

## Терапевтическое значеніе кровопусканиі при страданіяхъ нервной системы.

А. В. Соболевскаго.

(Окончаніе; см. т. XII, выт. 3).

По G o w e r s'у<sup>3)</sup>, во время самого приступа апоплексіи вслѣдствіе геморрагіи, задача терапіи сводится къ тому, чтобы создать условія, благопріятствующія остановкѣ кровотеченія т. е. понижающія кровяное давленіе въ артеріяхъ, въ частности въ мозговыхъ сосудахъ, и устранить тѣ состоянія, которыя ведутъ къ повышенію артеріальнаго давленія. Кровопусканіе (отъ 10 до 12 унцій) ослабляетъ сердце и благопріятствуетъ свертыванію крови, по мнѣнію G o w e r s'a, который въ пользу назначенія кровопусканія при геморрагіи говоритъ, между прочимъ, слѣдующее: „никакое другое средство такъ быстро и значительно не уменьшаетъ напряженія крови, какъ венесекція, и послѣ кровопусканія сознаніе иногда возвращается“. Последнее обстоятельство въ виду вышесказаннаго не должно лишать насъ права подвергнуть оцѣнкѣ мнѣніе G o w e r s'a, которое принято и другими клиницистами, не приводящими новыхъ доказательствъ.

Для того, чтобы понизить кроводавленіе въ болѣе или менѣе значительной степени и на болѣе или менѣе продолжительное время, нельзя ограничиться кровопусканіемъ въ 12 унцій (т. е. приблизительно 8—10% предполагаемого

количества крови), а нужно выпустить гораздо больше крови, особенно имѣя цѣлью „ослабить“ сердце. Между тѣмъ, какъ справедливо замѣтилъ I ü r g e n s e n <sup>20)</sup>, никакая потеря крови, сама по себѣ, не можетъ быть полезна. Почему же, однако, кровотечение въ одномъ мѣстѣ (напр. изъ *v. cephal.*) должно остановить такое же въ другомъ мѣстѣ (въ головномъ мозгу)? Прямыхъ доказательствъ этому нѣтъ, но можно допустить, конечно, что кровотечение замедлится, особенно при ослабленіи сердечной дѣятельности, какъ это видно изъ моихъ опытовъ. О прекращеніи же кровоизліянія въ мозгу вслѣдствіе замедленія его говорить преждевременно, потому что всѣ клиницисты признаютъ возможность медленной геморрагіи, которая все-таки обуславливаетъ развитіе апоплексическихъ явленій. По мнѣнію G o w e r s ' a <sup>3)</sup>, однако, такое замедленіе кровоизліянія способствуетъ свертыванію крови и, такимъ образомъ, закупоркѣ кровоточащаго мѣста\*). Но въ такомъ случаѣ слѣдуетъ опасаться образованія тромбовъ въ венахъ головного мозга, какъ это явствуетъ изъ слѣдующихъ соображеній самого G o w e r s ' a <sup>3)</sup>: „направленіе поверхностныхъ венъ важно въ томъ отношеніи, что оно объясняетъ, почему такъ часто въ нихъ образуются тромбы. Въ мозгу кровь изъ восходящихъ артерій попадаетъ въ восходящія же вены. И, кромѣ того, такъ какъ устья этихъ венъ въ продольной пазухѣ обращены впереди, то входящая въ sinus кровь сталкивается съ кровью, текущею въ противоположномъ направленіи, результатомъ чего должно быть замедленіе кровяного тока, какъ въ венахъ, такъ и въ синусахъ. Мало того, въ стоячемъ положеніи передняя половина продольной пазухи имѣетъ также восходящее направленіе, при чемъ трабекулы, занимающіе просвѣтъ пазухи должны представить извѣстныя препятствія движенію крови. Эти обстоятельства объясняютъ,

---

\*) Какъ примѣръ противорѣчія, см. стр. 406 у G o w e r s ' a <sup>3)</sup>: «если изліяніе происходитъ медленно, то условія для прекращенія истеченія крови неблагоприятны».

почему въ тѣхъ случаяхъ, когда разныя условія благопріятствуютъ свертыванію крови въ организмъ, свертки особенно легко образуются въ продольной пазухѣ и кортикальныхъ венахъ. На самомъ дѣлѣ, пужно удивляться скорѣе тому, что тромбозъ не встрѣчается гораздо чаще“ (стр. 64).

Итоги моихъ опытовъ на собакахъ приводятъ къ заключенію, что черепномозговые сосуды подъ вліяніемъ кровопусканія имѣютъ наклонность къ суженію. Перенося это дѣйствіе на человѣка, мы можемъ высказать предположеніе, что суженіе мозговыхъ сосудовъ во время кровоизліянія въ мозгъ можетъ способствовать только усиленію кровотеченія. Правда, кровоизліянія въ мозгъ почти исключительно обязаны атероматозному перерожденію артерій, которыя становятся хрупкими и теряютъ при этомъ въ значительной степени свою способность суживаться, но, по словамъ G o w e r s'a <sup>3)</sup>, атероматозъ не поражаетъ маленькихъ сосудовъ головного мозга, которые, стало-быть, могутъ подъ вліяніемъ кровопусканія сузиться, тогда какъ поврежденный сосудъ, какъ несомнѣнно атероматозный, лишился такой способности. Не трудно понять, что при такомъ положеніи замедленія можетъ и не произойти. Приведемъ кстаті слѣдующія слова G o w e r s'a <sup>3)</sup>, содержащія, впрочемъ, внутреннее противорѣчіе: „не рѣшено также насколько мы можемъ дѣйствовать на патологическое расширеніе сосудовъ въ какой-нибудь части тѣла сосудосуживающими лѣкарственными средствами. Эрготинъ, напр., вѣроятно, оказываетъ меньше вліянія на патологически измѣненные, нежели на здоровые сосуды, и благодаря этому можетъ, пожалуй, еще увеличить гиперемію. Неперстянка же, напротивъ, можетъ принести пользу, такъ какъ она вызываетъ сокращеніе мелкихъ артерій („стр. 382). Прибавлю, что на сосудосуживающее дѣйствіе кровопусканія G o w e r s' <sup>3)</sup> не обращалъ вниманія и съ цѣлью вызвать суженіе артерій головного мозга при его гипереміи предлагаетъ „только тѣ мѣры, которыя, повидимому, вѣрнѣе всего ведутъ къ цѣли“, а, по его мнѣнію, „одна изъ этихъ мѣръ заключается въ примѣненіи хо-

лода къ головѣ посредствомъ непрерывнаго прикладыванія льда или же охлаждающаго снаряда, состоящаго изъ трубокъ, по которымъ непрерывно протекаетъ холодная вода. Такой же эффектъ имѣетъ, вѣроятно, приставленіе горчичниковъ къ затылку. Прикладываніе горчичниковъ къ конечностямъ врядъ ли ведетъ къ цѣли, но возможно, что они, какъ нѣкоторые полагаютъ, вызываютъ рефлекторное сокращеніе церебральныхъ артерій; во всякомъ случаѣ, однако, „отвлекающее“ вліяніе они могутъ обнаружить только тогда, когда они примѣняются къ очень большимъ участкамъ“ (стр. 382).

Если даже допустить, что суженіе сосудовъ подъ вліяніемъ кровопусканія не способствуетъ геморагіи, то нужно имѣть въ виду, что вслѣдствіе давленія излившейся крови на мозгъ послѣдній представляется и безъ того малокровнымъ. Непонятно поэтому заявленіе Gowers'a <sup>3)</sup> и Eichhorst'a <sup>8)</sup>, что послѣ кровопусканія сознание *иногда* возвращается. Правда, послѣдній авторъ, описывая (въ другомъ мѣстѣ) принадлежности апоплексіи, говоритъ, что „пробужденіе изъ апоплектического приступа наступаетъ иногда довольно внезапно, *напримѣръ*, послѣ цѣлесообразно произведеннаго кровопусканія“, стало-быть, послѣднее не является, по мнѣнію Eichhorst'a безусловно необходимымъ для внезапнаго „пробужденія“, а согласно вышеприведеннымъ соображеніямъ представляется вѣроятнымъ, что пробужденіе въ такихъ случаяхъ происходитъ, *несмотря* на кровопусканіе, которое, вызывая суженіе кровеносныхъ сосудовъ коры, не можетъ, конечно, способствовать возстановленію сознанія. Сверхъ того, суженіе сосудовъ понижаетъ сопротивленіе мозговой ткани, а этого врядъ ли слѣдуетъ добиваться, потому что тогда создаются благоприятныя условія для кровоизліянія вслѣдствіе уменьшенія препятствій. Точно такъ же пониженіе внутричерепнаго давленія при кровопусканіи у собаки не говоритъ еще за его примѣненіе во время приступа апоплексіи, потому что вышеуказанное пониженіе достигается путемъ суженія черепно-мозговыхъ сосудовъ и такимъ образомъ открывается новый просторъ для

кровоизліянія. Для поясненія вышеизложеннаго приведу слѣдующее мѣсто изъ руководства Eichhorst'a<sup>8)</sup>: „относительно причинъ апоплектического приступа много спорили, и здѣсь несомнѣнно играютъ роль нѣсколько моментовъ. Въ первой линіи тутъ надо принимать во вниманіе внезапное повышеніе мозгового давленія, такъ какъ выступившая кровь, понятно, должна уменьшить вмѣстимость черпной полости и и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ обильнѣе и быстрѣ экстравазироваала кровь. На второмъ планѣ стоитъ чисто механической эффектъ, до нѣкоторой степени сотрясеніе мозгового вещества или, какъ это назвали также, шокъ мозга, развитіе котораго точно такъ же вполнѣ зависитъ отъ обилія и быстроты кровоизліянія. Сюда присоединяются еще послѣдствія анеміи мозга, которая прямо обусловливается уменьшеніемъ емкости черепной полости, наконецъ, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что и мѣсто кровоизліянія оказываетъ вліяніе на происхожденіе и проявленіе апоплектического удара“. Болѣе или менѣе обильное кровоизліяніе въ головной мозгъ, какъ извѣстно, сопровождается разрушеніемъ его ткани въ опредѣленномъ мѣстѣ, тогда какъ подъ давленіемъ излившейся крови остальная часть мозга становится малокровной, извилины сплющиваются и придавливаются къ черепному своду. „мозгъ представляется на заболѣвшей сторонѣ сильнѣе выпяченнымъ, извилины приплюснуты, борозды плоски, часто также бросается въ глаза анемія мозга вслѣдствіе прижатія кровеносныхъ сосудовъ“, говоритъ Eichhorst<sup>8)</sup>. Такимъ образомъ, при кровоизліяніи въ головной мозгъ ткань его подвергается отчасти разрыву, разрушенію, а главнымъ образомъ анеміи. Какую же пользу при этомъ можетъ оказать кровоупусканіе, вызывающее или, по крайней мѣрѣ, способное произвести малокровіе головного мозга вслѣдствіе суженія мельчайшихъ сосудовъ?

Итакъ мы видимъ, что во время предполагаемаго кровоизліянія въ головной мозгъ примѣненіе болѣе или менѣе обильнаго кровоупусканія не можетъ быть оправдано ни съ теоритической, ни съ практической точки зрѣнія. Еще меньше

основаній къ извлеченію крови съ цѣлью способствовать удаленію излившейся крови, ея всасыванію спустя нѣкоторое время послѣ кровоизліянія, потому-что въ нашемъ распоряженіи, имѣются средства, быть можетъ, болѣе дѣйствительныя. Но прежде чѣмъ говорить объ этихъ средствахъ, считаю нелишнимъ привести слѣдующія собственныя наблюденія.

1) А. С. чиновникъ, 45 лѣтъ отъ роду, утромъ рано 13/IV/03 г. во время чаепитія у себя дома вдругъ упалъ на полъ и лишился сознанія, а когда пришелъ въ себя, то окружающіе замѣтили, что вся лѣвая половина тѣла С. парализована, вслѣдствіе чего С. былъ около 10 ч. утра доставленъ въ госпиталь. Здѣсь при осмотрѣ оказалось слѣдующее: больной въ сознаніи, слизистая оболочка глазъ и лице красное, пульсъ—72, средняго наполненія и правильный, біенія каротидъ не замѣчается, лѣвая нога и рука падаютъ, какъ плеть, лѣвой уголь рта опущенъ. На голову положенъ пузырь со льдомъ, при чемъ голова была нѣсколько приподнята, поставлена клизма и внутри: *Natr. jodat.*  $\text{зii} : \text{зoi}$ —три ложки. При распросахъ брата С. между прочимъ, выяснилось, что больной, повидимому, нѣсколько лѣтъ назадъ заразился сифилисомъ и вель вообще нетрезвый образъ жизни. Ночью больной впалъ въ безсознательное состояніе, лице приняло синебагровый цвѣтъ, дыханіе сдѣлалось храпящимъ, пульсъ—72, слабый; сонныя артеріи ничего особеннаго не представляли. Въ такомъ состояніи больной, не приходя въ себя, скончался спустя 28 часовъ послѣ удара. По просьбѣ матери больного, вскрытіе ограничено было черепной полостью, при чемъ оказалось слѣдующее: венныя пазухи переполнены жидкой кровью; твердая мозговая оболочка съ трудомъ отдѣляется отъ мягкой, которая въ сильной степени полнокровна и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по направленію сосудовъ представляется помутнѣвшей, но снимается легко; сосуды на основаніи мозга на ощупь твердоваты и зіяютъ на разрѣзахъ мозгового вещества выступаютъ многочисленныя кровяныя точки, въ боковыхъ желудочкахъ содержится значительное количество темной жидкой

крови; въ бѣломъ веществѣ праваго полушарія соответственно центральнымъ извилинамъ обнаружена полость величиной съ небольшое яблоко, въ которой находился такой же величины темный сгустокъ крови; стѣнки полости покрыты кашицеобразнымъ веществомъ мозга; полость сообщается съ правымъ боковымъ желудочкомъ; полосатыя же тѣла, кромѣ нѣкоторой гипереміи, ничего особеннаго не представляли.

