4-го окт. дало результаты сходныя съ наблюдѣніемъ 21-мъ; сверхъ того острое крупное воспаление почки.

№ 28-й. Крестьянинъ Алексѣй Захаровъ, 47 лѣтъ, принятъ въ госпиталь 15-го марта 1865 г. въ трудномъ состояніи съ диагнозомъ желчнаго тифа; умеръ того же числа.

Вскрытіе 18-го марта обнаружало явленія, сходныя съ наблюдѣніемъ 21-мъ, съ присоединеніемъ атероматознаго измѣненія въ восходящей аортѣ и небольшихъ гнойничковъ въ почкахъ.

№ 29-й. Отставной рядовой, Семенъ Ильиченко, 31 года. Поступилъ въ госпиталь 7-го февраля, умеръ 23-го февраля. Диагнозъ: *f. gastrica typhoidea, icterus*.

8—24-го. Въ исторіи болѣзни, кромѣ сильного лихорадочнаго состоянія, упоминается о постоянной боли головы, признакахъ желтухи и общемъ упадкѣ силъ.

Вскрытіе 27-го февраля; органическія измѣненія такіе же, какъ въ

наблѣденіи 21-мъ; кромѣ того селезенка увеличена въ объемъ, вѣситъ около 40 унцій, зерниста; просовидныя желтоватая зерна, сливаясь въ кѣты, образуютъ кругловатая группы, вѣлчиною до лѣснаго орѣха. Печень также увеличена въ объемъ, вѣсомъ въ 77 унцій. Пейеровы бляшки и межъ ними солитарныя желѣзки стѣчато-асидныя, брызжичная желѣзка слегка разбухла.

№ 30-й. Крестьянинъ, Сергій Коршуновъ, 50-лѣтъ. Поступилъ въ госпиталь 29-го марта 1865 г., умеръ 1-го апреля. Диагнозъ: *icterus*.

29—31-го. Болѣзнъ около недѣли. При поступленіи у больного общая слабость. Температура понижена. Пульсъ 96. Головная боль. Бредъ. Въ створѣи печени, селезенки и подъ асциною чувствительность увеличена, поносъ. Легкій катарръ бронхіи. Общая желтуха и усиленный упадокъ силъ.

Вскрытіе, сдѣланное 2-го апреля по распоряженію главнаго доктора, дало такіе же результаты, какъ въ наблюдѣніи 21-мъ, съ вышеизвѣстною зернистостью селезенки (набл. 29).

№ 31-й. Служитель, Юліанъ Серемлягинъ, 35-лѣтъ. Поступилъ въ госпиталь 29-го января 1865 г., умеръ 13-го февраля. *F. gastrica, f. geutrons, icterus*.

30-го. Шестой день болѣзни. Температура тѣла возвышена, кожа горячая, сухая; пульсъ 120, полный. Головная боль, языкъ обложенъ. Хрипъ въ легкихъ.

2—9-го февраля. Температура понижалась, пульсъ 96—78, головная боль не такъ значительна; больной считаетъ себя выздоравливающимъ.

10—12-го. Снова лихорадка; Пульсъ 115, малый. Головная боль и головокруженіе.

13-го. Пульсъ малый, 115. Температура сравнительно съ пульсомъ мало возвышена. Боли въ створѣи печени и желудка. Сильная желтуха кожи. Къ вечеру бредъ и окончательный упадокъ силъ.

Вскрытіе 15-го февраля по особенному распоряженію главнаго доктора; органическія измѣненія сходныя съ наблюдѣніемъ 21-мъ, кромѣ вѣхъ зернистость селезенки, рыхлость въ нижней части тонкихъ кишечъ, разбухлость солитарныхъ и пейеровыхъ желѣзокъ и незначительная асидность послѣднихъ.

№ 32-й. Мещанинъ, Иванъ Колотриповъ, 32-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 17-го сентября 1864 г., умеръ 20-го того же мѣсяца. Диагнозъ: *f. gastrica, lumbago, icterus*.

18-го. Седьмой день болезни. Головная боль, особенно во лбу; бредъ, жаръ, боль въ поясницѣ съ слабостью въ нижнихъ конечностяхъ.

19-го. Общая желтуха и усиленная слабость. Пульсъ скорый и слабый.

Вскрытіе 24-го сентября обнаружило явленія, описанныя въ наблюдении 21-мъ, съ небольшимъ количествомъ старыхъ и новыхъ бугорковъ въ верхушкахъ легкихъ и поперечную бугорчатую язву посреднихъ толстыхъ кишекъ.

№ 33-й. Отставной рядовой, Иванъ Сосовъ, 55-и лѣтъ. Поступилъ въ госпиталь 23-го сентября 1864 г.; умеръ 1-го октября. Диагнозъ: f. typhoidea. Typhus icterodes.

24-го. Шестой день болезни. Головная боль, жаръ и бредъ, температура 40,8. Пульсъ слабый.

26-го. Лихорадка умиротворенная. Температура 39,5°. Пульсъ слабый. Поносъ.

27-го. Темпер. 39,5°. Желтуха. Пульсъ едва замѣтенъ. Stupor, delirium musicans. Слабость и упадокъ силъ.

28-го. Температура тѣла понижается. Пульсъ слабый, неправильный. Непроизводительны испраженія. Остальные признаки безъ изменений.

29-го. Температура 35°. Пульсъ нѣсколько поднялся. Бредъ и слабость въ той же степени.

30-го. Температура 35°. Конечности холодныя. Безсознательное состояние и упадокъ силъ.

Вскрытіе 3-го октября дало тѣ же результаты, какъ въ наблюдении 21-мъ, съ стрѣмъ опеченіемъ въ нижнихъ доляхъ легкихъ и сѣтчатимъ дилатационнымъ процессомъ въ желудкѣ, тонкихъ и толстыхъ кишкахъ.

№ 34-й. Крестьянинъ Михаилъ Петровъ, 33-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 20-го апрѣля 1865 г., умеръ 24-го апрѣля. Диагнозъ: f. contagiosa, icterus.

21—24-го. Общія горячечныя явленія съ бредомъ, слабостью и упадкомъ силъ.

Вскрытіе 26-го апрѣля. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки рыхлая, сочная, вѣтвистая, желтоватая налетъ безъ проливныхъ ступеней; подъ микроскопомъ картина явлений какъ при самомъ началѣ гиперпластическаго процесса, въ остальныхъ органахъ замѣнены тѣ же, какъ въ наблюдении 21-мъ и сверху того обширное опеченіе въ обоихъ легкихъ.

№ 35-й. Полковникъ унтеръ-офицеръ Самуилъ Андрусовъ, 52-хъ

лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 27-го марта 1865 г., умеръ 2-го апрѣля. Диагнозъ: f. typhoidea, haemorrhysis, icterus.

28-го мар.—1-го апрѣля. Третій день болезни. Кромѣ общихъ горячечныхъ явленій выставляются на видъ задержание мочи и сильная слабость.

Вскрытіе, 3-го апрѣля (по особенному распоряженію главнаго доктора), обнаружило на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки вѣтвистый, рыхлаый, желтоватый налетъ безъ замѣтныхъ простому глазу кровоизліній; остальные явленія сходны съ описанными въ наблюдении 21-мъ, съ присоединеніемъ поражений значительной части легкихъ дольчатымъ воспаленіемъ.

№ 36-й. Крестьянинъ Дмитрій Григорьевъ, 26-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 26-го сентября 1864 г. въ трудномъ состояніи съ диагнозомъ желчнаго тѣва и того же дня умеръ.

Вскрытіе 28-го сентября. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки вѣтвистый, рыхлаый, сочный, желтоватый налетъ безъ кровоизліній, какъ въ первомъ періодѣ гиперпластическаго воспаленія, превращающаго смертнаго органа на пути своего развитія; остальные явленія сходны съ описанными въ наблюдении 21-мъ; сверху того селезенка увеличена въ объемъ со множественъ инфильтратомъ, т. е. желтыхъ, кашнеобразныхъ, трехугольныхъ островковъ величиною до зѣснаго орѣха; слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ мѣстами рыхла и темно-красна, мѣстами устья просвѣдливыхъ желтоватыми возвышеніями; на слизистой оболочкѣ желудка въ нѣкоторыхъ мѣстахъ небольшимъ поверхностныя изъязвленія, порѣдка покрытыя проливными ступенями.

№ 37-й. Полковникъ рядовой Матвій Ершовъ, 34-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 3-го февраля 1855 г., умеръ 23-го февраля. Диагнозъ: f. gastrica rheumatica, nephritis et irritatio medullae spinalis. Catarrhus vesicae urinae. Typhus biliosus.

4-го. Пятый день болезни. Сильная головная боль, слабость въ конечностяхъ, жаръ; въ позвоночн. столбѣ и въ сторонѣ селезенки и печени усиленная чувствительность.

8-го. Къ этимъ признакамъ присоединяется желтуха.

10—15-го. Невоспоянный бредъ, кровавистая моча и боль при давленіи въ сторонѣ почекъ.

16—17-го. Позвоночн. столбъ не представляетъ болѣзненной чувствительности. Общій потъ и улучшение общаго состоянія.

18—22-го. Рвота. Усиленіе общей чувствительности, такъ что ма-

длительное прикосновение к телу причиняет чувство боли. Температура тела утренняя. Пульс слабый. Бред и спящая слабость.

Вскрытие сделано 25-го февраля по распоряжению главного доктора. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки первое начало гиперпластического воспаления с крововизиями, неясными простому глазу, но открывающимися под микроскопом; остальные явления сходны с наблюдением 24-мъ, сверху тогда долготочное воспаление легких, а в нижней части тонких висок разбухлость солитарных желтков и пейеровых бляшек, сѣтчато-асцидный вид послѣдних и небольшая изъязвленія в первых; в почкахъ множество точечныхъ крововизіацій, под микроскопомъ видно, что мочевые канальцы часто закупорены кровяными шариками. Въ позвоночномъ столбѣ ничего особеннаго.

IV. Група изъ 24-хъ случаевъ остраго кровотоичаго воспаления твердой мозговой оболочки, совпадающаго съ другими болѣе или менѣе тяжелыми страданіями въ организмѣ. Въ первыхъ 17-и случаяхъ (38—55) болѣе или менѣе значительные сѣдья брюшнаго тифа и кромѣ того, въ вѣкоторыхъ изъ нихъ, еще другія болѣе или менѣе важныя органическія измѣненія, а именно: въ первыхъ 4-хъ случаяхъ инфаркты въ селезенкѣ и сѣтчато-асцидный вид пейеровыхъ бляшекъ; при этомъ въ слѣдующихъ 3-хъ (42—45) сильное поражение въ почкахъ, далѣе въ 3-хъ (45—48) разбухлость и изъязвленіе въ пейеровыхъ бляшкахъ и т. п. но безъ инфарктовъ въ селезенкѣ; въ слѣдующихъ 7-и (48—55) только сѣтчато-асцидный вид пейеровыхъ бляшекъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ сильное поражение легкихъ, особенно въ 54-мъ случаѣ, представляющемъ кромѣ того канцлерную апoplexiю мозга. Въ остальныхъ 7-и случаяхъ (55—62) нѣтъ никакихъ сѣдьевъ тифа, но за то въ первыхъ 4-хъ (55—59) сильное поражение легкихъ, а въ послѣднихъ (59—62) бугорчатка въ легкихъ. Что касается катарра желудка, жировой инфильтраціи печени, ожиренія и даже жироваго перерожденія сердца, то почти не было ни одного случая, въ которомъ бы эти явленія не замѣчались съ болѣею или менѣе ясностію. При этомъ считаю не лишнимъ замѣтить, что инфаркты въ селезенкѣ и здѣсь я принимаю за выраженіе гиперплазіи, то за сѣдствие эмболии, но опредѣляя, какое именно происхожденіе ихъ въ данномъ случаѣ; это дѣлаю я какъ потому, что эти оба процесса часто бывають вмѣстѣ, такъ и потому, что

не всегда были произведены точныя изслѣдованія для рѣшительнаго опредѣленія вопроса.

№ 38-й. Отставной рядовой Кузьма Цыпакъ, 46 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 6-го, умеръ 18-го марта 1865 г. Диагнозъ: *f. recurrens, f. typhoidea, pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.*

При поступленіи больной объявлялъ, что за нѣсколько дней предъ тѣмъ у него появились ознобы, жаръ и сильная слабость, и что послѣдніе два признака непрерывно продолжаются. Температура тела значительно возвышена. Пульсъ 80, селезенка увеличена, небольшой кашель. Въ остальныхъ отравленія нормальны. Въ продолженіе 7-и дней пребыванія въ госпиталѣ состояніе его остается почти безъ перемѣны, на 8-й день больной сталъ веселѣе, только замѣтно у него увеличеніе чувствительности селезенки, на слѣдующій день появилась незначительная поносъ. На 11-й день развилась сильная слабость и показались апатичность и безсмысленность глазъ, слухъ притупленъ, во временахъ бреда, такъ что ночью больной вскакиваетъ съ кровати, но самъ говорить, что ему лучше. На другой день бредъ тоже появлялся во временахъ; къ вечеру температура возвысилась. Зрачки сильно сужены и правый зрачекъ уже тѣмъ. При постепенномъ усиленіи слабости больной умеръ (шаб. Михалева).

Вскрытіе 20-го марта. Кости черепаго свода легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки; наружная поверхность ея сочная, блестящая. При вскрытіи этой оболочки изъ-подъ нея вытекаетъ много мутной, желтоватой жидкости, а на внутренней ея поверхности, сверху и по бокамъ большихъ полушарій, лежувъ тонкій слой желтоватаго налета,hardtа устланнаго кровяными сгустками въ видѣ темнокрасныхъ пятенъ отъ макового зерна до просаиго; эти пятна на лѣвой половинѣ обширнѣе, чѣмъ на правой. Сосуды мягкой мозговой оболочки и мозга содержатъ мало крови. Сильное приращеніе легкихъ, въ заднихъ частяхъ ихъ застой крови. Селезенка увеличена въ объемѣ (въ три кулака), зерниста, всѣтъ два фунта и наполнена множествомъ желтыхъ островковъ, то мелкихъ, то кашцеобразныхъ, величиною отъ горошины до простаго орѣха, то круглыхъ, то неправильно трехугольныхъ. Печень не большая, блѣдно-коричневая. Слизистая оболочка желудка сильно асцидна. Пейеровы бляшки и межъ ними солитарныя желтка сѣтчато-асцидны. Сердце небольшое, влаж; въ восходящей артеріи сѣдья атероматознаго процесса.

Микроскопическія изслѣдованія измѣненій на твердой мозговой оболочкѣ представляютъ вышеописанную картину явленій остраго кровотоичаго воспаления твердой мозговой оболочки.

№ 39-й. Солдатка Варвара Арсеньева, 44-хъ лтъ, поступила въ госпиталь 1-го декабря 1864 года, умерла 6-го декабря. Диагноз: *f. typhoidea*.

2—5-го. Между горячечными явленіями преобладаетъ головная боль, называвшаяся за двѣ недѣли до поступления въ госпиталь, у больной уже былъ бредъ и затѣмъ послѣдовали быстрый упадокъ силъ.

Вскрытіе 8-го декабря; органическія измѣненія, какъ въ предыдущемъ наблюдении.

№ 40-й. Отставной рядовой Григорій Окуловъ, 21-го г., поступилъ въ госпиталь 5-го января 1865 г., умеръ 8-го февраля. Диагнозъ: *hyperemia cerebri, angina diphtheritica, f. typhoidea*.

6-го. Головная боль и незначительное горячечное состояніе. Пульсъ малый, учащенный.

7—14-го. Больному несколько лучше; остался слабая головная боль и но временами тошнота.

19-го янв. — 7-го февр. Лихорадочное состояніе вновь показалося; поносъ; диетическое воспаленіе зѣва; воспаленіе въ области лѣвой околоушной желѣзы. Головная боль продолжается; упадокъ силъ.

Вскрытіе 10-го февраля дало тѣ же результаты, какъ въ наблюдении 38-мъ, сверхъ того оказалась гнойная инфильтрація въ области лѣвой околоушной желѣзы.

№ 41-й. Крестьянинъ Михайло Чирушанинъ, 47-и лтъ, поступилъ въ госпиталь 2-го апрѣля 1865 г., умеръ 19-го апрѣля. Диагнозъ: *f. recitgens*.

3-го. Другой день болѣзни. Рвота, головная боль, жаръ, кашель.

5-го. Съ вечера бредъ и безпокойство довольно сильны, такъ что больной часто вскакиваетъ. Пульсъ частый, малый. Больной жалуется только на головную боль.

6-го. Бредъ буйный, зрачки расширены. Сознаніе угнетено.

7-го. Сознаніе возвратилось. Температура тѣла нормальна.

14-го. Больной съ утра ходилъ и разговаривалъ съ соседомъ, затѣмъ легъ въ постель и пересталъ говорить. Выраженіе лица бессмысленное, туное; зрачки расширены. Температура тѣла возвышена. Пульсъ учащенный.

15-го. Температура тѣла возвышена. Больной чувствуетъ ознобъ. Остальныя явленія тѣ же.

18-го. Больной потѣлъ. Пульсъ слабый 88. Слабость усиливается.

При вскрытіи, 21-го апрѣля, найдены измѣненія, сходныя съ наблюде-

ніемъ 38-мъ и сверхъ того острое выпотное воспаленіе грудной плевы, острое дольчатое воспаленіе легкыхъ и небольшое промежуточное гиперпластическое воспаленіе печени.

№ 42-й. Временно-отпускной рядовой Тимофей Человѣчковъ, 37-и лтъ, поступилъ въ госпиталь 24-го марта 1865 г., умеръ 1-го апрѣля. Диагнозъ: *typhus exanthematicus (meningitis)*.

23-го. Шестой день болѣзни. Значительное лихорадочное состояніе. Пульсъ 130. Головная боль и бредъ.

26—29-го. Бредъ продолжается. Пульсъ слабъ.

30-го. Лихорадочное состояніе продолжается. Воспаленіе правой околоушной желѣзы.

31-го. Безсознательное состояніе. Безпокойство. Правый зрачекъ шире лѣваго. Пульсъ частъ и слабъ. Температура возвышена (*meningitis*).

Вскрытіе, 2-го апрѣля, дало такіе же результаты, какъ въ наблюдении 38-мъ; сверхъ того налетъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, на правой сторонѣ бѣлыя, чѣмъ на лѣвой; острое дольчатое воспаленіе легкыхъ и кровяные подтеки на слизистой оболочкѣ почечныхъ лоханокъ.

№ 43-й. Крестьянинъ Михайло Горбуновъ, 22-хъ лтъ, поступилъ въ госпиталь 9-го февраля 1865 г., умеръ 7-го марта. Диагнозъ: *f. typhoidea recitgens*.

10-го. Вторая недѣля болѣзни. Лихорадочное состояніе значительно. Пульсъ 120. Головная боль, небольшой катарръ. Кашель.

11-го февраля — 6-го марта. Постоянное, но неравномерное лихорадочное состояніе. Пульсъ то 90, то около 120. Головная боль и бредъ. Кашель. Опухоль селезенки и печени, небольшой поносъ. Въ послѣдніе дни сильный бредъ и слабость.

Вскрытіе 9-го марта. Кроме явленій, описанныхъ въ наблюдении 38-мъ, острое опеченіе въ заднихъ частяхъ легкыхъ и инфаркты въ почкахъ.

№ 44-й. Крестьянинъ Тихонъ Семеновъ, 20-и лтъ, поступилъ въ госпиталь 31-го января 1865 г., умеръ 22-го февраля. Диагнозъ: *f. recitgens*.

1-го февраля. Общія лихорадочныя явленія и чувствительность въ сгортѣ селезенки и печени. Сухой кашель.

3—9-го. Лихорадка и кашель уменьшаются. Слабость.

10—22-го. Лихорадка снова усиливается; кашель сильнѣе. Головная боль, бредъ, упадокъ силъ.

Вскрытіе, 24-го февраля, дало тѣ же результаты, какъ въ наблюдении

38-мъ, сверхъ того — красное истрое опеченіе въ нижнихъ доляхъ легкихъ и острое гнойное воспаление въ почкахъ.

№ 45-й. Крестьянинъ Матвей Смирдоновъ, 24-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 19-го января 1865 г., умеръ 17-го марта. Диагнозъ: *f. typhoidea, diarrhoea colliquativa*.

20-го января — 16-го марта. Въ исторіи болѣзни упоминается только объ общихъ горячечныхъ явленіяхъ, по временамъ и о головокруженіи, да же о поносѣ и сильномъ упадкѣ силъ.

Вскрытіе 19-го марта; органическія измѣненія, какъ въ наблюдени 38-мъ; сверхъ того небольшое изъязвленіе въ пейеровыхъ бляшкахъ и дивертичекій процессъ на толстыхъ кишкахъ, безъ измѣненій въ селезенкѣ.

№ 46-й. Крестьянинъ Василій Васильевъ, 19-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 16-го февраля, умеръ 26-го марта 1865 г. Диагнозъ: *f. recurrens, enteritis*.

17-го. Седьмой день болѣзни. Пульсъ 116. Печень и селезенка увеличены въ объемѣ и крайне чувствительны. Легкіи бронхіальный катарръ.

25-го. Больной чувствуетъ себя здоровымъ.

27—28-го. Ознобъ и жаръ. Пульсъ 116. Рвота и поносъ (*cholera*).

9-го марта. Состояніе больного довольно удовлетворительно и не представляетъ ничего особеннаго, кромѣ гастрическихъ припадковъ.

13-го. Температура тѣла снова возвышена. Пульсъ 100. Испраженіи непривольны.

15—24-го. Больной загораивается. Пульсъ слабый. Рвота. Слабость усиливается.

Вскрытіе сдѣлано 26-го марта по особенному распоряженію главнаго доктора; органическія измѣненія сходны съ описанными въ наблюдени 38-мъ, но не было измѣненій въ селезенкѣ, а найдены изъязвленіе въ пейеровыхъ бляшкахъ и острое дольчатое воспаление въ легкихъ.

№ 47-й. Солдатская дочь Авдотья Иванова, 19 лѣтъ, поступила въ госпиталь 27-го февраля 1865 года на 2-й день болѣзни, умерла 8-го марта. Диагнозъ: *f. typhoidea, oedema pulmonum*.

28-го февр. — 7-го марта. Общій лихорадочный явленіи. Пульсъ 120—112. Сильная головная боль, по временамъ рвота; постоянный кашель.

Вскрытіе, 9-го марта, представляло тѣ же органическія измѣненія и сверхъ того строе опеченіе въ заднихъ частяхъ легкихъ, фибринозный налетъ на грудной пленѣ, разбухлость солитарныхъ желѣзокъ

въ верхней части тонкихъ кишокъ, также пейеровыхъ бляшекъ, брыжеечныхъ желѣзъ и селезенки, но селезенка была безъ инфарктовъ.

№ 48-й. Отставной рядовой Гаврило Михайловъ, 70 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 23-го октября 1864 г., умеръ 14-го ноября. Диагнозъ: *f. typhoidea*.

24—25-го. Общее незначительное лихорадочное состояніе. Пульсъ 104. Печень увеличена.

26 окт. — 13-го ноября. Безпокойство. Бредъ. Пульсъ слабый 68—112—92. Воспаленіе въ области лѣвой околушной желѣзы и рожа на лѣвѣ. Кашель, поносъ и сильный упадокъ силъ.

Вскрытіе, 16-го ноября, дало тѣ же явленія, какъ въ наблюдени 38-мъ съ опеченіемъ праваго легкаго, но безъ инфарктовъ въ селезенкѣ.

№ 49-й. Отстав. ряд. Михайло Пенкинъ, 58 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 19-го февраля 1865 г., умеръ 23-го февраля. Диагнозъ: *typhus abdominalis*.

