

7530<sup>а</sup> кн. № 6571

# НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

профессора **В. М. БЕХТЕРЕВА** (С.-Петербургъ)

и

профессора **Н. М. ПОПОВА** (Казань).

ТОМЪ **V.** ВЫП. **I.**

## СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

- В. П. Осиповъ.** Рѣдкое уродство головного мозга, сопровождающееся неполнымъ раздѣленіемъ мозговыхъ полушарій.
- Н. М. Поповъ.** Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при остромъ бредѣ.
- Г. Идельсонъ.** Современное состояніе ученія объ афазіи (продолженіе).
- В. П. Жестковъ.** Объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи.
- В. Ф. Чижъ.** Кататонія.
- Г. А. Блякинъ.** Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва.
- Н. Постовекій.** Отчетъ о четвертомъ международномъ конгрессѣ криминальной антропологии въ Женевѣ.
- Н. Я. Смѣловъ.** Случай притворнаго слабоумія.

**В. М. Бехтеревъ.** О сращеніи или одеревенѣлости позвоночнаго столба, какъ особой формѣ заболѣванія.

**А. Е. Щербакъ и И. И. Ивановъ.** Къ дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита.

Критика и библиографія:

Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Отчетъ о дѣятельности Общества за 1896 годъ.

Списокъ членовъ Общества по 1 января 1897 года.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1897.

36

Въ книжномъ складѣ Н. Я. Башмакова въ С.-Петербургѣ и Казани имѣется въ продажѣ сочиненіе профессора И. М. Догеля: „Сравнительная Анатомія, Физиологія и Формакологія сердца“. Рисунки въ текстѣ и въ таблицахъ.

**Цѣна 8 руб.**

C. 6571  
C 7530<sup>a</sup>

1907 г.

# НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

профессора **В. М. БЕХТЕРЕВА** (С.-Петербургъ)

и

профессора **Н. М. ПОПОВА** (Казань).

ТОМЪ **V.** ВЫП. **I.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

- В. П. Оеишовъ.** Рѣдкое уродство головного мозга, сопровождающееся неполнымъ раздѣленіемъ мозговыхъ полушарій.
- Н. М. Поповъ.** Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при остромъ бредѣ.
- Г. Идельсонъ.** Современное состояніе ученія объ афазіи (продолженіе).
- В. И. Жестковъ.** Объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи.
- В. Ф. Чижевъ.** Кататонія.
- Г. А. Блячкинъ.** Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва.
- Н. Постовскій.** Отчетъ о четвертомъ международномъ конгрессѣ криминальной антропологии въ Женевѣ.
- Н. Я. Смѣловъ.** Случай притворнаго слабоумія.

**В. М. Бехтеревъ.** О сращеніи или одеревенѣлости позвоночнаго столба, какъ особой формѣ заболѣванія.

**А. Е. Щербакъ и И. И. Ивановъ.** Къ дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита.

Критика и библиографія:

Рефераты по психіатріи и невропатологии.

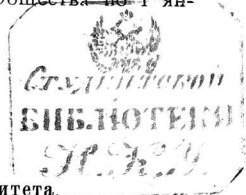
Хроника и смѣсь.

Лѣтопись общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Отчетъ о дѣятельности Общества за 1896 годъ.

Списокъ членовъ Общества по 1 января 1897 года.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.



Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1897.

86

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ  
при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель Н. Поповъ.

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
<b>В. П. Осиповъ.</b> Рѣдкое уродство головного мозга, сопровождающееся неполнымъ раздѣленіемъ мозговыхъ полушарій . . . . .	1
<b>Н. М. Поповъ.</b> Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при остромъ бредѣ . . . . .	20
<b>Г. Идельсонъ.</b> Современное состояніе ученія объ афазіи (продолженіе) . . . . .	49
<b>В. И. Жестковъ.</b> Объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи . . . . .	70
<b>В. Ф. Чижъ.</b> Катагонія . . . . .	83
<b>Г. А. Клячкинъ.</b> Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва . . . . .	107
<b>Н. Постовскій.</b> Отчетъ о четвертомъ международномъ конгрессѣ криминальной антропологии въ Женевѣ . . . . .	115
<b>Н. Я. Смѣловъ.</b> Случай притворнаго слабоумія ( <i>simulatio dementiae</i> ) . . . . .	131
<b>В. М. Бехтеревъ.</b> О сращеніи или одеревенѣлости позвоночнаго столба, какъ особой формѣ заболѣванія . . . . .	147
<b>А. Е. Щербакъ и И. И. Ивановъ.</b> Къ дифференціальной діагностики множественнаго неврита . . . . .	160

## КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рефераты по невропатологии и психіатріи . . . . .	171
<i>H. Hudden.</i> Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen alcohol. Neuritis. <i>M. Laehr.</i> Ueber Störungen der Schmerz und Temperaturempfindung in Folge von Erkrankungen des Rückenmarkes. <i>A. Cramer.</i> Ueber Sinnestauschungne bei geisteskranken Taubstummen. <i>L. Bruns.</i> Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren. <i>E. Hallerworden.</i> Ueber anämische Sprachstörung. <i>H. Liepmann.</i> Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome bei Delirium tremens. <i>E. Tromner.</i> Beiträge zur Kenntniss der Störungen der äusseren Sprache, besonder bei multipler Scler-	

## IV

Стр.

rose und Dementia paralytica. *Alzheimer*. Ein «geborener Verbrecher». *H. Kurella*. Fetischismus oder Simulation? *Ferrari*. Психическія разстройства въ сочетаніи съ множественнымъ невритомъ. *Harriet C. В. Alexander*. Abuse of bromides. *Travie Drennen*. Syphilis as an aetiological factor in the production of locomotor ataxia. *В. А. Мурамовъ*. Къ патологической физиологіи и дифференціальному диагнозу кортикальной эпилепси. *Л. О. Филькенштейнъ*. Случай острого слабоумія при отравленіи gaz pauvre. *Ant. Ritti*. Des psychoses de la vieillesse.

### Х Р О Н И К А И С М Ъ С Ъ . . . . . 186

Лѣтопись общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. . . . .	190
Отчетъ о научной дѣятельности общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1896 годъ, съ включеніемъ данныхъ по состоянію бібліотеки и кассы общества. Секретаря <b>В. Н. Воротынскаго</b> . . . . .	192
Списокъ членовъ общества по 1 января 1897 года . . . . .	195

### О Б Ъ Я В Л Е Н І Я .



Изъ анатоми-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева.

## Рѣдкое уродство головного мозга, сопровождающееся неполнымъ раздѣленіемъ мозговыхъ полушарій.

(Съ 3-мя рисунками въ текстѣ).

Д-ра В. П. Осипова.

Случай, описаніе котораго составитъ предметъ настоящей статьи, относится къ числу рѣдкихъ уродствъ центральной нервной системы, представляя очень рѣзкія отклоненія отъ нормальнаго типа развитія головного мозга. Мозгъ принадлежитъ мертворожденному недоношенному плоду, который появился на свѣтъ при слѣдующихъ условіяхъ:

Осенью 1895 года въ приѣмный родильный покой С. П. Бургскаго Клиническаго Военнаго Госпиталя пришла беременная женщина, заявивъ, что она чувствуетъ приближеніе родовъ, хотя до срока ей остается еще около мѣсяца; при этомъ она объяснила, что служитъ на табачной фабрикѣ, гдѣ три дня тому назадъ ее ударило по животу свалившимся на нее тяжелымъ тюкомъ; вскорѣ послѣ этого она перестала ощущать шевеленіе плода, а затѣмъ начались родовыя боли. Произведенное въ родильномъ покоѣ объективное изслѣдованіе роженицы подтвердило смерть плода, а черезъ нѣсколько часовъ послѣдовали преждевременные роды мертвымъ плодомъ.

Родившійся плодъ оказался уродомъ, а именно, у него была заячья губа, волчья пасть и, кромѣ того, по шести паль-

цевъ на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ; съ разрѣшенія матери, отказавшейся отъ всякихъ притязаній на него, плодъ былъ взятъ нами для болѣе подробнаго изслѣдованія.

Прибавимъ къ сказанному, что роженицѣ 28 лѣтъ, она незамужняя, родила въ третій разъ; прежнія дѣти, по ея словамъ, были правильно развиты, сама она въ физическомъ отношеніи уклоненій отъ нормы не представляетъ, не замѣчала она никакихъ физическихъ недостатковъ и у отца настоящаго, недоношеннаго ребенка, сифилиса въ анамнезѣ роженицы нѣтъ, никакими болѣзнями во время беременности она не страдала, алкоголь употребляетъ. Отецъ ребенка пьетъ немного; былъ ли у него сифилисъ,—осталось невыясненнымъ. Роженица не помнитъ, могло ли произойти плодотворное совокупленіе при послѣдней беременности въ нетрезвомъ видѣ, хотя возможность этого она не отрицаетъ.

По вскрытіи черепной полости плода оказалось, что головной мозгъ его представляетъ крайне рѣзкія уклоненія отъ нормы, въ силу чего мы и рѣшили опубликовать этотъ случай, изслѣдованіе котораго произведено нами въ анатомо-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева.

Изслѣдованіе плода показываетъ, что онъ женскаго пола длина его—48 снтм., вѣсъ—3035,0.

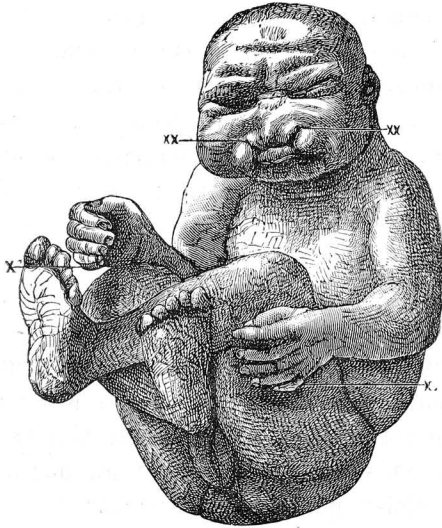
Размѣры черепа: окружность прямая—30 снтм., косая—31, вертикальная—27, размѣръ прямой—10, большой косой—11, малый косой—8, вертикальный—6<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, большой поперечный—9, малый поперечный—6. Окружность плечиковъ—33, поперечный размѣръ—12<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, окружность ягодицъ—29, поперечный размѣръ ягодицъ—9, грудной размѣръ—8. Волосы на головѣ около 2 снтм. длины. Ногти на пальцахъ рукъ доходятъ до концовъ пальцевъ, на ногахъ нѣсколько переходятъ половину разстоянія отъ основанія ногтя до конца пальца.

На основаніи только-что приведенныхъ данныхъ можно было заключить, что плодъ находится на девятомъ мѣсяцѣ развитія; за этотъ возрастъ плода говорилъ также анамнезъ



и объективное <sup>1)</sup> изслѣдованіе матери при поступленіи ея въ родильный покой. У плода неправильно развиты верхняя губа, полость рта и носа.

Рис. I



x Придаточные пальцы.

xx Щели между крыльями носа и верхней губой.

Верхняя губа существуетъ лишь у угловъ рта, выражена съ каждой стороны на протяженіи одного снтм.; между губою и носовыми крыльями съ каждой стороны находится по глубокой щели въ 1 снтм. длины; щели эти направлены снизу и снутри вверхъ и кнаружи. Такимъ образомъ, на мѣстѣ сред-

<sup>1)</sup> Приводить подробный анамнезъ и результатъ акушерскаго изслѣдованія мы считаемъ излишнимъ, потому что ни то, ни другое не относится къ интересующему насъ вопросу.

ней части верхней губы находится нижняя сторона носа, ширина котораго между нижними концами упомянутыхъ щелей равняется 1,5 снтм., а между верхними—2,5 снтм.

Носъ совершенно не выстоитъ впереди, онъ очень рѣзко сплюснутъ, а носовая перегородка въ видѣ тяжа втягиваетъ кончикъ носа въ носоротовую полость. Крылья носа выражены отчетливо, но нижней границы носовыхъ ходовъ нѣтъ, потому что у плода имѣется дефектъ твердаго неба: мы видимъ здѣсь разщелину, зависящую въ передней части твердаго неба отъ отсутствія *oss. incisivi*, а далѣе къзади отъ недоразвитія небныхъ отростковъ костей верхней челюсти; ширина разщелины спереди—1,7 снтм., а сзади около 1 снтм. Мягкое небо развито правильно. На нижней челюсти и существующей части верхней сидятъ зачатки зубовъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе черепа обнаружило отсутствіе гребешка рѣшетчатой кости (*crista galli*). Послѣ распила черепа въ стрѣловидномъ направленіи по срединной линіи оказалось, что сошникъ, нижнія, среднія и верхнія носовыя раковины, лабиринты и перпендикулярная пластинка рѣшетчатой кости выражены хорошо.

Итакъ передъ нами форма уродства, называемая „cheilognathopalato-schisis“ или „волчья пасть“<sup>1)</sup>.

Уже было упомянуто, что у плода на каждой рукѣ находится по 6 пальцевъ; прибавочные пальцы сидятъ съ локтевой стороны мизинца: судя по внѣшнему виду, они отходятъ отъ локтевой стороны первой фаланги мизинца; на ихъ ладонной поверхности различается, какъ и на остальныхъ пальцахъ, по три поперечныхъ складки, ногти не доходятъ до концовъ пальцевъ, на ощупь пальцы эти имѣютъ костную основу. Съ цѣлью выяснитъ отношеніе скелета прибавочныхъ пальцевъ къ скелету руки было произведено, при любезномъ содѣйствіи ассистента при кафедрѣ физики въ Императорской Военно-Меди-

---

<sup>1)</sup> *Ziegler. Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. I Band. Jena. 1892, S. 394.*

цинской Академіи, И. А. Лебедева, фотографированіе X-лучами Рѣнтгена; на снимкѣ обнаружилось, что прибавочные пальцы имѣютъ по двѣ фаланги и не имѣютъ соотвѣтствующихъ имъ пястныхъ костей.

Теперь обратимся къ мозгу.

Вѣсь вынутаго изъ полости черепа головного мозга вмѣстѣ съ мозжечкомъ и продолговатымъ мозгомъ—174,0; мозгъ положенъ для сохраненія и уплотнѣнія въ 1% растворъ формалина; мягкая мозговая оболочка снята черезъ нѣсколько дней, отдѣлилась всюду легко.

Уже при бѣгломъ осмотрѣ мозга замѣчено слѣдующее: раздѣленіе мозга на два полушарія не выражено въ лобной части; мозжечекъ совершенно не прикрытъ полушаріями, равно какъ и задняя часть четверохолмія.

Начнемъ болѣе подробное описаніе съ поверхности полушарій головного мозга. Здѣсь далеко не всѣ борозды выражены хорошо и правильно: Сильвіевы борозды на нижней поверхности полушарій развиты хорошо; но при переходѣ на боковую поверхность полушарій правая Сильвіева борозда тотчасъ оканчивается, не давая горизонтальной вѣтви; слѣва она раздѣляется на горизонтальную и вертикальную вѣтви, первая располагается по поверхности полушарія обычнымъ порядкомъ, а вторая довольно поверхностна, и длина ея едва достигаетъ 1 снтм. Роландовы борозды лежатъ слишкомъ близко впереди, верхнія половины ихъ развиты хорошо, длина ихъ и съ той, и съ другой стороны = 2,5 снтм.; слѣва Роландова борозда, уже въ видѣ крайне поверхностной бороздки, продолжается до мѣста развѣтвленія Сильвіевой борозды на горизонтальную и вертикальную вѣтви; слѣва верхній конецъ Роландовой борозды доходитъ до внутренней поверхности полушарія, гдѣ дѣлится на двѣ короткихъ вѣточки; справа онъ нѣсколько переходитъ на внутреннюю поверхность.

Верхнія лобныя борозды выражены отчетливо; лѣвая верхняя лобная борозда не доходитъ до Роландовой на 3 мм., а тотчасъ сзади Роландовой идетъ на протяженіи 2 снтм. бо-

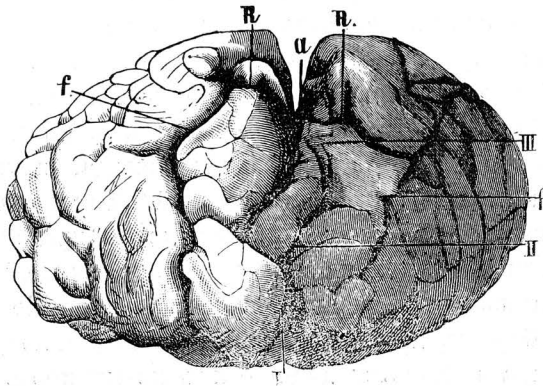
розда, сохраняющая направление верхи лобной. Справа верхняя лобная борозда перекрещиваетъ Роландову и продолжается далѣе кзади по поверхности теменной доли; загибаясь дугообразно книзу, она заканчивается въ височной долѣ. Передняя центральная борозда, а, слѣдовательно, и соответственные извилины, отсутствуют; такимъ образомъ, лобныя доли, вслѣдствіе слишкомъ близкаго помѣщенія Роландовыхъ бороздъ кпереди, чрезмерно коротки. На основаніи мозга раздѣленіе лобныхъ долей на двѣ выражено ясно, но при переходѣ нижней поверхности полушарій въ переднюю большая мозговая разщелина (*fissura cerebri magna*) упирается въ поперечную извилину, служащую нижнимъ (Рис. 2,1) соединеніемъ между полушаріями; продольная борозда раздѣляется при этомъ вилообразно на двѣ бороздки, около 1 снтм. длины каждая. Выше нижняго соединенія между полушаріями они снова раздѣляются короткой бороздой, также дѣлящейся вилообразно на двѣ вѣточки, входящія во внутренніе края первыхъ лобныхъ извилинъ той и другой стороны мозга; здѣсь мы встрѣчаемъ второе, среднее, соединеніе между полушаріями (Рис. 2,II); ширина второго соединенія около 1 снтм. Надъ вторымъ соединеніемъ раздѣленіе на полушарія продолжается на протяженіи 1 снтм., причѣмъ раздѣляющая борозда слегка уклоняется влѣво; она также дѣлится вилообразно, давая два короткихъ отростка въ лобныя извилины; здѣсь находимъ третій, верхній, подковообразный переходъ первой лобной извилины лѣваго полушарія въ соответственную извилину праваго (Рис. 2,III); ширина этого перехода не превышаетъ 1 снтм. На всѣхъ трехъ соединительныхъ извилинахъ замѣтно очень поверхностное вдавленіе, направленіе котораго совпадаетъ съ направленіемъ прерываемой ими борозды, дѣлящей мозгъ на два полушарія. Третья соединительная извилина имѣетъ косвенное направленіе—сверху внизъ и справа налѣво; правая сторона ея служитъ лѣвой стѣнкой глубокой борозды, начинающейся на 1 снтм. выше второй соединительной извилины и переходящей

въ большую продольную мозговую разщелину. (См. рис. 2, а).

Итакъ, большая продольная разщелина въ лобной части мозга трижды прерывается соединительными извилинами, а такъ какъ она при этомъ уклоняется нѣсколько влѣво, то правая лобная доля представляется шире лѣвой.

Вторую и третью лобную извилину можно выдѣлить на обоихъ полушаріяхъ, хотя и не особенно отчетливо.

Рис. 2.



I. Нижнее соединеніе между полушаріями. II. Среднее соединеніе между полушаріями. III. Верхнее соединеніе между полушаріями. а Выраженная въ верхнихъ отдѣлахъ лобныхъ долей часть большой мозговой разщелины. В. Роландова борозда. f. Верхняя лобная борозда.

Островковья доли (*insulae Reilii*) отсутствуютъ съ обѣихъ сторонъ: ихъ не видно ни при раздвиганіи Сильвіевыхъ бороздъ, ни на поперечномъ разрѣзѣ черезъ полушарія, проведенномъ на соотвѣтственномъ уровнѣ.

Теменные доли полушарій большого мозга развиты лучше другихъ; въ нихъ хорошо выражены межтеменные борозды (*sulci interparietales*); въ лѣвой теменной долѣ отчетливо развита угловая извилина (*g. angularis*).

Височныя доли развиты слабо, со стороны основанія мозга онѣ нѣсколько утолщены; извилины височныхъ долей, особенно съ нижней стороны ихъ, обозначены неясно.

Затылочные доли рѣзко укорочены: онѣ не только не покрываютъ мозжечка, но и четверохолміе прикрыто ими лишь на-половину. Изъ бороздъ хорошо развиты теменно-затылочные (*s. parieto-occipitales*) и шпорныя борозды (*fiss. calcarinae*); остальные борозды, а, слѣдовательно, и извилины, выражены не особенно ясно. На внутренней сторонѣ обѣихъ затылочныхъ долей находимъ два симметричныхъ выпячиванія округлой формы, сходящихся по направленію къзади; эти выпячиванія относятся къ области предѣлінія (*praesepus*). Вообще говоря, на поверхности полушарій удается выдѣлить далеко не всѣ борозды и извилины, встрѣчающіяся на нормально развитыхъ мозгахъ. Изъ глубокихъ бороздъ замѣчается преобладаніе продольныхъ, въ числѣ которыхъ нужно назвать описанныя уже верхнія лобныя и межтеменные; кромѣ того, въ лѣвомъ полушаріи имѣется еще одна продольная борозда, идущая параллельно и нѣсколько ниже межтеменной. Теменная доля праваго полушарія также пересѣкается двумя продольными бороздами—одной межтеменной и другой, служащей продолженіемъ описанной выше верхней лобной. Вслѣдствіе такого расположенія бороздъ довольно характернымъ для полушарій нашего препарата является дѣленіе ихъ двумя продольными бороздами на три извилины—верхнюю, среднюю и нижнюю; вслѣдствіе несимметричнаго положенія продольныхъ бороздъ обоихъ полушарій и извилины эти не представляются симметричными.

Кромѣ описанныхъ, на обоихъ полушаріяхъ находится много бороздъ, идущихъ безъ опредѣленнаго порядка, частью довольно глубокихъ, но очень короткихъ.

Прибавимъ еще, что извилины полушарій пересѣкаются множествомъ крайне поверхностныхъ бороздокъ, что придаетъ поверхности мозга характеръ микрогиріи.

Разсматривая нашъ препаратъ со стороны основанія мозга, находимъ полное отсутствіе обонятельныхъ долей и обонятельныхъ нервовъ. Зрительные нервы и перекрестъ зрительныхъ путей выражены ясно. Наружныя колѣнчатыя тѣла въ зачаточномъ состояніи, но все-таки различается начало отъ нихъ.

зрительныхъ путей. Прочіе черепные нервы развиты правильно. *Gyrus uncinatus* слѣва выражень очень неясно, справа значительно шире обыкновеннаго.

Между лобными долями полушарій имѣется выпячиваніе, напоминающее своею формою усѣченный и сплющенный съ боковъ конусъ; длина его въ продольномъ направленіи около 1 снтм.; если раздвинуть полушарія, то видно, что это выпячиваніе идетъ въ глубь, въ вещество лобныхъ долей, расширяясь довольно значительно. Впереди выпячиванія на протяженіи 3 снтм. существуетъ раздѣленіе мозга на полушарія, прерывающееся вышеописаннымъ первымъ соединеніемъ между ними.

Ножки большого мозга лежатъ глубоко, ясно видѣть ихъ мѣшаетъ сильное подушкообразное выпячиваніе Варольева моста, доходящее почти до титечныхъ тѣлъ. Передній и задній отдѣлъ четверохолмія сливаются между собою.

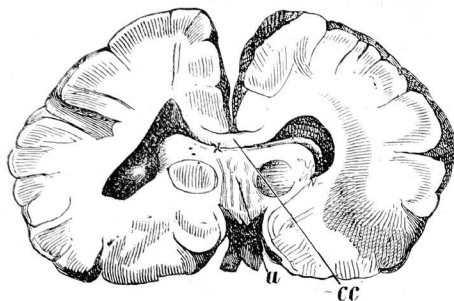
Съ цѣлью ознакомленія съ взаимнымъ отношеніемъ внутреннихъ отдѣловъ нашего препарата были произведены разрѣзы въ продольномъ и поперечномъ направленіяхъ: продольный разрѣзъ прошелъ по большой расщелинѣ мозга, а поперечный былъ проведенъ въ лобномъ направленіи на уровнѣ заднихъ центральныхъ извилинъ.

При помощи этихъ разрѣзовъ обнаружилось, что соединительныя извилины состоятъ, подобно другимъ извилинамъ, изъ сѣраго и бѣлаго мозгового вещества и что соединеніе между полушаріями существуетъ во всей толщи лобныхъ долей; далѣе— мозолистое тѣло имѣется, хотя и мало развито; передняя часть его входитъ въ вещество лобныхъ долей въ мѣстѣ, гдѣ полушарія не раздѣлены; поэтому колѣно мозолистаго тѣла (*genu corporis callosi*) не развито. Сообразно съ этимъ, не выраженъ и передній отдѣлъ опоясывающей извилины мозолистаго тѣла (*g. cinguli*) и *sulc. calloso-marginalis*.

*Septum pellucidum* отсутствуетъ совершенно; вслѣдствіе этого боковые желудочки представляютъ одну общую полость (см. рис. 3), передніе рога боковыхъ желудочковъ очень коротки,

задніе и нижніе развиты хорошо. Заднія ножки свода выражены отчетливо.

Рис. 3.



а. Разросшаяся спайка между зрительными буграми и полосатыми тѣлами той и другой стороны. сс. Мозолистое тѣло. х. Мозгъ спаян, почему сообщеніе между боковыми желудочками выражено линіей.

Зрительные бугры и полосатые тѣла сращены по срединной линіи (см. рис. 3); только въ заднемъ ихъ отдѣлѣ находится поверхностная бороздка въ 2 смт. длины—намекъ на отсутствующій 3-й желудочекъ.

Серповидный отростокъ (processus falciformis) твердой мозговой оболочки заходитъ въ расщелину (см. рис. 2,а), по которой происходитъ дѣленіе на два полушарія въ верхнемъ отдѣлѣ лобныхъ долей.

Закончивъ макроскопическое описаніе препарата, перейдемъ теперь къ даннымъ микроскопическаго изслѣдованія.

Для послѣдняго были вырѣзаны небольшіе кусочки изъ слѣдующихъ отдѣловъ коры полушарій: изъ соединительныхъ извилинъ; изъ обоихъ полушарій точно въпереди Роландовыхъ бороздъ (изъ предполагаемой передней центральной извилины), почти у внутренняго края полушарій, изъ верхняго отдѣла задней центральной извилины, изъ теменной доли въ области верхней теменной дольки <sup>1)</sup>; изъ описанныхъ выше выпячиваній въ области затылочныхъ долей. Изъ формалина (1% раст-

<sup>1)</sup> Хотя въ нашемъ случаѣ верхняя теменная долька и не выражены ясно, но такое опредѣленіе лучше выясняетъ мѣсто, откуда взять былъ кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія.



ворь), въ которомъ сохранялся мозгъ, кусочки были перенесены въ 3% растворъ двухромовокалиевой соли, въ которомъ оставались 6—7 дней, далѣе, слѣдовало обезвоживаніе препаратовъ въ абсолютномъ алкоголѣ и заливка въ целлоидинъ. Срѣзы для микроскопическаго изслѣдованія сдѣланы были на микротомѣ Schanze, толщина срѣзовъ—1—2 дѣленій микротомы (1 дѣленіе—0,005). Срѣзы дѣлались въ направленіи длинника извилинъ, съ цѣлью получить клѣтки въ ихъ наибольшихъ размѣрахъ. Часть срѣзовъ окрашивалась нейтральнымъ карминомъ, часть по способу van-Gieson'a <sup>1)</sup> (сложная окраска квасцовымъ гематоксилиномъ и пикриновой кислотой плюс водный растворъ кислаго фуксина).

Микроскопическое изслѣдованіе произведено при помощи микроскопа фабрики Zeiss'a (объект. Д, окул. 4, увелич. 420).

Результаты изслѣдованія заключаются въ слѣдующемъ:

I. Расположеніе и форма клѣтокъ соединительныхъ извилинъ очень сходны между собою; въ направленіи отъ периферіи къ центру извилины видимъ такую картину: наружный слой коры почти совсѣмъ безъ клѣтокъ, лишь изрѣдка попадаются отдѣльно сидяція мелкія клѣтки съ кругловатыми очертаніями; затѣмъ слѣдуетъ слой мелкихъ кругловатыхъ, продольныхъ и сильно вытянутыхъ пирамидальныхъ клѣтокъ; мѣстами встрѣчаются крупныя круглыя клѣтки съ большимъ ядромъ. Пирамидальныя клѣтки постепенно располагаются все чаще и чаще, составляя особый слой, длина ихъ увеличивается, колеблясь отъ 10—20—36  $\mu$ . Затѣмъ пирамидальныя клѣтки уступаютъ мѣсто крупнымъ круглымъ клѣткамъ съ большими ядрами; наконецъ круглыя клѣтки, располагаясь все рѣже и рѣже, постепенно исчезаютъ.

II. Область коры тотчасъ впереди верхняго отдѣла Роландовыхъ бороздъ: наружный слой безъ клѣтокъ почти отсутствуетъ, такъ какъ мелкія кругловатыя клѣтки располагаются очень часто у самой периферіи извилины; между

<sup>1)</sup> Д-ръ К. Ф. Кальденъ. Техника гистологическаго изслѣдованія патолого-анатомическихъ препаратовъ. Спб. 1894. Изд. Риккера.—Стр. 51—52.

ними попадаются очень мелкія пирамидальныя клѣтки, образующія затѣмъ особый слой; постепенно пирамидальныя клѣтки становятся крупнѣе, достигая 42  $\mu$  длины; далѣе слѣдуютъ довольно крупныя круглыя клѣтки съ большими ядрами и угловатыя. Въ этой области пирамидальныя клѣтки лежатъ гораздо чаще, нежели въ предыдущемъ случаѣ (I), и образуютъ въ общемъ болѣе широкій слой.

III. Верхній отдѣлъ задней центральной извилины: расположеніе и форма клѣтокъ, почти какъ въ предыдущемъ (II); слой пирамидальныхъ клѣтокъ хорошо развитъ, но клѣтки не крупны, 6—12—30  $\mu$  длиною.

IV. Область верхней теменной долики.

Эта область изслѣдовалась, главнымъ образомъ, потому, что впереди ея на нашемъ препаратѣ находится борозда, напоминающая, на первый взглядъ, Роландову; но борозда эта поверхностна, значительно не доходитъ до внутренняго края полушарія и имѣется лишь на одномъ лѣвомъ полушаріи; поэтому, область, которую при иныхъ условіяхъ можно было бы принять за верхній отдѣлъ двигательной, пришлось отнести къ верхней теменной доликѣ. Здѣсь слой пирамидальныхъ клѣтокъ выраженъ хорошо; сначала эти клѣтки расположены вмѣстѣ съ мелкими кругловатыми, а затѣмъ число кругловатыхъ клѣтокъ рѣзко уменьшается. Длина пирамидальныхъ клѣтокъ 6—18—32  $\mu$ . Въ глубинѣ коры пирамидальныя клѣтки уступаютъ мѣсто довольно рѣдко расположеннымъ круглымъ.

V. Выпячиваніе на внутренней поверхности затылочныхъ долей: мелкія кругловатыя клѣтки начинаются почти отъ самой периферіи извилины; слой пирамидальныхъ клѣтокъ уже, чѣмъ въ III и IV; крупныя круглыя клѣтки лежатъ рѣже, чѣмъ въ другихъ областяхъ. Кромѣ выше изложеннаго, во всѣхъ изслѣдованныхъ областяхъ мозговой коры встрѣчаются переходныя клѣтки <sup>1)</sup> отъ круглыхъ къ пирамидальнымъ, представляю-

<sup>1)</sup> Основанія къ изученію микроскопической анатоміи. Подъ редакціею Лавдовскаго и Овсянникова. Т. II. Спб. 1888. стр. 914.

ція вѣчто среднее между тѣми и другими.

Принимая во вниманіе данныя микроскопическаго изслѣдованія, мы приходимъ къ заключенію, что слои клѣтокъ коры, а частью и самыя клѣтки еще не достигли окончательнаго своего развитія; гигантскія клѣтки, характеризующія двигательную область коры, очевидно, еще не развились; этимъ объясняется, что микроскопическое изслѣдованіе не даетъ въ нашемъ случаѣ указанія въ отношеніи распознаванія различныхъ отдѣловъ коры; но оно во всякомъ случаѣ не противорѣчитъ даннымъ макроскопическаго изслѣдованія. Интересно отмѣтить, что соединительныя извилины не уклоняются отъ общаго типа строенія мозговой коры.

Случаи уродства центральной нервной системы, подобные нашему, являются одними изъ очень рѣдкихъ. По Ziegler'у, они относятся къ слабо выраженнымъ степенямъ циклопизма, какъ видно изъ слѣдующихъ его словъ: „въ слабыхъ степеняхъ этого уродства (циклопизма) не выражены лишь отдѣльныя части, именно, обонятельные нервы и доли, мозолистое тѣло, часть извилинъ и т. под. Зрительные бугры, обыкновенно, соединены между собою. Перекрестъ и пути зрительныхъ нервовъ могутъ быть или не быть. Четверохолміе, мость, продолговатый мозгъ и мозжечекъ, обыкновенно, существуютъ“<sup>1)</sup>.

Очевидно, что въ нашемъ случаѣ и ему подобныхъ имѣется дѣло съ общей задержкой развитія головного мозга, начавшейся въ очень раннихъ стадіяхъ зародышевой жизни плода; обращаясь къ даннымъ эмбриологіи, мы видимъ, что уклоненія отъ нормальнаго типа развитія отдѣльныхъ частей нашего препарата относятся, главнымъ образомъ, къ отдѣламъ центральной нервной системы, развивающимся изъ вторичнаго и первичнаго передняго мозгового пузыря.

---

<sup>1)</sup> Ziegler. l. c. S. 392.

Неполное раздѣленіе головного мозга на два полушарія Mihalkowicz <sup>1)</sup> объясняетъ недостаточнымъ развитіемъ серповиднаго отростка твердой мозговой оболочки (processus falci-formis), принимающаго активное участіе въ раздѣленіи мозга на два полушарія; въ подтвержденіе правильности своего взгляда Mihalcowicz указываетъ на случаи hydrocephalus internus и на случай Bianchi <sup>2)</sup>, гдѣ не было раздѣленія полушарій и боковые желудочки представляли одну общую полость.

Нашъ случай также говоритъ въ пользу объясненія Mihalkowicz'a: уклоненіе серповиднаго отростка вправо въ верхнемъ отдѣлѣ лобныхъ долей обуславливаетъ уклоненіе въ ту же сторону большой мозговой расщелины (Рис. 2,а). Другіе эмбриологи до послѣдняго времени также держатся вышеизложеннаго взгляда Mihalkowicz'a; сюда принадлежатъ Kölliker <sup>3)</sup>, Лавдовскій <sup>4)</sup> и Minot <sup>5)</sup>; нѣкоторые авторы, напротивъ, отводятъ серповидному отростку лишь второстепенную роль въ раздѣленіи мозга на полушарія; такъ, Hadlich <sup>6)</sup> отводитъ первенствующее мѣсто пограничной пластинкѣ <sup>7)</sup> (Schlussplatte, lamina terminalis), отсутствіе которой влечетъ за собою сращеніе полушарій, когда дѣло доходитъ до образованія свода. Ничуть не отрицая, что пограничная пластинка имѣетъ

<sup>1)</sup> Mihalkowicz. Entwicklungsgeschichte des Gehirns. Leipzig. 1877. S. 105. 106.

<sup>2)</sup> Bianchi. Storia del monstro di due corpo. Torino 1749. P. 100.— Цитировано по Mihalkowicz'у. Mihalkowicz. I. c. S. 106.

<sup>3)</sup> Kölliker. Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen etc. Leipzig 1884. S. 237.

<sup>4)</sup> Лавдовскій и Овсянниковъ. II I. c. Стр. 836. Статья д-ра А. Ф. Эрлицкаго о развитіи мозга.

<sup>5)</sup> Minot. Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte ides Menschen. Leipzig 1894. S. 612. 714.

<sup>6)</sup> Hadlich. Ueber die beigewissen Schäeldifformitäten vorkommende Gehirnmissbildung mit Verwachsung der Grosshirnhemisphären.—Arch. f. Psychiatrie. X. Band. Berlin. 1879. S. 109.

<sup>7)</sup> Mihalkowicz. I. c. S. 106. 120. Авторъ выясняетъ въ этомъ мѣстѣ значеніе пограничной пластинки.

важное значеніе при образованіи свода и нѣкоторыхъ прилежащихъ отдѣловъ мозга, мы все же отводимъ первое мѣсто въ дѣлѣ раздѣленія мозга на два полушарія серповидному отростку, тѣмъ болѣе, что въ нашемъ случаѣ и ему подобныхъ имѣется, собственно говоря, *не раздѣленіе* мозга на два полушарія, а непослѣдовательное сращеніе уже раздѣлившихся полушарій.

Отсутствіе обонятельныхъ долей и нервовъ при слабомъ развитіи переднихъ роговъ боковыхъ желудочковъ находится въ полномъ соотвѣтствіи со взглядомъ Mihalkowicz'a <sup>1)</sup>, подерживаемымъ и другими авторами, что обонятельныя доли отшнуровываются отъ нижней поверхности лобной области вторичнаго передняго мозга и находятся въ связи съ передними рогами боковыхъ желудочковъ.

Недоразвитіе затылочныхъ долей, рѣзко выраженное въ нашемъ случаѣ, носитъ названіе inoccipitia. Мы не станемъ входить въ разсмотрѣніе этой формы уродства, потому что она уже много разъ описывалась въ литературѣ (пр. Мержеевскій, Alfr. Richter и др.).

Что касается существованія сообщенія между боковыми желудочками, то оно объясняется отсутствіемъ прозрачной перегородки (septum pellucidum).

Интереснымъ представляется вопросъ, какъ часто встрѣчается описанная форма уродства центральной нервной системы у живыхъ людей и какъ она отражается на ихъ психической жизни.

Такихъ случаевъ въ литературѣ, включая сюда случай Bianchi, описано всего шесть; о нихъ же упоминается въ диссертации д-ра Томашевскаго <sup>2)</sup>, напечатанной въ 1892 г. Въ литературѣ за послѣдніе 4 года мы не нашли описанія подобныхъ уродствъ. Изложимъ вкратцѣ случаи авторовъ.

Случай I описанъ Hadlich'омъ <sup>3)</sup>; онъ относится къ

<sup>1)</sup> Mihalkowicz. 1. с. 8. 140.

<sup>2)</sup> Б. В. Томашевскій. Къ патологій идиотизма. Дисс. С.П.Б. 1892, стр.60—63

<sup>3)</sup> Dr. Heinrich Hadlich. 1. с. S. 97.

восьмидневному младенцу, у котораго была волчья пасть, отсутствіе сошника, laminae cribrosae и гребешка рѣшетчатой кости.

Полушарія большого мозга едва прикрывали переднюю половину мозжечка. Полушарія въ лобной области не были раздѣлены большой мозговой разщелиной, представляя, по выраженію автора, „сращеніе“, особенно рѣзко выраженное на основаніи мозга, гдѣ по срединной линіи была лишь короткая неглубокая бороздка, и въ переднемъ отдѣлѣ лобныхъ долей.

Островчатая долька была въ зачаточномъ состояніи и выпячивалась изъ Сильвиевыхъ бороздъ. Правая Сильвиева борозда развилась хорошо, лѣвая—перерывалась при переходѣ съ основанія на боковую поверхность мозга. Другія борозды и извилины частью отсутствовали, частью развились неправильно.

Обонятельные нервы, мозолистое тѣло, передніе и задніе рога боковыхъ желудочковъ отсутствовали; зрительные бугры и полосатая тѣла были сращены по срединной линіи; боковые желудочки представляли одну общую полость.

Случай II принадлежитъ также д-ру Hallich'у <sup>1)</sup> и относится къ двадцатидневному младенцу, у котораго, подобно первому, была волчья пасть, кромѣ того, отсутствовала носовая перегородка, раковины и рѣшетчатая кость.

Головной мозгъ представлялъ еще болѣе рѣзкія отклоненія отъ нормы, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ: лѣвая половина большого мозга и мозжечка была объемистѣе правой; большая мозговая разщелина была выражена лишь въ области затылочныхъ долей и, отчасти, теменныхъ; расположеніе извилинъ отличалось неправильностью, ширина ихъ равнялась и, мѣстами, даже превосходила ширину мозговыхъ извилинъ взрослою человѣка; существовавшія борозды отличались глубиной. Мозжечекъ не вполне прикрывался полушаріями.

---

<sup>1)</sup> Dr. Heinrich Hallich. Ibid.

Обонятельные нервы, зрительные пути, островчатая доля, мозолистое тѣло, подушки зрительныхъ бугровъ и наружныя колѣбчатая тѣла отсутствовали. На горизонтальномъ разрѣзѣ черезъ полушарія большого мозга обнаружилась большая почковидная полость, посреди которой располагались сросшіеся между собою зрительные бугры и полосатая тѣла. Аммоніевъ рогъ былъ хорошо выраженъ лишь справа.

Случай III описанъ проф. Wille <sup>1)</sup> и относится къ двадцатидневному младенцу, умершему, повидимому, отъ крупознаго воспаленія легкихъ. При жизни у него наблюдались судороги въ мышцахъ затылка и конечностей, отеки верхнихъ конечностей до локтевого сгиба, субнормальная температура ( $30^{\circ},5-32^{\circ}\text{C}$ ), повысившаяся только передъ смертью. Черепъ былъ очень малъ, ассиметриченъ, роднички совершенно отсутствовали; волчья пасть, отсутствіе сошника, двухъ верхнихъ паръ носовыхъ раковинъ и всей рѣшетчатой кости.

Вѣсъ головного мозга равнялся 121,0. Мозжечекъ прикрывался полушаріями лишь наполовину. Большая мозговая щель отсутствовала; только со стороны основанія мозга по срединной линіи шла въ продольномъ направленіи поверхностная, довольно широкая борозда; въ центрѣ основанія помѣщались сросшіеся зрительные бугры, совершенно неприкрытые полушаріями. Въ теменной области каждаго полушарія находилось по одной продольной бороздѣ; остальные борозды, очень немногочисленныя, были коротки, неглубоки и неправильны.

Обонятельныя доли и нервы, мозолистое тѣло, передняя спайка и *septum pellucidum* отсутствовали. Боковыя желудочки сливались въ одну общую полость, рога ихъ не были выражены.

Серповиднаго отростка и мозжечковаго намета не было вовсе.

<sup>1)</sup> L. Wille. Ein Fall von Missbildung des Grosshirns.—Arch. f. Psychiatrie etc. Band X. Berlin. 1879. S. 597.

Въ анамнезѣ отмѣченъ сильный испугъ матери въ началѣ беременности; со стороны наследственности не было ничего неблагопріятнаго.

Случай IV, д-ра Alfr. Richter'a, <sup>1)</sup> относится къ девятнадцатилѣтнему идиоту, умершему отъ чахотки легкихъ. Отецъ идиота былъ умѣренный алкоголикъ. Мать во время беременности была вынуждена чрезмѣрно работать и жила въ очень плохой гигиенической обстановкѣ. Ребенокъ родился очень слабымъ, съ трудомъ выучился говорить, но впоследствии почти утратилъ эту способность, сдѣлался неопрятнымъ и лишь крикомъ выражалъ удовольствіе и неудовольствіе. Черепъ его былъ длиненъ и скошенъ, теменные бугры рѣзко выступали, лобный шовъ былъ хорошо выраженъ.

Большой мозгъ въ области лобныхъ долей не дѣлился на полушарія; здѣсь, при осмотрѣ спереди, располагались одна на другой въ видѣ этажей, три горизонтальныя извилины.

Не было ни заячьей губы, ни волчьей пасти. Обонятельныя нервы выходили изъ одного общаго ствола. Развилась только нижняя треть мозолистаго тѣла. Полушарія не вполне прикрывали мозжечекъ.

Случай V, описанный Turner'омъ <sup>2)</sup>, дословно цитируется Broca. <sup>3)</sup>

Мозгъ принадлежалъ сорокавосемилѣтнему мастеровому, точная причина смерти котораго осталась невыясненною; онъ страдалъ сильными эпилептическими припадками, начавшимися, по словамъ его отца, послѣ удара камнемъ въ голову; съ дѣтства онъ не отличался способностями, впрочемъ, выучился читать; съ учащеніемъ припадковъ интеллектъ больного сталъ постепенно понижаться; 23-хъ лѣтъ у него былъ психозъ,

<sup>1)</sup> Alfr. Richter. Ueber die Windungen des menschlichen Gehirns.—Arch. f. pathologische Anatomie und Physiol. v. R. Virchow. Band. 106. Berlin. 1886. S. 390.

<sup>2)</sup> Turner. Journal of Anat. and Physiol. January 1878.

<sup>3)</sup> Broca. Mémoires sur le cerveau de l'homme etc. Paris. 1888. P. 215.



продолжавшійся 10 недѣль. Больной отличался раздражительностью, послѣ припадковъ доходившей до свирѣпости. Къ концу жизни онъ сдѣлался совсѣмъ слабоумнымъ.

При вскрытіи оказалось: полушарія мозга не были раздѣлены другъ отъ друга, а соединялись между собою посредствомъ извилинъ, переходившихъ съ одного полушарія на другое въ видѣ мостиковъ; соединительныхъ извилинъ было четыре,—одна между лобными долями и три между теменными. Мозолистое тѣло, сводъ, нижніе рога боковыхъ желудочковъ, задняя спайка и *gl. pinealis* отсутствовали. Кромѣ того, на горизонтальномъ разрѣзѣ черезъ полушарія обнаружилась срединно лежащая обширная полость (48 *mlm.* ширины и 18 *mlm.* вышины), сливавшаяся съ боковыми желудочками. Болѣе точное изслѣдованіе мозга показало, что строеніе соединительныхъ извилинъ не отличалось отъ строенія другихъ. Броца <sup>1)</sup>, со словъ Turnera, упоминаетъ еще о случаѣ, описанномъ Bianchi въ 1749 г., гдѣ также было неполное раздѣленіе полушарій большого мозга и боковые желудочки представляли одну общую полость.

Изъ всѣхъ приведенныхъ случаевъ можно сдѣлать лишь тотъ выводъ, что они не выясняютъ въ достаточной степени симптоматиологию неполнаго раздѣленія головного мозга на два полушарія. Объясняется это, во-первыхъ, крайнею малочисленностью и скудностью наблюдений, а во-вторыхъ, тѣмъ, что неполное раздѣленіе мозга на два полушарія во всѣхъ извѣстныхъ случаяхъ сопровождалось другими многочисленными неправильностями развитія центральной нервной системы, да и врядъ-ли оно возможно безъ другихъ неправильностей.

---

<sup>1)</sup> Broca. *Ibid.* P. 225.

## ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ ИЗМѢНЕНІЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМЪ БРЕДѢ.

Проф. Н. М. Попова.

(Съ таблицею рисунковъ).

Т. Ф., около 30 лѣтъ отъ роду, крестьянка Чистопольскаго уѣзда Казанской губерніи, поступила въ Казанскую Окружную Лѣчебницу 25 декабря 1894 года <sup>1)</sup>. Изъ скудныхъ предварительныхъ свѣдѣній видно только, что 4-го декабря того же года она родила въ городскомъ пріютѣ для роженницъ.

Во время пріема въ Лѣчебницу Ф. была крайне безпокойна, цѣплялась за окружающихъ, садилась на полъ, неистово кричала. Перенесенная на рукахъ въ отдѣленіе, она продолжала шумѣть и сопротивляться, такъ что пришлось ее силой раздѣть и посадить въ ванну. Отъ пищи отказалась, пыталась сначала выбить изъ рукъ сидѣлки кружку съ молокомъ, а потомъ, набравъ его въ ротъ, брызгала на больныхъ, кричала, что она не причащена, скоро должна умереть; крестила всѣ углы, крестилась и сама. Въ виду возбужденнаго состоянія была помѣщена въ изоляторъ. Здѣсь она цѣлый день провела въ неустанномъ движеніи, бѣгала изъ угла въ уголь, то крестила дверь, то, раздѣвшись до нага, пѣла, приплясывала и кричала: „Господи помилуй, пустите въ отставку, ой, ой!“ На матрацъ сѣсть почему то боялась. Къ вошедшему врачу обратилась съ вопросомъ, скоро ли она умретъ? Весь

---

<sup>1)</sup> Приводимая ниже исторія болѣзни составлена отчасти по скорбному листу Лѣчебницы, веденному докторомъ П. С. Скуридинымъ, отчасти же по даннымъ личнаго наблюденія и изслѣдованія больной.