2) Въ апрѣлѣ 1903 г. я былъ приглашенъ эстренно къ больному (чиновникъ 50-ти лѣтъ) Ц., у постели котораго засталъ прибывшаго ранѣе меня домашняго врача *Ш.* по словамъ жены, больной Ц. утромъ всталъ съ постели и упалъ внезапно на полъ, откуда былъ перенесенъ на кровать. Больной лежалъ на спинѣ съ закрытыми глазами въ безсознательномъ состояніи; зрачки на свѣтъ не реагировали и были полурасширены; лице синебагроваго цвѣта, сонныя и височныя артеріи ясно пульсировали, дыханіе храпящее и довольно поверхностное, пульсъ 110, правильный, полный и трудно-сжимаемый. Я предложилъ примѣнить кровопусканіе, но д-ръ *Ш.*, соглашаясь со мной въ цѣлесобразности при такихъ явленіяхъ кровопусканія, все таки не счелъ возможнымъ приступить къ нему безъ третьяго врача во избѣжаніе нарѣканій со стороны родныхъ. Однако, третій врачъ не успѣлъ прибыть, какъ больной Ц. спустя 15 мин. послѣ моего прибытія скончался при явленіяхъ сердечной слабости и затрудненнаго дыханія. Прибавлю, что оказанная нами помощь больному состояла въ слѣдующемъ: пузырь со льдомъ на голову, приподнятое положеніе верхней части туловища и клизма.

Въ обоихъ случаяхъ наступила смерть вслѣдствіе кровоизліянія въ головной мозгъ и въ обоихъ случаяхъ кровопусканіе не было примѣнено; впрочемъ, только во второмъ случаѣ было показаніе къ кровопусканію, а въ первомъ слабый пульсъ служилъ провивопоказаніемъ. Въ остальномъ я придерживался, главнымъ образомъ, совѣтовъ *Strümpell*'я <sup>116)</sup>, который на стр. 446 своего руководства (1901 г.) говоритъ слѣдующее: „во время самого апоплектического инсульта надо

прежде всего позаботиться о покойномъ положеніи больного въ постели съ приподнятой верхней половиной туловища. На голову, именно, на ту сторону ея, гдѣ предполагается кровотеченіе, кладутъ пузырь со льдомъ \*). Затѣмъ надо заботиться о достаточномъ опорожненіи кишечника посредствомъ клистировъ, а позднѣе съ этой цѣлью назначаютъ внутрь *drastica*“.

„Изъ внутреннихъ средствъ часто назначается іодистый калий, пользующійся славой „*resorbens*“ (стр. 447). Если относительно второго случая можетъ быть какое-нибудь сомнѣніе, не спасло ли бы жизнь больного своевременное кровопусканіе, такъ какъ вскрытіе произведено не было, то характеръ пораженія въ первомъ случаѣ устраняетъ всякую мысль о цѣлесообразности при такихъ условіяхъ кровопусканія. Въ самомъ дѣлѣ, больной С. погибъ отъ вторичнаго кровоизліянія, при чемъ кровь проникла въ боковые желудочки, или первичное кровоизліяніе вскрылось въ желудочки, а въ такихъ случаяхъ по словамъ *G o w e r s'a*, „прогнозъ почти навѣрняка можно поставить неблагоприятный; въ немногихъ случаяхъ первичной формы, въ которыхъ наступало изліченіе, геморрагія представлялась ограниченной, да и діагнозъ въ этихъ случаяхъ подлежитъ сомнѣнію“.

*Andrè* <sup>5)</sup> описалъ аналогичный моему № 1 случай мозгового кровоизліянія, впрочемъ сопровождавшійся гемихореей и мѣстными потами. Вкратцѣ этотъ случай заключается въ слѣдующемъ:

27 марта 1884 г. около 4 часовъ пополудни въ Тулузскій госпиталь былъ принесенъ нѣвѣй Д., лѣтъ 60-ти, о которомъ нельзя было получить никакихъ свѣдѣній; онъ оказался пораженнымъ апоплексіей. Больного изслѣдовалъ ординаторъ *M a z e l*, при чемъ сердечный ритмъ оказался нормальнымъ; назначены были горчичники, слабительная клизма и возбуждающая микстура. Во время утренняго обхода 28-го марта *A n d r è* нашелъ больного въ слѣдующемъ состояніи: созна-

---

\*) *Миніе Strümpell'a* о кровоизвлеченіи я опускаю,



ніе его было совершенно утрачено, взгляд неподвиженъ, безъ выраженія, онъ ничего не видѣлъ, не слышалъ и не обнаруживалъ никакихъ признаковъ воли; дыханіе было хриплое, пульсъ полонъ и частъ; имѣлось недержание мочи, больного нельзя было заставить проглотить что-нибудь; на самый громкій зовъ онъ отвѣчалъ(?) едва слышными звуками. Правая рука и нога парализованы и слѣгка сведены, правая сторона рта какъ будто выпускаетъ дымъ (курить трубку); лѣвая рука сведена въ сгибаніи и находится въ непрерывномъ хореобразномъ движеніи, лѣвая нога менѣе сведена, чѣмъ правая и слегка реагируетъ на болевые раздраженія; обильный потъ, крупныя капли котораго покрываютъ верхнюю и переднюю часть груди. Рвоты нѣтъ, упорный запоръ, бывають приступы икоты; назначено: пузырь со льдомъ на голову, нарывной пластырь на икры и каломель въ раздѣльныхъ приемахъ. 29-го марта пульсъ 140; параличъ лицевыхъ мышцъ усилился; лицо приняло мертвенной отпечатокъ; правосторонняя гемиплегія сдѣлалась вялой, на лѣвой сторонѣ гемихорея почти прекратилась; вечеромъ въ 11 ч. больной умеръ. При вскрытіи, оболочки мозга оказались нормальными, кромѣ рѣзкой васкуляризаціи; не было ни слѣдовъ гематомы; на разрѣзѣ этихъ оболочекъ, не представлявшихъ нигдѣ сращенія, Андгè съ Магелемъ не нашли никакихъ поврежденій и на поверхности извилинъ. Тяжелый и богатый кровью мозгъ имѣлъ ненормальную консистенцію аптечной „дѣвичьей кожи“: въ немъ не было измѣненій, свойственныхъ прогрессивному параличу. Осторожно разрѣзавъ правое полушаріе на тонкіе куски, Андгè проникъ въ боковой желудочекъ, который былъ буквально залитъ черной и отчасти свернувшейся кровью, похожей на кровь праваго сердечнаго желудочка. Полосатое тѣло было разрушено и превращено въ кашу; промытое струей воды, оно оказалось совершенно разрушеннымъ въ передней своей половинѣ. Зрительный бугоръ представлялся нормальнымъ; передняя часть внутренней сумки на той же сторонѣ была отчасти разрушена; нижній и задній рогъ желудочка наполнены жидкою кровью,

прозрачная перегородка разорвана. На лѣвой сторонѣ боковой желудочекъ былъ также наполненъ черною кровью, но полосатое тѣло осталось нетронутымъ. Мозжечекъ, Вароліевъ мостъ и продолговатый мозгъ не были повреждены.

Если исключить гемихорею и обильной потъ—два явленія, заслуживающія по мнѣнію Andgè, особеннаго вниманія въ данномъ случаѣ,—то сходство между нимъ и мною описаннымъ случаемъ (№ 1) заключается въ обширности мозгового кровоизліянія, проникшаго въ оба боковыхъ желудочка, въ смертельномъ исходѣ, въ воздержаніи отъ какого-бы ни было кровоизвлеченія, а также въ томъ, что больной поступилъ *послѣ* кровоизліянія, при чемъ въ первый же день ему поставлена была слабительная клизма.

Приведу еще одинъ случай, доказывающій, что даже обширное кровоизліяніе не всегда вызываетъ немедленную смерть.

3.) Молодой солдатъ 21 года отъ роду поступилъ въ декабрѣ 1902 г. на испытаніе въ омскій военный госпиталь по поводу какихъ-то припадковъ въ родѣ падучей; однако, въ теченіе 6 недѣль пребыванія въ госпиталѣ никакихъ припадковъ у М. обнаружено не было, почему онъ и былъ выписанъ, тѣмъ болѣе, что самъ просился на выписку. Спустя 2 недѣли М. снова прибылъ въ госпиталь, такъ какъ въ ротѣ съ нимъ случился припадокъ, который полковымъ врачомъ былъ принятъ за падучую. Въ день поступленія въ госпиталь больной М. упалъ съ кровати на полъ и, по словамъ служителей, у него были судорги въ рукахъ и ногахъ, но я не засталъ уже судорогъ: М. лежалъ на полу съ закрытыми глазами и на спинѣ: руки и ноги были вытянуты, сознаніе было сохранено, колѣнно-сухожильные рефлексы повышены, разстройство кожной чувствительности не обнаружено, зрачки на свѣтъ реагировали, укусовъ языка не было, подъ себя не мочился и не испражнялся; языкъ при высовываніи дрожить, а также пальцы вытянутыхъ рукъ. Послѣ припадка больной былъ положенъ на кровать, гдѣ вскорѣ и заснулъ. Въ слѣ-

дующіе дни больной сталъ обнаруживать суетливость, ходилъ по отдѣленію, засматривалъ во всѣ углы, какъ будто что-то разыскивалъ; въ разговоры не вступалъ, а когда его спрашивали, что онъ ищетъ, отвѣчалъ: „ищу“. Затѣмъ больной успокоился и пролежалъ нѣсколько дней въ постели, вставая только для отправленія естественныхъ надобностей. Въ 10 ч. вечера 4 марта дежурный ординаторъ (П. А. Соломинъ) наблюдалъ слѣдующія явленія послѣ судорожнаго припадка, котораго онъ уже не засталъ: челюсти крѣпко сжаты, между зубами ущемленъ языкъ, глаза закрыты, при насильственномъ разжиманіи вѣкъ зрачки расширены и не реагируютъ, на вопросы не отвѣчаетъ, при громкихъ окликахъ мотааетъ головой изъ стороны въ сторону и мычитъ недовольнымъ тономъ, а затѣмъ повернулся на правый бокъ и погрузился въ сонъ“. Всю ночь М. провелъ спокойно и проснулся въ 8 ч. утра; о припадкѣ ничего не помнитъ. Около 4-хъ часовъ того же дня (12/ш) съ М. произошелъ новый судорожный, припадокъ при чемъ деж. орд. (О. Л. Шренкъ) засталъ М. въ безсознательномъ состояніи, но уже безъ судорогъ; изо рта вытекала пѣна; зрачки были сужены и вяло реагировали на свѣтъ, языкъ находился за зубами, пульсъ былъ ускоренъ и нѣсколько аритмиченъ. На слѣдующій день (13/ш) М. всталъ съ постели, началъ ходить по корридолу, никого не узнавалъ, на вопросы отвѣчалъ невпопадъ, повторяя иногда заданный вопросъ; взглядъ разсѣянный безсмысленный; разбилъ оконное стекло и безъ всякой причины разорвалъ въ клочки 2 полотенца; въ общемъ больной производилъ впечатлѣніе „лунатика“, ночь провелъ безпокойно, кричалъ, ходилъ въ одномъ бѣльѣ по корридолу, заглядывалъ въ палаты, осматривалъ другихъ больныхъ, на вопросы не отвѣчалъ или съ удивленнымъ видомъ повторялъ вопросы, помочился у печки и, наконецъ, былъ отведенъ на свою кровать, гдѣ и заснулъ. Проснувшись утромъ, М. сталъ отвѣчать разумно на вопросы и заявилъ, что со дня своего поступленія въ госпиталь ничего не помнитъ ни о припадкахъ, ни о своихъ дѣйствіяхъ; жа-