20—22-го. Большой очень слабъ и истощенъ, почти безъ сознанія, на вопросы не отвѣчаетъ. Пульсъ почти не ощутителенъ. Въ груди обильные хрипы.

Вскрытіе 25-го февраля обнаружило такіе же органическія измѣненія, какъ въ наблюдени 38-мъ, съ опеченіемъ праваго легкаго, но безъ инфарктовъ въ селезенкѣ.

№ 50-й. Солдатка Акулина Пухова, 60 лѣтъ. Поступила въ госпиталь 6-го апр. 1865 г., умерла 18-го апр. Диагнозъ: *f. recurrens, pneumonia dextra*.

7-го. — Третій день болѣзни. Значительное лихорадочное состояніе. Жаръ и слабость. Пульсъ 116. Чувствительность въ сторонѣ селезенки и печени. Кашель.

10-го. — Больная чувствуетъ себя лучше. Пульсъ 88.

15—18-го. Лихорадочное состояніе снова появилось, пульсъ 112. Головная боль, кашель и слабость; послѣдніи два явленія быстро усиливаются до конца болѣзни.

Вскрытіе, 20-го апр., дало тѣ же результаты, какъ въ наблюдени 38-мъ съ стрымъ опеченіемъ въ нижней доли праваго легкаго, но безъ упомянутыхъ измѣненій въ селезенкѣ.

№ 51-й. Солдатка Аграфена Лабина, 29-и лѣтъ. Поступила въ госпиталь 19-го февраля 1865 года, умерла 7-го марта. Диагнозъ: *typhus exanthematicus*.

20-го февр. — 6-го марта. Болѣзнь продолжалась около недѣли до по-

ступления в госпиталь. Общее лихорадочное состояние не всегда равномерное. Пульс 120—88—112. Сильная головная боль, глухота, бред, тифозная пятна, кашель, а иногда часто рвота, рож на носу, усиление головной боли и бреда, спячка и упадок сил.

Вскрытие, 9-го марта, обнаружило те же изменения, как в наблюдении 38-м и кровь их:строе опеченение нижней доли левого легкого, но селезенка была мала, малокровна и без инфарктов; втсь ея была *livid.*

№ 52-й. Крестьянин Фока Григорьев, 31-го г. Поступил в госпиталь 3-го апреля 1865 г., умерь 12-го апреля. Диагноз: typhus exanthematicus. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.

4-го. Припадки сильного тифа. Температура возвышена; пульс 120.

5-го. Жарь в голове, бред; пульс 115.

7-го. Горячка слабеет. Пульс 115. Кожа влажит. В левом легком слды воспаления.

9—11-го. Сильное сужение зрачков. Пульс упал. Жару нтъ. (Предполагается кровоточное воспаление твердой мозговой оболочки).— (Набл. Мазниина).

Вскрытие 13-го апреля, по особенному распоряжению Главного Доктора. Органическія измненія те же, как в наблюдении 38-м, съ стрым опеченіемъ въ заднихъ частяхъ легкихъ, но безъ инфарктовъ въ селезенкѣ.

№ 53-й. Отставной унтеръ-офицеръ Ларіонъ Романовъ, 59-и лтъ, поступилъ въ госпиталь 17-го февраля 1865 г., умерь 27-го февраля. Диагноз: f. typhoidea.

18—26-го. Припадки тифозной горячки и кашля; постепенный упадокъ силъ при уменьшеніи лихорадочныхъ явленій.

Вскрытие 2-го марта. Явленія сходны съ описанными въ наблюдении 38-мъ, съ обильнымъ жидкимъ вытономъ въ полости правой грудной плевры, опеченіемъ въ заднихъ частяхъ легкихъ, небольшими суживальными блясками на наружной поверхности сердца и на капсулѣ селезенки, но безъ инфарктовъ въ послѣдней.

№ 54-й. Крестьянинъ Фролъ Кошкинъ, 29-и лтъ, поступилъ въ госпиталь 22-го декабря 1864 г., умерь 3-го марта 1865 г. Диагноз: encephalitis, meningitis et diarrhoea.

23-го. Большой почти безпрерывно бредить и не отвѣчать на вопросы. Температура повозвышена, пульсъ полный 83.

24—29-го. Бреду нтъ, по постоянная жалоба на головную боль. Лихорадка меньше.

30-го декабря—2-го марта. Почти постоянная головная боль и головокруженіе, поносъ и кашель.

2—4-го. Лихорадка утихлась, сильный бредъ и упадокъ силъ.

Вскрытие 6-го марта по особенному распоряженію Главнаго Доктора. Органическія измненія сходны съ описанными въ наблюдении 38-мъ, только безъ инфарктовъ въ селезенкѣ; но при этомъ обширное воспаление въ обеихъ легкихъ съ переходомъ въ гангрену, свижи провозаженія въ нижней мозговой оболочкѣ и свижа капиллярная аполексія мозга, а именно: въ паутиныхъ промежуткахъ, сверху и снизу переднихъ долей обонхъ полушарій, темнокрасная пятна, величиною до 25 коп. сер. Въ разлѣзѣ переднихъ долей мозга на мѣстѣ, соответствующемъ этимъ пятнамъ, находится какъ въ блонѣ, такъ и въ сѣромъ веществѣ мозга грунны темно-красныя точки, величиною въ маковое зерно, расположенныхъ то кучами, то сливающимися вмѣстѣ до величины горошины. Въ другихъ частяхъ мозга блѣдный, плотный, малокровный.

№ 55-й. Отставной бомбардиръ Кузьма Басевъ, 35 лтъ, принятъ въ госпиталь 2-го апреля 1865 г. въ трудномъ состояніи, умерь чрезъ день.

Болезнь продолжается три недѣли. Головная боль в общаа слабостъ, затрудненное дыханіе. Температура тѣла и пульсъ почти нормальны.

Вскрытие, 7-го апреля, дало результаты, сходные съ наблюдениемъ 38-мъ; сверхъ того было строе опеченіе праваго легкаго и незначительное промежуточное гиперпластическое воспаление въ печени, но безъ видимыхъ измненій въ селезенкѣ и пейеровыхъ бляскахъ.

№ 56-й. Отставной унтеръ-офицеръ Яковъ Мошковъ, 60 лтъ, поступилъ въ госпиталь 6-го октября съ тяжелыми тифозными припадками и умерь на другой день.

Вскрые, 9-го октября, обнаружило явленія, сходныя съ наблюдениемъ 38-мъ; притомъ найдены фибринозные влзель правой грудной плевры, строе опеченіе нижней доли праваго легкаго, но безъ измненія въ селезенкѣ и пейеровыхъ бляскахъ.

№ 57-й. Крестьянинъ Емельянъ Андреевъ, 36 лтъ, поступилъ въ госпиталь 23-го марта 1865 г., умерь 4-го апреля. Диагноз: typhus exanthematicus.

24-го марта—3-го апреля. Припадки сильного тифа. Пульсъ 120. Температура 38°. Жгучій жаръ. Кашель. Во время пребыванія въ гос-

питать состояние больного мало изменялось и преобладали адинамические мозговые припадки, особенно сильная, постепенно возрастающая слабость. Замечено служение зрачков г. Малиничным, подозревавшим здесь кровотоковое воспаление твердой мозговой оболочки и присутствовавшим при вскрытии этого трупа 6-го апреля. Оно дало те же результаты, как и наблюдение 38-е, с фибриозным налетом на правой грудной плеве и странным опеченением в нижних долях обочек легких, но без изменений в селезенке и пейеровых бляшках.

№ 38-й. Крестьянин Егор Дружинин, 43 лет, поступил в госпиталь, на 2-й день болезни, 27-го марта 1865 г., умерь 2-го апреля. Диагноз: f. typhoidea.

28-го марта—2-го апреля. Головная боль. Жарь. Тифозная пятна. Пульс ускорен.

Вскрытие 3-го апреля. Изменения сходны с наблюдением 38-м; кроме того острое обширное воспаление обочек легких и грудных плев, но без изменений в селезенке и пейеровых бляшках.

№ 59-й. Отставной рядовой Максим Ерохин, 43 лет, поступил в госпиталь 29-го марта 1865 г., умерь 11-го апреля. Диагноз: catarrhus bronchiorum, tuberculosis pulmonum, f. typhoidea (Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta).

30-го. При лихорадочном состоянии сильный кашель.

5-го апреля. Слабость увеличивается.

7-го. Зрачки расширены.

9—10-го. Бред и сильная слабость.

11-го. Слабость усилилась. Появилась понос с чувствительностью живота. Служение зрачков. Пульс едва ощутительный. По особенному бреду и служению зрачков, у больного предполагают кровотоковое острое воспаление твердой мозговой оболочки (набл. Малинина).

Вскрытие сделано 13-го апреля по особенному распоряжению главного доктора. Органические изменения сходны с опасными в наблюдении 38-м; сверх того большая каверна в легких и группы бугорков, но без других изменений в селезенке и пейеровых бляшках.

№ 60-й. Отставной унтер офицер Николай Степанов, 46 лет, поступил в госпиталь 14-го апреля 1865 г., умерь 3-го мая. Диагноз: f. typhoidea. Peritonitis.

15—22-го. Припадки тифозной горячки, особенно головная боль, легкой бред, жарь. Пульс 140. В последние дни состояние больного улучшается.

23-го. Выздоровливаеть.

24—30-го. Опять обнаруживается лихорадочное состояние и боль в животе. По ночам бред.

1-го мая—3-го. Постоянный бред. Пульс нитеобразный. Конечности холодны. Живот вздут и очень чувствителен.

Вскрытие, 5-го мая, дало те же результаты, как в наблюдении 38-м, с старыми и новыми бугорками в легких, с незначительным выпотным воспалением бронхов, с ворсистыми наростениями на капсулах селезенки, устьями асцидными и красными томками, но без других заметных изменений в этом органе и пейеровых бляшках.

№ 61-й. Солдатка Авдотья Плотникова, 68-ми лет, поступила в госпиталь 9-го декабря 1864 г., умерла 14-го марта 1865 г. Диагноз: contusiones lateris dextri. F. typhoidea. Diarrhoea chronica.

10—31. За 3 дня до поступления в госпиталь больная упала от толчка извозчика на бок, лиснем на мостовую. Сняжки и ссадины на лицѣ и на правом боку. Кашель. Пульс ускорен.

1-го января. Знаки ушиба исчезли. Кашель продолжается.

4-го. Головная боль, головокружение, слабость. Пульс слабый.

5—16-го. Больная чувствует себя лучше, но жалуется на сильную головную боль. Скоро показывается бред, за тем упорный понос и упадок сил.

Вскрытие, 16-го марта, обнаружило изменения сходная с опасными в наблюдении 38-м; сверх того бугорки и каверны в легких, многочисленные бугорчатая язвы в тонких и толстых кишках, но без изменений в селезенке и пейеровых бляшках.

V. Группа из 4-х случаев кровотокового воспаления, в которых оно совпадало или находилось в причинной связи с другими более или менее важными страданиями смежных частей. В первом случае (62) оно было вместе с кровоизлияниями в мягкую оболочку и мозгу; во втором—с размягчением мозга, при немъ воспаление занимало самое редкое для него место, именно основание черепа; в третьем оно соединено с костюбодю черепных костей и с гнойным воспалением наружной поверхности твердой мозговой оболочки; в четвертом (65) с гнойным острым воспалением мягкой оболочки головного и спинного мозга.

№ 62-й. Солдатка Дюна Хористелая, 30 лет, поступила в госп-

тазь 30-го января 1865 г., умерла 16-го февраля. Диагноз: *f. catarrhalis typhoidea*; *Icterus*.

30-го. Температура возвышена. Пульс 108; но временам озноб. Головная боль более нежная, притом небольшой кашель.

6-го февр. — 15-го. Унадокъ сильн. Головная боль. Кожа то сухая, то покрыта влажными потомъ. Пульс 120, 96 — 132 — 96 — 132. Желтузна кожа. Испражнения непрозрачными. Продолжи на крестцѣ.

Вскрытіе, 18-го февраля, обнаружило извѣщенія описанныя въ наблюдении 21-мъ; сверхъ того многочисленныя инфаркты въ селезенкѣ и почкахъ, въ видѣ желтыхъ, трехъ-угольных, камнеобразныхъ островковъ; въ сердцѣ на двухстворчатой заслонкѣ опухоль, величину въ простой орхѣ, мяская, покрытая фибриновымъ налетомъ; вокругъ нея значительныя хрящевыя бугрыстыя наросты; при ослабляваніи налета опухоль оказывалась мяшью, слегка изъдавленнымъ и наполненнымъ кровяными сгустками и творожистою массою; наконецъ въ корѣвомъ веществѣ большого мозга (преимущественно сверху большихъ полушарій) около десяти темно-красныхъ, камнеобразныхъ островковъ, неправильной формы, сдвигавшихся съ кровяными сгустками мягкой оболочки, величиною въ горошину; на периферіи лѣвой доли мозжечка такой же островокъ, величиною въ небольшой лѣвой орхѣ.

№ 63-й. Отставной утѣрь офицеръ Кузьма Константиновъ, 49 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 6-го ноября 1864 г., умеръ 23-го ноября. Диагноз: *f. typhoidea*.

7—10-го. Значительное общее лихорадочное состояніе и особенно сильная головная боль. Небольшой кашель.

11 — 17-го. Желтое окрашеніе кожи и усиленіе лихорадки; но желтуза проходитъ, а съ нею и лихорадка уменьшается.

18—22-го. Ослабленіе лихорадки. Унадокъ слѣт.

Вскрытіе 24-го ноября. Сосуды твердой мозговой оболочки сильно налиты кровью. Внутренняя ея поверхность повсемѣстно бѣлая, блестящая, но въ средней лѣвой амі черепна покрыта тонкимъ слоемъ рыхлаго желтоватаго налета съ темно-красными кровяными сгустками въ просваное зерно. Сосуды мягкой мозговой оболочки мало содержатъ крови, а визуу средней лѣвой доли мозга мягкая мозговая оболочка темно-красная. Паутинная оболочка на этомъ мѣстѣ покрыта толстымъ слоемъ темно-красныхъ кровяныхъ сгустковъ, по другимъ мѣстамъ не представляеть, на остальныхъ мѣстахъ она мутна; въ паутинныхъ промежуткахъ много серозной жидкости. При снѣтій мяг-

кой мозговой оболочки съ основанія лѣвой средней доли большого мозга оказывается, что эта оболочка пропитана кровяными сгустками; въ сѣромъ веществѣ мозга на этомъ мѣстѣ темно-коричневые пятна отъ макового до просваного зерна, во всѣхъ другихъ мѣстахъ мягкая оболочка мало кровна; въ мозгу нѣтъ больше никакихъ замѣтныхъ измѣненій. Сосуды мягкой мозговой оболочки на основаніи мозга мѣстами въ атероматозномъ измѣненіи. Боковые желудочки мозга растлуты свѣтло-красной жидкостью, въ хоревидныхъ сплетенныхъ въ задней части желудочковъ скопленіе водянистыхъ прозрачныхъ кистъ, въ видѣ духъ горошинъ. Въ остальныхъ органахъ явлений сходны съ наблюдениемъ 38-мъ.

№ 64-й. Мастеровой Семельъ Литроновъ, 40 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 28-го марта 1865 г., умеръ 27-го апрѣля. *Abscessus retroauricularis*. *Diarrhaea colliquativa*.

28-го мар. — 26-го апрѣля. Большой поступилъ съ шарывомъ за правымъ ухомъ; но вскрытіи оказалось, что онъ доходить до кости, съ изъдавленіемъ сосцевиднаго отростка. Патогнеи сильное и упорное. Кашель. За тѣмъ появились бредъ, помесь и быстрый унадокъ слѣт.

Вскрытіе сдѣлано 28-го апрѣля по особенному распоряженію главнаго доктора. Позади правого уха глубокая, открытая гнойная инфильтрація въ мягкихъ частяхъ головы. Правая сосцевидная кость глубоко изъдавлена, позади уха на дѣймъ назадъ и вверхъ сквозная дыра въ гусиное перо, открывающаяся въ полость черепа. Кости свода черепа легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки. Наружная поверхность ея въ области правой темпной и височной костей покрыта толстымъ слоемъ густой желтоватой гнойвидной массы, въ которой нодъ микроскопомъ видны свѣжіе гнойные шарки и мелкозернистая масса. Внутренняя поверхность правой темпной кости, особенно въ височной и заднихъ частяхъ, мѣстами значительно изъдавлена. При вскрытіи твердой мозговой оболочки пѣль-нодь нея вытекаетъ небольшое количество свѣтложелтоватой жидкости. При микроскопическомъ насѣдѣваніи въ этой жидкости найдены группы овальныхъ вѣточекъ съ дѣльными ядрами, часто въ ядровыхъ черочерженіи, множество кровяныхъ шариковъ и зернистыхъ шаровъ, почти вчетверо больше обыкновенныхъ гнойныхъ шариковъ; гнойныхъ шариковъ не найдено. На внутренней поверхности сверху и сбоку правого большого полушарія твердая мозговая оболочка мутна, сочна и покрыта тонкимъ слоемъ желтоватаго налета; въ немъ видны темнокрасные кровяные сгустки, величину отъ просваного зерна до горошинъ, и мѣстами густая темнокрасная

сть напыханных сосудов. Налетъ легко соскабливается, подъ нимъ поверхность твердой мозговой оболочки представляется желтоватою, мутною, а мѣстами блѣдно и блестящею. Подъ микроскопомъ и въ зѣнокъ налетъ не было гнойныхъ шариковъ, а только вышедшихся явленія остраго кротоочнаго воспаления. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки сверху дѣлаго большого полушарія мутная, желтоватая, безъ замѣтнаго налета. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ массу, соскабливаемой скальпелемъ съ послѣдней мутной поверхности, замѣчаются разбухлость и дѣленіе зинтезіальныхъ клеточекъ. Правое полушаріе мозга плотнѣе и блѣднѣе, чѣмъ лѣвое. Оба легкія пріросли, нижняя доля праваго легкаго въ сѣрость опеченій; въ остальныхъ частяхъ легкихъ небольшой острый катарръ. Слизистая оболочка желудка сильно асцидаль. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

№ 65-й. Финляндскій уроженецъ Антонъ Васильевъ, 21-го года, принятъ въ госпиталь 23-го октября 1864 г. въ трудномъ состояніи и того же дня умеръ.

Вскрытіе произведено 26-го октября по особенному распоряженію главнаго доктора. Мышцы тѣла хорошо развиты. Сосуды твердой мозговой оболочки сильно налиты кровью; на внутренней ея поверхности сверху большихъ полушарій мозга тоншій слой желтоватаго налета и въ немъ мѣстами темнокрасные кровяные сгустки, величине въ горошину. Паутинная оболочка мѣстами мутная, желтоватая. Въ паутинныхъ промежуткахъ головного и спиннаго мозга много гноевидной желтоватой жидкости. Мозгъ блѣднѣе и плотнѣе обыкновеннаго. Въ остальныхъ органахъ явленія, сходныя съ описанными въ наблюденіяхъ первой группы. Подъ микроскопомъ въ жидкости паутинныхъ промежутковъ свѣжіе гнойные шарикъ, а въ налетѣ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки признаки остраго кротоочнаго воспаления.

III. Хроническое кротоочное воспаление твердой мозговой оболочки (*paclumeningitis haemorrhagica, s. hyperplastica haemorrhagica interna chronica*).

Хроническимъ кротоочнымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки Вирховъ называетъ процессъ, при которомъ на внутренней ея поверхности мало по малу появляются и размножаются ложныя оболочки и за тѣмъ происходятъ изъ нихъ кротооченія, достигающія иногда до чрезвычайныхъ размѣровъ, или образуются огромныя кровяныя опухоли (*haematoma d. m. int.*).

Весь этотъ процессъ, какъ я выше указалъ, представляетъ Вирховымъ для уясненія отношеній между ложными оболочками и кровяными скопичами, встрѣчающимися совместно на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, именно противъ господствовавшаго въ Германіи десять лѣтъ тому назадъ ученія Рокитанскаго, по которому не только не допускали участія ложныхъ переносковъ въ производеніи кротооченій, но наоборотъ самыя кротооченія считали предшествующими ложнымъ оболочкамъ, а оболочки принимали за результатъ измѣненія излившейся крови, за явленіе организованнаго экстравазата. Уже въ началѣ этого трактата въ историческомъ очеркѣ, излагаая ходъ ученія объ этомъ предметѣ, я обозначилъ, какую роль игралъ Вирховъ въ развитіи новаго ученія, кѣмъ именно и въ какомъ направленіи оно развивалось до и послѣ Вирхова, а потому здѣсь считаю достаточнымъ обратить вниманіе только на вѣкторыя стороны послѣднихъ изслѣдованій, относящихся непосредственно къ дѣлу. Въ этомъ отношеніи главное состоитъ въ томъ, что изслѣдователи, занимавшіеся развитіемъ новаго ученія, обращали почти исключительно вниманіе на отношенія ложныхъ оболочекъ къ кротоочидіямъ и болѣею частью въ сторонѣ оставляли вопросъ какъ о началѣ воспалительнаго процесса, производящаго ложныя кротоочныя оболочки, такъ и объ особенной самостоятельной роли этихъ послѣднихъ; по этому то они все почти называютъ это воспаление просто хроническимъ, принимаютъ, что оно всегда начин-

нается мало по малу, исподоволь и незаметно даже для больного, и в дальнейшем течении болезни придают ему важность только тогда, когда уже ложные оболочки, достигши значительной величины, доставляют больше и меньше обширные кровотечения, т. е. значительные кровяные скопления.

Выше упомянуты указания Гассе и мои собственные наблюдения заставляют меня смотреть несколько иначе на предмет. Во первых относительно начала этого хронического воспаления необходимо отличать два ряда случаев: один, в котором действительно воспаление начинается исподоволь, тихо, когда кровоотация перепонки развивается медленно и мало заметно, вообще с признаками первоначального хронического воспаления; и другой, в котором хроническое воспаление, составляя исход острого, является посля относительно быстрого и больше или меньше тяжелого острого процесса, при исчезании или даже полном прекращении остро-воспалительных явлений, когда ложные кровоотация перепонки, достигши достаточного развития для произведения значительных кровотечений, останавливаются или задерживаются в своем развитии и проточивость их уменьшается.

Правда, условия, при которых будет протекать хроническое воспаление, могут изгаадить всякое различие между этими двумя его особенностями, медленно и тихо развивающееся воспаление может при особенных обстоятельствах сдвляться бурным и тяжелым и развитие ложных перепонок может ускориться, а кровооточивость в них усилиться; равно как и кровоотация перепонки, оставшаяся посля первоначального острого периода, могут при известных условиях не только остановиться в дальнейшем своем развитии, но даже, может быть, несколько уменьшиться, атрофироваться. Но во всяком случае для такого рода явлений нужны свои особенны условия, благоприятствующие процессу или его задерживающа, и при том в каждом случае сила этих условий должна быть совершенно иная, чем в другом. А так как нам необходимо изучить именно эти условия и степень их влияния на разсматриваемый болезненный процесс для явения или предупреждения его, то выше изложенное разделение отноу не должно терять цнны своей. В этих видах, сообразно ходу хронического воспаления твердой мозговой оболочки,

мы принимаем для большей отчетливости и ясности явлений три подразделения.