день ничего не ѣла и не пила. Неопытна. Температура вечеромъ 37,4 (подъ мышкой); пульсъ 114.

<sup>26</sup>/XII. Провела бессонную ночь; была крайне безпокойна, плакала, стонала, кричала, что у нея болитъ грудь и „нѣтъ дыханія“. Обративъ вниманіе на свою постель, начала возиться съ ней, пыталась одѣяломъ привязать лѣвую руку къ туловищу; затѣмъ оставила одѣяло, стала ползать по полу, падала на колѣни, молилась. Температура утромъ 36,8, пульсъ 88. Днемъ казалась крайне утомленной; долгое время неподвижно лежала, закрывъ глаза и не отвѣчая на вопросы; медленно опускалась на полъ, если ее подымали. Въ такомъ состояніи больную удалось изслѣдовать довольно подробно. Вѣсъ ея, при среднемъ ростѣ, 124 ф. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны; губы пересохли и покрыты темной корой; на кожѣ нижнихъ конечностей нѣсколько ссадинъ и кровоизливаній. Грудныя железы не выдѣляютъ молока. Изъ рукава показывается въ небольшомъ количествѣ слегка окрашенная кровью жидкость. Со стороны внутреннихъ органовъ рѣзкихъ измѣненій замѣчено не было. Подъ конецъ изслѣдованія больная начала отвѣчать на вопросы. Сообщила, что она одно время служила горничной въ меблированныхъ комнатахъ, а послѣ жила гдѣ-то около Петропавловской церкви, что ее „испортила“ старуха-нянька. Она припомнила, что три недѣли тому назадъ родила; какое теперь время и гдѣ она находится, не знаетъ, однако полагаетъ, что съ ней говорить докторъ. Въ теченіе бесѣды Ф. замѣтно утомилась, скоро начала отвѣчать невпопадъ, а потомъ рѣчь ея приняла уже совсѣмъ безсвязный характеръ. Цѣлый день она ничего не ѣла и не пила. Къ вечеру снова развилось состояніе крайняго возбужденія. Температура вечеромъ 36,9, пульсъ 82.

<sup>27</sup>/XII. Не спала всю ночь, но была относительно спокойна, температура утромъ 36,5, пульсъ 90. Съ утра возбуждена, сбрасываетъ платье, кричитъ, цѣпляется за входящихъ; на вопросы не отвѣчаетъ. Обѣдъ съѣла съ жадностью, очень хвалила качество пищи, увѣряя, что она сладкая, „должно быть съ медомъ“. Вечеромъ также немного поѣла. Температура вечеромъ 36,7; пульсъ 88.

<sup>28</sup>/XII. Ночью спала около пяти часовъ. Утромъ температура 36,9, пульсъ 82; вечеромъ температура 36,5, пульсъ 90. Цѣлый день возбуждена, рветъ бѣлье, раздвѣвается, катается по полу, принимаетъ циничныя позы; рѣчь безсвязная; ѣла довольно много.

<sup>29</sup>/xii. Утромъ температура 37,4, пульсъ 104; вечеромъ температура 37,1, пульсъ 88. Всѣмъ тѣла 119 фунтовъ. Вчера спала съ вечера только одинъ часъ, остальную же часть ночи была крайне неспокойна, кувыркалась по полу, мазалась экскрементами, называя ихъ медомъ. Утромъ упорно отказывается отъ пищи, сбрасываетъ платье, мечется изъ угла въ уголь. На вопросы отвѣчаетъ, какъ эхо, повторяя послѣднее слово собесѣдника. Слизистая оболочка губъ и языка покрыты сухой черной корой; изо рта гнилостный запахъ. Вечеромъ съѣла нѣсколько хлѣба и пила молоко.

<sup>30</sup>/xii. Не спала всю ночь. Утромъ температуру не удалось измѣрить, пульсъ 109; вечеромъ температура 37,8, пульсъ 98. Въ теченіе дня выпила только немного молока. Крайне подвижна и возбуждена.

<sup>31</sup>/xii. Утромъ температура 36,9, пульсъ 90; вечеромъ температура 37,3, пульсъ 100. Ночью спала одинъ часъ. Безпокойна по прежнему; ползаетъ по полу, машетъ руками, выкрикивая отрывочныя слова и безсвязныя фразы. Отвѣтовъ на вопросы добиться невозможно. Тѣла хорошо. Неопрятна.

1896 г. <sup>1</sup>/i. Утромъ температура 37,1, пульсъ 94; вечеромъ температура 37,2, пульсъ 86. Всѣмъ тѣла 114 ф. Состояніе возбужденія продолжается, но тѣла порядочно. На ночь приняла 1,5 grm. сульфонала, спала однако не болѣе трехъ часовъ

<sup>2</sup>/i. Утромъ температура 36,8, пульсъ 90; вечеромъ температура 37,7, пульсъ 88. Въ томъ же состояніи, какъ и вчера; не смотря на принятый сульфональ провела безсонную ночь.

<sup>3</sup>/i. Утромъ температура 37,1, пульсъ 92; вечеромъ температура 37,6, пульсъ 86. Возбуждена по прежнему. Неопрятна; мажется экскрементами, раздѣвается, щиплетъ свое тѣло, кусаетъ руки. Въ теченіе ночи спала четыре часа.

<sup>4</sup>/i. Утромъ температура 36,9, пульсъ 112; вечеромъ температура 37,7, пульсъ 90. Днемъ возбуждена, но къ вечеру нѣсколько успокоилась, такъ что могла отвѣчать на разспросы; не знаетъ, какой сегодня день и гдѣ она находится, сообразила однако, что говорить съ врачомъ. Жаловалась, что ей здѣсь не хорошо, что будто бы за ней гонялась змѣя и кусала её (указала на укусы, сдѣланные ею самой). Пыталась вырваться изъ комнаты вслѣдъ за уходящимъ врачомъ. Ночью опять была крайне безпокойна; спала не болѣе двухъ часовъ.

<sup>5</sup>/д. Утромъ температура 37,2, пульсъ 88; вечеромъ температура 38,1, пульсъ не удалось сосчитать. Вѣсь тѣла 116 ф. Крайне возбуждена, рѣчь вполне безсвязна. Спала всего три часа.

<sup>6</sup>/д. Утромъ температура 38,3, пульсъ 128; вечеромъ температура 38,9, пульсъ 136. Безъ усталости мечется и ползаетъ по комнатѣ, выкрикивая какіе-то безсвязные звуки. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ, по скольку оно было возможно, не открыло никакихъ отклоненій отъ нормы. Зрачки расширены, вяло реагируютъ на свѣтъ; лицо блѣдное; губы пересохли. Ночь провела безъ сна.

<sup>7</sup>/д. Утромъ температура 40,2, пульсъ 132; вечеромъ температура 40,3, пульсъ 144. Прежнее состояніе крайняго возбужденія: бѣгетъ о стѣны, кричитъ, ползаетъ по полу; вопросовъ точно не слышитъ. Болевая чувствительность наружныхъ покрововъ повсюду усилена, на слабыя уколы реагируетъ очень рѣзко. Сухожильные рефлексы повышены. При внезапномъ стукѣ вся вздрагиваетъ. Въ теченіе дня одно жидкое испражненіе.

<sup>8</sup>/д. Утромъ температура 38,7, вечеромъ 39,2.

<sup>9</sup>/д. Утромъ температура 39, вечеромъ 38,6

<sup>10</sup>/д. Утромъ температура 38, вечеромъ 37,9.

<sup>11</sup>/д. Вѣсь эти дни продолжается состояніе возбужденія и спутанности, рѣчь въ высокой степени отрывочна, безсвязна. Питается однимъ молокомъ, отказываясь отъ всякой другой пищи. Сонъ короткій и поверхностный.

<sup>15</sup>/д. Температура днемъ нормальна, но больная замѣтно ослабѣла и осунулась. Вѣсь тѣла 99 ф. Отъ пищи упорно отказывается, такъ что пришлось кормить черезъ зондъ. Продолжается состояніе спутанности, однако изъ отрывочныхъ фразъ, которыя еще удается понять, видно, что больная находится подъ вліяніемъ устрашающихъ обмановъ чувствъ въ сферѣ слуха и, вѣроятно, зрѣнія. Къ вечеру температура внезапно поднялась до 39,8.

<sup>16</sup>/д. Утромъ температура 38,7, пульсъ 132; вечеромъ температура 38,1, пульсъ 132. Очень слаба. Лежитъ въ постели, ничего не ѣстъ и не пьетъ: постоянно что-то безсвязно шепчетъ. Замѣчаются клоническія и тоническія судорги въ области мышцъ затылка и верхнихъ конечностей, а также скашивание глазъ влѣво. Зрачки очень расширены. Продолжается кормленіе черезъ зондъ, которое впрочемъ больная переноситъ очень плохо: во время кормленія и послѣ него

у нея обыкновенно поднимается рвота. Ночью спала около пяти часовъ.

<sup>17</sup>/д. Утромъ температура 38, пульсъ 144; вечеромъ температура 39,2, пульсъ 136. Ночь провела безъ сна, крайняя физическая слабость. Пульсъ едва ощутимъ. Актъ глотавія совершается съ большимъ трудомъ. Рвота при кормленіи по прежнему. Больная лежитъ неподвижно и только по временамъ судорожно пожимаетъ плечами и закидываетъ назадъ голову; на всякій шумъ, равно какъ и на прикосновеніе, реагируетъ рѣзкими вздрагиваніями всего тѣла.

<sup>18</sup>/д. Утромъ температура 38, пульсъ около 150, едва ощутимъ; вѣсъ тѣла 95 фунтовъ. Рвота и незначительный поносъ; слабость быстро прогрессируетъ. Въ пять часовъ вечера больная скончалась.

Вскрытіе, произведенное на другой день послѣ смерти, показало слѣдующее: черепъ правильно сформированъ, кости его свода тонки; *sulci meningei* развиты умѣрено. *Dura cerebri* видимыхъ измѣненій не представляетъ; *sinus longitudinalis* содержитъ объемистый рыхлый сгустокъ чернаго цвѣта; *pia cerebri* отека, мѣстами по ходу сосудовъ мутна, снимается не вездѣ легко, вѣсъ всего головного мозга 1282 grm., объемъ его 1180 куб. сантим. Вѣсъ праваго большого полушарія 527 grm., лѣваго—522, правой лобной доли 235, лѣвой—227 grm., остальная часть праваго полушарія вѣситъ 287 grm, лѣваго 295 grm. Вѣсъ мозгового ствола—55 grm., мозжечка—145. Въ конфигураціи поверхности большихъ полушарій, въ расположеніи бороздъ и извилинъ уклоненій отъ нормы не замѣчается. Сѣрый корковый слой довольно широкъ, интенсивно краснаго цвѣта и рѣзко отдѣляется отъ бѣлаго, хотя на разрѣзахъ черезъ послѣднее также выступаетъ значительное количество красныхъ точекъ и полосокъ. Лѣвый боковой желудочекъ растянутъ большимъ количествомъ серозной жидкости. *Plexus choroideus* гиперемированъ. Вещество центральныхъ сѣрыхъ узловъ обладаетъ сплошной розовой окраской, которая впрочемъ въ меньшей степени наблюдается также въ области мозжечка и Варольева моста. Въ продолговатомъ мозгу видимыхъ измѣненій нельзя констатировать. Въ околосердечной сумкѣ очень небольшое количество серозной жидкости. Лѣвое венозное отверстіе пропускаетъ два пальца, правое—три. Артеріальныя отверстія нормальны. Полулунные клапаны нормальны и удерживаютъ воду, венозные клапаны въ лѣвомъ желудочкѣ срослись по краямъ, утолщены, мутны. Стѣнки сердца

нормальной толщины, бураго цвѣта. Трабекулы и сосковидныя мышцы тонки, равно какъ и ихъ сухожилія. Сердце сокращено; отложеніе жира на его поверхности очень незначительно. Полость плевры не заключаетъ жидкости; ея стѣнки нигдѣ не имѣютъ сращеній. На правой сторонѣ замѣчается увеличенная бронхіальная железа, на разрѣзѣ представляющая признаки творожистаго перерожденія. Въ бронхахъ небольшое количество слизи. Легкія повсюду крепитируются, но въ нижнихъ доляхъ слабѣе. Въ верхнихъ доляхъ они сухи и блѣдны, въ нижнихъ — заключаютъ достаточное количество крови; какихъ либо узловъ нигдѣ не прощупывается. Брюшина и железы брыжейки безъ измѣненія. Селезенка увеличена, капсула ея сморщена, со старымъ рубцомъ на внутренней поверхности. Паренхима селезенки темно-краснаго цвѣта, рыхла; трабекулы и мальпигіевы тѣла видны ясно. Слизистая оболочка желудка и кишекъ безъ измѣненій. Въ одиночныхъ и пейеровыхъ железахъ также нѣтъ уклоненій отъ нормы. *Vena cava inferior* и *vena portae* проходимы. Желчный пузырь слабо наполненъ желчью. *Ductus choledochus* закупоренъ небольшимъ камнемъ. На поверхности печени имѣется нѣсколько пятенъ желтаго цвѣта; паренхима ея на разрѣзѣ имѣетъ островчатый видъ, благодаря пятнамъ желтаго цвѣта, различной формы и величины. Дольки печени выражены не рѣзко. На поверхности почекъ видны кое-гдѣ гиперемированные участки; капсула почекъ мѣстами снимается съ трудомъ; корковый слой не одинаковой толщины, иногда въ три раза уже нормальнаго, блѣдно-желтаго цвѣта, испещренъ радиарными темными полосками. Основаніе пирамидокъ рѣзко отдѣляется отъ корковаго слоя. Матка сокращена недостаточно; зѣвъ ея свободно пропускаетъ палець; маточныя придатки не представляютъ измѣненій.

Резюмируя приведенное выше описаніе клинической картины и сопоставляя его съ результатами вскрытія, мы видимъ, что передъ нами бурно протекавшее острое душевное разстройство, которое быстро развилось у крайне истощенной женщины вскорѣ послѣ родовъ и выразилось рядомъ симптомовъ какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ. Въ психической сферѣ страданіе обнаруживалось состояніемъ крайняго

возбужденія, усиленнымъ двигательнымъ безпокойствомъ, рѣзкой спутанностью сознанія, отрывочными обильными галлюцинаціями, повидимому, устрашающаго характера, а также безсвязными идеями бреда соотвѣтствующаго содержания. Съ соматической стороны мы были въ состояніи отмѣтить: внезапныя крутыя повышенія температуры, которыя, удерживаясь въ продолженіи нѣсколькихъ дней, затѣмъ быстро исчезали, усиленіе рефлекторной возбудимости мышцъ, гиперестезію слуха и наружныхъ покрововъ, легко наступавшую рвоту, расширеніе зрачковъ, вялую реакцію ихъ на свѣтъ и, наконецъ, наклонность къ судорожнымъ явленіямъ. Ко всему этому слѣдуетъ добавить, что въ теченіи болѣзни наблюдались рѣзкія колебанія — ожесточенія смѣнялись довольно глубокими ремиссіями, — а посмертное изслѣдованіе, указавъ на невозможность объяснить повышеніе температуры какими-либо измѣненіями со стороны органовъ въ полости груди и живота, открыло, что, несмотря на крайнюю степень истощенія и общаго малокровія, головной мозгъ и особенно корковый слой большихъ полушарій представлялся рѣзко гиперемированнымъ.

Все эти особенности нашего случая заставляютъ отнести его къ категоріи органическихъ пораженій головного мозга и именно къ той клинической формѣ послѣднихъ, которая извѣстна подъ именемъ остраго бреда. Въ самомъ дѣлѣ, о воспаленіи мозговыхъ оболочекъ здѣсь не можетъ быть и рѣчи, такому предположенію противорѣчило бы недостаточно бурное начало, отсутствіе продромальнаго зноба, характерныхъ контрактуръ, указанныя выше колебанія въ теченіи болѣзни и, наконецъ, отрицательный результатъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, которое констатировало лишь отечность мягкой оболочки и незначительныя сращенія ея съ веществомъ мозга. Невозможно допустить также, чтобы мы имѣли дѣло съ острымъ, бурно протекшимъ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ, отъ котораго иногда бываетъ довольно не легко отличать острый бредъ, такъ-какъ, не говоря о клиническихъ явленіяхъ, противъ такого діагноза рѣшительно возставали



бы прежде всего данныя вскрытія. Наблюдая больную въ первые дни ея пребыванія въ лѣчебницѣ, пожалуй, можно было думать, что она страдает острымъ безсмыслиемъ, но симптомы слишкомъ рѣзкаго пораженія соматической сферы, продолжительныя крутыя повышенія температуры, довольно глубокія ремиссіи, быстрый упадокъ общаго питанія, кидавшаяся въ глаза гиперестезія органовъ чувствъ и наружныхъ покрововъ—все это даетъ намъ вѣскія основанія отличать подобныя клиническія картины отъ Мейнертовской аменціи, хотя самъ Meunert и считаетъ, какъ извѣстно, острый бредъ лишь однимъ изъ ея видовъ, руководствуясь очевидно только отдѣльными общими чертами, придававшими обѣимъ формамъ внѣшнее сходство. Я не стану долѣ останавливаться на дифференціальной діагностикѣ отъ другихъ острыхъ душевныхъ заболѣваній, напр. неистовства, такъ какъ мнѣ пришлось бы еще разъ повторить все уже сказанное выше. Клиническая картина нашего случая, будучи пополнена результатами посмертнаго изслѣдованія, представляется слишкомъ ясною, чтобы можно было долго колебаться въ истинномъ распознаваніи болѣзни.

Итакъ, Ф. страдала острымъ бредомъ, т. е. той формой душевнаго разстройства, которое въ послѣдніе годы обратило на себя особенное вниманіе клиницистовъ, благодаря замѣчательной попыткѣ примѣнить и въ психіатріи научные методы изслѣдованія, давшіе уже столь обильные результаты въ области внутренней медицины. Говоря такъ, я имѣю въ виду работы Rezzonico, Briand'a, Rasori, Bianchi и другихъ авторовъ, которые, какъ извѣстно, опубликовали рядъ весьма доказательныхъ наблюденій въ пользу того, что на острый бредъ должно смотрѣть какъ на инфекціонное страданіе; имъ удалось получить даже культуры особыхъ бактерий, впрыскиваніе которыхъ у кроликовъ вызывало комплексъ весьма бурныхъ симптомовъ, заканчивавшійся летальнымъ исходомъ и очень напоминавшій картину остраго бреда у человѣка.

Но если мы такимъ образомъ, повидимому, довольно близко подошли къ пониманію природы болѣзни, то тѣмъ не менѣе

патолого-анатомическій субстратъ ея до сихъ поръ остается крайне мало выясненнымъ. Дѣйствительно, почти всѣ наши свѣдѣнія въ этомъ отношеніи ограничиваются фактами макроскопическаго наблюденія, которые сводятся къ тому, что при вскрытіи полости черепа мы получаемъ впечатлѣніе венознаго застоя въ головномъ мозгу: большія полушарія представляются болѣе выпуклыми, мозговая кора—набухшей; по направленію большихъ сосудовъ мягкой мозговой оболочки обыкновенно видны бѣловатыя полосы, производимыя застоемъ лимфы въ сосудныхъ впадинахъ. Что касается другихъ органовъ, то легкія часто находятъ гипостатичными, сердце дряблымъ, его мускулатуру легко разрываеваемой, блѣдной, въ состояніи жирового или зернистаго перерожденія, кровь—поразительно темной и жидкой. Такова въ общихъ чертахъ патолого-анатомическая картина остраго бреда, почти стереотипное описаніе которой мы встрѣчаемъ у всѣхъ авторовъ, обращавшихъ на этотъ вопросъ свое вниманіе, начиная съ Abercrombie и Brière de Boismont'a и кончая Schüle, Krafft-Ebing'омъ и другими современными психіатрами. Къ нему можно еще добавить, что очень часто вслѣдствіе рѣзкой гипереміи мозговой коры послѣдняя получаетъ видъ какъ бы сплошь окрашенной карминомъ и отчетливо отдѣляется отъ бѣлаго вещества. Вообще такую степень гипереміи коры, какъ при остромъ бредѣ, не приходится встрѣчать ни при какомъ другомъ душевномъ страданіи.

Наличность столь рѣзкихъ макроскопическихъ измѣненій, казалось бы, заставляла ожидать, что и микроскопическая картина, представляемая головнымъ мозгомъ при остромъ бредѣ, изучена вполне обстоятельно. Однако такое предположеніе далеко не подтверждается дѣйствительностью. Правда, въ спеціальной литературѣ мы находимъ цѣлую серію работъ, посвященныхъ этому вопросу, но авторы ихъ, опираясь на собственныя наблюденія, пришли къ столь разнорѣчивымъ заключеніямъ, что обобщить ихъ пока совершенно невозможно. Такъ, одинъ изъ первыхъ изслѣдователей въ интересующей

нась области, Paulty <sup>1)</sup>, отмѣчаетъ, что въ его случаяхъ насыщенно красный цвѣтъ мозга зависѣлъ отъ выдѣленія красящаго вещества изъ капилляровъ, причемъ это вещество въ мозгу подвергалось обычному метаморфозу медленнѣе, чѣмъ въ остальныхъ органахъ. Замѣтныя простымъ глазомъ кровавыя точки, по Paulty, отвѣчали мѣстамъ, гдѣ образовались *aneurismae dissecantes*, которыя съ своей стороны и благоприятствовали выдѣленію красящаго вещества. Этотъ авторъ, впрочемъ, самъ признаетъ, что въ общемъ его наблюденія не внесли ничего существеннаго въ ученіе о патолого-анатомическомъ субстратѣ остраго бреда.

Несравненно болѣе содержательной является работа *Gottfried'a Jehn'a* <sup>2)</sup>, въ которой мы находимъ описаніе результатовъ, добытыхъ при изслѣдованіи четырехъ случаевъ остраго бреда. Изученіе этихъ случаевъ прежде всего указало Jehn'у на пораженіе мягкой оболочки,—она была утолщена, помутнена и пропитана серозными массами. Во всѣхъ случаяхъ замѣчались далѣе измѣненія со стороны сосудовъ головного мозга и преимущественно коры; стѣнки ихъ обнаруживали явленія жирового перерожденія въ различной степени, особенно рѣзкія въ пунктахъ дѣленія; иногда удавалось констатировать, что главнымъ образомъ пострадали сосуды, идущіе изъ мягкой оболочки въ вещество коры. Сверхъ того сосудистыя стѣнки оказались утолщенными вслѣдствіе размноженія ядеръ *adventitiae* и обложенія ихъ глыбками жира и пигмента, по мѣстамъ придававшими всему сосуду видъ плотной темной трубки. Около сосудовъ повсюду видны были слѣды мелкихъ кровоизліяній, а въ ядрахъ нейроглии замѣчалась наклонность къ размноженію. По степени наполненія кровью сосуды представляли большое разнообразіе: или изслѣдованіе позволяло открыть рѣзкую гиперемію во всѣхъ сосудахъ до мельчайшихъ включительно, причемъ послѣдніе, выступая от-

<sup>1)</sup> *Das delirium acutum maniacale*. Dissert. Bonn. 1869.

<sup>2)</sup> *Beiträge zur pathol. Anatomie acuter Delirien*. Arch. f. Psych. Bd. VIII, 1878. S. 494.

четливо, давали основаніе думать, что имѣется дѣло съ увеличеніемъ ихъ числа, или же сосуды, наоборотъ, тянулись, какъ бы спавшіеся въ очень расширенныхъ лимфатическихъ пространствахъ, переполненныхъ кровяными элементами, каплями жира и мелкими блестящими зернами. Преобладающее участіе въ процессѣ сосудистой системы рѣзко выдалось въ глаза во всѣхъ случаяхъ, измѣненія же со стороны нервныхъ элементовъ отступали на второй планъ и въ общемъ были тѣмъ слабѣе, чѣмъ меньшей степени достигала гиперемія сосудовъ и перерожденіе ихъ стѣнокъ и чѣмъ менѣе значительными оказывались явленія пролифераціи соединительной ткани. Всегда однако въ тѣлахъ нервныхъ клѣтокъ можно было замѣтить своеобразное перерожденіе, выражавшееся набуханіемъ и помутнѣніемъ ядра, а въ болѣе выраженныхъ случаяхъ и ожирѣніемъ клѣточной протоплазмы. Первымъ признакомъ заболѣванія клѣтокъ, повидимому, оказывалось измѣненіе ядеръ; по крайней мѣрѣ въ клѣткахъ иногда еще нельзя было подмѣтить никакихъ другихъ особенностей, а ядра ихъ уже представлялись пузыреобразно вздувшимися, свѣтлыми и часто лишенными ядрышка; иногда они особымъ образомъ преломляли свѣтъ. Въ болѣе рѣзкихъ степеняхъ перерожденія нервныя клѣтки имѣли видъ безформеннаго собранія зеренъ, безъ ядра и отростковъ. Часто вмѣсто клѣтки встрѣчались только свободно лежація массы крупныхъ зеренъ жира. Параллельно съ нервными элементами принимали участіе въ процессѣ и соединительно-тканные, проявляя его размноженіемъ ядеръ. Чѣмъ острѣе вообще было теченіе страданія, тѣмъ рѣзче выдалось въ глаза увеличеніе числа большихъ, круглыхъ, мелкозернистыхъ и зазубренныхъ образований, часто напоминавшихъ собою элементы крови, но рѣшить, происходили ли они насчетъ пролифераціи ядеръ наружной оболочки сосудовъ и тѣлецъ самой нейроглии, или на нихъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на результатъ эмиграціи кровяныхъ элементовъ въ ткань, отвѣтить на эти вопросы было очень трудно. Во всякомъ случаѣ одно представлялось очевиднымъ—тѣсная связь между

измѣненіями въ сосудистой системѣ и въ ткани мозга, связь, въ пользу которой говорило и постоянно имѣвшееся на лицо пораженіе мозговыхъ оболочекъ.

Такимъ образомъ Jehn понимаетъ процессъ въ головномъ мозгу при остромъ бредѣ, какъ острое интерстиціальное воспаленіе, какъ *meningo-encephalitis*. Какихъ либо специфическихъ особенностей этого процесса онъ здѣсь не встрѣтилъ и потому склоненъ согласиться съ Schüle, отрицавшимъ самостоятельность остраго бреда въ смыслѣ особой клинической формы. Въ заключеніе Jehn, между прочимъ, останавливаетъ вниманіе на томъ сходствѣ патолого-анатомической картины въ головномъ мозгу, какое легко замѣтитъ при остромъ бредѣ съ одной стороны и въ некоторыхъ другихъ остро протекающихъ страданіяхъ, напр. при галлопирующемъ прогрессивномъ параличѣ и собачьемъ бѣшенствѣ, съ другой.

Нѣсколько позднѣе подвергъ гистологическому изученію головной мозгъ умершихъ отъ остраго бреда проф. Fürstner<sup>1)</sup>. Этотъ авторъ категорически заявляетъ, что онъ не встрѣтилъ въ немъ рѣшительно никакихъ измѣненій. Сосуды мозга въ обоихъ его случаяхъ оказались вполне нормальными, въ нейроглии не замѣчалось размноженія ядеръ, нервныя кѣлѣтки обладали всѣми своими обычными свойствами и только въ произвольныхъ мышцахъ микроскопъ позволилъ Fürstner'у констатировать явленіе восковиднаго перерожденія.

Взгляды Fürstner'а нашли себѣ поддержку въ работѣ его ученика, Buchholz'a<sup>2)</sup>. Buchholz изслѣдовалъ мышцы и нервную систему также въ двухъ случаяхъ остраго бреда и могъ указать измѣненія только въ мышечной ткани, гдѣ онъ замѣтилъ восковидное перерожденіе въ различныхъ стадіяхъ, начиная отъ простаго набуханія и потери поперечной полосатости. Въ корѣ головного мозга онъ нашелъ лишь отдѣльныя небольшія гнѣзда излившейся крови, да и тѣ, по его

<sup>1)</sup> Ueber delirium acutum. Arch. f. Psychiat. Bd. XI, 1881. S. 517.

<sup>2)</sup> Zur Kenntniss des Delirium acutum. Arch. f. Psych. Bd. XX. 1889.

мнѣнію, возникли во время агоніи, т. е. вовсе не представлялись характерными для самаго страданія.

Въ рѣзкомъ противорѣчій съ выводами Fürstner'a стоятъ результаты, полученные Fütterer'омъ <sup>1)</sup>. Этотъ авторъ изслѣдовалъ головной мозгъ при остромъ бредѣ и уже простымъ глазомъ могъ открыть небольшія, но довольно многочисленныя гнѣзда желтовато-бураго цвѣта, располагавшіяся какъ разъ на границѣ сѣраго и бѣлаго вещества. При помощи микроскопа онъ убѣдился, что въ центрѣ этихъ фокусовъ всегда былъ расположенъ закупоренный сосудъ, вокругъ котораго прилегающая ткань обнаруживала рѣзкія измѣненія: нервныя волокна представлялись лишенными мѣлиновой обкладки, нервныя клѣтки частью оказались погибшими. Со стороны нейроглии авторъ совсѣмъ не замѣтилъ какихъ либо явленій раздраженія: наоборотъ, ее можно было назвать даже разрыхленной. Основываясь на наблюдавшейся имъ картинѣ, Fütterer полагаетъ, что она всецѣло находитъ себѣ объясненіе въ многочисленныхъ тромбахъ мелкихъ сосудовъ. По поводу этой работы однако слѣдуетъ отмѣтить, что объ исторіи болѣзни приведены въ ней крайне неполно, въ слишкомъ общихъ чертахъ, а описаніе прижизненныхъ явленій во второмъ случаѣ отсутствуетъ совершенно, такъ что если бы читатель, остановившись передъ своеобразной находкой Fütterer'a, пожелалъ провѣрить діагнозъ, то былъ бы совершенно лишенъ возможности исполнить свое намѣреніе.

Въ одномъ изъ засѣданій общества психіатровъ въ Ганноверѣ въ 1887 году демонстрировалъ свои препараты изъ мозговой коры женщины, умершей отъ остраго бреда, Snell junior <sup>2)</sup>. Микроскопическое изслѣдованіе этого случая, произведенное по методу Nissl'я, показало скопленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ периваскулярныхъ лимфатическихъ пространствахъ, увеличеніе числа такъ называемыхъ ядеръ ней-

<sup>1)</sup> Beitrag zur pathol. Anatomie der Grosshirnrinde. Virchow's Archiv. Bd. 106, 1886. S. 589.

<sup>2)</sup> Neurologisches Centralbl. 1888, № 11.

рогли почти въ полтора раза; нервныя кѣтки окрашивались менѣе интенсивно, чѣмъ въ нормальномъ мозгу, ядра и ядрышки выступали въ нихъ не столь рѣзко.

Наконецъ, въ послѣднее время представилъ описаніе микроскопической картины головного мозга при *delirium acutum* Th. Prout <sup>1)</sup>. Этотъ авторъ обращаетъ особенное вниманіе на нервныя кѣтки коры. Онъ отмѣчаетъ, какъ наиболѣе выдающееся явленіе въ нихъ, съ одной стороны, образованіе вакуолей въ протоплазмѣ и ядрахъ (иногда вмѣсто ядеръ встрѣчались однѣ вакуолы), а съ другой—увеличеніе кѣточныхъ ядеръ и измѣненіе самой ихъ формы.

Вотъ вкратцѣ тѣ свѣдѣнія относительно тончайшихъ измѣненій головного мозга при остромъ бредѣ, какими мы располагаемъ въ настоящее время <sup>2)</sup>. Какъ уже было сказано выше, они немногочисленны, неполны, отличаются взаимными противорѣчіями. Поэтому я охотно воспользовался представившимся мнѣ случаемъ и подвергнулъ головной мозгъ Ф. подробному гистологическому изслѣдованію.

Непосредственно при вскрытіи изъ каждой доли обоихъ большихъ полушарій были взяты по два кусочка величиной не болѣе кубическаго сантиметра; одни изъ нихъ были погружены въ растворъ двухромокислаго кали, гдѣ и остава-

<sup>1)</sup> A case of acute delirium with some considerations on its pathologic aspects. Med. News. Aug. 18 p. 183. 1894.

<sup>2)</sup> Я не говорю здѣсь о болѣе старыхъ работахъ, напр. Abercrombie (*Krankheiten des Gehirns*. Bremen. 1829), Brière de Boismont'a (*Du délire aigu*. *Memoires de l'académie de médecine*, t. XI и *L'union médicale* t. III, p. 557 и др.), такъ какъ онѣ, имѣя своимъ предметомъ исключительно анализъ макроскопической картины, весьма мало касаются измѣненій микроскопическаго характера.

<sup>3)</sup> Часть срѣзовъ я окрашивалъ также по способамъ Nissl'я и Смирнова, но въ описаніи не упоминаю о результатахъ, которые они мнѣ доставили, такъ какъ эти результаты не отличались достаточной опредѣленностью. Вообще, по моему мнѣнію, для примѣненія упомянутыхъ методовъ къ изученію головного мозга требуется еще дальнѣйшая ихъ разработка.

лись до пріобрѣтенія ими надлежащей плотности, другіе же уплотнялись въ насыщенномъ растворѣ суглемы. Для изслѣдованія полученныхъ срѣзовъ я примѣнялъ методы Pal'я и Gaule, а также окраску амміачнымъ карминомъ и пикрокарминомъ.

#### *Окраска по Pal'ю.*

Поверхностный тангенціальный слой мяготныхъ волоконъ выдѣляется отчетливо и рѣзко по густотѣ и отчасти по крупному калибру образующихъ его нервныхъ элементовъ. Глубже лежащая міелиновая сѣтъ также очень густа и выражена вполне явственно. Полоска Baillarger снаружи рѣзко ограничена: внутренней границей она постепенно сливается съ наружнымъ ассоціационнымъ слоемъ коры.

Такая картина встрѣчается на срѣзахъ изъ всѣхъ изслѣдованныхъ отдѣловъ мозга безъ исключенія; какихъ либо уклоненій или особенностей не удалось замѣтить ни на одной серіи препаратовъ.

#### *Окраска по Gaule.*

Ядра и ядрышки нервныхъ кѣлокъ видны отчетливо; ядра по большей части обладаютъ неправильно разбросанной зернистостью синяго цвѣта, ядрышки выдѣляются по темно-малиновой окраскѣ. Изрѣдка попадаются кѣлки, ядра которыхъ, сплошь синія, имѣютъ неправильныя, какъ бы изъѣденныя очертанія (см. рис. I); въ отдѣльныхъ кѣлкахъ утрату обычной формы можно замѣтить и со стороны ядрышекъ. Среди нервныхъ кѣлокъ малаго калибра иногда удается встрѣтить содержащія въ своемъ тѣлѣ по два ядра (см. рис. IV и V), причемъ послѣднія въ нѣкоторыхъ случаяхъ столь плотно прилегаютъ одно къ другому и по очертаніямъ такъ дополняютъ друга друга, что составляютъ какъ бы одно цѣлое (см. рис. IV). Ядра такого рода обыкновенно отличаются крупной зернистостью и отчетливо выраженнымъ ядрышкомъ; Встрѣчаясь повсюду, подобныя кѣлки съ двойнымъ ядромъ относительно чаще попадаются въ темной и парацентральной доляхъ.

На всемъ протяженіи нейроглии въ большомъ изобиліи разсѣяны круглые кѣлочныя элементы; то расположенные по-



рознь, то собранные въ группы большей или меньшей величины, особенно часто они встрѣчаются вблизи сосудовъ, вдоль хода которыхъ нерѣдко залегаютъ сплошнымъ слоємъ (см. рис. VII). Преобладающее большинство этихъ элементовъ отличается незначительной величиной и почти сплошной густой малиновой окраской, рѣже между ними удастся замѣтить образованія большихъ размѣровъ, заключающія въ себѣ зернистость отчасти малиноваго, отчасти синяго цвѣта. Всмотриваясь въ расположеніе мелкихъ и крупныхъ тѣлъ, на многихъ срѣзахъ легко убѣдиться, что около сосудовъ обыкновенно локализируются первыя, т. е. малиноваго цвѣта, которыя по численности являются первенствующими и въ томъ случаѣ, когда образуютъ большія скопленія даже вдали сосудовъ. Ядра сосудистыхъ стѣнокъ увеличены въ своихъ размѣрахъ, равно какъ и въ количествѣ. Самые сосуды, до мелкихъ включительно, переполнены кровяными тѣльцами. Наиболее рѣзко это явленіе кидается въ глаза въ сосудахъ мягкой оболочки и въ ихъ вѣтвяхъ, внидряющихся въ поверхностный слой коры; мѣстами между оболочкой и поверхностью мозга можно встрѣтить даже довольно обширныя изліянія крови. Незначительные фокусы излившейся крови, впрочемъ, попадаютъ также въ толщѣ сѣраго, а иногда, хотя гораздо рѣже, и бѣлаго вещества; особенно часто они наблюдаются въ периферическомъ слое коры, который мѣстами представляется какъ бы сплошь инфильтрированнымъ кровяными элементами. Периваскулярныя пространства, по большей части крайне растянутыя, иногда заключаютъ въ себѣ большое количество безструктурной массы, обладающей сплошной розовой окраской, подобнаго же характера массы встрѣчаются повсюду и въ петляхъ нейроглии.

#### *Окраска амміачнымъ карминомъ и пикрокарминомъ.*

Мелкіе и крупныя сосуды переполнены кровяными элементами; около нихъ обыкновенно замѣчается болѣе или менѣе значительное скопленіе круглыхъ тѣлецъ, величины бѣлаго кровяного шарика, часто располагающихся сплошными рядами и даже группами, причемъ отдѣльные элементы иногда представляются какъ бы плотно спаянными между собою безструктурной, густо окрашенной карминомъ массой; благодаря послѣдней, контуры тѣлецъ различаются очень неясно, иногда же ихъ и совсѣмъ не удастся открыть. Эта однородная масса

пропитываетъ мѣстами и ткань нейроглии; разбросанныя въ ней порознь круглыя образованія также нерѣдко отличаются матовымъ оттѣнкомъ и слабой окраской, вслѣдствіе чего всѣ детали ихъ строенія выступаютъ весьма неотчетливо. Сверхъ того на каждомъ срѣзѣ обыкновенно можно встрѣтить мелкія гнѣзда крововзліанія, внимательное изученіе которыхъ по большей части открываетъ, что онѣ произошли путемъ выхода кровяныхъ шариковъ черезъ неповрежденныя стѣнки сосуда (см. рис. VI). Въ отдѣльныхъ случаяхъ, впрочемъ, крововзліанія достигаютъ такихъ размѣровъ, что ихъ можно объяснить, повидимому, только разрывомъ стѣнокъ, хотя констатировать такой фактъ непосредственнымъ наблюденіемъ мнѣ не удалось ни разу. Въ сосудахъ малаго и средняго калибра просвѣтъ часто представляется закупореннымъ сплошной массой, принимающей довольно интенсивную окраску карминомъ (см. рис. VIII); такого же характера массы встрѣчаются, впрочемъ, и въ болѣе крупныхъ сосудахъ, только тамъ онѣ имѣютъ видъ округленныхъ, иногда неправильной формы, глыбокъ, окруженныхъ форменными элементами крови. Ядра въ стѣнкахъ мелкихъ сосудовъ и капилляровъ достигаютъ размѣровъ значительно большихъ противъ нормы и самое количество ихъ замѣтно увеличено. На стѣнкахъ крупныхъ сосудовъ ядра наружной оболочки мѣстами образуютъ почти сплошной слой; въ изобиліи на нихъ попадаются также глыбы желтоватаго пигмента, особенно на пунктахъ отхода вѣтвей.

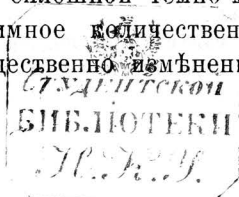
Тѣла нервныхъ клѣтокъ вообще не отличаются отчетливой окраской и по большей части заключаютъ въ себѣ большія массы пигментныхъ зеренъ желтовато-бураго цвѣта, сплошнымъ слоемъ окружающимъ ядро, которое поэтому далеко не всегда удается различать. Многія изъ нервныхъ клѣтокъ выдѣляются по позрелости, какъ бы губчатому строенію протоплазмы, и очень нерѣдко представляются вакуолизированными (см. рис. II). Довольно часто также попадаютъ клѣтки съ округленной формы мутноватымъ тѣломъ, лишенныя отростковъ. Весьма своеобразный видъ имѣютъ сверхъ того нервныя клѣтки, расположенныя въ расширенныхъ перипеллюлярныхъ пространствахъ (см. рис. III). Эти послѣднія нерѣдко представляются сплошь выполненными мелкозернистой, слабо окрашенной карминомъ массой, въ которой заложено иногда довольно значительное количество круглыхъ тѣлецъ; сами клѣтки въ подобныхъ случаяхъ оказываются какъ бы сдавленными, а отростки ихъ сжатыми и вытянутыми. Такія

картины особенно часто можно видѣть на срѣзахъ изъ лобныхъ долей, гдѣ одновременно очень растянутыми являются и периваскулярныя пространства, также переполненные упомянутого выше характера безструктурной массой, въ изобилии пропитывающей сверхъ того и ткань самой нейроглии.

Только-что приведенные результаты гистологическаго изслѣдованія головного мозга Ф. представляются довольно наглядными. Они ясно говорятъ, что при остромъ бредѣ психическій органъ становится ареной бурнаго патологическаго процесса, одновременно захватывающаго какъ сосуды, такъ нейроглию и нервные элементы.

Со стороны сосудистой системы мы прежде всего могли констатировать крайнее переполненіе всѣхъ сосудовъ, до мельчайшихъ включительно, кровяными тѣльцами, увеличеніе числа и объема ядеръ сосудистыхъ стѣнокъ, обширныя массы плазматическаго экссудата и кровяныхъ элементовъ въ расширенныхъ периваскулярныхъ пространствахъ и многочисленныя гнѣзда кровоизліяній въ прилегающей ткани. Всѣ эти явленія достигали наибольшаго развитія въ мягкой мозговой оболочкѣ и на периферіи мозга, по направленію же вглубь постепенно ослабѣвали.

Въ нейроглии кидалось въ глаза увеличеніе числа круглыхъ клѣточныхъ элементовъ, которые сверхъ того и по своимъ свойствамъ представляли замѣтныя особенности. Въ нормальномъ мозгу эти элементы, какъ извѣстно, двоякаго рода: одни, преобладающіе по численности, отличаются довольно значительными размѣрами, округленной формой и содержатъ зернистость, воспринимающую синюю окраску при обработкѣ препаратовъ по методу Gaule; другіе, меньшинство, съ совершенно правильными круглыми очертаніями, меньшаго калибра, рѣзко выдѣляются по насыщенной сплошной темно-малиновой окраскѣ. Въ нашемъ случаѣ взаимное количественное отношеніе обоихъ ядеръ оказалось существенно замѣненнымъ: си-



нія ядра встрѣчались сравнительно очень рѣдко, да и то вдали отъ сосудовъ, громадное же большинство составляли ядра малиноваго цвѣта, которыя здѣсь отчасти обладали округленной формой и по размѣрамъ обыкновенно не уступали первымъ. Самое распредѣленіе ядеръ этой категоріи обнаруживало извѣстную законность; въ особенно большомъ количествѣ они сосредоточивались вблизи сосудовъ, иногда густымъ слоемъ располагаясь вдоль ихъ хода; по мѣрѣ отдаленія они постепенно рѣдѣли, но зато увеличивались въ объемѣ. Всѣ эти факты представляются весьма интересными, такъ какъ въ значительной степени характеризуютъ свойства патологическаго процесса, съ которымъ мы имѣемъ дѣло въ данномъ случаѣ. Дѣйствительно, еще изслѣдованіями, произведенными въ лабораторіи проф. Лукьянова въ Варшавѣ, было установлено, что указанная выше разница въ окраскѣ ядеръ нейроглии находится въ прямой зависимости отъ ихъ состоянія. Такъ, Косинскій <sup>1)</sup> въ быстро растущихъ опухоляхъ нашель, что зрѣлыя и покоящіяся ядра получаютъ по преимуществу сине-фіолетовую окраску, молодыя же и находящіяся въ различныхъ фазахъ каріокинеза (кромѣ самыхъ начальныхъ)—красную. Корибутъ-Дашкевичъ <sup>2)</sup>, раздражая прерывистымъ токомъ спинно-мозговые нервы у лягушекъ, какъ одно изъ самыхъ выдающихся явленій со стороны ядеръ соотвѣствующихъ участковъ спинного мозга, отмѣтилъ рѣшительное преобладаніе красныхъ тѣлецъ. Нѣсколько позднѣе такого рода выводы нашли себѣ поддержку и въ данныхъ патолого-анатомическаго характера. Буцельскій <sup>3)</sup>, изучавшій въ моей лабораторіи въ Варшавѣ измѣненіе центральныхъ узловъ при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, встрѣтился съ преобладаніемъ мали-

<sup>1)</sup> О различіи въ окраскѣ покоящихся и дѣлящихся ядеръ въ ракахъ, аденомахъ и саркомахъ. Врачъ. 1888.

<sup>2)</sup> Wird der thätige Zustand des Centralnervensystems von mikroskopisch wahrzunehmenden Veränderungen begleitet? Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bd. XXXIII. S. 51.

<sup>3)</sup> Объ измѣненіяхъ подкорковыхъ узловъ головного мозга при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Диссертація, Варшава. 1892.

новой окраски ядеръ въ тѣхъ случаяхъ, когда не задолго до кончины наблюдался рядъ эпилептоидныхъ припадковъ. Въ своей работѣ „Патолого-анатомическія измѣненія центральной нервной системы при азіатской холерѣ“ (Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1893. VIII) я также указалъ на преобладаніе малиновой окраски въ ядрахъ нейроглии вообще и головного мозга въ особенности. Всѣ эти факты заставляютъ думать, что малиновая окраска ядеръ нейроглии говоритъ за ирритативную природу патологическаго процесса, въ который вовлечена послѣдняя. Но всѣ ли ядра, расположенныя въ петляхъ нейроглии, должно считать въ нашемъ случаѣ происшедшими путемъ размноженія такъ называемыхъ свободныхъ ядеръ ея въ собственномъ смыслѣ? Не бываютъ ли они чаще всего иного происхожденія? Friedmann, подробно изучавшій гиперпластическій энцефалитъ Науен'а и встрѣтившійся также съ подобными образованіями, почти категорически отвѣчаетъ на этотъ вопросъ отрицаніемъ. Онъ считаетъ большія эпителиевидныя клѣтки въ своихъ случаяхъ по большей части продуктомъ ядеръ нейроглии, хотя допускаетъ въ тоже время происхожденіе ихъ и изъ нервныхъ клѣтокъ. Изъ сдѣланнаго выше описанія полученныхъ мною результатовъ гистологическаго изслѣдованія, мнѣ кажется однако, слѣдуетъ заключеніе совершенно иного рода. Эти результаты весьма ясно доказываютъ, что громадное большинство тѣлецъ, о которыхъ здѣсь идетъ рѣчь, несомнѣнно выходятъ изъ просвѣта сосудовъ, что на нихъ должно смотрѣть, какъ на эмиграціонные элементы. Говоря такъ, я совсѣмъ не имѣю въ виду приписывать имъ исключительно внутрисосудистое происхожденіе; по крайней мѣрѣ, принимая во вниманіе размноженіе ядеръ сосудистыхъ стѣнокъ и разбуханіе собственныхъ тѣлецъ нейроглии, нельзя, повидимому, отрицать, что часть интересующихъ насъ образованій можетъ возникнуть и изъ этихъ источниковъ, которымъ однако въ данномъ случаѣ должно принадлежать лишь второстепенное значеніе <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Такой же взглядъ на разнородное происхожденіе ядеръ, заложенныхъ въ нейроглии, высказалъ я и въ своей работѣ, посвященной измѣненіямъ

Въ нервныхъ клѣточныхъ элементахъ микроскопъ открылъ цѣлый рядъ патологическихъ измѣненій. Въ корѣ большихъ полушарій головного мозга Ф. мы встрѣтили нервныя

центральной нервной системы при азиатской холерѣ. Д-ръ Р. I. Тувимъ (Къ вопросу объ измѣненіяхъ спинного мозга и спинно-мозговыхъ узловъ при азиатской холерѣ. Диссерт., Спб. 1894), занимавшійся также изученіемъ патолого-анатомической картины, представляемой нервной системой при холерѣ, не считая возможнымъ согласиться съ нимъ, находя, что такому выводу противорѣчитъ фактическая сторона моей же работы. Хотя послѣ опубликованія диссертации д-ра Тувима прошло уже около двухъ лѣтъ, но до сихъ поръ мнѣ не представлялось случая останавливаться на аргументаціи этого автора, почему я и позволю себѣ воспользоваться настоящимъ, чтобы нѣсколько коснуться его работы, или, вѣрнѣе, той части послѣдней, которая содержитъ критику на мое изслѣдованіе.