лается на головную боль в затылкѣ и слабость зрѣнія; при изслѣдованіи послѣдняго д-ромъ А. А. П а с а л ь с к и м ъ оказалось, что М. считаетъ только пальцы на разстояніи  $\frac{1}{2}$  фута; при офтальмоскопированіи же обнаружена рѣзкая гиперемія обоихъ зрительныхъ сососковъ. Съ 15 по 20-ое марта больной былъ спокоенъ, все время проводилъ въ постели, со стороны внутреннихъ органовъ разстройствъ не замѣчалось, но около 12 час. дня 21 марта М. упалъ съ кровати, по словамъ служителей, въ судоргахъ; деж. орд. (д-ръ В. А. Дѣрбаковъ) нашель М. лежащимъ на спиивѣ возлѣ кровати, причемъ руки были скрещены на груди; М. тяжело дышалъ и хрипѣлъ; изо рта выходила пѣна, языкъ находился за зубами, на нижней губѣ были двѣ свѣжія, кровоточащія ранки, продольно расположенныя, длина ихъ приблизительно соответствовала ширинѣ зубовъ; зрачки были расширены, затѣмъ приняли болѣе нормальные размѣры, но вяло реагировали на свѣтъ, пульсъ былъ крайне аритмиченъ. Послѣ этого припадка М. снова впалъ въ прежнее состояніе съ потемнѣніемъ сознанія; между прочимъ, повертываясь на кровати, упалъ на полъ и разсѣкъ себѣ нижнюю губу, такъ что пришлось наложить швы на рану. Такое состояніе продолжалось безъ перемѣнъ до 13 апрѣля, когда у больного М. появилась рвота и  $t^0$  нѣсколько повысилась (37, 8°); впрочемъ, пульсъ былъ средней силы, 80 ударовъ и правильный; головная боль усилилась. Подлихорадочное состояніе спустя 3 дня прекратилось, но рвота была ежедневно и по нѣскольку разъ, причемъ 4 и 7-го мая въ рвотныхъ массахъ было обнаружено по одной живой аскаридѣ, однако, глистогонное лѣченіе не увѣчалось успѣхомъ, хотя больше аскаридъ не выходило во время рвоты. Послѣдняя же продолжалась до конца жизни больного, появляясь то ежедневно, то съ нѣкоторыми промежутками, то одинъ разъ въ день, то нѣсколько разъ. Больной проводилъ все время въ постели, выходя изъ палаты въ сопровожденіи служителя только въ отхожее мѣсто, причемъ 12 мая была замѣчена шаткость походки больного, параличныхъ же явле-

ни не было обнаружено ни въ рукахъ, ни въ ногахъ. Безучастное отношеніе къ окружающему и почти безсознательное состояніе больного все болѣе усиливалось, испражнялся и мочился въ подкладное судно, причемъ приходилось напоминать ему объ естественныхъ отправленіяхъ; аппетитъ все ухудшался, а 19 іюня отмѣчена слабость пульса съ перебоемъ; больной видимо слабѣлъ; съ 23 іюня онъ находился въ постоянной спячкѣ, изъ которой можно было вызвать его громкимъ обращеніемъ къ нему; съ 27-го началъ мочиться подъ себя, отъ пищи отвязывался, пилъ только воду, паралича конечностей не замѣтно, а 29-го скончался при явленіяхъ сердечной слабости (синуха конечностей, слабый пульсъ съ перебоями) и безсознательнаго состоянія. При вскрытіи оказалось слѣдующее: мозговая оболочка полнокровна, причемъ мягкая при сниманіи легко рвется; пазухи твердой оболочки содержатъ жидкую кровь; внутренняя поверхность правой затылочной доли выпячивается и на разрѣзѣ въ бѣломъ веществѣ этой доли обнаружена полость величиной съ кулакъ, въ которой находились плотные сгустки крови чернаго цвѣта, легко удаляемые водой; стѣнки полости—гладкія и выстланы болѣе плотною тканью, которую можно свободно отдѣлить отъ подлежащаго бѣлаго вещества; боковые желудочки переполнены кровянистой жидкостью; на эпендимѣ ихъ венозные сосуды ясно выражены; поверхность эпендимы праваго желудочка и четвертаго представляется какъ бы посыпанной мелкими песчинками; ткань мозга умѣренной плотности и полнокровна; со стороны остальныхъ внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено. Посмертное *распознаваніе*: инкапсулированное гнѣздо кровоизліянія давняго происхожденія въ правой затылочной долѣ.

Такимъ образомъ, можно съ большою вѣроятностью предположить, что въ началѣ декабря 1902 г. у *М.* былъ апоплектический ударъ, который безъ примѣненія кровопусканія былъ перенесенъ благополучно, хотя въ дальнейшемъ и послужилъ причиной смерти больного. Если бы во время апоп-

лектического приступа *М.* было сдѣлано кровопусканіе и онъ остался бы живъ, то, пожалуй, былъ бы поводъ утверждать, что кровопусканіе спасло жизнь больному. Однако, мы видѣли, что несмотря на значительное кровоизліяніе, правда, въ затылочной долѣ, больной не умеръ и безъ примѣненія кровопусканія. Стало-быть, извлеченіе крови вовсе не такъ ужъ обязательно въ такихъ случаяхъ, какъ это стараются доказать защитники кровопусканій. Итакъ, только что приведенный случай можетъ служить достаточнымъ основаніемъ для того, чтобъ воздерживаться отъ кровопусканій, которыя и не были примѣнены въ 2-хъ раньше описанныхъ случаяхъ.

Что и другія средства, обычно незначаемыя при мозговомъ кровоизліяніи, раздѣляютъ участь кровопусканій, можно видѣть хотя бы изъ недавнихъ наблюденій *В. П. Осипова*<sup>105</sup>), приведенныхъ въ его статьѣ „*значеніе рефлекса Вабінскаго, какъ ранняго признака пораженія пирамидныхъ путей въ головномъ мозгу и значеніе его для дифференціального распознаванія между гемиплегіями органическаго и функциональнаго происхожденія*“. Я нарочно выписалъ заглавіе статьи *В. П. Осипова* для того, чтобы видно было, что вопросъ о лѣченіи гемиплегіи не являлся прямой цѣлью излѣдованій этого автора. Однако, сообщаемыя имъ свѣдѣнія о тѣхъ средствахъ, которыя примѣнялись въ его наблюденіяхъ, заслуживаютъ съ нашей стороны полного вниманія, тѣмъ болѣе, что у насъ подъ рукой нѣтъ подобнаго литературнаго матерьяла.

Всѣхъ случаевъ гемиплегіи вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ *В. П. Осиповъ* приводитъ—5. Опуская подробности, неизмѣющія для насъ значенія, мы можемъ представить эти случаи въ слѣдующемъ видѣ.

*І.* Больной *К. В.* 42 лѣтъ, поденщикъ упалъ на работѣ 11/IX вслѣдствіе быстро развившагося безсознательнаго состоянія; его подняли товарищи и доставили въ больницу, гдѣ онъ находился въ полномъ сознаніи, разговаривалъ, ходилъ по палатѣ и корридору; въ тотъ же день онъ вдругъ упалъ со

стула, развился судорожный приступ съ выдѣленіемъ пѣнистой слюны изо рта; судорги быстро прекратились, но по окончаніи ихъ обнаружился правосторонній параличъ лица, туловища и конечностей; говорить больной не могъ. Ему былъ назначенъ *ледъ на голову и слабительное*. 12-го сентября стула не было, временами сознание помрачается, больной мочится подъ себя; животъ нѣсколько вздутъ; дышетъ больно тяжело; *ледъ оставленъ*, назначена *клизма*. 13-го сент. больной въ сознаніи, пульсъ 78, полный, стула не было; *kali jodati* 8,0 : 180,0. 14-го сент. обильный стулъ; пульсъ 78 полный, въ остальномъ безъ перемѣны. 15-го переведенъ въ первое отдѣленіе той же больницы; пульсъ напряженный 60, сокращенія сердца равномѣрны; больной въ ступорозномъ состояніи,—на обликъ его по имени не реагируетъ; лице красное, дыханіе замедленное, тяжелое; *ледъ на голову, ванны 28° съ компрессами на голову, внутрь—среденныя средства; клизмы и слабительныя*. 16-го—пульсъ 72, затрудненіе глотанія; испражняется и мочится подъ себя. съ 17—21-го—состояніе больного безъ перемѣны. 22-го—ступорозное состояніе переходитъ въ кому; непродолжительныя судорожныя подергиванія конечностей; пульсъ 120, слабого наполненія; дыханіе поверхностное, ступорозное, 40 въ минуту, животъ втянутъ. 23-го—больной скончался при явленіяхъ паралича сердца.

Аутопсія обнаружила кровоизліяніе въ области лѣвой внутренней капсулы и явленія размягченія прилежащихъ къ ней участковъ *corp. striat.*; небольшое старое гнѣздо размягченія находится въ той же области справа; отекъ и гиперемія мозговой ткани, боковые желудочки расширены, содержатъ увеличенное количество цереброспинальной жидкости; замѣтный склерозъ сосудовъ основанія мозга, склерозъ аорты, гипертрофія сердца; эмфизема и застойныя явленія въ легкихъ и органахъ брюшной полости.

II. Больной *T.*, отставной рядовой, 67 лѣтъ, 9-го октября былъ поднятъ въ безсознательномъ состояніи на улицѣ и доставленъ въ больницу, гдѣ продолжалось глубокое сопорозное

состояніе, граничащее съ комой, и оказалось слѣдующее: состояніе общаго питанія подорвано; рѣзко выражены склерозъ сосудовъ, лице красное, явленія застойной гипереміи въ лицѣ, конъюнктивальные сосуды инъецированы; железы не увеличены; больной тяжело дышитъ, отдувая щеки, дыханіе—16 въ минуту, пульсъ 72, напряженный, звуки сердца ритмичны, но глухи; параличъ правой половины тѣла; мочится и испражняется подъ себя, 10-го окт.—обильная рвота съ примѣсью желчи, рвота повторяется ежедневно; съ 12-го—коматозное состояніе усилилось; 13-го наступило Чейнъ-Стоксово дыханіе, а 15 го больной скончался при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности и дыханія. Лѣченіе заключалось въ примѣненіи холода на голову, отвлекающихъ на кишечникъ, горчичниковъ, *кросососныхъ банокъ*, подкожныхъ инъекцій *of camh.*; искусственное кормленіе черезъ зондъ. Вскрытія произведено не было, по требованію родныхъ, но В. П. О с и п о в ъ предполагаетъ, что „кровоизліаніе должно было быть обширнымъ, такъ какъ вызвало явленія рѣзкаго повышенія внутричерепного давленія“.

III. Больной *М.* 63 лѣтъ, отставной рядовой, поступилъ 24-го окт. въ клинику, гдѣ найдено было слѣдующее: состояніе общаго питанія подорвано, пульсъ слабого наполненія, 80 въ минуту, звуки сердца глухи, больной находится въ сопорозномъ состояніи; лѣвая половина тѣла парализована, больной испражняется и мочится подъ себя; 26-го окт. сознаніе прояснилось, самочувствіе лучше, пульсъ ровный; съ 1-го по 14 ноября состояніе было безъ перемѣны къ лучшему, наблюдалась нѣкоторая сонливость; съ 15-го ноября появились слабыя произвольныя движенія въ пальцахъ лѣвой ноги; сознаніе больного ясное, обнаруживается аппетитъ. Лѣченіе больного заключалось въ примѣненіи іодистыхъ препаратовъ и сердечныхъ средствъ, холода на голову и отвлекающихъ на кишечникъ; съ 14-го октября (ноября? *А. С.*) приступлено къ осторожному массажу парализованныхъ конечностей. Болѣзнь протекала съ медленнымъ улучшеніемъ до 3-го де-



кабря, какъ вдругъ больной неожиданно скончался 3 декабря при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На основаніи длительного сопорознаго состоянія больного было высказано предположеніе, что обширное кровоизліяніе не органичилось областью внутренней капсулы, но проникло и въ полость желудка; вскрытіе мозга, по словамъ В. П. О с и п о в а, подтвердило распознаваніе, нужно прибавить, что заболѣль М. за двѣ недѣли до поступленія въ клинику, при чемъ заболѣваніе развилось внезапно въ видѣ апоплектического инсульта, вызвавшего потерю сознанія и полный параличъ лѣвой половины тѣла; въ клинику М. поступилъ съ обширнымъ пролежнемъ въ области крестца, при чемъ пролежень величиною съ ладонь, проникалъ до мышечной ткани; подъ вліяніемъ мѣстнаго примѣненія теплосвѣтового лѣченія пролежень сталъ быстро заживать.

