

Этотъ край окруженъ узкой темноватаго цвѣта пигментной полосой, представляя контрастъ съ свѣтлымъ дномъ, на которомъ находится. Срединѣ углубленія содержитъ сосуды. Такимъ образомъ мы имѣемъ предъ собой рѣдкій случай комбинаціи колобомы п. орт. съ мягкотными волокнами. Въ данномъ случаѣ насъ можетъ интересовать вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ врожденной колобомой и, въ утвердительномъ случаѣ, не существуетъ ли здѣсь задержка въ развитіи, или же здѣсь имѣло мѣсто внутриматочное воспаленіе. Что касается мягкотныхъ волоконъ, то ихъ нельзя считать конгенитальными, такъ какъ они развиваются вскорѣ послѣ рожденія. Рѣзкое отклоненіе края углубленія говоритъ противъ физиологической экскаваціи; противъ глаукомы говорятъ всѣ сохранившіяся функціи глаза (острота зрѣнія, поле зрѣнія etc.). Въ виду этого можно утверждать, что мы встрѣтились здѣсь съ задержкой въ развитіи (aplasia) зрительнаго нерва. Что касается coloboma per se, то она часто наблюдается у психопатовъ.

Л. Айхенвальдъ.

Dr. Aurel v. Zlatorovic. Къ вопросу о пеллагрѣ. (Etwas über Pellagra. Statistik und Beobachtungen aus Landes. Irrenanstalt Pergine (Südtirol).—Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 196., Heft 2, 1900).

Въ Австріи только съ 1894 года пеллагрозное душевное разстройство было внесено въ официальную статистику какъ самостоятельная форма болѣзни и помѣщено въ отдѣлѣ интоксикаціонныхъ психозовъ. За пятилѣтній періодъ времени (1894—1898 г.) принято было въ больницу Pergine—204 пеллагрозныхъ больныхъ, что составляетъ 22,6% всѣхъ поступленій. Изъ 204 больныхъ мужчинъ—пеллагриковъ поступило 107, женщинъ—97; большинство больныхъ (71%) было—семейные; средній возрастъ мужчинъ—пеллагриковъ=49 г.; женщинъ пеллагричекъ—43 г.; такимъ образомъ онъ превышаетъ средній жизненный возрастъ. Изъ 204 поступившихъ пеллагрозныхъ больныхъ выздоровѣло 60,29%, выписано съ улучшеніемъ 19%, осталось больными 3,4%; умерло 14,7%. Изъ выздоровѣвшихъ и выписанныхъ съ улучшеніемъ вновь поступило въ теченіе пяти лѣтъ—14,2%, причѣмъ *одинъ*