а) *Хроническое воспаление твердой мозговой оболочки с преобладанием кровотечений и даже образованием кровяных опухлей.*

б) *С преобладанием одних ложных оболочек.*

в) *С преобладанием развитых ложных оболочек больше или меньше соразмерных с кровотечениями, или же с равномерным совершенно незначительным, как бы задержанным, развитием обонх явлений.*

а) Хроническое кровооточивое воспаление твердой мозговой оболочки с преобладанием кровонизаций представляет самый главный и едвали не самый частый вид этого воспаления. Самое название его просто *кровооточивым*, как я с самого начала сказала, употреблено Вирховым и доушено нами потому только, что кровотечения играют главную роль в ряду посляствий этого воспаления. И действительно, развиваясь от точечных пятнышек, они доходят иногда до таких громадных размеров, что при поверхностном взгляде как то странно принять за их источник ложные оболочки незначительныя, иногда мало заметныя за массою кровяных сгустков, их обхватывающих. Эта обманчивая несоразмерность между едва заметными оболочками и обширными кровяными скоплениями, поражающая невооруженный глаз, эта мигкая несоразмерность, по всей вероятности, была одною из важнейших причин происхождения и распространения старого учения о взаимном отношении этих двух явлений. Бальарже *) напиримль довольно основательно изсказывал этот предмет, по тьм не меньше, не находя источника кровонизаций в разрыве каких либо нормальных сосудов, т. е. встречающихся в физиологическом состоянии в окружающих частях, он допускает для этого источника проблематическое вышарива-

*) Бальарже и Рокитанский думали в этом случае днть вкн и снть обогретьдствль; главная причина заблуждений, впрочемъ всего, зашла отъ того, что при массъ сдвлявшихся или антомо-патологическихъ открытй они не успевали производить точного и подробнаго изсказдованя всхъ явленй и давать имъ вкзлжающее объяснене, тьмъ болъе, что тогда еще не были известны всь необходимые способы для точныхъ изсказдованй.

ние крови из сосудов и производить ложные оболочки из кровозапаяний, а не наоборот, — словом вовсе не подозревает, что именно ложные оболочки служат источником кровозапаяний.

Если Бальярже ошибался потому, что был лишен тех более точных способов исследования, какими мы можем пользоваться, то тем более удивительно слушать рабское повторение учения Бальярже от современных ученых. До сих пор еще некоторые из них, встрѣчая массу кровяных сгустков на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки сверху и по бокам больших полушарий и не принимая труда искать в них ложных перепонок, принимают это состояние за интерменингеальную апоплексию, не смотря на то, что нигдѣ не находят в окружающих частях разорванного сосуда для объяснения такой первоначальной апоплексии. Главная сила старого учения состоит именно в томъ, что оно при поверхностномъ исследовании предмета производит въ свою пользу сильное впечатлѣние и для защищенія своего не требуетъ ни грубыхъ, ни микроскопическихъ точныхъ исследований.

Эту слабую сторону старого учения сознавали почти все повѣйшіе исследователи, занимавшіеся этимъ предметомъ, и потому они преимущественно обращаютъ вниманіе на обиліе сосудовъ въ ложныхъ перепонкахъ и наклонность ихъ къ постояннымъ кровотоčenіямъ и стараются съ возможной отчетливостію и ясностію представить постепенный ходъ образованія огромныхъ кровозапаяній и обширныхъ кровяныхъ мѣшковъ (наепаюма), почти изъ точечныхъ кровозапаяній, чрезъ постепенное появленіе послѣднихъ и сляіаніе между собою въ большія и большія кровяныя скопища.

Въ послѣднемъ отношеніи литература владѣетъ весьма дѣльными работами, особенно Вебера, Шуберга и Лансера. По этому я не считаю нужнымъ распространяться объ этомъ предметѣ и приведу только отрывокъ изъ описанія, сдѣланнаго мною при демонстраціи препаратовъ въ Обществѣ Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ. Это описаніе очень коротко, но я придаю ему особенное значеніе потому, что оно сдѣлано на готовыхъ препаратахъ и при томъ въ присутствіи компетентныхъ и многочисленныхъ свидѣтелей (*Прот. Засѣд. Общ. Русск. Вр. н° 13, 1863 г.*). Для уяс-

ненія этого описанія прилагаю рисунки, снятые съ важѣйшихъ препаратовъ (табл. 1, 2, 3).

Представляемый рядъ препаратовъ наглядно показываетъ постепенное образованіе самыхъ обширныхъ кровозапаяній изъ перепонокъ, развивающихся на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки вследствие воспаленія. Ни одному изъ западныхъ наблюдателей, кажется, не приходилось разомъ встрѣтить такого количества подобныхъ препаратовъ (больше 30-и), какое представляется въ настоящемъ собраніи Общества. На внутренней поверхности некоторыхъ мозговыхъ оболочекъ виденъ здѣсь лишь вѣтвистый, рыхлый, желтоватый налетъ и въ немъ изрѣдка кровозапаянія отъ маковаго зерна до просианаго. На другихъ препаратахъ кровозапаянія гуще и обширнѣе, а перепонки толще. Впрочемъ обширность кровозапаяній не всегда находится въ прямомъ отношеніи съ толщиной и величиною ложныхъ перепонокъ. На некоторыхъ препаратахъ замѣтно, что небольшія, такъ сказать точечныя, кровозапаянія сливаются вмѣстѣ и чрезъ это мало по малу образуются обширныя пятна. Между препаратами есть одинъ весьма замѣчательный, на которомъ можно читать всю исторію развитія самыхъ обширныхъ кровозапаяній изъ ложныхъ перепонок¹⁾. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху и сбоку лѣваго большаго полушарія, слой темно-красныхъ кровяныхъ сгустковъ, толщиной въ центръ мѣстами до двухъ линий и на периферіи почти въ задокъ. На периферіи этотъ толстый слой переходитъ въ тонкій слой желтоватаго налета, усыаннаго темно-красными пятнами величиною до горошины и нѣсколько больше. На многихъ мѣстахъ въ толстомъ слой темно-красныхъ кровяныхъ сгустковъ замѣчаются темно-коричневые небольшія полоски или перепонки. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху и сбоку праваго большаго полушарія, мѣстами тонкій слой желтоватаго налета, изрѣдка усыаннаго темно-красными пятнами величиною отъ маковаго зерна до горошины и даже бо-

¹⁾ Этотъ препаратъ представляеть здѣсь на табл. 2-й художникомъ Мозовымъ съ натуры, тоже и рисунокъ на табл. 1-й, микроскопическія же изображенія на таблицѣ 3-й сдѣланы студентомъ Бартелемъ частью съ моихъ оригиналовъ, частью прямо съ натуры.

дье. Не мешает припомнить, что кровоотливое воспаление твердой мозговой оболочки развивается преимущественно сверху и по бокам больших полушарий и только изредка переходит на основание мозга, и то раз въ хроническихъ случаяхъ, и при томъ не иначе, какъ въ видѣ тонкаго плотнаго желтоватаго налета съ точечными кровоизлияніями. Это обстоятельство играло весьма важную роль въ исторіи учения о кровяныхъ опухоляхъ этой области и объ отношеніи кровоизліяній къ ложнымъ перепонкамъ. Гельсъ первый обратилъ на него вниманіе и привелъ его въ опроверженіе стараго и въ подтвержденіе новаго ученія объ этомъ предметѣ. Онъ говоритъ, что было бы непонятно, почему обширный экстравазатъ между твердою и паутинною оболочкою такъ ярлыко удерживается сверху большихъ полушарій и не стекаетъ на основаніе черепа, какъ обыкновенно стекаетъ онъ при такихъ размѣрахъ въ подпаутинныхъ промежуткахъ, если бы мы не принимали того мнѣнія, что ложныя оболочки существуютъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки прежде кровоизліянія и что постепенно образующіся изъ нихъ кровотеченія ими же удерживаются на мѣстѣ. Мнѣніе Гельса весьма наглядно подтверждается описаннымъ препаратомъ. И здѣсь посредствомъ этихъ предсуществующихъ перепонкъ огромная масса кровяныхъ сгустковъ удерживается на твердой мозговой оболочкѣ и не отпадаетъ даже при поднятій послѣдней.

«Этотъ же препаратъ наглядно оправдываетъ и два друга положенія, на которыхъ Вирховъ основалъ и утвердилъ новое ученіе о кровяныхъ опухоляхъ твердой мозговой оболочки, а именно, что кровоизліяніе при анатомо-патологическомъ изслѣдованіи оказывается связью или мозолю перепонокъ, и что въ исторіи большихъ можно найти указанія на недавнее происхожденіе обширнаго кровоизліянія и на предшествовавшее ему образованіе перепонки. Действительно и здѣсь въ толстоу словъ кровяныхъ сгустковъ, пронизанныхъ перепонками, замѣчаются подъ микроскопомъ болѣею частью связки кровяныя шарки, а перепонки представляются плотными, волнистыми, волокнистыми и сильно пигментированными. Изъ исторіи больного, отъ котораго взята мозговая оболочка, видно, что прежде онъ страдалъ головными болями, что онъ въ послѣднее время услышалъ и наконецъ по-

явился легкій апоплексическій приступъ, послѣ котораго больноя вскоре умеръ».

При этомъ нужно замѣтить, что между описанными въ *Общественъ Русскихъ Врачей* препаратами вообще большая часть относится не къ хронической, а къ острой формѣ кровоотливнаго воспаления, и что многіе препараты изъ ряда объяснявшихъ постепенное образованіе обширныхъ кровотеченій этой ложныхъ оболочекъ представляли острую, а не хроническую, форму воспаления. Но отъ этого значеніе ихъ не только не должно уменьшиться, а напротивъ должно дѣлаться еще болѣе важнымъ, потому что, если уже при острой формѣ кровоотливнаго воспаления, при быстромъ развитіи кровоточащихъ оболочекъ—усвѣваютъ образоваться значительныя кровоизліянія, то тѣмъ явнѣ дѣлается происхожденіе обширныхъ кровоизліяній при длительномъ теченіи болѣзни, изъ оболочекъ болѣе толстыхъ и значительныхъ. За тѣмъ не считаю нужнымъ долго останавливаться на происхожденіи кровяныхъ опухолей, потому что этотъ предметъ уже подробно разобранъ другими. Здѣсь достаточно для болѣея определенности замѣтить, что образованіе этихъ опухолей происходитъ двоякимъ образомъ:

1) Кровоизліяніе происходитъ въ толщ перепонки, раздѣляется и разрушаетъ ея ткань и вызываетъ процессъ ограниченнаго воспаления, результатомъ котораго можетъ быть образованіе мѣшка вокругъ кровянаго скопича, какъ это бываетъ иногда при кровоизліяніяхъ въ мозгу. Такія маленькія скопича могутъ поздѣе слиться вмѣстѣ и образоватъ болѣе обширныя кисты или опухоли. Содержимое опухоли можетъ поглотиться посредствомъ кровотеченій или серознаго выпота изъ собственныхъ ея стѣнокъ.

2) Когда изъ ложныхъ перепонкъ происходятъ кровоизліянія болѣе обширныя и на свободной поверхности, то эти кровяныя скопича производятъ раздраженія въ ложныхъ перепонкахъ; усиленное воспаление перепонки, возбуждаемое этимъ раздраженіемъ, мало по малу ведетъ къ образованію мѣшковъ, обхватывающихъ кровяныя скопича. При этомъ вмѣстѣ съ кровяными сгустками можетъ захватываться и часть перепонки обхватываемыхъ, такъ сказать, кровяными сгустками и потому въ мѣшкѣ съ кровяными скопичами встрѣчается оболочка или отростки ложныхъ оболочекъ, тѣсно связанныхъ съ какою либо стѣною мѣшка. При

этом процесс, как само собою разумеется, старая кровотоочия могут умножаться новыми, одно кровяное скопление может сливаться с другими и вместе с ними окружаться одним общим мѣшкомъ.

Вообще кровь, излившаяся и заключенная въ мѣшокъ, подвергается только регрессивнымъ измѣненіямъ и потому содержимое кровяныхъ опухолей можетъ быть на столько же разнообразно, какъ содержимое всякой кисты, образовавшейся на мѣстѣ кровоизліанія, какъ напр. въ мозгу и другихъ органахъ; оно можетъ быть жидкимъ, плотнымъ, кашцеобразнымъ, творожистымъ, но вообще остается не организованнымъ, за исключеніемъ перепонокъ, захватываемыхъ съ самаго начала или нарастающихъ изъ стѣнокъ мѣшка въ его полость. Въ двухъ случаяхъ этихъ кистъ, небольшихъ и недавно происхожденія, я нашелъ содержимое въ видѣ кашцеобразнаго, темнокоричневаго вещества, состоявшаго изъ распавшихся фибриновыхъ сгустковъ, сморщенныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и зернистаго желтаго пигмента. Вообще мѣтъ очень рѣдко попадались кровяныя опухоли, именно только 2 раза изъ всего числа случаевъ этого воспаленія, доходящаго до 100; да и въ этихъ случаяхъ опухоли были небольшія; я опишу ихъ ниже. Вирховъ указываетъ въ своемъ собраніи на весьма обширныя кровяныя мѣшки, длиною въ 3", шириною 2/4", толщиною 1/4" — 3/4". Эти мѣшки также всегда лежатъ сверху большихъ полушарій, а не на основаніи мозга. Они также, какъ и кровотоочное воспаленіе, встрѣчаются или съ обѣихъ сторонъ серповиднаго отростка, по одному, или только съ одной стороны. Мѣшки эти легко разрываются и потому при неосторожномъ наблюденіи легко патологическое образованіе, не смотря на размеры его, можетъ быть или пропущено, или неправильно объяснено, что вѣроятно и составляетъ причину, почему въ прежнихъ описаніяхъ ихъ нерѣдко встрѣчаются различныя недостатки. Такъ часто находили мѣшки не замкнутые или говорили о жидкости въ паутинномъ мѣшкѣ и перепонкахъ, плавающихъ въ этой жидкости свободно, т. е. не соединенныхъ ни съ твердою мозговою, ни съ паутинною оболочкою (Baillarger, l. c.). Въ последнее время при болѣе тщательныхъ изслѣдованіяхъ подобныя недостатки встрѣчаются рѣже или дается имъ другое истолкованіе. Дѣйствительно огромная кровяная опухоль можетъ лопнуть и

при жизни больнаго; при этомъ страданіи его, завиствіи сначала отъ повторительныхъ кровотоочей, а потомъ отъ постояннаго давленія кровяной опухоли на мозгъ, скоро преобразуются смертью вслѣдствіе новаго потрясенія и угнетенія мозга новыми кровотооченіями изъ разорванныхъ стѣнокъ мѣшка.

Само собою разумеется, что значительныя кровяныя скопления въ мѣшкахъ или безъ мѣшковъ, постепенно увеличиваясь, производятъ все болѣе и болѣе давленіе на мозгъ и вызываютъ постепенную атрофію его, сначала непосредственно на мѣстѣ давленія, а потомъ и въ другихъ частяхъ. Поверхность большихъ полушарій страдаетъ при этомъ прежде и болѣе всего. Измѣненія состоятъ при этомъ вообще въ уменьшеніи мозговой массы чрезъ жировое перерожденіе вслѣдствіе заступенія сдавленныхъ сосудовъ, такъ что наконецъ на мѣстѣ атрофированнаго мозговаго вещества остается только соединительная ткань; но я считаю излишнимъ пускаться здѣсь въ гистологическое изслѣдованіе этихъ послѣдовательныхъ измѣненій въ мозгу, такъ какъ оно принадлежитъ къ общимъ явленіямъ атрофіи.

Вообще говоря, ходъ хроническаго кровотоочнаго воспаленія съ преобладаемъ кровотоочей долженъ быть въ высшей степени разнообразенъ. Кровотоочия могутъ усиливаться вдругъ и исподволь, повторяться чаще или рѣже, въ иныхъ случаяхъ они могутъ доходить до образованія кровяной опухоли и даже до ея разрыва, въ другихъ страданія кровяной опухоли и даже до ея разрыва, вызываемыя такимъ ходомъ воспаленія, также должны представлять разнообразный характеръ, но при всемъ разнообразіи явленій между ними есть повидному много общаго и даже довольно рѣзкаго. По крайней мѣрѣ Лансеро говоритъ, что такіе случаи *болѣе могутъ быть легко опредѣляемы при жизни больныхъ, особенно у пѣлицъ, при появленіи болѣе обширныхъ кровоизліаній или развитіи кровяныхъ опухолей*. Такъ какъ все вниманіе изслѣдователей, занимавшихся этимъ предметомъ, обращено было до сихъ поръ преимущественно на кровотооченія и роль ихъ, то и клиническая сторона этого вида воспаленія уже значительно изучена; подробныя свѣденія о ней можно найти у Шуберга, Грисингера и Лансеро (ll. cc.). А какъ у насъ кровотоочное воспаленіе облада-

руживается в настоящее время так часто, то должно ожидать, что клиницисты наши не только провѣрятъ, но и попомянутъ едва начатое заграничными учеными учение объ этомъ предметѣ. Достаточно на первый разъ замѣтить, что учение до сихъ поръ различаютъ въ теченіи этой болѣзни три періода: *первый*—соответствующій началу воспаления, по словамъ ихъ, всегда незамѣтенъ или мало замѣтенъ; во *второмъ*—начинаютъ появляться кровотечения и болѣе или менѣе обнаруживать свое дѣйствіе на дѣятельность мозга, особенно на психическую ея сторону; *третій* періодъ выражается болѣе или менѣе полнымъ и постояннымъ угнетеніемъ мыслительной дѣятельности съ окончательнымъ разстройствомъ цѣлаго организма.

Первый періодъ, согласно нашимъ изслѣдованіямъ, будетъ отличаться или къ исходу острого кровоточиваго воспаления, или къ дѣйствительно малозамѣтному началу хроническаго.

Въ первомъ случаѣ *второй періодъ* можетъ быть бурнѣе и опаснѣе, чѣмъ во второмъ, при всѣхъ другихъ одинаковыхъ условіяхъ; потому что при переходѣ острой формы въ хроническую и въ началѣ послѣдней формы ложныя перепонки уже достигли довольно значительныхъ размѣровъ и при соответствующихъ условіяхъ способны производить значительныя кровотечения. Вообще хроническое теченіе этой болѣзни сопровождается головною болью, головокруженіемъ, шумомъ въ головѣ, разными видами и степенями ослабленія умственныхъ способностей и апоплексическими приступами, появляющимися болѣе или менѣе часто, при томъ совмѣстно съ безаматствомъ, спячкою, съ судорогами или безъ нихъ, особенно же съ сокращеніемъ зрачковъ. Вездѣ за тѣмъ мало по малу развиваются признаки постепенно усиливающагося давленія на мозгъ и окончательнаго разстройства главнѣйшихъ отравленій въ организмѣ, если смерть не прекратить страданій больного среди одного изъ апоплексическихъ приступовъ. Служеніе врачевъ безъ кокалая, замѣчаемое при этихъ приступахъ, имѣть, по мнѣнію Лансеро, для дифференціальной диагностики важное значеніе, потому уже, что оно въ некоторымъ образомъ исключаетъ непосредственное страданіе основанія мозга. Вообще, говорить Лансеро, можно довольно вѣрно различать эту болѣзнь въ томъ случаѣ, когда у человека, предавшаго употребле-

нію спиртныхъ напитковъ, послѣ долго продолжающейся головной боли съ временными головокруженіями и олушеніемъ, появится спячка и глубокое торpidное состояніе съ сокращеніемъ зрачковъ безъ кокалая, а иногда съ непримолотнымъ извѣрженіемъ мочи;— какъ равно, когда послѣ продолжительныхъ головныхъ болей появляются упомянутые апоплексическіе приступы (I. c., 1863, стр. 53). Такимъ образомъ Лансеро при діагнозѣ этой болѣзни для отличія отъ подобныхъ явленій, производимыхъ другими причинами, указываетъ не только на особенный ходъ и характеръ приступовъ, но и преимущественно на употребленіе большихъ спиртныхъ напитковъ, потому именно, что онъ принимаетъ наибольшую наклонность въ перепонкахъ къ крововизаніямъ преимущественно у пьяницъ, о чемъ подробнѣе мы будемъ говорить ниже.

Значительныя кровяныя скопища я встрѣтилъ на трунахъ шесть разъ; въ двухъ изъ этихъ случаевъ были и небольшія кровяныя опухоли. Всѣ эти случаи я свожу въ слѣдующую группу.

VI. Грунна изъ 6-и случаевъ хроническаго кровоточиваго воспаления съ преобладающимъ кровоточивостію и образованіемъ (въ двухъ случаяхъ) кровяныхъ опухолей.

№ 66-я. Прусскій подданный Генрихъ Миллауэ, 69-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 17-го августа 1864 г., умеръ 5-го сентября. Диагнозъ: paralysis agitans et diarrhoea.

18—31-го. Олушеніе, двойное зрѣніе (правымъ глазомъ), затрудненное движеніе въ ногахъ, во временахъ трясенія въ рукахъ и ногахъ. Попослѣ. Когда всѣ эти признаки развились,—неизвѣстно, но они усиливались постепенно и трясеніе въ рукахъ, по увѣренію больного, появилось только на другой день послѣ поступленія его въ госпиталь, за тѣмъ на четвертый день несколько ослабла чувствительность въ рукахъ, а на пятый и въ ногахъ.

1—4-го сентября. Состояніе больного не улучшается, а кровяной полості увеличивается крайнее истощеніе.

Вскрытіе 7-го сентября. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху обоихъ большихъ полушарій и съ боку лѣваго до средней ямы черепа, сплошной слой изъ темно-красныхъ кровяныхъ ступовъ, толщиною вѣстами, особенно на среднѣхъ, болѣе двухъ линій. На перече-

ри эти кровные сгустки обзичиваются тонким темно-коричневым кожастым слоем. При отделении сгустков от твердой мозговой оболочки оказывается, что от внутренней поверхности твердой мозговой оболочки местами выдвигаются в них тонкие перепонки, утолщенные коричневыми пятнами; при разрывании подою эти перепонки обозначаются ясею. Под микроскопом в кровных массах оказываются фибриновые свертки, множество свѣжих красных кровяных шариков и зернистаго пигмента, местами же черепица. Последняя имѣют строение из волокнистой соединительной ткани съ многочисленными сосудами, сверху того въ них отрывается много давних кровоизлияній въ видѣ зернистаго пигмента. Мозгъ плотнѣе и блѣднѣе обыкновеннаго, особенно сверху больших полушарій, гдѣ особенно сдвинуты его извилины. Въ паутинных промежуткахъ и желудочкахъ мозга много серозной жидкости. Въ мозговыхъ артеріяхъ, особенно на основаніи мозга, местами легкіе слѣды атероматознаго процесса. Въ легкихъ и сердцѣ ничего особеннаго. На внутренней поверхности аорты значительные слѣды атероматознаго процесса съ обширными костевидными бляшками и шероховатостью. Печень уменьшена въ объемѣ, уруга, въ разрывѣ желтокоричневаго цвѣта съ салынмъ блескомъ; капсула ея мѣстами спорсна и шарѣдка утолщена въ видѣ тоненькихъ блѣватыхъ полосокъ, шарниро въ пальцѣ. Селезенка блѣдая, малокровная. Въ почкахъ кисты съ серознымъ содержимымъ, величиною въ горошину до лѣснаго орѣха; между ними ткань почекъ блѣдно-желтоватая. Въ толстыхъ кишкахъ, особенно въ нижней части, множество глубокихъ круглыхъ язвъ, величиною отъ проснаго зерна до горошины и больше, съ подрытыми гноемъ асидными краями.

№ 67-й. Крестьянинъ Карла Герасимовъ, 49-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 26-го октября 1864 г., умеръ 30-го октября. Диагнозъ: f. typhoidea. Icterus.

27-го. Кожа сухая, горячая, пульсъ малый, учащенный; сильная головная боль, бредонница. Боль подъ ложкою. Небольшой кашель.

28-го. Къ этимъ признакамъ присоединяется легкая желтуха.