Д-ръ Р. I. Тувимъ, также какъ и я, встрѣтилъ въ нейроглии спинного мозга умершихъ отъ холеры большое количество круглыхъ элементовъ, которые считаетъ за эмиграціонные, и въ этомъ видитъ разнорѣчіе со мною, такъ-какъ «Н. М. Поповъ утверждаетъ, что значительное возрастаніе числа круглыхъ тѣлъ нейроглии произошло главнымъ образомъ путемъ дѣленія ядеръ нейроглии» (стр. 19). Я не знаю откуда д-ръ Тувимъ почерпнулъ данныя для только что приведенной цитаты, которую я прочелъ съ искреннимъ изумленіемъ. Въ самомъ дѣлѣ, на стр. 15 своей работы я категорически заявляю: «я никакъ не могу утверждать вмѣстѣ съ Friedmann'омъ, что крупно-зернистыя тѣла образуются исключительно насчетъ стойкихъ элементовъ послѣдней (нейроглии). По крайней мѣрѣ мои препараты доставили мнѣ рядъ доказательствъ, что точно такія же тѣла встрѣчаются и въ просвѣтѣ мелкихъ сосудовъ, что они въ состояніи проникать оттуда въ прилежащую ткань и здѣсь совершенно не могутъ быть отличаемы отъ измѣненныхъ тѣлецъ самой нейроглии». Отсюда видно, что я, устанавливая возможность различныхъ источниковъ происхожденія тѣлецъ, вовсе не затрагиваю вопроса, какой изъ нихъ является преобладающимъ; да у меня и не было достаточно данныхъ для его разрѣшенія, такъ какъ эмиграціонныя тѣла по своимъ морфологическимъ свойствамъ ничѣмъ не отличались отъ элементовъ самой нейроглии. Д-ръ Тувимъ однако и здѣсь держится иного мнѣнія. Онъ, основываясь на произведенныхъ мною измѣреніяхъ, повидному совершенно отрицаетъ, чтобы въ увеличеніи количества круглыхъ элементовъ могли принимать участіе и ядра нейроглии. Доводы его въ данномъ случаѣ, впрочемъ, не столько своеобразны, что ихъ лучше привести дословно. «При дѣленіи самаго большаго ядра нейроглии въ 41,05  $\mu$ , говоритъ онъ на стр. 20, должно было бы получиться два мелкихъ ядра только въ 20,25  $\mu = \left(\frac{41,05}{2}\right)$ , и, слѣдовательно, число мелкихъ

ядеръ должно было бы быть при холерѣ больше, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. Между тѣмъ Н. М. Поповъ въ мозгахъ при холерѣ, въ противоположность нормальнымъ, крайне рѣдко встрѣчалъ мелкія круглыя тѣла (19,05  $\mu$ ), но, наоборотъ, видѣлъ только крупныя ядра въ 41,05  $\mu$ . Такимъ образомъ мы видимъ, что данныя самого профессора Н. М. Попова рѣшительно говорятъ противъ предположенія, что встрѣчающіяся въ нейроглии при холерѣ многочисленныя круглыя тѣла происходятъ путемъ дѣленія ядеръ нейроглии». Эта выдержка, конечно, доказываетъ, что д-ръ Тувимъ основательно знакомъ съ простѣйшими правилами ариметики, но, къ сожалѣнію, далеко нельзя сказать того же объ основныхъ принципахъ патологии. Мой критикъ совершенно упускаетъ изъ виду, что говорить не о мертвыхъ тѣлахъ, послѣ раздѣленія которыхъ часть всегда меньше цѣлаго,

кѣтки мутно набухшія, вакуолизированныя, пигментно пере-рожденныя, кѣтки съ двойнымъ ядромъ и какъ бы сдвинутыя массама плазматическаго эксудата:

Изъ этихъ измѣненій наибольшій интересъ представляютъ конечно два послѣднихъ вида.

Какъ видно изъ предшествовавшаго описанія, среди нервныхъ кѣтокъ попадались содержація по два ядра, которыя иногда были раздѣлены болѣе или менѣе толстымъ слоемъ протоплазмы, иногда же такъ близко прилегали одно къ другому и по своимъ очертаніямъ такъ дополняли другъ друга, что невольно возникала мысль о происхожденіи ихъ путемъ дѣленія. Въ своей работѣ „Патолого-анатомическія измѣненія центральной нервной системы при азіатской холерѣ“ я уже имѣлъ случай съ достаточной полнотою выяснитъ, что мы имѣемъ очень много данныхъ допускать въ нервныхъ кѣткахъ способность ядеръ къ дѣленію (см. стр. 8 и слѣд.). Не говоря о весьма многочисленныхъ наблюденіяхъ, принадлежащихъ Meunert'у, Любимову, Fleschl'ю, Hamilton'у, Льву Попову и др., къ этому мнѣнію заставляютъ склоняться и болѣе позднія изслѣдованія, посвященныя каріокинетическому процессу. Усковъ, Cattani, Pfitzner, Buchholz единогласно констатировали, что каріокинетическія фигуры весьма часто встрѣчаются въ нервныхъ кѣткахъ головного и спинного мозга у зародышей и молодыхъ животныхъ. Ломинскій <sup>1)</sup> въ спинномъ мозгу личинокъ лягушки и тритона также наблюдалъ убѣдительныя картины, доказывающія, что здѣсь имѣется не прямое дѣленіе нервныхъ кѣтокъ: онъ видѣлъ въ ихъ ядрахъ почти всѣ стали каріокинетическаго процесса. Но у взрослыхъ

---

а о живыхъ элементахъ, охваченныхъ очень бурнымъ процессомъ, и что участіе послѣднихъ въ этомъ процессѣ можетъ выразиться на ряду съ дѣленіемъ и увеличеніемъ ихъ объема, почему основывать какія либо заключенія на величинѣ отдѣльныхъ тѣлецъ, разумѣется, нѣтъ никакой возможности.

Вотъ тѣ замѣчанія, которыя я долженъ сдѣлать по поводу диссертациі д-ра Тувима. Изъ вышеизложеннаго ясно, что я смѣло могъ бы о ней промолчать, если бы она не вышла изъ стѣнъ столь авторитетнаго учрежденія, какъ С.-Петербургская Военно-Медицинская Академія.

<sup>1)</sup> Къ вопросу о дѣленіи нервныхъ кѣтокъ. Кіевъ, 1882.

животныхъ этотъ авторъ, примѣняя экспериментальный методъ, не встрѣтилъ никакихъ указаній на дѣленіе нервныхъ клѣточныхъ элементовъ, почему и думаетъ, что съ возрастомъ способность ихъ размножаться путемъ дѣленія уменьшается или даже совсѣмъ исчезаетъ. Однако послѣдній выводъ раздѣляется далеко не всѣми позднѣйшими авторами. Cattani, Mondino и Coen, также прибѣгнувъ къ экспериментамъ, представили рядъ доказательствъ, что каріокинетическія фигуры могутъ появляться и въ мозгу взрослыхъ животныхъ (см. работу Cattani: Sulla fisiologia del gr. simpatico. Gazette degli Ospedali, 1885).

До сихъ поръ мнѣ неизвѣстно ни одной работы, въ которой было бы съ достаточной положительностью констатировано присутствіе каріокинетическихъ фигуръ въ нервныхъ клѣткахъ человѣка. Для правильной оцѣнки этого факта однако слѣдуетъ помнить, что, какъ замѣтили еще Knoblauch и Fürstner, у высшихъ животныхъ, а слѣдовательно и у человѣка, онѣ пропадаютъ крайне быстро, уже черезъ нѣсколько минутъ послѣ смерти. Что касается дѣленія ядеръ въ нервныхъ клѣткахъ у человѣка при патологическихъ условіяхъ, то съ этимъ явленіемъ, между прочимъ, встрѣтился я, изучая измѣненія центральной нервной системы при холерѣ, и тогда же высказалъ взглядъ, по которому такое дѣленіе слѣдуетъ считать выраженіемъ активнаго участія клѣтокъ въ болѣзненномъ процессѣ, проявленіемъ ирритативнаго состоянія ихъ.

Совершенно иное значеніе должно, повидимому, придавать второму виду измѣненія нервныхъ клѣтокъ, о которомъ я упомянулъ выше. Сдавленные клѣтки съ вытянутыми истонченными отростками, расположенныя въ расширенныхъ перипеллюлярныхъ пространствахъ, содержащихъ въ себѣ сверхъ того массы эксудата и эмиграціонные элементы—эта картина невольно наводила на предположеніе, что мы имѣемъ передъ собою измѣненіе чисто пассивнаго характера, что въ такихъ случаяхъ плазматическій эксудатъ и форменные элементы,



инфильтрируя подлежащія ткани, проникали въ околоклѣточное пространство, чрезмѣрно расширяли его и производили вмѣстѣ съ тѣмъ сильное давленіе на тѣло самой клѣтки съ ея отростками.

Къ какимъ однако послѣдствіямъ можетъ привести это сдавленіе клѣтки, влечетъ ли оно за собою полное уничтоженіе послѣдней или нѣтъ, на эти вопросы мои препараты не даютъ никакого отвѣта. Они позволяютъ утверждать только одно: какъ бы ни было сжато тѣло клѣтки, въ немъ обыкновенно нельзя бываетъ замѣтить скопленія пигментныхъ массъ, столь не рѣдкихъ въ клѣткахъ, лежащихъ иногда рядомъ. И въ этомъ отношеніи мои наблюденія рѣзко противорѣчатъ тѣмъ, которыя сдѣлалъ въ свое время Schaffer <sup>1)</sup>, изслѣдуя спинной мозгъ умершихъ отъ собачьяго бѣшенства. Какъ извѣстно, этотъ авторъ встрѣтилъ громадныя массы пигмента въ тѣлахъ нервныхъ клѣтокъ и думаетъ видѣть здѣсь результатъ нарушеннаго питанія, вслѣдствіе чрезмѣрнаго сдавленія тѣла плазматическимъ эксудатомъ, въ изобиліи выпотѣвающимъ изъ кровеносныхъ сосудовъ. Въ настоящемъ случаѣ мы также имѣемъ основаніе допускать такое сдавленіе, и тѣмъ не менѣе самое тщательное изученіе клѣтокъ не позволило открыть въ нихъ и слѣдовъ пигмента.

Если мы, покончивъ съ анализомъ отдѣльныхъ особенностей патологическаго процесса въ нашемъ случаѣ, пожелаемъ теперь выяснитъ себѣ его основной характеръ и для этой цѣли обратимся къ специальной литературѣ, то безъ труда можемъ встрѣтить въ ней описанія, весьма близко напоминающія картину, которую открылъ микроскопъ въ головномъ мозгу Ф.

Еще въ 1868 г. Навен <sup>2)</sup> описалъ особый видъ воспаления головного мозга, который онъ назвалъ *encephalitis interstitialis hyperplastica*. Этотъ процессъ, по автору, харак-

<sup>1)</sup> Histologische Untersuchung eines Falles von Lyssa. Arch. f. Psych. 1887. Bd. 19, H. 1.

<sup>2)</sup> Etudes sur les diverses formes d'encéphalite.

теризуется весьма своеобразными измѣненіями въ сосудистой системѣ, междуточной ткани и нервныхъ элементахъ. Сосуды представляются расширенными, переполненными кровью; ядра ихъ стѣнокъ обнаруживаютъ наклонность къ размноженію и переходу въ стойкую соединительную ткань при болѣе затяжномъ теченіи. Измѣненія междуточной ткани выражаются набуханіемъ клѣтокъ нейроглии, которыя дѣлаются пузыреобразными и зернистыми; самое число ихъ нерѣдко оказывается громадно увеличеннымъ, а въ вѣвыхъ удается явственно замѣтить по два ядра.

Изъ нервныхъ элементовъ Науенъ только въ волокнахъ видѣлъ измѣненія атрофическаго характера и думаетъ, что нервныя клѣтки по отношенію къ данному процессу отличаются вообще большой стойкостью. Изъ позднѣйшихъ изслѣдователей съ особеннымъ вниманіемъ остановился на гиперпластической формѣ Науенъ'a и Friedmann <sup>1)</sup>. Самой существенной чертой ея этотъ авторъ считаетъ большія зернистыя клѣтки эпителиевиднаго характера, которыя, что настоячиво подчеркиваетъ Friedmann, нужно строго отличать отъ происходящихъ изъ блуждающихъ тѣлецъ, такъ какъ преобладающее большинство ихъ суть продукты размноженія ядеръ нейроглии и только отчасти въ нихъ могутъ трансформироваться и нервныя клѣтки. Отъ обыкновенныхъ зернистыхъ тѣлъ, являющихся выраженіемъ регрессивнаго метаморфоза, онѣ отличаются по красивой сѣтевидной структурѣ клѣточного вещества и нерѣдко замѣчаемымъ въ нихъ каріокINETическимъ фигурамъ. Зернистыя тѣла въ собственномъ смыслѣ при гиперпластической формѣ встрѣчаются рѣдко, эмиграціонныя же элементы, наоборотъ, могутъ иногда очень густо инфильтрировать всю пораженную область. Въ сосудистыхъ стѣнкахъ и Friedmann указалъ, согласно съ Науенъ'омъ, разрашеніе ядеръ внутренней и наружной оболочекъ, но по отношенію къ нервнымъ элементамъ, онъ значительно уклонился отъ описанія своего предшественника.

<sup>1)</sup> Studien zur pathol. Anatomie der acuten Encephalitis. Arch. f. Psych. 1890.

Въ волокнахъ ему мѣстами удавалось замѣтить набуханіе осевыхъ цилиндровъ, а въ клѣткахъ рѣдкіе намеки на активные процессы, выраженные, впрочемъ, очень слабо и проявляющіеся лишь измѣненіемъ специфической полосатости въ сѣть хроматиноваго вещества. Гораздо чаще пораженіе нервныхъ клѣтокъ носило, по Friedmann'у, дегенеративный характеръ.

Изслѣдуя головной мозгъ лицъ, скончавшихся отъ холеры, я встрѣтился съ картиной, представлявшей при всей своеобразности весьма много общаго съ только-что очерченной, и такъ какъ для оцѣнки настоящаго случая результаты моего изслѣдованія не лишены существеннаго значенія, то я и позволю себѣ остановиться на нихъ нѣсколько долѣе.

Самымъ выдающимся явленіемъ въ мозгу холерныхъ, сразу останавливавшимъ на себѣ вниманіе, были измѣненія сосудистой системы: всѣ сосуды оказались переполненными кровью, за исключеніемъ только капилляровъ головного мозга, въ просвѣтѣ которыхъ кромѣ незначительнаго числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ можно было часто замѣтить свернувшуюся плазму и отдѣльныя зернистыя образованія, достигавшія довольно значительныхъ размѣровъ. Группы такихъ же образованій микроскопъ легко открывалъ повсюду въ петляхъ нейроглии и особенно по близости сосудовъ. Процессъ отражался и на сосудистыхъ стѣнкахъ, ядра которыхъ были увеличены какъ въ объемѣ, такъ и въ количествѣ. Измѣненія нервныхъ клѣтокъ носили весьма разнообразный характеръ; чаще всего встрѣчались клѣтки въ различныхъ стадіяхъ распадѣнія и переполненныя массами желтовато-бурого пигмента; значительно рѣже можно было замѣтить клѣтки, изрытыя вакуолами. Наконецъ, въ различныхъ областяхъ коры я могъ констатировать нервныя клѣтки, заключавшія въ своемъ тѣлѣ по два ядра, то удаленныя другъ отъ друга, то расположенныя рядомъ. Принимая во вниманіе особенности такой картины, я высказалъ предположеніе, что здѣсь имѣется процессъ, который по своимъ основнымъ чертамъ очень близко подходитъ

въ гиперпластической формѣ интерстиціального экцефалита, описанной Науе<sup>1</sup>омъ, но представляетъ ту особенность, что сосудистыя явленія выступаютъ гораздо рѣзче и что активное участіе въ немъ принимаютъ и нервные клѣточные элементы. Сравнивая теперь измѣненія въ мозгу холерныхъ съ тѣми, какія мы открыли въ нашемъ случаѣ остраго бреда, нельзя не признать между ними тѣсной аналогіи; и тамъ и тутъ одни и тѣ же явленія со стороны сосудовъ, та же инфильтрація нейроглии крупными зернистыми элементами, одни и тѣ же признаки активнаго участія въ процессѣ со стороны клѣтокъ. Правда, какъ можно видѣть изъ приведеннаго выше описанія, существуетъ и замѣтное различіе; но оно отнюдь не касается самой сущности процесса. При остромъ бредѣ мы имѣемъ, повидимому, пораженіе несравненно болѣе бурное, выраженное съ большей рѣзкостью; сосудистыя явленія при немъ выступаютъ несравненно замѣтнѣе, затемняя остальные детали анатоми-патологической картины, и въ этомъ фактѣ находить объясненіе какъ болѣе густая инфильтрація тканей кровяными тѣльцами и крупными элементами, такъ и часто встрѣчающіяся обширныя гнѣзда кровоизліянія и массы плазматическаго эксудата, мѣстами переполнявшія околососудистыя и околоклѣточные пространства и сдавливавшія ихъ содержимое. Обращаетъ на себя вниманіе также и особенность локализациі процесса при остромъ бредѣ: наибольшей выраженности онъ достигаетъ въ мягкой мозговой оболочкѣ и на самой поверхности мозговыхъ полушарій, гдѣ уже простымъ глазомъ можно открыть обширныя фокusy излившейся крови, а микроскопъ мѣстами указываетъ на сплошную инфильтрацію периферическаго слоя сѣраго вещества кровяными шариками; по мѣрѣ удаленія отъ периферіи интенсивность пораженія быстро ослабѣваетъ и бѣлое вещество представляется измѣненнымъ сравнительно на столько слабо, что разницу здѣсь легко установить даже простымъ осмотровъ.

Итакъ, патолого-анатомическимъ субстратомъ страданія въ нашемъ случаѣ является острый разлитой менинго-энцефа-

лить, причѣмъ пораженіе собственно мозгового вещества по своему характеру можетъ быть отнесено къ той формѣ энцефалита, которая была описана Науеиомъ подъ именемъ гиперпластической, съ одной лишь разницей, а именно: здѣсь несомнѣнно живое активное участіе принимаютъ въ процессѣ и собственно нервные элементы <sup>1)</sup>.

Всѣ эти соображенія, касающіяся характера процесса въ головномъ мозгу при остромъ бредѣ, приводятъ насъ къ результатамъ весьма важнымъ въ клиническомъ отношеніи. Дѣйствительно, если пораженіе головного мозга при холерѣ, страданіи безспорно инфекціоннаго происхожденія, по своей природѣ такъ тѣсно приближается къ тому, какой разыгрывается при остромъ бредѣ въ этомъ органѣ, то отсюда вполне естественно предположить, что и въ послѣднемъ случаѣ передъ нами тоже заболѣваніе инфекціонное. Другими словами, взглядъ, высказываемый въ послѣднее время клиницистами и бактериологами, повидимому, встрѣчаетъ себѣ поддержку и въ данныхъ патологической анатоміи.




---

<sup>1)</sup> Дѣлая такое добавленіе, я спѣшу оговориться, что поступаю такъ только ради большей точности. Мнѣ лично представляется безспорнымъ, что и Науеи могъ бы указать активный характеръ измѣненій нервныхъ клетокъ, если бы обладалъ достаточно тонкими методами изслѣдованія. Къ такому мнѣнію склоняютъ насъ и наблюденія Friedmann'a, который, какъ было указано выше, отнесся уже съ нѣкоторымъ скептицизмомъ къ слишкомъ упорной неизмѣняемости и пассивности нервныхъ клетокъ.

## Объясненіе рисунковъ.

Рис. I. Большая пирамидальная клѣтка съ неправильно контурированнымъ, какъ бы изъѣденнымъ по краямъ ядромъ. Окраска по Gaule. Zeiss. Ob. 4,0, oc. 8. Увеличеніе 500.

Рис. II. Большая пирамидальная клѣтка, содержащая въ тѣлѣ ясно очерченную вакуолу. Окраска карминомъ. Увеличеніе то же.

Рис. III. Большая нервная клѣтка коры, находящаяся въ расширенномъ перипеллюлярномъ пространствѣ, въ которомъ видны эмиграціонные элементы и массы свернувшагося плазматического выпота. Окраска та же. Zeiss. Oc. 2,0 (масляная иммерсія), ob. 8. Увеличеніе 1000.

Рис. IV. Нервная клѣтка коры, состоящая изъ раздвоеннаго ядра, окруженнаго незначительнымъ количествомъ мелкозернистой протоплазмы. Окраска по Gaule. Увеличеніе то же.

Рис. V. Нервная клѣтка коры, состоящая какъ бы изъ двухъ, тѣсно саяанныхъ между собою. Окраска и увеличеніе тѣ же.

Рис. VI. Сосудъ изъ коры мозга, окруженный большимъ количествомъ эмиграціонныхъ элементовъ; у а виденъ такой элементъ въ моментъ выхода изъ сосуда. Окраска карминомъ. Zeiss. Oc. 8, ob. 4. Увеличеніе 500.

Рис. VII. Сосудъ изъ коры мозга, окруженный массой эмиграціонныхъ элементовъ, большая часть которыхъ окрашена темно-малиновымъ цвѣтомъ и только немногіе, болѣе крупнаго калибра, выдѣляются синей окраской. Окраска по Gaule. Увеличеніе то же.

VIII. Сосудъ изъ коры мозга, переполненный кровяными элементами; внутри его видны сплошныя массы, закупоривающія просвѣтъ. Окраска карминомъ. Увеличеніе то же.





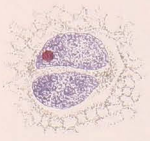
I.



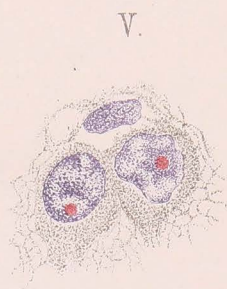
II.



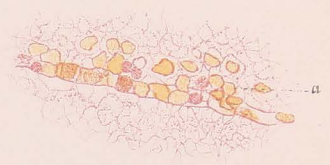
III.



IV.



V.



VI.



VII.



VIII.

# Современное состояніе ученія объ афазіи

Г. Идельсона.

(Продолженіе; см. т. IV, вып. 4).

## VIII.

### СЛУЧАЙ GRASHEY И ЕГО ЗНАЧЕНІЕ <sup>1)</sup>.

Больной Grashey'a вслѣдствіе поврежденія черепа заболѣлъ разстройствомъ рѣчи сенсорнаго характера, которое скоро уступило мѣсто другому своеобразному разстройству. Больной не находилъ наименованій окружающихъ его предметовъ, развѣ только прибѣгая къ слѣдующему средству: онъ пристально вглядывался въ извѣстный предметъ, причемъ припоминалъ по порядку отдѣльныя буквы даннаго слова; буквы эти онъ писалъ по порядку, согласно съ тѣмъ, какъ онъ ихъ припоминалъ, и только послѣ того, какъ всѣ буквы, такимъ образомъ написанныя, составляли слово, больной могъ данное слово произнести. Если же предметъ былъ удаленъ раньше, чѣмъ онъ успѣлъ начертать названіе, тогда привести названія, вывода послѣдовательно одинъ знакъ за другимъ, онъ не могъ—и, такимъ образомъ, не могъ, конечно, и выговорить даннаго слова. Если больному выговаривали слово по

---

<sup>1)</sup> Grashey. Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Arch. f. Psych. 1885. 13. B., p. 654.



слогамъ, то, дойдя до послѣдняго слога, онъ первыхъ больше не помнилъ, вслѣдствіе чего и повторить его не могъ.

Ясно, что по той же причинѣ больной не могъ произносить длинныхъ словъ и предложеній. Если же ему говорили кое-что быстро, то онъ былъ въ состояніи слышанное выговорить и написать. Намѣреваясь написать слово, онъ долженъ былъ его постоянно повторять; въ противномъ случаѣ онъ забывалъ его и не могъ уже написать. Читалъ онъ свободно. При этомъ должно замѣтить, что больной не могъ читать при слѣдующемъ экспериментѣ: въ бумагѣ дѣлали отверстие, черезъ которое можно было видѣть только одну букву, и если названную бумагу передвигали съ буквы на букву по порядку, то больной прочесть слова не могъ. Больной узнавалъ всѣ предметы и могъ по просьбѣ указать извѣстный предметъ или выбрать его между прочими.

Если же больному называли два предмета по порядку, то онъ первое названіе забывалъ, помнилъ же только второе, и согласно этому могъ указать только на второй предметъ, перваго же не звалъ. Далѣе, если больному показывали два предмета, то онъ опять таки вспоминалъ только второй предметъ, первый же забывалъ. Изъ всего сказаннаго видно, что больной страдалъ сильнымъ разстройствомъ памяти какъ для слуховыхъ (для словъ и именъ), такъ и зрительныхъ воспріятій, и кромѣ того отсутствіемъ способности тотчасъ же произносить названіе указанного ему предмета, между тѣмъ какъ объекты были ему извѣстны, рѣчью онъ владѣлъ и сказанное ему понималъ. Можно поэтому предположить, что путь отъ слова къ понятію былъ не поврежденъ, тогда какъ путь отъ понятія къ слову былъ поврежденъ. Подобное предположеніе было бы однако не объясненіемъ факта, но только повтореніемъ предыдущаго. Должно поэтому обратиться къ другому объясненію. Если мы обратимъ вниманіе на симптомы этого больного, то можно констатировать пониженную длительность чувственныхъ воспріятій; это особенно высказывается при тѣхъ воспріятіяхъ, которыя сами по себѣ требуютъ извѣстнаго времени,

чтобы вполнѣ быть сознанными: звуковые образы произнесеннаго и слышаннаго слова, далѣе зрительные образы писаннаго и печатнаго; тогда какъ картины-объекты моментально воспринимаются. Понятно потому, что при видѣ, напримѣръ, телѣги онъ сознавалъ, что это телѣга, но высказать понятие, назвавши предметъ должнымъ ему именемъ, могъ только постепенно. Объясняется это тѣмъ, что обыкновенно для оптическаго воспріятія предмета достаточно момента, тогда какъ звуковой образъ слова, означающаго данный предметъ, требуетъ болѣе продолжительнаго времени, такъ какъ оно является не моментально, а лишь постепенно (Grashey).

Какъ при произношеніи, такъ и при пониманіи слышанныхъ словъ звуковые образы играютъ главную роль. Въ обоихъ случаяхъ они возбуждаются и всегда постепенно одинъ звукъ за другимъ. Такъ какъ въ теченіе одной секунды можно произнести самое большее 8—9 слоговъ и такъ какъ каждый слогъ состоитъ среднимъ числомъ изъ 4 буквъ (всего 32—36 буквъ), то каждая буква требуетъ 0,03 сек. для того, чтобы быть произнесенной; при медленномъ разговорѣ 0,06 сек. Для воспріятія предмета достаточно еще менѣе 0,03 сек., для возникновенія слова, состоящаго изъ 6 буквъ, необходимо по крайней мѣрѣ 0,36 сек. Если поэтому продолжительность воспріятія пала до 0,06 сек., то предметъ можетъ быть воспринимаемъ; отъ звуковаго же образа можетъ быть воспринимается только первая буква. Необходимо поэтому, чтобы впечатлѣніе предмета продолжалось по крайней мѣрѣ столько времени, сколько необходимо для возникновенія всего звуковаго образа. Но дѣло въ томъ, что пониженная продолжительность извѣстныхъ чувственныхъ впечатлѣній относится не только къ области зрительныхъ, но и слуховыхъ впечатлѣній. Больной поэтому, получивъ постепенно звуковые образы всѣхъ буквъ—одну за другой, тѣмъ не менѣе не можетъ произнести слова, для чего ему необходимо было-бы запомнить ихъ всѣ вмѣстѣ; но больной, какъ уже раньше было сказано, забываетъ первый слогъ, вспоминая только второй; поэтому онъ

прибѣгаетъ къ слѣдующему: каждый звуковой образъ моментально онъ переноситъ на бумагу, что даетъ ему потомъ возможность начертанное прочесть; тѣ мимолетные звуковые образы, которыхъ память не въ состояніи удерживать, больной удерживаетъ, фиксируя написанное на бумагѣ, или, воспроизводя буквы постояннымъ повтореніемъ, имѣетъ ихъ на лицо до послѣдней буквы и такимъ образомъ произноситъ данное слово. Поэтому и понятно, почему больной можетъ свободно съ пониманіемъ читать.

Если больной имѣетъ передъ собой какое-нибудь слово, на примѣръ „Hand“ (рука), то буква „Н“ вызываетъ соотвѣтствующій звуковой образъ „Н“, буква „а“ — звуковой образъ „а“ и т. д. Прослѣдивъ подобнымъ образомъ все слово, больной въ состояніи сейчасъ же его и выговорить.

Но мы видѣли, что продолжительность чувственного впечатлѣнія звукового образа длится у него только очень незначительное время, котораго всетаки достаточно для воспроизведенія понятія о предметѣ, такъ какъ послѣднее требуетъ для себя только момента. Больной понимаетъ такимъ образомъ прочитанное слово.

Если же больному приходится читать какое-нибудь слово, согласно намѣченному раньше эксперименту—съ отверстіемъ въ бумагѣ, то для каждой буквы, являющейся въ отверстіи, вызывается и соотвѣтствующій звуковой образъ; но такъ какъ бумага передвигается только медленно и буквы видимы для больного съ промежутками, то это влечетъ за собою такой же интервалъ въ возникновеніи звуковыхъ образовъ; кратковременная же продолжительность этихъ впечатлѣній ведетъ къ тому, что больной сохраняетъ только послѣдніе звуковые образы, забывая первые—и читать, конечно, не можетъ. Когда больной слышитъ быстро произнесенныя слова, то онъ ихъ понимаетъ, такъ какъ отдѣльные звуки возбуждаютъ отдѣльные звуковые образы буквъ, но эти возбужденія слѣдуютъ такъ быстро одно за другимъ, что соединяются въ одно общее возбужденіе—и оттого все произнесенное слово вызываетъ

звуковой образъ всего слова. Этотъ звуковой образъ вызываетъ немедленное возникновеніе понятія о предметѣ. Если же онъ слышитъ слова, медленно произнесенныя, то дѣло не доходить до звукового образа всего слова, какъ уже раньше было замѣчено при чтеніи, и больной сказаннаго не понимаетъ. Grashey приходитъ къ заключенію, что мы читаемъ каждое слово, составляя его изъ отдѣльныхъ буквъ; также и понимаемъ мы слышанныя слова и, желая воспроизвести какое-нибудь слово, мы воспроизводимъ звуковые образы буквъ одинъ за другимъ. По этому означенному закону читаютъ и пишутъ и опытные.

„Этимъ, я думаю, говоритъ Grashey <sup>1)</sup>, доказано, что существуетъ афазія, которая не обусловливается ни поврежденіемъ функцій центровъ, ни путей проводимости, а только пониженною продолжительностью чувственныхъ впечатлѣній и расстройствами воспріятія и ассоціаціи, вытекающими изъ этого пониженія“.

Въ литературѣ извѣстно нѣсколько случаевъ, которые, кажется, относятся къ формѣ Grashey'a; однако во многихъ наблюденія не настолько точны, чтобы ихъ отождествить съ формами Grashey'a. Такъ, Dr. Hun <sup>2)</sup> описываетъ больного, который послѣ расстройства рѣчи сенсорнаго характера утерялъ изъ памяти имена существительныя, и только тогда могъ ихъ произносить, когда видѣлъ ихъ написанными, между тѣмъ какъ слышанныхъ словъ онъ не могъ повторять. Если слово было написано, то онъ, разбирая отдѣльныя буквы, могъ его прочесть. Lichtheim передаетъ о врачѣ, который при разговорѣ часто не находилъ нѣкоторыхъ словъ, но притомъ безошибочно читалъ; онъ могъ повторять сказанное другимъ слово, но тотчасъ же опять забывалъ его; тоже самое бывало у него при чтеніи. Длинныхъ предложеній онъ повторять не могъ.—Какъ въ двухъ сейчасъ названныхъ слу-

<sup>1)</sup> Grashey. Ueber Aphasie u. ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Arch. f. Psych. 1885. pag. 684.

<sup>2)</sup> Hun. Цит. по Kussmaul'ю.

чаяхъ, такъ и въ случаѣ Grashey'a причиной разстройства была травма. Сюда же относится и случай Senn <sup>1)</sup>.

Работа Grashey'a заслуживаетъ большого интереса; она вводитъ для объясненія афазіи моменты, которые нѣмецкими авторами до сихъ поръ не были вовсе принимаемы во вниманіе, а именно—функциональное разстройство. Хотя и приходится объяснить перемѣну функцій извѣстнаго органа перемѣной его матеріальныхъ элементовъ, но этотъ случай ясно указываетъ, что существуетъ разстройство рѣчи, которое является послѣдствіемъ не разрушительнаго процесса, но только слегка задѣвающаго.

Однако въ этомъ случаѣ поврежденіе ограничивается не однимъ только центромъ, но цѣлой областью мозговой коры: видѣнный предметъ, слышанное слово скоро исчезаютъ изъ памяти. Особенно легко выразилось это разстройство въ области чувства зрѣнія—суженіе поля зрѣнія указываетъ на глубокое поврежденіе центральной части зрительнаго аппарата; оно выражалось у больного тѣмъ, что онъ долженъ былъ пристально смотрѣть на предметъ до тѣхъ поръ, пока могъ его назвать. Имя предмету онъ находилъ только благодаря письму.

Противъ мнѣнія Grashey'a можно сказать слѣдующее: больной находилъ имя предмета при писаніи, находя первую букву, потомъ вторую и т. д. Для объясненія факта, почему являлись только отдѣльныя буквы, Grashey полагаетъ, что звуковой образъ слова, который предшествуетъ наименованію предмета, возникаетъ постепенно. Это не вполне правильно. Наврядъ-ли кто нибудь, припоминая извѣстное слово, сперва вспоминаетъ первую букву, потомъ слѣдующую; большей частью бываетъ такъ, что все слово рождается сразу, послѣ того какъ одна буква, или, можетъ быть, нѣсколько отдѣльныхъ буквъ блуждаютъ передъ нами. Но что непременно должно вспомнить ранѣе первую букву, для того, чтобы

<sup>1)</sup> Цит. по Kussmaul'ю.

являлось въ нашей памяти наименованіе предмета, никоимъ образомъ не доказано; кромѣ того методъ, по которому слова, т. е. ихъ звуковые образы, запечатлѣваются, говоритъ противъ подобнаго взгляда. Слова мы приобретаемъ, какъ нѣчто цѣльное, но не какъ комплексъ отдѣльныхъ буквъ. Раздѣленіе слова на буквы есть способность, которую мы приобретаемъ позже въ школѣ (Wernicke) <sup>1)</sup>.

При мышленіи мы пользуемся словами, и такъ какъ мышленіе происходитъ быстрѣе, чѣмъ рѣчь, то должно предположить для внутренней рѣчи, при которой главную роль играютъ звуковые образы, внезапное возникновеніе послѣднихъ. Если больной Grashey'a могъ писать только букву за буквой, то причину этого должно искать на пути передачи звукового образа въ письменный. Писаніе слова требуетъ продолжительнаго времени, и больной только потому писалъ отдѣльными буквами, что былъ вынужденъ при каждой буквѣ опять воспроизводить звуковой образъ; въ противномъ случаѣ онъ его забывалъ въ моментъ писанія одной буквы.

Подобное явленіе наблюдается въ обыденной жизни, когда мы пишемъ, будучи разсѣяны: при болѣе длинномъ предложеніи мы забываемъ начало его, что ведетъ нерѣдко къ синтаксической ошибкѣ. Больной Grashey'a уже при второй буквѣ забывалъ слово, и только благодаря повторному фиксированію предмета могъ вспомнить его, чтобы написать; такимъ образомъ должно предположить, что и тутъ звуковой образъ, какъ цѣлое, является внезапно. Причину же того, что больной писалъ, выводя отдѣльныя буквы, должно искать въ томъ, что переходъ звукового образа въ письменный, какъ это всегда бываетъ, является только по отдѣльнымъ буквамъ, что въ свою очередь, при большей продолжительности этого акта, ведетъ слишкомъ быстро къ исчезновенію звукового образа. Нельзя однако предположить въ центрѣ звуковыхъ образовъ такого же разстройства, какъ въ центрѣ зрительныхъ; послѣдніе

---

<sup>1)</sup> Wernicke. Die neueren Arbeiten über Aphasie. Fortschritte der Medicin. 1885 и 1886.

исчезаютъ моментально, и хотя первые проходятъ менѣе быстро, всетаки они недостаточны, чтобы быть написанными и произнесенными. Далѣе, больной понимаетъ все ему сказанное, что было бы немислимо при сильно пониженной продолжительности звуковыхъ воспріятій; слѣдовало-бы ожидать, что больной забудетъ первое слово, когда дойдетъ до второго или третьяго, но всетаки онъ понимаетъ цѣлое предложеніе, для чего ему необходимо запомнить цѣлый рядъ словъ. Какъ же возможно, чтобы тѣже звуковые образы разъ продолжались достаточно долго, а въ другой разъ нѣтъ? Это противорѣчіе исчезаетъ, если предположить вмѣстѣ съ Bongers'омъ<sup>1)</sup>, что звуковой образъ находится въ центрѣ—въ двухъ формахъ: 1) какъ цѣлое и 2) какъ комплексъ буквъ. Первое приобрѣтается, когда мы слышимъ цѣльныя слова; второе—въ школѣ при чтеніи и письмѣ, гдѣ по слогамъ приходится читать и писать, а ранѣе извѣстныя слова разлагать на составныя части. Въ рѣчи мы пользуемся цѣлыми словами; при письмѣ и чтеніи—комплексомъ буквъ. При этомъ должно замѣтить слѣдующее: Grashey предполагаетъ, что мы всегда читаемъ по слогамъ; онъ правъ, но не всегда: я лично замѣтилъ, что слова, особенно нѣмецкія, которыя написаны исключительно прописными буквами, мнѣ трудно читать; я могу прочесть слово, составивъ его изъ отдѣльныхъ буквъ. Это какъ бы подтверждаетъ мнѣніе Grashey. Но почему же я легко читаю обыкновенно-написанное слово? Вѣроятно я пользуюсь общимъ впечатлѣніемъ даннаго слова. Возможно даже, что я не читаю всѣхъ буквъ, что нѣкоторыя я пропускаю, будто пробѣгаю строки. Wernicke былъ того же мнѣнія, но послѣ сочиненія Grashey и онъ принялъ мнѣніе послѣдняго, которое, насколько мнѣ кажется, не вполне основательно.

Мы узнаемъ „слово“ также по его „формѣ“; въ доказательство сказаннаго привожу слѣдующее<sup>2)</sup>. Печатныя слова, гдѣ

<sup>1)</sup> Bongers. Цит. по Ballet, переводъ Bongers.

<sup>2)</sup> Goldscheider. Цит. по Sachs Vorträge über Bau und Thätigkeit des Gehirns. Breslau, 1893. pag. 212.

разстояніе между отдѣльными буквами увеличено, слова, написан-  
ныя на иностранномъ языкѣ, мы читаемъ трудно; медикъ читаетъ  
медицинскую книгу гораздо быстрѣе, чѣмъ несвѣдующій, такъ  
какъ первому извѣстны встрѣчающіеся тутъ „termini tech-  
nici“ <sup>1)</sup>, которые онъ только пробѣгаетъ. Неправильно напи-  
санное слово производитъ на меня впечатлѣніе ошибочнаго,  
раньше чѣмъ я знаю, гдѣ кроется ошибка. Изъ вышесказан-  
наго слѣдуетъ, что мы читаемъ не только по слогамъ, но  
также и цѣлыми словами. Отсюда вытекаетъ еще одно новое  
доказательство для опроверженія мнѣнія Grashey.

Grashey опредѣляетъ время, необходимое для того, чтобы  
читать и произносить букву—тѣмъ, что читаетъ нѣсколько  
строкъ, обозначая притомъ время, необходимое ему для этого  
и, раздѣливъ время на число буквъ, опредѣляетъ время для  
каждой буквы. Такъ напримѣръ, если втеченіе секунды мы чи-  
таемъ 32 буквы, то для каждой буквы необходимо  $1:32 = 0,03$   
сек.; при медленномъ чтеніи 0,06 сек.; но это исчисленіе не-  
правильно, такъ какъ, какъ я раньше указывалъ, мы многое  
только пробѣгаемъ, но не читаемъ. Время, необходимое по-  
этому для каждой отдѣльной буквы, должно быть больше, чѣмъ  
опредѣлилъ Grashey. Корниловъ <sup>3)</sup> доказалъ, благодаря пре-  
красному опыту, что для чтенія буквы необходимо не 0,03 сек.  
(по Grashey), а въ 4 раза больше, т. е. 0,12. Последнее  
даетъ намъ нѣкоторымъ образомъ объясненіе, почему больной  
въ состояніи слышанное понять. Опыты Корнилова служатъ  
также поддержкой мнѣнія Bongers'a.

## ІХ.

### УЧЕНІЕ ОБЪ АФАЗІИ ВО ФРАНЦІИ.

Съ именемъ Charcot связана новая эпоха въ ученіи  
объ афазіи. Заслуга Charcot и многихъ его соотечественни-  
ковъ <sup>2)</sup> состоитъ въ томъ, что они изъ многочисленныхъ опи-

<sup>1)</sup> Loewenfeldt: Цит. по Sachs'у.

<sup>2)</sup> Напр., Ballet, Magnan, Pitres, Dégérine, Bernard и Serieux.

<sup>3)</sup> Корниловъ. Къ вопросу объ афазіи. Врачъ 1893. № 6.



санныхъ случаевъ афазіи выбрали тѣ, которые представляли собой самыя простыя формы расстройства рѣчи. Такимъ образомъ ему и его ученикамъ удалось клинически подтвердить гипотезу, которую построилъ психологъ Hartley (1749), заключающуюся въ томъ, что слово (у грамотныхъ по крайней мѣрѣ) состоитъ изъ четырехъ отдѣльныхъ частей, которыя въ отдѣльности могутъ быть подвержены пораженію.

Образуются, значитъ, 4 формы поврежденія рѣчи, которыя мы раньше описали подъ именемъ моторной афазіи, словесной слѣпоты, словесной слѣпоты и аграфіи. Такъ какъ ученіе Charcot разсматриваетъ психологическую проблему рѣчи съ новой интересной точки зрѣнія и одновременно вноситъ пониманіе расстройствъ рѣчи, то мы позволяемъ себѣ поближе ознакомить читателя съ его взглядами.

Слово состоитъ изъ двухъ двигательныхъ элементовъ: Sprechbild и Schreibe bild, и изъ двухъ чувствительныхъ: Sprachbild и Schriftbild. Все это человѣкъ пріобрѣтаетъ воспитаніемъ и обученіемъ; онъ сохраняетъ ихъ посредствомъ памяти, какъ духовное достояніе. Такъ какъ каждаго изъ этихъ элементовъ онъ можетъ лишиться, не повреждая дѣйствія другихъ, то для каждаго изъ нихъ надо предполагать особую память, т. е. четыре частныхъ памяти. Такимъ образомъ существуетъ память для двигательныхъ образовъ рѣчи (memoire motrice), затѣмъ память для двигательныхъ образовъ письменной рѣчи (memoire graphique), память слышанныхъ словъ—звуковыхъ образовъ (memoire auditive) и память для зрительныхъ образовъ буквъ (memoire visuelle).

Потеря памяти (amnesie) ведетъ и къ уничтоженію соответствующихъ способностей. Такимъ образомъ:

1. потеря двигательныхъ образовъ рѣчи—моторная афазія.
2. потеря двигательныхъ образовъ письма—аграфія.
3. потеря звуковыхъ образовъ—словесная глухота.
4. потеря зрительныхъ образовъ—словесная слѣпота.

1 и 2 центробѣжныя функціи, 3 и 4 центростремительныя функціи.—Какимъ образомъ у человѣка является память для этихъ четырехъ функцій?

Звуковые и зрительные образы буквъ мозгъ пріобрѣтаетъ центробѣжными путями *nervorum acustici et optici*. Получаемыя впечатлѣнія производятъ извѣстныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, находящихся при окончаніяхъ этихъ нервовъ, и измѣненія эти дѣлаются постоянными вслѣдствіе безчисленнаго ряда повтореній одного и того же процесса. Эти измѣненія нервной клѣтки физиологически соотвѣтствуютъ тому психологическому акту, который называется памятью.

Какъ теперь объяснить память движеній для рѣчи и письма? Здѣсь о дѣйствіи внѣшняго міра на психическій органъ не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ эти двѣ функціи центробѣжны и съ своей стороны производятъ измѣненія во внѣшнемъ мірѣ. На самомъ дѣлѣ происходитъ такъ: эти движенія сами не оставляютъ по себѣ никакихъ слѣдовъ, но благодаря имъ возбуждаются чувства, которыя отъ периферіи тѣла направляются въ мозгъ. Эти чувства производятся: треніемъ сочлененныхъ суставовъ другъ о друга, степенью сокращенія мускуловъ, растяженіемъ кожи и т. д. Эти мышечныя чувства, получающіяся при каждомъ изъ вышеупомянутыхъ явленій и сопровождающія всякое движеніе, соотвѣтствуютъ „моторнымъ остаткамъ“ (Ribot) и „двигательнымъ образамъ“ (нѣмецкихъ авторовъ). Они направляются по чувствительнымъ путямъ къ нервнымъ клѣткамъ, гдѣ они задерживаются и остаются. Такъ какъ они всегда сопутствуютъ движеніямъ, то они постепенно соединяются съ причинами, которыя ихъ произвели; такъ что всякое движеніе вызываетъ извѣстное мышечное чувство и всякое мышечное чувство является всегда причиной соотвѣтствующаго движенія, если только это чувство вызывается внѣшними раздраженіями.

Всетаки надо сдѣлать крупное различіе между этими двигательными представленіями и другими. Между тѣмъ какъ тамъ волевыя возбужденія производятъ въ чувствительной клѣткѣ представленіе минувшаго умственнаго воспріятія, здѣсь возникаетъ не только представленіе о движеніи, но и это движеніе само. Charcot и его школа и большая часть другихъ

авторовъ <sup>1)</sup> предполагають, что мѣсто иннервации мускуловъ тождественно съ мѣстомъ, гдѣ находится представленіе о соотвѣтствующемъ движеніи, какъ образъ воспоминаній. Если такимъ образомъ послѣднее возникаетъ, то и соотвѣтствующее движеніе должно присоединиться. Если же это двигательное представленіе уничтожается, именно разрушеніемъ тѣхъ нервныхъ клѣтокъ, въ которыхъ оно находится, то слѣдствіемъ этого является прекращеніе движенія для рѣчи писанія.

