

ломъ, составляющимъ 5975 больныхъ (3739 мужчинъ и 2236 женщинъ).

Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Душевные расстройства у мужчинъ встрѣчаются въ 1,6 разъ чаще, чѣмъ у женщинъ.

2. Такое соотношеніе обнаруживается какъ на стационарномъ, такъ и на амбулаторномъ матеріалѣ.

3. Наибольшее число психическихъ заболѣваній падаетъ на возрастъ между 20—40 годами.

4. Каждая болѣзнь имѣетъ какъ бы свой излюбленный возрастъ. Въ возрастѣ отъ 11—20 лѣтъ встрѣчается, главнымъ образомъ, раннее слабоуміе, аменція, истерическіе, дегенеративные и (начинаются) періодическіе психозы, въ возрастѣ 21—30 л.—неврастенія и неврастеническіе психозы, отъ 31—40 л. алкоголизмъ и хроническія интоксикаціи (морфинизмъ, кокаинизмъ и др.), отъ 41—50 л.—прогрессивный параличъ и травматическіе психозы, отъ 51—60 л.—полиневритическій психозъ и психозы, связанные съ органическими пораженіями мозга, и, наконецъ, отъ 61—70 л.—старческіе психозы и меланхолія.

5. Нѣкоторыя формы душевныхъ заболѣваній свойственны, по преимуществу, мужчинамъ, другія—женщинамъ. По амбулаторнымъ даннымъ клиники (какъ свободнымъ отъ искусственнаго подбора больныхъ), у мужчинъ чаще встрѣчается алкоголизмъ и алкогольные психозы (въ 6 разъ), прогрессивный параличъ (въ 8 разъ), травматическіе психозы (въ 5 разъ), сифилисъ мозга и психозы, связанные съ органическими поражениями мозга (въ 2 раза), хроническія интоксикаціи—морфинизмъ, кокаинизмъ и др. (въ $2\frac{1}{2}$ раза), неврастенія и неврастеническіе психозы (въ 3 раза), раннее слабоуміе (въ $2\frac{1}{2}$ раза), хроническая паранойя (въ $1\frac{1}{2}$ раза), дегенеративные психозы (въ $1\frac{1}{2}$ раза) и др.; у женщинъ же чаще наблюдаются истерическіе психозы (въ 30 разъ), меланхолія (въ 3 раза), аменція (въ $1\frac{1}{2}$ раза) и др. *Р. Авербухъ.*

О Т Ч Е Т Ы.

19-го мая с. г. въ аудиторіи медицинскихъ лабораторій Императорскаго Казанскаго Университета состоялась публичная защита диссертациі на соисканіе степени доктора меди-

пины лѣкаремъ А. С. Шоломовичемъ. „Наслѣдственность и физическіе признаки вырожденія у душевно больныхъ и здоровыхъ“.

Въ своей работѣ авторъ произвелъ клинико-статистическое изслѣдованіе 500 душевно-больныхъ и 500 здоровыхъ лицъ, принадлежащихъ къ одной и той же этнической группѣ, равныхъ по социальному положенію, возрасту и полу.

При этомъ изслѣдованіи авторъ пытался выяснить, насколько правиленъ взглядъ на значеніе т. н. физическихъ признаковъ вырожденія, какъ показателей психопатического расположенія даннаго лица, какова связь этихъ послѣднихъ съ наслѣдственнымъ отягощеніемъ, при какихъ душевныхъ расстройствахъ эти признаки встрѣчаются чаще.

Наряду съ этимъ поставленъ былъ вопросъ о роли наслѣдственнаго отягощенія въ происхожденіи душевныхъ болѣзней вообще и о дѣйствительной роли физическихъ признаковъ вырожденія, какъ показателей психопатического расположенія.

Для изслѣдованія душевно-больныхъ авторъ пользовался матеріаломъ Казанской Окружной Лечебницы и Психіатрической Лечебницы Нижегородскаго Губернскаго Земства. Что касается изслѣдованія душевно-здоровыхъ лицъ, то они производились на матеріалѣ Казанской Губернской Земской больницы и Терапевтической клиники Императорскаго Казанскаго Университета.