29-го. Лихорадочное состояніе усиливается. Бредонница, бредъ. Потеря сознанія. Пульсъ малый, слабый. Упадокъ силъ и къ ночи смерти.

Вскрытіе 2-го ноября. Иктерный цвѣтъ наружныхъ покрововъ и общее истощеніе. Подъ твердой мозговой оболочкой сверху праваго полушарія, на пространствѣ въ ладонь, черныи кровяной сгустокъ, толщину мѣстами въ палецъ, и подъ нимъ соответственное вдавненіе поверх-

ности праваго большаго полушарія. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху и по бокамъ большихъ полушарій, повсемѣстно мутность и мѣстами тонкой слезъ желтоватаго налета, особенно на перепонки кровяныхъ сгустковъ; въ пальцѣ мѣстами также темно-красныя точки. Паутинная оболочка нигдѣ не измѣнена особенно. Сосуды мягкой мозговой оболочки и мозга содержатъ мало крови. Поверхность праваго большаго полушарія на мѣстѣ вдавленія плотнѣе и блѣднѣе, чѣмъ на другихъ мѣстахъ. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго, за исключеніемъ хроническаго катарита въ желудкѣ и двѣнадцати-перстной кишкѣ и жировой инфильтраціи въ печени.

№ 68-й. Крестьянинъ Григорій Родионовъ, 40 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 25-го февраля, умеръ 8-го марта 1865 г. Диагнозъ: f. gastrica, f. typhoidea. Apoplexia cerebri.

Изъ исторіи болѣзни не остается ничего сказать особеннаго кромѣ того, что уже объ этомъ случаѣ высказано при демонстраціи препаратовъ въ вѣстномъ рядѣ въ Обществѣ Русскихъ Врачей (см. выше).

Вскрытіе 10-го марта. Измѣненія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки описаны также вмѣстѣ съ клиническими данными; сверху того въ легкихъ дѣлательное воспаленіе на небольшомъ пространствѣ, въ печени жировая инфильтрація и опухоль отъ echinococcus, въ дѣтскую головку; шейеры бляшки имѣютъ сѣтчато-асидный видъ; селезенка рыхлая, зернистая.

№ 69-й. Писарь Гаврила Евремовъ, 41-го г., доставленъ въ госпиталь 15-го сентября съ припадками эпилептического характера. Большой безъ сознанія, дыханіе учащенное, хриплое. Пульсъ 100, около рта кровянистая пѣна, зрачки расширены и неподвижны, клоническія судороги мышцъ конечностей и лѣвой половины лица. Минуты чрезъ двѣ судороги прекратились, дыханіе стало медленнѣе, но оставалось хриплымъ. Пульсъ 85. Зрачки равномерно сужены; большой оставался безъ сознанія, параличныхъ явленій не замѣчалось. Чрезъ полчаса припадокъ судорогъ возобновился, продолжался также около двухъ минутъ и повторался чрезъ каждые полчаса два четыре впадокъ до смерти больного, послѣднимъ вечеромъ того же дня при явленіяхъ общаго паралича. Изъ стороннихъ запросовъ ничего достовернаго не узнано, а сдѣлалось только извѣстнымъ, что припадки начались съ больнымъ безъ видной причины въ самый день смерти.

Вскрытіе 18-го сентября. Мускулы тѣла хорошо развиты. Кости че-

реша не повреждены и легко отделяются от твердой мозговой оболочки. Сосуды ее залиты кровью, а на внутренней поверхности, на задней части, сверху левого полушария множество черных кровяных сгустков на пространстве 2 квадратных вершков, толщиной в два линна. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки, особенно на месте этого кровоизлияния, темно-красного цвета, мутная, шероховатая. При разрывании кровяных сгустков воюю в них встречаются коклетки оболочки с коричневыми пятнышками. Под микроскопом в сгустках — свѣжѣ кровяные шарикѣ, а въ коклеткахъ оболочекъ — волокнистая соединительная ткань съ кучками пигмента и множествомъ сосудовъ. Сосуды мягкой оболочки и самого мозга растапнуты кровью, кроме того сверху праваго большаго полушарія въ мягкой оболочкѣ небольшіе кровяные свѣтло-красныя подтеки, величиною въ пятачекъ. Оба легкія мѣстами проросли тоненькими перепонками къ грудной клѣткѣ, въ верхушкахъ ихъ небольшіе конкременты. Праваѣ сторона сердца значительно обросла жиромъ. Печень увеличена въ объемѣ, уплотнена, блѣдно-желтоватаго цвѣта съ салыннмъ блескомъ. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

№ 70-й. Отставной рядовой Егоръ Самсоновъ, 50-н лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 9-го, умеръ 27-го сентября 1864 г. *Vitium organicum cordis; stenosis ostii venosi sinistri; hydrops et catarrhus pulmonum.*

10—23-го. По временамъ головная боль. Отекъ рукъ и ногъ, одышка и кашель.

24—26-го. Сильная головная боль и по временамъ бредъ. На другой день головная боль и бредъ уменьшились, но слабость и одышка быстро усиливались до конца болѣзни. (Набл. Вейсенаха).

Вскрытіе 28-го сентября. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки сверху, сбоку и на основаніи леваго большаго полушарія покрыта небольшоими кожистыми перепонками, желтоватаго цвѣта, съ безчисленными то темно-красными, то коричневыми или асидными пятнами, величиною въ маковое зерно, горошину и болѣе; въ одномъ мѣстѣ сверху полушарія на ней находится желтовато-красная рыхлая опухоль на пространствѣ въ полтинникъ, толщиной въ поллинн, слегка обтянутая тоненькою перепонкою. Эта опухоль въ центрѣ толщиною въ линно, а на периферіи постепенно и почти незаметно переходитъ въ смежня съ нею ложная перепонка. Соотвѣственно этой опухоли находится небольшое вдавленіе на поверхности мозга, а въ корковомъ вещество ѣго желтое поверхностное размятленіе, на пространствѣ въ горошину. Паутинная оболочка на

этомъ мѣстѣ мутна и утолщена, въ полпаутиныхъ промежуткахъ повсемѣстно много серозной жидкости. Мозгъ блѣднѣе и плотнѣе обыкновеннаго. Въ броніи и грудныхъ полостяхъ много серозной жидкости. Оба легкія нѣсколько слабее; мѣстами изъ мелкихъ бронхіи выделяются слизистыя пробки; въ легкихъ отеки. Сердце увеличено въ объемѣ, стѣнки праваго желудочка утолщены, на свободномъ краю двухстворчатая заслонка слабее; мѣстами изъ мелкихъ извѣстечное нарощеніе, образующее кольцо, толщиной въ гусиное перо; сухожильныя нити, идущія отъ свободнаго края заслонки, сростены по нѣскольку вмѣстѣ и утолщены, стѣного заслонка мало подвижна. Почки небольшие, мягкія, на одной изъ нихъ снаружи желтовато-сѣрое пятно, величиною въ пятачекъ; корковое вещество въ разрѣзѣ желтоватаго цвѣта съ салыннмъ блескомъ, медулярное — темно-краснаго цвѣта. Желтое пятно представляеть въ разрѣзѣ желтоватый, кашнеобразный трехъ-угольникъ съ основаніемъ къ периферіи. Слизистая оболочка желудка сильно асидная. Въ печени и селезенкѣ ничего особеннаго. Подъ микроскопомъ въ налетѣ твердой мозговой оболочки и стѣнкахъ нѣшка строеніе изъ плотной волокнистой соединительной ткани съ разноможающимся эпителиальнымъ слоемъ на свободной поверхности, а въ глубинѣ много широкихъ капилляровъ и большихъ кучекъ желто-краснаго зернистаго пигмента; содержимое кровяной опухоли — мелко-зернистое, безформенное вещество съ грудками желтоватаго зернистаго пигмента.

№ 71-й. Отставной рядовой Никоноръ Максимовъ, 38-н лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 18-го февраля 1865 г., умеръ 5 го мая. *Diagnosis: Pleuritis, bronchitis. Hydrocephalus externus. Diarrhoea.*

Въ исторіи болѣзни между прочимъ говорится о головныхъ боляхъ, бредѣ и головокруженіяхъ, но вообще мало опредѣленнаго.

Вскрытіе 7-го мая. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки повсемѣстно, за исключеніемъ заднихъ ямъ черепа, желто-коричневый налетъ, мѣстами болѣе или менѣе толстый и содержащій множество то желто-красныхъ, то темно-красныхъ сгустковъ, величиною отъ проснаго зерна до горошины, а въ одномъ мѣстѣ сверху праваго большаго полушарія опухоль величиною въ четвертакъ, состоящая изъ темно-коричневыхъ кровяныхъ сгустковъ, обтянутыхъ перепонкою. Эта опухоль въ центрѣ толще линнѣ, а на периферіи незаметно сдвигается съ налетомъ. Въ нижней части переднихъ долей мозга по бокамъ лѣвшаго гребешка размятленіе мозга на пространствѣ въ куриное яйцо, въ видѣ кашнеобразной, желтоватой

или желтоворичневой массы. Оно не резко ограничивается от окружающих частей; всё мозговое оболочки над ним, плотно сросшись между собою, сливаются в разнородную массу. В остальных частях мозг плотнее и бледнее обыкновенного. В оболочках плеры и бришны значительное скопление серозной жидкости. В толстых кишках множество фолликулярных язв, круглого очертания, со шпиритыми поемь асидными краями. В остальных частях ничего особенного, кроме легкого атероматозного перерождения в восходящей аорте и мозговых артериях.

б) Вообще при разсматривании кровотоичного воспаления твердой мозговой оболочки обыкновенно придавали главное и почти исключительное значение одним кровяным скоплениям и от них производили всё тяжкия последствия этой болзни для больного, должным же перепонкам присвоивали важность, сообразно большей или меньшей их наклонности къ кровотеченіям. Так Лансеро, разделяя хроническое кровотоичное воспаление по его ходу и последствиям на три выше упомянутых періода, говорить, что если перепонки не обнаруживают большой наклонности къ кровотеченіям, то два последние тяжелые періода болзни вовсе не имють мѣста и воспаление ограничивается первымъ періодомъ, которому онъ не придает особенной важности. Правда Лансеро описывает случаи, въ которыхъ перепонки образовали по нѣскольку слоевъ и видимо преобладали надъ кровяными скоплениями, но и при этомъ онъ, кажется, придаетъ значение однимъ только кровотеченіямъ, встрѣчающимся при перепонкахъ, иногда даже относительно незначительнымъ. Вирховъ говорить, что перепонки иногда такъ разрастаются, что образуютъ болѣе 10-и, даже 20-и слоевъ, при чемъ твердая мозговая оболочка достигаетъ до 5—6^м линий въ толщину ¹⁾, но и онъ мало обращаетъ вниманія на само-

¹⁾ Не мѣшаетъ при этомъ замѣтить, что при хроническомъ кровотоичномъ воспаленіи твердая мозговая оболочка утолщается иногда не только отъ ложныхъ перепонкъ, развивающихся на внутренней ея поверхности, но и чрезъ разрастаніе ткани въ своей толщѣ; иногда даже кости черепа значительно толще обыкновеннаго, что также можно принять на счетъ гиперпластическаго воспаления наружной поверхности твердой мозговой оболочки (расшуненгитисъ геморрагичесъ рагесшунатосъ еѣ externa hyperplastica). Кстати при этомъ сказать, что такъ какъ неизвестно въ нѣкихъ кровотоичной формы воспаленія на другой поверхности твердой мозговой оболочки, кроме внутренней, то поэтому я принялъ по русски говорить: кровотоичное воспаление твердой мозговой оболочки, но упомянувъ буквально о внутренней поверхности оболочки.

стоятельную роль, какую играютъ при этомъ ложныя перепонки. Я имью препаратъ, въ которомъ ложная оболочка достигла почти такой же толщины, какъ самая болшая изъ вышеописанныхъ кровяныхъ сгустковъ; въ этомъ наблюденіи развились мало по малу такія же послѣдствія сильнаго давленія на мозгъ, какъ и при обширныхъ кровяныхъ скопленіяхъ. Сходный препаратъ находится у проф. Илзинскаго въ богатой коллекціи анатомо-патологическихъ препаратовъ, собранныхъ имъ для Академіи. Кровозапіанія въ моемъ случаѣ оставались, такъ сказать, на заднемъ планѣ и представлялись въ видѣ коричневыхъ точекъ.

Ложная оболочка въ этихъ случаяхъ болшею частью срастается какъ съ твердой, такъ и съ паутинною, мозговою оболочкою, но къ первой прилегаетъ сплошь, а къ послѣдней только мѣстами. Впрочемъ связь ее съ твердою мозговою оболочкою бываетъ не крѣпче обыкновеннаго, такъ что она легко отъ нея отдѣляется и при томъ удобно разрешается почти по произволу на нѣсколько слоевъ. Въ такихъ перепонкахъ, состоящихъ изъ волокнистой соединительной ткани, вообще много сосудовъ и кучекъ желтаго зернистаго пигмента. Иногда въ нихъ бываетъ обильное отложение извести, при томъ не только въ видѣ слоистаго конcrementa, но и въ видѣ настоящаго окостенѣнія. У меня есть препаратъ съ небольшоимъ окостенѣніемъ въ трехъ мѣстахъ, на которомъ при томъ ложныя перепонки еще не успѣли достигнуть значительной величины, были довольно кровотоичны и сильно пигментированы.

Очевидно, что развитіе такой перепонки должно совершаться медленно и постепенно; соотвѣственно тому и теченіе болзни должно выражаться явленіями, исподовою обнаруживающимися и только мало по малу усиливающимися. Интересно бы узнать условія такого медленнаго и относительно спокойнаго хода воспалительнаго процесса, но вообще преобладающее развитіе ложныхъ оболочекъ безъ усиленныхъ кровозапіаній встрѣчается весьма рѣдко и потому для успѣшнаго причинъ его гораздо меньше данныхъ, чѣмъ для болѣе кровотоичной формы этого воспаленія.

VII. Группа изъ двухъ случаевъ хроническаго кровотоичнаго воспаленія твердой мозговой оболочки; первый изъ нихъ представляетъ преобладающее развитіе перепонкъ надъ кровозапіаніемъ, а второй—окостенѣніе въ кровотоичныхъ перепонкахъ.

№ 72-й. Отставной унтер-офицер Егоръ Константиновъ, 60-ти л., поступилъ въ госпиталь 20-го октября 1864-го года, умеръ 13-го апреля 1865 года. Диагнозъ: amentia paralytica. Diarrhoea colliquativa.

21-го октября. Начало болѣзни неизвестно настрѣно, но по нѣкоторымъ даннымъ должно полагать, что она началась очень давно, ходъ ея весьма медленный и безъ всякихъ бурныхъ явленій. Вообще известно, что медленно и постепенно развивался притупленіе мыслительныхъ способностей и съ нимъ паралитическое состояние во всемъ тѣлѣ, особенно въ правой половинѣ. Испражнения кака и мочи непроизвольны. Аппетитъ хорошъ.

14-го февраля 1865 года. До этого времени въ состояніи больного не было никакой замѣтной перемены, а теперь появляется отекъ ногъ.

2-го апреля. Появился поносъ, быстро и окончательно ослабившій больного.

Вскрытіе 14-го апреля.

Трупъ мало истощенъ, но лицо очень блѣдное. Кости черепаго свода значительно утолщены по всей окружности почти равномерно, такъ что съ боковъ они также толсты, какъ и на затылкѣ; отъ твердой мозговой оболочки они легко отдѣляются. Наружная поверхность ея мутная. Среднія артеріи разширены и извилисты, особенно на лѣвой сторонѣ. Твердая мозговая оболочка лѣвой стороны сверху лѣваго большого полушарія мѣстами срослась съ паутинною и отдѣляется въ однихъ мѣстахъ труднѣе, а въ другихъ легче. При этомъ оказывается, что на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки находится желто-коричневая съ красными точками плотная пластинка, толщиною мѣстами до 2 линій. Этого пластинка лѣтвомъ и сплоскъ срастается съ твердою мозговою оболочкою, а мѣстами, посредствомъ тоненькихъ перепонокъ, также и съ паутинною оболочкою. Пластинка сверху большихъ полушарій толще, чѣмъ въ бокахъ, на основаніи мозга въ правыхъ черепныхъ ямахъ она постепенно переходитъ въ тоненькую желто-коричневую пластинку и затѣмъ незаметно исчезаетъ. Лѣвая половина мозга плотнѣе и блѣднѣе обыкновеннаго, поверхность лѣвой стороны его желто-коричневая. На внутренней поверхности правой части твердой мозговой оболочки мѣстами тоненькія древовидная свѣтло-красная развѣтвленія отъ названныхъ кровяныхъ сосудовъ, а сверху и сзади праваго большого полушарія тонкія слои желто-коричневаго налета, отдѣляющагося въ видѣ тоненькой плотной перепонки. Въ подпаутинныхъ промежуткахъ правой стороны мозга очень много свѣтло-желтатоватой жидкости; извилины мозга значительно раздвинуты этою жидкостью. Желудочки мозга сильно растянуты такою же прозрачною

жидкостью; пятый желудочекъ такъ сильно растянутъ, что можетъ вмѣстѣ послѣдній суставъ дѣтскаго мизинца. Мозгъ значительно уплотненъ и блѣденъ. Въ верхушкѣ легкихъ по одному конкретуму въ величину простаго орѣха, въ остальныхъ частяхъ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ малокровія. Правая почка нѣсколько меньше нормальной, слегка бугристая; капсула ея трудно снимается; корковое вещество желто-коричневое и содержитъ нѣсколько просвѣдливыхъ серозныхъ кистъ и бѣловатыхъ асцидныхъ рубцовъ. Лѣвая почка вдвое больше правой, уругая; корковое вещество ея въ разрѣзѣ блѣдно-коричневое, а трубчатое темно-коричневое. Слизистая оболочка желудка на днѣ сильно асцидная, утолщена, слегка зернистая. Слизистая оболочка нижней части толстыхъ кишекъ рыхлая, асцидная. Печень увеличена въ объемѣ, блѣдно-коричневая, уругая, съ салынымъ блескомъ въ разрѣзѣ. Селезенка небольшая, вялая, малокровная. Сердце небольшое, вялое, но строеніе его безъ особенныхъ измѣненій.

№ 73-й. Чиновникъ Г. Розденко, 50-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 9-го, умеръ 14-го октября 1864 года. Диагнозъ: delirium tremens, oedema pulmonum et meningum.

Прежде привычный пьяница, но потомъ долго неупотреблявшій спиртныхъ напитковъ.

10-го. Бредъ, притупленіе сознания и спазмы въ конечностяхъ.

12-го. Сознаніе немого проснилось, но бредъ продолжается.

15-го. Сильный упадокъ силъ, температура тѣла понижена, пульсъ частый и слабый. Сознаніе не полное. Зрачки мало реагируютъ и разширены.

Вскрытіе 16-го октября.

На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху праваго большого полушарія, мѣстами слой желто-коричневаго налета, плотнаго, кожистаго, усаженаго то асцидными, то темно-красными точками; въ этомъ налетѣ въ трехъ мѣстахъ пластине костевидные узелки, величиною въ прозное зерно. При изслѣдованіи ихъ оказывается костное строеніе съ костными тѣльцами, концентрическими пластинками и каналами для сосудовъ. Налетъ состоитъ изъ плотной соединительной ткани съ сосудами, изъ множества кучекъ пигмента и свѣжыхъ кровозападовъ; сверхъ того въ немъ много известковыхъ отложений въ видѣ темныхъ нитей съ концентрическимъ наслоеніемъ. Вообще налетъ труднѣе отдѣляется отъ своего мѣста, особенно на мѣстѣ костяныхъ узелковъ, чѣмъ обыкновенно. Твердая мозговая оболочка на правой сторонѣ почти вдвое толще, чѣмъ на лѣвой. Паутинная оболочка мутная; въ подпаутинныхъ промежуткахъ большое

скопление серозной жидкости. Сосуды мягкой мозговой оболочки и мога содержать мало крови. Мозг плотнее обыкновенного. Извилины истончены. Поверхность плевры покрыта фибриновым налетом. В обоих легких множество небольших каверн от горошины до престога ореха и группы стрых просовидных бугорков, истема утолщенная ткань асциданного цвета, истема страя гепатизация. Печень увеличена в объеме, плотна, въ разрыв желтовата съ салыным блеском. Слизистая оболочка желудка сильно аспидная, слегка утолщенная.

с) Наконецъ слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ о недостаточно развитой и о задержанной на пути развитія хронической формѣ кровоточиваго воспаленія. Сюда относятся: 1) случаи, въ которыхъ ложныя оболочки продолжаютъ свое развитіе, но еще не успѣли дойти до значительной величины и не производятъ значительныхъ кровотечей; 2) всѣ тѣ случаи, въ которыхъ оба эти явленія представляютъ явные признаки задержанія въ развитіи своемъ. Въ случаяхъ первой категоріи на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (сверху и по бокамъ большихъ полушарій) мы находимъ тошкой или довольно значительный слой желтоватаго, или желтовато-коричневаго, кожистаго, т. е. плотнаго, налета, усаынаваго то воричневыми или аспидными, то темно-красными пятнами различной величины, отъ точечныхъ размыровъ до просіяваго зерна, горошины и больше. Перепонки представляются въ однихъ мѣстахъ толще, чѣмъ въ другихъ, или разрастаются до нѣсколькихъ слоевъ, слабо соединенныхъ другъ съ другомъ и усаынныхъ упомянутыми пятнами. На саутивной оболочкѣ при этомъ иногда встрѣчаются небольшие ворсистыя нарощенія. Подобныя кровоточивыя нарощенія въ тоже время случаются видѣть на грудной плеврѣ и брюшинѣ.

При этомъ при вскрытіи твердой мозговой оболочки также иногда вытекаетъ изъ-подъ нея больше или меньше значительное количество сѣтло-желтоватаго, нѣсколько мутной жидкости. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ этой жидкости попадаются множество кровавыхъ шариковъ и даже груныя молодыя кѣточекъ, какъ и при остромъ кровоточивомъ воспаленіи. Послѣдніе случаи представляютъ видѣ обесточивающаго хроническаго воспаленія, какииъ оно дѣлается, когда какииъ-либо условія вызываютъ въ немъ острый процессъ. Микроскопическая картина, представляющаяся въ упомянутой жидкости въ этомъ случаѣ, почти ни чѣмъ не отли-

чается отъ картины острой формы; тѣмъ не менѣе не только при микроскопическомъ, но даже при обыкновенномъ и поверхностномъ изслѣдованіи налета всегда можно найти довольно рѣзкіе признаки для отличія первоначальнаго остраго кровоточиваго воспаленія отъ послѣдовательно-остраго, т. е. присоединяющагося къ хроническому. Для невооруженнаго глаза эти признаки состоятъ въ томъ, что въ первомъ случаѣ налетъ, обыкновенно незначительный, рыхлъ и соченъ, а кровозаыанія въ немъ имѣютъ видѣ темно-красныхъ или ярво-красныхъ пятенъ, живо напомиающихъ по цвѣту и виду свѣжіе кровавыя сгустки. Въ послѣднемъ случаѣ налетъ, если онъ и незначителенъ, больше плотенъ или кожистъ, и, что всего важнѣе, мѣстами въ немъ встрѣчаются не только темно-красныя, но и коричневыя, аспидныя, или ржавчино-бурыя пятна, обозначающія старый кровавой сгустокъ или пигментацию на мѣстѣ бывшаго кровозаыанія. При микроскопическомъ изслѣдованіи налета можно встрѣчать въ немъ кѣточки съ дѣющимися ядрами, видѣть признаки быстро протекающаго усиленнаго разращенія ткани, отыскать свѣжіе кровозаыанія, но радомъ съ ними встрѣчаются плотныя перепонки изъ волокнистой соединительной ткани съ многочисленными группами пигмента, желтоватаго зернистаго, или даже въ кристаллахъ; въ этихъ грунвыхъ пигментахъ нить и помину о контурѣ или формѣ кровавыхъ шариковъ. Присутствіе этой пигментации, такъ легко различаеое, указываетъ на давнишній процессъ, а потому эти случаи, во многомъ между собою сходные, весьма легко отличить одинъ отъ другаго. Этими признаками я преимущественно руководствовался при отдѣленіи случаевъ остраго кровоточиваго воспаленія отъ хроническаго и полагаю, что ошибкѣ при этомъ быть не могло, тѣмъ болѣе что въ большинствѣ случаевъ изслѣдованіе производилось при помощи микроскопа. Но если и допустить въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможность недосмотра пигментации, то эти ошибки не могутъ подорвать значеніе и дѣйствительность описанной острой формы уже потому, что они могли имѣть мѣсто только тамъ, гдѣ пигментация была незначительна, не замѣтна, и гдѣ преобладали, или преимущественно выдавались, явленія остраго процесса.