Между тѣмъ какъ нѣмецкіе авторы полагають, что 4 элемента рѣчи находятся въ такой зависимости другъ отъ друга, что всегда та функція, которая прежде была изучена, господствуетъ надъ той, которая изучается позже, и такимъ образомъ принимаютъ извѣстный порядокъ степеней функцій рѣчи, который зависитъ отъ порядка, въ которомъ ихъ изучили, Charcot не допускаетъ такого опредѣленнаго соотношенія; онъ говоритъ, что всѣ элементы рѣчи равноправны и только отъ индивидуальнаго упражненія или индивидуальнаго предрасположенія зависитъ, какой элементъ получаетъ надъ прочими перевѣсъ. Какъ убѣдиться въ преобладаніи того или другого элемента, показываетъ самонаблюденіе. При размышленіи, спокойной работѣ ума удается каждому, кто на это обращаетъ вниманіе, съ большею или меньшею точностью воспринять процессы рѣчи, которые сопровождаютъ ходъ мыслей. Одинъ слышитъ совсѣмъ тихій внутренній голосъ, другой видитъ то, что мыслить, въ письменныхъ образахъ и т. д. Эти внутренніе процессы Charcot называетъ внутренней рѣчью „*langage intérieure*“. Эта внутренняя рѣчь, какъ видно будетъ изъ нижеописаннаго, пользуется каждой изъ приведенныхъ выше функцій рѣчи. Внутренняя рѣчь отличается отъ внѣшней тѣмъ, что она не соприкасается съ внѣшнимъ міромъ: она не является изъ внѣшняго міра и не дѣйствуетъ на него; она ограничивается только мозгомъ. Но такъ какъ она есть един-

---

<sup>1)</sup> За исключеніемъ Blocq'a: De l'aphasie. Ann. de Méd. 7. 8. 10. 12. 1893.

ственный факторъ умственнаго процесса и такъ какъ мы не можемъ себѣ представить мышленія безъ употребленія какого нибудь элемента рѣчи, то она представляетъ собою связь между внѣшнимъ міромъ и нашей душой. Слышанныя и читанныя слова возбуждаютъ внутреннее слово, которое является посредникомъ для уразумѣнія читаннаго и слышаннаго, и на оборотъ сперва понятіе вызываетъ слово, которое превращается во внѣшнее слово. Въ существованіи внутренняго слова можно убѣдиться изъ слѣдующихъ описаній.

1. Большая часть индивидуумовъ принадлежитъ къ типу „Auditives“ — „слушателей“. Мышленіе проявляется у нихъ такъ, что тихій внутренній голосъ какъ-бы подсказываетъ имъ слова. Egger <sup>1)</sup> описываетъ такой процессъ слѣдующимъ образомъ: „Вечеръ. Лампа потухла. Мы хоть на нѣсколько мгновеній хотѣли бы отрѣшиться отъ всякаго дѣла, ни о чемъ не думать—однимъ словомъ—забыться. Мы утомлены и жаждемъ покоя; но желанный сонъ заставляетъ себя ждать. Мучимые безсонницей, мы не въ состояніи заставить свою мысль замолчать. Мы внимаемъ ей, потому что она обладаетъ голосомъ; ей сопутствуетъ внутреннее слово, которое такъ-же быстро, какъ и мысль, перескакиваетъ съ предмета на предметъ. Мы не только слышимъ этотъ внутренній голосъ, мы принуждены, помимо своей воли, къ нему прислушиваться. Мысли эти приводятъ насъ въ смущеніе и безпокойство; онѣ являются неожиданно, враждебно-настроенныя. Мы не стараемся ихъ усмирить, успокоить, дать имъ другое теченіе“. Когда мы пишемъ, то намъ диктуетъ внутреннее слово, когда мы медленно говоримъ, то мы въ промежуткахъ его слышимъ и оно намъ подсказываетъ слова. Голоса, которые мы слышимъ во снѣ, слова, которыя насъ иногда, какъ навязчивая идея, безпрестанно преслѣдуютъ, голоса душевно-больныхъ—все это ничто иное, какъ особенно ясно выступающая внутренняя рѣчь, которая переносится больнымъ или тѣмъ, кто видитъ сонъ,

<sup>1)</sup> Egger, цит. по Ballet.

въ виду ихъ неспособности къ критическому объясненію явленій, во внѣшній міръ.

Желающіе подробнѣе ознакомиться съ интересными деталями могутъ обратиться къ упомянутымъ сочиненіямъ.

2. Вторая категорія индивидуумовъ пользуется преимущественно зрительными образами печатныхъ или писанныхъ словъ. Они читаютъ свои мысли, а потому ихъ называютъ „читателями“ „visuel“. Это представленіе преимущественно выказывается у тѣхъ лицъ, которыя особенно развиваютъ зрительныя впечатлѣнія: живописцы, артисты, писатели. До известной степени и всѣ другіе люди пользуются этими зрительными образами. Мы выучиваемъ стихи и читаемъ ихъ на память, представляя ихъ себѣ передъ глазами; мы представляемъ себѣ систему кровяныхъ сосудовъ и затѣмъ воспроизводимъ ихъ названія въ своей памяти, перебирая ихъ мысленно и т. д.

Типичнымъ случаемъ исключительнаго употребленія письменныхъ образовъ при процессѣ мышленія или при воспроизведеніи представляется слѣдующій (Paulhan).

„Когда я думаю о словѣ или о выраженіи, тогда я ихъ вижу напечатанными или написанными моимъ или другимъ почеркомъ довольно ясно. Черныя буквы съ довольно значительными промежутками представляются мнѣ на бѣломъ фонѣ. Промежутки ясно выступаютъ.... Чтобы запомнить слово, которое я слышу въ первый разъ, я долженъ ему немедленно дать орфографію; когда мнѣ приходится слышать интересную бесѣду и я хочу ее воспроизвести, то она нерѣдко постепенно представляется мнѣ написанной“.

3. Третья категорія, менѣе значительная, называемая „poeteurs“, пользуется для запоминанія слышанныхъ словъ или для умственной дѣятельности двигательными образами, которые являются основой для произносимыхъ словъ. Платонъ <sup>1)</sup> говоритъ въ *Sophist*’ѣ: „мышленіе—это разговоръ въ душѣ, разговоръ души съ собой самой, причемъ не произносится

<sup>1)</sup> Цит по Ballet, pag. 59.

ни одного звука“. Онъ кажется самъ былъ однимъ изъ такихъ „Moteurs“. Vain, известный англійскій психологъ, сказалъ: мысль есть необнаруженное слово или необнаруженное дѣйствіе. Образецъ этой категоріи представляетъ Stricker: „Когда я сижу съ закрытыми глазами и съ сжатыми зубами и хочу вспомнить нѣсколько знакомыхъ стиховъ, мнѣ кажется, когда я обращаю мое вниманіе на свои органы рѣчи, будто я внутренно разговариваю. Хотя мои губы и сжаты, ряды зубовъ почти совсѣмъ близки другъ къ другу; даже мой языкъ лежитъ спокойно и находится въ непосредственномъ соприкосновеніи съ окружающими частями рта..., всетаки мнѣ кажется, будто я произношу стихъ, о которомъ я думаю... Я такимъ образомъ не могу представить себѣ слова, не воспринимая тѣхъ двигательныхъ чувствъ, которыя соотвѣтствуютъ моимъ словамъ“. Больная Краерelin'a сказала, что она чувствуетъ въ языкѣ, какъ она безпрестанно говорить глухости. <sup>1)</sup>

4. Мышленіе въ двигательныхъ представленіяхъ письменной рѣчи „moteurs graphiques“, кажется, встрѣчается только рѣдко. У глухонѣмыхъ, которые читаютъ, ощущая пальцами изображенія буквъ и приобрѣтаютъ себѣ такимъ образомъ всю сумму словъ, этотъ способъ внутренней рѣчи особенно развитъ. Одинъ глухонѣмой сказалъ про себя: „я чувствую при мышленіи, что пальцы движутся, хотя они лежатъ спокойно. Я вижу внутренно картину, которая получается движеніемъ пальцевъ“. Кромѣ того, это явленіе довольно часто встрѣчается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разстройство рѣчи прекратило пониманіе словъ, какъ печатныхъ такъ и писанныхъ. Такимъ образомъ, больной Charcot <sup>2)</sup>, страдавшій словесной слѣпотой, могъ читать, выводя пальцами правой руки очертанія буквъ. Движеніями руки онъ получалъ возможность уразумѣвать слова, которыхъ онъ прежде не могъ читать. Основываясь на этомъ фактѣ, Charcot <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Psychiatrie, 4-е изд., p. 634.

<sup>2)</sup> Лекціи, публік. Marie въ Revue de méd. 1883. pag. 693.

<sup>3)</sup> Charcot. Sur un procedé, destine a évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verball. Soc. de Biol. II. Juni. 1892.

устроилъ аппаратъ, посредствомъ котораго больной могъ ощущать и повторять движенія, которыя наблюдатель дѣлалъ для писанія словъ. Страдающій аграфіей не могъ такимъ образомъ понимать буквъ, такъ какъ у него не было двигательныхъ образовъ для писанія буквъ „Schreibvorstellung“, между тѣмъ какъ два больныхъ алексіей могли описаннымъ образомъ читать.

Значеніе этихъ феноменовъ для пониманія афазіи легко можно оцѣнить. Предположимъ, что индивидуумъ, Stricker напимѣръ, который пользуется исключительно двигательными образами, лишается двигательныхъ представленій вслѣдствіе поврежденія центра Броуса, тогда для него разрушена связь съ внѣшнимъ міромъ. Онъ не только не можетъ говорить, но даже и не понимаетъ другихъ. Недостатокъ, которому онъ подверженъ, гораздо значительнѣе, чѣмъ тотъ, которому подвергся бы вслѣдствіе того-же анатомическаго поврежденія другой, не думающій въ звуковыхъ образахъ. У индивидуума, который обыкновенно думаетъ посредствомъ звуковыхъ образовъ, поврежденіе въ области этихъ звуковыхъ образовъ производитъ не только словесную глухоту, но и моторную афазію. Однако такіе случаи очень рѣдки: первый случай едва ли можетъ произойти, по крайней мѣрѣ такой случай еще не описанъ. Для второго положенія есть примѣры: такой случай ограниченаго поврежденія въ центрѣ звуковыхъ образовъ описанъ Leva <sup>1)</sup>. Это была абсолютная афазія. Относительная рѣдкость такихъ случаевъ обуславливается, надо полагать, тѣмъ, что только весьма немногіе пользуются въ исключительныхъ случаяхъ одной или другой формой внутренней рѣчи. Большая же часть людей принадлежитъ къ типу пользующихся нѣсколькими элементами одновременно, хотя и предпочитающихъ звуковые образы. Поэтому какое нибудь поврежденіе рѣдко разрушаетъ сразу всѣ элементы рѣчи. Больше всего слѣдуетъ ожидать, что расстройство въ области звуковыхъ образовъ

<sup>1)</sup> Leva. Virchow's Archiv. V. 132.

повліяеть и на другіе элементы. Такъ и бываетъ, и вотъ почему нѣмецкіе авторы предполагають, что именно звуковымъ образомъ выпадаетъ особенно важная роль въ механизмѣ рѣчи. Но нельзя всѣ случаи (афазіи) ставить въ зависимость отъ разстройства звуковыхъ образовъ и можно легко представить себѣ случаи, когда ихъ вліяніе незначительно. Ихъ разрушеніе можетъ тогда совсѣмъ не затронуть активной рѣчи, что дѣйствительно при словесной глухотѣ и замѣчалось. Въ такихъ случаяхъ звуковые образы были потеряны безъ вреда для активной рѣчи.

Принявъ во вниманіе какъ невелико число нормальныхъ индивидуумовъ, думающихъ въ двигательныхъ письменныхъ образахъ, мы безъ большой погрѣшности можемъ всю эту категорію упустить изъ виду и мы будемъ имѣть только дѣло съ вышеприведенными первыми тремя категоріями. При разговорѣ, такимъ образомъ, у подавляющаго большинства людей возбуждаются звуковые образы, а при писаніи зрительные образы буквъ. Такимъ образомъ, существуетъ обыкновенно зависимость моторныхъ элементовъ отъ чувствительныхъ (сенсорныхъ). При устной рѣчи эта зависимость не абсолютная (у тѣхъ, которые думаютъ двигательными образами рѣчи „Sprachbilder“, этой зависимости совсѣмъ даже не существуетъ); для писанія же такая зависимость, по новѣйшимъ наблюденіямъ, является абсолютной и существуетъ какъ непреложный законъ. Если зрительные образы буквъ потеряны, то писать становится невозможнымъ, если даже двигательные образы и сохранены настолько, насколько они обыкновенно нужны для писанія; но ихъ слишкомъ недостаточно, чтобы возбудить способность писать. Если же двигательные образы писанія одни только потеряны, тогда понятно невозможно писать, равно какъ и при моторной афазіи нельзя говорить за отсутствіемъ двигательныхъ образовъ рѣчи.

Такимъ образомъ можно себѣ объяснить нѣкоторыя формы разстройства рѣчи, которыя по Lichtheim'у-Wernicke обуславливаются перерывомъ извѣстныхъ путей—чисто функциональ-



ными моментами. Мы видѣли, какія трудности представляетъ схема Lichtheim'a-Wernicke сама по себѣ. Кромѣ того, ни одинъ проводящій путь не доказанъ анатомически; извѣстны только волокна, идущія черезъ insula Reilii и соотвѣтствующія пути АМ. Перерывъ же этихъ волоконъ производитъ моторную афазію или словесную глухоту, смотря потому, приближается ли поврежденіе къ центру Broca или Wernicke. Парафазія, какъ частное разстройство, еще не наблюдалась и не доказано еще до сихъ поръ, чтобы поврежденіе этого пути причинило парафазію. Такимъ образомъ еще слишкомъ рано было-бы построить схему, пригодную для всѣхъ случаевъ, такъ какъ значеніе отдѣльныхъ элементовъ языка и ассоціативныя соединенія ихъ не у всѣхъ одинаковы. Но такъ какъ такія различія несомнѣнно существуютъ и существованіе проводящаго пути совсѣмъ еще не доказано и пока представляетъ собою гипотезу, то мы имѣемъ больше основанія объяснить тѣ случаи афазіи, въ которыхъ гнѣздо въ чувствительномъ (сенсорномъ) центрѣ ведетъ къ потерѣ моторныхъ функцій рѣчи, тѣмъ, что въ данномъ случаѣ пораженный центръ имѣлъ гораздо большее значеніе, чѣмъ другіе центры, и мы можемъ обойтись безъ произвольнаго предположенія о перерывѣ недоказаннаго пути. Такъ какъ вообще звуковые образы играютъ наивиднѣйшую роль, то во многихъ случаяхъ объясненія французской и нѣмецкой школъ въ этомъ пунктѣ совпадаютъ. Но не всегда звуковые образы преобладаютъ передъ всѣми остальными; они могутъ занимать менѣе важное мѣсто и ихъ уничтоженіе не должно вести къ разстройствамъ звуковой рѣчи. При транскортикальной сенсорной афазіи Lichtheim предполагаетъ перерывъ сообщенія между звуковыми образами и центромъ идей, т. е. всѣми ассоціированными представленіями—предположеніе, которое вообще съ трудомъ можно допустить. Этимъ онъ объясняетъ сохраненіе возможности повторять слова и парафазію при потерѣ пониманія слышанныхъ словъ. Но развѣ не гораздо проще и этотъ случай объяснить поврежденіемъ звуковыхъ образовъ въ корѣ и

предположить, что двигательные образы словъ настолько самостоятельны, что они могутъ произвести слова безъ помощи звуковыхъ образовъ и что нѣкоторая ихъ зависимость обнаруживается только парафазіей?

Какъ же теперь объяснить, что больные при транскортикальной моторной афазіи могутъ безошибочно повторять слова? Прежде всего больного всегда заставляютъ повторять отдѣльные только слова, которыя онъ, можетъ быть, произносилъ-бы произвольно и безошибочно и безъ парафазіи. Парафазія же является только тогда, когда больной произноситъ цѣлыя фразы. Больной вѣдь не глухъ; онъ слышитъ, что ему говорятъ, и хотя слышанныя слова не встрѣчаютъ больше тѣхъ звуковыхъ образовъ, посредствомъ которыхъ они до заблѣванія уразумѣвались, они всетаки, по крайней мѣрѣ, могутъ способствовать тому, что больной безошибочно ихъ повторитъ. Точно такъ же мы въ состояніи повторять нѣкоторыя слова незнакомаго намъ языка, не имѣя соответствующихъ имъ звуковыхъ образовъ и не понимая ихъ.

При субкортикальной сенсорной афазіи, которая характеризуется потерей пониманія и возможности повторенія словъ, Lichtheim предполагаетъ перерывъ въ центростремительномъ слуховомъ пути. Такъ какъ существованіе такого пути для исключительнаго проведенія звуковыхъ впечатлѣній отъ словъ не доказано и едва ли допустимо, то, по нашему мнѣнію, поврежденіе относится къ самому слуховому аппарату въ его центральной части, т. е., субкортикальная сенсорная афазія обусловлена ослабленіемъ слухового аппарата. Литература подтверждаетъ, кажется, это мнѣніе, и мы, говоря о глухотѣ, еще вернемся къ этому вопросу.

Перевѣсъ сенсорнаго элемента надъ моторнымъ обнаруживается при писаніи. Но, между тѣмъ какъ устная рѣчь въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ освободиться отъ вліянія звуковыхъ образовъ, этого для произвольнаго писанія нельзя себѣ представить. Писаніе есть всегда сознательный актъ; рѣчь можетъ быть и не сознательной. Писаніе зависитъ отъ цѣло-

сти письменныхъ образовъ; если ихъ нѣтъ, то двигательные образы писанія сами не могутъ произвести слова. Для писанія необходимы зрительные образы. Но зависитъ-ли способность писанія отъ звуковыхъ или двигательныхъ образовъ рѣчи, это еще вопросъ. Wernicke считаетъ тѣ и другіе необходимыми. Понятіе о словѣ должно быть въ своихъ обѣихъ частяхъ цѣлымъ, чтобы его можно было письменно воспроизводить. Отсюда слѣдуетъ, что аграфія всегда должна сопровождать моторную афазію или словесную глухоту. Такъ ли оно бываетъ на самомъ дѣлѣ? Въ большинствѣ случаевъ аграфія наблюдается оттого, что центры двигательныхъ образовъ писанія и зрительные образы писанія находятся весьма близко отъ тѣхъ мѣстъ мозговой коры, которыя разрушаются при словесной глухотѣ или моторной афазіи, и оттого сами легко подвергаются разрушительнымъ процессамъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣднее не случается, можно допустить зависимость способности писанія отъ соответствующихъ звуковыхъ или моторныхъ образовъ, но это не должно быть постоянно. Тѣ случаи, въ которыхъ Wernicke, на примѣръ, предполагаетъ транскортикальное сенсорное поврежденіе и которые характеризуются сохраненіемъ способности повторять слова и писать, мы уже прежде изучили, какъ форму, при которой звуковые образы не играютъ выдающейся роли, такъ что ихъ уничтоженіе не особенно рѣзко вліяетъ на рѣчь и, какъ мы теперь можемъ добавить, — на писаніе.

При субкортикальной сенсорной афазіи и по Wernicke способность писать сохранена, такъ какъ здѣсь и по нашему мнѣнію звуковые образы вполне нормальны.

Мы старались на основаніи французскаго ученія ограничить гипотезу о проводниковой афазіи при разныхъ формахъ словесной глухоты, чтобы доказать, какъ приложимо французское ученіе къ фактамъ; но мы далеки отъ того, чтобы объяснить всѣ разстройства этимъ способомъ.

Но въ этомъ ученіи есть, съ другой стороны, положенія, вслѣдствіе которыхъ оно кажется неудовлетворительнымъ.

Почему бы, напримѣръ, за поврежденіемъ центра Вроса не послѣдовать словесной глухотѣ у индивидуума, который для мышленія пользуется двигательными образами рѣчи? Почему бы не явиться словесной слѣпотѣ результатомъ поврежденія центра двигательныхъ образовъ писанія у индивидуума, пользующагося послѣдними?

Такихъ случаевъ мы не наблюдали. И такъ, существуетъ, вопреки вышесказанному равноправію центровъ, всетаки рельефная зависимость моторныхъ элементовъ отъ сенсорныхъ. Можетъ быть, способность читать представляетъ собой исключеніе изъ этого закона, такъ какъ больная Parisot'a <sup>1)</sup>, страдавшая моторной афазіей, могла читать только тѣ немногія слова, которыя она могла и произносить.

Одно важное заключеніе можно вывести изъ ученія Charcot: при моторной афазіи или аграфіи надо всегда считать, что причина расстройства можетъ находиться и въ сенсорномъ центрѣ; съ другой стороны, ученіе Charcot имѣетъ мало практическаго значенія, потому что трудно узнать, къ какому типу принадлежить больной.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

---

<sup>1)</sup> Parisot. Aphasie motrice avec perte de la lecture mentale. Mém. de Soc. de Méd. de Nancy 1890.—91, pg. 34—37.

Изъ психо-физиологической лабораторіи Казанскаго Университета.

## Объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи <sup>1)</sup>.

В. И. Жесткова,

ординатора психіатрической клиники Казанскаго Университета.

Съ увеличеніемъ числа прожитыхъ лѣтъ процессъ разрушенія въ человѣческомъ организмѣ, какъ и во всякомъ другомъ, беретъ верхъ надъ процессомъ созиданія. Но у одного признаки обратнаго развитія начинаются поздно, проявляются постепенно, психическая жизнь долго противостоитъ старости, у другого—уже сравнительно рано бросается въ глаза одряхленіе организма и прежде всего явленія преждевременнаго умиранія обнаруживаются въ духовной сторонѣ жизни. Иногда они выступаютъ настолько рѣзко, такъ далеко заходятъ за предѣлы физиологическихъ измѣненій, что получается картина ясно выраженного психоза. Такъ какъ во многихъ случаяхъ на первый планъ въ этой картинѣ выдвигаются явленія слабоумія, то разстройство и получило названіе старческаго слабоумія.

Не остававливаясь на его клинической сторонѣ, я перейду къ разсмотрѣнію патологоанатомическихъ измѣненій, лежащихъ въ основѣ заболѣванія, и прежде всего остановлюсь на измѣ-

---

<sup>1)</sup> Сообщено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанск. Универс. 27 октября 1896 г.

неніи міэлиновыхъ волоконъ коры, именно той части ихъ, которая извѣстна подъ именемъ ассоціаціонныхъ.

Вопросъ объ ассоціаціонныхъ міэлиновыхъ волокнахъ въ мозговой корѣ только въ послѣднее время началъ привлекать вниманіе изслѣдователей. Начиная съ 80-ыхъ годовъ, появился рядъ работъ, касающихся содержанія волоконъ въ корѣ при различныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ. Однимъ изъ первыхъ, занявшихся этимъ вопросомъ, былъ *Tuczek* <sup>1)</sup>. Изслѣдуя мозгъ лицъ, страдавшихъ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ, онъ нашелъ крайне значительное уменьшеніе количества міэлиновыхъ волоконъ во всѣхъ слояхъ коры, но болѣе всего въ наружномъ, нейрогліиномъ слоѣ, причемъ атрофія волоконъ сильнѣе была выражена въ лобныхъ доляхъ и по направленію кзади выступала менѣе. При другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ (меланхолія, вторичное слабоуміе, старческое слабоуміе) *Tuczek* не могъ констатировать, кромѣ одного случая *dem. senilis*, исчезновенія волоконъ. На основаніи найденныхъ измѣненій имъ былъ высказанъ взглядъ, что атрофія міэлиновыхъ волоконъ свойственна только прогрессивному параличу. Желая провѣрить взглядъ *Tuczek'a*, *Zacher* <sup>2)</sup> произвелъ рядъ изслѣдованій мозга при различныхъ психозахъ, которыя показали, что уменьшеніе волоконъ наблюдается не только при параличѣ, но и при другихъ формахъ душевныхъ разстройствъ, ничего общаго съ прогрессивнымъ параличемъ не имѣющихъ. Такъ, исчезновеніе волоконъ имъ было подмѣчено, кромѣ паралича, при старческомъ слабоуміи, затажныхъ эпилептическихъ психозахъ, идіотизмѣ, истеріи. Наружный слой коры въ большинствѣ случаевъ являлся наиболѣе пораженнымъ и содержалъ очень незначительное количество отдѣльных короткихъ волоконъ съ извитымъ ходомъ и четкообразными утолщеніями;

<sup>1)</sup> *Tuczek*. Beiträge zur pathologisch. Anatomie u. zur Pathologie des Dem. paralyt. Berlin. 1884

<sup>2)</sup> *Zacher*. Ueber das Verhalten den markhaltigen Nervenfassern in der Hirnrinde bei den progress. Paral. u. bei ander. Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. B. XVIII. H. 1—2. 1887.

иногда, однако, сильнѣе пострадавшими оказывались болѣе глубокіе слои коры. Атрофія волоконъ мѣстами выражалась только истонченіемъ безъ уменьшенія числа ихъ. Изслѣдованіе показало также, что процессъ не всегда идетъ съ переднихъ отдѣловъ мозга къ заднимъ, но можетъ начинаться съ различныхъ участковъ, оставляя нетронутыми нѣкоторые изъ нихъ. Что касается причинъ, то клиническія наблюденія не даютъ основаній для какихъ либо выводовъ: зависимости между продолжительностью болѣзни и степенью слабоумія съ одной стороны и уменьшеніемъ волоконъ съ другой, повидимому, нѣтъ, но во всѣхъ случаяхъ, гдѣ была рѣзкая атрофія ассоціаціонныхъ волоконъ, существовали болѣе или менѣе значительныя пораженія сосудовъ. Такого-же характера измѣненія находили *Friedmann* <sup>1)</sup>, *Fischl*, *Любимовъ* <sup>2)</sup> при прогрессивномъ параличѣ, *Keraval et Targowla* <sup>3)</sup> при прогрессивномъ параличѣ, вторичномъ и старческомъ слабоуміи. *Vulpinus* <sup>4)</sup>, сосчитывая волокна въ отдѣльныхъ слояхъ коры, убѣдился, что количество ихъ находится въ зависимости отъ возраста; наибольшее число оныхъ нашель въ мозгу, принадлежавшемъ 33-хъ лѣтнему субъекту, въ старческихъ же мозгахъ замѣчалось уменьшеніе мѣлиновыхъ волоконъ. На развитіе послѣднихъ, какъ показало изслѣдованіе, разстройства питанія вліяютъ задерживающимъ образомъ. По содержанію ассоціаціонныхъ волоконъ на первомъ мѣстѣ стоитъ внутренній слой, соотвѣтствующій 3—5 слою *Meynert'a*, за нимъ слѣдуетъ наружный тангенціальный; въ среднемъ слоѣ они появляются позднѣе, чѣмъ въ другихъ и никогда не достигаютъ большого количества. Тотъ же методъ

---

1) *Friedmann*. Neurol. Centralbl. 1887, № 4—5, 24.

2) *Любимовъ*. Объ ассоціаціонныхъ волокнахъ въ корѣ большого мозга при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Диссер. 1892.

3) *Keraval et Targowla*. Annales médico-psycholog. 1890.

4) *Vulpinus*. Ueber die Entwicklung u. Ausbreitung d. Tangentialfässern in d. menschlichen Grosshirnrinde während verschiedener Altersperioden. Arch. f. Psych., 1892. В. 23. Н. 3.

сосчитыванія примѣнилъ въ своей работѣ и *O. Klinkе* <sup>1)</sup>. Онъ нашелъ, что при идиотизмѣ развитіе волоконъ далеко не достигаетъ нормальнаго предѣла. Недостаточность ихъ болѣе всего бросается въ глаза въ наружномъ слоѣ коры лобныхъ и височныхъ долей. Тѣ-же участки, какъ показали его изслѣдованія, поражаются и при *dem. senilis*. Проф. *Н. М. Поповъ* <sup>2)</sup>, изслѣдуя мозгъ идиота, также нашелъ крайне незначительное содержаніе тангенціальныхъ волоконъ, особенно рѣзко выраженное въ наружномъ тангенціальномъ и II и III слоѣ *Caes'a* (авторъ пользуется дѣленіемъ коры на слои, предложеннымъ *Caes'омъ*). Вотъ тѣ данныя, какія я могъ почерпнуть изъ литературы по вопросу объ ассоціаціонныхъ волокнахъ коры.

Матеріаломъ для моего изслѣдованія послужилъ мозгъ 2 лицъ, находившихся на призрѣніи въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ и представлявшихъ при жизни рѣзкія явленія *dem. senilis*.

Исторія болѣзни этихъ лицъ и данныя вскрытія въ краткихъ словахъ таковы.

I. Больная <sup>3)</sup> Б - ва, 66 лѣтъ, дворянка, поступила въ лѣчебницу 14 іюня 1894 г. Свѣдѣній о началѣ заболѣванія никакихъ не имѣется. Въ физическомъ отношеніи больная представляла картину старческаго одряхленія: сухая морщинистая кожа, шаткая походка, сгорбленное туловище, легкое дрожаніе въ рукахъ; тоны сердца глухи, пульсъ медленный, слабоватый, кисти рукъ холодны на ощупь; со стороны нервной системы слѣдуетъ отмѣтить вялую реакцію зрачковъ какъ на свѣтъ и аккомодацию, такъ и на боль, пониженіе чувствительности, кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Память и воображеніе больной замѣтно ослаблены. Больная думаетъ, что находится въ Чистополѣ въ домѣ отца, возрастъ свой опредѣ-

<sup>1)</sup> *O. Klinkе*. Ueber das Verhalten der Tangentialfasser der Grosshirnrinde von Idioten. Arch. f. Psych. 1893. B. 25. N. 2.

<sup>2)</sup> *Н. М. Поповъ*. Случай первичнаго атрофическаго склероза головного мозга. Неврол. Вѣстн. 1896. Т. IV. Кн. 3—4.

<sup>3)</sup> Свѣдѣнія заимствованы изъ скорбнаго листка, веденнаго д-рами *П. С. Скуридинымъ* и *С. Д. Колотинскимъ*.



ляетъ въ 30 лѣтъ, не можетъ сказать, что за лица окружаютъ ее, на вопросы отвѣчаетъ безтолково, видимо плохо понимая самый вопросъ; предоставленная самой себѣ продолжаетъ говорить наборъ словъ, лишенный всякаго смысла. Настроение больной добродушное, она нисколько не тяготится своимъ положеніемъ, не проявляетъ никакого интереса къ окружающему. На предложеніе заняться работой охотно соглашается, но работать совсѣмъ не можетъ, только путаетъ. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

Такое состояніе продолжалось до октября. Въ концѣ октября, вслѣдствіе постепенно усиливавшейся слабости, больная слегла въ постель, появились пролежни на ягодичныхъ и вертлужныхъ областяхъ. Полная потеря кожной чувствительности и рефлексовъ. Въ ноябрѣ больная стала сонлива; рѣчь благодаря разстройству артикуляціи невнятна. Бѣтъ очень плохо: вѣсъ тѣла упалъ съ 94 фун. до 74. 16 ноября больная скончалась.

При аутопсіи найдено: кости черепа плотны, *diploe* мѣстами отсутствуетъ. Твердая оболочка гладка, блестяща; мягкая утолщена, отечна, покрыта помутнѣніями, снимается легко. Сонныя артеріи склерозированы, зіяютъ, по стѣнкамъ мелкихъ и крупныхъ сосудовъ многочисленныя атероматозныя бляшки. Вѣсъ мозга 1139, вѣсъ праваго полушарія 430 грм., лѣваго 427. Борозды широки. Сѣрое вещество коры истончено, бѣлое—малокровно. Боковые желудочки расширены, особенно въ заднихъ и нижнихъ рогахъ. Центральные узлы, сѣрое вещество продолговатаго мозга, Варолиева моста и мозжечка на разрѣзѣ блѣдны. Дно IV желудочка гладко, блестяще. *Striae acusticae* рѣзко выражены. Со стороны внутреннихъ органовъ: атероматозъ аорты и вѣнечныхъ сосудовъ сердца, эмфизема легкихъ, творожистые узлы, преимущественно въ верхнихъ доляхъ легкихъ, фиброзныя срощенія плевры въ верхушкахъ легкихъ, интерстиціальныи нефритъ.

II. Больной <sup>1)</sup> А—въ, 65 лѣтъ, купецъ, занимался торговлей и сельскимъ хозяйствомъ. Отецъ—алкоголикъ, самъ больной въ молодости перенесъ *lues*. Поступилъ въ лѣчебницу 15 ноября 1893 г. Въ послѣдніе 2 года окружающими замѣчено ослабленіе памяти и соображенія, мѣсяца 2 сталъ безпокоенъ, высказывалъ бредовыя идеи разоренія, смѣшивалъ сновидѣнья

<sup>1)</sup> Данныя взяты изъ исторіи болѣзни, веденной д-ромъ П. В. Нецаевымъ; имъ же произведено вскрытіе больного.

съ дѣйствительностью. Явленія старости съ физической стороны выражены довольно сильно. Больной считаетъ себя здоровымъ, полагаетъ, что помѣщенъ въ лечебницу съ той цѣлью, чтобы сыну удобнѣе было воспользоваться деньгами и имѣніемъ и прокутить ихъ, боится окружающихъ, высказываетъ опасеніе, какъ бы его не убили ночью. Слабость памяти и соображенія выступаютъ очень рѣзко. 24 ноября 1893 г. больной былъ взятъ изъ лечебницы. Во 2 ой разъ онъ поступилъ 9 октября 1895 г. въ крайне истощенномъ состояніи, дыханіе поверхностное, пульсъ слабый; больной не можетъ ни ходить, ни сидѣть, едва поворачивается въ постели съ боку на бокъ. Въ лѣвой конечности движенія нѣсколько ограниченнѣе. Глотаніе затруднено. Говоритъ очень мало и съ трудомъ. Съ каждымъ днемъ состояніе все болѣе и болѣе ухудшалось и 23 октября больной умеръ.

Въ протоколѣ вскрытія отмѣчено: кости черепа тонки, diploe очень мало развито. Твердая оболочка повсемѣстно прирослена къ черепу, гладка, мягкая—отечна, снимается легко. Сосуды до мельчайшихъ дѣлений сильно склерозированы. Вѣсъ мозга 1262 грм., вѣсъ праваго полушарія 539, лѣваго—534. Сѣрое вещество желтоватаго цвѣта. Бѣлое вещество малокровно. Боковые желудочки въ заднихъ рогахъ расширены. Со стороны внутреннихъ органовъ жировое перерожденіе сердца, атероматозъ вѣнечныхъ сосудовъ и аорты, эмфизема легкихъ, инфарктъ въ верхней части лѣваго легкаго, развитіе соединительной ткани въ печени.

Для микроскопическаго изслѣдованія міѣлиновыхъ волоконъ въ обоихъ случаяхъ были взяты кусочки коры изъ различныхъ долей, по возможности симметричныя съ той и другой стороны. Послѣ достаточнаго уплотнѣнія въ двухромкислѣмъ кали, препараты окрашивались по методу Pal'я. Измѣненія, найденныя въ томъ и другомъ случаѣ, по характеру своему являются вполне тождественными и сводятся въ общемъ къ слѣдующему.

Ассоціаціонныя міѣлиновыя волокна значительно уменьшены въ числѣ. Уже невооруженнымъ глазомъ можно было замѣтить рѣзкую разницу въ препаратахъ, взятыхъ изъ нормальнаго мозга и изъ мозга упомянутыхъ двухъ лицъ. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ наружный тангенціальныя

слой выступалъ очень неясно, особенно на вершинѣ извилины, и содержалъ крайне малое количество тончайшихъ короткихъ волоконецъ. На многихъ изъ нихъ имѣлись четкообразныя утолщенія. Во II и III-емъ слоѣ Kaes'a мѣлиновая сѣтъ мѣстами совершенно отсутствовала, мѣстами же были видны отдѣльно лежащія тонкія волокна; по направленію вглубь количество ихъ нѣсколько возросло. Эти слои—наружный тангенціальный в II и III-ей—повсюду являлись съ наименьшимъ количествомъ волоконъ. Полоска Baillarger и Vicq d'Azyr'a въ большинствѣ случаевъ обрисовывалась ясно и состояла изъ довольно большого количества волоконъ; только на препаратахъ изъ лобныхъ и затылочныхъ долей первой больной она выдѣлялась очень слабо и заключала въ себѣ немногочисленныя разбросанныя въ различныхъ направленіяхъ волокна. Наружный ассоціаціонный слой представлялся развитымъ болѣе другихъ, но все-таки значительно ниже нормальнаго. Всѣ эти измѣненія сильнѣе были выражены на вершинѣ извилины, чѣмъ въ боковыхъ частяхъ ея.

Слѣдуетъ замѣтить, что уменьшеніе волоконъ не во всѣхъ участкахъ коры достигало одинаковой степени. Въ мозгу старушки Б—вой наиболѣе пострадавшими въ этомъ отношеніи являлись лобная и затылочная доли, особенно праваго полушарія; во 2-мъ случаѣ атрофія мѣлиновыхъ волоконъ хотя и выступала ясно, но не доходила до тѣхъ размѣровъ какъ въ первомъ. Здѣсь наименьшее количество ихъ падало на долю лобныхъ извилинъ обоихъ полушарій, правую теменную и лѣвую височную. Больше всего волоконъ содержали затылочные извилины той и другой половины мозга и затѣмъ передняя центральная лѣвой стороны.

Среднія цифры, полученныя при измѣреніи какъ всей толщи коры, такъ и отдѣльныхъ слоевъ ея, были далеко ниже нормальнаго, нѣкоторые слои не достигали даже минимальныхъ размѣровъ, полученныхъ Kaes'омъ при измѣреніи коры развитого мозга, или лишь очень мало превышали ихъ. Средніе размѣры были таковы.

	Зональн. слой.	Полос. Vail.	Слой бѣд. нерв. элем.	II и III слой.	Нар. асс. слой.	Вся кора на верш.	Вся кора сбоку.
Нормальный мозгъ . . . . .	0.244	0.46	0.58	1.58	2.25	4.2	3.01
Мозгъ Б—вой. . . . .	0.07	0.35	0.4	0.65	1.85	2.5	2.3
Мозгъ А—ва . . . . .	0.095	0.38	0.5	1.0	1.85	2.8	2.6

Чтобы выяснитъ, распространяется ли атрофическій процессъ и на другія составныя части коры или же только ограничивается мѣлиновыми волокнами, мной были подвергнуты изслѣдованію также нервныя клѣтки, нейрогля и сосуды. Но прежде чѣмъ перейти къ даннымъ своего изслѣдованія, я становлюсь на существующихъ по этому вопросу работахъ. Обращаясь къ литературѣ, мы встрѣтимъ здѣсь, во 1-хъ, работы, касающіяся патолого-анатомическихъ измѣненій при *dem. senilis* и такимъ образомъ непосредственно относящіяся къ занимающему насъ вопросу, и во 2-хъ, изслѣдованія, посвященныя вообще старости и, слѣдовательно, имѣющія лишь косвенное отношеніе.

По *Marcé* <sup>1)</sup> измѣненія при *dem. senilis* сводятся къ атрофіи извилинъ, пораженію сосудовъ, нервныхъ клѣтокъ и волоконъ. Атрофія можетъ распространяться или на оба полушарія или захватывать только одно, даже нѣсколько извилинъ. Извилины становятся тонкими, отдѣляются другъ отъ друга широкими бороздами. Атрофія касается главнымъ образомъ сѣраго вещества, ширина котораго уменьшается болѣе, чѣмъ на 1 mm. Мозговая кора пріобрѣтаетъ желтоватый оттѣнокъ въ зависимости отъ жирового перерожденія клѣтокъ и волоконъ, а также и стѣнокъ капилляровъ. Нервныя клѣтки отличаются неровными зазубренными краями, въ тѣлѣ ихъ ясно видны

<sup>1)</sup> *Marcé*. Recherches cliniques et anatomopathologiques sur la demence senile. Gaz. méd. de Paris, 1868. № 29.

зерна жира; въ далеко зашедшихъ случаяхъ на мѣстѣ клѣтки остается лишь зернистая масса (процессъ этотъ Marcé назвалъ *la dégénérescence atheromateuse*). Первныя волокна сморщены, контуры ихъ неровны. Вокругъ стѣнокъ капилляровъ видны зерна жира. *Wille* <sup>1)</sup>, изслѣдовавшій мозгъ при различныхъ старческихъ психозахъ, также указываетъ на атрофію мозга, жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ и волоконъ. Особенно рѣзкія измѣненія замѣчены имъ въ сосудахъ: въ стѣнкахъ ихъ онъ находилъ большія скопленія жира въ видѣ кучекъ и полосъ; зерна жира мѣстами окружали сосудъ какъ бы корой, мѣстами скоплялись внутри капилляровъ, болѣе или менѣе суживая ихъ просвѣтъ. Вблизи сосудовъ можно было встрѣтить кучки кровяныхъ тѣлецъ, кристаллы гематина. Первичнымъ явленіемъ *Wille* считаетъ атероматозъ сосудовъ, вслѣдствіе чего питаніе мозга становится недостаточнымъ и въ результатѣ наступаютъ регрессивныя измѣненія нервныхъ элементовъ. *Güntz* <sup>2)</sup> также ставитъ всѣ измѣненія въ зависимости отъ нарушенія питанія. Въ сосудистой системѣ онъ встрѣчалъ многочисленныя капиллярныя аневризмы. Атрофія мозга, по его наблюденіямъ, особенно рѣзко была выражена въ лобныхъ доляхъ. *Demange* <sup>3)</sup> въ старческихъ мозгахъ находилъ большое количество амилоидныхъ тѣлъ, главнымъ образомъ по ходу сосудовъ и на периферіи мозга, подъ ріа; нервныя клѣтки представлялись уменьшенными въ объемѣ, содержали зерна пигмента и жира; болѣе постояннымъ явленіемъ было пораженіе сосудовъ. Въ спинномъ мозгу онъ находилъ тѣже процессы, но менѣе выраженные. *Костюринъ* <sup>1)</sup>, на основаніи изслѣдованія

<sup>1)</sup> *Wille*. Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1874. В. XXX. p. 287—289.

<sup>2)</sup> *Güntz*. Ueber Dementia senilis. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1874. В. XXX. p. 107.

<sup>3)</sup> *Demange*. Étude clinique et anatomopatologique sur la vieillesse. 1886, chap. XV—XVI.

<sup>4)</sup> *Костюринъ*. Объ измѣненіи коры полушарій большого мозга при старости. Предв. сообщеніе. Врачъ. 1886. № 2. *Kostjurin*. Die senilen Veränderungen d. Grosshirnrinde. Medic. Jahrbüch. Wien. 1886.

мозга лицъ, умершихъ въ возрастѣ 65—88 лѣтъ, пришелъ къ заключенію, что интензивность атрофическаго процесса въ головномъ мозгу идетъ параллельно съ уменьшеніемъ вѣса мозга. Въ нервныхъ клѣткахъ, кромѣ пигментнаго и жирового перерожденія, онъ находилъ образованіе вакуоль. Въ участкахъ, наиболѣе пострадавшихъ, на мѣстѣ нервныхъ клѣтокъ кое-гдѣ залегали блуждающія клѣтки, изъ нихъ нѣкоторыя выдѣлялись своей величиной. Въ сосудахъ постоянно были болѣе или менѣе рѣзкія измѣненія: утолщеніе стѣнокъ, суженіе просвѣта, отложеніе известковыхъ солей. На поверхности коры замѣчались скопленія амилоидныхъ тѣлецъ, особенно значительныя при сильныхъ степеняхъ атрофіи. По изслѣдованіямъ *Бьялкова*<sup>1)</sup> регрессивныя измѣненія нервной ткани при старческомъ слабоуміи прямо пропорціональны пораженію сосудовъ. Найденныя имъ измѣненія въ клѣткахъ вполне тождественны съ описанными равнѣ; слѣдуетъ отмѣтить только, что, по его наблюденіямъ, ядро и ядрышко сравнительно поздно подвергаются разрушенію. Подадвентиціальныя и перипеллюлярныя пространства представлялись повсюду расширенными. Въ сѣромъ и главнымъ образомъ въ бѣломъ веществѣ Бьялковъ встрѣчалъ большое количество наукообразныхъ клѣтокъ, расположенныхъ одиночно и группами; останавливало на себѣ вниманіе также обиліе круглыхъ зернистыхъ тѣлъ, встрѣчавшихся какъ въ бѣломъ, такъ и въ сѣромъ веществѣ.

Для своихъ изслѣдованій я пользовался главнымъ образомъ методомъ *Gaule*, позволяющимъ благодаря элективной окраскѣ составныхъ элементовъ ткани ясно прослѣдить тѣ или другія измѣненія; примѣнялась также окраска амміачнымъ карминомъ и пикрокарминомъ *Gouey'a*. Характеръ измѣненій въ обоихъ случаяхъ былъ одинъ и тотъ же. Нервные клѣтки уменьшены въ числѣ, малы, разграничить ихъ по слоямъ довольно трудно; большихъ нервныхъ клѣтокъ сравнительно немного. Отростки

<sup>1)</sup> *Бьялковъ*. О патологоанатомическ. измѣнен. централн. нервн. системы при старч. слабоуміи. Диссер. Спб. 1887.

кѣтокъ коротки, у многихъ утрачены. Въ кѣточной протоплазмѣ бросается въ глаза скопленіе свѣтлобураго пигмента, количество котораго неведѣ одинаково: мѣстами оно не заходитъ за предѣлы физиологическаго, мѣстами-же настолько велико, что не удается ясно рассмотреть контуры ядра. Нѣкоторыя кѣтки, сильно растянутыя содержащимся въ нихъ пигментомъ, приобрѣли бокаловидную форму. Края многихъ кѣтокъ неровны, какъ-бы изъѣдены. Въ протоплазмѣ встрѣчалось иногда неравномѣрное распредѣленіе окраски, обнаруживавшееся образованіемъ болѣе свѣтлыхъ участковъ. Околокѣточные пространства увеличены по сравненію съ нормальными, въ нихъ видны кое-гдѣ крупнозернистыя лимфоидныя кѣтки. Ядра нервныхъ кѣтокъ не всегда были окрашены равномѣрно и довольно часто имѣли неправильную звѣздчатую форму. Въ нѣкоторыхъ кѣткахъ ядра не замѣтно и сама кѣтка представляется въ видѣ мелкозернистой, слабо окрашенной массы съ неясными расплывающимся контурами или въ видѣ кучки пигмента. Слѣдуетъ отмѣтить также попадавшееся изрѣдка своеобразное отношеніе ядра къ красящему веществу: вмѣсто обычной по методу Gaule окраски въ синій цвѣтъ, ядро окрашивалось въ малиновый, но въ остальномъ эти ядра казались нормальными. Со стороны ядрышекъ измѣненія очень незначительны, лишь крайне рѣдко можно было замѣтить въ ядрышкахъ неровность краевъ. Количество такъ называемыхъ свободныхъ ядеръ нейроглии не было увеличено, большинство ихъ окрашено въ синій цвѣтъ; довольно часто встрѣчались кругловатыя крупно-зернистыя образованія, превосходившія своими размѣрами тѣльца нейроглии, мѣстами попадались большія паукообразныя кѣтки. Какихъ либо измѣненій со стороны соединительной ткани не замѣчалось. Стѣнки сосудовъ утолщены, грубо волокнистаго строенія, во многихъ мѣстахъ содержатъ скопленія жировыхъ и пигментныхъ зеренъ, особенно вблизи дѣленія сосудовъ. Ядра *adventitiae* увеличены въ числѣ, но нигдѣ увеличеніе не достигало такихъ размѣровъ какъ при прогрессивномъ параличѣ. Среди ткани виднѣлись отдѣльно

лежащіе форменные элементы крови, нѣсколько разъ встрѣчались небольшія крововизліянія. Околососудистыя пространства часто были расширены. Всѣ указанныя измѣненія рѣзче были выражены на препаратахъ, полученныхъ при изслѣдованіи 1-го случая, особенно это слѣдуетъ замѣтить относительно сосудовъ.

