

ни тромбовъ сердца, ни самого эмбола на вскрытіи обнаружено не было.

*И. Жилинъ.*

**R. Cassirer.** Сосудодвигательно - трофическіе неврозы. Собр. кл. и терапия. № 2. 1908.

Авторъ даетъ очеркъ указанныхъ заболѣваній, рассматривая ихъ разносторонне и притомъ пользуясь новѣйшими данными, полученными за послѣднее время въ этой области невропатологіи. Предметомъ добросовѣстнаго описанія автора являются: акропарѣстезія, болѣзнь Raynaud, эритромелалгія, склеродермія и летучій отекъ. Интересъ представляютъ взгляды автора на патогенезъ этихъ страданій. Акропарѣстезію онъ принимаетъ за вазомоторно-чувствительный неврозъ, болѣзнь Raynaud—за неврозъ вазомоторно-трофическій; симптомы эритромелалгіи выражаютъ, по автору, состоянія раздраженія въ опредѣленныхъ вазомоторныхъ, чувствительныхъ и секреторныхъ центрахъ, а также и путяхъ; относительно склеродерміи авторъ полагаетъ, что „болѣзнь локализуется въ центральной нервной системѣ, геср. въ симпатическомъ нервѣ“ и представляетъ собой ангиотрофоневрозъ; летучій отекъ—болѣзнь Quincke—по существу своему тоже представляетъ вазомоторно-трофическій неврозъ“.

*И. Жилинъ.*

### Психіатрія.

**A. C. Розенталь.** Поясничный проколъ и его примѣненіе къ распознаванію душевныхъ болѣзней. Медицинское обозрѣніе. 1908 годъ. Томъ LXIX, № 7.

Вопросъ о поясничной пункции и ея примѣненіи въ психіатріи начинаетъ служить предметомъ цѣлаго ряда изслѣдованій и наблюденій. Къ сожалѣнію, насколько ограниченная

литература богата такого рода работами, настолько наша отечественная бѣдна оригинальными сообщеніями подобнаго рода, поэтому появившаяся въ нашей литературѣ работа д-ра Розенталя, заслуживаетъ вниманія. Авторъ, желая познакомить „товарищей психіатровъ съ тѣмъ, какъ производится діагностическій проколъ и чего можно ожидать отъ его примѣненія при современныхъ нашихъ знаніяхъ,“ излагаетъ лишь общія черты въ ученіи о поясничной пункціи въ психіатріи. Авторъ поставилъ себѣ задачей „популяризацію идеи прокола въ широкихъ врачебныхъ кругахъ,“ дабы породить систематическія наблюденія надъ большимъ матеріаломъ и тѣмъ самымъ установить тѣ или другія положенія въ ученіи о поясничной пункціи въ психіатріи.

Приведа анатомическія денныя, авторъ описываетъ технику прокола, между прочимъ указываетъ, что проколъ можетъ быть совершенъ какъ между 3 и 4 поясничными позвонками, такъ между 4 и 5; въ качествѣ инструмента авторъ употребляетъ иглы изъ иридийной платины длиною 8—10 сантиметр. и 1 миллим. въ поперечникѣ, эти иглы очень рѣдко ломаются и идеально стерилизуются. Жидкости выпускается 5—6 куб. сантиметровъ и во всякомъ случаѣ не болѣе 10 куб. с. Иногда въ жидкости наблюдается примѣсь крови; если кровь имѣлась въ спино-мозговой полости, выпущенная жидкость сохраняетъ желтоватую окраску послѣ центрифугирования, если же кровь примѣшалась во время операціи—окрашивание наблюдается лишь въ первыхъ порціяхъ выпущенной жидкости. Авторъ приходитъ къ выводу, (съ чѣмъ едва-ли можно согласиться) что измѣреніе давленія спино-мозговой жидкости при діагностическомъ проколѣ можетъ быть опущено, такъ какъ небольшія количества можно выпускать безъ серьезныхъ послѣдствій для больного, а затѣмъ измѣреніе давленія не имѣетъ діагностическаго значенія для психіатріи. Представляетъ ли поясничный проколъ опасность для больныхъ, авторъ на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій пришелъ къ тому выводу, что діагностическій проколъ не вызываетъ какихъ либо-длительныхъ вредныхъ для здоровья послѣдствій, хотя могутъ наблюдаться скоро преходящія непріятныя побочныя послѣдствія, головокруженіе, тошнота и даже рвота. Прогрессивныя паралитики особенно легко переносятъ проколъ. При проколѣ необходимо