Вообще говоря, описываемый видъ хроническаго процесса долженъ представлять самый обыкновенный ходъ болѣзни, если бы

не влияли на это особенныя условия, болѣе или менѣе сильно ожесточающія и ослабляющія ее развитие. Конечно отъ степени влияния такихъ условий зависитъ все разнообразіе въ теченіи каждаго хроническаго воспаления. Особенно рѣшительное влияние на теченіе его могутъ оказывать всѣ тѣ условия, которыя способствуютъ его усиленію, потому именно, что при нихъ ложныя перепонки, обильныя сосудами, могутъ скоро выдѣлать обильныя кровяныя скопища. Припомнимъ и здѣсь, что оасность зависитъ не отъ одной массы кровяныхъ сгустковъ, но и отъ количества серозно-кровоанной жидкости, иногда весьма значительнаго при небольшихъ кровяныхъ сгусткахъ. Эту жидкость можно разсматривать частью какъ кровяную сморотку, вытекающую при капиллярныхъ кровотеченіяхъ вмѣстѣ съ небольшимъ количествомъ кровяныхъ шариковъ, и сверхъ того какъ выпотъ изъ цѣльныхъ сосудовъ ложной перепонки. Мы уже говорили объ этомъ при острой формѣ; прибавимъ только, что здѣсь ложныя перепонки безъ сомнѣнія гораздо значительнѣе развиты и богаче сосудами, чѣмъ при острой формѣ; при томъ онѣ уже сами, такъ сказать, самостоятельно подвергаются воспаленію въ то время, когда на пути хроническаго процесса вызывается въ немъ острое ожесточеніе. Эта масса серозно-кровоанной жидкости иногда дѣйствительно вызываетъ весьма бурныя явленія, какъ извѣстно изъ давнихъ наблюденій. Сюда именно относится вышеупомянутое наблюденіе Штроемера, въ которомъ при вскрытіи твердой мозговой оболочки вытекала огромная масса жидкости и на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки замѣчались значительныя перепонки съ незначительными пятнами, указывавшими на слѣды старыхъ и новыхъ кровоизліній. Мозговія явленія въ этомъ случаѣ были весьма сильны и уже при жизни больного было определено истое страданіе, т. е. причина этихъ явленій.

Странное истолкованіе¹⁾, которое даетъ этому анатомо-патоло-

¹⁾ Хотятъ замѣтить, что особенна объясненій, предложенныхъ Штроемеромъ, проистекаетъ отъ того, что онъ не обратилъ вниманія на условия, отъ которыхъ зависятъ явленія при его анатомо-патологическихъ и гистологическихъ изслѣдованіяхъ. Онъ не обратилъ надлежащаго вниманія на ложную оболочку, прилежавшую къ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки; за тѣмъ, приготовляя части для изслѣдованій, нимало не прерывалъ въ водѣ и увидѣвши, что ложная перепонка легко отдѣляется отъ твердой мозговой оболочки, принялъ ее за утолщенный присвязанный листокъ паутинной оболочки и собралъ, что

гическому процессу г. Штроемеръ, не отнимаетъ у его наблюденія фактическаго значенія. И въ моихъ наблюденіяхъ встрѣчались случаи, въ которыхъ при незначительныхъ старыхъ и новыхъ кровоизлініяхъ, при весьма небольшихъ перепонкахъ, проявлялись болѣе или менѣе тяжелыя мозговые припадки, которые можно отнести вѣснѣе далѣе на мозгъ находившейся при этомъ жидкости. Вообще при этомъ видѣ воспаления замѣчаются припадки, свойственныя упомянутому второму періоду воспаления съ преобладаніемъ кровотеченій; въ числѣ ихъ головная боль, головокруженія и прочіе припадки отягощаютъ больного постоянно или только по временамъ. При діагностикѣ и здѣсь не должно забывать указанія Лансера на важность влияния спиртныхъ напитковъ.

Что касается наконецъ того ряда случаевъ разсматриваемаго воспаления, въ которомъ ложныя перепонки и кровотеченія представляются въ самомъ незначительномъ видѣ, то при нихъ, какъ кажется, процессъ болѣею частью находится въ задержанномъ состояніи или же имѣетъ весьма слабое и медленное теченіе. При этомъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки встрѣчается мѣстами тонкій слой желто-коричневаго налета, усѣянаго аспидными или желто-коричневыми точками. Налетъ иногда такъ незначителенъ, что съ перваго взгляда замѣчается на твердой оболочкѣ одиѣ аспидныя точки и только при соскабливаніи обнаруживается самый налетъ. Вообще онъ плотенъ, сухъ, кожистъ и довольно трудно отдѣляется отъ подлежащей ткани. Подъ микроскопомъ въ немъ открываются волокнистая соединительная ткань, множество широкихъ капилляровъ, еще болѣе кучекъ зернистаго желто-краснаго пигмента и даже пигментъ въ видѣ ромбическихъ оранжевыхъ кристалловъ. Жировое перерожденіе встрѣчается въ рѣдкѣ и гораздо въ меньшей степени, чѣмъ при развитыхъ формахъ этого воспаления. При этомъ нужно замѣтить, что такой налетъ встрѣчается на различныхъ мѣстахъ внутрен-

это можетъ служить доказательствомъ существованія присвязаннаго паутиннаго листа, но смотря на то, что въ нормальномъ состояніи онъ такового не можъ отыскать и показать. За тѣмъ онъ еще даго обильнѣея явленіями матеріи, начавшей говорить о безоронней жидкости водѣ этимъ являюсь и сводить дѣло наконецъ на какое-то особенное подерноее воспаление мнимого присвязаннаго паутиннаго листа.

ней поверхности твердой мозговой оболочки, как сверху больших полушарий, так и на основании мозга, в срединных, задних и передних ямах черепа, на мозжечковом намете, серповидном отростке и проч., словом везде и часто там, где при развитых формах воспаления его обыкновенно не бывает. Если воспаление и встречается на основании мозга, то почти всегда при этом бывает периферическое страдание мозга, которое можно принимать за непосредственную причину, вызывающую воспаление в твердой мозговой оболочке.

Встречаясь в этой мало развитой и сильно пигментированной паутке, я не нахожу достаточных оснований считать его за переноску из никогда толстой истонченную, вследствие регрессивного изменения предшествовавшего значительного кровотокового воспаления, а напротив вижу в нем только медленно развивающийся, или задержанный на первых ступенях развития, процесс.

Трудно определить, какими путями может совершиться здесь обратное изменение в росте такой сосудистой переноски. Предположение, что к этому ведет жировое перерождение, прямо противоречит тем фактам, по которым наглядно видно, что жировое перерождение в этой безпримрно сосудистой переноске подает повод к кровонезлияниям и следовательно к новым раздражениям, к усилению воспаления; по крайней мере так это бывает во все продолжение развитой формы этого воспаления. Притом именно здесь жировое перерождение замечается меньше, чем при развитой форме воспаления. А потому, не говоря о жировом перерождении, должно взять в расчет казая-либо другие условия, первоначально произведшия и усиливающия или уменьшающия воспаление, именно изменяющия приток крови к месту воспаления. В последнем случае вопрос будет не столько об обратном изменении роста дождной оболочки, как об остановке в дальнейшем ее развитии или о предупреждении воспаления, потому что, строго говоря, врачебныя пособия не имеют такого доступа к средней артерии твердой мозговой оболочки, чтобы действовать непосредственно на ее ствол. Относительно влияния действующих на весь организм и так его ослабляющих, что последует атрофия даже в нормальных тканях, вопрос об атрофии дождной переноски дается мне спорным, но зато весьма

сложным и еще более важным. Как бы то ни было, но во всяком, самом незначительном, плотном налете, как бы он ни был сильно пигментирован, встречается всегда много капилляров, а потому всегда есть возможность к усилению процесса, лишь только снова начнут действовать условия, способствующия его развитию. Конечно это налет или, лучше сказать, хроническое кровотоковое воспаление в таком незначительном виде не может вызывать никаких припадков, но и в этой индифферентной форме есть условия для самых бурных явлений, лишь только начинает действовать причина, усиливающая воспаление. Особенно относится это к тем случаям, где воспаление занимает мьсто сверху и сбоков больших полушарий, в главной области срединных артерий; во всех других мьстах явления никогда не достигают значительных размеров. А как случаи первого рода чаще всего встречаются, то вообще кровотоковое воспаление твердой мозговой оболочки во всех видах и формах его должно признавать за *важный и опасный процесс, там где, что оно во всех случаях сохраняет в себе условия для опасных явлений при действии располагающих к ожесточению его обстоятельств.*

Остальныя из наблюдений моих над этим предметом представляют примры мало развитой или задержанной формы хронического кровотокового воспаления твердой мозговой оболочки у людей, умерших от других страданий.

VIII. Группа из 13-и случаев хронического кровотокового воспаления частью съ слабым развитием дождных переносок, более или менее соразмерным съ кровоточениями, частью съ совершенно незначительным развитием обонх явлений. Оно встречалось то при сильном обмене истощенн организма, то при тяжелых поражениях различных важных органов; четыре предпоследних случаев (82—86) были вместе съ поражением мозга, последний (86) съ кровотоковым воспалением грудной плены и бронхитом.

№ 74-й. Мельничъ Николай Яковлевъ, 30-и лтъ вступилъ въ госпиталь 26-го октября, умеръ 22-го ноября 1864 г. Диагнозъ: I. *melthysica. Diarrhoea. Dysenteria.*

26-го. Привычный пьяница. Безсонница и бредъ. Ломота въ ногахъ.
27-го сентября — 21-го ноября. Сначала лихорадочное состояніе и

головная боль. Потом по временам шумъ въ головѣ, головокруженіе и бредъ; сонъ плохой; камень, иногда рвота и сверху того упорный натужный поносъ. Уадакъ слгъ.

Вскрытіе 23-го ноября по особенному распоряженію главнаго доктора. При вскрытіи твердой мозговой оболочки изъ-подъ нея вытекаетъ немного свѣтло-желтоватой жидкости. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сверху большихъ полушарій, по бокамъ выдто до среднихъ ямъ черепа, тонкій слой то плотнаго, то рыхлаго желтоватаго налета, густо усѣянаго то свѣтло-красными, то аспидными небольшими пятнами. Этотъ налетъ мѣстами не легко соскабливается. Сосуды мозга и мозговыхъ оболочекъ сильно налиты кровью. Въ остальныхъ органахъ явленія, сходныя съ первыми наблюденіемъ, и сверху того общее истощеніе и незначительный хроническій катарръ въ толстыхъ кишкахъ.

№ 75-й. Отставной унтер-офицеръ Петръ Минаевъ, 74-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 27-го сентября, умеръ 27-го октября 1864 г. Диагнозъ: delirium tremens. Contusio faciei. Pleuritis, pleuro-pneumonia, fractura costae 8-е.

28—30-го. Послѣ заповъ дрожаніе тѣла, галлюцинаціи и бредъ. Слѣды ушибовъ на лицѣ и на правомъ ребрѣ.

1—26-го октября. Головные припадки скоро прекратились, но грудные усиливались, и развилась сильная слабость.

Вскрытіе 28-го октября обнаружило измѣненія въ твердой мозговой оболочкѣ, сходныя съ предыдущимъ наблюденіемъ; въ остальныхъ органахъ измѣненія подходить къ наблюденію 73-му.

№ 76-й. Отставной рядовой Назаръ Виноградовъ, 66-и лѣтъ, принятъ въ госпиталь 6-го октября 1864 г. съ диагнозомъ гастрической лихорадки и чрезъ день умеръ.

Вскрытіе 9-го октября. Твердая мозговая оболочка сверху праваго большаго полушарія утолщена въ два раза противъ лѣвой нормальной стороны; внутренняя поверхность ея неровна, мутна и покрыта желтоватымъ налетомъ, отдѣляющимся при соскабливаніи въ видѣ шуптинныхъ желтоватыхъ пластинокъ. Въ некоторыхъ мѣстахъ въ налетѣ ясно различаются два и три слоя, слегка соединенные между собою. Въ налетѣ очень много то темно-красныхъ, то аспидныхъ или коричневыхъ пятенъ, отъ макового зерна до горошины. Нижняя доля праваго легкаго въ сѣромъ опеченнѣнн, лѣвое легкое въ отекаѣ. Въ остальныхъ органахъ явленія, сходныя съ наблюденіемъ 24-мъ.

№ 77-й. Отставной рядовой Игнатій Галащикъ, 50-и лѣтъ, поступилъ

въ госпиталь 31-го октября, умеръ 14-го ноября 1864 г. Диагнозъ: diarrhoea et hydrops.

Вскрытіе 15-го ноября. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки сверху и по бокамъ большихъ полушарій небольшой, плотный, желтоватый налетъ, усѣянный то темно-красными пятнами въ просное зерно, то аспидными точками. Въ остальныхъ органахъ явленія, сходныя съ наблюденіемъ 4-мъ, сверху того значительное общее истощеніе и хроническій катарръ толстыхъ кишекъ.

№ 78-й. Крестьянинъ Сергій Боровъ, 18-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 1-го, умеръ 13-го марта 1865 г. Диагнозъ: haematis.

2—12-го. Истощенный субъектъ, недавно перенесъ тифъ. Лихорадки нѣтъ. Хроническій катарръ легкнхъ. Отекъ ногъ, преимущественно лѣвой. Упорный поносъ.

Вскрытіе 16-го марта. Измѣненія въ твердой мозговой оболочкѣ, сходныя съ предыдущимъ наблюденіемъ; кромѣ того много follicularныхъ язвъ въ толстыхъ кишкахъ.

№ 79-й. Отставной курьеръ Пантелей Гусевъ, 65-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 11-го марта, умеръ 17-го ноября 1864 г. Диагнозъ: Rares marastica. Amentia paralytica.

12-го. Общая слабость, особенно въ ногахъ. Пульсъ 75, слабый.

14-го. Безпокойство, потеря сознанія, бредъ и жаръ. Пульсъ 132.

16-го. Бреду нѣтъ; слабость. Пульсъ 70, слабый и малый. Уадакъ умеренной дѣятельности.

Съ 17-го марта по 16-е ноября никакихъ особенныхъ явленій не было, кромѣ сильной слабости и малой подвижности большаго; по временамъ поносъ, подъ конецъ жизни камень.

Вскрытіе 19-го ноября. Въ правомъ легкомъ обширное воспаленіе, въ остальныхъ частяхъ организма явленія, сходныя съ наблюденіемъ 77-мъ.

№ 80-й. Отставной рядовой Нювъ Глазуновъ, 38-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 8-го ноября 1864 г., умеръ 11-го марта 1865 г. Диагнозъ: Melancholia. Scorbutus et diarrhoea colliquativa.

Сначала меланхолическое состояніе съ слабыми галлюцинаціями и валюціями; потомъ анемія. Камень. Поносъ и сороченное истощеніе.

Вскрытіе 13-го марта. Измѣненія въ твердой мозговой оболочкѣ сходны съ наблюденіемъ 77-мъ, въ остальныхъ органахъ съ наблюденіемъ 73-мъ.

№ 81-й. Отставной Василій Шкотовъ, 55-и лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 8-го ноября 1864 г., умеръ 24-го февраля 1865 г. Диагнозъ: Melancholia. Marasmus senilis.

Слабый истощенный субъектъ. Меланхолическое настроеніе. Сначала

местных страданий не было заметно, по потомъ появился сильный поносъ; общее истощение.

Вскрытіе 27-го февраля. Измѣненія въ твердой мозговой оболочкѣ сходны съ наблюдениемъ 77-мъ, въ остальныхъ органахъ съ 43-мъ.

№ 82-й. Солдатская дочь Дарья Зайцова, 36-й лѣтъ, поступила въ госпиталь 14-го августа, умерла 17-го октября 1864 г. Диагнозъ: f. methystica.

Во все время въ госпиталѣ почти постоянный бредъ, особенно въ продолженіи перваго мѣсяца. Сознаніе притуплено. Подъ конецъ болѣзни кашель, истощеніе и упадокъ сна.

Вскрытіе 19-го октября. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки въ передней лѣвой части покрыта нѣжными желтоватыми налетомъ, усѣянными темно-коричневыми точками. Въ переднихъ частяхъ лѣваго большого полушарія въ двухъ мѣстахъ, не далеко отъ вѣтвяго гребешка, срощеніе мозговыхъ оболочекъ между собою и съ мозгомъ на пространствѣ въ четвертакъ. На периферіи мозга въ этихъ мѣстахъ опухоль плотная, въ разрѣзѣ блѣдно-желтоватая, сухая, величиною въ лѣвой орѣхъ; она не рѣзко отдѣляется отъ мозга и достигаетъ до бѣлаго вещества. Въ другихъ мѣстахъ въ мозгу ничего особеннаго, кромѣ признаковъ малокровія. Въ нижней долѣ праваго легкаго транзенозная полость, величиною въ кулакъ, наполненная вонючею, грязною жидкостью. Остальная часть легкихъ малокровна. На внутренней поверхности восходящей аорты атероматозный процессъ. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго, кромѣ малокровія.

№ 83-й. Крестьянинъ Михайло Поповъ, 53-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 20-го октября 1864 г. въ весьма трудномъ тѣлесномъ состояніи и на другой же день умеръ. О предшествовавшихъ обстоятельствахъ болѣзни ничего не извѣстно.

Вскрытіе 23-го октября. Мускулы тѣла хорошо развиты. Покровы и кости черепа нормальны. Сосуды твердой мозговой оболочки сильно налиты кровью. На внутренней поверхности ея въ передней области желтоватый плотный налетъ и въ нѣмъ мѣстами фиолетовыя мѣстами темно-красныя, небольшія пятна. Сосуды мягкой оболочки и мозга сильно налиты кровью. Въ нижней и передней части лѣваго большого полушарія мозговая оболочка срощена между собою, съ мозгомъ и костями черепа, на пространствѣ въ четвертакъ; въ мозгу на мѣстѣ этого срощенія наростобразное желтое размячненіе какъ сыраго, такъ и бѣлаго вещества въ величину простого орѣха; остальная часть мозга сильно налиты кровью. На костяхъ черепа, на мѣстѣ срощенія, небольшіе плотные костяные наросты, связан-

ные съ твердой мозговой оболочкою. Въ остальныхъ органахъ измѣненія, сходныя съ наблюдениемъ 4-мъ.

№ 84-й. Отставной унтеръ-офицеръ Александръ Виноградовъ, 64-хъ лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 16-го ноября 1864 г. съ тяжелыми припадками тифа и чрезъ день умеръ.

Вскрытіе 20-го ноября. Мускулы тѣла хорошо развиты. Сосуды твердой мозговой оболочки сильно налиты кровью. На внутренней ея поверхности на основаніи черепа тонкій слой темно-коричневаго налета, густо усѣянаго темно-красными точками; мѣстами, а именно въ двухъ мѣстахъ въ среднихъ ямахъ черепа и въ переднихъ по бокамъ вѣтвяго гребешка, твердая мозговая оболочка плотно срощена съ другими оболочками, съ мозгомъ и костями. На мѣстѣ срощенія желтое размячненіе какъ сыраго, такъ и бѣлаго вещества мозга, на небольшомъ пространствѣ. Остальная часть мозга сильно налиты кровью. Въ остальныхъ органахъ измѣненія подходятъ къ наблюдению 4-му; кромѣ того острое выпуклое воспаление лѣвой грудной плевы, сѣрое опеченіе верхней доли лѣваго легкаго и отекъ въ остальныхъ частяхъ легкихъ.

№ 85-й. Солдатка Елена Сидорова, 29-й лѣтъ, поступила въ госпиталь 24-го августа, умерла 14-го октября 1864 года. Диагнозъ: Hemiplegia puerperae. Tuberculosis.

25-го. Вся правая половина тѣла парализована и больше отечна, чѣмъ лѣвая. Большая восьмь пядей тому назадъ родила и съ тѣхъ поръ больна. Пульсъ слабый, медленный.

Отъ 27-го до 30-го. Движеніе въ правой рукѣ возобновилось вдругъ, хотя еще слабѣе, чѣмъ въ лѣвой.

Отъ 1-го до 7-го сентября. Общая слабость и головокруженіе. Парализъ совершенно пропалъ. Катаральный кашель.

Отъ 27-го сентября до 13-го октября. Больная жалуется на головную боль. Попосъ, потомъ и головная боль сдѣлались меньше, но слабость быстро усиливалась.

Вскрытіе 15-го октября. Измѣненія въ твердой мозговой оболочкѣ сходны съ предыдущимъ наблюдениемъ; сверхъ того на периферіи задней части лѣваго большого полушарія и въ лѣвой долѣ мозжечка красное размячненіе на значительномъ пространствѣ. Въ легкихъ много размячненнаго инфильтратовъ. На внутренней поверхности восходящей аорты значительный атероматозный процессъ. Въ остальныхъ органахъ явленія сходны съ наблюдениемъ 4.

№ 86-й. Финляндскій уроженецъ Іоаннъ Пенанну, 68-й лѣтъ, посту-

шелъ въ госпиталь 12-го апрѣля, умеръ 4-го мая 1865 года. Диагнозъ: diarrhoea colliquativa, scorbutus.

Больной слабого телосложенія. Давно уже болѣлъ. Въ настоящее время поносъ водянистый. Старая лѣвая паховая грыжа.

16-го. Общая слабость.

21-го. Боль въ грыжи.

23-го. Общая слабость.

23-го. Истощеніе въ высшей степени. Поносъ. Eschumoses на рукахъ.

29-го. Непровольная испражненія.

2-го мая. Синія пятна на рукахъ и ногахъ.

Вскрытіе 3-го мая.

Кости свода черепа трудно отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки, которая нѣсколько утолщена. На внутренней поверхности ея, сверху большихъ полушарій и по бокамъ, желтоватый плотный налетъ и въ немъ мѣстами то темно-красные кровяные ступки, то темно-коричневая пятна, величинаю отъ макового зерна до горошины. На поверхности паутинной оболочки сверху большихъ полушарій мѣстами нѣжныя ворсѣстыя нарощенія, сросшіяся съ налетомъ на твердой мозговой оболочкѣ. Въ паутинныхъ промежуткахъ и желудочкахъ мозга много серозной жидкости. Мозгъ блѣднѣе и плотнѣе обыкновеннаго. Оба легкія мѣстами приросли къ грудной кѣбкѣ тонкими перепонками, въ которыхъ видно множество асцидныхъ пятенъ. Легкія сильно пигментированы, изъ бронхіи выделяется слизистая пробка. Слизистая оболочка ихъ асцидна. На передней поверхности сердца обширная бѣловатая бляшка. На внутренней поверхности восходящей аорты садамъ атероматознаго процесса. Въ брюшной полости вѣсколю кровяной жидкости. Поверхность брюшины сильно асцидна, со множествомъ ворсѣстыхъ нарощеній, устьяныхъ асцидными пятнами, особенно въ нижней части тонкихъ кишекъ. Черезъ лѣвый паховой каналъ свободно проходитъ палецъ въ мошонку, гдѣ образовалась полость, выстлалая брюшиной и также покрыта ворсѣстыми нарощеніями и темно-красными пятнами. Слизистая оболочка желудка и кишекъ сильно асцидна. Почки не большія, мягкія, сочныя. Селезенка мада и малокровна; на капсулу ея небольшая хрящевидная утолщенія. Печень не увеличена въ объемъ, бѣло-коричневаго цвѣта и содержитъ пять кавернозныхъ опухолей, величинаю отъ горошины до грецкого орѣха. При микроскопическомъ изслѣдованіи нарощеній грудной плевы и брюшины оказывается, что они состоятъ изъ новообразованной волокнистой ткани, проникнутыхъ нѣбольшими кровоизліаніями и пигментомъ, какъ и на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки.