IV. Больная Т., замужня крестьянка 50 л. 29 марта была доставлена въ больницу, гдѣ оказалось слѣдующее: больная въ сопорозномъ состояніи, изъ котораго выходитъ на несколько секундъ послѣ повторныхъ окликовъ, но тотчасъ снова въ него впадаетъ; лице гиперемировано; лѣвая половина тѣла парализована, конъюнктивальные сосуды инъецированы, arteriosclerosis; В. П. О с и п о в ъ поставилъ распознаваніе кровоизліянія въ область правой внутренней капсулы, при чемъ, принимая во вниманіе симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія вызвавшего сопорозное состояніе больной, онъ высказался за обширное кровоизліяніе, проникшее, по всей вѣроятности, въ область желудка. Лѣченіе: холодъ на голову, отвлекающія на кишечникъ, внутрь сердечныя средства (пульсъ слабый и учащенный), а затѣмъ и іодистый калий; были поставлены *пняки* на сосцевидные отростки. Дальнѣйшее теченіе болѣзни: сопорозное состояніе нѣсколько уменьшилось, больная отвѣчала на вопросы, иногда даже сама начинала разговаривать, выражала свои требованія, но большую часть времени проводила въ спячѣ, нерѣдко мочилась подъ себя: 2-го апрѣля замѣчено образованіе пролежня въ области

лѣвой ягодицы, довольно поверхностнаго; больная жаловалась на головную боль; подѣ влияніемъ ксероформа пролежень замѣтно улучшился къ 10 апрѣля, а затѣмъ быстро зажилъ; далѣе, сознание больной прояснилось и она постепенно стала поправляться.

V. Больная Ф., 35 лѣтъ, замужемъ 2 года, беременна на 9 мѣсяцѣ, срокъ родовъ опредѣляется специалистами между 20—25 января (1903 г.). Утромъ 12 января больная встала съ кровати, внезапно потеряла сознание и упала, при чемъ лицо ея покраснѣло; лѣвая половина тѣла парализовалась; черезъ 2 часа послѣ удара врачъ (акушеръ) нашелъ ее уже въ сознательномъ состояніи, она пыталась говорить, но безуспѣшно, такъ какъ языкъ ей не повиновался, она волновалась и знаками давала понять, что ее сильно беспокоитъ участь младенца, шевеленія котораго она не слышитъ; лице было красноватое, дѣятельность сердца напряженная, съ акцентами, пульсъ 76, сильно напряженный. Вечеромъ въ 9 ч. того же дня больную осмотрѣлъ В. П. О с и п о в ъ, который, между прочимъ, нашелъ слѣдующее: состояніе общаго питанія удовлетворительно, кожные покровы лица слегка гиперемированы, а ровно и слизистыя оболочки вѣкъ; довольно значительная инъекція конъюнктивальныхъ сосудовъ; замѣтная извилистость височныхъ артерій; параличъ лѣвой половины тѣла; сознание больной неполнѣ ясное, она не сразу понимаетъ обращенные къ ней вопросы; удалось выяснить, что больная испытываетъ головную боль; при постукиваніи по черепу она морщится. Дѣятельность сердца удовлетворительная, сокращенія сердца равномѣрны, правильны, 80 въ минуту, пульсъ достаточнаго кровонаполненія, 80 въ минуту. Ех consilio съ пользующимъ врачомъ назначено: ледъ на голову, мушки на сосцевидные отростки, отвлекающія на кишечникъ въ видѣ клизмъ и слабительныхъ, сердечныя средства внутрь. 14-го января можно было обнаружить легкія активныя движенія въ лѣвой стопѣ; сознание больной совершенно ясное, дѣятельность сердца удовлетворительная; hemianesthesia sinistra; по-

кабря, какъ вдругъ больной неожиданно скончался 3 декабря при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На основаніи длительного сопорознаго состоянія больного было высказано предположеніе, что обширное кровоизліяніе не органичилось областью внутренней капсулы, но проникло и въ полость желудка; вскрытіе мозга, по словамъ В. П. О с и п о в а, подтвердило распознаваніе, нужно прибавить, что заболѣль М. за двѣ недѣли до поступленія въ клинику, при чемъ заболѣваніе развилось внезапно въ видѣ апоплектического инсульта, вызвавшего потерю сознанія и полный параличъ лѣвой половины тѣла; въ клинику М. поступилъ съ обширнымъ пролежнемъ въ области крестца, при чемъ пролежень величиною съ ладонь, проникалъ до мышечной ткани; подъ вліяніемъ мѣстнаго примѣненія теплосвѣтового лѣченія пролежень сталъ быстро заживать.

IV. Больная Т., замужня крестьянка 50 л. 29 марта была доставлена въ больницу, гдѣ оказалось слѣдующее: больная въ сопорозномъ состояніи, изъ котораго выходитъ на несколько секундъ послѣ повторныхъ окликовъ, но тотчасъ снова въ него впадаетъ; лице гиперемировано; лѣвая половина тѣла парализована, конъюнктивальные сосуды инъецированы, arteriosclerosis; В. П. О с и п о в ъ поставилъ распознаваніе кровоизліянія въ область правой внутренней капсулы, при чемъ, принимая во вниманіе симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія вызвавшего сопорозное состояніе больной, онъ высказался за обширное кровоизліяніе, проникшее, по всей вѣроятности, въ область желудка. Лѣченіе: холодъ на голову, отвлекающія на кишечникъ, внутрь сердечныя средства (пульсъ слабый и учащенный), а затѣмъ и іодистый калий; были поставлены *пняки* на сосцевидные отростки. Дальнѣйшее теченіе болѣзни: сопорозное состояніе нѣсколько уменьшилось, больная отвѣчала на вопросы, иногда даже сама начинала разговаривать, выражала свои требованія, но большую часть времени проводила въ спячкѣ, нерѣдко мочилась подъ себя: 2-го апрѣля замѣчено образованіе пролежня въ области

лѣвой ягодицы, довольно поверхностнаго; больная жаловалась на головную боль; подѣ влияніемъ ксероформа пролежень замѣтно улучшился къ 10 апрѣля, а затѣмъ быстро зажилъ; далѣе, сознание больной прояснилось и она постепенно стала поправляться.

V. Больная Ф., 35 лѣтъ, замужемъ 2 года, беременна на 9 мѣсяцѣ, срокъ родовъ опредѣляется специалистами между 20—25 января (1903 г.). Утромъ 12 января больная встала съ кровати, внезапно потеряла сознание и упала, при чемъ лицо ея покраснѣло; лѣвая половина тѣла парализовалась; черезъ 2 часа послѣ удара врачъ (акушеръ) нашелъ ее уже въ сознательномъ состояніи, она пыталась говорить, но безуспѣшно, такъ какъ языкъ ей не повиновался, она волновалась и знаками давала понять, что ее сильно беспокоитъ участь младенца, шевеленія котораго она не слышитъ; лице было красноватое, дѣятельность сердца напряженная, съ акцентами, пульсъ 76, сильно напряженный. Вечеромъ въ 9 ч. того же дня больную осмотрѣлъ В. П. О с и п о в ъ, который, между прочимъ, нашелъ слѣдующее: состояніе общаго питанія удовлетворительно, кожные покровы лица слегка гиперемированы, а ровно и слизистыя оболочки вѣкъ; довольно значительная инъекція конъюнктивальныхъ сосудовъ; замѣтная извилистость височныхъ артерій; параличъ лѣвой половины тѣла; сознание больной неполнѣ ясное, она не сразу понимаетъ обращенные къ ней вопросы; удалось выяснить, что больная испытываетъ головную боль; при постукиваніи по черепу она морщится. Дѣятельность сердца удовлетворительная, сокращенія сердца равномѣрны, правильны, 80 въ минуту, пульсъ достаточнаго кровонаполненія, 80 въ минуту. *Ex consilio* съ пользующимъ врачомъ назначено: ледъ на голову, мушки на сосцевидные отростки, отвлекающія на кишечникъ въ видѣ клизмъ и слабительныхъ, сердечныя средства внутрь. 14-го января можно было обнаружить легкія активныя движенія въ лѣвой стопѣ; сознание больной совершенно ясное, дѣятельность сердца удовлетворительная; *hemianesthesia sinistra*; по-

ражено также и мышечное чувство. 19-го января больная благополучно разрѣшилась живымъ, доношеннымъ младенцемъ, роды были легкіе и быстрые; для младенца была взята кормилица. 21-го января больная могла уже нѣсколько двигать лѣвой ногой, едва замѣтное движеніе въ лѣвомъ плечѣ; hemianesthesia неполная; говорить болѣе внятно; снова (раньше не упоминалось, А. С.) назначено іодистое лѣчение, оставленное за день до родовъ и на первые два дня послѣ родовъ. Къ 1-му февраля самочувствіе больной значительно улучшилось, больная уже была въ состояніи садиться въ постели. Въ дальнѣйшемъ состояніе больной постепенно улучшалось: уже въ началѣ февраля возстановилось мышечное чувство и началась возстановляться кожная чувствительность, довольно быстро возстановлялось движеніе въ лѣвой ногѣ. 12 февраля больная уже могла ходить при посторонней помощи; въ рукѣ появились только небольшія движенія въ пальцахъ и въ верхнемъ плечѣ; въ лицѣ асиметрія почти незамѣтна. Назначенъ *массажъ* пораженныхъ конечностей, а съ 22 февраля къ нему присоединена гальванизация. Къ половинѣ марта движеніе въ рукѣ возстановилось въ значительной степени, а затѣмъ состояніе больной улучшалось все больше и больше, она безъ посторонней помощи спускалась съ 5-го этажа и поднималась обратно; движенія верхней конечности возстановлялись медленнѣе. Въ половинѣ апрѣля больная уѣхала въ Вильно, съ цѣлью продолжать лѣчение при лучшихъ климатическихъ условіяхъ.

Къ этому В. П. Осиповъ прибавляетъ слѣдующія свѣдѣнія, которыя выясняютъ нѣсколько этиологію даннаго заболѣванія. Последнее время беременности больная брала ежедневно теплыя ванны въ 30°; при этомъ она садилась въ ванну безъ всякихъ предосторожностей сразу, не вѣдала, вопреки наставленію врача, прохладнаго компресса на голову, оставалась въ такой ваннѣ до  $\frac{1}{2}$  часу; температура въ ванной комнатѣ стояла высокая, кромѣ того, ванна обогрѣвалась металлической печкой, стоявшей рядомъ съ ванной; сидя въ

въ ваннѣ, больная всегда была обращена головой къ печкѣ; она ни разу не догадалась сѣсть въ противоположномъ направленіи, хотя испытывала сильный жаръ и тяжесть въ головѣ, испытывала ощущеніе прилива крови къ головѣ, біеніе въ вискахъ, даже легкое головокруженіе и головную боль по выходѣ изъ ванны; наканунѣ инсульта больная тоже, по обыкновенію, приняла ванну, послѣ которой всѣ упомянутыя явленія наступили въ нѣсколько болѣе сильной степени, чѣмъ раньше, но затѣмъ прошли, а утромъ у больной развилась картина гемиплегического инсульта. Ближайшую причину, вызвавшую кровоизліяніе, В. П. Осиповъ видитъ въ повторныхъ приливахъ крови къ сосудамъ мозга вслѣдствіе усиленнаго нагрѣванія головы во время совершенно нецѣлесообразно устроеннаго купанья въ ваннѣ; при наличности склероза сосудовъ этого момента было достаточно, по мнѣнію В. П. Осипова, чтобы вызвать кровоизліяніе.

Итакъ изъ 5-ти вышеприведенныхъ случаевъ мозгового кровоизліянія два окончились выздоровленіемъ, при чемъ ни въ одномъ случаѣ не было примѣнено кровопусканіе. Нужно замѣтить, что въ случаяхъ съ благополучнымъ исходомъ не было глубокаго сопорознаго состоянія, которое наблюдалось въ остальныхъ случаяхъ. Всѣ случаи поступали подъ наблюденіе В. П. Осипова спустя нѣкоторое время послѣ удара. Лѣченіе, въ общемъ, заключалось въ примѣненіи обычныхъ средствъ, за исключеніемъ сердечныхъ, которыя назначались иногда, повидимому, безъ достаточнаго основанія (см. случ. I и V). Что касается отвлекающихъ средствъ, то въ *первомъ* и *третьемъ* случаяхъ примѣнялись только слабительныя, во *второмъ*—сверхъ того, горчичники и кровососныя банки; въ *четвертомъ*—были поставлены піявки на сосцевидные отростки, и въ *пятомъ*—вмѣсто піявокъ были примѣнены мушки. Хотя В. П. Осипова, повидимому, мало интересовалъ вопросъ о лѣченіи при мозговомъ кровоизліяніи, такъ какъ цѣль его наблюденій была совсѣмъ другая, но всетаки, если-бы примѣненіе того или другого отвлекающаго средства сопро-

вождалось какимъ нибудь благопріятнымъ дѣйствіемъ, то авторъ, конечно, отмѣтилъ-бы такое дѣйствіе. Во всякомъ случаѣ уже разнообразіе отвлекающихъ средствъ, примѣненныхъ авторомъ, говоритъ противъ благопріятнаго дѣйствія этихъ средствъ.