рецидивъ наблюдался у 11,7%, два рецидива у 1,47%, три рецидива у 0,98%. Огромное большинство (174 ч.) больныхъ составляли земледѣльцы (крестьяне), остальная часть подала на поденщиковъ, ремесленниковъ и т. п. но все это были жители деревни; что касается мѣстоположенія, то высоколетающіе округа остались пощаженными пеллагрой. Интересна пеллагрозная наслѣдственность: прямая пеллагрозная наслѣдственность наблюдалась у 25%, боковая у 36,7%; кромѣ того 14,2% больныхъ были отягчены наслѣдственно (сумошествомъ родственниковъ), причемъ авторъ полагаетъ, что сумошествомъ развилось также на пеллагрозной почвѣ; такъ что въ общей сложности 50% больныхъ отягчены „пеллагрозно“. Авторъ не считаетъ пеллагру интоксикаціонной болѣзью, обусловленной химическимъ измѣненіемъ кукурузы подъ влияніемъ извѣстныхъ микроорганизмовъ; онъ соглашается съ тѣмъ, что изъ испорченной кукурузы (гниющей, бродящей) можно извлечь токсины, которые у „опытныхъ“ животныхъ вызываютъ явленія, похожія на тѣ, которыя мы имѣемъ при pellagra. Авторъ допускаетъ, что изъ всякаго гниющаго или же подвергшагося броженію плода можно извлечь подобные токсины; однако ихъ (плоды) не считаютъ причиной pellagr'ы. Противъ интоксикаціонной теоріи говорятъ тѣ случаи, когда pellagra наблюдалось у лицъ, бывшихъ равнѣе здоровыми, у лицъ, происходящихъ изъ округовъ, гдѣ pellagra не наблюдается; кромѣ того, болѣзнь эта наблюдалась у больныхъ, которые уже нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ лечились въ больницѣ. Отвергаетъ авторъ и *инанциѳонную теорію* pellagr'ы (Bonfigliet), такъ - какъ послѣдняя встрѣчается у хорошо упитанныхъ и крѣпкихъ людей; этой же теоріей нельзя объяснить спинальныхъ явленій при pellagr'ѣ. Самымъ правильнымъ, полагаетъ Zlatorovic, признавать pellagr'у хронической инфекціонной болѣзью, что уже высказали *Belmondo, Ceni* и др., опираясь на рецидивы болѣзни главнымъ образомъ. Послѣдней теоріей рецидивы объясняются удовлетворительно: инфекціонный зародышъ, потерявъ силу, остается въ организмѣ въ латентномъ состояніи, но при благопріятныхъ условіяхъ онъ пріобрѣтаетъ прежнюю силу и вызываетъ снова болѣзнь. Случаи такъ называемаго пеллагрознаго тифа лучше всего это предположеніе подтверждаютъ; съ одной стороны, они носятъ характеръ острой инфекціонной болѣзни: лихорадка, бредъ, острые трофическія разстройства; съ дру-

гой,—пеллагрозный тифъ иногда появляется у лицъ, уже начавшихъ выздоравливать, причемъ часто ведетъ больныхъ къ смерти. Хотя Zlatogovic не признаетъ, что pellagra вызывается испорченной кукурузой, тѣмъ не менѣе онъ предполагаетъ, что инфекціонное начало болѣзни вносится въ организмъ главнымъ образомъ кукурузой, но для развитія должны быть еще другія условія.

На основаніи изученія географическаго распространенія болѣзни, почвы мѣстности, симптомовъ болѣзни, ея теченія, патолого-анатомическихъ измѣненій, распространенія болѣзни на новыя области и т. д., авторъ пришелъ къ такимъ выводамъ: Pellagra даетъ патолого-анатомическія измѣненія, сходныя съ таковыми при другихъ хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при сифилисѣ, туберкулезѣ, маляріи, лепрѣ; особенно при пернициозной анэміи; pellagra появляется эндемически въ тѣхъ странахъ, которыя лежатъ между 42° и 48° широты; сначала болѣзнь наблюдалась только у латинской расы, но теперь развивается между славянскимъ населеніемъ Буковины и Кroatіи (эти мѣстности не выходятъ изъ предѣловъ вышеупомянутой широты). Почвенныя условія тѣхъ мѣстностей, гдѣ pellagra существуетъ эндемически, во всѣхъ странахъ одинаково: это суть долины или равнины, окруженныя съ одной стороны горнымъ хребтомъ, съ другой—рѣкой; напр. въ Италіи—Альпы и рѣка По; въ Испаніи—Периней и Эбро; во Франціи—Периней и Гаронна—Canal du Midi—Aude; въ Румыніи—Карпаты и Дунай. Въ этихъ мѣстностяхъ мѣняется высота стоянія подпочвенныхъ водъ вслѣдствіе періодическихъ наплывовъ воды съ горъ; подобныя почвенныя условія приближаютъ pellagr'у къ холерѣ и брюшному тифу. Такъ какъ зародышъ болѣзни находится въ зависимости отъ почвы, то распространителемъ pellagr'ы служитъ почва, произрастающіе на этой почвѣ вещества, вода, воздухъ; заразное начало pellagr'ы очень летуче, мѣстомъ вхожденія инфекціоннаго начала нужно считать, скорѣе всего, пищеварительный аппаратъ. Распространеніе болѣзни на новыя мѣста идетъ или *per continuitatem* (условія почвы стали благопріятствовать для развитія зародыша болѣзни) или *per contiguitatem*. Авторъ считаетъ очень вѣроятнымъ передачу заразы отъ человѣка къ человѣку, причемъ приводитъ слѣдующій свой случай: въ больницѣ находилась въ теченіе 20 лѣтъ слабоумная дѣвушка; питалась она отлично, пеллаг-