Такимъ образомъ при старческомъ слабоуміи мы встрѣчаемъ въ нервныхъ элементахъ рядъ дегенеративныхъ процессовъ атрофическаго характера. Въ нервныхъ клѣткахъ они обнаруживаются уменьшеніемъ массы протоплазмы, укороченіемъ отростковъ, какъ бы сморщиваніемъ клѣтки, обильной пигментаціей, измѣненіемъ ядеръ, а въ болѣе сильной степени превращеніемъ клѣтки въ комокъ мелкозернистой массы, постепенно подвергающейся рассасыванію. Въ нервныхъ міэлиновыхъ волокнахъ атрофія выражается истонченіемъ и совершеннымъ уничтоженіемъ ихъ. Нейроглія мало принимаетъ участія въ процессѣ; въ ней, какъ показываютъ изслѣдованія нѣкоторыхъ авторовъ, замѣчается нѣсколько увеличенное количество соединительной ткани. Атрофія нервныхъ элементовъ не ограничивается какимъ либо отдѣломъ коры, а распространяется на оба полушарія и только въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ она достигаетъ большей степени. Какихъ либо воспалительныхъ явленій мнѣ ни въ томъ ни въ другомъ случаѣ не удалось найти. Что касается причины найденныхъ измѣненій, то ихъ съ большою вѣроятностью слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ пораженія сосудовъ: вслѣдствіе атероматознаго перерожденія послѣднихъ питаніе мозга нарушается и какъ результатъ этого въ нервныхъ элементахъ наступаетъ рядъ регрессивныхъ измѣненій; такъ какъ у лицъ, страдающихъ старческимъ слабоуміемъ, слѣдуетъ допустить значительно пониженную сопротивляемость нервной ткани различнымъ вреднымъ вліяніямъ, то атрофическія измѣненія развиваются легко и достигаютъ болѣе высокой степени, чѣмъ это наблюдается при фізіологической старости.



Въ заключеніе я позволю себѣ формулировать слѣдующіе выводы.

1). Измѣненія коры при старческомъ слабоуміи различного характера и состоятъ въ атрофіи ея нервныхъ элементовъ, при чемъ наиболѣе рѣзкимъ является исчезновеніе ассоціаціонныхъ мѣлиновыхъ волоконъ.

2). Хотя передніе отдѣлы мозга представляются пораженными въ значительной степени, но въ той же степени могутъ быть поражены и другіе участки коры, такъ что говорить о постепенномъ распространеніи процесса спереди назадъ нѣтъ достаточныхъ основаній.

3). Атрофія мѣлиновыхъ волоконъ, распространяясь на всю толщю коры, всего болѣе обнаруживается однако въ наружномъ тангенціальномъ и II и III слоѣ, т. е. въ слояхъ, позднѣ другихъ развивающихся.

4). Уменьшеніе мѣлиновыхъ волоконъ и измѣненія нервныхъ клѣтокъ должны быть поставлены въ зависимость отъ атероматознаго пораженія сосудовъ, обусловливающаго нарушеніе питанія ткани.

---

# К а т а т о н і я.

В. Ф. Чижъ.

Такъ какъ въ прекрасномъ изслѣдованіи Сербскаго <sup>1)</sup> приведена вся литература кататоніи до 1890 г., то тутъ я не нахожу нужнымъ еще разъ подробно перечислять мнѣнія психіатровъ о кататоніи. Ограничусь лишь краткимъ очеркомъ положенія этого вопроса и укажу на мнѣнія и сообщенія, высказанныя послѣ появленія работы Сербскаго.

Весьма компетентные авторы—Westphal <sup>2)</sup>, Mendel, Sander <sup>3)</sup>, Seglas и Chaslin <sup>4)</sup>, Tigges <sup>5)</sup> совершенно не признаютъ кататонію, какъ самостоятельную болѣзнь; наконецъ, обширный трудъ Сербскаго посвященъ доказательству, что кататонія, какъ самостоятельная болѣзнь, не существуетъ.

Большинство психіатровъ понимаютъ кататонію значительно иначе, чѣмъ Kahlbaum, и соглашаются съ нимъ только въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ: въ эту группу нужно отнести Schüle <sup>6)</sup>, Tamburini <sup>7)</sup>, Krafft-Ebing'a <sup>8)</sup>, Краепелин'a <sup>9)</sup>, М. Попова <sup>10)</sup>. Ученіе Kahlbaum'a однако нашло себѣ привержен-

---

<sup>1)</sup> Формы психическаго разстройства, описываемыя подъ именемъ кататоніи. 1890.

<sup>2)</sup> Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 34.

<sup>3)</sup> Jd. Bd. 37.

<sup>4)</sup> Archives de Neurologie. 1888.

<sup>5)</sup> Allg. Zeits. f. Psych. Bd. 34.

<sup>6)</sup> Klinische Psychiatrie. 1886.

<sup>7)</sup> Jrenfreund. 1887.

<sup>8)</sup> Lehrbuch der Psychiatrie. 1888.

<sup>9)</sup> Psychiatrie. 1887.

<sup>10)</sup> Медицинскія прибавленія къ Морскому Сборнику. 1889.

цевъ, и психіатры, спеціально занимавшіеся этой болѣзнію, подтвердили наблюденія и выводы Kahlbaum'a, по крайней мѣрѣ, въ главныхъ чертахъ; такія работы были опубликованы Necker'омъ<sup>1)</sup>, Brosius'омъ<sup>2)</sup>, Neisser'омъ<sup>3)</sup>, Neundort'омъ<sup>4)</sup>, Hammond'омъ<sup>5)</sup>, Kiernan'омъ<sup>6)</sup>.

Необходимо остановиться на работѣ Сербскаго, въ виду ея выдающихся достоинствъ. Авторъ съ большимъ талантомъ разбираетъ всѣ симптомы кататоніи, приводитъ всѣ высказанныя мнѣнія объ этихъ симптомахъ, доказываетъ наблюденіями изъ Московской психіатрической клиники, что каждый изъ симптомовъ кататоніи наблюдается при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ. Такимъ образомъ онъ доказалъ, что ступоръ, аттоничность, судорожныя движенія, тетанія, катаlepsія, стереотипныя движенія и позы, вербигерація, мутацизмъ, негативизмъ, отказъ отъ пищи, патетичность, цикличность теченія наблюдаются при многихъ душевныхъ болѣзняхъ, и каждый симптомъ въ отдѣльности не представляетъ ничего специфичнаго, могущаго выдѣлить кататонію, какъ самостоятельную болѣзнь. Во второй части своей работы Сербскій приводитъ исторіи болѣзни, доказывающія, что симптомы кататоніи наблюдаются при острымъ слабоуміи, острымъ помѣшательствѣ, аттоничной меланхоліи, прогрессивномъ параличѣ, періодическихъ психозахъ, историческихъ психозахъ, хроническомъ помѣшательствѣ, вторичномъ прогрессирующемъ слабоуміи и гебефрениі. Въ своихъ заключеніяхъ авторъ противорѣчитъ самъ себѣ, а именно—въ выводѣ № 1 онъ утверждаетъ: „Вопросъ о существованіи кататоніи, какъ самостоятельной болѣзненной формы, до сихъ поръ остается откры-

1) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33.

2) Jd. Bd. 33.

3) Ueber die Katatonie. 1887.

4) Centralblatt f. Nervenheilkunde. 1883.

5) American Journal of Neurologie. 1883.

6) Alienist and Neurologist. 1882.

тымъ“, а въ выводѣ № 18 не менѣе категорически заявляетъ: „Ни одинъ изъ симптомовъ кататоніи, взятый въ отдѣльности, не можетъ служить характернымъ признакомъ особой болѣзненной формы; совокупность-же ихъ представляетъ лишь случайное соединеніе, а не органическую связь, для установленія которой не существуетъ ни твердой анатомической основы, ни опредѣленныхъ фізіологическихъ данныхъ“.

Выводъ № 19 еще болѣе категориченъ: „Формы болѣзней, описываемыя подъ общимъ именемъ кататоніи, могутъ быть распредѣлены въ слѣдующія группы: 1) острое слабоуміе, 2) острое помѣшательство съ его подвидами: а) острая спутанность, в) острые бредовые психозы, 3) аттоническая меланхолія, 4) хроническое помѣшательство, 5) прогрессивный параличъ, 6) нѣкоторыя формы періодическихъ психозовъ, 7) истерическіе психозы, 8) прогрессирующее слабоуміе, куда относятся: а) гебефренія, в) приобрѣтенное вторичное слабоуміе послѣ острыхъ психозовъ.“

Работа Сербскаго болѣе всего убѣждаетъ насъ въ большомъ значеніи явленій кататоніи, доказываетъ еще разъ, что Kahlbaum внесъ цѣлую сумму новыхъ данныхъ въ ученіе о душевныхъ болѣзняхъ. Не менѣе убѣдительно доказалъ Сербскій, что симптомы кататоніи бывають при перечисленныхъ имъ въ 19 выводѣ душевныхъ болѣзняхъ, но онъ не доказалъ, да и не могъ доказать, справедливость своего 18-го положенія.

Ислѣдованіе Сербскаго окончательно установило, что симптомы кататоніи, указанные Kahlbaum'омъ, бывають при названныхъ душевныхъ болѣзняхъ, и потому, конечно, не правы тѣ авторы, которые считали кататонію осложненіемъ какой либо одной душевной болѣзни, напр. меланхоліи или помѣшательства; симптомы кататоніи бывають при всѣхъ перечисленныхъ Сербскимъ душевныхъ болѣзняхъ. Это составляетъ несомнѣнную заслугу Сербскаго; также имѣетъ значеніе и первая часть его работы, въ которой онъ устанавливаетъ, что всѣ симптомы кататоніи, какъ они описаны Kahlbaum'омъ, не

представляют собой чего-либо специфическаго, самостоятельнаго, элементарнаго.

Но Сербскій не доказалъ, что кататонія не есть самостоятельная болѣзнь; то, что симптомы кататоніи наблюдаются при разныхъ душевныхъ болѣзняхъ, ничуть не говоритъ за то, что кататонія не можетъ быть самостоятельной болѣзнію. Тотъ общеизвѣстный фактъ, что симптомы маніи бывають при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ, вовсе не отрицаетъ маніи, какъ самостоятельной болѣзни. Можно лишь удивиться, что Сербскій, — конечно, случайно — не видѣлъ ни одного случая кататоніи, между тѣмъ какъ другіе наблюдатели дали намъ хорошія исторіи болѣзни кататониковъ. Мы должны вполне согласиться съ почтеннымъ авторомъ въ томъ, что вопросъ о существованіи кататоніи, какъ самостоятельной болѣзни, остается открытымъ; для разрѣшеніи именно этого вопроса Сербскій не далъ намъ ничего новаго, почему и послѣ 1890 года въ мнѣніяхъ авторовъ по этому поводу мы встрѣчаемъ много разногласія.

С. С. Корсаковъ въ своемъ руководствѣ психіатріи <sup>1)</sup> относитъ кататонію къ смѣшаннымъ формамъ. Онъ такъ опредѣляетъ кататонію: „случаи, въ которыхъ кататоническіе симптомы особенно рѣзко выражены, которые представляютъ въ своемъ теченіи такія особенности, что они не укладываются въ рамки перечисленныхъ мною типичныхъ формъ, и которые представляютъ при этомъ рѣзкія кататоническія явленія“. „Діагностика кататоническаго умопомѣшательства основывается главнымъ образомъ на существованіи въ числѣ симптомовъ такъ называемыхъ „кататоническихъ явленій“ и на томъ, что больной представляетъ смѣну состояній различныхъ основныхъ типовъ и притомъ въ извѣстной послѣдовательности“.....

Ziehen <sup>2)</sup> говоритъ о кататоніи весьма кратко и неопредѣленно. „Эта болѣзнь очень рѣдка. Случаи, въ которыхъ

<sup>1)</sup> Курсъ психіатріи. 1893.

<sup>2)</sup> Psychiatrie. 1894. s. 398.

наблюдаются стереотипныя положенія и движенія большею частью представляют собою или аттоническую меланхолію, или галлюцинаторную параною, или какую либо форму слабоумія. Поэтому существованіе кататоніи, какъ самостоятельной болѣзни въ смыслѣ Kahlbaum'a, часто оспаривалось. Болѣзнь большей частью наступаетъ въ періодѣ половой зрѣлости. Больные обременены тяжелой наслѣдственностью. Первые три періода протекають въ теченіи 1—2 лѣтъ. Тогда начинается переходъ во вторичное слабоуміе, слѣды котораго можно иногда подмѣтить уже въ первомъ періодѣ. Выздоровленія очень рѣдки“.

Весьма опредѣленно по занимающему насъ вопросу высказался Sammer <sup>1)</sup>. „Названіе „кататонія“ въ смыслѣ симптомовъ означаетъ комплексъ, въ которомъ соединены стереотипность поступковъ и движеній съ смѣняющимися состояніями меланхоліи, маніи, помѣшательства и спутанности. Эти симптомы въ ихъ совокупности или отдѣльно сочетаются съ другими ясно опредѣленными болѣзнями (прогрессивный параличъ, гнѣздныя заболѣванія мозга, эпилепсія и т. д.). Однако, кромѣ всѣхъ этихъ случаевъ съ симптомами кататоніи остается небольшое число случаевъ, которые должны быть выдѣлены въ отдѣльную болѣзненную форму“.

Краерелін много занимался кататоніей и радикально мѣнялъ свои воззрѣнія на эту болѣзнь; онъ еще въ 1891 году совершенно отрицалъ существованіе кататоніи, какъ самостоятельной болѣзни, какъ то видно изъ диссертациі Behr'a <sup>2)</sup>, написанной подъ его руководствомъ, а въ полномъ изданіи своего руководства <sup>3)</sup> подробно описываетъ кататонію, какъ самостоятельную болѣзненную форму. Онъ относитъ кататонію къ группѣ „болѣзней обмѣна веществъ“ и къ подгруппѣ

---

<sup>1)</sup> Diagnostik der Geisteskrankheiten. S. 220.

<sup>2)</sup> Die Frage der Katatonie. Dorpat. 1891.

<sup>3)</sup> Psychiatrie. 1896.

„процессовъ отупѣнія“ (Verblodungsprocesse). Краепелин такъ характеризуетъ кататонію: „Она состоитъ въ сущности въ остро или подь-остро наступающемъ своеобразномъ возбужденіи съ спутанными идеями бреда, обманами чувствъ и явленіями стереотипности и внушаемости въ выразительныхъ движеніяхъ и поступкахъ; возбужденіе это затѣмъ переходитъ въ ступоръ и послѣдовательное слабоуміе. Кататонія вовсе нерѣдкая болѣзнь, если только стараются правильно ее распознавать. По моему опыту, она такъ же часта, какъ dementia praecox. Около половины больныхъ заболѣли до 22 года, хотя имѣются отдѣльныя несомнѣнныя наблюденія больныхъ старше 40 и даже 50 лѣтъ“. Краепелин наблюдалъ 63 случая несомнѣнной кататоніи до ноября 1895 <sup>1)</sup>, и потому, конечно, его заключенія имѣютъ нѣкоторое значеніе; по его мнѣнію, „кататонія есть органическое заболѣваніе мозга, ведущее къ болѣе или менѣе полному отупѣнію“.

Со времени опубликованія работы Сербскаго въ періодической литературѣ появилось очень мало сообщений о кататоніи и вообще ничего новаго высказано не было.

Наумовъ <sup>2)</sup> сообщилъ весьма убѣдительную исторію болѣзни кататоника 24 лѣтъ; эта исторія болѣзни служитъ подтвержденіемъ ученія о кататоніи, какъ самостоятельной болѣзни, потому что описанный Наумовымъ случай рѣшительно не можетъ быть причисленъ ни къ одной изъ извѣстныхъ душевныхъ болѣзней. Ничего новаго въ этомъ сообщеніи нѣтъ, и авторъ ограничивается одной исторіей болѣзни.

Такого же казуистическаго характера сообщеніе P. Smith'a <sup>3)</sup>. Приведенная имъ исторія болѣзни мало убѣдительна, вслѣдствіе

<sup>1)</sup> Neurologisches Centralblatt. 1896.

<sup>2)</sup> Къ казуистикѣ кататоническаго помѣшательства. Архивъ психіатріи. 1891 г.

<sup>3)</sup> Case of so called Katatonie. The Journal of Mental Science. 1892.

своей неполноты; авторъ между 2000 больными, видѣнными имъ за послѣднія семь лѣтъ, не наблюдалъ ни одного вполне сходнаго съ описаннымъ имъ случаемъ.

Также не убѣдительно исторія болѣзни, приводимая Wagпоск'омъ<sup>1)</sup>; повидимому, больной страдалъ кататоническимъ галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ; авторъ собственныхъ взглядовъ не высказываетъ.

Совершенно безсодержательна статья о кататоніи Goodali<sup>2)</sup>; авторъ не приводитъ исторій болѣзни, не сообщаетъ никакихъ новыхъ данныхъ объ этой болѣзни и не приходитъ къ какимъ либо мотивированнымъ выводамъ.

Весьма интересна работа Mickle<sup>3)</sup>, въ которой онъ сообщаетъ результаты вскрытія кататоника; кромѣ обычныхъ явленій, встрѣчаемыхъ въ черепѣ и мозгу слабоумныхъ, ничего не было найдено.

Самымъ серьезнымъ изслѣдованіемъ о кататоніи за послѣдніе годы слѣдуетъ признать работу Nolan'a<sup>4)</sup>. Авторъ приводитъ пять исторій болѣзни и даетъ обстоятельное описаніе кататоніи. Nolanъ приписываетъ большое значеніе въ этиологіи кататоніи неправильностямъ половой жизни, утверждаетъ, что женщины страдаютъ кататоніей гораздо рѣже, чѣмъ мужчины. Признавая кататонію самостоятельной болѣзнію и вообще соглашаясь съ Kahlbaum'омъ, авторъ различаетъ три періода кататоніи: депрессивный, эмоціональный и ступорозный.

Мы видимъ, что и за послѣдніе годы въ ученіи о кататоніи много разногласія между авторами, хотя почти всѣ уже видѣляютъ кататонію въ особую болѣзнь. Не установлено окончательно, бываетъ ли кататонія у лицъ съ здоровой нерв-

<sup>1)</sup> A case of Catalepsy. The Journal of Mental Science, 1895.

<sup>2)</sup> Katatonie. Brain. 1891.

<sup>3)</sup> Is Katatonia a special Form of Mental Disorder. Cases of so called Katatonia. The Journal of Mental Science. 1892.

<sup>4)</sup> The Journal of Mental Science, 1895.



ной системой или у лицъ съ предрасположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ; неизвѣстны причины кататоніи; не выяснено, въ какомъ возрастѣ развивается кататонія; не опредѣлено, какъ часто эта болѣзнь. На эти вопросы не обращали даже большого вниманія, почему необходимо сказать вообще о значеніи причинъ во всѣхъ патологическихъ процессахъ.

Исторія ученія о кататоніи почти та-же, какъ и исторія ученія о другихъ формахъ душевныхъ болѣзней, и конечно еще пройдетъ не мало времени, пока кататонія будетъ общепризнана, но эта исторія имѣетъ въ себѣ нѣчто и отличное, главнымъ образомъ вслѣдствіе крайней сложности явленій кататоніи.

Можно лишь удивляться, что до Kahlbaum'a на явленія кататоніи не обращали вниманія, хотя нѣкоторые ея симптомы были хорошо извѣстны. Когда же Kahlbaum обратилъ вниманіе психіатровъ на этотъ рядъ явленій, то оказалось, что очень немало больныхъ страдаютъ кататоническими явленіями. При этомъ однако неизбѣжно должно было произойти разномысліе. Одни психіатры искали и, конечно, находили явленія кататоніи при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ; напр., встрѣтивъ больного, страдающаго галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ съ явленіями кататоніи, врачъ обращалъ особенное вниманіе на это осложненіе и потому затѣмъ видѣлъ не мало такихъ больныхъ; другіе наблюдатели, напротивъ, искали случаи и тоже находили, въ которыхъ ничего, кромѣ симптомовъ кататоніи, не было. Хотя одни наблюденія ничуть не противорѣчили другимъ, но, въ виду присутствія переходныхъ формъ, крайней трудности діагноза, отсутствія общихъ, всѣми признанныхъ, основъ классификаціи душевныхъ болѣзней, вопросъ о кататоніи, какъ самостоятельной болѣзни, остается и до сихъ поръ открытымъ.

Въ самомъ дѣлѣ, если мы признаемъ, что кататонической симптомокомплексъ бываетъ при различныхъ болѣзненныхъ формахъ, то опредѣленіе кататоніи, какъ отдѣльной формы, окажется, такъ сказать, отрицательнымъ или основан-

нымъ на отрицательныхъ признакахъ,—то-есть эту форму составляютъ случаи, гдѣ нѣтъ признаковъ, симптомовъ другихъ болѣзненныхъ формъ, при которыхъ бывають симптомы кататоніи. Если кататоническій симптомокомплексъ бываетъ при другихъ душевныхъ болѣзняхъ, то чистая кататонія есть не болѣе, какъ этотъ симптомокомплексъ минусъ симптомы, составляющіе эти болѣзни.

Не говоря уже о крайней неудовлетворительности такого опредѣленія кататоніи въ методологическомъ отношеніи, оно крайне неудобно и въ практическомъ отношеніи, такъ какъ каждый діагнозъ случая чистой кататоніи можетъ считаться ошибочнымъ: всегда возможно возразить, что наблюдатель присмотрѣлъ, не замѣтилъ всѣхъ признаковъ болѣзни, а замѣтилъ лишь симптомы кататоніи. Въ самомъ дѣлѣ, очень трудно доказать отсутствіе бреда, а потому всегда можно предполагать, что только потому, что врачъ не подмѣтилъ бреда, онъ принялъ помѣшательство, осложненное кататоніею, за чистую кататонію.

Такая неопредѣленность въ пониманіи кататоніи, неясность и неполнота опредѣленія ведетъ, конечно, къ тому, что относительно частоты этого заболѣванія авторы, какъ мы это видѣли выше, совершенно несогласны между собою; такое разногласіе вполне законно, особенно если мы примемъ во вниманіе, что авторы допускають обманы чувствъ и идеи бреда при кататоніи. Я не понимаю, какъ можно отличить галлюцинаторное помѣшательство, осложненное кататоніею, отъ кататоніи.

При настоящемъ положеніи психіатріи, нужно сознаться, мы вообще не имѣемъ основныхъ руководящихъ принциповъ для классификаціи, для установки отдѣльныхъ, самостоятельныхъ болѣзненныхъ формъ; не зная патологической анатоміи, мы хотимъ группировать болѣзни на основаніи клиническихъ признаковъ и теченія болѣзни, но и на основаніи этихъ данныхъ мы пока не можемъ создать рациональной классификаціи, что и доказывается тѣмъ, что каждый авторъ предла-

гаетъ свою классификацію, каждый авторъ принимаетъ то или другое число самостоятельныхъ болѣзненныхъ формъ. Классификаціи всѣхъ авторовъ построены не на одномъ, а на нѣсколькихъ принципахъ, для выдѣленія болѣзни, какъ самостоятельной формы, принимаются различныя основанія; при такой неустойчивости понятій, въ сущности, не представляетъ большого значенія вопросъ о самостоятельности кататоніи.

Я думаю, что главная причина невозможности общепринятой классификаціи, общаго признанія самостоятельности данныхъ болѣзненныхъ формъ зависитъ оттого, что мы не задаемся цѣлью группировать болѣзни на основаніи точно установленныхъ, опредѣленныхъ принциповъ,—такъ, какъ это дѣлаютъ терапевты, и потому имѣемъ пока такія неопредѣленные болѣзни, какъ „манія“. Въ самомъ дѣлѣ, развѣ можно считать манію самостоятельной отдѣльной формой? Вѣдь, она можетъ тянуться и нѣсколько недѣль и нѣсколько лѣтъ, маніей можетъ страдать и юноша и старикъ, она можетъ не оставить никакихъ слѣдовъ у больного и окончиться глубокимъ слабоуміемъ. Очевидно, мы маніей пока называемъ лишь сходныя по нѣкоторымъ признакамъ состоянія, но значительно отличныя по существу. Такое пониманіе маніи подтверждается и тѣмъ, что причины маніи весьма разнообразны.

Хотя мы, конечно, теперь не можемъ классифицировать душевныхъ болѣзней на основаніи данныхъ патологической анатоміи, однако мы можемъ уже выдѣлить въ самостоятельныя болѣзни много случаевъ душевныхъ болѣзней, руководясь общими понятіями о болѣзни, установленными общей патологіей и внутренней медициной—этой наиболѣе разработанной областью медицины.

Всякая болѣзнь, начиная отъ ничтожной головной боли и кончая прогрессивнымъ параличемъ и туберкулезомъ, есть ослабленіе жизни въ организмѣ, усиленіе въ отдѣльныхъ его частяхъ или во всемъ организмѣ процессовъ разрушенія,

умирація, смерти <sup>1)</sup>). Такъ какъ причины разрушенія организма еще болѣе различны, чѣмъ почва, на которую онѣ дѣйствуютъ, то получается громаднѣйшее число болѣзней. Въ-стѣ съ этимъ, однако, мы все-таки имѣемъ возможность классифицировать болѣзни, потому что одна и таже причина, дѣйствуя на одну и ту же почву или, по крайней мѣрѣ, на одинаковую, обуславливаетъ одинаковыя явленія. Одинаковость или даже почти тождество отдѣльныхъ случаевъ обусловлены тѣмъ, что ихъ производитъ одна причина и они протекаютъ на одинаковой почвѣ; различіе въ болѣзняхъ дано различіемъ причины и почвы, на которую эти причины дѣйствуютъ. Крупозная пневмонія и брюшной тифъ выдѣлены были въ отдѣльныя самостоятельныя болѣзни, по сходству отдѣльныхъ случаевъ болѣзни между собою, гораздо ранѣе, чѣмъ стала извѣстна ихъ патологическая анатомія; только весьма недавно наука доказала, что дѣйствительно эти болѣзни обусловлены специфическими для нихъ причинами. Если-бы мы не имѣли никакихъ представленій о патологической анатоміи этихъ болѣзней, мы, тѣмъ не менѣе, вполне рационально могли бы считать ихъ самостоятельными болѣзнями и прекрасно распознавать ихъ у кровати больного. И теперь намъ однако многое и даже очень важное неизвѣстно въ этихъ болѣзняхъ, а именно: мы не вполне знаемъ, почему одни умираютъ отъ тифа, другіе легко его переносятъ, у однихъ онъ протекаетъ очень тяжело, а другіе почти не замѣчаютъ болѣзни, и самый опытный врачъ не можетъ въ первые дни болѣзни опредѣлить исходъ страданія у всѣхъ своихъ пациентовъ. Мы мало знаемъ, мало изучаемъ второе условіе сходства явленій болѣзни—почву; вслѣдствіе различія—въ большинствѣ случаевъ намъ неизвѣстнаго—почвы, та-же причина производитъ хотя и сходныя, но и весьма различныя явленія; повышеніе температуры сходно въ большинствѣ слу-

---

<sup>1)</sup> Кто интересуется ближе этимъ вопросомъ, рекомендую мою работу: *La loi fondamentale de la vie. 1895.*

чаевъ тифа, но самочувствіе, состояніе сознанія весьма различны; двухсторонняя пневмонія можетъ окончиться полнымъ выздоровленіемъ, а односторонняя—смертью. Очевидно, мы еще очень мало знаемъ сумму разрушенія организма, называемую крупозной пневмоніей.

Теперь увлеченіе патологической анатоміей уже ослабло и потому, можетъ быть, многимъ не покажется ересью мое убѣжденіе, что собственно патологическая анатомія не нужна ни для классификаціи, ни для установленія болѣзней: она не болѣе, какъ подспорье, особенно полезное въ практикѣ, но въ теоретическомъ опредѣленіи болѣзней она не играетъ существенной роли, что уже доказывается тѣмъ, что многія болѣзни были опредѣлены и установлены еще тогда, когда патологической анатоміи не было; медицина признаетъ не мало болѣзней, патологическая анатомія которыхъ или неизвѣстна, или извѣстна еще мало.

Спинно-мозговая сухотка была точно очерчена значительно ранѣе, чѣмъ были найдены патологоанатомическія измѣненія въ спинномъ мозгу, бывающія при этой болѣзни; да и теперь патологическая анатомія спинной сухотки намъ неизвѣстна. Нельзя же серьезно относиться къ тѣмъ авторамъ, которые, найдя что-то въ спинномъ мозгу табетиковъ, думаютъ, что они намъ дали картину патолого-анатомическихъ измѣненій при этой болѣзни.

Патолого-анатомическія измѣненія могутъ быть однимъ изъ признаковъ данной болѣзни, но не могутъ, сами по себѣ, характеризовать болѣзнь, потому что болѣзнь *есть явленіе*, а не предметъ, почему болѣзнь разлагается на явленія, ея составляющія, на процессъ. Это такъ ясно, что не нуждается въ доказательствахъ, между тѣмъ многими часто забывается.

Много весьма точно опредѣленныхъ болѣзней или совѣсьмъ не сопровождаются доступными нашему изученію и изслѣдованію патолого-анатомическими измѣненіями или сопровождаются весьма неясными, не характерными; напр. си-

филісь rozpoзнається даже по анамнезу гораздо лучше, чѣмъ на секціонномъ столѣ.

Конечно, я ничуть не отрицаю громаднаго значенія патологической анатоміи въ развитіи медицины, не отрицаю и важности анатомическаго діагноза; возможность патологоанатомическаго діагноза имѣеть крупное *воспитательное* значеніе для врачей и дала, наконецъ, точность нашимъ діагнозамъ. Опредѣленіе болѣзней уже было сдѣлано до открытія патологической анатоміи; благодаря патологической анатоміи, признаки болѣзней стали многочисленнѣе, но и только; напр. крупозная пневмонія характеризуется не только клиническими симптомами, но и патолого-анатомическими измѣненіями; спинная сухотка болѣзнь столь же самостоятельная, столь же хорошо выдѣленная, какъ и крупозная пневмонія, хотя она характеризуется только клиническими явленіями.

Если мы спросимъ себя, на основаніи чего же, почему же нѣкоторыя болѣзни хорошо опредѣлены, выдѣлены въ самостоятельныя, или, говоря иначе, припомнивъ исторію медицины, постараемся отвѣтить на вопросъ, какія болѣзни и почему оказались хорошо опредѣленными, другія же недостаточно, то дадимъ только одинъ отвѣтъ: конечно, лучше всего разработаны инфекціонныя болѣзни. Единство установленныхъ клиницистами инфекціонныхъ болѣзней несомнѣнно; скарлатина съ сыпью или безъ сыпи, но съ послѣдовательной водянкой или безъ нея—несомнѣнно самостоятельная болѣзнь, хотя мы и не знаемъ ея патологической анатоміи; гипертрофію или ожирѣніе сердца нельзя считать ни отдѣльными, ни самостоятельными, ни хорошо опредѣленными болѣзнями, хотя патологическая анатомія ихъ и хорошо извѣстна. Почему же разнообразныя признаки, характеризующіе скарлатину составляютъ одну болѣзнь, а гипертрофія сердца не болѣзнь, а одно изъ явленій отчасти намъ понятныхъ, отчасти непонятныхъ патологическихъ процессовъ. Почему оказалось возможнымъ изъ признаковъ крупозной пневмоніи, спинной сухотки, скарлатины создать самостоятельную болѣзнь; было бы наивно

думать: потому только, что талантливые клиницисты подмѣтили, что эти признаки составляютъ одинъ процессъ разрушенія; такое объясненіе, конечно, вѣрное, но очень мало объясняющее; слѣдуетъ только замѣтить, что клиницисты потому объединили эти признаки, что эти признаки дѣйствительно составляли часть одного явленія, при чемъ остается по прежнему безъ отвѣта главный вопросъ, а именно: почему же признаки скарлатины, спинной сухотки составляютъ проявленіе одного процесса, что объединяетъ эти признаки. Въ самомъ дѣлѣ, что соединяетъ въ одно столь разнообразныя, непостоянныя признаки спинной сухотки, особенно если мы примемъ во вниманіе, что теченіе и даже продолжительность этой болѣзни весьма различны. Конечно, въ началѣ изученія помогаль для установленія болѣзни какой либо выдающійся, болѣе постоянный признакъ, но, вѣдь, никто же не станетъ утверждать, что одинъ или даже нѣсколько такихъ признаковъ соединяютъ въ одно цѣлое всѣ остальные. Инфекціонныя болѣзни, какъ болѣе частыя и потому лучше изученныя, весьма вразумительно подтверждаютъ намъ справедливость даннаго выше опредѣленія болѣзни, объясняютъ, что объединяетъ признаки болѣзни, что обуславливаетъ самостоятельность болѣзни.

Всѣ болѣзни, хорошо изученныя, оказавшіяся и клинически и патолого-анатомически дѣйствительно самостоятельными болѣзненными формами, суть потому *одинъ* процессъ, несмотря даже на разнообразіе признаковъ, что обусловлены *одной* причиной.

Каждая отдѣльная болѣзнь представляетъ одинъ и тотъ же во всѣхъ случаяхъ процессъ или, по крайней мѣрѣ, весьма сходный, потому что этотъ процессъ обусловленъ одной причиной; большое различіе въ теченіи, признакахъ, проявленіяхъ и окончаніи болѣзней зависитъ оттого, что одна и таже причина, воздѣйствуя на различныя почвы, обуславливаетъ различіе самихъ процессовъ. Иначе, конечно, и быть не можетъ, если мы хорошенько вникнемъ въ отношенія между

причиной и слѣдствіемъ; законъ причинности не можетъ проявляться иначе, чѣмъ въ биологіи. Всякій болѣзненный случай состоитъ въ воздѣйствіи или взаимодѣйствіи причины и почвы, и случаи, обусловленные одной причиной, настолько сходны, что врачи, не зная даже причины болѣзни, или допуская ихъ много, подмѣчали это сходство, и только потомъ было доказано, что дѣйствительно всѣ эти болѣзненные случаи произведены одной причиной, но на неодинаковой почвѣ.

Различныя причины, напр. отравленія, могутъ вызывать настолько сходные между собою процессы, что мы не умѣемъ различать ихъ между собою, но это доказываетъ только несовершенство нашихъ методовъ изслѣдованія; все-таки эти процессы отличаютъ другъ друга настолько, что мы бываемъ въ состояніи ихъ опредѣлить или на секціонномъ столѣ, или съ помощью химическаго анализа. Одна и та-же причина можетъ вызывать самыя разнообразныя, весьма несходныя между собою явленія, но тѣмъ не менѣе, въ концѣ концовъ, мы все-таки въ состояніи объединить всѣ эти признаки въ одно цѣлое; напр. алкоголизмъ проявляется, въ зависимости отъ почвы, весьма различно; однако мы не сомнѣваемся въ самостоятельности и единствѣ алкоголизма, хотя клинически многое еще намъ несовсѣмъ ясно.

Можетъ казаться, что этотъ основной принципъ опровергается болѣзнями, производимыми многими причинами, но это опроверженіе только свидѣтельствуетъ о неразработанности метода въ медицинѣ. Почему-то многіе хотятъ видѣть сложность и пестроту тамъ, гдѣ все такъ просто и ясно; дѣло въ томъ, что причины самостоятельныхъ извѣстныхъ намъ болѣзней очень несложны: всѣ онѣ группируются въ два или, можетъ быть, три класса—механическія поврежденія, отравленія или химическія воздѣйствія—и только; третій классъ составляетъ наслѣдственность, но еще можно спорить, составляетъ-ли наслѣдственность причину болѣзней. Наслѣдственность состоитъ или въ отравленіи, напр. при наслѣдственномъ сифилисѣ, подагрѣ и т. п., или же представляетъ со-



бою почву, на которой могут вызывать болѣзни причины, не могущія вызывать такихъ процессовъ въ нормальныхъ организмахъ. Но, въ виду крайней сложности этого вопроса, я здѣсь его не буду касаться и пока допускаю три класса причинъ.

Въ тѣхъ многочисленныхъ случаяхъ, когда мы не знаемъ точно, какое отравленіе вызываетъ патологическое состояніе, мы не можемъ ни установить, ни опредѣлить самостоятельной болѣзни, напр. при гипертрофіяхъ сердца: какъ много причинъ для этого процесса или, правильнѣе говоря, для этихъ процессовъ, такъ неопредѣленна, несамостоятельна болѣзнь, называемая гипертрофіей сердца. Мы, вѣдь, не можемъ считать гипертрофію сердца болѣзнію въ томъ-же смыслѣ, какъ мы называемъ болѣзнію тифъ, переломъ ключицы и т. п.; такое выраженіе употребляется пока только для удобства. Въ тѣхъ болѣзняхъ, гдѣ мы не знаемъ этиологіи, наше пониманіе болѣзни неопредѣленно; напр., мы не знаемъ причины сахарнаго мочеизнуренія, не знаемъ даже, есть ли это самостоятельная болѣзнь или симптомъ другой или другихъ болѣзней.

Всѣ болѣзни происходятъ или отъ механическихъ поврежденій, или отъ отравленій, или, наконецъ, передаются по наслѣдству, поэтому не можетъ быть большой сложности причинъ, что и подтверждается исторіей медицины. Какихъ только причинъ не подыскивали для рожи, для пеллягры, для возвратнаго тифа, но оказалось, что для каждой изъ этихъ болѣзней есть только одна причина, и Lombroso обнаружилъ свой гений пониманіемъ, въ какомъ классѣ причинъ слѣдуетъ искать причину пеллягры. Чѣмъ болѣе допускается причинъ для данной болѣзни, тѣмъ менѣе мы знаемъ этиологію этой болѣзни, тѣмъ сомнителнѣе самостоятельность этой болѣзни. Мы должны искать причины болѣзней только въ вышесказанномъ направленіи, и если мы имѣемъ основаніе предполагать, что болѣзнь обуславливается воздѣйствіемъ нѣсколькихъ ядовъ, мы должны допускать, что эта болѣзнь, въ сущности, есть сумма болѣзней и что мы пока не можемъ отличить болѣз-

ней, ее составляющих; мы должны стремиться разложить эту „болѣзнь“ на дѣйствительно самостоятельные процессы и мы видимъ, что усилія въ этомъ направленіи увѣнчиваются успѣхомъ: напр. уже выдѣлены алкогольныя и сифилитическія заболѣванія печени; то же, конечно, будетъ и по отношенію къ пораженіямъ почекъ. Хроническія болѣзни внутреннихъ органовъ въ громадномъ числѣ случаевъ, какъ это доказано, суть только послѣдствія инфекціонныхъ болѣзней, слѣдовательно отравленій; только вслѣдствіе недостатка нашихъ знаній мы часто ни у постели больного, ни на секціонномъ столѣ не можемъ опредѣлить, чѣмъ обусловленъ нефритъ больного—алкоголемъ, сифилисомъ, инфлюэнцей или тифомъ.

Мы также не можемъ опредѣлить, произведенъ ли данный нефритъ одной или нѣсколькими или даже всѣми четырьмя причинами, но изъ этого вовсе не слѣдуетъ, что одна болѣзнь производится многими или разными причинами; это лишь доказываетъ несовершенство нашихъ знаній, и какъ сифилитическое измѣненіе печени отличается отъ алкогольнаго, такъ долженъ нефритъ ex lue отличаться отъ нефрита ex alcoholismo.

Неблагопріятныя гегіеническія условія, въ которыхъ жило, живетъ и будетъ жить громаднѣйшее большинство человечества, конечно, дѣйствуютъ совокупно на организмъ, и почти всегда мы не въ состояніи опредѣлить, напр., что произвелъ недостатокъ воздуха, что вызвало недостаточное количество бѣлка въ пищѣ и т. п., хотя, конечно, всѣ эти условія оказываютъ громадное вліяніе на теченіе патологическихъ процессовъ. Но, вѣдь, пока медицина и не можетъ разсматривать эти условія какъ причины болѣзней, потому что, конечно, они являются причинами преждевременной, но *нормальной* смерти всѣхъ людей; эти условія дѣйствуютъ на всѣхъ, дѣйствуютъ постоянно и потому постоянно, хотя и медленно, насъ убиваютъ; они для громаднаго большинства нормальны, и потому патологіи до нихъ нѣтъ дѣла; если бы нашелся человекъ, живущій въ идеальныхъ гегіеническихъ условіяхъ, то онъ, конечно, иначе

бы реагировалъ на многія отравленія и потому иначе переносилъ бы болѣзни. Для врача, конечно, имѣеть громадное значеніе знаніе и пониманіе условій, въ которыхъ жилъ больной, потому что эти условія вліяли на почву, на которую воздѣйствуетъ причина болѣзни, но пока, нужно въ этомъ признаться, это знаніе еще мало пригодно въ практикѣ, потому что гигиеническія условія громаднѣйшаго большинства такъ скверны, что и узнавать про нихъ нѣтъ надобности. Пациентъ питался неудовлетворительно, дышалъ дурнымъ воздухомъ, жилъ въ тѣсномъ, сыромъ помѣщеніи, работалъ сверхъ силъ, спалъ мало; право-же, подробности тутъ, по меньшей мѣрѣ, излишни, пока эти неблагоприятныя для жизни условія уже не могутъ быть причинами болѣзни, вслѣдствіе того, что, въ виду ихъ постоянного воздѣйствія, организмъ къ нимъ „приспособляется“ или, лучше сказать, его жизнь опредѣляется этими условіями; они опредѣляютъ границы для жизни организма, жизненная сила котораго безконечна.

Тѣ-же основы должны лежать и въ классификаціи психіатріи; на основаніи ихъ мы должны выдѣлять самостоятельныя болѣзни; само собою разумѣется, что въ психіатріи, какъ отдѣлъ менѣе разработанный, мы должны руководиться началами, вѣрность которыхъ доказана во внутренней медицинѣ. Увлеченіе патологической анатоміей имѣло свое вліяніе и въ психіатріи; не зная патологической анатоміи большинства душевныхъ болѣзней и празная, что только патолого-анатомическія измѣненія характеризуютъ болѣзнь, психіатры допускали, что пока раціональная классификація душевныхъ болѣзней невозможна; въ этомъ отношеніи въ психіатріи царили безпринципность и произволь. Соглашавсь, что безъ знанія патологической анатоміи раціональная классификація невозможна, психіатры совершенно опускали изъ виду, что не патолого-анатомическія измѣненія составляютъ болѣзнь, что единство болѣзненныхъ формъ установлено было тогда, когда не знали патологической анатоміи, и что болѣзнь есть явленіе, а не предметъ. Всѣ предложенныя за это время класси-

фикаціи все-таки выдѣляли болѣзни, патологическая анатомія которыхъ извѣстна, а остальные болѣзни группировали на основаніи самыхъ различныхъ принциповъ.

Самый великій психіатръ, сдѣлавшій больше, чѣмъ кто либо другой въ этой наукѣ, уже давно понялъ несостоятельность господствующихъ въ психіатріи возрѣній и удивительно вѣрно для своего времени понялъ основное начало раціональной классификаціи. Morel установилъ, что только этиологія можетъ дать разумную классификацію и, руководствуясь истинно гениальнымъ пониманіемъ психическихъ болѣзней, совершенно пересоздалъ всю психіатрію. Многое изъ сдѣланнаго Morel'емъ, хотя и медленно, но вошло въ науку; почти всѣ психіатры уже согласны, что болѣзни, по своей причинѣ, различаются между собою, что болѣзни, обусловленныя наслѣдственностью, рѣзко отличаются отъ болѣзней, обусловленныхъ другими причинами; это почти для всѣхъ несомнѣнный фактъ.

Введенный Morel'емъ въ психіатрію принципъ для классификаціи однако не принесъ той пользы, которую онъ могъ бы принести, если бы психіатры имъ воспользовались: во первыхъ, умы не были подготовлены для его оцѣнки—увлеченіе патологической анатоміей было очень сильно; во вторыхъ, самъ Morel далъ, дѣйствительно, неудачную классификацію: хорошо разработавъ психозы инвалиднаго мозга, онъ не обратилъ вниманія на всѣ другія болѣзни. Къ сожалѣнію, принципы, положенные въ основу этой классификаціи, были забыты, хотя наука восприняла все, что именно было сдѣлано Morel'емъ въ силу этого принципа.

Дальнѣйшее развитіе психіатріи вполне доказало какъ гениальность Morel'я, такъ и невозможность идти впередъ внѣ пути, указаннаго этимъ, по истинѣ великимъ, психіатромъ. Только пользуясь этиологическимъ принципомъ, психіатры, правда немного, расширили наши знанія, и мы теперь знаемъ лучше, чѣмъ Morel, болѣзни, обусловленныя вырожденіемъ; мы знаемъ гебефрению, хроническій бредъ, еще не закончили споры о кататоніи; вотъ и все, что сдѣлано послѣ Morel'я.

Примѣръ Meinert'a весьма доказателенъ. несмотря на весь свой талантъ, глубокія познанія въ анатоміи, тонкую психологическую наблюдательность, несмотря даже на силу своей философской мысли, онъ, въ силу того, что не руководствовался принципомъ Morel'я, сдѣлалъ въ психіатріи очень немного, обративъ наше вниманіе на уже извѣстный симптомокомплексъ—амеңцію. Конечно, я знаю, что со времени Morel'я мы обогатились болѣе точнымъ и полнымъ пониманіемъ самой важной болѣзни нервной системы—прогрессивнаго паралича; но исторія ученія этой болѣзни служитъ блестящимъ подтвержденіемъ основного принципа Morel'я, что причина даетъ самостоятельность болѣзни; допуская, что эта дѣйствительно самостоятельная болѣзнь обуславливается разными причинами, врачи впадали въ логическую ошибку; эту ошибку чувствовали болѣе логически мыслящіе врачи и мало по малу было доказано, что пр. пар. пом. оттого самостоятельная болѣзнь, что не смотря на различіе въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ, въ теченіи и проявленіяхъ, причина этой болѣзни одна <sup>1)</sup>. Когда эта истина была доказана, ученіе о пр. пар. пом.

---

<sup>1)</sup> И теперь эта истина не доступна для всѣхъ, но вѣдь нѣтъ ни одной истины, кромѣ математическихъ, которую исповѣдывали-бы всѣ. Почему, какимъ образомъ нѣкоторые приходятъ къ заключенію, что пр. пар. пом. можетъ быть обусловленъ разными и при томъ совершенно разнородными причинами, мы можемъ судить по работѣ д-ра Иванова. (Къ этиологій общаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Военно-медицинскій журналъ. 1896.) Этотъ авторъ вполне довѣряетъ показаніямъ офицеровъ о томъ, былъ ли у больного сифилисъ или нѣтъ, совершенно упуская изъ виду, что именно эти больные умышленно скрываютъ и должны скрывать истину. Офицеръ живетъ обязательно въ своемъ кругу и потому болѣе, чѣмъ кто либо, скрываетъ, что у него былъ сифилисъ. тѣмъ болѣе отъ военного врача, въ военномъ госпиталѣ, гдѣ лечатся его товарищи. Мало того, многіе офицера имѣютъ въ виду и то весьма существенное для нихъ обстоятельство, что пенсію легче, если не по закону, то въ дѣйствительности, получить, если начальство будетъ думать, что здоровье потеряно на службѣ, отъ усиленныхъ трудовъ; кто-же не знаетъ, что судьба офицера почти всецѣло зависитъ отъ мнѣнія объ немъ его начальника, а большинство начальниковъ, какъ и большинство врачей, вполне справед-

приняло законченную форму, и мы должны согласиться съ Pierret, что врачъ, діагносцировавшій pseudo-paralysis progressiva, просто поставилъ ложный діагнозъ. Теперь только мы знаемъ, что П. П. П. дѣйствительно самостоятельная болѣзнь, чего не могла доказать патологическая анатомія, не смотря на всѣ усилія психіатровъ. Само собою разумѣется, что въ ученіи о П. П. П. много неяснаго; мы еще не знаемъ, почему въ большинствѣ случаевъ сифилисъ не оканчивается П. П. П.; мы даже можемъ допустить, что въ очень немногихъ случаяхъ П. П. П. обусловленъ тифомъ или какимъ либо другимъ ядомъ; но методологически знаніе истинной причины П. П. П.—большое приобрѣтеніе; если и будетъ доказано, что кромѣ сифилитическаго яда и другіе яды могутъ причинить П. П. П., то изъ этого будетъ слѣдовать только то, что мы не умѣемъ различать, можетъ быть, пока и смѣшивается въ рѣдкихъ случаяхъ отравленіе сифилитическимъ ядомъ съ отравленіями ядами X, Y, Z и т. д. Остается несомнѣннымъ, что П. П. П.—болѣзнь токсическаго происхожденія и въ громадномъ большинствѣ случаевъ—отравленіе сифилитическимъ ядомъ, природа котораго намъ неизвѣстна.