Въ пятомъ случаѣ В. П. О с и п о в а у больной произошло кровоизліаніе въ головной мозгъ за недѣлю до родовъ, вліаніе которыхъ съ ихъ обильнымъ кровотеченіемъ (больная разрѣшилась доношеннымъ младенцемъ легко и быстро) на гемиплегію осталось, однако, не отмѣченнымъ. Что маточныя кровотечения могутъ отражаться на черепно мозговомъ кровообращеніи, показываютъ случаи внезапной атрофіи зрительныхъ нервовъ вскорѣ послѣ такихъ кровотеченій. Ziegler<sup>106</sup>) высказалъ предположеніе, что расстройства зрѣнія послѣ кровотеченій обуславливаются судорожнымъ суженіемъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ зрительныхъ нервовъ, и дѣйствительно сосуды глазного дна представляются въ такихъ случаяхъ нитевидными (Chevallegeseu<sup>106</sup>)\*).

Выше мы уже приводимъ мнѣніе Gowers'a относительно отвлекающихъ средствъ, а также выводы на основаніи моихъ опытовъ съ приставленіемъ пиявокъ и банокъ и опытовъ Телятнѣкова - Боришпольскаго<sup>102</sup>). Всѣ эти средства скорѣй усиливаютъ полнокроеіе головного мозга, чѣмъ уменьшаютъ, а потому врядъ-ли могутъ способствовать

---

\*) По мнѣнію проф. Отта<sup>107</sup>), освобожденіе беременной матки отъ плода тоже должно оказать свое вліаніе на кровообращеніе въ головномъ мозгу, какъ показываетъ слѣдующее его наблюденіе: смерть беременной была установлена и рѣшено было немедленно приступить къ кесарскому сѣченію; былъ извлеченъ мертвый плодъ; внезапно, въ моментъ зашиванія матки, оперированная сдѣлала вздохъ, затѣмъ 2-ой, 3-й... дыханіе ея становится ровнѣе и правильнѣе и она оживаетъ совершенно; на слѣдующій день она совсѣмъ пришла въ себя, но черезъ 18 часовъ послѣ операціи умерла скоропостижно. На вскрытіи оказалось кровоизліаніе въ 4-ый желудочекъ, которое и дало картину, походившую на смерть. Освобожденіе брюшной полости, вызвавъ уменьшеніе давленія въ ней и оттокъ крови изъ мозга вновь оживило больную, хотя, правда, ненадолго..

остановкѣ кровоизліянія во время самаго приступа. Можно даже предположить, что приставленіе банокъ и особенно, пиявокъ въ извѣстной степени улучшаютъ кровообращеніе въ головномъ мозгу, а извлеченіе застойной крови способствуетъ притоку болѣе „свѣжей“ крови. Совокупнымъ дѣйствіемъ этихъ условій можно объяснить, пожалуй, улучшеніе самочувствія въ подходящихъ случаяхъ, напр. при явленіяхъ полнокровія головного мозга. \*). Но придавать большое значеніе мѣстному кровоизвлеченію при мозговыхъ кровоизліяніяхъ мы не можемъ за отсутствіемъ опредѣленныхъ данныхъ. По своему дѣйствію „отвлекающія“ средства заслуживаютъ скорѣй названіе „привлекающихъ“. Притекающая кровь вмѣсто извлеченной пиявками или банками можетъ, конечно, оказать благопріятное дѣйствіе на мѣстный процессъ, напр. воспалительнаго характера.

Поэтому примѣненіе мѣстныхъ кровоизвлеченій представляется цѣлесообразнымъ при такихъ страданіяхъ нервной системы, какъ невриты, менингиты и пр., особенно, если подъ рукой нѣтъ другихъ средствъ, но прибѣгать къ такому спо-

---

\*) У Gowers'a<sup>3)</sup> на стр. 377 читаемъ: «съ наибольшей вѣроятностью опредѣленные и значительныя разстройства могутъ быть приписаны активной гипереміи мозга въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуютъ возвращающіеся приступы головной боли, бреда и иногда лихорадки, при чемъ этимъ приступамъ предшествуютъ сильная пульсація сосудовъ и подчасъ покраснѣніе лица—симптомы кратковременнаго и однообразнаго характера. Такъ, въ одномъ случаѣ, сообщенномъ Nothnagel'емъ (сборникъ Ziemssen'a т. XV 2-ое изд. стр. 49), 57-лѣтній мужчина, начиная съ 14-лѣтняго возраста страдалъ подобными приступами, возвращавшимися черезъ промежутки времени въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. Вначалѣ существовало только чувство полноты, жара и боли въ головѣ, при чемъ припадки эти ослабѣвали подъ вліяніемъ кровотеченій изъ носа. Но позднѣе каждый приступъ начинался сердцебіеніемъ, жаромъ въ головѣ, мельканіемъ предъ глазами и шумомъ въ ушахъ; вслѣдъ за этимъ наступало умственное возбужденіе и раздражительность, больной кричалъ и плакалъ, но настоящихъ делирій не было. Состояніе это продолжалось отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней и всегда могло быть сразу обрываемо кровопусканіемъ. Въ промежуткахъ между приступами больной чувствовалъ себя прекрасно».



собу лѣченія при мозговыхъ кровоизліяніяхъ, по меньшей мѣрѣ, излишне.

Въ послѣднее время проф. Quincke<sup>108)</sup> предложилъ поясничный проколъ при мозговыхъ кровоизліяніяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, по словамъ проф. Eichhorst'a<sup>8)</sup>, иногда кровоизліяніе не ограничивается собственно паренхимною головного мозга, а проникаетъ въ желудочки или оно прорываетъ мозговую кору и мягкую оболочку и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ проникаетъ по обоимъ направленіямъ въ субархноидальныя пространства. Здѣсь оно пріобрѣтаетъ болѣе значительное протяженіе вдоль поверхности мозга, такъ что оно иногда окружаетъ большую часть мозга какъ бы чепчикомъ. Кровь можетъ также проложить себѣ путь въ субархноидальное пространство спинного мозга и отсюда распространиться далеко въ спинно-мозговой каналъ. Дѣло по большей части идетъ о свернувшейся крови, такъ что отдѣльные темнокрасные кровяные свертки можно снять или смыть струей воды (стр. 390). Въ свою очередь проф. Quincke<sup>108)</sup>, упомянувъ, что большія кровоизліянія въ черепной полости происходятъ вслѣдствіе разрыва мозговыхъ сосудовъ, а также аневризмъ болѣе крупныхъ артерій основанія мозга, или вслѣдствіе поврежденій (въ послѣднемъ случаѣ кровотеченіе происходитъ чаще всего въ оболочки), высказываетъ мысль, что кровоизліянія въ черепную полость могутъ обусловить повышеніе не только внутричерепного, но и спинно-мозгового давленія. Какъ и при опухоляхъ, по его мнѣнію, это зависитъ, главнымъ образомъ, отъ разстройства оттока лимфы, но часто, вѣроятно, и отъ воспалительной трансудаціи. Далѣе проф. Quincke говоритъ слѣдующее: „извлеченная проколомъ жидкость содержитъ примѣсь крови только въ тѣхъ случаяхъ, когда кровь прорвалась въ желудочки или въ паутинныя пространства; но кровь можетъ также свернуться дальше вверху, такъ что извлеченная жидкость можетъ быть прозрачна. Обыкновенно кровь оказывается свернувшейся, когда она излилась въ почти несодержащее жидкости субду-

ральное пространство. Отчасти вслѣдствіе этого, отчасти, вѣроятно, также потому, что фізіологическій токъ жидкости происходитъ въ обратномъ направленіи, кровь, излившаяся въ субдуральное пространство, обыкновенно не переходитъ въ подпаутинныя пространства и въ жидкость, удаленную проколомъ; другое дѣло, конечно, когда паутинная оболочка гдѣ-либо повреждена. Еще менѣе можно ждать крови въ жидкости при кровоизліаніи внѣ твердой оболочки, хотя красящее вещество крови можетъ путемъ диффузіи перейти въ цереброспинальную жидкость и сообщить ей желтоватый цвѣтъ.

Въ темныхъ случаяхъ, также у безсознательныхъ больныхъ при отсутствіи анамнеза, поясничный проколъ можетъ такимъ образомъ дать иногда важныя указанія для діагноза. Правда нужно быть осторожнымъ, такъ какъ значительное пониженіе давленія можетъ въ свѣжихъ случаяхъ, особенно въ черепной полости, усилить кровотеченіе или вызвать новое. Черезъ нѣсколько дней опасность бываетъ меньше и послѣ удаленія части крови, можетъ-быть вмѣстѣ съ трансудатомъ, осталъная часть можетъ, пожалуй, скорѣе всосаться. При травматическомъ кровоизліаніи между оболочками спинного мозга проколъ часто, повидимому, дѣйствовалъ благоприятно (Kilian, Jacoby, Bugge)".

Только-что приведенныя соображенія проф. Quincke могутъ служить подтвержденіемъ, что пониженіе внутричерепного давленія путемъ кровопусканія еще не создаетъ благоприятныхъ условій для прекращенія кровоизліанія въ головной мозгъ. Что касается примѣненія поясничнаго прокола, то изъ приведенныхъ словъ проф. Quincke вытекаетъ, что таковой проколъ можетъ принести пользу спустя нѣсколько времени послѣ кровоизліанія для удаленія образовавшагося трансудата. Дѣйствительно, въ описанномъ нами случаѣ (3) смерть послѣдовала не вслѣдствіе самого кровоизліанія въ затылочную долю праваго полушарія, а вслѣдствіе развившагося постепенно трансудата въ мозговыхъ желудочкахъ. Здѣсь своевременной поясничный проколъ могъ бы оказаться полезнымъ. Приведу кстати

слѣдующій случай, гдѣ поясничный проколь, пожалуй, тоже былъ бы вполне уместенъ:

4. Отставной казакъ Д. 52 лѣтъ поступилъ въ Омскій военный госпиталь 27 апрѣля 1903 г. съ параличомъ лѣвой руки; по словамъ больного, три недѣли назадъ во время работы у него отнялась лѣвая рука, но сознание сохранилось; на слѣдующій день присоединился параличъ лѣвой ноги и рѣчь сдѣлалась невнятной, но въ настоящее время онъ можетъ ходить безъ палки, хотя нога (лѣвая) все еще волочится; рѣчь вполне ясная; больной легко впадаетъ въ плаксивый тонъ; спиртными напитками злоупотребляетъ, сифлисъ у себя отрицаетъ; височныя артеріи тверды на ощупь, извилисты, кожная чувствительность во всей лѣвой половинѣ тѣла сохранилась вполне; сухожильные рефлексы слѣва повышены; при изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено; аппетитъ плохой, испражненіе и мочеиспусканіе совершаются правильно. Назначено *kali jodat. 3ii : 3oi.* три ложки въ день. Съ 8 мая больной слегъ въ постель, гдѣ и проводилъ все время до смерти, началъ подъ себя испражняться и мочиться, заговаривался и, видимо, не отдавалъ себѣ отчета въ своихъ поступкахъ и окружающей обстановкѣ, а съ 14 мая больной находился въ спячкѣ, изъ которой его можно было вызвать громкими окликами, и тогда больной на вопросы отвѣчалъ невпопадъ; лѣвая рука и нога лежали безъ движенія и падали какъ плети;  $t^0$ -все время была въ предѣлахъ нормы; пульсъ слабый, 70 ударовъ въ минуту, въ послѣдніе дни—съ перебоемъ. 19 мая больной скончался, не приходя въ себя, при явленіяхъ сердечной слабости и затрудненнаго дыханія. При *вскрытіи* оказалось слѣдующее: твердая мозговая оболочка полнокровна и сращена съ мягкой въ области центральныхъ извилинъ праваго полушарія; мягкая мозговая оболочка полнокровна и повсюду снимается легко за исключеніемъ того мѣста, гдѣ сращена съ твердой оболочкой и подлежащей мозговой тканью; сосуды основанія мозга твердоваты на ощупь и зияютъ на разрѣзѣ; при вскрытіи лѣваго бокового желу-

дочка выдѣлилось значительное количество кровянистой жидкости, при чемъ задній рогъ оказался сильно растянутымъ, въ полость передняго рога праваго желудочка выпячивалась мозговая ткань, при вскрытіи которой обнаружена въ правомъ полушаріи полость величиной съ куриное яйцо, содержащая кашецеобразную массу темнокраснаго цвѣта; это гнѣздо размягченія доходило до наружной поверхности праваго полушарія въ мѣстѣ сращенія мягкой мозговой оболочки съ твердой, а внизъ простиралось до основанія мозга; ткань мозга умѣренной плотности и въ общемъ, представляется полнокровной; спинномозговой каналъ вскрытъ не былъ; въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго не найдено. Такимъ образомъ, посмертное вскрытіе обнаружило гнѣздо краснаго размягченія (вслѣдствіе парамидоза) въ бѣломъ веществѣ праваго полушарія въ области центральныхъ извилинъ и воспалительныя явленія съ трансудаціей въ мозговые желудочки, что и послужило ближайшей причиной смерти. Въ такомъ случаѣ поясничный проколъ, облегчивъ всасываніе трансудата, быть-можетъ, отдалил бы печальный конецъ.