IV. Причины кровоточиваго воспаленія твердой мозговой оболочки, связь его съ пьянствомъ и повальное провлѣненіе въ настоящее время въ С.-Петербургѣ (rachymeningitis haemorrhagica interna alcoholica s. epidemica).

Изученіе причинъ каждой болѣзни на столько же важно, какъ и совершенствованіе способовъ лѣченія, иногда даже еще важнѣе, если принять во вниманіе, что для человѣка выгоднѣе избѣгать вреднаго вліанія, производящаго болѣзни, и предупреждать заболѣваніе, чѣмъ лѣчить уже развитыя болѣзни, изъ которыхъ нѣкоторыя совершенно не излѣчимы. Это положеніе во всей силѣ должно быть приложено къ кровоточивому воспаленію твердой мозговой оболочки какъ потому, что оно, по всей вѣроятности, не вполне излѣчимо, такъ и потому, что главныя причины ея повальнаго провлѣненія, кажется, легко уловимы и удобно могли бы быть устранены. Тѣмъ болѣе важности приобретаетъ въ глазахъ нашихъ изученіе причинъ этой болѣзни, что она оказываетъ непосредственное вліаніе на важнейшій органъ человеческой жизни и дѣятельности, именно на мозгъ и его отращленія, и обнаруживается въ настоящее время въ С.-Петербургѣ на такомъ огромномъ числѣ недѣлимыхъ, что наполняетъ собою сильныя и наубылы эпидеміи. Эти-то обстоятельства заставили меня обратиться особенное вниманіе не только на анатомо-патологическую, но и на этиологическую сторону болѣзни, на связь ея съ другими болѣзнями и предпогагаемую зависимость отъ пьянства. Въ этомъ отношеніи, строго говоря, мы должны сдѣлать общему ходу развитія ученія о кровоточивомъ воспаленіи твердой мозговой оболочки и, руководствуясь анатомо-патологическими изслѣдованіями надъ нимъ, изучать клиническую и этиологическую сторону ея.

Обыкновенно, какъ только открывали новую болѣзнь, то старались найдти и причину ея, и въ этомъ отношеніи первыи изслѣдователямъ, пользовавшимся еще недостаточнымъ количествомъ наблюдений, легко было впасть въ ошибку, принять случайное за

существенное, придать стороннему обстоятельству главное значение. Патологическая анатомия получила больше важное и самостоятельное значение для этиологии болезни вообще с тех только пор, когда умножились факты, когда установилась возможность определять взаимное отношение болезни между собою и к их причинам. При этом открылось, что многие болезнетворные причины оставляют в организм такія своеобразныя и постоянныя измѣненія, что и на трупѣ можно узнавать эти причины по ихъ ограниченному дѣйствию. Сюда принадлежатъ нѣкоторыя анатомо-патологическія измѣненія, какъ послѣдствія давняго сифилиса, особенно находимыя во внутреннихъ органахъ, ушибы и переломы, какъ сарды болѣе или менѣе давнихъ травматическихъ поврежденій, характеристическія измѣненія въ кишкахъ, какъ сарды тифа и т. п.; сюда же относится большинство данныхъ, на которыхъ основываются судебно-медицинскіе выводы, сюда же наконецъ принадлежатъ и *слѣды, оставаемые въ организмъ пьянствомъ* и проч. Такое важное значеніе для этиологии болезни приобрѣли анатомо-патологическія данныя только въ послѣднее время, современно съ большимъ развитіемъ точныхъ изслѣдованій, при помощи котораго они не только могутъ пояснить клиническія наблюденія, но часто въ случаѣ недостаточности и дополнять ихъ.

Разъясненіе этиологии кровотокаго воспаления твердой мозговой оболочки шло параллельно анатомо-патологическимъ и даже чисто анатомическимъ и гистологическимъ изслѣдованіямъ, на сколько послѣднія находились въ связи съ первыми. Старѣйшіе писатели объ этиологии этой болезни подчинились вліанію ученія Биша о прѣстѣннѣхъ паутинномъ листкѣ и совершенномъ сходствѣ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки съ серозными поверхностями оболочекъ, выступающихъ подвижныя сочлененія, или грудной плевы и брюшины. При томъ они не имѣли достаточныхъ данныхъ для изученія этого предмета, или не производили надлежащаго изслѣдованія, когда случаи къ тому представлялись, и потому почти безъ всякаго основанія разсуждали о всѣхъ такихъ измѣненіяхъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, какія встрѣчаются на другихъ серозныхъ поверхностяхъ, а за причину этихъ воображаемыхъ или дѣйствительно встрѣчающихся на ней болезненныхъ измѣненій принимали болѣею частью *ревматизмъ*, простуду, какъ это дѣ-

лается при разборѣ болѣзней въ сочиненіяхъ. За тѣмъ къ причинамъ разсматриваемой болѣзни причисляли, кромѣ ревматизма, ушибы головы, возрастъ, различныя другія болѣзни и пьянство.

1) Токи объ этиологическомъ значеніи *ревматизма* настойчиво продолжались до Вирхова, до тѣхъ поръ, пока онъ не указалъ, что внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки имѣетъ гистологическое строеніе, резко отличное отъ всѣхъ другихъ серозныхъ поверхностей, и что тѣ болѣзненные продукты, которые болѣе всѣхъ свойственны серознымъ поверхностямъ, какъ напр. обильный выпотъ, встрѣчаются на ней какъ рѣдкое исключеніе. Понятіе о ревматизмѣ заключаетъ въ себѣ столько туманнаго и не определенного, что многимъ врачамъ, особенно не расположеннымъ къ болѣе точнымъ изслѣдованіямъ, оно служитъ для объясненія множества болѣзненныхъ процессовъ; а потому даже и послѣ заявленія Вирхова нѣкоторыми учеными ревматизмъ еще признается за причину воспаления внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, такъ напр. Штрюмeyerомъ, на томъ преимущественно основаніи, что иногда это воспаление встрѣчается вмѣстѣ съ ревматизмомъ сочлененій. И Лансеро вводитъ ревматизмъ въ этиологию разсматриваемой болѣзни, тоже на основаніи того, что она дѣйствительно, хотя и рѣдко, встрѣчается вмѣстѣ, но онъ видимо затрудняется въ надлежащемъ объясненіи вопроса и оговариваетъ, что случаи взаимной зависимости этихъ болѣзней очень рѣдки и притомъ при нихъ кровоточность ложныхъ оболочекъ должна быть менѣе значительна, чѣмъ тамъ, гдѣ она зависитъ отъ пьянства. Вообще Лансеро своими тщательными наблюденіями доходитъ до познанаго убѣжденія въ томъ, что главная причина кровотокаго воспаления твердой мозговой оболочки состоитъ въ хроническомъ отравленіи алкоголемъ, за тѣмъ доусматриваетъ въ некоторыхъ случаяхъ и другія причины, но какъ болѣе рѣдкія или второстепенныя, и выражаетъ желаніе, чтобы при дальнѣйшемъ изслѣдованіи этого предмета обращали особенное вниманіе на степень кровоточности ложныхъ перепонки и старались опредѣлить: не находится ли степень кровоточности въ связи съ причинами, вызывающими воспаленіе, т. е. ложныя перепонки. Прежде окончательнаго разсмотрѣнія этихъ причинъ я долженъ остановиться на ревматизмѣ, чтобы сказать нѣсколько словъ противъ обобщенія его вліанія на разсматриваемый нами

большенный процесс. Прежде всего не должно забывать, что при всей неточности понятий о ревматизме в современной науке принято относить этот процесс преимущественно к некоторым волокнистым тканям, серозным поверхностям сочленений и мышцам, именно в тех случаях, где нет видимой причины, вызвавшей в этих частях воспаление, или где за таковую причину принимается простуда. В таком смысле описывается ревматизм у Нимейера, Фогеля и других лучших современных патологов. Они не признают ревматического процесса на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Нимейер в своем курсе патологии и терапии не упоминает об нем нигде, ни при описании ревматизма различных частей, ни при разборе изменений на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки; а Фогель в патологии и терапии Вирхова (436, 466) при описании различных видов ревматизма не придает, повидимому, почти никакого значения мигрию о ревматизм мозговых оболочек. Вирхов в статье «о кровавой опухоли твердой мозговой оболочки» настаивает особенно на том, что внутренняя поверхность ее совершенно отлична от всех других серозных поверхностей, как по анатомическому или гистологическому строению, так и по анатомо-патологическим продуктам. По этому и речи быть не может о ревматизме в этой области. На этом основании совпадение кровотокового воспаления с ревматизмом сочленений можно считать совершенною случайностью и искать для нея других причин, не ограничиваясь атмосферными влияниями, тем более что в встречающихся в литературе случаях этого рода не обращено внимания на другие причины, которые несомненно и непосредственно могли вызывать рассматриваемое нами воспаление.

Что касается до моих наблюдений, то ни в одном из вышеприведенных случаев не было и речи о ревматизме сочленений, не было случаев ни свляго, ни давнего ревматического процесса, а потому я считаю себя в праве не придавать ревматизму никакого значения в ряду причин, вызывающих кровотоковое воспаление твердой мозговой оболочки.

2) Ушибам головы сначала и до постигнутого времени также придавали дательную роль в происхождении этого воспаления и действительно в некоторых непотных случаях не без осно-

вания. Ушибы головы могут вызывать кровотоковое воспаление внутренней поверхности твердой мозговой оболочки именно в тех случаях, когда при них бывает повреждение черепных костей или моза, так что воспаление внутренней поверхности твердой мозговой оболочки происходит или а) чрез непосредственное распространение воспаления от наружной ее поверхности или б) чрез непосредственное раздражение со стороны поврежденных периферических частей моза и ближайших к нему оболочек. Сюда относятся мелкие сквозные раны в черепных костях и переломы их, а также разрыв сосудов в полости черепа с разрушением моза, вследствие ушиба в голову без разрушения целостности костей, по закону отражения ушиба на мозг, противу удара или возвратного удара (apoplexie par contrecoup). Сюда же принадлежат все случаи поражения внутренней поверхности твердой мозговой оболочки у детей, потому что они обыкновенно соединяются с какими-либо обыкновенно важными страданиями смежных частей, как последствием механического повреждения при родах, и потому такие дети умирают или на первых днях, или по крайней мере на первых годах своей жизни. К этой же категории причтя нужно присоединить

3) Все случаи, в которых повреждена поверхность твердой мозговой оболочки поражается воспалением вследствие распространения страдания снаружи и без травматическою влияния, как-то при костотде черепных костей и даже при страдании мягких покровов головы, напр. при их гнойном или рожистом воспалении и

4) Появление воспаления внутренней поверхности твердой мозговой оболочки от раздражения ее осадством периферическою страдания моза или изменен в мягкой мозговой оболочке, происходящих также независимо от ушибов.—Законы перехода воспаления на внутреннюю поверхность твердой мозговой оболочки будут совершенно такие же в последних двух категориях, как и в первых, т. е. зависящих от непосредственных механических влияний на целостность черепа или его содержимого. В наблюдениях моих нет прямого примбра, в котором бы ушиб черепа с повреждением костей вызвал рассматриваемое воспаление; во всех случаях данных мною вскрытий трупов с повреждением черепных костей было глубокое повреждение моз-

га, прекращавшее жизнь ушибленных ранёе, чѣмъ возникли какіе-либо воспалительные процессы; но № 64-й представляетъ примѣръ такого воспаления въ причинной связи съ костью темяной и височной костей и съ гнойнымъ воспаленіемъ наружной поверхности твердой мозговой оболочки, а №№ 63-й, 71-й, 82-й, 83-й, 84-й, 85-й подтверждаютъ это вліаніе периферическаго страданія мозга, при томъ въ № 63-мъ найдено недавнее страданіе смежныхъ частей, отъ чего и процессъ воспаления твердой мозговой оболочки, былъ еще свѣжій, острый; въ другихъ же изъ этихъ наблюденій оба явленія были давнія, хроническія. Въ изботорыхъ изъ этихъ случаевъ страданіе мозга очевидно не зависѣло отъ травматическихъ причинъ, но въ другихъ болѣе обширныхъ и старыхъ мозговыхъ страданіяхъ, по видимому, нельзя положительна исключать давнихъ ушибовъ въ голову, особенно въ № 71 (apoplexie par contrecoup).

При разборѣ зависимости кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки отъ страданія смежныхъ частей необходимо обращать на себя особенное вниманіе слѣдующія два обстоятельства: 1) во всѣхъ такихъ случаяхъ разсматриваемое воспаленіе занимаетъ незначительное пространство, почти соответствующее только ястну раздраженія, страданія соседнихъ частей; 2) оно всегда представляется при этомъ также лишь въ самой незначительной степени развитія.

Правда извѣстно, что та часть твердой мозговой оболочки, которая выстилаетъ основаніе черепа, особенно бѣдна сосудами и что здѣсь то чаще всего встрѣчаются причины, производящія непосредственное раздраженіе внутренней поверхности этой оболочки, какъ то кровоизліанія въ мягкую мозговую оболочку отъ травматическихъ вліаній и периферическое страданіе мозга, находящееся въ связи съ травматическими причинами или съ эмболиею и т. п. Конечно это способствуетъ тому, что кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки развивается въ этой части незначительно, какъ въ слабой степени, подъ вліаніемъ вышеозначенныхъ непосредственныхъ причинъ своего развитія. Но именно этому послѣднему обстоятельству нельзя придавать большой важности, потому что даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ эти причины дѣйствуютъ въ мѣстахъ болѣе богатыхъ сосудами, въ области средней артерій, кровотоочивое воспаленіе также развивается

всегда въ незначительной степени и на не большомъ пространствѣ, какъ показываетъ наблюденіе подъ № 63-мъ. Въ послѣднемъ случаѣ кровотоочивое воспаленіе можетъ въ началѣ идти быстро, но все же не достигаетъ значительной степени и переходить въ хроническую малоразвитую форму, какъ бываетъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ. Огносительно причинъ, дѣйствующихъ снаружи внутрь, напр. при костьюѣ черепныхъ костей и воспаленіи наружной поверхности твердой мозговой оболочки (rachymeningitis externa purpurativa), должно также принять, что онѣ вообще вызываютъ слабую степень кровотоочиваго воспаления; если же онѣ дѣйствуютъ въ области большихъ артеріальныхъ стволовъ, то воспаленіе бываетъ нѣсколько значительнѣе, чѣмъ въ другихъ подобныхъ случаяхъ.

Вообще замѣчательно, что всякое непосредственное раздраженіе внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (дѣйствуетъ ли оно на нее прямо снаружи отъ мозга, или снаружи чрезъ толщю всей оболочки со стороны черепныхъ костей) всегда остается довольно рѣзко ограниченнымъ на мѣстѣ дѣйствія причины, или занимаетъ небольшое пространство, почти соответствующее этому мѣсту, никогда не распространяется на друга болѣе отдаленныя части этой поверхности и потому никогда подъ вліаніемъ одного такого раздраженія не развивается воспаленіе до значительной степени, никогда не доходитъ до образованія сильно кровотоочивыхъ ложныхъ оболочекъ и т. д. Эти важныя обстоятельства, почти постоянныя при вліаніи травматическихъ или непосредственныхъ причинъ воспаления, обуславливаются анатомическимъ строеніемъ всей слѣдующей области.

Они основываются какъ вообще на чрезмѣрной бѣдности въ сосудахъ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, такъ и на томъ, что артеріальные сосуды этой оболочки лежатъ далеко отъ внутренней ея поверхности и главные стволы ихъ имѣютъ между собою весьма слабое сообщеніе и небольшие анастомозы. Въ послѣднемъ отношеніи твердую мозговую оболочку удобно можно раздѣлить на нѣсколько областей, имѣющихъ не равное количество сосудовъ, при томъ мало сообщающихся между собою; такъ переднія ея части питаются одними артеріями, боковыя или среднія—другими, а заднія еще иными, и эти артеріи на столько отдалены или отдѣлены другъ отъ друга, что межъ

ними почти не замѣтно большихъ анастомозовъ даже при вытекціяхъ. Въслѣдствіе этого *непосредственное раздраженіе внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, вызванное въ области одной изъ упомянутыхъ артерій, трудно распространяется на всю ея область и еще труднѣе переходитъ въ область другой артерій.*

Изъ этого уже отчасти видно, что для того, *чтобы развилось воспаление на значительномъ пространствѣ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, необходимо, чтобы причина дѣйствовала на главные артеріальные стволы, или разогъ на нѣсколько артерій, точнѣе говоря, на токъ крови, протекающей въ большихъ артеріальныхъ сосудахъ, на усиленіе ея притока къ твердой мозговой оболочкѣ.* Такой образъ дѣйствія принадлежитъ пьянству, т. е. вліянію алкоголя на сосудистую систему и въ ней на артерію твердой мозговой оболочки, какъ увидимъ даѣе.

Я не придаю при этомъ значенія застою крови въ венахъ твердой мозговой оболочки, потому что собственные венозные стволы ея весьма незначительны и притомъ соединяются съ одной стороны чрезъ посредство венозныхъ сточковъ твердой мозговой оболочки (sinus) съ мозговыми венами, а съ другой, чрезъ костные вены и венозные Салтриновыя выпуски, — съ венами наружныхъ покрововъ. При такомъ устройствѣ всякое препятствіе въ венозномъ движеніи крови, какъ ближайшее (при тромбъ сточковъ), такъ и отдаленное (при препятствіяхъ въ кровообращеніи въ легкихъ), можетъ быть легко уравниваемо упомянутыми анастомозами и потому, по всей вѣроятности, венозный застой или пассивная гиперемія не могутъ подавать повода къ воспаленію внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. По этому остается изучить роль однихъ артерій въ происхожденіи его.

Во всякомъ случаѣ зависимость этого воспаленія отъ страданія смежныхъ частей такъ постоянно характеризуется ограниченнѣмъ пространствомъ, почти соответственнымъ пространству непосредственно дѣйствовавшей причины, и незначительнымъ развитіемъ самаго воспаленія, что эти признаки можно считать опредѣлительными для таковыхъ причинъ и потому всякій разъ, когда при нихъ встрѣтится значительное кровотоочное воспаленіе, ответственное пространству непосредственнаго раздраженія, необходимо искать еще другую причину, произведшую усиленное

воспаленіе. Подобный случай описать подъ № 71-мъ; въ немъ при размягченіи мозга въ нижней передней части замѣчалось обширное и значительное воспаленіе почти на всѣхъ мѣстахъ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, особенно сверху большихъ полушарій, въ области средней ея артерій, гдѣ оно дошло до образованія кровяной опухоли. И въ этомъ наблюденіи дополнительная свѣдѣнія о жизни субъекта оправданъ предположеніе о дѣйствительномъ вліяніи пьянства въ подобныхъ случаяхъ. Этимъ же объясняется и наблюденіе подъ № 62-мъ, въ которомъ острое кровотоочное воспаленіе, распространявшееся почти на всей поверхности твердой мозговой оболочки, за исключеніемъ основанія черепа, случайно совпадало съ недавнимъ небольшимъ периферическимъ страданіемъ мозга и находилось въ этиологической связи не съ нимъ, а съ пьянствомъ.

Лансеро весьма справедливо замѣчаетъ, что многіе ученые, приписывающіе ушибамъ головы большую важность въ этиологій разсматриваемаго воспаленія, принимали иногда весьма неосновательно разныя ушибы за причину этого воспаленія и, довольствуясь этимъ, не обращали вниманія на изслѣдованіе другихъ причинъ и обстоятельствъ жизни больного, такъ напр. въ нѣкоторыхъ случаяхъ ушибъ былъ недавній, а кровотоочное воспаленіе весьма развитое, даише, гораздо старше ушиба, тѣмъ не менѣе и тамъ признавали ушибъ за причину болѣзни. Лансеро изъ собственныхъ наблюденій приводитъ случаи, въ которыхъ больной умеръ на другой день послѣ ушиба, а при вскрытіи найдено у него значительно развитое кровотоочное воспаленіе; этотъ случай подаетъ Лансеро поводъ собрать болѣе подробныя свѣдѣнія о жизни больного и оказалось, что болѣзнь была пьянства. Въ самомъ началѣ этиологій разсматриваемаго болѣзни Лансеро не менѣе основательно говорить, что твердая мозговая оболочка, незначительно предъ всѣми другими, поставлена въ благопріятныя условія противъ ушибовъ, находясь подъ защитой черепныхъ костей, и что потому только тогда можно принять ушибъ за причину воспаленія ея, когда онъ оставляетъ поврежденія и въ другихъ частяхъ смежныхъ съ твердою мозговою оболочкою, или только въ этихъ послѣднихъ производитъ измѣненія, вызывающія потомъ воспаленіе внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. И дѣйствительно отъ ушиба безъ поврежденія костей черепа скорѣе постра-

дасть мозг или тѣсно съ нимъ соединенная мягкая мозговая оболочка, чѣмъ одна твердая мозговая оболочка; тѣмъ менѣе мыслимы подобныя поврежденія одной только внутренней поверхности этой оболочки. На этомъ основаніи я не отнесъ къ послѣдствіямъ ушиба тѣхъ двухъ изъ моихъ наблюденій, въ которыхъ упоминается о недавнихъ легкихъ ушибахъ головы, не оставившихъ никакихъ слѣдовъ ни въ мягкихъ или твердыхъ частяхъ черепа, ни въ мозгу. Вообще изъ 86-и приведенныхъ мною случаевъ кровотоочиваго воспаленія твердой мозговой оболочки только 6 произошли исключительно отъ ушиба, а для остальныхъ 80-и необходимо искать другихъ причинъ.

б) *Возрастъ* долго игралъ большую роль въ этиологіи этой болѣзни, и многие изъ ученыхъ хотѣли видѣть въ старческомъ возрастѣ если не прямую причину болѣзни, то по крайней мѣрѣ предрасположеніе къ ней; но никто изъ нихъ не занялся уясненіемъ этой связи. Такъ какъ долгое время изслѣдователи обращали почти исключительно вниманіе на обширныя кровяныя скопища, то и придавали такое значеніе старческому возрасту, потому именно, что въ этомъ возрастѣ обыкновенно встрѣчаются обширныя кровяныя скопища или мѣшкі, какъ самыя позднія и крайнія степени развитія кровотоочиваго воспаленія.

Но очевидно, что отъ начала кровотоочиваго воспаленія до образованія обширныхъ кровяныхъ скопищ должно пройти не мало времени, особенно много потребно времени для образованія обширныхъ кровяныхъ опухолей, достигающихъ извѣстныхъ размѣровъ не ранѣе, какъ чрезъ десятки лѣтъ.