Также и другія душевныя болѣзни (алкоголизмъ, эпилепсія, истерія), самостоятельность которыхъ общепризнана, обусловлены одной причиной; правда, мы не знаемъ въ точности причины истеріи и эпилепсіи, но установлено, что это болѣзни врожденныя, конституціональныя, слѣдовательно все таки причины этихъ болѣзней опредѣленны. Большимъ успѣ-

---

ливо думаетъ, что сифилисъ не дѣлаетъ человѣка лучше, а уменьшаетъ его работоспособность. Всегда, когда мнѣ приходилось выдавать свидѣтельство чиновникамъ и офицерамъ, перенесшимъ сифилисъ, пациенты настаивали, чтобы я не упоминалъ, что у нихъ былъ сифилисъ; многіе старались меня увѣрить, что причиной болѣзни была служба и просили упомянуть объ этомъ въ свидѣтельствѣ, а д-ръ Ивановъ, работавшій въ военномъ госпиталѣ, гдѣ ведутся исторіи болѣзни, прочесть которыя можетъ и начальство, и «приятель», и подчиненный больного, ожидалъ получить вѣрные свѣдѣнія, на основаніи которыхъ «доказалъ» то, чего быть не можетъ.

хомъ въ ученіи объ эпилепсіи слѣдуетъ считать отдѣленіе конституціональной, врожденной эпилепсіи отъ симптоматической. Если будетъ окончательно доказано, что острый бредъ обусловленъ специфической бактеріей, всѣ споры объ этой болѣзни будутъ окончены, и будетъ ясно, чѣмъ отличается она отъ сходныхъ состояній; пока же допускалось, что острый бредъ происходитъ отъ различныхъ причинъ, мы не имѣли никакой возможности доказать самостоятельность этого страданія.

Вотъ основныя начала для классификаціи болѣзней. Для установки самостоятельныхъ болѣзненныхъ формъ, для того, чтобы признавать самостоятельность болѣзни, необходимо установить, что болѣзнь эта обуславливается одной причиною; причина эта въ точности можетъ быть намъ и неизвѣстна, но мы по крайней мѣрѣ должны знать, къ какой группѣ она принадлежитъ. Нужно отмѣтить, что мы не могли установить самостоятельность кататоніи именно потому, что утверждалось, что причины ея различныя; авторы расходились въ мнѣніяхъ даже въ основномъ вопросѣ—есть ли она болѣзнь инвалиднаго или здороваго мозга.

Нервныя и душевныя болѣзни наименѣе разработаны и потому причины этихъ болѣзней намъ мало извѣстны; конечно, и изученіе причинъ въ психіатріи труднѣе, чѣмъ гдѣ либо, потому что мы мало знаемъ вообще вліяніе различныхъ условій на здоровье нервной системы. Пока мы знаемъ только значеніе наслѣдственности и нѣкоторыхъ отравленій; въ зависимости отъ этого мы знаемъ только душевныя и нервныя болѣзни, развивающіяся на почвѣ наслѣдственности и обусловленныя отравленіями. Чтобы доказать самостоятельность какой либо формы психическаго заболѣванія, нужно, слѣдуя единственному въ психіатріи плодотворному пути, установить точно этиологию этой болѣзни, доказать, что болѣзнь эта развивается всегда при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ, точно изучить почву, на которой развивается эта болѣзнь, выяснить, по возможности, причину этого процесса или, по крайней

мѣрѣ, указать, къ какому классу относится эта причина. Такъ какъ относительно многихъ случаевъ душевныхъ болѣзней мы рѣшительно не можемъ выполнить этихъ требованій, то надѣяться на полную классификацію, обнимающую всѣ душевныя болѣзни, мы не можемъ; въ самомъ дѣлѣ, всегда будутъ случаи съ сложной этиологіей—наслѣдственность, перенесенная тяжелая внутренняя болѣзнь, тяжелыя душевныя волненія; понятно, что эти случаи будутъ значительно отличаться другъ отъ друга, въ зависимости отъ взаимодействія причинъ, и потому никоимъ образомъ нельзя классифицировать эти случаи. Напримѣръ, „меланхолія“ у субъекта съ тяжелой наслѣдственностью будетъ рѣзко отличаться отъ „меланхоліи“ у субъекта, происходящаго изъ здоровой семьи;—даже если всѣ другія причины болѣзни у обоихъ были однѣ и тѣ-же. У одного больного „меланхолія“ осложнена живымъ бредомъ, обманами чувствъ, у другого похожа на неврастенію; болѣзнь перваго одни психіатры считаютъ меланхоліей, другіе—острымъ помѣшательствомъ; болѣзнь второго одними принимается за меланхолію, другими—за неврастенію. По крайней мѣрѣ половина душевно-больныхъ страдаетъ заболѣваніями такъ мало самостоятельными, что распознаваніе этихъ заболѣваній зависитъ отъ возрѣній врача, почему при перемѣнѣ врача, а тѣмъ болѣе, если новый врачъ принадлежитъ къ другой школѣ, цифры заболѣваній многими болѣзнями значительно измѣняются. Кто-же не знаетъ, что нельзя сравнивать цифры заболѣваній, напр., меланхоліей въ разныхъ странахъ, потому что цифры эти вполне зависятъ отъ возрѣній врача. Даже врачи одной школы такъ различно понимаютъ многія болѣзненныя формы, что, напр., въ Парижѣ относительно многихъ больныхъ, при переводѣ въ другое заведеніе для душевно-больныхъ, діагнозъ измѣняется.

Я думаю, что по отношенію къ многимъ случаямъ и невозможно точное распознаваніе, потому что невозможна классификація, обнимающая всѣ заболѣванія, даже если-бы намъ была извѣстна со всей точностью патологическая ана-



томія душевныхъ болѣзней. Эти случаи теперь приходится поневолѣ причислять въ ту или другую болѣзнь потому только, что они сходны по главнымъ или многимъ признакамъ съ случаями этой болѣзни. Теперь мы даже не можемъ себѣ представить классификаціи, обнимающей всѣ случаи; намъ очевидно, что нѣкоторые больные страдаютъ симптомами различныхъ болѣзней; ихъ заболѣваніе обусловлено многими причинами, состоитъ изъ комбинаціи симптомовъ, теченіе болѣзни нами не можетъ быть предсказано, и мы даже не можемъ предвидѣть, чѣмъ окончится заболѣваніе.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

---

## Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва <sup>1)</sup>).

Д-ра Г. А. Клячкина.

Періодически повторяющійся параличъ глазодвигательнаго нерва (*migraine ophthalmoplégique* французскихъ авторовъ) наблюдается не часто. Въ иностранной литературѣ мнѣ удалось собрать 24 случая, а въ русской литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, имѣется одно лишь наблюдение проф. Л. О. Даркшевича. Въ виду этого, полагаю небезъинтереснымъ привести краткую исторію болѣзни одной больной, у которой въ теченіе послѣдняго времени мною наблюдался періодическій параличъ глазодвигательнаго нерва.

26 Мая 1896 года явилась ко мнѣ г-жа П—ская со своей больной 15-ти лѣтней дочерью и рассказала слѣдующее: дочь ея съ дѣтства страдаетъ припадками перемежающейся болотной лихорадки и головными болями, которыя усилились послѣ первой менструаціи, наступившей на 14-мъ году. Съ тѣхъ поръ головныя боли сдѣлались особенно сильными и сопровождались тошнотой со рвотой и ломотой въ глазахъ, особенно въ лѣвомъ; съ лѣвой же стороны начинается головная боль, распространяющаяся потомъ на всю голову.

Съ весны настоящаго года у больной возобновились приступы лихорадки, которые сопровождались мучительными головными болями. Двѣ недѣли тому назадъ больная, проснувшись утромъ, почувствовала, что лѣвый глазъ у ней сильно ломитъ и что она не въ состояніи его раскрыть. Къ вечеру глазъ совершенно закрылся. Появившаяся еще наканунѣ сильная головная боль продолжалась нѣсколько дней, причемъ черезъ день боль-

---

<sup>1)</sup> Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ 26 ноября 1896 г.

ная чувствовала ознобъ и жаръ. Больной давались фенацетинъ и *peruina*. Головные боли и приступы лихорадки начали ослабѣвать, но глазъ оставался закрытымъ.

Въ это время больная прибыла въ Казань

*Status praesens*: небольшого роста, слабого тѣлосложенія, съ очень блѣдной окраской кожи и слизистыхъ покрововъ, производитъ впечатлѣніе болѣзненнаго субъекта. Правый глазъ нормаленъ; на лѣвомъ вѣко почти совершенно опущено; при поднятіи послѣдняго пальцами, глазъ представляется отведеннымъ кнаружи, зрачекъ значительно шире праваго, предметы видятъ вдвойнѣ. Реакція зрачка на правомъ глазу нормальна, на лѣвомъ же отсутствуетъ какъ на свѣтъ, такъ и при конвергенціи. Дно глаза нормально.

Со стороны другихъ черепныхъ нервовъ замѣчается небольшое пониженіе болевого и тактильнаго чувства въ области I вѣтви лѣваго тройничнаго нерва; остальные двѣ вѣтви этого нерва не поражены. Со стороны VII, X, XI и XII пары ничего ненормальнаго не наблюдается. Слухъ, вкусъ, обоняніе не разстроены. Электровозбудимость изслѣдовать не удалось.

Движенія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, равно какъ чувствительность не нарушены. Сухожильные и кожные рефлексы нормальны. Походка правильная. Со стороны тазовыхъ органовъ видимыхъ уклоненій не замѣчается. Болѣзненность въ области селезенки и значительное увеличеніе этого органа. Составныя части мочи нормальны.

Жалуется на боль въ области лѣваго виска, головокруженіе и общую слабость. Больная апатична и вяло отвѣчаетъ на вопросы; часто говоритъ, что забыла. Какихъ-либо признаковъ истеріи не наблюдается.

Изъ анамнеза еще выясняется, что отецъ ея былъ потаторъ и умеръ отъ кровоизліянія въ мозгу; мать въ молодости страдала головными болями.

Больная оставалась подъ моимъ наблюденіемъ до 15-го іюня. Лечение заключалось въ приемахъ хинина въ первые два дня по 0,6 два раза въ сутки, но въ виду того, что больная такую дозу трудно переносила, пришлось убавить до 0,3 по два приема въ сутки, въ теченіе 10 дней. Кромѣ того, на область затылка поставлена мушка. На второй день головная боль значительно ослабѣла, и больная лишь жаловалась на шумъ въ ушахъ и боль подъ ложечкой.—На третій день лѣвая глазная щель значительно расширилась; еще черезъ день исчезла диплопія; глазъ менѣе отклоненъ кнаружи.

1-го іюля оставалось едва замѣтное суженіе лѣвой глазной щели; положеніе глаза правильное; реакція зрачка существуетъ. Еще черезъ нѣсколько дней параличъ лѣваго глазодвигательнаго нерва совершенно исчезъ. 16-го іюля больная выѣхала изъ Казани.

Спустя двѣ недѣли, я получилъ извѣстіе отъ матери больной, что по пріѣздѣ домой возобновились приступы лихорадки, а 20-го больная проснулась съ закрывшимся лѣвымъ глазомъ.

19-го сентября больная вновь явилась въ Казань.

Изъ словъ матери выяснилось слѣдующее. Когда 20-го іюля во второй разъ глазъ закрылся, больной давали, по моему указанію, хининъ по 0,3 три раза въ день и по два приѣма бромистаго натра по 0,5 въ теченіе двухъ недѣль. Глазъ оставался закрытымъ только 2 дня и, начиная съ третьяго дня, въ теченіе трехъ дней постепенно становился нормальнымъ.

Съ начала августа больная стала особенно часто страдать пристунами лихорадки. 14-го сентября появилась сильная головная боль, а на слѣдующій день лѣвый глазъ опять закрылся и оставался въ такомъ положеніи до приѣзда сюда.

17-го сентября, *Status praesens* больной почти такой-же, какъ и при первомъ изслѣдованіи. Только лѣвое вѣко менѣе опущено, а со стороны I вѣтви тройничнаго нерва наблюдается болѣе сильная анестезія, нежели въ первый разъ. Со стороны II и III вѣтви тройничнаго нерва, а также другихъ черепныхъ нервовъ ничего ненормальнаго не наблюдается. Селезенка не такъ болѣзненна, но остается увеличенной.

Больная принимаетъ хининъ 2 раза въ сутки по 0,5 и препараты мышьяка; на затылокъ поставлена мушка.

Постепенно явленія паралича стали проходить, а 23 сентября лѣвый глазъ сталъ нормальнымъ.

Больная оставалась подъ моимъ наблюденіемъ до начала ноября мѣсяца. За это время новыхъ возвратовъ болѣзни не было.

Въ настоящее время она, по моему совѣту, перемѣнила мѣстожителство.

Такимъ образомъ, нѣтъ сомнѣнія, что въ данномъ случаѣ имѣется періодическій параличъ глазодвигательнаго нерва.

Нѣкоторые авторы (Senator, Charcot) различаютъ двѣ группы паралича: *чистый періодическій параличъ* п. oculomotorii (*rein periodische Lähmung*), когда параличныя явленія равьше или позже выравниваются совершенно вплоть до новаго приступа паралича и *периодически усиливающейся параличъ* (*periodisch exacerbirende Lähmung*), когда параличъ п. oculomotorii вполне не проходитъ, а только замѣняется парезомъ, который черезъ извѣстный срокъ времени снова усиливается до полнаго паралича.

Согласно съ этимъ, данный случай паралича глазодвигательнаго нерва долженъ быть отнесенъ къ первой группѣ (*чистый періодическій параличъ* Senator'a), такъ какъ въ промежуткахъ между каждымъ возвратомъ болѣзни глазъ представлялся совершенно нормальнымъ.

Что касается локализациі періодическаго паралича п. oculomotorii, то какъ въ случаяхъ другихъ авторовъ, такъ и въ данномъ болѣзненный процессъ долженъ находиться на периферіи. Дѣйствительно, противъ кортикальнаго пораженія говоритъ то обстоятельство, что при періодическомъ параличѣ п. oculomotorii одновременно съ параличемъ мышцъ глаза всегда имѣетъ мѣсто разстройство свѣтовой реакціи зрачка и параличъ аккомодациі. Но свѣтовая реакція зрачка, какъ извѣстно, разстраивается только тогда, когда происходитъ нарушеніе непрерывности рефлекторной дуги и, наоборотъ, не нарушается ни при пораженіи коры, ни при заболѣваніи прилежащаго къ ней бѣлаго мозгового вещества.

Далѣе, то обстоятельство, что п. oculomotorius въ данномъ случаѣ пораженъ *in toto*, легко также исключаетъ пораженіе только той системы волоконъ, которая связываетъ центральное окончаніе п. optici съ ядромъ п. oculomotorii, составляя часть рефлекторной дуги свѣтовой реакціи зрачка; при одномъ этомъ пораженіи единственнымъ клиническимъ явленіемъ былъ бы *mydriasis*.

Нельзя также здѣсь видѣть ядернаго паралича п. oculomotorii, такъ какъ при послѣднемъ параличѣ внутреннихъ мышцъ глаза наблюдается сравнительно рѣдко, а самое пораженіе происходитъ одновременно на обоихъ глазахъ и раньше или позже распространяется на другіе черепные нервы.

Наконецъ, противъ пораженія той части нерва, которая идетъ въ веществѣ мозговой ножки, говоритъ отсутствіе разстройствъ со стороны конечностей.

Все это даетъ намъ право считать, что въ данномъ случаѣ пораженъ исключительно периферическій стволъ глазодвигательнаго нерва. За такую локализацию процесса говоритъ и то, что въ описанномъ случаѣ имѣлось разстройство чувствительности въ области г. supraorbitalis п. trigemini.

Что касается *этіологіи* даннаго заболѣванія, то, въ виду малочисленности имѣющихся наблюденій, трудно сказать что либо опредѣленное

Въ тѣхъ трехъ случаяхъ, гдѣ была аутопсія, найдены анатомическія измѣненія.

Такъ, въ случаѣ *Gubler'a* оказался экссудатъ на основаніи мозга и вокругъ ствола п. oculomotorii. *Weiss* въ своемъ случаѣ нашелъ туберкулы на корешкѣ п. oculomotorii, у мѣста выхода его изъ мозговой ножки.

*Thomsen-Richter* нашелъ на пораженномъ при жизни глазо-двигательномъ нервѣ фиброхондрому, при чемъ ядра обоихъ нервовъ оказались совершенно нормальными.

Въ другихъ случаяхъ развитію болѣзни предшествовала травма въ области лба (*Graefe-Mauthner, Joachim*), психическое вліяніе (*Ormerod*), простуда (*Beevor*), алкоголизмъ (*Remak*.)

Въ остальной части случаевъ больные до того были совершенно здоровы и только нѣкоторые имѣли наслѣдственное предрасположеніе.

Въ моемъ случаѣ параличъ развился у субъекта, который страдает перемежающейся болотной лихорадкой; при этомъ развитію паралича предшествовали сильныя приступы лихорадки. Хининъ оказалъ свое вліяніе въ томъ смыслѣ, что слѣдующіе два возврата продолжались болѣе короткое время, чѣмъ въ первый разъ (первый припадокъ продолжался 20 дней, а остальные 6-7). Со времени же послѣдняго возврата до начала ноября мѣсяца, т. е. въ теченіе 6-ти недѣль, возврата болѣзни не было, головныя боли совершенно прекратились и общее состояніе больной было весьма удовлетворительно.

Всѣ эти факты позволяютъ дѣлать предположеніе, что причиною періодическаго паралича глазо-двигательнаго нерва въ данномъ случаѣ могло служить заразное начало болотной лихорадки, подобно тому, какъ на той же малярійной почвѣ нерѣдко наблюдаемъ страданіе нѣкоторыхъ другихъ нервовъ (*neuralgia n. trigemini*).

Становясь на такую точку зрѣнія, и самое страданіе должно разсматривать, какъ инфекціонный невритъ, развивающійся періодически.

Невриты инфекціоннаго или токсическаго происхожденія наблюдаются нерѣдко. Извѣстны невриты мышьяковистые, свинцовые, невриты послѣ инфекціонныхъ болѣзней (дифтеритъ, тифъ и др.), при конституціональныхъ болѣзненныхъ формахъ и т. п.

Возможно допустить, что въ отдѣльныхъ случаяхъ инфекція или интоксикація, оставаясь въ организмѣ, можетъ время отъ времени вызвать невритическія измѣненія въ одномъ или нѣсколькихъ нервахъ. Такое предположеніе находитъ себѣ нѣкоторое подтвержденіе въ случаяхъ періодическаго паралича вѣхъ 4-хъ конечностей, описанныхъ Vestphal'омъ, Goldflam'омъ, Грейденбергомъ, Cousot, Hartwig'омъ и др.

Хотя сама по себѣ эта форма паралича существенно разнится отъ описываемой (спинномозговой характеръ паралича, пораженіе одновременно многихъ нервовъ, наследственность), тѣмъ не менѣе она представляетъ для насъ интересъ съ той стороны, что параличъ тамъ развивается послѣ какого либо инфекціоннаго заболѣванія, а въ случаѣ Hartwig'a также послѣ маляріи.

Въ заключеніе приведу еще гипотезу д-ра Goldflam'a, которому пришло на мысль изслѣдовать у больного, страдавшаго періодическимъ параличемъ 4-хъ конечностей, токсическія свойства мочи. Оказалось, что во время припадка паралича уротоксическій коэффициентъ былъ значительно выше, нежели во время здоровыхъ промежутковъ. Отсюда авторъ высказываетъ предположеніе, что, вѣроятно, въ организмѣ больного развивается какой-то еще неизвѣстный ядъ, который повышаетъ токсическія свойства мочи и дѣйствуетъ на мускулы и на ихъ нервныя окончанія.

Должно ли подобную гипотезу принять и по отношенію къ періодическому параличу п. oculomotorii,—вопросъ, рѣшить который могутъ лишь дальнѣйшія наблюденія.

## Литература.

Gubler.—Реф. въ Schmidt's Jahrbüch, Bd. 107.

*R. Saundby.*—A case of megrim, with paralysis of the third nerve.—The Lancet. 1882.

*S. Snell.*—The Lancet. 1885.

*E. Clarke.*—ibidem.

*Ormerod.*—ibidem.

*Beevor.*—ibidem.

*V. Hansen.* Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Prag. med. Woch. 1883.

*v. Graefe—Mauthner.* Vorträge aus dem Gesamtgebiete der Augenheilkunde. 13-e Heft. 1886.

*v. Möbius.*—Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Berl. klin. Woch. 1884, № 3.

*Remak.*—Сооб. въ Berlin. Gesellschaft f. Psych. u. Nervenkr. d. 14. Juli 1884.

*H. Parinaud et P. Marie.* Nevralgie et paralysie oculaire à retour périodique etc.—Arch. de Neurologie 1886.

*D. Weiss.*—Wiener med. Woch. 1885.

*W. Manz.*—Berlin. klin. Woch. 1885. № 40.

*Thomsen—Richter.* Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung mit Sectionsbefund. Arch. f. Psych. Bd. XIII.

*C. W. Suckling.*—Brain. 1887.

*A. Hinde.*—Реф. въ Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortsch. in d. g. Med. 1888, Bd. II.



*O. F. Wadsworth.*—ibidem.

*H. Senator.* Ueber periodische Oculomotoriuslähmung.—  
Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIII.

*Fürst.* Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1888.

*Ioachim.* Jahrb. d. Kinderheilk. 1888. Bd. XXVIII.

*Wissering.* Münch. med. Woch. 1889. № 41.

*Bernhardt.*—Berl. klin. Woch. № 33.

*Charcot.* Sur un cas de migraine ophthalmique. Leçons de  
Charcot, recueillies par Guinon. Progrés med. 1890. №№ 31-32.

*Kauser.*—Ueber recidivirende Oculomotoriuslähmung.  
Diss. 1890.

*Л. О. Даркиевичъ.* Возвращающийся параличъ глазодви-  
гательнаго нерва. Москва. 1890.

*S. Goldflam.*—Ueber eine eigenthümliche Form von perio-  
discher, familiärer, wahrscheinlich autointoxicatorischer Para-  
lyse. Warschau. 1890.

---

## ОТЧЕТЪ

о четвертомъ международномъ конгрессѣ криминальной антропологии въ Женевѣ, читанный В. П. Сербскимъ въ Московскомъ Психологическомъ Обществѣ.

Д-ра Н. Постовскаго.

Засѣданія конгресса происходили въ актовомъ залѣ университета; занятія продолжались 6 дней (съ 12 по 17-ое августа). Конгрессъ привлекъ около ста участниковъ самыхъ разнообразныхъ національностей; преобладающій въ количественномъ отношеніи элементъ составляли представители французскаго языка—французы, швейцарцы и бельгійцы, довольно много было русскихъ <sup>1)</sup> и очень мало англичанъ и нѣмцевъ; много было итальянскихъ ученыхъ, и настоящій конгрессъ своимъ интересомъ и оживленіемъ главнымъ образомъ обязанъ ихъ присутствію.

Всѣ доклады и сообщенія были написаны и читались на одномъ французскомъ языкѣ; пренія велись также исключительно на этомъ языкѣ.

---

<sup>1)</sup> Изъ Москвы были: проф. Л. М. Лопатинъ, проф. С. С. Корсаковъ и В. П. Сербскій; изъ С.-Петербурга: д-ра В. Г. Дехтеревъ, И. А. Маляревскій, П. Я. Розенбахъ, П. Н. Тарновская, проф. В. М. Тарновскій, проф. И. Я. Фойницкій и г. Закревскій; изъ Юрьева—проф. В. Θ. Чижъ; изъ Одессы—членъ судебной палаты А. Г. Зубовъ, изъ Ярославля—прокуроръ Д. Стефановскій, и друг.

12-го августа.

Научныя занятія съѣзда открылись сообщеніемъ Lombroso *о новѣйшихъ успѣхахъ криминальной антропологии и социологии* (съ 1890 года), заключающимъ въ себѣ изложеніе послѣднихъ работъ главнымъ образомъ итальянскихъ ученыхъ и вызвавшимъ оживленныя пренія. Д-ръ Naeske, отрицающій на основаніи изслѣдованій нѣмецкихъ и французскихъ ученыхъ существованіе особаго типа врожденнаго преступника. Forel, профессоръ психіатріи въ Цюрихѣ, явившись сторонникомъ антропологовъ-криминалистовъ утверждалъ, что главными признаками особенностей организаціи преступниковъ должны считаться особенности строенія головного мозга—какъ макроскопическія, такъ и микроскопическія, всѣ же остальные признаки существеннаго значенія не имѣютъ. Д-ръ В. Г. Дехтеревъ видитъ въ потомкахъ хроническихъ алкоголиковъ настоящихъ *stigmatisés*. Д-ръ Dallemagne, профессоръ судебной мидицины въ Брюсселѣ, спрашиваетъ, продолжаетъ ли итальянская школа утверждать, что преступникъ характеризуется опредѣленными анатомическими признаками и что наличность обоихъ этихъ признаковъ достаточна для признанія того или другого лица преступникомъ. Ferrì, профессоръ уголовного права во Флоренціи, отвѣчаетъ, что итальянская школа, говоря о прирожденномъ преступникѣ, отнюдь не думаетъ сдѣлать изъ него исключительно анатомическій типъ; преступный человѣкъ является сложною личностью, въ одно и тоже время—биологическою, психологическою и соціальною; преступность есть результатъ факторовъ—антропологическаго, физической среды и среды соціальной. Dallemagne горячо привѣтствуетъ это заявленіе; криминальная антропология расширяетъ свои первоначальныя рамки и тѣмъ самымъ дѣйствительно входитъ въ науку. Naeske опять повторяетъ, что нѣмцы не вѣрятъ въ криминальную антропологию и не вѣрятъ ея выводамъ. Forel указываетъ на односторонность категорическихъ заявленій Naeske. Lombroso признаетъ цѣнность указаній, сдѣ-

ланныхъ Forel'емъ, но настаиваетъ на томъ, что и другія части человѣческаго организма, находясь безъ всякаго сомнѣнія подъ вліяніемъ головного мозга, своими измѣненіями могутъ свидѣтельствовать и объ измѣненіи самаго мозга, и такимъ образомъ, хотя и косвенно, измѣненія другихъ частей человѣческаго организма должны считаться признаками, имѣющими существенное значеніе.

Сообщенія итальянскаго психіатра Марго „о соотношеніи между возрастомъ половой зрѣлости съ преступленіемъ и помѣтательствомъ“, итальянскаго адвоката Anfosso „о криминографическомъ удостовѣреніи тождественности рецидивистовъ“ и французскаго доктора Railhas „къ вопросу объ антропологическомъ изученіи ушной раковины“—преній не вызвали.

### 13-е августа.

Dallemagne сдѣлалъ сообщеніе о *дегенерации и преступности*. Непоколебимый и дѣйствительный фактъ, лежащій въ основѣ теоріи дегенерации,—это прогрессивное исчезновеніе расы, рода и вида путемъ послѣдовательныхъ и передаваемыхъ по наслѣдству измѣненій, начиная отъ едва замѣтныхъ психическихъ аномалій до полного угасанія функцій, наиболѣе необходимыхъ для сохраненія личнаго и родового. Ошибочно приписываютъ этому таинственное и фатальное значеніе. Теорія эволюціи низводитъ дегенерацию на степень естественнаго біологическаго фактора, настолько же неизбѣжнаго, насколько и полезнаго на нашемъ непрерывномъ пути къ совершенствованію. Инволюція же, обратное развитіе, не заключаетъ въ себѣ принципиально ничего фатальнаго. Вырожденіе, начавшееся у одного родича, можетъ остановиться или даже пойти обратно подъ оздоравливающимъ вліяніемъ другого. Оно становится неустранимымъ лишь съ того момента, когда поражаетъ наиболѣе

важныя функціи и дѣлаетъ возрожденіе невозможнымъ. Понятія—дегенерация и преступность суть только символы, отвлеченныя формулы. Дегенерация представляетъ отвлеченную формулу, обнимающую измѣнчивые біологическіе процессы и соотвѣтствующія, очень разнообразныя, функціональныя состоянія, общая связь между которыми, чисто схематическая, заключается въ уменьшеніи способности къ сопротивленію, а слѣдовательно и къ нормальному развитію, результатомъ чего является угасаніе личности, расы. Дегенерация представляетъ лишь символъ: она не существуетъ внѣ лицъ, которыя являются носителями дегенеративнаго процесса, лицъ вырождающихся или дегенерантовъ. Вырождающихся Dallemagne классифицируетъ такъ: первыя двѣ группы—*desequilibrants* и *desequilibrés*—представляютъ наиболѣе легкія степени уклоненія отъ того равновѣсія, которое свойственно нормальному человѣку; двѣ послѣднія—*degenerants* и *degenerés*—характеризуются болѣе тяжелымъ пораженіемъ, обыкновенно уже не подающимъ надежды на возрожденіе. Самъ Dallemagne однако признаетъ всю искусственность своей классификаціи; совсѣмъ непонятно его утвержденіе, что эта классификація основана на существенномъ признакѣ дегенерации—предрасположеніи. Обыкновенное дѣленіе стигматъ дегенерации на двѣ группы—на анатомическія и біологическія или функціональныя—онъ добавляетъ еще 3-ей группой стигматъ соціологическихъ. Стигматы соціологическіе выражаются ослабленіемъ приспособляемости къ общественнымъ условіямъ; они являются нерѣдко первымъ и тонкимъ реактивомъ въ то время, когда ни формы, ни функціи не позволяютъ еще подозрѣвать ничего ненормальнаго. Преступность также является отвлеченіемъ, символической формулой; въ группѣ юридическихъ явленій она представляетъ тоже самое, что дегенерация въ группѣ явленій біологическихъ. Точно также она не существуетъ сама по себѣ внѣ конкретныхъ лицъ, т. е. преступниковъ. Преступленіе является взаимодействіемъ двухъ различныхъ факторовъ—индивидуальнаго и соціальнаго, изъ которыхъ тотъ и другой подвергаются постоянно значительному измѣ-

ненію. Преобладаніе того или другого фактора, какъ причиннаго момента, дозволяетъ раздѣлить преступниковъ на двѣ группы: преступниковъ инстинктивныхъ—по призванію, по профессіи, и преступниковъ случайныхъ—по страсти, по необходимости. Въ первой группѣ предрасположеніе къ преступленію выражено очень сильно, внѣшнія же условія играютъ второстепенное значеніе; во второй существуютъ совершенно обратныя отношенія. Стигматы преступности имѣютъ очень много общаго съ таковыми же дегенераціи, но ни въ какомъ случаѣ не должны быть смѣшиваемы съ ними. Абсолютнаго соотношенія между преступностью и дегенераціей, взятыми сами по себѣ, нельзя установить, вслѣдствіе отвлеченнаго и измѣнчиваго характера обоихъ понятій.

Проф. Forel указываетъ на необходимость быть болѣе осторожнымъ при оцѣнкѣ признаковъ дегенераціи, изъ которыхъ, можетъ быть, многіе представляютъ ни что иное, какъ результатъ подбора и совершенствованія.

Докладъ Ferri „*О темпераментѣ и преступности.*“ Необходимо изученіе біопсихической личности преступнаго человѣка, насколько онъ является носителемъ личнаго темперамента и принимаетъ участіе въ опредѣленной этнической группѣ. До сихъ поръ человѣка изучали въ отдѣльности, тогда какъ необходимо изученіе его темперамента и характера при дѣйствительныхъ условіяхъ его существованія, т. е. какъ члена общества. Въ этомъ личномъ факторѣ, который опредѣляетъ собою реакцію всякаго человѣка на воздѣйствія среды физической и соціальной, слѣдуетъ искать критерій для классификацій *темпераментовъ въ ихъ соотношеніи съ соціальною жизнью индивидуума.* Въ этомъ смыслѣ можно говорить о *преступномъ темпераментѣ.* Всякій физиологическій темпераментъ можетъ быть физической основой преступнаго темперамента. Но главнымъ образомъ преступный темпераментъ коренится въ состояніяхъ вырожденія организма и особенно нервной системы. Авторы антисоціальныхъ поступковъ суть преступные темпераменты, т. е. они представляютъ біопсихи-

ческую личность, которая не может подчиняться настоящим условиям общества и которая уступает своим импульсивным стремлениям, обусловленным неустойчивостью нервной системы, фанатизмом или моноидеизмом.

Сенаторъ Закревскій считаетъ невозможнымъ смѣшеніе биопсихологическаго понятія „темпераментъ“ съ соціологическимъ понятіемъ преступленія; можно говорить о темпераментѣ порочномъ, но не преступномъ. Проф. Forel и Lombroso защищаютъ воззрѣнія Ferrі и признаютъ существованіе преступныхъ темпераментовъ.

Д-ръ Berillon, издатель Revue de l'hypnotisme, сдѣлалъ два сообщенія: „о гипнотическомъ внушеніи, какъ мѣръ, способствующей исправленію со стороны родителей“, и „о необходимости уничтожать татуировку у молодыхъ преступниковъ“.

Сообщеніе П. Н. Тарновской „о женской преступности“ представляетъ собою выводы изъ 160 наблюденій надъ женщинами—убійцами, подробно изслѣдованными ею анатомически, функционально и психически. Женская преступность отличается отъ мужской согласно фізіологическимъ отравленіямъ женщины и особенностямъ ея характера, зависящимъ отъ этихъ отравленій, а также и нѣкоторыми другими свойствами, присущими женщинѣ, въ связи съ положеніемъ, занимаемымъ ею въ семьѣ и обществѣ. Существуютъ только два преступленія противъ личности, присущія исключительно каждому полу отдѣльно—это вытравленіе плода для женщины и изнасилованіе для мужчины. Сумма преступленій противъ личности, совершаемыхъ женщинами, всегда и во всѣхъ странахъ значительно меньше суммы тѣхъ же преступленій, совершаемыхъ мужчинами. Среди женскаго сельскаго населенія въ Россіи изъ преступленій противъ личности чаще другихъ встрѣчаются мужеубійства преимущественно путемъ отравленія. Необходимо подробное разсмотрѣніе побудительныхъ причинъ, вызывающихъ преступленіе, и близкое изученіе личности преступника. По примѣру итальянской антропологической школы, сдѣлавшей попытку классифицировать преступленія на основаніи по-

бужденія, вызвавшаго ихъ, г-жа Т. размѣщаетъ свой матеріалъ по слѣдующимъ рубрикамъ: убійства подъ вліяніемъ страстныхъ побужденій—месть, ревность, супружескія несогласія; убійства изъ корысти, убійства вслѣдствіе притупленія нравственнаго чувства; убійства случайныя и, наконецъ, убійства, совершенныя подъ вліяніемъ психическихъ расстройствъ. Чаще всего встрѣчались убійства вызванныя супружескими несогласіями и страстными побужденіями, рѣже всего встрѣчались случайныя убицы. Докладъ заканчивается горячей защитой криминальной антропологіи противъ нападокъ ея противниковъ. Сообщеніе это вызвало самыя восторженныя похвалы со стороны Lombroso.

Адвокатъ Laschi изъ Вероны въ докладѣ *о способѣ предупредительнаго воспитанія порочныхъ и заброшенныхъ дѣтей* отдааетъ предпочтеніе англійской промышленной школѣ.

Д-ръ Minović изъ Бухареста сообщилъ о результатахъ своихъ антропологическихъ изслѣдованій надъ преступниками, содержащимися въ Румынскихъ тюрьмахъ. Онъ отрицаетъ существованіе особаго преступнаго типа; по своему анатомическому строенію преступники ничѣмъ не отличаются отъ другихъ лицъ.

П. Н. Тарновская и затѣмъ Lombroso указали докладчику, что его выводы имѣютъ мало значенія, такъ какъ, имѣя дѣло съ различными народностями—румынами, болгарами, турками,—онъ не выдѣлилъ эти группы и, сопоставляя преступниковъ съ честными людьми, сравнивалъ далеко не однородныя величины.

#### 14-ое августа.

Изъ числа докладовъ, касающихся практическаго примѣненія криминальной антропологіи, видное мѣсто занималъ докладъ van Hamel'я „*Анархизмъ и борьба съ нимъ съ точки зрѣнія криминальной антропологіи*“. Согласно съ изслѣдованіями Lombroso докладчикъ различаетъ среди анархистовъ



три категоріи. Къ 1-ой относятся обыкновенные преступники, для которыхъ анархизмъ служитъ плащомъ, прикрывающимъ ихъ низкія, эгоистическія стремленія. 2-ую группу составляютъ случаи патологическіе, люди страдающіе невротами или прямо душевною болѣзною. Наиболѣе же многочисленная категорія состоитъ изъ фанатиковъ, въ характерѣ которыхъ нельзя найти ничего патологическаго. Въ чемъ же должна состоять борьба? Криминальная антропология прежде всего основываетъ право наказанія на необходимости *защиты общества*. Во 2-хъ, она имѣетъ дѣло не съ преступленіемъ, а съ самимъ преступникомъ. Наконецъ, въ 3-хъ, при выборѣ предупредительныхъ и карательныхъ мѣръ она руководится изученіемъ причинъ преступности. Мѣры противъ 1-ой категоріи анархистовъ по существу ничѣмъ не должны отличаться отъ наказаній общаго права. Признанные больными должны находить себѣ мѣсто въ спеціальныхъ заведеніяхъ. По отношенію къ 3-ей категоріи всецѣло должно быть примѣняемо общее право.

Lombroso замѣчаетъ, что глубокой альтруизмъ, иногда доходящій до крайней степени, и филонизмъ (любовь къ перемѣнѣ) отличаютъ анархистовъ отъ всѣхъ другихъ категорій преступниковъ; онъ является рѣшительнымъ противникомъ смертной казни по отношенію къ анархистамъ. Профессоръ уголовного права въ Ліонѣ Garraud, указывая на то, что во Франціи одно обнародованіе закона противъ анархистовъ положило конецъ этого рода преступленіямъ, утверждаетъ на основаніи этого, что анархистовъ нельзя относить ни къ прирожденнымъ преступникамъ, ни къ больнымъ, ни къ фанатикамъ, такъ какъ на всѣ эти категоріи ни угрозы, ни наказанія не могутъ оказывать никакого вліянія. Ferrі замѣчаетъ, что не наказанія уменьшаютъ преступленія, а социальныя мѣры, и не законы оказали вліяніе на эпидемію анархизма во Франціи; эта эпидемія представляла какъ бы лихорадку въ социальномъ организмѣ, которая достигла своего высшаго развитія, а затѣмъ пала сама собою.

Сообщеніе французскаго психіатра Legrain о *соціальныхъ послѣдствіяхъ алкоголизма предковъ по отношенію къ вырожденію, нравственности и преступности* вызвало пренія, изъ которыхъ выяснилось, что всѣ конгрессисты, независимо отъ того, признають ли они теорію прирожденнаго преступника или нѣтъ, согласны въ томъ отношеніи, что алкоголизмъ предковъ безспорно вызываетъ въ потомствѣ сильное предрасположеніе какъ къ душевнымъ болѣзнямъ, такъ и къ преступленіямъ.

Докладъ сенатора Закревскаго „*объ отношеніяхъ между правомъ и антропологіей*“. Криминальная антропологія должна служить вспомогательнымъ средствомъ для юриспруденціи. Вопросъ о вмѣняемости и отвѣтственности остается всецѣло въ области юриспруденціи. Понятіе о преступленіи самодержавно устанавливается закономъ. Всякая теорія объ „естественномъ преступленіи“ представляетъ чистую химеру. Не смотря на большія заслуги судебной психопатологіи (съ которой докладчикъ отождествляетъ криминальную антропологію), въ области юридическихъ примѣненій она не должна стремиться къ тому, чтобы подставлять врача на мѣсто судьи, медицинскія науки—на мѣсто юриспруденціи. Юридическія науки и между ними наука уголовного права должны сохранять свое автономное положеніе въ іерархіи человѣческихъ знаній и отношенія между правомъ и антропологіей почти тѣже самыя, какія существуютъ между правомъ и геологіей или астрономіей. Докладчикъ не признаетъ криминальной антропологіи за науку, отрицаетъ ее и сомнѣвается въ самомъ правѣ на ея существованіе.

Докладъ этотъ не нашелъ себѣ сочувствія на конгрессѣ и встрѣтилъ сильныя возраженія со стороны бельгійскаго аббата de Baets, Ferri, Forel'я и критическія замѣчанія со стороны Lombroso.

#### 15-ое августа.

Докладъ Д. А. Дриля *объ основаніяхъ и цѣли уголов-*

ной ответственности, за отсутствіемъ докладчика, былъ изложенъ проф. И. Я. Фойницкимъ. Вопросъ объ уголовной ответственности считается т. н. классической школой всецѣло вопросомъ психологическимъ, причемъ въ основаніе ответственности и самой вины кладется положеніе о свободѣ воли. Діаметрально противоположнаго взгляда держится авторъ. Опытное изученіе человѣка, приведя къ созданію антропологии, поколебало это положеніе. Оно показало, что человѣческія дѣйствія составляютъ результатъ опредѣленныхъ причинъ, что между психическими отношеніями и преступленіемъ существуетъ неразрывная связь, что цѣли возмездія и устрашенія должны быть совершенно отброшены, должны уступить свое мѣсто воспитательнымъ цѣлямъ, направленнымъ къ улучшенію психической личности, и что такимъ образомъ вопросъ объ уголовной ответственности и вмѣняемости даннаго лица устраняется самъ собою.

Проф. Фойницкій полагаетъ, что понятіе о вмѣняемости есть понятіе юридическое, а не психологическое. Нѣтъ нужды осложнять вопросъ о вмѣняемости крайне труднымъ вопросомъ о свободѣ воли, слѣдуетъ руководствоваться только наличностью, доказываемой фактомъ преступленія и опытнымъ изученіемъ дѣятеля, у даннаго лица тѣхъ или другихъ качествъ и свойствъ, общественныхъ или противообщественныхъ, и тѣ, которые совершили преступленіе при наличности показываемыхъ фактомъ преступленія противообщественныхъ качествъ или свойствъ, для одолѣнія которыхъ нужна не больница исключительно или не только больница, и подлежатъ наказанію, какъ мѣрѣ общественной реакціи противъ личнаго состоянія преступности. Онъ не согласенъ и съ формулой Листа, предложенной послѣднимъ на психологическомъ конгрессѣ въ Мюнхенѣ въ этомъ году, въ которой Листъ въ опредѣленіи вмѣняемости по Германскому уголовному уложенію, требующему свободного волеопредѣленія, предлагаетъ замѣнить послѣднее способностью къ волеопредѣленію или выбору дѣйствія. Dallemagne, указывая на затруднительное положеніе, въ которомъ

часто оказываются врачи—эксперты, благодаря требованіямъ судейскихъ формулъ, основанныхъ на признаніи свободы воли, призываетъ къ взаимному практическому соглашенію: одни должны сдѣлать уступку въ детерминизмѣ, другіе же—отказаться отъ идеи возмездія, какъ наказанія. Проф. Fogel заявляетъ, что душа человѣка опредѣляется условіями дѣятельности его мозга, и что иллюзія нашей свободы воли есть ничто иное, какъ способность приспособленія къ окружающему. Онъ при опредѣленіи понятія вмѣняемости скорѣе склоненъ принять формулу Листа.

Сообщеніе д-ра Berillon'a „о преступныхъ внушеніяхъ, обусловливающихъ ложныя свидѣтельскія показанія“. Многочисленные опыты, произведенные при лабораторной обстановкѣ, показываютъ, что очень многія лица представляютъ при нормальныхъ условіяхъ и при томъ въ состояніи бодрствованія и безъ всякихъ предварительныхъ попытокъ гипнотизаціи такую внушаемость, что было бы чрезвычайно легко, помимо всякаго участія ихъ сознанія и воли, заставить ихъ выступить въ качествѣ свидѣтелей какого либо вымышленнаго преступленія. На основаніи этого Berillon указываетъ на необходимость измѣненія нѣкоторыхъ статей французскаго кодекса, касающихся ложнаго свидѣтельства, и на необходимость допущенія защиты на предварительномъ слѣдствіи. Motet и Dalifol подтверждаютъ факты, указываемые Berillon'омъ, а Fogel считаетъ эти факты за обыденныя явленія. Женевскій адвокат Racine обращаетъ вниманіе на нѣкоторые случаи внушенія у дѣтей, благодаря неправильной постановкѣ вопросовъ при обоюдостороннемъ слѣдствіи.

Что касается психіатрическихъ вопросовъ, то, несмотря на обѣщанное участіе многихъ извѣстныхъ ученыхъ (Mendel, Benedikt, Magnan, Francotte, Ballet, Garnier) и на присылку нѣкоторыми изъ нихъ самыхъ докладовъ, эти вопросы были почти совсѣмъ изъяты изъ обсужденія, за неприбытіемъ докладчиковъ. Сдѣлано было только одно сообщеніе д-ромъ Naescke: „общія соображенія по поводу криминальной пси-

*xiatrii*“, въ которомъ онъ, заявляя себя непримиримымъ противникомъ криминальной антропологии, обращаетъ вниманіе на раньше уже установленный фактъ, что тюрьмы заключаютъ въ себѣ значительный процентъ душевно-больныхъ и что очень большое число ихъ несомнѣнно были больны еще до совершенія преступленія. Онъ приходитъ къ заключенію, что психозы, развивающіеся въ тюремномъ заключеніи, представляютъ тѣ же самыя формы, которыя наблюдаются и въ свободной жизни, только „съ нѣкоторыми легкими оттѣнками“, и дѣлаетъ совершенно ошибочный выводъ, что тюрьма нисколько не содѣйствуетъ развитію душевныхъ болѣзней и что въ частности одиночное заключеніе не представляетъ въ этомъ отношеніи никакой опасности. Этому прямо противорѣчатъ наблюденія Гансена, директора одной изъ образцовыхъ одиночныхъ тюремъ въ Даніи, по которымъ психическая заболѣваемость рѣзко возрастаетъ съ увеличеніемъ срока пребыванія въ одиночномъ заключеніи. Между пробывшими два года душевно-больныхъ было 5%, пробывшіе 3 года давали уже 14%, 3½ года—17%. Изъ отдѣльныхъ формъ душевнаго расстройства Наеске главнымъ образомъ останавливается на категоріи случаевъ нравственнаго помѣшательства и дѣлаетъ заключеніе, что нравственнаго помѣшательства въ собственномъ смыслѣ этого слова нѣтъ. Одни изъ случаевъ этого рода должны быть отнесены къ тупоумію (*imbecillitas*), другіе—къ первичному прирожденному помѣшательству (*raganoia origi-naria*); остается самое ничтожное число случаевъ дѣйствительно нравственно помѣшанныхъ, такъ что лучше совсѣмъ вычеркнуть это названіе, которое къ тому же нелѣпо и по существу: „нравственнаго чувства не существуетъ, не существуетъ для него и центра въ мозгу, такъ какъ нравственность составляетъ приобрѣтеніе вторичное и очень сложное“. Туринскій психіатръ Marro не соглашается съ мыслью, что одиночное заключеніе не приноситъ вреда. Онъ наблюдалъ очень много случаевъ психическаго заболѣванія, которое быстро проходило при переводѣ въ общее помѣщеніе.

Сообщеніе аббата de Vaets (совмѣстно съ д-ромъ de Vaets) о *воспитаніи дѣтей преступниковъ* имѣло цѣлью доказать необходимость воспитывать дѣтей съ унаслѣдованными наклонностями къ преступленіямъ въ особыхъ частныхъ учрежденіяхъ, такъ какъ государственныя учрежденія, по его мнѣнію, неизбѣжно накладывали бы клеймо въ силу самой своей организаціи.

### 16-ое августа.

Сообщеніе Lombroso „о *лѣченіи преступника случайнаго и прирожденнаго сообразно съ поломъ, возрастомъ, типами и т. п.* По отношенію къ прирожденнымъ преступникамъ—эпилептикамъ и наслѣдственнымъ алкоголикамъ необходимо испробовать лѣченіе посредствомъ трепанаціи (при травматической эпилепсіи) или внутренними средствами, а также посредствомъ гипнотическихъ внушеній съ самаго ранняго возраста. Въ полномъ своемъ объемѣ лѣченіе можетъ быть примѣнено только къ криминалоидамъ. Какъ предупредительныя средства сюда относятся: „*нравственное выкармливаніе*“ (pougrissonage moral), т. е. воспитаніе съ первыхъ мѣсяцевъ жизни въ деревнѣ, въ колоніяхъ внѣ возможности преступныхъ ассоціацій, облегченіе эмиграціи въ менѣе населенныя страны, заключеніе въ спеціальныя заведенія молодыхъ преступниковъ, во избѣжаніе ихъ вліянія на другихъ лицъ того же возраста, предупредительныя мѣры при борьбѣ съ алкоголизмомъ наряду съ медицинскимъ лѣченіемъ, реформы, имѣющія цѣлью улучшить соціальное положеніе. Что касается наказаній, то на первомъ планѣ должны стоять—вознагражденіе потерпѣвшихъ и исправленіе преступниковъ посредствомъ работы, денежныя взыскація, условное осужденіе или probation system, работы въ рудникахъ, колоніяхъ; для рецидивистовъ необходимы спеціальныя заведенія съ возможно большимъ участіемъ

въ работахъ на открытомъ воздухѣ. Преступленія женщинъ совершаются главнымъ образомъ подъ вліяніемъ внушеній среды. Главное средство должно состоять въ удаленіи причины внушенія, поэтому старинное учрежденіе монастырей было превосходною мѣрою.