При поясничныхъ проколахъ нужно имѣть въ виду слѣдующее указаніе проф. Quincke: „большая затылочная дыра при внутренней головной водянкѣ и пр. нерѣдко закупоривается мозгомъ, какъ пробкой, такъ что прекращается сообщеніе между подпаутинными пространствами спинного и головного мозга. Въ такомъ случаѣ не только устраняются дополнительные спинномозговые пути для оттока цереброспинальной жидкости, но и черепная полость превращается дѣйствительно въ совершенно неуступчивую капсулу, для которой податливый и упругій спинномозговой дуральный мѣшокъ уже не можетъ служить предохранительнымъ клапаномъ“. „При поясничномъ проколѣ, говоритъ далѣе проф. Quincke, получается въ подобныхъ случаяхъ, несмотря на сильное повышеніе внутричерепнаго давленія, лишь незначительное, подчасъ нормальное давленіе, которое указываетъ исключительно на спинномозговое давленіе. Но случается также, что въ началѣ измѣренія

давление бывает высоко и только послѣ вытекания одного или нѣсколькихъ сантиметровъ очень быстро падаетъ до нормы или ниже нормы, потому-что первоначально еще существуетъ узкое сообщеніе съ черепной полостью, а затѣмъ послѣ выпуска небольшаго количества цереброспинальной жидкости давление въ подпаутинныхъ пространствахъ спинного мозга падаетъ настолько ниже внутричерепного, что обѣ полости вполне разобщаются на мѣстѣ большой затылочной дыры. На подобное подготовляющееся разобщеніе указываютъ, слѣдовательно: 1) весьма различная высота давленія при повторныхъ проколахъ, несмотря на то, что прочія явленія остаются безъ измѣненія; 2) очень быстрое пониженіе давленія во время прокола. При наличности другихъ данныхъ такого рода фактъ можетъ подкрѣпить діагнозъ опухоли въ задней черепной ямкѣ; практически же этотъ фактъ особенно важенъ въ томъ отношеніи, что онъ заставляетъ быть осторожнымъ съ примѣненіемъ прокола, такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда за проколомъ слѣдовали тяжелыя мозговые явленія или даже смертельный исходъ, нѣрѣдко вѣроятно играло извѣстную роль упомянутое выше разобщеніе. При такихъ условіяхъ жидкость слѣдуетъ выпускать весьма осторожно, опуская лишь весьма незначительно измѣрительную трубку; при быстромъ паденіи давленія или при появленіи мозговыхъ симптомовъ нужно прекратить выпусканіе жидкости (или впустить ее обратно). Отъ повторенія поясничнаго прокола въ такихъ случаяхъ лучше отказаться, а можно сдѣлать, если нужно, прямо проколъ мозговыхъ желудочковъ (см. Nölke)“.

Хотя проф. Quinke ссылается только на Nölke, а не приводитъ описанія способа прокола мозговыхъ желудочковъ, но, конечно, здѣсь рѣчь идетъ уже о хирургическомъ вмѣшательствѣ въ подходящихъ случаяхъ. Дѣйствительно, мысль о подобномъ вмѣшательствѣ иногда напрашивается сама собой. Такъ, при вскрытіи головного мозга въ первомъ изъ описанныхъ мною случаевъ невольно я подумалъ, что трепанация черепа, быть-можетъ, спасла бы жизнь больному С. По

справкамъ оказалось, что мысль о подобномъ вмѣшателствѣ далеко не новая.

Проф. Andrè<sup>5)</sup> по поводу лѣченія апоплексіи говоритъ слѣдующее: „при серъезной апоплексіи, кромѣ кровопусканія, примѣнимы слабительныя, мочегонныя, молочная діѣта, іодистыя щелочныя соли, тринитритъ, и вдыханіе кислорода. Такъ какъ скопленіе жидкости въ желудочкахъ представляетъ большую опасность, то слѣдуетъ доставлять выходъ этой жидкости, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ трепанакія, рекомендуемая Jabboulag'emъ (въ Ліонѣ), является послѣднимъ средствомъ борьбы. Краниэктомія съ разрѣзомъ твердой оболочки имѣетъ въ этомъ случаѣ то-же значеніе, какъ проколъ живота при водянкѣ. Въ одномъ случаѣ большой опухоли въ толщѣ лѣваго полушарія Jabboulag произвелъ трепанакію въ видѣ нѣсколькихъ мелкихъ отверстій, чрезъ которыя можно было видѣть, что подпаутинное пространство было увеличено въ глубину. За одинъ разъ вытекло четыре столовыхъ ложки серозной жидкости. Очевидно, что трепанакія служить дѣйствительнымъ средствомъ противъ отека мозга“. (стр. 76). Въ другомъ мѣстѣ Andrè<sup>5)</sup> сообщаетъ, что „нѣкоторые хирурги пробовали, съ различнымъ успѣхомъ, трепанакію черепа и антисептическій дренажъ“ при внутреннемъ кровоизліаніи въ твердой оболочкѣ головного мозга (стр. 213).

Проф. Raumont<sup>109)</sup> въ своихъ лекціяхъ посвятилъ цѣлую статью проволу желудочковъ при опухоляхъ головного мозга. „Исторія пункции мозговыхъ желудочковъ, говоритъ проф. Raumont, относится къ наиболѣе отдаленной эпохѣ т. е. къ до-Гиппократовскому времени. Между тѣмъ только въ половинѣ прошлаго столѣтія этотъ способъ стали систематически примѣнять при лѣченіи у дѣтей мозговой водянки. Chirault собралъ болѣе 200 случаевъ дѣтской головной водянки, лѣченныхъ въ теченіе времени съ 1825 г. по 1860 г., пункцией желудочковъ. Короче сказать, въ этотъ промежутокъ времени пункция дѣлалась непосредственно черезъ черепную стѣнку, безразлично, въ какой угодно точкѣ этой стѣнки, но

предпочтительно на уровнѣ передняго родничка или по ходу вѣнечнаго шва. Этотъ способъ операціи сохранилъ за собой до послѣдняго времени алептовъ, между которыми я укажу на Illingworth'a, Tordoff'a, Wink'e, не такъ давно прибѣгавшихъ къ нему, и не безъ успѣха. Само собой разумѣется, что подобный оперативный приѣмъ можетъ быть пригоденъ только у дѣтей, у которыхъ роднички и швы не окостенѣли; онъ не примѣнимъ у взрослыхъ. Со времени введенія антисептики и асептики трепанациа сдѣлалась неопасной операціей. Такимъ образомъ, присоединили къ трепанации пункцію желудочковъ какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей, и расширили показанія для пункціи во всѣхъ случаяхъ, гдѣ, какъ бы грозны ни были явленія, какъ бы тяжелы ни были проявленія вслѣдствіе ихъ повторенія, вслѣдствіе ихъ продолжительности, эти послѣднія вызываются скопленіемъ жидкости въ желудочкахъ, вторичной внутренней водянкой мозга, а, слѣдовательно, и въ случаяхъ опухоли головного мозга“ а, слѣдовательно, прибавимъ мы, и въ случаяхъ кровоизліянія въ головной мозгъ. Далѣе проф. Раутопъ приводитъ вкратцѣ литературу по занимающему его вопросу и описываетъ случай примѣненія трепанациа черепа съ пункціей мозговыхъ желудочковъ у больного съ прижизненнымъ распознаваніемъ опухоли на основаніи головного мозга въ связи съ можечкомъ. Операцію произвелъ хирургъ Потера, но больной спустя сутки послѣ операціи умеръ; посмертное вскрытіе въ общемъ подтвердило распознаваніе. Свое рѣшеніе прибѣгнуть въ операціи проф. Раутопъ, въ общемъ, основываетъ на слѣдующихъ данныхъ: въ виду указаннаго распознаванія вопросъ могъ быть лишь о палліативной помощи, имѣющей цѣлью пониженіе внутричерепнаго давленія: чтобы достигъ этого результата, мы имѣемъ выборъ между: поясничнымъ проколомъ проф. Куиске, простой трепанацией, трепанацией съ послѣдовательнымъ дренажемъ желудочковъ и трепанацией съ послѣдовательной пункціей желудочковъ. Отвергнувъ поясничный проколъ, какъ операцію далеко небезвредную и давшую уже 6 случаевъ

смерти, проф. R a u t o n d замѣчаетъ, что простое вскрытіе черепа часто оказывалось недостаточнымъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ повышеніи внутри-черепного давленія принимала неоспоримое участіе волянка желудочковъ. Отсюда выводъ: къ трепанаціи слѣдуетъ присоединить непосредственное извлечение жидкости, которая наполняетъ желудочки. Дренажъ этихъ полостей, даже когда онъ производится со всеми требуемыми предосторожностями, сопровождается зачастую септическими осложненіями или другими явленіями, въ доказательство чего проф. R a u t o n d приводитъ вкратцѣ одинъ случай, кончившійся смертю. „Ничего подобнаго, заключаетъ профессоръ, нельзя опасаться при простой пункціи желудочковъ; въ послѣднее время опубликовано извѣстное число случаевъ этой операціи съ успѣшнымъ исходомъ. При этихъ условіяхъ я и П о т е р а рѣшились на пункцію желудочковъ“.

Любопытно, что проф. R a u t o n d среди мѣръ, влияющихъ на пониженіе внутри-черепного давленія, не упоминаетъ о кровоизвлеченіи, а между тѣмъ, по его же словамъ, нѣтъ недостатка въ клиническихъ данныхъ, показывающихъ, какую роль въ происхожденіи нѣкоторыхъ черепно-мозговыхъ разстройствъ играетъ повышеніе внутри-черепного давленія и спасительное вліяніе всякаго вмѣшательства, которое имѣетъ цѣлебное дѣйствіе на этотъ патогенетическій элементъ. „Извѣстно,—продолжаетъ проф. R a u t o n d,—что при травматическомъ поврежденіи черепа, сопровождаемомъ изліяніемъ крови между твердой мозговой оболочкой и черепными костями, достаточно трепанировать черепную коробку и удалить сгустки крови, образовавшіеся вслѣдъ за разрывомъ средней мозговой оболочки, чтобы тотчасъ же исчезли проявленія весьма высокой важности, а именно: коматозное состояніе, судороги, замедленіе пульса, замедленіе и перемежающаяся пріостановка дыханія“.

Въ пользу хирургическаго вмѣшательства при кровоизліяніи въ головной мозгъ можно привести, со словъ проф. R a u t o n d'a, слѣдующія данныя: „болѣе полувѣка назадъ



(1836 г.) Magendie констатировалъ, что, производя кровоизліяніе у животнаго въ одномъ изъ полушарій при помощи остраго инструмента, вонзаемаго въ черепъ, вызываютъ параличъ и коматозное состояніе, но достаточно произвести трепанацию черепа и раздраженіе извѣстной области, которую Magendie назвалъ *nodus cursorius*, чтобы животное пришло въ себя и выполняло очень живыя движенія“. Подобная постановка опыта со всѣми вариантами приходила на умъ и мнѣ еще во время моей работы въ лабораторіи академика В. М. Бехтерева.