принимать слѣдующія предосторожности: употреблять тонкія иглы, не прибѣгать къ высасыванію жидкости, выпускать отъ 3 до 6 куб. сантиметровъ (ни въ коемъ случаѣ не больше 10 куб. сантиметровъ), послѣ прокола большихъ класть въ постель на 2—3 дня и наконецъ, дѣлать повторные проколы не раньше какъ черезъ 8—10 дней; въ случаяхъ опухоли мозга, и особенно въ задней черепной ямѣ, осторожнѣе будетъ отказаться совсѣмъ отъ проколовъ. Спино-мозговая жидкость изслѣдуется прежде всего на бѣлокъ посредствомъ трубочекъ Nissl'а, причемъ увеличеніе общаго количества бѣлка хотя и характерна для прогрессивнаго паралича, но рѣшающаго дифференціально-діагностическаго значенія не имѣетъ. Качественныя пробы на отдѣльные виды бѣлковъ также не имѣютъ рѣшающаго значенія. Заслуживаетъ вниманія проба на бѣлокъ, предложенная Nonne и Apelt'омъ (появленіе мути при прибавленіи нейтральнаго раствора сѣрно-кислаго аммонія.) Центръ тяжести изслѣдованія спинно-мозговой жидкости лежитъ въ цитодіагностикѣ—счетъ кровяныхъ элементовъ и изученіе ихъ строенія. Авторъ излагаетъ различные методы изслѣдованія спинно-мозговой жидкости на присутствіе или отсутствіе лимфоцитоза, или, выражаясь точнѣе, плеоцитоза. Счетъ форменныхъ элементовъ ведется или въ окрашенныхъ мазкахъ отцентрифурованный спинно-мозговой жидкости или посредствомъ особыхъ камеръ Zeiss'а, предложенныхъ въ самое послѣднее время Fuchs'омъ и Rosenthal'емъ, которые считаютъ границей нормы 2 элемента на 1 куб. миллиметръ. Авторъ нашелъ повышенное число у паралитиковъ—наименьшее число 13 элементовъ, а наибольшее 184 въ кубическомъ миллиметрѣ. Для изученія строенія форменныхъ элементовъ спинно-мозговой жидкости авторъ излагаетъ способъ Fischer'а, и, особенно Alzheimer'а—съ заливаніемъ въ целлоидинъ и послѣдовательной окраской сѣрзовъ. При оцѣнкѣ результатовъ цитодіагностики можно опираться лишь на эмпирически добытые факты: при сухоткѣ спинного мозга и при прогрессивномъ параличѣ плеоцитозъ принадлежитъ къ числу постоянныхъ и раннихъ симптомовъ. Однако для окончательныхъ выводовъ матеріалъ недостаточенъ и нужны дальнѣйшія систематическія наблюденія. Авторъ, заканчивая свою работу, заявляетъ, что во всякомъ случаѣ плеоцитозъ уже при нынѣшнемъ положеніи нашихъ знаній является важнымъ моментомъ при діагностиче-

скихъ соображеніяхъ: отсутствіе плеоцитоза при повторныхъ пункціяхъ почти навѣрное исключаютъ прогрессивный параличъ (и сухотку спинного мозга) и съ большей долей вѣроятности сифилисъ мозга. Въ концѣ работы приведена небольшая литература съ указаніемъ болѣе крупныхъ и новыхъ работъ.

*Н. А. Глушковъ*

**В. М. Вехтеревъ.** „Объ отношеніи между психическими и нервными болѣзнями“. Обзоріе Психіатріи. № 1. 1908.

Психическія и нервныя болѣзни, находясь въ тѣсной связи между собою, въ тоже время примыкаютъ къ общимъ соматическимъ заболѣваніямъ, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ „дѣло идетъ объ общихъ аутоинтоксикаціяхъ и интоксикаціяхъ организма, вліянію которыхъ (въ душевномъ заболѣваніи) подвергаются по преимуществу высшіе центры головного мозга“. Обычно намъ приходится констатировать лишь слѣды, отпечатки этихъ интоксикацій, — самая же ихъ сущность остается для насъ необъясненной. Поэтому и „нѣтъ основанія доискиваться анатомической основы въ раздѣленіи психозовъ“, — цѣннѣе гораздо обстоятельное клиническое обследованіе каждаго даннаго случая.

*И. Жилинъ.*

Современная психіатрія. № 2. 1908 г.

„Постановка вопроса о границахъ душевнаго здоровья“ и болѣе точное опредѣленіе послѣднихъ — вотъ та цѣль, которой задался д-ръ *Ганушкинъ* въ своей статьѣ. Авторъ послѣдовательно разсматриваетъ взгляды на этотъ предметъ *Trelat*, *Falret*, *Koch'a* и *Ziehen'a*. Онъ находитъ, что матеріалъ, подлежавшій изслѣдованію указанныхъ ученыхъ, надлежало бы сузить „во первыхъ, въ количественномъ отношеніи, — т. е., необходимо точнѣе ограничить случаи, подлежащіе описанію; во вторыхъ, въ качественномъ, — т. е., нужно описывать не общую симптоматологію переходныхъ состояній, а