Это сообщеніе вызвало примирительную рѣчь бельгійскаго министра Lejeune, одобрявшаго положенія Lombroso, за которой послѣдовало полное примиреніе и враждующихъ партій, конечно, только внѣшнее.

Второй программный докладъ принадлежитъ доктору права и философіи, завѣдующему бюро министерства юстиціи въ Брюсселѣ, J. Maus'у: *„Каковы должны быть мѣры, направленныя къ выясненію личности физиологической, психологической и моральной подсудимыхъ, которыя позволили бы судьямъ и адвокатамъ судить о необходимости медицинской экспертизы?“* Задача эта должна быть возложена на слѣдователя, получившаго специальную подготовку и имѣющаго основательное знакомство съ психіатріей; при малѣйшемъ указаніи онъ долженъ обратиться за помощью къ врачу-психіатру. Для облегченія возможно полнаго изученія индивидуальности, особенно необходимаго по отношенію къ дѣтямъ, Maus настаиваетъ на необходимости допущенія защиты къ слѣдствію и децентрализаціи правосудія. Van Hamel высказываетъ пожеланіе, чтобы изученіе преступника велось не только во время предварительнаго слѣдствія, но продолжалось и послѣ осужденія преступника. По почину министра Lejeune въ бельгійскихъ тюрьмахъ уже введены правильныя занятія врачей-психіатровъ. Эти занятія помимо практическихъ цѣлей имѣютъ и важное научное значеніе.

Feras de Macedo изъ Лиссабона сообщилъ о результатахъ своихъ шестилѣтнихъ изслѣдованій надъ черепами и мозгами португальскихъ преступниковъ. Онъ ни разу не нашелъ ничего, что могло бы отличать преступниковъ отъ душевно-больныхъ.

17-ое августа.

Въ послѣднемъ научномъ засѣданіи *П. Н. Тарновская* познакомила съ наблюденіями, сдѣланными д-мъ *Jullien* изъ Парижа, относительно формы ногъ у нѣкоторыхъ проститутокъ и кромѣ того прочитала работу д-ра Фридмана, врача военной тюрьмы въ Петербургѣ, о составѣ крови, развитіи груди, вѣсѣ тѣла и мускульной силѣ у арестантовъ этой тюрьмы.

Д-ръ *L. Frigerio*, психіатръ изъ Александрии, сообщилъ о своихъ наблюденіяхъ относительно нѣкоторыхъ признаковъ преступности.

*Dalifol*, директоръ воспитательнаго пенитенціарнаго учрежденія „*la Loge*“ въ Парижѣ, передалъ о томъ впечатлѣніи, которое онъ вынесъ при посѣщеніи имъ приюта для молодыхъ преступниковъ въ *St. Antoine* (Женева).

Д-ръ *Ph. Rey*, психіатръ изъ Марселя, представилъ результатъ своихъ наблюденій надъ черепами душевно-больныхъ. Его наблюденія показали—въ противоположность тому, что утверждали другіе члены съѣзда,—что эти черепа представляютъ существенное отличіе (брахицефалію—вслѣдствіе усиленнаго развитія теменныхъ долей).

Очень оживленные дебаты вызвалъ докладъ *A. Griffiths*, главнаго тюремнаго инспектора въ Лондонѣ. Дѣйствіе, которое оказываетъ современное уголовное правосудіе, не достаточно и не достигаетъ своей цѣли—такова точка отправленія *Griffiths*. Мѣры, наиболѣе пригодныя и дѣйствительныя, *Griffiths* характеризуетъ своимъ положеніемъ, которое онъ самъ называетъ нѣсколько парадоксальнымъ: преступники данной страны должны быть раздѣлены на двѣ группы, изъ которыхъ одни никогда не должны быть заключаемы въ тюрьму, другія же никогда не должны покидать ее. Онъ рекомендуетъ примѣнять для закоренѣлыхъ преступниковъ систему заключенія безъ опредѣленнаго заранее срока, причемъ мѣстомъ заключенія должны быть не тюрьма и не каторга. Земледѣльческія и



промышленныя колоніи представляютъ идеаль, къ которому слѣдуетъ стремиться.

Въ заключительномъ засѣданіи были приняты слѣдующія предложенія:

1. Проф. Forel'я—о необходимости помощи правительствъ въ борьбѣ съ алкоголизмомъ.

2. Римскаго адвоката Lucarelli—о введеніи криминальной антропологии въ курсъ предметовъ, преподаваемыхъ въ университетахъ.

3. В. Г. Дехтерева—о томъ, чтобы вопросъ объ одиночномъ заключеніи былъ поставленъ въ программу будущаго конгресса.

4. Д-ра Sabred'a—о томъ, чтобы преступники, заболѣвшіе психическою болѣзью послѣ осужденія, помѣщались въ спеціальныя заведенія, а не въ отдѣленія при тюрьмахъ.

и 5. Dalifol'я—о томъ, чтобы пригласить правительства слѣдовать доктринѣ Песталоцци и придавать учрежденіямъ исправительнаго воспитанія частный и семейный характеръ, главнымъ образомъ земледѣльческій.

Мѣстомъ будущаго конгресса избрана Голландія (безъ обозначенія города). Конгрессъ соберется въ 1901 году.

---

(Изъ Казанской Окружной Лѣчебницы).

## СЛУЧАЙ ПРИТВОРНАГО СЛАБОУМІЯ (SIMULATIO DEMENTIAE) <sup>1)</sup>.

Д-РА МЕД. **Н. Я. СМЪЛОВА.**

Возрѣнія авторовъ на симуляцію душевныхъ болѣзней отличаются значительнымъ разногласіемъ, доходящимъ въ нѣкоторыхъ пунктахъ до полного противорѣчія. Одни авторы, какъ, напр., *Schüle* <sup>2)</sup>, въ теченіи 15-ти лѣтней психиатрической практики не встрѣтившій ни одного случая притворнаго помѣшательства, замѣчаетъ, что притворство въ душевныхъ болѣзняхъ „существуетъ скорѣе какъ призракъ, нежели какъ реальный фактъ“. Того же почти мнѣнія относительно симуляціи психозовъ *Jessen* <sup>3)</sup>, *Sander* <sup>4)</sup> (изъ 190 испытуемыхъ встрѣтилъ только два случая притворства), *Moeli* <sup>5)</sup>, *Vingtrienier* <sup>6)</sup> (изъ 43,000 преступниковъ констатировалъ симуляцію психоза только у одного) и друг. Эти авторы какъ бы въ поясненіе своихъ выводовъ относительно рѣдкости симуляціи

---

<sup>1)</sup> Сообщено въ Обществѣ невропатологовъ при Казанскомъ университетѣ 26 ноября 1896 г.

<sup>2)</sup> *Schüle*. Руководство къ душевнымъ болѣзнямъ. Пер. д-ра Фридберга. 1880 г.

<sup>3)</sup> *Jessen*. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XVI. H. 3.

<sup>4)</sup> *Sander u. Richter*. Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Berlin. 1886.

<sup>5)</sup> *Moeli*. Ueber irre Verbrecher. Berlin. 1888. Цит. по Говсѣеву—Симуляція душевныхъ болѣзней etc. Харьковъ. 1893.

<sup>6)</sup> Цит. по Говсѣеву—op. cit.

психозовъ говорятъ, что симуляція, собственно говоря, есть симптомъ болѣзни, есть результатъ душевнаго разстройства, что симулировать хорошо можетъ только душевно-больной или субъектъ сильно предрасположенный къ заболѣванію душевною болѣзью, потому что, по ихъ мнѣнію, „въ поведеніи притворщика не можетъ быть надлежащей послѣдовательности и связности, если въ основаніи его не будетъ лежать зачатка настоящаго сумасшествія“ (Maudsly) <sup>1)</sup>. Подобнаго же, видимо, мнѣнія придерживается и проф. *Корсаковъ*. Въ своемъ руководствѣ онъ пишетъ: „въ громадномъ большинствѣ случаевъ симулировать душевную болѣзнь начинаетъ человѣкъ, имѣющій дѣйствительные задатки болѣзни“ <sup>2)</sup>. Проф. *Krafft-Ebing* симуляцію душевныхъ болѣзней считаетъ за крайне рѣдкое явленіе и вмѣстѣ съ тѣмъ за крайне трудное дѣло. „Нужно думать, говоритъ онъ, что только особенно важные поводы могутъ побудить психически здороваго человѣка къ симуляціи помѣшательства“ <sup>3)</sup>; кромѣ того онъ добавляетъ, что симулянты, вслѣдствіе сильнаго умственнаго напряженія, которому они подвергаютъ себя, въ заключеніе своего опыта могутъ дѣлаться дѣйствительно помѣшанными“ <sup>4)</sup>.

Взгляды проф. *Fritsch'a* <sup>5)</sup> по этому вопросу являются до извѣстной степени сглаживающими крайности ученія о неизмѣнно патологическомъ характерѣ притворнаго помѣшательства. По его мнѣнію, симуляція психозовъ встрѣчается у здоровыхъ субъектовъ рѣдко, она въ огромномъ большинствѣ случаевъ наблюдается у лицъ, одержимыхъ различными аномаліями душевной дѣятельности, но эти аномаліи не могутъ считаться душевною болѣзью въ настоящемъ смыслѣ слова, а выражаютъ собою лишь такъ называемое нейропатическое предрасположеніе или психическое вырожденіе.

<sup>1)</sup> Schüle. Op. cit. Стр. 552.

<sup>2)</sup> С. Корсаковъ. Курсъ психіатріи. Москва. 1893. Стр. 236.

<sup>3)</sup> Krafft-Ebing. Судебная психопатологія. Пер. д-ра Черемшанскаго. 1895. Стр. 54.

<sup>4)</sup> Krafft-Ebing. Op. cit. Стр. 55.

<sup>5)</sup> S. Fritsch. Erfahrungen über Simulation von Jrrsinn etc. Jahrbücher f. Psych. Bd. VIII. N. 1 и 2. S, 115.

Другіе же авторы, напротивъ, симуляціи помѣшательства, въ судебно-медицинскомъ смыслѣ, придаютъ немаловажное значеніе. Они утверждаютъ, что случаи симуляціи душевныхъ болѣзней не настолько рѣдки, чтобы они не имѣли научнаго интереса и практическаго значенія. Кромѣ того, казуистика этихъ авторовъ съ несомнѣнностью убѣждаетъ, что душевное разстройство симулировали вполнѣ здоровые люди. Такого рода казуистикой особенно богата французская психиатрическая литература (Laurent, Morel, Lasegue, Tardieu, Baillarger и др.) <sup>1)</sup>. Немаловажное значеніе придаютъ симуляціи психозовъ также и англійскіе авторы (Bucknill и Tuke) <sup>1)</sup>. Изъ нѣмецкихъ авторовъ къ данной категоріи можно отнести Bisvanger'a <sup>2)</sup> (изъ 73 испытуемыхъ, бывшихъ въ Берлинской Charité, въ теченіи 2-хъ лѣтъ, нашелъ 21 симулянта), Sommer'a <sup>3)</sup> (въ Алленбергѣ изъ 48 испытуемыхъ нашелъ 4 симулянта), Fürstner'a <sup>3)</sup> (въ Гейдельбергской клиникѣ, за 9 лѣтъ, между 25 испытуемыми нашелъ 12 симулянтовъ) и др. Въ русской литературѣ отмѣчено и описано нѣсколько случаевъ притворнаго помѣшательства: Н. М. Поповъ <sup>4)</sup>, В. Ф. Чижъ <sup>5)</sup>, В. Х. Кандинскій <sup>6)</sup>, Я. В. Гиршонъ <sup>7)</sup>, В. И. Яковенко <sup>8)</sup>, А. А. Говсѣевъ <sup>9)</sup>, Гинзбургъ-Шикъ <sup>10)</sup> и др.

<sup>1)</sup> Цит. по Говсѣеву—op. cit.

<sup>2)</sup> В. Ф. Чижъ. Душевно-больные арестанты. Вѣстникъ клин. и суд. психіатріи. Т. VI. В. 1.

<sup>3)</sup> Prof. Fürstner. Ueber Simulation geistiger Störungen. Arch. f. Psych. Bd. XIX. S. 601.

<sup>4)</sup> Н. Поповъ. Случай притворнаго психическаго разстройства. Вѣстн. суд. мед. 1884 г. 1. Стр. 29.

<sup>5)</sup> В. Ф. Чижъ. Душевно-больные арестанты. Вѣстн. клинич. и суд. психіатріи. Т. VI. В. 1. Стр. 32. Д-ръ Чижъ здѣсь отмѣчаетъ, что изъ 102 испытуемыхъ было пять симулянтовъ; одинъ изъ нихъ симулировалъ пассивную меланхолію, другой галлюцинаторное помѣшательство, а потомъ слабоуміе, третій высказывалъ идеи бреда.

<sup>6)</sup> В. Х. Кандинскій. Къ вопросу о невмѣняемости. Спб. 1890. Стр. 213 Симуляція не чистаго слабоумія.

<sup>7)</sup> Я. В. Гиршонъ. Симуляція идиотизма. Арх. психіатріи. Т. VIII. В. 1 и 2. Стр. 65.

Судя по литературнымъ даннымъ, предметомъ симуляціи были различныя формы душевнаго разстройства и психопатическихъ состояній; симулировались: слабоуміе, ступоръ, острое безсмысліе, неистовство, бредъ величія, бредъ преслѣдованія, истерія, эпилепсія, отдѣльные патологическіе симптомы—галлюцинаціи, судороги, параличи и т. д. По мнѣнію *Legrand du Saulle* и *Tardieu*, больше всего шансовъ на успѣхъ можно имѣть при симуляціи меланхоліи и особенно состоянія оцѣпенѣнія, по мнѣнію же *англійскихъ авторовъ*, наоборотъ, труднѣе для распознаванія симуляція хронической маніи, иными словами хроническую манію легче всего поддѣлать. Д-ръ же *Говсневъ*, спеціально занимавшійся вопросомъ о симуляціи душевныхъ болѣзней, самой легкой и благодарной формой для симуляціи считаетъ систематизированный бредъ. На дѣлѣ же мы видимъ иное. Чаще всего симулянты прикидываются слабоумными, что прямо зависитъ отъ имѣющихся въ народѣ свѣдѣній о душевныхъ болѣзняхъ: тотъ только и сумасшедшій, кто говоритъ явныя нелѣпности и глупости и совершаетъ явно несообразныя поступки.

Сдѣлавъ эту краткую литературную справку, мы перейдемъ теперь къ описанію и разбору нашего случая.

*Обстоятельства дѣла.* Въ іюнѣ мѣсяцѣ 1894 г., на одномъ изъ мукомольныхъ заводовъ Казанскаго уѣзда, помощникъ машиниста А. К—въ заявилъ управляющему заводомъ, что, 2 іюня 1894 г., онъ К—въ, желая поискать въ слесарной мастерской, гдѣ жилъ слесарь Д. П—въ, кусковъ жельза для разныхъ поддѣлокъ, нашелъ въ печи мѣшечекъ, въ которомъ было 7 стальныхъ штамповъ, на трехъ изъ нихъ было изображеніе платы 15-ти

<sup>8)</sup> В. И. Яковенко. Помѣщать-ли душевно-больныхъ преступниковъ вмѣстѣ съ душевно-больными и etc. Труды перваго съѣзда отечественныхъ психіатровъ. 1887. Авторомъ изъ 74 испытуемыхъ отмѣчено 4 симулянта. Одинъ изъ нихъ симулировалъ эпилепсію, а другіе—неизвѣстно что.

<sup>9)</sup> А. А. Говсневъ. Симуляція душевныхъ болѣзней etc. Харьковъ. 1893. Здѣсь приведено нѣсколько случаевъ симуляціи помѣшательства.

<sup>10)</sup> Г. Гинзбургъ-Шикъ. Объ испытуемыхъ въ Херсонской земской лѣчебницѣ для душевно-больныхъ за 1893 и 1894 г. Авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ симуляціи душевнаго разстройства, большею частью слабоумія. Архивъ психіатріи est. 1895 и 1896 г.

копѣчной монеты, а на двухъ—изображеніе орла той же монеты, два остальныхъ штампа никакихъ изображеній не имѣли. Имѣлось подозрѣніе, что штампы эти принадлежатъ слесарю Д. П-ву, который, какъ это извѣстно было, ранѣе уже судился за поддѣлку серебряной монеты, но судомъ былъ оправданъ. Д. П—ва въ это время не было дома, а на другой день, когда П—въ вернулся на заводъ, положенныхъ въ печи штамповъ (штампы нарочно были оставлены въ печи, чтобы наблюсти, кто ихъ возьметъ) не оказалось. Тогда по предложенію полиціи рѣшено было П—ва якобы за прогулъ уволить со службы. 8 іюня, когда П—въ, получивъ полный рассчетъ, собрался на паромѣ ѣхать въ Казань, урядникомъ онъ былъ задержанъ и тутъ же обысканъ. При обыскѣ у П—ва найдены были штампы, которые онъ пытался бросить въ рѣку Волгу. П—въ какъ при обыскѣ, такъ и на допросѣ у г. судебного слѣдователя объяснилъ, что онъ серебряной монеты не поддѣлывалъ, а только собирался совершить эту поддѣлку. П—въ по постановленію судебного слѣдователя былъ заключенъ подъ стражу въ С—ой уѣздной тюрьмѣ. 24 декабря 1894 г. П—въ получилъ копію съ обвинительнаго акта и объявленіе о назначеніи на 6-е марта 1895 г. къ слушанію его дѣла; въ ночь же на 31-е января П—въ проявилъ признаки душевнаго расстройства: сталъ заговариваться, былъ задумчивъ, пилъ мочу, не спалъ. Его помѣстили въ земскую больницу, здѣсь послѣ лѣкарствъ онъ сталъ спать и 10 февраля, т. е. черезъ 10 дней былъ выписанъ изъ больницы какъ не представляющій признаковъ душевной болѣзни. 14 февраля П—ву снова было объявлено распоряженіе суда о назначеніи къ слушанію его дѣла на 6-е же марта. 23 февраля, т. е. черезъ девять дней послѣ объявленія распоряженія суда, на разсвѣтѣ П—въ разбилъ въ камерѣ стекло и по суду, кричалъ, ругался, бранилъ священниковъ, служилъ молебень, неистово ругался, что ему мѣшаютъ заниматься дѣломъ, не ѣлъ и не пилъ. Тюремное отдѣленіе, по свидѣтельству врача, распорядилось помѣстить П—ва, какъ одержимаго душевною болѣзнію, въ Казанскую Окружную Лѣчебницу.

*Анамнестическія данныя.* 3-го марта 1895 г. подсудимый Д. П—въ былъ доставленъ въ Казанскую Окружную Лѣчебницу на излѣченіе и на испытаніе. Изъ свѣдѣній, собранныхъ г. судебнымъ слѣдователемъ, видно, что испытуемый Д. П—въ отъ роду имѣетъ 44 года, уроженецъ Воткинскаго завода, по профессіи мастеровой, женатъ, имѣетъ троихъ дѣтей. По словамъ отца П—ва и другихъ хорошо его знавшихъ, никто изъ родственниковъ П—ва не страдалъ никакою важною болѣзнію, никто не предавался злоупотребленію спиртными напитками. Дѣтство П—ва протекло обыкновеннымъ образомъ. 18-ти лѣтъ онъ перенесъ холеру, а 21-го года хворалъ сифилисомъ и лѣчился отъ него мѣсяца 4 въ воткинскомъ горнозаводскомъ госпиталѣ, лѣтъ 15-ти уналъ въ кипятокъ и обварилъ себѣ ногу, спиртными напитками не злоупотреблялъ, характера былъ ровнаго. Отецъ никогда не наблюдалъ за нимъ никакихъ ненормальностей. Родной дядя П—ва сообщилъ, что племянникъ его Д. П—въ въ молодости занимался кражами, за что не разъ сидѣлъ въ тюрьмѣ. По словамъ свидѣтеля А. А—ва Д. П—въ водку пилъ, но немного. Съ воткинскаго завода П—въ уѣхавъ лѣтъ 20-тъ. Жена П—ва Ф. В. П—ва отказалась быть свидѣтельницей по дѣлу своего мужа.

*При наблюденіи и изслѣдованіи Д. П.—ва въ Лычбеницѣ найдено было слѣдующее.* Для удобства наблюденія Д. П.—въ былъ помѣщенъ въ буйное отдѣленіе.

На приѣмѣ дежурному врачу П.—въ сказалъ, что ему 20-тъ лѣтъ, фамилію свою назвалъ вѣрно, на другіе вопросы ничего не отвѣчалъ. Въ отдѣленіе П.—въ пришелъ безъ всякаго протеста, покойно принялъ ванну, измѣрили т°, напился чаю. Ординатору же отдѣленія, куда онъ былъ помѣщенъ, въ день приѣма, сказалъ, что его имя не Дмитрій, какъ въ бумагахъ значится, а Иванъ, ему 25 лѣтъ, у него была жена, да умерла (не вѣрно). дѣти были, но не знаетъ, живы они или нѣтъ, братьевъ и сестеръ, отца и матери у него нѣтъ—все умерли (не правда). Онъ родиною изъ «Чернаго Городка» около Баку, гдѣ онъ служилъ машинистомъ у товарищества Нобеля. Годъ теперь, по его указанію, идетъ 1875, мѣсяца же и дня не знаетъ, времяже года опредѣлялъ осенью (бесѣда была 3 марта). А можетъ быть теперь зима: смотри вездѣ снѣгъ? переспросилъ его врачъ. П.—въ же, какъ на дозавательство своего мифіа, указывая на маленькій клочекъ обтаявшей земли на дворикѣ, сказалъ: «вонъ цвѣты (никакихъ ни цвѣтовъ, ни травы) и березки». На замѣчаніе, что онъ говоритъ нелѣпности, продолжалъ говорить: «вонъ цвѣты—цвѣточки». Далѣе на распросы сказалъ, что онъ въ данномъ мѣстѣ находится уже недѣлю (дня не прошло), гдѣ онъ находится,—не знаетъ, откуда привезли его—тоже не знаетъ. Спокойно и упорно говоритъ, что онъ подъ судомъ и въ тюрьмѣ никогда не былъ. Въ глаза врачу избѣгалъ смотрѣть. На слѣдующій день онъ сказалъ, что ему 32 года, здѣсь (въ Лычбеницѣ) находится вторую недѣлю, указывалъ на стрѣлку въ головѣ. Испытуемый во время разговора сидѣлъ покойно, потомъ началъ осматриваться кругомъ, нѣсколько прищуриваясь, будто желая что-то разсмотрѣть. На что это ты смотришь?—«Вонъ двѣ пичужки на *потолкѣ* сидятъ». Какого цвѣта?—«Голубого, шишь!» и махнулъ рукой. Но это онъ сдѣлалъ такъ неестественно, что присутствовавшій надзиратель разсмѣялся и П.—въ далѣе не продолжалъ шугать пичужекъ. Въ слѣдующіе дни на распросы врача о его бывшей жизни, сообщилъ, что въ маѣ прошлаго года, такъ говорилъ онъ, получилъ сильный ушибъ какою-то частью машины, лежалъ будто бы въ больницѣ, потомъ поступилъ на шхуну, гдѣ захворалъ отъ качки, поступилъ на рѣчной пароходъ, не знаетъ какой. На пароходѣ онъ ходилъ съ мѣсяца, захворалъ лихорадкой, лѣчился де въ Самарѣ, потомъ какъ-то попалъ въ Вольскъ. А изъ Вольска куда?—«Никуда—я теперь въ Вольскѣ, въ больницѣ», отвѣчалъ П.—въ. Развѣ тамъ есть такіа больница?—«Ну, можетъ быть въ Саратовѣ, въ Астраханіи»... сталъ перечислять поволжскіе города, но о Казани же ни разу не упомянулъ службу на заводѣ, арестъ, пребываніе въ тюрьмѣ и проч. упорно отрицалъ и говорилъ, что онъ ничего не знаетъ. Про врача, бесѣдовавшаго съ нимъ, говорилъ, что онъ видѣлъ его у Нобеля. На просьбу врача взглядѣться хорошенько, правда-ли, что онъ видѣлъ когда-либо врача, онъ бѣгло смотрѣлъ въ лице ему, старался при этомъ держать такъ свое лицо, будто онъ пристально всматривается въ васъ, но глаза его просто «скользили», но не фиксировались. На вопросъ врача, что онъ вчера ѣлъ за обѣдомъ, сказалъ,

что чай и хлѣбъ (не вѣрно). А сегодня ты ужиналъ (бесѣда шла въ 11 часу дня)? Испытуемый, какъ бы соображая и припоминая, протяжно сказалъ: «кажется, нѣтъ»... А ужинъ скоро будетъ?—«Немного погодя». А обѣдать когда?—«Немного погодя». Какой сегодня день, П—въ?—Испытуемый довольно быстро отвѣтилъ: «день ясный» (дѣйствительно день былъ ясно-солнечный). Тебя не объ этомъ спрашиваютъ, а какъ называется день.—«Сегодня четвергъ (понедѣльникъ). Да развѣ такъ?—«Вѣрно говорю», съ дѣланною серьезностью и содерживаемымъ волненіемъ отвѣчалъ П—въ. Послѣ четверга какой день?—«Среда». Далѣе?—«Суббота». Потомъ?—«Вторникъ»... Воскресенье... Четвергъ, не торопись, какъ бы обдумывая, перечислялъ дни испытуемый. Сколько дней въ недѣлѣ?—«Семь». Насчиталъ же 6 дней. Несмотря на замѣчанія и поправки со стороны врача и больныхъ П—въ продолжалъ путать дни, не досчитываясь седьмого дня. Въ это время онъ въ лицо никому несмотрѣлъ, выраженіе лица его было сосредоточенное, пытлиое, желая показать этимъ, что онъ дѣйствительно серьезно все говоритъ и говоритъ такъ, какъ только знаетъ и умѣетъ. Въ послѣдующіе дни отвѣты испытуемаго имѣли одинаковый характеръ, онъ такъ же нехѣло объяснялся, всячески стараясь показать крайнюю ограниченность своего ума. Молитвъ, говорилъ онъ, не знаетъ, молится просто: «Господи помилуй», на обѣихъ рукахъ онъ насчитывалъ 11-тъ пальцевъ, считалъ такъ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 21, 22, дальше отказывался считать—не умѣетъ. Счетовъ будто онъ никогда не видалъ; денежные знаки показывалъ видъ, какъ будто онъ въ первый разъ ихъ видѣлъ, напр., монету въ 20-ть копѣекъ называлъ пятялтыннымъ, пятялтынный—гривеникомъ, въ двухъ двугривенныхъ и одномъ пятялтынномъ у него вышло только 35 коп., бумажку въ три рубля означилъ рублевкой, достоинство рублевой бумажки отказался опредѣлить и долго при этомъ вертѣлъ ее въ рукахъ, всматривался, гладилъ ее, но ни разу не обернулъ той стороной, по которой собственно различаютъ бумажныя деньги безграмотный людъ. Мѣдныя монеты всѣ путалъ. При детальномъ разсматриваніи рисунковъ монеты называлъ крылья орла короной и на оборотѣ. Часовъ, говорилъ онъ, никогда не видалъ и время часами не можетъ измѣрять. Ты вѣдь самъ говорилъ, что былъ въ машинистахъ, то какъ же не знаешь часовъ, долженъ знать не только часы, но и показанія манометра. Испытуемый молчалъ; чѣмъ врачъ очевиднѣе и настойчивѣе, основываясь на его прежнихъ показаніяхъ, доказывалъ, что онъ говоритъ неправду, что часы онъ долженъ знать, тѣмъ болѣе испытуемый чувствовалъ неловкость своего положенія, онъ былъ смущенъ. Дѣло дошло до того, что у испытуемаго лицо отъ внутренняго волненія сильно покраснѣло, на лбу появился потъ. Ты что это вспотѣлъ и покраснѣлъ?—«Нѣтъ, я не покраснѣлъ», со сдерживаемой злобой и досадою отвѣчалъ онъ. Врачъ еще настойчивѣе сталъ смотрѣть ему въ глаза, желая уловить его смущеніе и волненіе, П—въ въ свою очередь старался смотрѣть тоже какъ бы въ упоръ, стараясь выдержать пытливый взглядъ врача, при этомъ онъ старался долго не мигать, показывая видъ, что онъ можетъ «пересмотрѣть», стало быть онъ правъ, но онъ



это дѣлалъ такъ, что онъ хотя и смотрѣлъ на васъ, но взоръ свой онъ фиксировалъ гдѣ то неопредѣленно въ пространствѣ, какъ бы минуя васъ.

Приведемъ еще образчикъ бесѣды съ испытуемымъ. Бесѣда была среди больныхъ. Что это за народъ кругомъ, П—въ?—«Больные видно, какъ бы неувѣренно отвѣчали онъ. Чѣмъ же они больны?—«Не знаю». Ну, какъ они умомъ?—«Ничего». Кто же, по твоему, умнѣе изъ нихъ?—«Вотъ этотъ старичекъ, указалъ П—въ на слабоумнаго больного, находящагося къ тому же въ состояніи легкаго маниакальнаго возбужденія. Больной этотъ, стоя противъ П—ва, кривлялся, гримасничалъ, жестикулировалъ, дергалъ за руку то врача, то П—ва и выдѣлывалъ такія штуки, что едва можно было удержаться отъ улыбки. Неужели этотъ старикъ умный?—«Чѣмъ же онъ плохъ», тономъ невинной простовы отвѣчалъ испытуемый. А ты самъ желалъ бы быть такимъ? спросилъ врачъ.—«Ничего» и въ это время П—въ чуть сдерживался отъ смѣха, потому что больной, о которомъ шла рѣчь, началъ подпрыгивать козломъ. Кто по твоему, П—въ, умнѣе и болѣе подходитъ къ здоровому человѣку—этотъ старикъ или вотъ этотъ служитель? П—въ указалъ на больного.

Испытуемый не разъ указывалъ на существованіе у него обмановъ чувствъ, такъ, напр., 14 марта онъ былъ приглашенъ въ кабинетъ врача. Онъ сѣлъ и началъ потирать и жать голову. Болитъ голова?—«Да, ухо заложило». Простудился?—«Да, окно всю ночь было открыто». Зачѣмъ?—«Тутъ (въ спальнѣ) такой плясъ и пѣня были—только ну-ну». «Водку пили что-ли?—«Какъ же». Въ другой разъ (26 марта) въ объясненіе причины плохого сна (такъ онъ указалъ) сообщилъ, что по соседству съ нимъ была драка и крачали «караулъ» (ничего подобнаго не было), потомъ еще разъ говорилъ, что ночью къ нему приходили попы, стаскивали съ него одѣяло и звали его молиться, когда онъ вставалъ, то попы бѣгли отъ него. Не смотря на заявленіе испытуемаго объ галлюцинаціяхъ и при томъ такого живого характера, никто изъ служащихъ не наблюдалъ какой-либо перемѣны въ его поведеніи и мимикѣ, что могло бы свидѣтельствовать объ испытываемыхъ имъ обманахъ чувствъ.

Испытуемый, несмотря на ежедневные и повторные распросы и поправки касательно мѣста, времени, его прошлой жизни и проч., почти одинаково упорно продолжалъ говорить нелѣпости и несообразности. Наканунѣ своей выписки изъ Лѣчебницы говорилъ врачу, что у него 30-ть женъ. Но на ряду съ этимъ П—въ одному изъ испытуемыхъ, съ которымъ онъ подружился, очень толково высчитывалъ, сколько напр. механикъ Лѣчебницы можетъ получить на топливѣ барыша, если будетъ давать тепла на известное число градусовъ меньше требуемаго по контракту. Этому же испытуемому П—въ говорилъ, что доктора съ распросами ему надоѣли, «стоило бы директору ножъ пустить». Бесѣдовалъ онъ съ этимъ товарищемъ обыкновенно не гласно, избѣгая контроля служащихъ.

Относительно поведенія и настроенія П—ва можно отмѣтить слѣдующее: за все время пребыванія его въ Лѣчебницѣ онъ былъ тихъ, покоенъ, больше сидѣлъ, сидѣлъ обыкновенно нѣсколько опустивъ голову, былъ молчаливъ, ни съ больными (за исключеніемъ вышеприведеннаго испытуемаго),

ни со служащими самъ никогда не вступалъ ни въ какіе разговоры. Только когда надзиратель, при раздачѣ папирозъ, умышленно обходилъ его, онъ не выдерживалъ и просилъ папиросу. Онъ былъ вполне ранивъ, сразу запомнилъ МК, свое мѣсто за столомъ и въ спальнѣ. Въ движеніяхъ и дѣйствіяхъ онъ былъ ровень, неторопливъ, медленъ. Выраженіе лица обычно покойное, невозмутимое, но не апатичное и не равнодушное. Испытуемый хотя обычно сидѣлъ съ поникшей головой, но всегда изъ-подълобья смотрѣлъ, слѣдя за большими и особенно, во время визитаціи, за врачомъ. Въ поступкахъ никакихъ странностей не наблюдалось. Онъ ничѣмъ не занимался. Поступки его были несложны: для проявленія своей душевной дѣятельности онъ ограничивался самыми простыми и необходимыми словами и дѣйствіями. Вообще онъ во всѣхъ движеніяхъ былъ крайне простъ и элементаренъ.

Вреднаго для себя ничего не дѣлалъ, напр., окурковъ не собиралъ изъ плевальницъ, какъ это сплошь и рядомъ дѣлаютъ слабоумные и бессмысленные. Отвѣты давалъ всегда не торопясь, съ большими паузами, стараясь всегда скрыть волненіе и смущеніе. Не смотря иногда на очень тяжелаго положенія, онъ всегда почти владѣлъ собою и разговоръ держалъ обычно въ одномъ тонѣ, не ускоряя рѣчи и не проявляя никакой торопливости и увлеченія. Говорилъ онъ обыкновенно только тогда, когда спрашивали и въ отвѣтахъ былъ кратокъ.

*При физическомъ осмотрѣ и изслѣдованіи было получено слѣдующее:*

П—въ средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія; костная система развита правильно; кожа чиста, упруга, въ правомъ паху имѣется поверхностный рубецъ, на лѣвой голени старые рубчики послѣ какихъ-то язвъ; правая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ лѣвая. Ушные сережки не развиты, твердое небо глубоко, съ рѣзко выраженнымъ валикомъ по срединѣ. Въ языкѣ легкое фибриллярное дрожаніе. Въ органахъ груди и живота рѣзкихъ патологическихъ уклоненій не наблюдалось, тоны сердца глуховаты, пульсъ легкосжимаемый, 70 въ 1'. Механическая мышечная возбудимость въ предѣлахъ нормы, рефлексъ съ живота и съ m. cremaster очень вялъ, коленный рефлексъ повышенъ. Въ пальцахъ рукъ легкое дрожаніе. Зрачки сужены, равнобѣжны, удовлетворительно реагировали на свѣтъ и боль. При изслѣдованіи болевой чувствительности, на не ожидаемый уколъ булавкой испытуемый подпрыгивалъ. На послѣдующіе же уколы онъ обычной реакціи не проявлялъ, руки и ноги, когда наносили уколъ булавкой, не отстранялъ, а лишь тихо говорилъ: «тутъ не больно». При первыхъ уколахъ щеки и носовой перегородки испытуемый невольно отклонялся, но далѣе переставалъ отклоняться, глаза становились влажными, зрачки расширялись, а онъ продолжалъ утверждать, что не больно. П—въ очевидно сильно волновался, лицо было гиперемировано, изъ подъмышекъ капалъ потъ... При изслѣдованіи периферическаго слуха карманными часами получилось: при открытыхъ глазахъ—слѣва онъ слышалъ ходъ часовъ на разстояніи одного вершка, справа же—на разстояніи болѣе аршина; а при закрытыхъ глазахъ—слѣва слышалъ на разстояніи полъаршина, справа же не болѣе какъ четверти на двѣ. При закрытыхъ глазахъ отвѣты давалъ не

сразу, а долго думая и соображая. Костная проводимость въ предѣлахъ нормы. Звучащій камертонъ П—въ назвалъ свисткомъ съ завода Крестовникова. Для опредѣленія цвѣтоощущенія испытуемый подвергался два раза изслѣдованію (10 и 16 марта).

	10-го марта	16-го марта
Черный цвѣтъ назвалъ . . . . .	Чернымъ	Чернымъ
Красный . . . . .	Голубымъ	Краснымъ
Розовый . . . . .	Краснымъ	Краснымъ
Желтый . . . . .	Краснымъ	Желтымъ
Зеленый . . . . .	Синимъ	Голубымъ
Темнозеленый . . . . .	Голубымъ	Зеленымъ
Синій . . . . .	Синимъ	Синимъ
Свѣтлосиній (голубой) . . . . .	Чернымъ	Синимъ.
Лиловый . . . . .	Краснымъ	

Въ первый сеансъ испытуемый не сразу называлъ цвѣта, а по долгу разсматривалъ. При опредѣленіи зеленого цвѣта спрошено было, какого цвѣта трава и листья на деревьяхъ, сказалъ зеленого, но показывалъ на синій. Изслѣдованіе вкуса дало слѣдующее: про 10% растворъ соляной кислоты сказалъ: «не разберу». Можетъ быть вода?—«Вода», спокойно и невозмутимо отвѣтилъ П—въ. При пробѣ раствора сахара сказалъ «сладить». На что походить?—«не знаю». Растворъ поваренной соли назвалъ кислымъ. Растворъ хинина опредѣлилъ кислымъ и соленымъ вкусомъ. Вкусно?—«ничего». Изслѣдованіе обонанія: про деготь сказалъ, что не знаетъ чѣмъ пахнетъ, про бергамотовое масло сказалъ, что не хорошо пахнетъ и т. п.

Кушалъ испытуемый обыкновенно хорошо, лишь вначалѣ говорилъ, что пищу плохую даютъ: «щи готовятъ изъ дубовой коры, а кашу (пшенную) изъ капусты»... Отправленіе желудочно-кишечнаго канала все время удовлетворительное. Сонъ достаточный; положимъ испытуемый иногда не сразу ложился, а просидѣвъ часа два, ложился; но ни разу не было, чтобы онъ всю ночь не спалъ, онъ ложился частенько спать и днемъ. Всѣ тѣла за все пребываніе его въ Лѣчебницѣ не представлялъ особенныхъ колебаній.

При разборѣ клиническихъ данныхъ прежде всего бро-сается въ глаза *несоответствіе между мыслительной дѣятельностью или состояніемъ умственныхъ способностей*, каковыя П—въ старался показать въ своихъ отвѣтахъ и сужденіяхъ—*съ одной стороны и поведеніемъ и настроеніемъ его—съ другой*. Испытуемый, какъ мы видѣли, былъ слишкомъ ровень, ни разу не приходилъ въ аффективное состояніе, у него совершенно не наблюдалось склонности къ импульсивнымъ поступкамъ. П—въ всегда держалъ себя крайне сдержанно, проявляя временами громадную силу воли и самообладанія. Только

подъ конецъ испытанія, когда онъ, видимо, уже усталъ и утомился вести свою тактику, высказалъ своему товарищу, что онъ ударить директора за то, что онъ его спрашиваетъ.

П—въ хотя всегда внѣшне былъ покоенъ, невозмутимъ и какъ бы равнодушень, но при болѣе внимательномъ наблюденіи его мимики и дѣйствій, въ глазахъ всегда была видна жизнь и работа. П—въ будто уклонялся отъ больныхъ, игнорировалъ окружающее, но на самомъ дѣлѣ онъ за всѣмъ и за всѣми слѣдилъ ухомъ и глазомъ. Это особенно хорошо можно было наблюдать, когда испытуемый не замѣчалъ, что за нимъ смотрятъ и слѣдятъ. Выраженіе лица его было всегда сосредоточенное и серьезное. Наивной простоты, глупой растерянности и равнодушія мы не наблюдали у него. Иногда осязательное и очевидное обличеніе его въ нелѣпныхъ отвѣтахъ и сужденіяхъ и смущало его, но онъ старался скрыть это смущеніе; при этихъ обстоятельствахъ онъ становился еще болѣе упорнымъ въ высказываніи нелѣпостей. Противорѣчіе не раздражало его, въ споръ онъ никогда и ни съ кѣмъ не вступалъ, въ разговорѣ не увлекался, чтобы, напр., начать что-нибудь самостоятельно рассказывать и доказывать. Онъ говорилъ только на распросы.

Вотъ эта-то выдержанность и ровность въ тонѣ и манерахъ, серьезность, скрытность характера, умѣніе владѣть собою—все это совершенно не вязалось съ тѣмъ строемъ и состояніемъ душевной дѣятельности П—ва, каковую можно себѣ было составить изъ его отвѣтовъ и разсужденій. Такъ испытуемый не зналъ ни года, ни мѣсяца, ни дня, потому не только не могъ сосчитать въ должномъ порядкѣ дни недѣли, но и насчитывалъ ихъ только шесть. Онъ считалъ на столько плохо, что насчитывалъ на обѣихъ рукахъ 11 пальцевъ и считалъ такъ, что послѣ 11 говорилъ 13, потомъ 15, 18, 19, 21, 21, 22 и дальше уже отказывался считать. Счетовъ и часовъ онъ никогда, будто, не видалъ, денежные знаки всѣ путалъ, начиная съ трехрублевой бумажки и включительно до трехкопѣечной монеты, не могъ отличить у орла монеты, гдѣ корона и

крылья, называя одно вмѣсто другого. О своемъ положеніи, цѣли пребыванія въ данномъ мѣстѣ онъ ни разу не спрашивалъ, какъ бы нисколько этимъ не интересуясь. Пробывъ въ Лѣчебницѣ день, онъ говорилъ, что живетъ недѣлю или двѣ... Испытуемый показывалъ, что онъ не въ состояніи былъ запомнить ни дня, ни числа, ни даже того, сколько времени онъ здѣсь находится, хотя объ этомъ его почти каждый день спрашивали и каждый разъ объясняли; словомъ, испытуемый не зналъ и не въ состояніи былъ понять и усвоить самыя обыкновенныя вещи, понятія и свѣдѣнія.

Отсутствіе вышеупомянутыхъ званій обычно приходится наблюдать у субъектовъ, находящихся на крайне низкой ступени умственного развитія—у субъектовъ слабоумныхъ, что, видимо, испытуемый и хотѣлъ представить, но врожденныя свойства его натуры: солидность, сосредоточенность и вдумчивость не могли быть уничтожены или извращены имъ. Эти качества его характера явно выступали наружу, противорѣча искусственно изображаемому имъ состоянію. Вѣдь при такомъ ограниченіи умственныхъ способностей, какое пытался проявить испытуемый, мы должны бы наблюдать равнодушіе, безразличіе или просто индифферентное отношеніе ко всему окружающему, но этого, на самомъ дѣлѣ, не было. Испытуемый слѣдилъ за окружающимъ, онъ всегда былъ на сторожѣ. Субъекты въ такой степени слабоумія обычно отличаются импульсивностью въ своихъ поступкахъ, изъ-за пустяковъ они могутъ приходиться въ аффектъ, у П—ва же мы ни разу ничего подобнаго не наблюдали. Слабоумный при извѣстнаго рода противорѣчіяхъ, а еще болѣе, если ему будетъ наноситься боль, приходитъ въ гнѣвъ и раздраженіе или съ испугомъ бѣжитъ отъ человѣка, причиняющаго ему боль. П—въ же при противорѣчіяхъ никогда не раздражался, при уколахъ булавкою не сердился и даже не отстранялся. Такіе слабоумные отличаются неряшливостью, они не скоро осваиваются съ мѣстомъ, они нуждаются въ посторонней помощи и опекаѣ. П—въ же съ перваго момента появленія своего въ Лѣчебницѣ не нуждался въ посторонней заботѣ и руководствѣ, онъ, какъ мы

видѣли, сразу запомнилъ свое мѣсто въ спальнѣ и за столомъ. Онъ былъ опрятенъ, не совался, куда не слѣдуетъ, гадостей не ѣлъ и не пилъ, окурковъ съ полу не собиралъ, папирсъ у другихъ больныхъ не вырывалъ, а всегда ихъ просилъ у надзирателя.

Такимъ образомъ у испытуемато не наблюдалось, за время его пребыванія въ Лѣчебницѣ, соответствія между умственною дѣятельностью, съ одной стороны, и поведеніемъ и настроеніемъ, съ другой.

Допустимъ, что испытуемому удалось бы, до известной степени, привести въ „гармоническое“ цѣлое, соответственно его желанію, проявляемые имъ симптомы глубокаго ослабленія умственныхъ силъ съ поведеніемъ и настроеніемъ, то и тогда, на основаніи тѣхъ клиническихъ данныхъ (отвѣты, разсужденія и проч.), каковыми мы обладаемъ, можно доказать, что его нелѣпые отвѣты и несообразныя сужденія суть явленія не свойственныя и не присущія данному состоянію умственной его дѣятельности, короче—на основаніи однихъ отвѣтовъ, взятыхъ самихъ по себѣ, можно прійти къ заключенію, что П—въ умышленно изображаетъ мнимое слабоуміе.

Общее исходное начало, усвоенное испытуемымъ, безъ сомнѣнія, было то, что чѣмъ нелѣпѣе и глупѣе онъ будетъ отвѣчать, тѣмъ естественнѣе, очевиднѣе и безспорнѣе онъ явится въ глазахъ другихъ сумасшедшимъ. Но это отсутствіе мѣры, а главное самый характеръ отвѣтовъ и способъ ихъ даванія ясно, чуть не на каждомъ шагу изобличали въ испытуемомъ грубую поддѣлку слабоумія. Что испытуемый гораздо больше понималъ и зналъ, чѣмъ какъ онъ себя выставлялъ,—это сквозило и проглядывало въ любомъ его отвѣтѣ. Такъ, испытуемый на вопросъ врача, какой сегодня день, очень быстро нашелся и сказалъ именно не то, что нужно было сказать, тогда какъ ясно было видно, что онъ вопросъ понималъ; порядокъ дней онъ говорилъ, какъ говорится, самый невѣрный—двухъ дней подъ рядъ не сказалъ вѣрно, хотя всѣ дни перечислилъ; или зная счетъ даже въ предѣлахъ того, какъ онъ показывалъ, онъ долженъ бы сосчитать вѣрно число

пальцевъ на обѣихъ рукахъ, но вмѣсто десяти онъ насчитывалъ одиннадцать. Такая же грубая утрировка при разборѣ денежныхъ знаковъ. Онъ называлъ монеты, какъ разъ на оборотъ, ни разу, хотя бы случайно, не назвалъ вѣрно, а судя потому, какія онъ давалъ опредѣленія, несомнѣнно нужно было заключить, что онъ знаетъ денежные знаки не только мѣднаго чекана, но серебрянаго и болѣе того. Если испытуемый свободно говоритъ 20-ть копѣекъ, 15-ть или пятиалтынный, гривенникъ, пятакъ, рублевка и проч., то очевидно эти названія (понятія) денежныхъ знаковъ усвоены имъ были раньше, усвоены не теоретически, а непосредственно — практически. При этомъ характерно для П—ва было то, что онъ при опредѣленіи достоинства кредитныхъ билетовъ не руководился обычнымъ, свойственнымъ безграмотнымъ лицамъ, способомъ—это цвѣтъ бумажки, онъ разсматривалъ и теръ какъ разъ противоположную сторону. Судя по поведенію онъ прекрасно различалъ, который служитель, который больной, кто умный, кто глупый. При опросахъ же со стороны врача онъ называлъ умнымъ и здоровымъ такого больного, котораго ужъ никакъ нельзя было назвать умнымъ. Еще болѣе П—въ выдавалъ себя при изслѣдованіи кожной болевой чувствительности и состоянія высшихъ органовъ чувствъ. Онъ, напр., говорилъ „не больно“, когда зрачекъ давалъ ясную реакцію противоположнаго характера. При изслѣдованіи цвѣтоощущенія въ первый же сеансъ ясно было, что онъ основныя цвѣта долженъ различать, потому что почти всѣ ихъ называлъ. При изслѣдованіи органовъ обонянія и вкуса также тактика—говорить наоборотъ или совершенно не то, что очевидно само по себѣ. Такъ растворъ хинина, по его, являлся чуть не сладкимъ, 10% растворъ соляной кислоты назвалъ водою, запахъ дегтя ему не знакомъ, а бергамотовое масло не хорошо пахнетъ. При изслѣдованіи слуха показанія сбивчивыя и противорѣчивыя. При этомъ нужно имѣть въ виду, что П—въ давалъ показанія не торопясь, обдумывая, будто онъ желалъ, на самомъ дѣлѣ, сказать все вѣрно, но чѣмъ болѣе обдумывалъ, тѣмъ нелѣпѣе отвѣчалъ...