Объ опытахъ Magendie упоминаетъ, между прочимъ, проф. Тауберъ<sup>110</sup>) по поводу хирургическаго вмѣшательства въ одномъ случаѣ внутримозгового кровотечения травматическаго происхожденія. Приведу вкратцѣ описаніе этого случая:

Маляръ Д. 21 года получилъ ударъ въ лѣвую половину головы тяжеловѣснымъ камнемъ, послѣ чего онъ упалъ, потерялъ сознаніе, но вскорѣ пришелъ въ себя, хоня около получаса послѣ удара не могъ произнести ни слова. На слѣдующій день онъ былъ доставленъ въ клинику, гдѣ оказалось слѣдующее: позади лѣваго вѣчнаго шва рана покрововъ черепа длиною въ 1 сант., направляющаяся параллельно стрѣловидному шву соотвѣтствующая верхушкѣ *lineae semicirc. oss. pariet. sin.*; покровы всей лѣвой половины головы опухли и отечны; перелома костей черепа нигдѣ не прощупывается; рѣчь внятная, движенія во всѣхъ членахъ правильны, общее состояніе больного представляетъ видъ ошеломленнаго (*stupor*); поверхъ асептической повязки наложенъ былъ пузырь со льдомъ на голову. На второй день поступленія въ клинику (13 мая 1895 г.) у больного обнаружались признаки двигательной афазіи, а также параличъ лѣваго лицевого и большаго язычнаго нерва; правая рука слабѣ лѣвой, нижнія конечности не представляли никакихъ уклоненій. Принимая во вниманіе всѣ эти явленія, проф. Тауберъ предположилъ въ данномъ случаѣ кровоизліяніе надъ или подъ-оболочечное, увеличи-

вающее внутри-черепное давление и потому рѣшено было произвести подъ наркозомъ болѣе тщательное изслѣдованіе. Ассистентъ клиники д-ръ Б о р с у к ъ крестообразно расширилъ рану головы и, убѣдившись пальцемъ въ существованіи перелома, онъ двумя разрѣзами широко обнажилъ лѣвую половину черепа; отдѣливъ всѣ покровы черепа съ надкостницей, операторъ нашелъ свободный осколокъ кости неправильной формы и небольшой величины (2 сант.  $\times$  4 сант.); по удаленіи осколка и кровяныхъ сгустковъ подъ нимъ, обнажилась твердая мозговая оболочка, сильно инъецированная. Далѣе обнаружены были двѣ трещины съ вдавленіемъ кости; при помощи ножницъ операторъ устранилъ вдавленіе, при чемъ найдено было множество надоболочечныхъ кровяныхъ сгустковъ, которые были удалены, а одна кровоточащая вѣтвь *mening. med.* была обколота; затѣмъ дефектъ въ черепѣ свободно закрылся кожно-субперіостальными лоскутами, послѣ чего рана покрововъ была сшита на-глухо; поверхъ асептической повязки былъ положенъ ледъ на голову. 14-го, 15-го, 16-го, 17-го и 18-го у больного наблюдались припадки Джексоновской эпилепсіи съ возрастающей силой и, сверхъ того, развилась полная *hemiplegia dextra*. Въ виду такихъ бурныхъ явленій, несомнѣнно указывающихъ на увеличеніе внутричерепного давленія и чрезмѣрное раздраженіе психомоторныхъ фокусовъ рѣшено было вторично изслѣдовать поврежденное мѣсто головы. 18 мая, на 9-ый день болѣзни, подъ хлороформомъ удалены швы, губы раны, сросшіяся первымъ натяженіемъ, разъединены и костными ножницами была срѣзана нижняя часть лѣвой темянной кости вплоть до чешуи височной кости. Обнаживъ такимъ образомъ твердую мозговую оболочку на протяженіи средней части центральныхъ извилинъ, операторъ тщательно искалъ какихъ-либо измѣненій въ твердой оболочкѣ мозга, но послѣдняя повсюду представлялась нормальною и равномерно пульсировала; тогда онъ Праватовской иглой сдѣлалъ восемь пробныхъ проколовъ въ существо мозговой ткани и послѣдніе два укола, нанесенные позади

средней части Роландовой борозды, дали нѣсколько капель густой дегтеобразной крови. Тогда *dura mater* была разсѣчена Т-образнымъ разрѣзомъ въ 3 и 1½ сант., послѣ чего обнаженная часть мозговой извилины представлялась нѣсколько блѣдною, непупльсирующею; пробный проколъ этой извилины давалъ такую же густую кровянистую жидкость. Извилина (*gyr. postcentr.*) была надрѣзана и изъ глубины мозговой ткани на разстояніи около двухъ сант. отъ периферіи мозга, острой ложечкой Фолькмана былъ удаленъ кровяной экстравазатъ величиной съ тутовую ягоду или нѣсколько больше, и вмѣстѣ съ нимъ резецирована и небольшая часть бѣлаго вещества мозга. Въ образовавшуюся ямку головного мозга введена была іодоформная турунда, конецъ которой выведенъ сквозь *dura mater* на поверхность головы; раны на твердой оболочкѣ и покровахъ черепа сшиты шелкомъ. По пробужденіи отъ наркоза больной сталъ беспокоенъ и къ вечеру до того неистовствовалъ, что пришлось ему надѣть смирительную рубашу; однакожъ, послѣ приѣма 0,015 морфія оперированный успокоился и заснулъ. На слѣдующій день послѣ операціи больной находился въ полномъ сознаніи, гемиплегія уменьшилась, афазія нѣсколько „уступила“; припадковъ падучей не было, испражненіе и мочеиспусканіе совершались правильно. 20-го мая рѣчь вернулась, самочувствіе больного вполне удовлетворительно; гемиплегія почти прошла, лихорадки не было. 24 мая больной свободно началъ ходить; рана покрововъ головы зажила первымъ натяженіемъ; швы удалены, турунда сидитъ плотно въ нижнемъ углу раны. 29-го мая—вторая смѣна повязки: по удаленіи турунды изъ полости мозга вытекло около чайной ложечки кровянистой жидкости; черезъ нижній уголь раны введена короткая іодоформная турунда лишь до твердой оболочки, послѣ чего наложена асептическая повязка. Ходитъ больной, какъ здоровый; рѣчь вполне восстановилась, только она нѣсколько замедленная, парезъ лица почти исчезъ. На 28-ой день болѣзни т. е. 7 іюня маларъ Д. выписался вполне здоровымъ. Въ теченіе послѣдующихъ

мѣсяцевъ онъ неоднократно приходилъ въ клинику и передавалъ, что онъ свободно занимается своимъ ремесломъ, а ординаторы клиники констатировали отсутствіе какихъ-либо уклоненій въ функціяхъ головного мозга. На пятый мѣсяць послѣ операціи Д. былъ представленъ членамъ Общ. русск. вр. при Варш. универс., при чемъ, кромѣ легкаго переза мышцъ лица, никакихъ уклоненій не было замѣчено. 18 октября слѣдующаго года Д. былъ предъявленъ проф. Тауберъ на лекціи студентамъ, при чемъ, по словамъ оперированнаго, въ теченіе 17 мѣсяцевъ послѣ операціи у него не обнаруживалось никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, которые напоминали бы собой эпилептическія судорги; онъ чувствовалъ себя бодрымъ и здоровымъ мастеровымъ, вполне способнымъ продолжать свое ремесло комнатнаго маляра.

„Очевидно“, замѣчаетъ проф. Тауберъ, „что на этомъ больномъ типически повторился первобытный опытъ Magendie, который проколомъ сквозь черепъ животныхъ вызывалъ въ полушаріи мозга кровоизліянія, вслѣдствіе чего животныя впадали въ коматозное состояніе и парализовались. Затѣмъ онъ вскрывалъ мозговую полость и оперативнымъ путемъ удалялъ кровяные свертки, послѣ чего животныя не только приходили въ себя, но даже весело бѣгали по комнатамъ“. Въ заключеніе проф. Тауберъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Отечное состояніе покрововъ черепа нерѣдко препятствуетъ точному изслѣдованію костей черепа и въ такихъ случаяхъ рѣшеніе вопроса: есть ли въ данномъ случаѣ переломъ или нѣтъ?—остается открытымъ. Тогда коматозное состояніе больного, типическіе припадки усиленнаго внутричерепного давленія и наличность хотя бы и незначительной раны покрововъ—служатъ достаточно вѣскими мотивами къ непосредственному изслѣдованію костей черепа оперативнымъ путемъ.

2) Въ свѣжихъ случаяхъ раненія черепа при соблюденіи строгихъ мѣръ асептики, пробные проколы не только

мозговых оболочек, но и существа мозга—безопасное и потому допустимое диагностическое средство для точного определения состояния подлежащих тканей.

3) Кровоизлияние в толщѣ мозга, неподдающееся всасыванію в течение 8-10 дней, сопровождается припадками Джексоновской эпилепсiи; в такихъ случаяхъ успѣхъ оперативнаго пособія зависитъ отъ своевременности выполненія его: чѣмъ ранѣе будетъ устраненъ экстрavasатъ, тѣмъ совершеннѣе представится результатъ операціи.

Мнѣ кажется, что описанный проф. Тауберомъ случай съ благоприятнымъ исходомъ даетъ намъ право высказаться за примѣненіе не только трепанаціи, но и дальнѣйшихъ манипуляцій, при мозговомъ кровоизліаніи и не травматическаго происхожденія. Будущее покажетъ, конечно, при какихъ условіяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ хирургическому вмѣшательству, но пока преимущества послѣдняго предъ кровопусканіемъ представляются несомнѣнными.

Противъ кровопусканій вѣ послѣднее время высказался д-ръ Heiag. di Gaspero<sup>111</sup>), который приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: всѣ явленія увеличенія черепнаго давленіе—головная боль, рвота, безпокойство, бессонница, головокруженіе, судорги, ослабленіе зрѣнія, разстройство дыханія—обнаруживаются всего рѣзче тогда, когда нарушено соотношеніе между давленіемъ крови и мозговымъ давленіемъ. Послѣднее не должно достигать одинаковой величины съ первымъ и никоимъ образомъ не должно превышать его. Извѣстно, что при сжатіи мозга т. е. при увеличенномъ противъ нормы мозговомъ давленіи болѣзненные припадки могутъ не обнаруживаться, если кровяное давленіе вѣ мозговыхъ сосудахъ достаточно велико, и лишь при паденіи кровяного давленія всѣ субъективные и объективные припадки могутъ проявиться сразу и даже быстро повести къ смертельному исходу. Поэтому при лѣченіи, главнымъ образомъ, слѣдуетъ стремиться понизить внутричерепное давленіе и увеличить кровяное давленіе и тонусъ сосудовъ. Наилучшими средствами, увеличи-

вающими кровяное давленіе и сжимающими сосуды, авторъ признаетъ наперстянку и вытяжку околопочечной железы. Сжатіе мозговыхъ сосудовъ имѣетъ очень важное значеніе, такъ какъ благодаря ему уменьшается мозговое давленіе, вслѣдствіе чего улучшается и кровообращеніе и питаніе мозга. Кромѣ этихъ положительныхъ мѣръ, слѣдуетъ избѣгать всего, что можетъ сколько-нибудь понизить кровяное давленіе: назначеніе морфія и хлораль-гидрата поэтому прямо противопоказуется. Предложенныя многими авторами мѣстныя кровоизвлеченія и венесекціи при судорогахъ, G a s r e g o на основаніи личнаго опыта признаетъ нецѣлесообразными. Что касается поясничнаго прокола, то онъ показуется, главнымъ образомъ, тогда, когда увеличеніе мозгового давленія зависитъ отъ скопленія жидкости въ мозговыхъ полостяхъ; въ единичныхъ случаяхъ этотъ способъ лѣченія можетъ оказаться спасительнымъ и вести къ быстрому излѣченію; поясничный проколъ, однако, далеко нельзя считать безопаснымъ. Палліативная трепанациа черепа показуется тогда, когда установлена, что имѣется быстро растущая опухоль. Трепанациа съ одновременнымъ проколомъ желудочка показуется въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда имѣется закрытая нарастающая водянка желудочка съ непрерывно усиливающимися признаками увеличенія мозгового давленія.

Мненія G a s r e g o, отчасти совпадающія съ моими, я привожу по реферату, а потому воздерживаюсь пока отъ ихъ обсужденія, но считаю умѣстнымъ указать, что этотъ авторъ не упоминаетъ, повидимому, о примѣненіи трепанациа при травматическомъ кровоизліяніи надъ или подъ твердую мозговую оболочку. Выше мы приводили взглядъ проф. R a u s s o n d'a<sup>109</sup>) на такіе случаи; проф. T a u b e r t<sup>110</sup> тоже разбираетъ ихъ въ своихъ клиническихъ лекціяхъ по хирургіи головного мозга, а д-ръ Б. К. Ф и н к е л ь ш т е й н ь<sup>104</sup>) описалъ недавно случай трепанациа черепа по поводу травматическаго кровоизліянія подъ твердую мозговую оболочку съ благопріятнымъ исходомъ. Онъ же въ послѣднее время рефе-

рировали два случая д-ра Sorson'a<sup>112)</sup> съ оперативнымъ вмѣшательствомъ при разрывѣ средней мозговой артеріи вслѣдствіе травмы; оба случая окончились выздоровленіемъ.

Переходя отъ головного мозга къ спинному, слѣдуетъ упомянуть, что уже Муратовъ<sup>113)</sup> считалъ необходимымъ въ остромъ періодѣ кровоизліянія спинного мозга, на ряду съ терапевтическими мѣрами, и хирургическое вмѣшательство. По мнѣнію Strümpell'я<sup>116)</sup>, въ самомъ началѣ кровоизліянія въ вещество спинного мозга лѣченіе должно заключаться въ назначеніи полнѣйшаго покоя, мѣстнаго примѣненія льда и эрготина, тогда какъ при кровоизліяніи въ оболочки спинного мозга онъ совѣтуетъ, сверхъ того, также мѣстное кровоизвлеченіе (банки, пиявки). „Иногда, продолжаетъ проф. Strümpell<sup>116)</sup>, можно бы прибѣгнуть къ поясничному проколу съ цѣлью удалить часть крови и такимъ образомъ уменьшить давленіе на спинной мозгъ“. Недавно Milion<sup>114)</sup> описалъ технику поясничнаго прокола при внутрипозвоночныхъ кровоизліяніяхъ; въ другой статьѣ онъ же<sup>115)</sup> останавливается на вопросѣ, какъ избѣжать несчастныхъ случаевъ при поясничномъ проколѣ.