А такое пониманіе хода развитія кровяныхъ скопищ заставляетъ насъ принимать, что и въ случаяхъ этого рода начало кровотоочиваго воспаленія относится къ давнему прошедшему времени, слѣдовательно не къ тому возрасту, въ которомъ оно понадается, не къ старческому, а къ возрасту болѣе раннему; по этому и причину воспаленія мы должны искать не въ старческомъ возрастѣ, а гораздо ранѣе.

И действительно съ тѣхъ поръ, какъ стали обращать болѣе вниманія на первыя, самыя незначительныя, степени развитія рассматриваемаго воспаленія, оказалось, что оно встрѣчается почти во всѣхъ возрастахъ, съ первыхъ дней человѣческой жизни до глубокой старости, но съ тѣмъ весьма важнымъ различіемъ, что

въ раннемъ возрастѣ очевидными причинами его всегда оказываются болѣе или менѣе важныя измѣненія въ частяхъ, смежныхъ съ твердою мозговою оболочкою, а затѣмъ, начиная съ 17-и лѣтнаго возраста, кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки встрѣчается при этихъ причинахъ только изрѣдка и болѣею частью разиается отъ другихъ причинъ. Изъ этого слѣдуетъ, что *возрастъ нельзя считать ни причиною кровотоочиваго воспаленія твердой мозговой оболочки, ни особеннымъ къ нему располагающимъ моментомъ.* Тѣмъ не менѣе онъ заслуживаетъ вниманія при уясненіи причинъ. Такъ въ дѣтскомъ возрастѣ, пока кости черепа еще не успѣли окрѣпнуть, ушибы головы и происходящія отъ нихъ поврежденія, снаружи или внутри черепа, играютъ главную роль въ этиологіи рассматриваемой болѣзни, когда же твердая мозговая оболочка приобретаетъ болѣе сильную защиту со стороны окрѣвшихъ черепныхъ костей, тогда являются на сцену другія причины, связанная съ образомъ жизни человѣка, соотвѣтственно болѣе зрѣлому возрасту его. Замѣчательно, что въ Германіи повидимому чаще встрѣчаются обширныя кровяныя скопища и притомъ въ болѣе глубокомъ возрастѣ, чѣмъ въ Англіи, Франціи и Россіи. Если бы эти данныя были действительно справедливы, то они могли бы служить доказательствомъ, что въ Германіи ходъ кровотоочиваго воспаленія гораздо медленнѣе, чѣмъ во всѣхъ другихъ странахъ Европы. А если принять за достоверную связь этой болѣзни съ пьянствомъ, то пришлось бы вывести, что въ Германіи употребляютъ не такіе сильныя спиртные напитки и не въ такомъ огромномъ количествѣ, какъ во Франціи и особенно въ Россіи и Англіи.

6) Наконецъ прежде разбора связи рассматриваемой болѣзни съ пьянствомъ остается уяснить *связь ея съ различными страданіями организма.* Уже давно замѣчено, что она почти никогда не встрѣчается безъ другихъ болѣзненныхъ измѣненій въ организмѣ, а потому интересно уяснить совпаденіе ея съ разнообразными болѣзнями. При этомъ нѣкоторые изъ ученыхъ пытались, по крайней мѣрѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ, поставить ея въ *причинную зависимость отъ другихъ болѣзней, другіе прямо ставили ея съ какое-то подчиненіе различнымъ болѣзнямъ безъ всякихъ доводовъ и объясненій и только въ последнее время начали обращать вниманіе на то, какія именно измѣненія въ организмѣ встрѣ-*

чаются чаще или постоянно всею съ кровотоочивымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки, отъ какихъ причинъ зависятъ эти измѣненія и не найдется ли постоянное совпаденіе его съ известными болѣзнями въ зависимости отъ одной общей весьма мнѣ причины. Замѣчательно, что, усиливаясь поставить эту болѣзнь въ причинную зависимость отъ другихъ болѣзней, ученые не обращали достаточнаго вниманія на болѣзни частей смежныхъ съ твердою мозговою оболочкою, могущія имѣть несомнѣнное вліяніе на происхожденіе кровотоочиваго воспаленія, и производили его не отъ мѣстныхъ страданій, а отъ общаго страданія организма или точнѣе отъ болѣзней крови, отражающихся въ многочисленныхъ мѣстныхъ страданіяхъ. Строго говоря, и въ этихъ случаяхъ вопросъ сводился на зависимость этой болѣзни отъ причинъ, производящихъ общее измѣненіе крови, но какъ причины таковыхъ измѣненій болѣею частью темны и неопредѣлительны, то этиологія отъ подобныхъ воззрѣній мало выигрывала. Къ счастью до сихъ поръ кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки рѣдко встрѣчалось съ общими разстройствами питанія организма, такъ что ученые, охотно объясняющіе происхожденіе болѣзней отъ міазмъ или дискразій, еще не успѣли запастись фактами для приложенія къ этой болѣзни тѣхъ темныхъ объясненій. Въ ряду ихъ успѣли только указать на ревматизмъ, именно подъ вліяніемъ того убѣжденія, что ревматизмъ служитъ выраженіемъ какого-то особеннаго разстройства организма и иногда общаго истощенія его. — Въ болѣе части моихъ наблюденій кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки встрѣчалось у тифозныхъ больныхъ, а потому я старался разъяснить связь между этими двумя процессами. Выше было уже сказано, что кровотоочивое воспаленіе вовсе не находится въ зависимости отъ тифа, какъ и вообще отъ какого-либо міазматическаго или атмосферическаго вліянія, и что для происхожденія его требуются особенныя условія жизни со стороны больного, будетъ ли онъ болѣе тифомъ или совершенно здоровъ, именно злоупотребленіе спиртныхъ напитковъ.

Также вовсе не зависитъ кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки отъ остраго воспаленія мягкой оболочки головного и спиннаго мозга, хотя они и могутъ совпадать другъ съ другомъ, какъ и было въ одномъ изъ 1000 сдѣланныхъ мною вскрытій.

На этомъ основаніи я не могу признать никакой связи между эпидеміею воспаленія мягкой мозговой оболочки, недавно описанною Нимееромъ, и рассматриваемою мною болѣзнію, тѣмъ болѣе, что первая ограничивается весьма незначительною численностію жертвъ, а послѣдняя подъ вліяніемъ сильнаго распространенія пьянства можетъ поразить огромную массу народа. Что касается разныхъ видовъ истощенія или общаго разстройства организма, встрѣющагося совмѣстно съ кровотоочивымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки, то прежде всего должно замѣтить, что было бы не логично принимать какое бы то ни было одно общее истощеніе за прямую производящую причину его, какъ потому, что никакое, всего менѣе острое, воспаленіе не можетъ произойти, безъ непосредственной, такъ сказать, активной причины, такъ и потому, что внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки весьма слабо реагируетъ даже на непосредственное раздраженіе, какъ напр. при периферическихъ страданіяхъ мягкой оболочки и мозга, и потому для развитія на ней значительнаго воспаленія необходимо особенно сильная, дѣятельная, причина. Строго говоря, общее ослабленіе организма безъ вліянія особенныхъ непосредственныхъ причинъ не только не можетъ производить этого воспаленія, но скорѣе можетъ составлять благоприятное условіе для уменьшенія воспаленія. Причемъ само собою разумѣется, что наоборотъ при мѣстномъ дѣйствіи прямой причины на организмъ, уже ослабленный, вызывается легче и скорѣе сильное воспаленіе. Злѣсь общее разстройство организма будетъ способствовать разрушительному теченію воспаленія. Тоже, кажется, должно сказать о скорбугѣ. Впрочемъ о немъ въ этомъ случаѣ не можетъ быть болѣе рѣчи, какъ потому, что скорбугъ рѣдко совпадаетъ съ рассматриваемымъ воспаленіемъ, такъ и потому, что понятіе о гиперпластическомъ кровотоочивомъ воспаленіи вообще мало вѣдается съ понятіемъ о скорбугѣ, какъ понятіе о процессѣ дѣятельномъ въ противоположность явленіямъ пассивнымъ. Наука ничего не выигрываетъ, если мы будемъ останавливаться на дискразіяхъ или общемъ истощеніи, не определяя какъ самую причину истощенія, такъ и непосредственную причину рассматриваемой болѣзни. И дѣйствительно съ тѣхъ поръ, какъ обратилъ вниманіе на изученіе тѣхъ условій организма, при которыхъ происходитъ кровотоочивое воспаленіе твердой мозговой оболочки, оказалось воз-

возможным объяснить и общее разстройство организма и развитие совместныхъ съ нимъ страданій одною общою причиною для всѣхъ этихъ явленій, именно пьянствомъ, какъ главнымъ и самымъ постояннымъ условиемъ во всѣхъ почти случаяхъ значительнаго развития кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки.

7) Пьянство, по всемъ даннымъ, должно считать самую важную и непосредственною причиною кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки, особенно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ страданій въ смежныхъ съ этою оболочкою частяхъ или гдѣ и при такихъ страданіяхъ оно развито не пропорціонально пространству листкаго страданія. Это доказывается 80-ю изъ 86-и моихъ наблюдений и подтверждается множествомъ наблюдений уже известныхъ въ литературѣ. Лансеро первый, какъ я выше сказалъ, обратилъ вниманіе на связь этой болѣзни съ пьянствомъ и привелъ весьма основательныя доказательства въ подтвержденіе этой связи. Для лучшаго и нагляднаго уясненія этиологической зависимости этой болѣзни отъ пьянства, столь важной въ гигиеническомъ отношеніи, считаю нужнымъ представить нѣсколько подробнѣе ходъ развитія этого ученія и привести всѣ известныя мнѣ доказательства въ подтвержденіе его.

Лансеро уже въ 1860 году завѣялъ въ Парижскомъ Биологическомъ обществѣ (Société de Biologie) о прямомъ вліаніи пьянства на образование кровотоочивыхъ ложныхъ оболочекъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (*l. c.*, 1863, стр. 58). Первый случай этой болѣзни, подавшій ему поводъ обратить вниманіе на отношеніе ея къ пьянству, былъ такого рода, что въ больницу (Pitié) поступилъ человекъ въ безсознательномъ состояніи, съ ушибомъ на голову, полученнымъ накануне при паденіи въ пьяномъ видѣ на камешную мостовую; больной въ тотъ же день умеръ и при вскрытіи его найдены: *связки перелома въ костяхъ основанія черепа, связки кровоплитинъ въ мягкой мозговой оболочкѣ и въ мозгу на основаніи его, сверхъ того старыя значительной ослѣпчивыя ложныя перепонки на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки* сверху большихъ полушарій, весьма обильныя сосудами и сильно пигментированныя, наконецъ ожиреніе сердца, значительная жировая инфильтрація въ печени и сильный катарръ въ желудкѣ. Такъ какъ ушибъ головы послѣдовалъ только накануне смерти больного и всѣ послѣдствія его были связки, то измѣ-

ненія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, представляющія слѣды давняго процесса, не могли быть признаны за слѣдствіе этого ушиба и необходимо было искать для объясненія ихъ отдѣльной причины. При этомъ измѣненія въ сердцѣ, печени и желудкѣ очевидно принадлежали къ послѣдствіямъ пьянства, тѣмъ болѣе, что изъ разсирова объ образъ жизни больного сдѣлалось известнымъ, что онъ принадлежалъ къ разряду сильныхъ пьяницъ. Вездѣ за этимъ случаемъ Лансеро встрѣтилъ кровотоочивое воспаление твердой мозговой оболочки еще два раза при явныхъ доказательствахъ пьянства, какъ посмертныхъ, такъ и клиническихъ. Это совпаденіе явленій вызвало у Лансеро предположеніе, не принадлежить ли и кровотоочивое воспаление твердой мозговой оболочки къ послѣдствіямъ пьянства. Для рѣшенія вопроса Лансеро старался сначала опредѣлить, какъ часто при кровотоочивомъ воспаленіи твердой мозговой оболочки встрѣчаются явныя указанія на пьянство, а за тѣмъ найти связь между различными послѣдствіями пьянства и этимъ воспаленіемъ и уяснить эту связь. Въ этихъ видахъ онъ обратился прежде всего къ литературнымъ источникамъ и нашелъ, что хотя во многихъ случаяхъ уицены изъ виду условія жизни больныхъ и особенно не обращено вниманія на то, употребляли ли они спиртные напитки, но въ другихъ случаяхъ этого воспаления дѣйствительно упоминается о томъ, что больные употребляли спиртные напитки. Такія наблюденія онъ встрѣтилъ у Брюне, Кальмеа, Гриншгера, Шарко, Вудльмана (*l. c.*) и многихъ другихъ. Особенно поразительны въ этомъ отношеніи факты Вагнера въ статьѣ «о зернистости печени» (*Archiv der Heilkunde*) и именно, что изъ 9-и случаевъ этого измѣненія въ 6-и былъ вскрытъ черепъ и въ 5-и изъ нихъ найдено кровотоочивое воспаление на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Правда страданія печени, равно какъ катарръ желудка и другія послѣдствія пьянства, могутъ завестись, каждое въ отдѣльности и въ общей массѣ, не отъ отъ одного пьянства, но совокупности этихъ признаковъ при известныхъ обстоятельствахъ, особенно подкрѣпляемыхъ другими клиническими данными, дѣлаютъ эти анатомо-патологическія явленія весьма характеристическими для труппа пьяницы. Вскрѣвъ послѣдъ явленія Лансеро объ этомъ предметѣ Сиредей и Вуазанъ сообщали случаи этой же болѣзни у пьяницъ. Такимъ образомъ Лан-

серо имѣть достаточное основаніе признать, что кровотоочивое воспаление твердой мозговой оболочки действительно часто совпадаетъ съ пьянствомъ и его послѣдствіями.

Не удовлетвоавшись анатомо-патологическими и клиническими данными, Лисеро хотѣлъ объяснить непосредственное дѣйствіе алкоголя на происхожденіе изслѣдуемаго воспаления и обратить вниманіе на результаты физиологическихъ опытовъ, сдѣланныхъ различными изслѣдователями для выясненія дѣйствія алкоголя на организмъ. Онъ указываетъ на опыты Лаллемана, Перрена и Диюра, изъ которыхъ видно, что алкоголь, вступая изъ желудка въ кровь въ неизмѣненномъ видѣ, встрѣчается въ различныхъ органахъ и выдѣленіяхъ и что присутствие его можетъ быть иногда открыто въ мозгу, печени, почкахъ, легкихъ и различныхъ отдѣленіяхъ и испареніяхъ организма. На этомъ основаніи Лисеро допускаетъ, что у пьяницы алкоголь можетъ испаряться на серозныхъ поверхностяхъ оболочекъ, выступающихъ полости гѣла, и при этомъ производитъ непосредственное ихъ раздраженіе, вслѣдствіе чего и происходитъ воспаление съ разращеніемъ ткани. Дѣйствіе алкоголя въ послѣднемъ случаѣ онъ сравниваетъ съ результатами впрыскиванія спиртоваго раствора юда или простаго вина въ серозные мѣшки, предпринимаемыхъ для произведенія слизниваго воспаления, напр. при водникѣ общей вагаанщій оболочки яичка или при гигромахъ разныхъ серозныхъ мѣшковъ. При этомъ онъ приводитъ наблюденія, доказывающія, что подъ вліяніемъ пьянства, вслѣдствіе вышериведеннаго дѣйствія алкоголя, развиваются кровотоочивыя воспаления не только на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, но и на другихъ серозныхъ поверхностяхъ, напр. на брюшинѣ и грудной извѣвѣ. Наконецъ онъ указываетъ и на то, что при опытахъ надъ дѣйствіемъ алкоголя действительно замѣчались измѣненія въ органахъ, обыкновенно приписываемыя пьянству, именно измѣненія въ печени, и что въ одномъ случаѣ при медленномъ отравленіи алкоголемъ собаки (въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ) Магнусъ Гуссъ (Magnus Huss, *Alcoholismus chronicus*, 1852, стр. 517) нашелъ съвороточное выпитіе между твердою мозговою оболочкою и мозговымъ листкомъ паутинной оболочки, т. е. воспаление внутренней поверхности твердой мозговой оболочки.

Такимъ образомъ Лисеро доказываетъ этиологическую зависи-

мость кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки не только патологическими и клиническими, но и опытно-физиологическими данными. Я старался подробно изложить ихъ, для того, чтобы каждый могъ видѣть, что при ограниченномъ числѣ этихъ данныхъ въ нихъ дѣйствительно много силы и основательности для признанія за пьянствомъ вліянія на происхожденіе разсматриваемой болѣзни. Мои настояція изслѣдованія не только подтверждаютъ это мнѣніе Лисеро, но въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ усиливаютъ и дополняютъ его. Съ начала я относился равнодушно и съ нѣкоторымъ недоверіемъ въ воззрѣніямъ Лисеро, но данный рядъ возможно тщательныхъ изслѣдованій заставилъ меня не только волюнѣ принять, но и расширить ихъ и придать пьянству еще болѣе значеніе въ произведеніи кровотоочиваго воспаления, чѣмъ это сдѣлалъ Лисеро, пользовавшійся, вообще говоря, менѣе значительными данными, чѣмъ выпало на мою долю.

Главные доказательства, на которыхъ можно основать убѣжденіе въ несомнѣнномъ и преимущественномъ вліяніи пьянства на появленіе кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки, при томъ на такомъ значительномъ числѣ недѣланныхъ, какъ въ настоящее время оно замѣчалось въ С.-Петербургѣ, можно представить въ слѣдующихъ двухъ главныхъ и нѣсколькихъ подчиненныхъ положеніяхъ.

1) *Во всѣхъ 80-и случаяхъ сдѣланныхъ мною наблюденій кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки можно было съ болѣею или менѣею достоверностію доказать привычное пьянство больныхъ:* а) изъ прямыхъ клиническихъ указаній, б) посредствомъ свѣдѣній о заніи и образѣ жизни больныхъ и с) анатомо-патологическими свѣдѣніями пьянства на трупахъ.

2) *Совпаденіе кровотоочиваго воспаления твердой мозговой оболочки со слѣдами пьянства въ организмѣ не есть явленіе случайное, но весьма важное и существенное, основывающееся на томъ, что всѣ анатомо-патологическія измѣненія зависятъ въ этихъ случаяхъ отъ одной общей причины, именно отъ оубстойнаго алкоголя на организмѣ.* Это положеніе подтверждается д) сходствомъ характеристическихъ признаковъ важнѣйшихъ измѣненій, производимыхъ въ организмѣ пьянствомъ, съ главными признаками измѣненій, встрѣчающихся на внутренней поверхности твердой

мозговой оболочки при кровоточивом ее воспалении, е) как местными анатомическими и анатомо-патологическими условиями этого воспаления, так и некоторыми общими анатомо-патологическими условиями и при том же физиологическими опытами над действием алкоголя на организм вообще и на твердую мозговую оболочку в особенности, и наконец ф) некоторыми особыми данными.

Г. а) Прямые указания на привычное пьянство в истории больных, у которых при вскрытии мы находили рассматриваемое воспаление, встречаются, как видно из выше приведенных наблюдений, редко и только в тех случаях, в которых больные были принимаемы в госпиталь в пьяном виде и с бредом пьяниц (delirium tremens); в остальных случаях об употреблении спиртных напитков обыкновенно ничего не упоминается, так как при жизни больных не представлялось повода обращать внимания на особенность их прежней жизни. Начало острого кровоточивого воспаления сопровождается остро-лихорадочными явлениями, похожими на тиф, или действительно совпадает с тифом и различны, более или менее важными, страданиями органов брюшной и грудной полости; больные в этом состоянии более не могут употреблять спиртных напитков и потому доставляются в госпиталь трезвыми, при том с признаками тяжкими, не относящимися непосредственно к пьянству и не подающим повода к распробу больного, употреблять ли он спиртные напитки. Само собою разумеется, что коль скоро возникает вопрос о важности подобных указаний, то необходимо обратить на них особенное внимание и потому при дальнейшем исследовании этого предмета необходимо всякого подозрительного больного расширивать о склонности его к спиртным напиткам и отмечать результаты этих распробов. Правда некоторые больные из стыда, другие из робости, иные от других причин, не сознают за собою склонности к пьянству, даже и те обыкновенно так делают, которые являются в госпиталь в пьяном виде или с бредом пьяниц, но наблюдательный врач легко отыщет истину, особенно посредством косвенных вопросов.

б) Сведения о звании и роде жизни больных могут отчасти замещать недостаток прямых указаний на привычное злоупотре-

бление спиртных напитков. Нельзя не придать особенного значения тому обстоятельству, что почти все 80 больных кровоточивым воспалением твердой мозговой оболочки принадлежат к классу людей, которых нельзя не заподозрить в пьянстве и что оно не встречалось при противоположных условиях. Мы наблюдали его преимущественно у крестьян, оставших и временно-отпускных солдат, вдов их, безпритомных солдатских жен и дочерей, — в класс людей, по преимуществу посещающих швейцарские заведения, — и почти вовсе не встречали у состоящих при командах трезвых солдат; я говорю трезвых, имея в виду, что из 80-и случаев только 3—4 случая этого воспаления было между нижними чинами последней категории, извещенными нетрезвым поведением, именно полицейскими солдатами и служителями госпитальной команды. Один раз оно встретилося у чиновника, преданного злоупотреблению спиртных напитков. Если при командах и есть нижние чины нетрезвого поведения, то во всяком случае они находятся в таких условиях, что не могут сильно и постоянно пьянствовать и тем в продолжение значительного времени поддерживать сильное напряжение в артериях твердой мозговой оболочки, способствующее развитию воспаления на внутренней ее поверхности. Это обстоятельство имеет тем более значения, что в военном госпитале находилось больных нижних чинов из команд не меньше, как лиц других званий и число их трупов, подлежащих исследованию, было также значительно.

с) Свиды, остающиеся в организме пьянством, могут служить весьма важным подтверждением и дополнением означенных указаний на злоупотребление спиртных напитков теми лицами, у которых найдено рассматриваемое воспаление. Эти свиды, как известно, состоят не только в катаральном поражении пищевых путей, особенно желудка и по всей вероятности верхней части кишечного канала, но, что еще важнее, и в значительном жировом перерождении почти во всех тканях организма, особенно в печени, сердце и главных артериальных стволах. Я уже выше сказал, что каждое из этих явлений в отдельности и даже многие вместе сами по себе не определенны для пьянства, но в более цельной группировке их при некоторых дополнительных данных весьма много характеристического для трупа

пьяницы. Дополнительные данные касаются возраста и общего состояния организма больных. Относительно первого должно заметить, что последствия пьянства в организм сходны в некотором отношении с явлениями старости, а потому молодой возраст придает органическим сдвигам пьянства новую силу и доказательность. Что касается общего состояния организма, то оно может также иметь большое значение при отыскании признаков пьянства на трупах. Известно, что организм, ослабленный тяжелыми болями, или поставленный в невыгодные условия жизни, прежде времени стареется и потому в таких случаях у изуродованных в раннем возрасте можно встретить преобладание жировых изменений в организм, более или менее сходных с последствиями пьянства, но за то при противоположных обстоятельствах, т. е. у молодых и относительно здоровых людей, анатомо-патологические признаки пьянства обозначаются особенно резко. В последнем случае эти данные могут подкрывать и пополнять клинические и другие указания, а в первом наоборот эти указания придают цену анатомо-патологическим явлениям, как сдвигам, оставляемым в организм влияниями иного рода. В наблюдениях моих люди здорового телосложения и вовсе не истощенные встречались почти также часто, как и истощенные, но острая форма кровоточивого воспаления наблюдалась обыкновенно у людей довольно молодых, а хроническая преимущественно у истощенных. Молодой возраст и относительно хорошее общее питание тела иногда резко бросались в глаза при явлениях в трупах сдвигов пьянства совместно с острым кровоточивым воспалением твердой мозговой оболочки, особенно в тех случаях, где не было никаких других страданий. Средний возраст умерших при изменениях, описанных в первой группе наблюдений (№ 1—12), равенется 37-и годам, такой же средний возраст и во второй группе (№ 13—20), в которой, кроме означенных изменений, было незначительное дольчатое воспаление в легких; в третьей группе (№ 21—37), с катарральной желтухой и другими более важными осложнениями, средний возраст больных доходит до 39-го года и наконец, чем сложнее патологические изменения, тем выше средний срок жизни умерших. В первых, простых, группах встречается даже 17-и и 19-и летний возраст! Таким образом,

если мы примем во внимание даже 37-и летний средний срок жизни этих больных в несложных случаях, где не было ни в одном органе значительных местных страданий, могущих произвести общее разстройство питания организма, то нельзя не признать усиленного жирового изменения в различных органах за несомненные сдвиги пьянства. Остальные случаи несколько сложнее и потому для уяснения их необходимы клинические указания, которыми, кажется, они достаточно и подтверждаются.