рой никогда не страдала, пеллагрозной наследственности не было; вдругъ, въ 1895 году эта глубокослабоумная усваиваетъ себѣ привычку,—ночью, голой, забираться въ постель къ пеллагрозной больной и тамъ съ ней спать. Пеллагрозная больная страдала острой экссудативной эритемой и поносами: чрезъ нѣкоторое время вышеупомянутая слабоумная заболѣваетъ pellagr'ой: разлитая erythema на тылѣ кистей, лицѣ, поносы, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, мышечнаго тонуса. Чрезъ 3 мѣсяца больная выздоравливаетъ. Источникомъ заразы можно считать какъ экссудативную erythem'у, такъ и испражненія. Подобно сифилису и туберкулезу, pellagra производитъ измѣненіе конституціи всего организма. Всякіе ослабляющіе организмъ моменты предрасполагаютъ къ заболѣванію pellagr'ой. напр. недостаточное, плохое, однообразное (исключительно кукурузой) питаніе, хроническій алкоголизмъ. Главнымъ хранителемъ пеллагрознаго яда въ организмѣ является кровь; по опытамъ *Сеппи*, кровь даже на видѣ выздоровѣвшихъ пеллагриковъ—ядовита. Пеллагрозный ядъ отлагается преимущественно въ кожѣ и въ нервной системѣ, особенно въ спинномъ мозгу; въ послѣднемъ поражаются задніе столбы, чаще всего пучки Голля; кромѣ того наблюдаются и поперечныя размягченія. По наблюденіямъ автора, измѣненія спинного мозга не носятъ характеръ системныхъ, а они разсѣяны въ грудной и поясничной частяхъ мозга; грудная и поясничная части поражаются потому, что эти отдѣлы спинного мозга, особенно поясничный, очень богаты сосудами (*Adamkiewicz*), а кровь больше всего содержитъ пеллагрознаго яду; размягченія въ спинномъ мозгу авторъ объясняетъ облитераціей сосудовъ.

Для постановки діагноза pellagr'ы автору служили слѣдующіе симптомы: 1) разстройство пищеварительныхъ органовъ: запоръ, поносы; преимущественно послѣдніе; обыкновенно отсутствіе аппетита, иногда обжорливость и сильная жажда у больныхъ. Количество соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ значительно уменьшено. У 60% больныхъ преждевременная порча и выпаденіе зубовъ (трофическія измѣненія); вслѣдствіе нарушенія правильности дѣйствія пищеварительныхъ органовъ—рѣзкое исхуданіе и упадокъ силъ. 2) Заболѣваніе кожи, губъ и слизистой оболочки языка. Кожа подвергается заболѣванію на тѣхъ мѣстахъ, которыя не покрыты одеждой; заболѣванія кожи бываютъ острыя и хрониче-

скія; тѣ и другія носятъ одинаковый характеръ: гиперемія и эксудативная *erythema*, причемъ въ острыхъ случаяхъ гиперемія активная, иногда сопровождается шелушеніемъ, при *erythem'*ѣ выпотъ обильный—серозный или гнойный; въ хроническихъ—гиперемія застойная, выпотъ незначительный. Послѣ протекшаго заболѣванія—кожа иногда атрофируется, покрывается рубцами, принимаетъ перламутровыя блескъ, лишается подкожнаго жира. Заболѣванія кожи развиваются и безъ всякаго вліянія солнца и другихъ внѣшнихъ причинъ, такъ что ихъ смѣло можно считать трофическими. Слизистая оболочка губъ и языка подвергается тому же заболѣванію, что и кожа; языкъ въ иныхъ случаяхъ дѣлается похожимъ на ягоду малины. 3) Спинальные расстройства. Повышеніе рефлексовъ, особенно колѣнныхъ. Рѣзкое повышеніе мышечнаго тонуса, такъ что при пассивныхъ движеніяхъ получается сильное сопротивленіе, что очень характерно для *pellagr'*ы. Походка больныхъ неувѣренная, спастическія; въ тяжелыхъ случаяхъ спастически-паретическія: часто у *pellagr'*озныхъ наблюдается тетанія; въ смертельныхъ случаяхъ является *paraparesis*, *paraplegia* нижнихъ конечностей, общее дрожаніе и атаксія верхнихъ конечностей, фибриллярное подергиваніе въ мышцахъ, трофическія расстройства—острый пролежень. Атрофіи отдѣльныхъ группъ мышцъ, какъ при *sclerosis lateralis amyotrophica* не наблюдалось, скорѣе была общая равномерная вялость и атрофія мышцъ. Расстройство чувствительности или заболѣванія периферическихъ нервовъ авторъ не наблюдалъ.