На основаніи всего вышеизложеннаго я считаю возможнымъ пока закончить слѣдующими положеніями: I. Кровоизвлеченіе вообще и кровопусканіе въ частности не приносятъ существенной пользы во время кровоизліяній въ головной или спинной мозгъ. II. Гораздо цѣлесообразнѣе въ такихъ случаяхъ представляется трепанція черепа, особенно при угрожающихъ жизни явленіяхъ.

Источники<sup>\*)</sup>.

- 1) А. Соболевскій. О вліяніі крововизвлеченія на черепно-мозговое кровообращеніе. Дисс. Спб. 1901 г. Изъ лабораторіи при клиникѣ академика В. М. Бехтерева.
- 2) Проф. Г. А. Захарьинъ. Клиническія лекціи. О крововизвлеченіи. Изд. 5-ое, вып. I 1895 г.
- 3) Проф. G o w e r s. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. 1896 г.
- 4) Проф. O r r e n h e i m. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896 г.
- 5) Проф. A n d r è. Клиническій обзоръ болѣзней нервной системы. 1898 г.
- 6) Проф. S e e l i g m ü l l e r. Руководство къ изученію болѣзней спинного и головного мозга, равно и общихъ неврововъ. 1889—90 г.
- 7) Проф. Кожевниковъ. Курсъ нервныхъ болѣзней. 1898 г.
- 8) E i c h o r s t. Руководство къ частной патологіи и терапіи, т. III. 1897 г.
- 9) Проф. L y o n. Руководство по клинической терапіи. 1898 г.
- 10) Проф. R o s s. Руководство къ изученію болѣзней нервной системы, 1882 г.
- 11) E i c h h o r s t. Лѣченіе крупознаго воспаления легкихъ. В. М. Ж. Июнь 1900 г.
- 12) Проф. B a g i n s k y. Реф. во „Врачѣ“: № 46 1898 г. и № 28 1901 г.
- 13) Гиндесъ. Значеніе кровопусканій при уреміи. „Дѣтская медицина“ № 2 1899 г.

---

\*) Болѣе подробныя указанія см. въ моей диссертациі.



- 14) Schubert. Die Bluteatzichungskuren, ihre Geschichte, Theorie, Indication, Technik und Nachbehandlung für Ärzte und Studierende. Stuttgart. 1896 г.
- 15) Проф. Laache. Реф. „Врачъ“ № 15 1898 г.
- 16) Проф. Поповъ. Лекціи по общей психопатологіи. 1897 г.
- 17) См. Wolzendorf. Кровоопусканіе. Реаль. Энцикл. Мед. Наукъ проф. Eulenburg - Афанасьева \*).
- 18) Проф. Griesinger. Душевные болѣзни. 1881 г.
- 19) Проф. Hurl. Руководство къ топографической анатоміи и проч. 1860 г.
- 20) Проф. Jürgensen. Извлеченіе крови. Общ. пер. Ziemsen'a, т. I часть II. 1881 г.
- 21) Гатцукъ. Дисс. Москва. 1871 г.
- 22) Финкельштейнъ. Дисс. Спб. 1883 г.
- 23) Проф. Пашутинъ. Лекціи общей патологіи. 1881 г.
- 24) Проф. Krafft-Ebing Учебникъ психіатріи. 1897 г.
- 25) Проф. Ю. Чудновскій. Дисс. Спб. 1869 г.
- 26) Проф. Manquat. Основы терапевтики и фармакологіи. 1897 г.
- 27) Проф. Чирьевъ. Физическая статистика крови. 1881.
- 28) Проф. Манассеинъ. Ueber die Dimensionen der rothen Blutkörperchen unter verschiedenen Einflüssen. Tübingen. 1872 г. \*).
- 29) Я. Каганъ. Спб. 1883 г.
- 30) Проф. Манассеинъ. Archiv. Virchow. 1872 г. \*).
- 31) Каземъ-Бекъ. Послѣдствія кровопусканія. Сообщено проф. Догелемъ на IV-омъ съѣздѣ русск. вр. въ пам. Н. И. Пирогова 1891 г. см. Труды.
- 32) Толмачевъ. Medic. - chemische Untersuch. 1868 г. \*).

---

\*) Приведены по Jürgensen'у<sup>20)</sup>, такъ какъ подлинниковъ нельзя было достать.

- 33) Новрицкій. Дисс. Варшава. 1870.
- 34) Верекундовъ. Прот. конфер. Имп. В.-М. Ак. 1885<sup>5</sup>/<sub>6</sub> г.
- 35) И. П. Павловъ. Ежемед. клин. газ. Боткина, № 31 1883 г.
- 36) Розенгартъ. Дисс. Спб. 1886 г.
- 37) Чирьевъ. Дисс. Спб. 1876 г.
- 38) Шапиро. Дисс. Спб. 1881 г.
- 39) Цыбульскій. Дисс. Спб. 1885 г.
- 40) Оттъ. Дисс. Спб. 1884 г.
- 41) Фохтъ. См. прѣнія по докладу проф. Догеля въ трудахъ IV пироговскаго съѣзда врачей 1891 г.
- 42) Колоколовъ. Дисс. Спб. 1883 г.
- 43) Антоколенко. Дисс. Сп. 1893 г.
- 44) А. Каганъ. Дисс. Сп. 1893 г.
- 45) Рокицкій. Дисс. Сп. 1899 г.
- 46) Проф. Лукьяновъ. Основанія общей патологіи сосудистой системы. Варшава. 1893 г.
- 47) Сапоцкій. Матеріалы къ вопросу о регуляціи нормальнаго состава крови. Труды русск. мед. общ. при Варш. Универс. 1891 г.
- 48) Шипировичъ. Дисс. Сп. 1892 г.
- 49) Кандаратскій. Дисс. Сп. 1882 г.
- 50) Немзеръ. О вліяніи искусственной гидреміи на газообмѣнъ у кроликовъ. „Русск. Мед.“ 1888 г. № 11.
- 51) Мальчевскій. Дисс. Спб. 1892 г.
- 52) Рубашкинъ. Дисс. Сп. 1871 г.
- 53) Габетинъ. Дисс. Спб. 1873 г.
- 54) Ф. Чудновскій. Дисс. Спб. 1890 г.
- 55) Соколовскій. Дисс. Сп. 1891 г.
- 56) Minckovsky. Дисс, Königsberg. 1881 г.
- 57) Fredericq et Nüel. Основы физиологіи чело-вѣка. 1899 г.
- 58) Навалихинъ. Дисс. Казань. 1874 г.
- 59) Оршанскій. Arch. du Bois Reymond. 1883 г.

- 60) Тархановъ. О психомоторныхъ центрахъ и развитіи ихъ у человѣка и животныхъ. 1879 г.
- 61) Knoll. Separ. olbdruck aus d. Sitz.-Ber. d. Kaiserl. Akad. in Wien Math-nat. Classe. 93. Bd. 3. Abth. 1886 г.
- 62) Gärtner und Wagner. Wiener med. Wochen. № 19 и 20 1888 г.
- 63) Hürthle. Arch. Pflüg. 1889 г.
- 64) Тархановъ. Malang. biol. tirès du bullet. de l'Acad. des Scienc. de St. Peters. VII 1869—71 г.
- 65) Тархановъ. Mel. biol. zur. dubull. pe l'Ac. des scienc. de St. P. VIII, 1871 г.
- 66) Шпанбогъ. Архивъ психіатріи, т. XV 1890 г.
- 67) Киселевъ. Дисс. 1883 г. Сп.
- 68) Жуковскій. Обзор. псих. и пр. № 11 1898 г.
- 69) Бейнаръ. Дисс. Сп. 1898 г.
- 70) Герверъ. Неврол. Вѣст. т. VII, вып. 1 и 2 1899 г.
- 71) Мѣрныи. Медиц. Вѣст. 1875 г. стр. 354.
- 72) Holden. Реф. В. М. Ж. Июнь 1900 г.
- 73) Assitot. Archiv d'ophtal. Май; реф. „Русск. Вр.“ № 33 1902 г.
- 74) Sohn. Dermatolog. Central. № 1 реф. „Русск. Вр.“ № 1 1903 г.
- 75) Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ. Дисс. Казавъ. 1901 г.
- 76) Боришпольскій. Дисс. Сп. 1906 г.
- 77) Пуссепъ. О мозговыхъ центрахъ, управляющихъ эрекціей полового члена и сѣмяотдѣленіемъ. Дисс. Сп. 1902 г.
- 78) Орлеанскій. О черепно-мозговомъ кровообращеніи при острой асфиксіи механическаго происхожденія. Дисс. Сп. 1902 г.
- 79) Пекёръ. Дисс. Сп. 1887 г.
- 80) Ціонъ и Аладовъ. Mel. biol. tir. du bull. de l'Ac. de scienc. de St. P. т. VIII 1871 г.

81) Dastre et Morat. Arch. de physiol. 1883 г.

82) Пуссенъ. Вліяніе половыхъ сношеній на мозговое кровообращеніе. Проток. науч. собр. вр. вл. душ. и нервн. 27 апрѣля 1900 г., а также „Обозр псих. и пр.“ 1902 г. № 10.

83) Kaufmann. Arch. de phys. 1895 г.

84) François-Frank. Arch. de phys. 1895 г.

85) Савцилло. Труды физико-медич. общ. № 11 1899 г.

Москва.

86) Годорскій. Дисс. Харьковъ. 1900 г.

87) Телятникъ. Невр. вѣстн. 1898 г.

88) Спиртовъ. Невр. вѣстн. 1900 г.

89) Ижевскій. Дисс. Сп. 1900 г.

90) Стадницкій. Къ ученію о смерти при повѣшаніи. Дисс. Юрьевъ. 1903 г.

91) Чувевскій. О кровоснабженіи отдѣльныхъ органовъ. Харьковъ 1902 г., а также см. Труды 8-го пироговскаго съѣзда.

92) Проф. Landois. Учебникъ физиологін. 1894 г.

93) Проф. Tigerstedt. Учебникъ физиологін. 1901 г.

94) Проф. Егоровъ. Основы медицинской физики. Сп. 1886 г.

95) Проф. В. М. Бехтеревъ. Неврол. вѣст. 1794 г.

96) Riedel. und Reiner. Arch. f. physiol. Pflüg. Bd. 79. 1900 г.

97) Проф. Павловъ. В. М. Ж. 1877 г. СХХІХ.

98) Черевковъ. Дисс. Харьковъ. 1893 г.

99) Проф. В. М. Бехтеревъ. Невропат. и психіатр. наблюд. Сп. 1900 г.

100) Бруштейнъ. О вазомоторномъ центрѣ продолговатаго мозга. „Обозр. псих. и пр.“ № 12 1901 г.

101) Проф. Корсаковъ. Курсъ психіатріи. 1901 г.

102) Телятникъ и Боришпольскій. „Обозр. псих. и пр.“ 1899 г.

103) Moritz. Болѣзни периферическихъ нервовъ, спинного и головного мозга 1902 г.

- 105) Финкельштейнъ. Случай трепанаціи черепа по поводу травматическаго кровоизліянія подъ твердую мозговую оболочку. „Русск. Вр.“ 1903 г. № 11.
- 106) Осиповъ. Частн. преп. „Обозр. психіатріи и пр.“ № 7 1903 г.
- 107) Chenallegrean. Реф. „Русск. Вт.“ № 42 1903 г.
- 108) Проф. Оттъ. Отчетъ о засѣд. 17 апр. акуш.-гинек. общ. въ Петербургѣ. „Русск. Вр.“ № 31 1903 г.
- 109) Проф. Quincke. О поясничномъ проколѣ. Пер. 1903 г. Сп.
- 110) Проф. Raymond. Лекціи по бол. нервн. системы. Т. II, 1903 г.
- 111) Проф. Таубертъ. Хирургія головного мозга. Клиническія лекціи. 1898 г. Сп.
- 112) Gaspero. Therapie der Gegenwart. Май; реф. „Русск. Вр.“ № 23 1903 г.
- 113) Sorsop. Annals of Surgery. Мартъ; реф. „Русск. Вр.“ 1903 г. № 34.
- 114) Ч. пр. Муратовъ. Клиническія лекціи по нервн. бол. дѣтск. возр. 1898 г.
- 115) Milion. La presse medicale 1902 г. № 19. „Обозр. псих. и пр.“ № 9 1903 г.
- 116) Milion. Sem. medicale 1902 г. № 25; реф. „Обозр. псих. и пр.“ 1903 г. № 9.
- 117) Проф. Strümpell. Учебникъ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Т. III 1901 г.
- 118) Проф. Леженко. Дисс. Сп. 1899.
- 119) Проф. Павловъ. Физиологія въ опытахъ. Сп. 1899 г.
- 120) Лазурскій. Дисс. Сп. 1900 г.
- 121) Проф. Подвысоцкій. Основы общей патологіи. Т. I, 1894 г. изд. 2-ое.
- 122) Проф. Raymond. Клиническія лекціи о бол. нервн. сист. Т. I, 1900 г.