2. Впрочем принимаая, что проточивое воспаление твердой мозговой оболочки часто и даже постоянно совпадает с сдвигами пьянства, мы еще не в праве заключать, что оно действительно от пьянства происходит, потому что одно, хотя бы самое постоянное, совпадение каких-либо явлений еще не доказывает зависимости их от одной общей причины, ибо в природе встречается много частных совместных явлений, происходящих от действия не одной общей, а нескольких различных причин, действующих разом. Для того, чтобы к известной группе совместных явлений присоединить новое и поставить их в зависимость от одной общей причины, необходимо найти естественное отношение между всеми этими явлениями и причиной, т. е. открыть во всех явлениях общие признаки, характеризующие их, как произведение этой причины, доказавшее прямое влияние ее на происхождение нового явления, присоединяющегося к группе других известных ее произведений, и уяснить связь между причиной и новым явлением. Постараемся сделать это, сводя данные, большею частью уже изложенные в разных частях этого трактата.

d) Важнейшие изменения, производимыя в организм пьянством, состоят, как выше упомянуто, в произведении жирового изменения в различных органах и тканях. Необходимо прибавить, что кроме того в тканях иногда бывает рядом с жировым изменением усиленный гиперпластический процесс, как напр. зернистость печени, атероматозный процесс в аорте и т. д. Эти два главные признака сдвигов, оставляемых в организм пьянством, подходят на явления, совершающиеся на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки при кровоточивом ее воспалении, а именно гиперплазия и жировое изменение в новообразованной ткани. Последнее, как выше сказано, со-

ставяет главную причину постоянных кровотечений из повыворванных оболочек и потому должно быть признано за важнйшее явление въ цѣломъ процессѣ этого воспалеія. Остается припоминать, что въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ разсматриваемое воспалеіе зависитъ отъ этого страданія смежныхъ частей, кровоточивость ложныхъ оболочекъ обыкновенно бываетъ незначительна и жировое перерожденіе меньше, чѣмъ при явной зависимости этой болѣзни отъ пьянства. На этомъ основаніи нельзя не признать въ процессѣ кровоточиваго воспалеія сходства съ органическимъ слѣдами пьянства болѣе или менѣе положительно доказанными.

е) Дѣйствіе умереннаго употребленія алкоголя на происхожденіе воспалеія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки едва ли не прямо и определеннѣе можетъ быть доказано, чѣмъ вліаніе алкоголя на другія известныя измѣненія въ организмъ. Весьма убѣдительны въ этомъ отношеніи опыты Магнуса Гусса, приведенные у Лансера, въ которыхъ при продолжительномъ отравленіи собаки алкоголемъ послѣдовало воспалеіе на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, вмѣстѣ съ известными измѣненіями въ печени. Я не могу придать большаго значенія объясненію Лансера на счетъ способа дѣйствія спирта на внутреннюю поверхность твердой мозговой оболочки, именно относительно испаренія спирта на серозныхъ поверхностяхъ, потому что это объясненіе, строго говоря, не опирается на факты и недостаточно основательно. Правда, у ялицъ часто замѣчается воспалеіе грудной плевны, но весьма рѣдко *кровоточивое* воспалеіе, а на брюшинѣ оно встрѣчается еще рѣже; въ моихъ наблюденіяхъ есть одинъ только подобный случай совместнаго гиперпластическаго кровоточиваго воспалеія на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, на грудной плевнѣ и брюшинѣ (№ 86). Для дѣйствія алкоголя въ такихъ случаяхъ можно представить, какъ мнѣ кажется, другое объясненіе, основанное на данныхъ опытной физиологій, патологій и анатоміи.

Весьма известно, что алкоголь, введенный обыкновеннымъ путемъ внутрь организма, усиливаетъ дѣятельность сердца и артерій и увеличиваетъ давленіе столба крови въ артеріяхъ. Не менѣе известны и явленія прилива крови къ голову, вызываемыя значительнымъ употребленіемъ алкоголя, замѣтныя и для простаго

наблюденія по краснотѣ въ глазахъ, иногда въ лицѣ, и по усиленной пульсаціи въ височныхъ артеріяхъ. Отъ этого прилива крови напр. къ глазамъ соединительная оболочка у иныхъ не только дѣлается красною, но даже подвергается катаральному воспалеію. Въ силу такого вліанія алкоголя на кровообращеніе вообще, особенно въ сосудахъ головы, долженъ происходить усиленный приливъ крови и къ твердой мозговой оболочкѣ чрезъ ея артерій. Если вызываемое имъ напряженіе артерій будетъ поддерживаться съ значительною силою и постоянно въ теченіе известнаго времени, то необходимыми послѣдствіемъ этого будетъ выпотъ изъ главной капиллярной стѣи артерій твердой мозговой оболочки и соответственно тому развитіе воспалеія на внутренней ея поверхности. Эти измѣненія сходны съ явленіями катара соединительной оболочки глазъ у ялицъ и тожественны съ выпотомъ подъ твердой мозговой оболочкой у собаки, вызваннымъ въ опытѣ Магнуса Гусса. Не должно забывать, что эта внутренняя поверхность очень слабо реагируетъ даже при непосредственномъ раздраженіи, какъ напр. при периферическомъ страданіи мозга, что въ этомъ случаѣ воспалеіе всегда бываетъ самое незначительное и что, когда вътѣ вовсе страданія частей смежныхъ съ твердой мозговою оболочкою, которая бы можно было принять за причину ея воспалеія, кровоточивое воспалеіе ея достигаетъ болѣе значительной степени преимущественно въ области артеріальныхъ стволцовъ, особенно же въ области наибольшей массы этими артеріями, средней артерій, сверху и по бокамъ большихъ полушарій. Уже выше было сказано, что невознаго застоя нельзя принять за причину этого воспалеія и остается опредѣлить при немъ роль артерій. Она должна состоять въ артеріальномъ приливѣ, а кажется, заслуживаетъ и непрерывное употребленіе спиртныхъ напитковъ. Увеличеніе давленія крови въ артеріяхъ, продолжаясь при самомъ кровоточивомъ переполненіи этой области у ялицъ. Въ послѣднемъ случаѣ при затиханіи болѣзни, послѣдуемъ отъ какихъ либо благопріятныхъ обстоятельствъ, легко ожидать бурныхъ ея проявленій, коль скоро больной опять начнетъ употреблять спиртные напитки. И при томъ чѣмъ невоздержаннѣе въ этомъ отношеніи больной, тѣмъ болѣе быстро и бурно

но будет протекать процесс рассматриваемого воспаления. Эти-ми—то обстоятельствами следует объяснить в настоящую эпоху сильного развития пьянства относительно бурный ход кровото-чивого воспаления не только в острых, но и в хронических случаях.

Таким образом все давняя, как историческая и опытно-физиологическая, так анатомическая, анатомо-патологическая и клиническая, сводится к тому, что пьянство составляет главную и единственную причину кровоточивого воспаления твердой мозго-вой оболочки во всех тех случаях, где или нет местных причин, или воспаление развивается не пропорционально про-странству местного раздражения.

На основании этих данных я решаюсь принять, что проявле-ние этого воспаления в настоящее время в С.—Петербурге, приближающееся по численности случаев к эпидемическим разрядам, находится в полной зависимости от развития пьян-ства в массе народа.

Г) *Эпидемическую* едва ли прилично будет назвать эту болезнь, потому что ее понятие эпидемии обыкновенно соединяют либо атмосферное влияние, либо известная миазма и заразительность, а причина повального появления рассматриваемой болезни нахо-дится не в воздухе, а в роду жизни массы народа. И в настоя-щее время, когда у нас с окончанием весны и наступлением лета тиф, возвратная горячка и другие мiasmатическая болезни, проявившаяся еще осени, видимо ослабевают и почти прекраща-ются, в это время случаи рассматриваемой нами болезни не только не уменьшаются в числе, но постепенно возрастают и повидному в довольно сильной пропорции. Изъ 347—и случаев вскрытий с сентября по декабрь она встречалась мнѣ 30 разъ, что составляет более 8%, изъ 208 в декабрь и январь 1 разъ, изъ 279 в февраль, мартъ и первой половине апрѣля 40 разъ, или около 14%, в последней половине апрѣля и началъ мая изъ 48 вскрытий 15 разъ, или около 31%. В началъ мая я перестал на некоторое время записывать вскрытиями в 1—мъ военно—сухо-путномъ госпиталѣ и товарищъ мой Финелко, производившій ихъ, доставил по просьбѣ моей записку о числѣ найденныхъ мнѣ на трупахъ случаевъ кровоточивого воспаления твердой мозговой оболочки; изъ этой записки оказывается, что изъ 88 вскрытий

труповъ в среднемъ мая оно встрѣчалось уже 20 разъ, что со-ставляетъ болѣе 22%. Такой возрастающій громадный процентъ еще не советѣмъ точенъ, потому что въ числѣ вскрытій находи-лось значительное число труповъ стрелковыхъ нижнихъ чиновъ, у которыхъ эта болезнь почти не встрѣчается безъ особенныхъ условий. Къ сожалѣнію, за неизвѣстнѣе точныхъ данныхъ я не могу опредѣлить навѣрное, сколько именно вскрыто мною труповъ по званиямъ людей, но по некоторымъ даннымъ имѣю основа-ніе признать, что $\frac{1}{3}$ всѣхъ вскрытій принадлежатъ стрелковымъ солдатамъ и $\frac{2}{3}$ другимъ сословіямъ, — именно такимъ, среди которыхъ развито пьянство. На этомъ основаніи можно отнести число случаевъ кровоточивого воспаления твердой мозговой обо-лочки не къ общему числу вскрытій, а только къ $\frac{2}{3}$ его, и тогда процентъ распространения болезни окажется еще большимъ. Кроме того изъ общаго числа необходимо вычесть 6 случаевъ, в кото-рыхъ оно зависѣло не отъ пьянства.

Мнѣ до сихъ поръ не извѣстно, въ какой мѣрѣ встрѣчается эта болезнь въ другихъ госпиталяхъ, какъ въ Петербургѣ, такъ и въ другихъ мѣстахъ; не извѣстно даже, успѣлъ ли еще кто нибудь наблюдать ее, кроме профессора Т. С. Иллinskого, наблюдав-шаго ее при Медико—Хирургической Академіи и въ больницѣ Чернорабочихъ. Но есть слухи, что она замѣчается и въ не-которыхъ другихъ петербургскихъ больницахъ. Весьма жела-тельно, чтобы наблюдающіе эту болезнь публиковали о ней свои наблюдения для болѣе точныхъ статистическихъ выводовъ и даль-нѣйшаго изученія болезненнаго процесса.

Такъ какъ съ удешевленіемъ водки пьянство сильно развилось не только въ Петербургѣ но и въ другихъ городахъ Россіи, осо-бенно гдѣ стекается много простаго рабочаго народа, то по всей вѣроятности повсеместно встрѣчается и кровоточивое воспаление твердой мозговой оболочки, но Петербургъ въ этомъ отношеніи представляетъ много особенныхъ содѣйствующихъ развитію бо-лезни условий. Желательно было бы, чтобы эти предположенія подтверждены были надлежащими изслѣдованіями, но при этомъ необходимо, чтобы анатомо—патологическія изслѣдованія произво-дились специалистами для избѣжанія ошибокъ и опущеній. Осно-вываясь на несомнѣнныхъ доказательствахъ причинной связи этой болезни и ея огромнаго проявленія съ пьянствомъ, можно бы

называть эту болезнь *эндемической*, как эрготизм, потому что, строго говоря, непосредственная причина ее, т. е. пьянство составляет мѣстный моральный недуг нашей страны. Впрочем даже называть ее прямо *заподною* болезнью, но во всяком случае русское слово *повальный* приличнее в этом случае употребить, чѣм эпидемической, потому что первое слово связано болѣе съ понятіемъ о мѣстахъ, чѣмъ послѣднее. Впрочемъ такъ какъ новыя названія мало употребительны, то я оставилъ и прежнее названіе *эндемической*, но только для выраженія числа, а не причины болѣзни.

Что касается рѣдкости случаевъ этого воспаления въ декабрь и январь, то она зависѣла отъ особенныхъ условій, особенно отъ преобладанія остро-лихорадочныхъ общихъ и мѣстныхъ весьма тяжелыхъ болѣзней, тифа, воспаления легкихъ и др., быстро убивавшихъ больныхъ. Мнѣ по крайней мѣрѣ бросилось въ глаза, что въ самое холодное время зимы, именно совпадавшее съ этими мѣсяцами, была чрезвычайно сильная смертность, особенно въ январь отъ сыпного тифа, тяжелого воспаления легкихъ, почекъ и пр., и потому пьяницы быстро погибали отъ другихъ болѣзней прежде, чѣмъ успѣло развиться у нихъ рассматриваемое воспаление. Въ сентябрь въ первомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ числилось умершихъ 107, въ октябрь 128, въ январь же 211 и сверхъ этого еще 19 споропостыжныхъ. Сверхъ того въ концѣ декабря и въ началѣ января я вслѣдствіе болѣзни въ-отторое время не былъ въ госпиталѣ.

Рассматриваемая болѣзнь возрастаетъ въ такомъ количествѣ и силѣ, что заслуживаетъ полнаго нашего вниманія. Приблизительныя отношенія числа случаевъ ее къ общему числу вскрытій можно принять за выраженіе общей смертности въ первомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ, потому что большинство труповъ вскрыто; такъ въ февралѣ, мартѣ и апрѣлѣ умерло около 400 человекъ, а вскрыто до 350. Правда $\frac{1}{3}$ труповъ не вскрыты, но при этомъ нужно имѣть въ виду, что вскрытія производились безъ различія принадлежали ли трупы строевымъ чинамъ или нѣтъ, и при томъ преимущественно вскрывались трупы тѣхъ больныхъ, у которыхъ при жизни были мозговые припадки, а потому, по всей вѣроятности, въ этой $\frac{1}{3}$ не вскрытыхъ труповъ едва ли можно было встрѣтить рассматриваемое воспаление. На этомъ основаніи проценты,

должны быть нѣсколько уменьшены при опредѣленіи отношенія этой болѣзни къ общей смертности, и можно принять, что въ настоящее время почти пятая или шестая часть умирающихъ крестьянъ, оставшихъ и временно-отпускныхъ солдатъ, ихъ безпріютныхъ женъ и дочерей умираетъ съ кровоточивымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки. Я говорю *умираютъ съ кровоточивымъ воспаленіемъ*, развившимся вслѣдствіе пьянства, а не *прямо отъ этого воспаления*, потому что въ большинствѣ случаевъ находится въ организмѣ другія такія страданія, которыя можно принять за причину смерти. Опредѣнить, въ какихъ случаяхъ это воспаление было прямою причиною смерти, часто весьма трудно; но тамъ, гдѣ на трупѣ мы не встрѣчаемъ никакихъ другихъ важныхъ анатомо-патологическихъ явленій, кромѣ кровоточиваго воспаления, нельзя не признать его за прямую причину смерти, тѣмъ болѣе, если и клиническія наблюденія указываютъ на мозговые припадки. Сюда можно отнести всѣ 12 случаевъ первой группы наблюдений, сюда же, кажется, принадлежатъ всѣ 8 случаевъ второй группы съ незначительнымъ дольчатымъ воспаленіемъ легкихъ и первые 7 случаевъ третьей группы съ катарральной желтухой.

Наконецъ относительно важности этой новой болѣзненности и ее причинъ слѣдуетъ замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ, въ которыхъ рассматриваемая болѣзнь осталась, такъ сказать, на заднемъ планѣ, мы встрѣчаемъ въ организмѣ различныя мѣстныя и общія болѣе или менѣе важныя страданія, зависящія, по всей вѣроятности, отъ пьянства. Сюда напр., кромѣ выше исчисленныхъ послѣдствій пьянства, могутъ быть отнесены: желтуха, воспаление легкихъ, особенно дольчатое воспаление, грудной плевы, почекъ и даже частію инфаркты въ селезенкѣ, насколько послѣдніе зависятъ отъ атераматознаго перерожденія въ сосудахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно рассматривать эти болѣзни какъ прямыя непосредственныя произведенія пьянства. Возьмемъ для примѣра катарральную желтуху. При ней особенно бросаются въ глаза какъ сильный катарръ желудка и 12-перстной кишки, такъ особенно сильная жировая инфильтрація въ печени, и при томъ часто у лицъ относительно молодыхъ, совсѣмъ не истощенныхъ. Мнѣ кажется, что въ такихъ случаяхъ прямѣе и твердѣе было бы производить эти явленія отъ пьянства, чѣмъ отъ

одной испорченной пищи. Что касается других осложнений, сопровождавших главное страдание, то и их можно основательнее объяснить пьянством, чѣмъ простудою или испорченною пищею. При такомъ взглядѣ вѣроятно легче объяснились бы и явленія возвратной горячки, наводяція насъ на мысль, что она есть ничто съ многочисленными осложнениями, или просто рядъ различныхъ болезненныхъ процессовъ, развивающихся другъ за другомъ, часто съ нѣкоторою особенною постепенностью. Это вытекаетъ по крайней мѣрѣ изъ моихъ изслѣдованій. Осложненія у гипозныхъ проявляются преимущественно тоже при условіяхъ пьянства. Нѣтъ положительныхъ данныхъ, чтобы пищевые продукты дѣйствительно были въ прошлую осень хуже въ Петербургѣ, чѣмъ во всѣхъ предыдущіе годы, а усиленіе пьянства всякому извѣстно.

Не принимая на себя окончательнаго рѣшенія этихъ важныхъ вопросовъ, буду считать трудъ мой достигшимъ цѣли, если онъ поведетъ къ дальнѣйшему обработыванію предмета и къ определенію важныхъ отношеній его къ народному здоровью.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

1-я табл. Отрѣзокъ верхушки мозга съ твердою мозговою оболочкою на уровнѣ наибольшей окружности черена. Правая сторона этой оболочки приводится и на внутренней ея поверхности явленія острого кровотоичнаго воспаления, мѣстами мутность, сочность, мѣстами желтоватая, рыхлая ложная оболочка и въ нихъ небольшія свѣжія крововазилліи. Пиннетомъ приводится ложная оболочка.

2-я табл. Такой же отрѣзокъ мозга съ твердою мозговою оболочкою при хроническомъ кровотоичномъ воспаленіи ея. Оболочка отворочена спереди назадъ, причѣмъ видны на внутренней ея поверхности тѣлой стороны желтоватая, плотная ложная перепонка и въ нихъ то пигментация, то свѣжія крововазилліи, а на правой сторонѣ—обширное кровное скопленіе, проникнутое ложными перепонками, и въ окружности его ложная перепонка съ небольшими крововазилліями. Пиннетомъ указывается толщина слоя кровяныхъ стгузовъ съ ложными перепонками.

3-я табл. Микроскопическія изображенія острого кровотоичнаго воспаления, увел. 250—300.

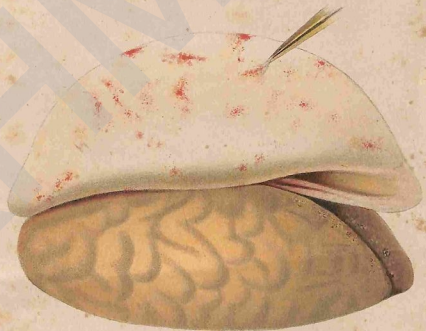
Рис. а—Форменные элементы въ жидкости серозной черепной полости.

Рис. б—Рыхлый налетъ съ внутренней поверхности твердою мозговою оболочкой съ сосудами, растапнутыми кровью при натуральной инъекціи, акстравазатами и жировыми шариками.

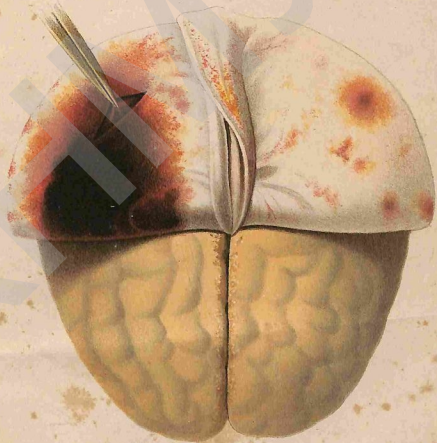
Рис. с— Тотъ же налетъ въ вертикальномъ разрѣзѣ съ сохраненіемъ отношенія его къ твердою мозговою оболочкѣ, при инъекціи карминомъ съ студеюю.

1. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 2. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 3. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 4. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 5. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 6. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 7. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 8. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 9. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.
 10. Pachymeningitis haemorrhagica interna acuta.

Мин. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
 1-го Харьк. Мед. Института



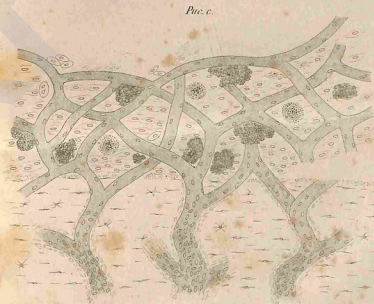
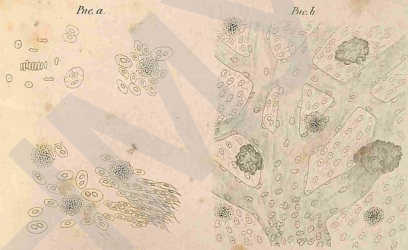
1. PACHYMEMINGITIS HAEMORRHAGICA INTERNA ACUTA



№ 1
НАУЧНО БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

НАУЧНО БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

2 PACHYMENINGITIS, HAEMORRHAGICA INTERNA CHRONICA



3. PACHYMENINGITIS HAEMORRHAGICA INTERNA ACUTA

Aut. E. Forsterph. 1885

ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) На основаніи нѣкоторыхъ изслѣдованій можно принимать горячку, называемую возвратною, или за тифъ съ различными осложненіями, или только за выраженіе ряда различныхъ страданій организма, слѣдующихъ другъ за другомъ иногда съ нѣкоторою особенною постепенностью.
 - 2) Анатоми-патологическія изслѣдованія, особенно при большихъ госпиталяхъ, могутъ быть весьма полезны какъ въ научномъ, такъ и въ административномъ отношеніяхъ.
 - 3) Патологическая анатомія должна быть признана за особенно важную спеціальность, наравнѣ съ хирургіей, терапіей, офтальмологіей и др.
 - 4) Жестокость эпидеміи горячекъ, появившихся съ осени прошлаго года въ С.-Петербургѣ, основательно можно объяснить пьянствомъ, чѣмъ только простудою или испорченною пищею.
 - 5) Эпидемія острогнойнаго воспаленія мягкой оболочки головного и спиннаго мозга не имѣетъ никакой особенной связи съ кровотоковымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки.
 - 6) Кровоточивое воспаленіе твердой мозговой оболочки при повальномъ провлѣденіи заслуживаетъ названія болѣзни *эндемической* или *запойной*.
-