Психическія расстройства являются постоянными спутниками *pellagr'*ы; такъ какъ при послѣдней существуетъ рѣзкое истощеніе организма, то психическія расстройства носятъ такой характеръ, каковой имъ свойствененъ при истощеніи нервной системы. Сначала у *pellagr'*иговъ развивается раздражительная слабость съ сильной склонностью къ аффектамъ, легкая внушаемость; затѣмъ появляется *melancholia* съ бредомъ грѣховности и упорными попытками къ самоубійству, рѣже *melancholia* съ бредомъ демономоническимъ; въ другихъ случаяхъ развивается острая спутанность, ступорозное состояніе и слабоуміе; маній авторъ никогда не наблюдалъ. Причинами смерти у больныхъ автора были: неудержимые поносы, воспаленіе легкихъ, туберкулезъ, *pellagr*озный тифъ, иногда молниеносный бульбарный параличъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ измѣненій спинного мозга, авторъ считаетъ характерными для pellagr'ы при секціи слѣдующія макроскопическія измѣненія органовъ: капсула селезенки сморщена, селезенка или нормальна въ объемѣ или слегка увеличена; слизистая оболочка кишекъ, преимущественно тонкихъ, атрофирована, иногда до такой степени, что кишка является прозрачною; рядомъ съ атрофіей въ кишкахъ явленія острого или хроническаго катарра, иногда съ образованіемъ катарральныхъ язвъ. Въ большинствѣ случаевъ констатируется острый или хроническій нефритъ.

Леченіе въ тяжелыхъ случаяхъ безсильно; въ свѣжихъ, у лицъ молодыхъ и еще крѣпкихъ, леченіе, по мнѣнію автора, вполне достигаетъ цѣли. На первомъ планѣ стоитъ хорошее, раціональное, смѣшанное питаніе (преимущественно мясо). Молоко не всегда хорошо переносится больными. Въ виду недостатка соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ авторъ совѣтуетъ давать больнымъ чрезъ $\frac{1}{2}$ ч. послѣ обѣда разведенную соляную кислоту. При своевременномъ и правильномъ леченіи у молодыхъ лицъ даже тяжелыя спинно-мозговыя явленія проходятъ, такъ что можно думать о регенераціи нервныхъ волоконъ. Конечно, эти больные не обезпечены отъ рецидивовъ, но рецидивы наступаютъ поздно и выражаются въ болѣе легкой степени. Въ заключеніе авторъ указываетъ на то, что такъ какъ бактериологія до сихъ поръ не нашла причины болѣзни и поэтому радикальнаго средства противъ pellagr'ы мы не имѣемъ, то лучшимъ средствомъ въ настоящее время является питаніе и хорошія условія жизни. Для этого авторъ предлагаетъ устроить въ Южномъ Тиролѣ, гдѣ pellagra сильно развита, гдѣ отъ pellagr'ы нѣкоторыя деревни буквально вымерли, такъ назыв., пеллагрозоріи и санитарныя харчевни (Sanitätsspeise-häuser, loconde sanitarie); эти учрежденія въ верхней Италіи значительно сократили число пеллагрозныхъ психозовъ.

Л. Королько.