Соотвѣтственно поставленнымъ задачамъ, д-ръ Шоловичъ, съ одной стороны, собиралъ данныя о наслѣдственности изучаемыхъ имъ лицъ, съ другой—производилъ антропометрическія измѣненія (25 измѣреній у каждаго лица).

На основаніи этихъ сравнительныхъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1. Съ обще принятой до сихъ поръ точки зрѣнія большая часть здороваго населенія должна быть признана наслѣдственно отягощенной, что однако не вызываетъ душевнаго расстройства у носителей этого отягощенія.

2. Душевно-больные отягощены немногимъ больше здоровыхъ и, слѣдовательно, далеко не въ большинствѣ случаевъ, а лишь для относительнаго меньшинства общаго числа душевно-больныхъ, наслѣдственныя вліянія могутъ считаться патогенными.

3. Такимъ образомъ, наслѣдственное отягощеніе отнюдь не можетъ считаться важнѣйшимъ этиологическимъ факторомъ

душевныхъ болѣзней и по своему значенію должно занимать далеко не первое мѣсто.

4. Для той группы душевно-больныхъ, въ заболѣваніи которыхъ наслѣдственное отягощеніе играло роль, замѣтнѣе всего вліяніе душевныхъ болѣзней, какъ патогенетическаго фактора. Замѣтную роль играетъ также алкоголь. Вліяніе эпидеміи и туберкулеза выражено значительно слабѣе.

5. Въ виду крайней сложности вопроса объ имунитетѣ было бы преждевременно говорить объ иммунизирующемъ вліяніи органическихъ нервныхъ заболѣваній родителей, какъ это утверждаютъ *Wagner v. Lauregg* и *Pilz*. Вполнѣ установленное работами *Koller* и *Diem*'а преобладаніе органическихъ нервныхъ болѣзней въ родствѣ здоровыхъ, подтвержденное въ полной мѣрѣ и даннымъ изслѣдованіемъ, представляетъ интересный фактъ, удовлетворительное объясненіе котораго есть дѣло будущаго.

6. Изъ различныхъ формъ психозовъ, наслѣдственныя вліянія предковъ сосредоточены больше въ алкогольныхъ и періодическихъ психозахъ, меньше всего въ прогрессивномъ параличѣ.

7. Физическіе признаки вырожденія, встрѣчаясь почти въ одинаковой степени и количествахъ у душевно-больныхъ и здоровыхъ, отягощенныхъ и неотягощенныхъ, не имѣютъ прямого отношенія къ наслѣдственному отягощенію, не служатъ его показателями и не указываютъ на вырожденіе носителя ихъ (за исключеніемъ кретинизма и порэнцефаліи).

8. Ихъ нѣкоторое скопленіе у ограниченной группы больныхъ (имбециликовъ) указываетъ, что эндогенныя вліянія въ томъ числѣ и наслѣдственныя, въ происхожденіи внѣшнихъ аномалій играютъ меньшую роль, чѣмъ вліянія бластофорическія, экзогенныя.

9. Подробныя кефалометрическія измѣренія душевно-больныхъ и здоровыхъ также подтверждаютъ сказанное.

На основаніи всего вышесказаннаго авторъ приходитъ къ отрицанію того значенія, которое обычно дается понятію вырожденія и къ утвержденію возрожденія, что вполнѣ гармонируетъ со взглядомъ на болѣзнь, какъ на реакцію организма, результатомъ которой можетъ явиться даже усиленіе его оборонительныхъ средствъ.

Данные работы, отрицая правильность общепринятых взглядов о могуществѣ темныхъ, не изслѣдованныхъ наследственныхъ вліяній, выдвигаютъ необходимость болѣе значительнаго анализа экзогенныхъ факторовъ, остававшихся до сего времени въ тѣни.

Въ частности, для судебно-психіатрической экспертизы важно, что наличность того или иного „отягощенія“ въ родствѣ испытуемаго, даже въ комбинаціи съ т. н. физическими признаками вырожденія, весьма мало говоритъ о „дегенераціи“ субъекта и отнюдь не можетъ способствовать выясненію вопроса о вѣроятности.

Изъ всего этого слѣдуетъ также, что т. н. „хирургическая профилактика вырожденія“—кастрація душевно-больныхъ является плодомъ заблужденія и лишена научнаго основанія.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ, первый изъ оппонентовъ, проф. Л. О. Даркшевичъ отнесъ къ числу достоинствъ работы самый выборъ клинической темы, затрагивающей, кромѣ того, одинъ изъ сложнѣйшихъ, неразработанныхъ вопросовъ психіатріи и указалъ на цѣнность выводовъ, совпадающихъ съ его собственными взглядами, выработавшимися путемъ личнаго опыта и наблюденія. Далѣе оппонентъ указалъ на цѣлый рядъ стилистическихъ и другихъ виѣшнихъ недочетовъ работы. По вопросу о методикѣ оппонентъ считаетъ неправильнымъ исключеніе изъ сферы изслѣдованія лицъ моложе 20 лѣтъ, какъ это сдѣлалъ авторъ. Съ послѣднимъ замѣчаніемъ диспутантъ не согласился, считая необходимымъ исключить именно эту группу, какъ состоящую главнымъ образомъ изъ имбециликовъ и идиотовъ.

Прив.-доц. д-ръ А. А. Мелкихъ, отмѣтивъ интересъ темы, солидность матеріала и добросовѣстность его разработки, указалъ, что методъ работы приближаетъ ее къ типу экспериментальныхъ. Затѣмъ оппонентъ указалъ на нѣкоторыя неточности въ таблицахъ наследственности.

Проф. В. П. Осиповъ указалъ на большое количество труда, затраченнаго на разработку одного изъ важнѣйшихъ для психіатріи вопросовъ, на оригинальную методику работы и на большое количество изученнаго матеріала, вполне достаточнаго для обоснованія выводовъ. По мнѣнію оппонента, эта диссертация является однимъ изъ камней въ фундаментъ но-

ваго ученія о наслѣдственности. Оппонентъ считаетъ однако болѣе правильнымъ менѣ категорическую формулировку второго вывода диссертациі. Съ этимъ диспутантъ не счелъ возможнымъ согласиться, полагая, что его матеріалы даютъ ему право на еще болѣе категорическія утвержденія.

Послѣ короткаго совѣщанія диспутантъ былъ удостоенъ степени доктора медицины.

ИЗЪ ФИЗИКО-МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ МОСКВѢ.

5-го февраля 1913 года состоялось очередное засѣданіе Физико-Медицинскаго Общества. Докладчиками были д-ръ Л. И. Венгеровъ: „Роль мускулатуры при постановкѣ голоса въ вокальной педагогіи и терапіи“; и д-ръ Ф. А. Андреевъ: „Опыты оживленія сердца и центральной нервной системы“.

Л. И. Венгеровъ въ своемъ докладѣ освѣтилъ современное состояніе физиологіи и литературу по данному вопросу и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ, которые и приводятся въ формѣ аутореферата: 1) „Уже начиная съ начала 19-го вѣка въ школахъ и методахъ послѣдняго времени, стремящихся основывать свои положенія на данныхъ физиологіи голосовыхъ органовъ и эстетическія требованія эмпириковъ въ вопросахъ постановки голоса и голосовой техники связать съ современными данному періоду, научными областями, ставится существеннымъ условіемъ правильнаго тонообразования сознательно управляемый голосовой механизмъ; 2) прогрессъ въ соотвѣстныхъ научныхъ областяхъ, въ техникѣ изслѣдованія голосовыхъ и дыхательныхъ органовъ, труды по экспериментальной фонетикѣ, дали возможность наглядно показать значеніе нѣкоторыхъ фонетическихъ факторовъ, объяснить значеніе эмпирическихъ положеній, способствовать раскрытію (секретовъ) эмпирической педагогіи; 3) разрѣшеніе вопросовъ голосовой гигиены и способовъ исправленія разстройствъ голосовыхъ органовъ еще болѣе закрѣпляетъ связь вокальной педагогіи съ медициной; 4) съ особенной рельефностью въ изслѣдованіяхъ и выводахъ авторовъ повѣйшихъ методовъ и трудовъ по экспериментальной фонетикѣ обозначилась роль мускулатуры голосового аппарата для правильнаго тонообразования, отъ которой зависитъ въ качественномъ и количественномъ отношеніи техника и гигиена голоса; 5) первой