Однако П—въ не всегда говорилъ нелѣпности, иногда онъ высказывалъ и дальновидныя соображенія. Но такого рода сужденія врачамъ непосредственно отъ него не удавалось слышать, онъ такъ говорилъ только съ тѣмъ, кому довѣрять. Такъ онъ, какъ мы видѣли, прекрасно рассчиталъ, сколько можетъ механикъ Лѣчебницы получить барыша отъ отопленія.

На основаніи вышеизложенныхъ даныхъ и ихъ анализа мы высказали заключеніе, что П—въ, за время пребыванія его въ Лѣчебницѣ, а равно и въ моментъ совершенія имъ преступленія, душевнымъ разстройствомъ не былъ одержимъ, ненормальныя же явленія, обнаруженныя имъ въ Каз. Окр. Лѣчебницѣ, должны быть отнесены къ притворству.

Нельзя было сомнѣваться въ томъ, что, пробудь П—въ въ Лѣчебницѣ подольше, онъ сравнительно въ скоромъ бы времени измѣнилъ свою тактику и объявился бы тѣмъ, что онъ есть на самомъ дѣлѣ. Пробывъ въ Лѣчебницѣ около 2-хъ мѣсяцевъ, онъ уже началъ сильно тяготиться тѣмъ вниманіемъ, какое ему оказывали врачи... Не даромъ онъ высказывалъ угрозу побить директора за то, что тотъ постоянно къ нему пристааетъ.

Дѣйствительно, чрезъ 18 дней (3 мая) послѣ выписки изъ Лѣчебницы, П—въ былъ снова допрошенъ судебнымъ слѣдователемъ и здѣсь онъ никакихъ нелѣпостей не проявилъ, напротивъ очень подробно сообщилъ о своемъ семейномъ положеніи и о прошлой жизни, совершенно согласно со свидѣтельскими показаніями. Далѣе, 30 мая т. г., уѣздный врачъ, свидѣтельствовавшій П—ва, тоже не нашелъ у него „никакихъ явленій неправильности душевныхъ и умственныхъ отправления“. На вопросы, предлагаемые по разному поводу, П—въ отвѣчалъ ясно и логично“.

Въ концѣ іюля 1895 г. Дмитрій П—въ снова былъ помѣщенъ Окружнымъ Судомъ въ Лѣчебницу, но характеръ поведения испытуемаго остался прежній; поэтому и заключеніе о состояніи его душевной дѣятельности осталось безъ измѣненія. Въ распорядительномъ засѣданіи Окружнаго Суда П—въ при-



знанъ былъ здоровымъ. Въ публичномъ же засѣданіи Суда П—въ такъ себя проявилъ, что присяжные засѣдатели и судьи не нашли возможнымъ продолжать и кончить процессъ. Дѣло было отложено и только въ августѣ 1896 г. было опять назначено къ слушанію. Я былъ вызванъ въ качествѣ эксперта.

Изъ показаній свидѣтелей, допрошенныхъ на Судѣ, оказалось, что П—въ среди своихъ знакомыхъ считался человѣкомъ умнымъ, толковымъ, хорошимъ мастеромъ, такъ что на заводѣ получалъ усиленную плату. По выходѣ изъ Лѣчебницы, по словамъ тюремной администраціи, П—въ за все его пребываніе въ тюрьмѣ особеннымъ себя ничѣмъ не проявлялъ, находился въ общей камерѣ, спалъ и ѣлъ хорошо, ничѣмъ порядковъ камеры не нарушалъ, ни разу не былъ штрафованъ и вообще ему не дѣлалось никакихъ замѣчаній, разговаривалъ больше съ однимъ арестантомъ, съ другими же избѣгалъ бесѣдовать. На судѣ же П—въ проявилъ себя совсѣмъ неожиданнымъ образомъ. На обычные вопросы предсѣдателя говорилъ нелѣпости, говорилъ и держалъ себя крайне грубо, дерзко и даже цинично, отвѣчалъ не вставая, садился не туда, куда ему указывали. При разспросахъ и осмотрѣ врачомъ онъ держалъ себя возбужденно, ругался, говорилъ отрывочныя нелѣпости, говорилъ, что присутствующіе не люди, а собаки, которыя пришли на свадьбу... Словомъ характеръ его рѣчи и поведения, за исключеніемъ возбужденія и цинизма, былъ тотъ же, что и въ Лѣчебницѣ.

На основаніи, во первыхъ, данныхъ, полученныхъ при клиническомъ наблюденіи Дмитрія П—ва, во вторыхъ, на основаніи показаній свидѣтелей, бывшихъ на Судѣ, и, въ третьихъ, на основаніи непосредственнаго опроса и осмотра подсудимаго мы высказали заключеніе, что Дмитрій П—въ въ моментъ совершенія имъ преступленія не былъ одержимъ душевнымъ разстройствомъ, въ таковомъ же состояніи онъ находится и въ данное время, а ненормальное поведеніе есть результатъ при- творства.

Судъ согласился съ нашимъ заключеніемъ, и П—въ признанъ былъ вмѣняемымъ.

## О сращеніи или одеревенѣлости позвоночнаго столба, какъ особой формѣ заболѣванія.

Проф. В. Бехтерева.

Въ 1892 году я опубликовалъ во Врачѣ и въ Neurol. Centralbl. работу подъ заглавіемъ: „Одеревенѣлость позвоночника съ его искривленіемъ, какъ особая форма заболѣванія“, въ которой на основаніи пяти представившихся мнѣ наблюденій я старался выяснитъ симптоматологію особаго и еще очень мало извѣстнаго въ невропатологической литературѣ пораженія, выражавшагося болѣе или менѣе полною неподвижностью или одеревенѣлостью, дугообразнымъ искривленіемъ кзади позвоночнаго столба и цѣлымъ рядомъ нервныхъ разстройствъ, характерныхъ для этой формы заболѣванія.

Суммарно симптомы описаннаго мною болѣзненнаго состоянія были формулированы мною тогда въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) большая или меньшая неподвижность или по крайней мѣрѣ недостаточная подвижность всего или только извѣстной части позвоночнаго столба при отсутствіи въ немъ рѣзкой болѣзненности при постукиваніи и сгибаніи; 2) дугообразное искривленіе позвоночника кзади, преимущественно въ верхней грудной области, причемъ голова представлялась нѣсколько выдвинутой впередъ и опущенной; 3) паретическое состояніе мышцъ туловища, шеи и конечностей, большею частью съ небольшою атрофіей спинныхъ лопаточныхъ мышцъ; 4) при-

тушение чувствительности преимущественно въ области развѣтвленія кожныхъ вѣтвей спинныхъ и нижнихъ шейныхъ, а иногда и поясничныхъ нервовъ; б) разнообразные признаки раздраженія со стороны тѣхъ же нервовъ въ видѣ парестезій и болей въ спинѣ и въ шейной области, а также въ конечностяхъ и въ позвоночномъ столбѣ; въ послѣднемъ въ особенности при долговременномъ сидѣннн. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ были очевидно и признаки раздраженія со стороны двигательныхъ нервовъ. Такъ, въ одномъ случаѣ былъ родъ судорожнаго подергиванія рукъ и ногъ, появлявшагося вслѣдъ за чувствомъ щекотанія въ локтевыхъ и подколенныхъ областяхъ. Въ другомъ случаѣ имѣлись сведенія верхнихъ и нижнихъ конечностей.

Къ этому необходимо прибавить, что изъ тѣхъ же наблюденій я убѣдился, что упомянутое выше паретическое состояннє мышцъ туловища и шеи нерѣдко приводитъ къ трудному поддержанню головы, которую клонить впередъ и внизъ, и къ нарушенню дыхання, которое становится исключительно брюшнымъ; при этомъ грудная клѣтка, отчасти вслѣдствнє горбатости позвоночника, отчасти же вслѣдствнє паретическаго состояння межреберныхъ мышцъ, рѣзко уплощается и почти не участвуетъ въ дыханнн даже при произвольномъ усиленнн дыхательныхъ движеннй.

Надо замѣтить, что вышеприведенное представляетъ собою лишь весьма сжатые итоги клиническихъ симптомовъ этого заболѣвання, которые подробно описаны въ представленныхъ мною отдѣльныхъ случаяхъ. Все, впрочемъ, важное изъ клиническаго описання отдѣльныхъ случаевъ будетъ приведено мною впоследствии, теперь же замѣчу, что въ этиологнн трехъ ранѣе описанныхъ мною случаевъ, въ которыхъ имѣлись анамнестическня свѣдѣння, отмѣчены мною наслѣдственность и травматическое поврежденнє спины, которое играло несомнѣнную роль въ развитнн болѣзни въ двухъ случаяхъ; въ третьемъ случаѣ на этотъ этиологическнй моментъ не было обращено

вниманія. Что касается наслѣдственности, то она отмѣчена была во всѣхъ трехъ случаяхъ.

Достойно вниманія, что развитіе болѣзни во всѣхъ случаяхъ происходило хотя и медленно, но прогрессивно. Выше описанное заболѣваніе и до сихъ поръ представляется еще весьма малоизвѣстнымъ въ невропатологической литературѣ. Лишь въ недавно вышедшемъ учебникѣ нервныхъ болѣзней проф. Oppenheim'a (1894 г.) мы встрѣчаемъ весьма краткое описаніе, обнимающее не много болѣе одной странички, особой формы пораженія позвоночника, озаглавленное „Die Arthritis deformans der Wirbelsäule“.

Симптоматологія этого пораженія Oppenheim'омъ представлена слѣдующимъ образомъ: „Страданіе сопровождается болями; эти боли локализируются въ позвоночномъ столбѣ и усиливаются при попыткахъ къ движенію. Къ этому нерѣдко присоединяются *корешковые симптомы*; такъ какъ for. intervertebralia, вслѣдствіе новообразованія кости, сдуживаются, то корешки подвергаются медленно нарастающему сдавливанію, которое приводитъ къ стрѣляющимъ болямъ (*Intercostal-Brachial-Cruralneuralgie*) и къ *атрофическому параличу* въ области мышцъ конечностей. Послѣдній почти никогда не представляется полнымъ. Если одновременно имѣется arthritis deformans остальныхъ сочлененій, то нелегко опредѣлить—можетъ ли быть отнесена мышечная атрофія на воспаленіе нервовъ, или же она стоитъ въ прямой зависимости отъ мѣстнаго пораженія сочлененій. Въ одномъ сомнительномъ случаѣ, который я видѣлъ, дало возможность рѣшить вопросъ электрическое изслѣдованіе. Обнаруженіе реакціи перерожденія говорило за то, что дѣло идетъ о дегенеративной атрофіи, стоящей въ зависимости отъ корешковаго неврита. Только рѣдко самъ спинной мозгъ сдавливается. Но описанъ одинъ случай, въ которомъ обезображивающій артритъ произвелъ столь значительныя разрастанія на зубовидномъ отросткѣ, что это привело къ сдавленію продолговатаго мозга. Страданіе протекаетъ очень хронически, обыкновенно съ послабленіями и обо-

стреніями. Диагнозъ опирается главнымъ образомъ на обнаруженіе arthritis въ суставахъ, на неподвижность большихъ отдѣловъ или всего позвоночника—анкилозъ, остающійся и въ хлороформномъ наркозѣ, и на корешковые симптомы. Иногда ощупываніе приводитъ къ точнымъ результатамъ“.

Вотъ все, что мы встрѣчаемъ, за исключеніемъ прогноза и теченія, въ книгѣ Oppenheim'a относительно arthritis deformans позвоночника. Это описаніе во многихъ отношеніяхъ не можетъ считаться полнымъ, въ нѣкоторыхъ же частностяхъ не вполне соотвѣтствуетъ симптоматологіи пораженія, описаннаго мною подъ названіемъ „одеревенѣлости позвоночника“, хотя есть полное основаніе думать, что и въ томъ, и въ другомъ случаѣ дѣло идетъ въ сущности объ одномъ и томъ же пораженіи.

Прежде однако, чѣмъ разсматривать симптоматологію этого пораженія, я приведу еще одинъ тяжелый случай сращенія или одеревенѣлости позвоночника, наблюдаемый мною въ послѣднее время въ клиникѣ нервныхъ болѣзней.

Больной Э., 52 лѣтъ отъ роду, уроженецъ Ковенской губерніи, отставной фельдшеръ. Отецъ больного пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ, не пилъ, велъ постоянно умеренный образъ жизни и умеръ на тридцатомъ году жизни отъ брюшного тифа. Мать умерла шестидесяти пяти лѣтъ и отличалась всегда крѣпкимъ здоровьемъ. Среди родныхъ больного никогда не было случаевъ заболѣванія душевными или нервными болѣзнями, многіе изъ нихъ отличались долголѣтіемъ, проживая до семидесяти пяти и до восьмидесяти лѣтъ. Самъ больной на 3 году отъ роду перенесъ натуральную оспу, на 10 году болѣлъ корью, а на 37 году заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился не исправно: принималъ іодистый калий и то не долгое время, втираній же совсѣмъ не дѣлалъ. 10 лѣтъ тому назадъ больной перенесъ брюшной тифъ и кромѣ того страдалъ довольно часто лихорадками. Лѣтъ 6 тому назадъ имѣлъ сильный ушибъ, вслѣдствіе паденія на бокъ. Кромѣ того еще ранѣе, лѣтъ 30 назадъ, онъ также подвергся сильному ушибу. Больной недавно женился и имѣетъ дочь, родившуюся въ срокъ, которая совершенно здорова. Злоупотребленій алкоголемъ никогда не было и больной жилъ всегда

умѣренно. 4 года тому назадъ у него безъ всякой причины появился зудъ на лѣвой половинѣ груди, усиливавшійся во время потѣнія и проходившій отъ растиранія. Черезъ годъ на этихъ же мѣстахъ появились жгучія боли, періодически усиливавшіяся. Отъ растиранія онѣ обыкновенно проходили. Съ февраля мѣсяца 1894 года эти боли приняли стрѣляющій характеръ и распространялись въ видѣ пояса на обѣ половины грудной кѣтки, хотя сильнѣе выражались почти всегда съ лѣвой стороны и обыкновенно сопровождались сильнымъ зудомъ. Боли были настолько сильны и постоянны, что больной совсѣмъ лишился сна и могъ засыпать только съ хлораломъ. Послѣ лѣченія въ теченіе двухъ мѣсяцевъ хлораломъ, салициловымъ натромъ и іодистымъ калиемъ боли стали появляться рѣже, но все еще имѣли колющій характеръ. Лѣтомъ 1894 года больной лѣчился ваннами въ Старой Руссѣ. Вначалѣ онъ чувствовалъ себя хорошо, но къ осени опять появилось ухудшеніе, боли возобновились. Въ настоящее время больной жалуется на сильныя стрѣляющія боли въ окружности лѣваго соска и въ лѣвой лопаткѣ. Боли эти вызываются каждый разъ, когда больной обѣ руки и особенно лѣвую приведетъ къ груди, поэтому онъ всегда держится въ согнутой позѣ съ отведенными отъ туловища руками. Боли настолько иногда бываютъ сильны, что, по его словамъ, вызываютъ даже головокруженіе. Когда у больного развиваются запоры и животъ вздувается газами, то эти боли распространяются въ лѣвую ногу, а иногда и въ лѣвую руку и даже въ правыя конечности и вмѣстѣ съ тѣмъ вызываютъ спазмы въ кишкахъ, а иногда и эрекцію члена. Слѣдуетъ кромѣ того замѣтить, что въ рукахъ и ногахъ больной почти всегда ощущаетъ холодъ, онѣменіе и ползаніе мурашекъ.

При наружномъ осмотрѣ больного при поступленіи въ клинику въ 1895 году было отмѣчено слѣдующее: грудная кѣтка въ передне-заднемъ діаметрѣ немного сужена. Съ передней поверхности она сильно уплощена, реберныя промежутки вдавлены. Напротивъ того, въ боковомъ діаметрѣ и именно въ нижней своей части грудная кѣтка расширена, ребра при дыханіи состоятся неподвижными, и дыханіе поэтому представляется исключительно брюшнымъ. Позвоночникъ представляетъ равномерное искривленіе въ грудной своей части съ выпуклостью кзади; при постукиваніи не болѣзненъ; лишь при сильномъ постукиваніи въ области остистаго отростка третьяго груднаго позвонка обнаруживается слабая

болѣзненность. Зрачки нѣсколько сужены. Измѣненій со стороны поля зрѣнія нѣтъ. Больной жалуется на скорую усталость при ходьбѣ, задержку мочеиспусканія и на запоры. Въ грудной части позвоночникъ совершенно неподвиженъ; въ шейной же и поясничной части движенія позвоночника крайне ограничены. Изъ кожныхъ рефлексовъ межлопаточный ясно выраженъ на правой сторонѣ, брюшной и надчревной отсутствуют на обѣихъ сторонахъ, ягодичный справа ясно выраженъ, а слѣва отсутствуетъ. Рефлексъ cremaster'a повышенъ, равно какъ и подошвенный. Изъ сухожильныхъ рефлексовъ локтевые (на triceps и biceps), а также и колѣнный на обѣихъ ногахъ сильно повышены. Рефлексы ахиллова сухожилия хорошо выражены оба, но яснѣе съ правой стороны. Мышечная сила правой руки 25 килогр., а лѣвой 24 килогр. Мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ достаточная. Мышечное чувство нигдѣ не нарушено. При изслѣдованіи больного уколами булавки на большей части груди и грудной части спины кромѣ болевого чувства онъ испытываетъ чувство жженія, а при болѣе сильныхъ уколахъ на означенныхъ мѣстахъ является сильный зудъ. Чувствительность къ фарадическому току представляется по вышеуказаннымъ границамъ повышенной. вмѣстѣ съ тѣмъ въ области лѣваго соска и въ надлопаточной области обнаруживается легкая анестезія. Осязательная чувствительность представляетъ также извращеніе, такъ какъ вмѣсто осязательнаго раздраженія воспринимается чувство жженія и зуда въ кожѣ. Мѣстами въ тѣхъ же областяхъ наблюдается температурная анестезія, выражающаяся пониженіемъ чувствительности къ холоду и извращеніемъ ощущенія. Въ рукахъ и ногахъ болевая чувствительность ослаблена, особенно она понижена въ рукахъ. Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки также существуютъ разстройства функций, выражающіяся у больного небольшой задержкой при мочеиспусканіи и запоромъ.

Съ тѣхъ поръ болѣзненное разстройство представляло мало существенныхъ перемѣнъ. Первоначально оказали благоприятное вліяніе на болевья ощущенія въ груди систематически производимыя подвѣшиванія на видоизмѣненномъ мною аппаратѣ Спримона и долговременное примѣненіе іодистаго калия и ваннъ, но со временемъ больной пересталъ переносить подвѣшиванія, вслѣдствіе чего пришлось отъ нихъ отказаться; равнымъ образомъ іодистое лѣченіе и примѣненіе ваннъ оказалось безъ вліянія. Мало по малу состояніе больного нѣ-

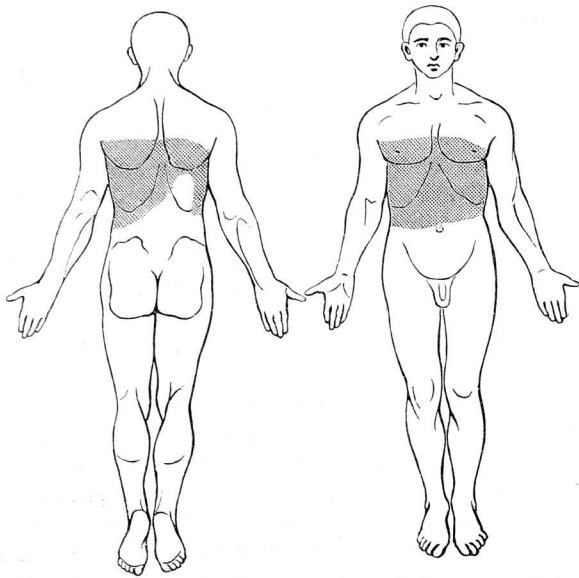
сколько ухудшилось главнымъ образомъ въ отношеніи субъективныхъ разстройствъ.

Въ общемъ состояніе больного въ 1896 году какъ во время демонстраціи его въ научномъ собраніи врачей клиники 15 апрѣля 1896 г., такъ и нынѣ представляется однимъ и тѣмъ же, и я поэтому ограничусь здѣсь однимъ общимъ описаніемъ состоянія больного въ теченіе 1896 года. У больного имѣется въ прежней степени округлая горбатость въ верхней части грудного и нижней части шейнаго отдѣла позвоночника. вмѣстѣ съ тѣмъ обращаетъ на себя вниманіе отсутствіе компенсирующаго лордоза въ шейной и поясничной области. Ощупываніе позвоночника даетъ совершенно отрицательныя данныя. Голова вслѣдствіе искривленія выдвинута впередъ, грудь, напротивъ того, представляется уплощенной и съ вдавленіемъ межреберныхъ промежутковъ вслѣдствіе атрофіи дыхательныхъ мышцъ. Благодаря этому, животъ и тазъ нѣсколько выдвинуты впередъ; колѣна слегка подогнуты. Позвоночникъ представляется совершенно неподвижнымъ какъ въ грудной, такъ и въ нижней шейной области; лишь въ поясничной и въ верхней шейной области позвоночникъ представляетъ крайне ограниченную подвижность. Походка больного представляется крайне своеобразною: больной ходитъ съ широко разставленными ногами, причемъ недостатокъ подвижности позвоночника онъ замѣняетъ болѣе значительнымъ подгибаніемъ ногъ. Кромѣ того, по словамъ больного, онъ не можетъ долго ни сидѣть, ни стоять, а долженъ либо лежать, либо постоянно передвигать ногами, что будто бы облегчаетъ его боли. По временамъ онъ поэтому топчется на мѣстѣ, поочередно поднимая свои ноги; по его заявленію, въ этомъ случаѣ ноги будто бы сгибаются сами собою, помимо его воли.

При изслѣдованіи мышечной системы не трудно замѣтить ясныя, хотя и не очень рѣзкія, явленія атрофіи въ правой лопаточной области и въ плечевой части правой руки; въ плечевой части лѣвой руки атрофія также имѣется, но выражена слабѣе, въ правой же лопаточной области она представляется едва замѣтною, между тѣмъ предплечье и кисть не обнаруживаютъ никакихъ вообще слѣдовъ атрофіи; достойно также вниманія болѣе или менѣе ясно выраженное западеніе межреберныхъ промежутковъ, указывающее на атрофіи дыхательныхъ мышцъ; правый плечевой суставъ при движеніи представляется ясно болѣзненнымъ, и движенія руки кзади и квер-



ху вслѣдствіе того ограничены. Другіе суставы здоровы. Дыханіе исключительно брюшное, грудь же остается неподвижною не только при обыкновенномъ дыханіи, но и при произвольномъ усиленіи дыханія. По словамъ больного, дыханіе его не представляется свободнымъ; ему не даетъ свободно дышать стѣсненіе въ груди и развивающіяся вмѣстѣ съ тѣмъ болѣзненные ощущенія въ грудной области. Что касается мышечной силы, то можно лишь отмѣтить нѣкоторую, впрочемъ нерѣзко выраженную, слабость верхнихъ и нижнихъ конечностей, хотя всѣ движенія выполняются правильно. Походка съ мелкими шагами, шаткая. При поворотахъ больной поворачивается разомъ всѣмъ туловищемъ. Въ мѣстахъ атрофіи мышцъ замѣтное ослабленіе фарадической возбудимости, но ясно выраженной реакціи перерожденія нигдѣ не обнаруживается. При давленіи на нервные стволы верхнихъ конечностей замѣчается небольшая чувствительность. Также и давленіе на *n. sciralis* вызываетъ нѣкоторую болѣзненность.

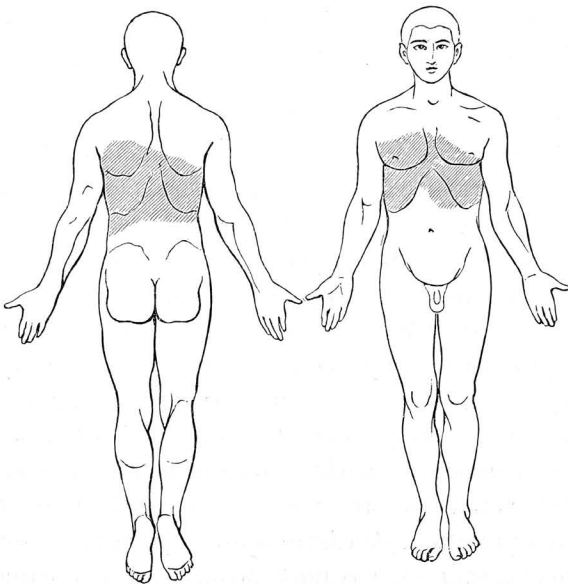


Фиг. 1 и 2.

Область гиперѣстезіи и дизѣстезіи (прикосновеніе пальцемъ вызываетъ не-приятное жженіе; уколы булавкой и легкое царапаніе вызываютъ крайне рѣзкое ощущеніе боли и оставляютъ послѣ себя продолжительное жженіе.

Рефлексы верхних конечностей замѣтно повышены. Коленные рефлексы слабы. Кожные рефлексы въ мѣстахъ гиперестезіи рѣзко повышены, въ остальныхъ областяхъ нормальны.

Исслѣдованіе чувствительности показываетъ рѣзкій поясъ гиперестезіи осязательной и болевой чувствительности во всей грудной области, какъ на задней, такъ и на передней поверхности тѣла (фиг. 1 и 2). Малѣйшее раздраженіе, хотя бы даже проведеніе пальцемъ по ребрамъ, вызываетъ страшную боль, которая вызываетъ даже рефлекторныя движенія. Въ шейной области, въ особенности слѣва, и частью въ верхней лопаточной области замѣчается даже нѣкоторая анестезія. Между прочимъ обращаетъ на себя вниманіе дизестезія въ мѣстахъ, гдѣ обнаруживается повышенная чувствительность. Такъ, вмѣсто боли или осязательнаго ощущенія больной испы-



Фиг. 3 и 4.

Разстройство температурной чувствительности (пониженіе чувства тепла и холода, мѣстами-же въ этой области обнаруживается извращеніе: холодъ воспринимается какъ тепло, а рѣзкія тепловыя раздраженія вызываютъ чувство ломоты.

тываетъ чувство рѣзкаго жженія или зуда. Кромѣ того у больного поражаетъ особенная продолжительность болѣзненнаго ощущенія (жженія, зуда). Такъ, напр., при легкомъ проведеніи пальцемъ по груди чувство рѣзкаго болѣзненнаго жженія длится до 12 секундъ. Подъ вліяніемъ гиперѣстезіи больной даже рубашку держитъ приподнятою, чтобы она не касалась груди. Онъ избѣгаетъ также сидѣть, а старается оставаться на ногахъ. Не смотря на повышенную болевую и осязательную чувствительность, у больного почти въ тѣхъ же областяхъ обнаруживается пониженіе чувства тепла и холода; мѣстами же чувство холода замѣняется ощущеніемъ тепла, тогда какъ рѣзкія температурныя раздраженія вызываютъ чувство ломоты (фиг. 3 и 4). Кромѣ того у больного обнаруживаются и самостоятельныя ощущенія въ видѣ парѣстезій въ грудной области и боли въ груди и рукахъ, отчасти даже въ нижнихъ конечностяхъ. По его словамъ, движеніе нижнихъ конечностей и переступаніе съ мѣста на мѣсто облегчаетъ его болевыя ощущенія въ области груди, и онъ часто прибѣгаетъ къ этимъ движеніямъ въ періодѣ обостренія болей.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ тою формою заболѣванія, которая описана мною подъ названіемъ „одеревенѣлости позвоночника“ и которая также удобно можетъ быть названа сращеніемъ позвоночнаго столба. Въ пользу этого говоритъ какъ неподвижность позвоночника, такъ и цѣлый рядъ корешковыхъ симптомовъ въ грудной области, выражающихся болями, гиперѣстезіей, парезами, атрофіей мышцъ, затрудненнымъ движеніемъ, паретической слабостью верхнихъ и нижнихъ конечностей и медленно нарастающимъ ходомъ болѣзненнаго процесса. По сравненію съ ранѣе описанными мною наблюденіями особенно рѣзкими въ данномъ случаѣ представлялись симптомы со стороны чувствительности въ видѣ мучительныхъ болей и гиперѣстезіи въ грудной области. Надо однако замѣтить, что субъективные симптомы со стороны чувствительности въ большей или меньшей степени обнаруживались и во всѣхъ другихъ случаяхъ. Достойно вниманія также, что здѣсь при постукиваніи позвоночника наблюдалась мѣстная его чув-

ствительность въ области 3-го шейнаго позвонка и въ грудной области.

Подобная же мѣстная чувствительность наблюдалась также и въ одномъ изъ прежде описанныхъ мною случаевъ.

Въ остальномъ представленный случай ничѣмъ существеннымъ не выдѣляется изъ ранѣе опубликованныхъ мною наблюдений. Заслуживаетъ вниманія, что и въ немъ, какъ и въ двухъ изъ ранѣе описанныхъ случаевъ, травма отмѣчалась въ числѣ этиологическихъ моментовъ. Напротивъ того, наследственныхъ условій заболѣванія, наблюдавшихся въ 3-хъ, ранѣе мною опубликованныхъ случаяхъ, здѣсь отмѣтить не удалось. Сопоставляя только-что описанный случай съ ранѣе опубликованными мною случаями подобнаго же заболѣванія, мы приходимъ къ выводу, что у больныхъ прежде всего обращаетъ на себя вниманіе большее или меньшее искривленіе позвоночника съ выпуклостью кзади въ области плечевого пояса и почти совершенная неподвижность его во всей грудной области и затрудненная подвижность въ поясничной и нижней шейной областяхъ. Компенсаторный лордозъ поясничной и шейной области обыкновенно отсутствуетъ; тазъ вѣскольео выпяченъ кпереди, ноги въ колѣнномъ сочлененіи слегка подогнуты при стоянн и ходьбѣ. Походка представляетъ обыкновенно тѣ или другія, иногда крайне своеобразныя, явленія; при поворотахъ неподвижность позвоночника обыкновенно приводитъ къ тому, что больные одновременно поворачиваютъ туловище и голову. Грудная клѣтка вслѣдствіе пареза дыхательныхъ мышцъ крайне малоподвижна даже и при усиліяхъ производить болѣе глубокіе вдохи, вслѣдствіе чего дыханіе у такого рода больныхъ всегда бываетъ исключительно брюшнымъ.

Выпрямленіе позвоночника оказывается невозможнымъ ни при какихъ вообще условіяхъ. У больныхъ нерѣдко обнаруживается лишь ограниченная сгибаемость въ поясничной части и въ шейной области, если сращеніе не распространяется на эти области. Иногда при попыткахъ къ поворачиванію чувствуется боль въ той или другой части позвоночника.

Равнымъ образомъ при постукиваніи позвоночника, поверхностномъ или глубокомъ, иногда удается обнаружить болѣзненность въ той или другой его части, большею частью впрочемъ не сильную. Вообще съ этой стороны страданіе не можетъ считаться болѣзненнымъ. Кромѣ того заслуживаетъ вниманія паретическое состояніе мышцъ груди, плечевого пояса, верхнихъ и нерѣдко даже нижнихъ конечностей и легкая атрофія мышцъ лопаточныхъ, иногда шейныхъ, а также верхнихъ конечностей и мышцъ груди.

Реакція перерожденія можетъ быть лишь въ болѣе затянувшихся случаяхъ, при болѣе или менѣе рѣзкой мышечной атрофіи, въ другихъ случаяхъ она отсутствуетъ, и обнаруживаются лишь количественныя измѣненія электрической возбудимости въ смыслѣ ея пониженія. Чувствительность обычно при этой болѣзни поражается съ самаго начала, причемъ наблюдается болѣе или менѣе ясное ея пониженіе въ областяхъ развѣтвленія тѣхъ нервовъ, которыя соотвѣтствуютъ пораженной части позвоночника. Иногда наблюдается расщепленіе чувствительности: аналгезія и термическая анестезія при сохраненіи осязательной чувствительности. Кромѣ того, могутъ наблюдаться и дизэстезіи, какъ показываетъ послѣдній случай.

Въ тѣхъ же областяхъ обнаруживаются болѣзненныя ощущенія и различнаго рода парэстезіи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкія гиперэстезіи чаще всего въ области груди, рукъ и туловища, иногда удается отмѣтить и чувствительность пораженныхъ нервныхъ стволовъ къ давленію. Рефлексы измѣняются различно: межлопаточный и чревный чаще всего отсутствуютъ; сухожильные рефлексы конечностей нерѣдко повышены, въ особенности колѣнные, хотя бываютъ и исключенія. Функціи тазовыхъ органовъ или не поражаются вовсе, или же поражаются лишь въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни. Иногда обнаруживается поврежденіе тѣхъ или другихъ суставовъ конечностей, но это далеко не составляетъ правила.

Ощупываніе позвоночника рѣдко обнаруживаетъ какія либо спеціальныя измѣненія. Процессъ обнаруживаетъ почти всегда наклонность къ прогрессированію, причемъ однако не наблюдается особенно рѣзкихъ колебаній въ болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь развивается въ пожиломъ возрастѣ. Возможны ли случаи ранняго заболѣванія—остается неизвѣстнымъ. Въ этиологическомъ отношеніи слѣдуетъ имѣть въ виду, независимо отъ общихъ условій организма, травму и наследственность.

Что касается патологической анатоміи настоящаго заболѣванія, то, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще въ этомъ отношеніи мы не имѣемъ хорошо прослѣженныхъ случаевъ со вскрытіемъ. Но на основаніи клиническихъ симптомовъ слѣдуетъ предполагать, что вмѣстѣ съ развитіемъ подъ вліяніемъ основнаго процесса сращенія позвоночнаго столба въ пораженіе вовлекаются спинно-мозговые корешки, подвергающіеся славливанію; вмѣстѣ съ тѣмъ вѣроятно хроническій воспалительный процессъ захватываетъ собою и наружные слои твердой мозговой оболочки и окружающей ея кѣлѣчатки, какъ объ этомъ я говорилъ уже въ первомъ своемъ сообщеніи.

Предсказаніе *quo ad valetudinem* безспорно должно считать въ этой болѣзни неблагопріятнымъ. При лѣченіи, на мой взглядъ, слѣдуетъ имѣть въ виду ванны, вытяженіе позвоночнаго столба, отвлекающія на позвоночникъ, массажъ и продолжительные приемы іода внутрь.

---

Изъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней Варшавскаго Университета.

## къ дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита.

### поліэстезія и макроэстезія.

Проф. А. Е. Щербана и Д-ра И. И. Иванова.

Въ теченіе 1894/95 учебнаго года мы имѣли возможность наблюдать въ клиникѣ слѣдующій случай.

Больной, Адамъ М-скій, 30 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 декабря 1894 года. Заболѣлъ въ маѣ мѣсяцѣ того же года, послѣ того какъ поспалъ, во время послѣобѣденнаго отдыха, на землѣ. Проснувшись, почувствовалъ сильную боль въ рукѣ и ногѣ на лѣвой сторонѣ (на которой спалъ), кое-какъ дошелъ съ помощью другихъ до дому, гдѣ принужденъ былъ слечь въ постель. Ночью былъ *ознобъ*; болѣе точныхъ данныхъ относительно лихорадки сообщить не можетъ.

Одновременно съ нимъ заболѣлъ другой рабочій, спавшій рядомъ, при чемъ у того сразу отнялись руки и ноги, далѣе онъ пересталъ видѣть, говорить и понимать и, пробывъ въ такомъ состояніи 5 недѣль, умеръ.

Боли въ лѣвой рукѣ и ногѣ у нашего больного длились около полутора мѣсяца, при чемъ двигательная способность, повидимому, не была замѣтно ослаблена; затѣмъ больной немного оправился и снова вышелъ на работу. Работать могъ однако плохо, въ виду продолжавшей оставаться слабости, и чрезъ 2 недѣли заболѣлъ снова. На этотъ разъ боли появились

въ конечностяхъ *правой стороны* и достигали чрезвычайной интенсивности. Въ первые два дня во время этого второго приступа болѣзни, больной какъ бы ослѣпъ,—пересталъ видѣть окружающее, далѣе во время одного изъ приступовъ болей вскочилъ съ кровати, схватилъ образа и бросилъ ихъ на полъ, затѣмъ взялъ ножъ и хотѣлъ зарѣзать отца и себя. Всѣ упомянутые поступки совершены были имъ въ безпамятствѣ: когда на 3-ій или 4-ый день онъ пришелъ въ себя, то ничего не помнилъ, что съ нимъ было. Происходили-ли эти явленія при повышенной температурѣ, больной не помнитъ. Боли въ рукахъ и ногахъ оставались долѣе и постепенно развились явленія паралича, при чемъ больной потерялъ способность ходить и могъ передвигаться лишь съ трудомъ, ползкомъ по полу. Одновременно съ началомъ заболѣванія замѣтилъ появленіе запоровъ, затрудненіе мочеиспусканія и потерю эрекцій.

Больной живетъ въ посадѣ, вблизи г. Варшавы, занимается плотничьей работой. Условія жизни довольно тяжелыя, особенно послѣднее время, когда, для поддержки семьи, приходилось усиленно работать. Прежде былъ всегда здоровъ, въ частности никогда не страдалъ нервными припадками, водку пилъ очень умѣренно, курилъ мало. Сифилиса не было. Женатъ около 7 лѣтъ, имѣетъ 2 дѣтей, выкидышей у жены не было. Со стороны врожденнаго предрасположенія можно отмѣтить только, что отецъ больного потаторъ.

При поступленіи въ клинику больной жаловался на сильныя боли въ правой ногѣ и рукѣ. Боль эта временами усиливается до чрезвычайной степени. Въ лѣвой половинѣ боли хотя и имѣются, но не особенно беспокоятъ.

Ислѣдованіе больного дало слѣдующіе результаты:

Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, посредственнаго питанія. Кожные покровы нормальной окраски, сыпей и язвъ не замѣчается. Паховыя железки слегка увеличены. Суставы безъ измѣненій. Черепъ симметриченъ, при ощупываніи и постукиваніи не болѣзненъ. Позвоночникъ нормальной конфигураціи, въ области 2-го грудного позвонка легкая болѣзненность при прикосновеніи; давленіе на плечи и голову не болѣзненно. T°37,0.—Аппетитъ сохраненъ. Со стороны желудочно-кишечнаго канала имѣется только *запоръ*, появившійся со дня заболѣванія, длится около 2-3-хъ дней



(до заболѣванія стулъ бывалъ ежедневно). Моча въ качественномъ и количественномъ отношеніяхъ безъ измѣненій, однако выведение ея затруднено—струя часто прерывается, при чемъ больному приходится сильно натуживаться; произвольнаго мочеиспусканія нѣтъ. Со стороны органовъ брюшной полости, дыханія и кровообращенія ничего особеннаго не имѣется.

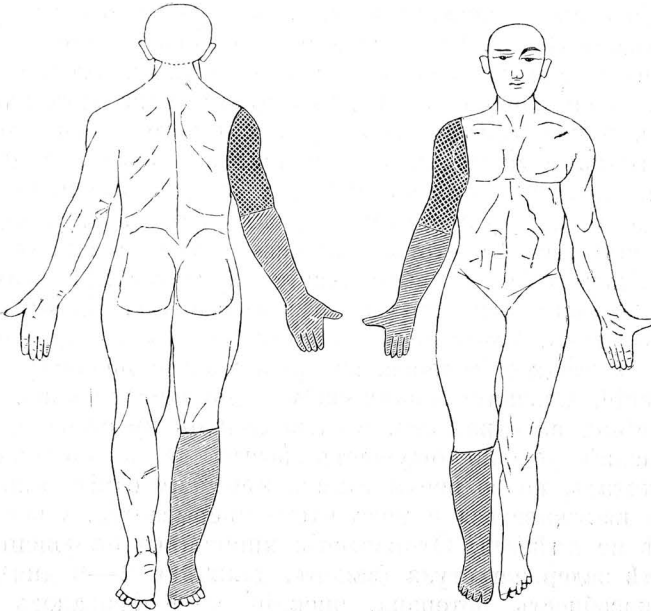
*Нервная система.*—Выраженіе лица осмысленное. Умственные способности не ослаблены, память хорошая. Рѣчь внятная, свободная, отвѣчаетъ на вопросы вполне толково. Больной очень впечатлителенъ; настроеніе духа весьма измѣнчиво; легко поддается уговариваніямъ. Сонъ плохой—отъ постоянныхъ болей. Стоять не можетъ, передвигается только ползкомъ. Питаніе мышцъ посредственное, тонусъ ихъ пониженъ, за исключеніемъ сгибателей голени съ правой стороны, которые представляются тонизированными. Замѣтнаго исхуданія въ мышцахъ не обнаружено. При измѣреніи конечностей на симметричныхъ мѣстахъ лентою найдено:

	Справа:	Слѣва.
предплечіе . . .	24,0.	24,0.
плечо . . . . .	26,0.	25,0.
голень . . . . .	28,0.	30,0.
бедро . . . . .	35,0.	35,0 снт.

Сила въ правой рукѣ рѣзко понижена, больной почти не въ состояніи пожать руку. Такое же пониженіе силы находимъ и въ правой нижней конечности. Правая верхняя конечность свободно опущена. Подниманіе ея вверхъ ограничено до высоты ключицы: выше поднять руку больной не въ состояніи изъ-за сильныхъ болей, идущихъ изъ подмышечной ямки. Кисть согнута въ лучезапястномъ сочлененіи, экстензія совершается съ трудомъ и не полно; пальцы слегка согнуты; большой палецъ приближенъ къ другимъ и также флексированъ. Супинація при вытянутой рукѣ затруднена. Правая нижняя конечность согнута въ колѣнномъ суставѣ. Распрявленіе невозможно вслѣдствіе сильнаго напряженія мышцъ (сгибателей голени) и сильной болѣзненности. Экстензія пальцевъ и флексія стопы понижены. Стопа въ положеніи *pes*

equino-vagus. Иногда въ мышцахъ бедра наступаютъ незначительныя фибриллярныя подергиванія. Верхняя и нижняя конечности лѣвой стороны не представляютъ ничего особеннаго. Механическая возбудимость мышцъ и нервовъ нѣсколько повышена, особенно на правой сторонѣ. Сухожильные рефлексы рѣзко измѣнены—на лѣвой верхней конечности получаютъ рефлексъ только съ *m. bicipit.*, на правой—они отсутствуютъ. Коленные рефлексъ и съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ съ обѣихъ сторонъ. Кожные рефлексъ напротивъ того рѣзко усилены, съ обѣихъ сторонъ равномерно (на *epigastrium*, брюшной, подошвенный и съ *cremaster*'овъ).

Схема 1.



Чувство прикосновенія, температуры, давленія и мѣста не представляютъ замѣтныхъ измѣненій, болевая-же чувствительность довольно значительно понижена въ области плеча, предплечія (менѣе значительно) и голени на правой сторонѣ (См. схему № 1). На этой же сторонѣ мышцы плеча, осо-

бенно въ области *m. tricipitis* и голени, рѣзко болѣзненны даже при легкомъ давленіи.

*N. n. radialis* и *medianus* замѣтно утолщены, при чемъ на *n. medianus* въ средней части плеча находимъ узловатое вздутіе. Легкое надавливаніе на эти нервы вызываетъ въ высшей степени интенсивную боль. Тоже получается при надавливаніи на *n. peroneus* надъ головкой *fibulae*. Надавливаніе на нервы конечностей лѣвой стороны вызываетъ тоже боль, но значительно менѣе интенсивную. Изъ субъективныхъ разстройствъ чувствительности обращаютъ вниманіе парестезіи въ видѣ ощущенія песка въ конечныхъ фалангахъ пальцевъ (особенно 1-го, 2-го и 3-го) правой руки и чувства онѣмѣнія въ голени („какъ-бы мертвая“).

Со стороны черепно-мозговыхъ нервовъ особыхъ разстройствъ не имѣется. Изслѣдованіе обонянія затруднено вслѣдствіе существующаго у больного катарра носа. Видитъ хорошо обоими глазами, хорошо различаетъ цвѣта. При офтальмоскопированіи и изслѣдованіи поля зрѣнія ничего особеннаго. Глазныя мышцы функционируютъ правильно, нистагма не замѣчается. Зрачки довольно широки, лѣвый нѣсколько шире праваго, хорошо реагируютъ на свѣтъ, боль, аккомодацию и содружественно. Со стороны лицевыхъ мышцъ ничего особеннаго. Языкъ свободно высовывается и слегка при этомъ дрожить. Язычекъ отклоненъ въ лѣвую сторону. Живые глоточныя рефлексы. Глотаніе не затруднено. Вкусъ при изслѣдованіи на сладкое, соленое, кислое и горькое не обнаруживаетъ измѣненій. Слышитъ обоими ушами одинаково хорошо. Головокруженіями не страдаетъ. Мочейспусканіе произвольное, больной вполне хорошо ощущаетъ позывы и въ состояніи ихъ задерживать, но во время самаго мочейспусканія приходится сильно натуживаться и моча часто прерывается. Струженія въ каналѣ не имѣются. Отправленія кишечника нарушены только въ видѣ задержки стула (запоръ, длящійся 2—3 дня). Половая способность потеряна, эрекціи не наблюдались со дня заболѣванія.

Изъ дальнѣйшаго теченія болѣзни отмѣтимъ только наиболѣе важныя симптомы.

Съ <sup>13</sup>/XII мочейспусканіе и стулъ становятся правильными. Съ <sup>14</sup>/XII пониженная болевая чувствительность на правыхъ

верхней и нижней конечностях выравнивается сравнительно съ симметричными участками на другой сторонѣ. <sup>16</sup>/XII пониженіе чувствительности въ правомъ плечѣ и голени смѣнилось повышеніемъ (гиперестезіей).

<sup>17</sup>/XII. Боли значительно уменьшились. Парѣстезіи въ концахъ 3 первыхъ пальцевъ правой руки и въ правыхъ стопахъ и голени въ видѣ мурашекъ.

<sup>20</sup>/XII. Сильныя боли въ правой нижней конечности и въ области правой лопатки. При проведеніи рукояткой молоточка по мышцамъ лопатки, а также по *m. deltoideus* обнаруживаются значительныя фибриллярныя подергиванія.

<sup>23</sup>/XII. Въ мышцахъ бедра и сгибателяхъ стопы сильныя фибриллярныя и фасцикулярныя подергиванія; при механическомъ раздраженіи подергиванія рѣзко усиливаются и распространяются волнообразно на широкое пространство. Сильныя боли въ правой нижней конечности.

<sup>24</sup>/XII. Фибриллярныя подергиванія въ мышцахъ правой ноги еще болѣе усилились, при флексіи стопы вслѣдствіе наступающихъ рѣзкихъ подергиваній мышцъ получается подобіе клонуса стопы. Электровозбудимость мышцъ правой верхней конечности представляется количественно пониженной какъ по отношенію къ фарадическому, такъ и гальваническому току, однако незначительно и при томъ безъ качественного измѣненія реакціи. То-же въ мышцахъ правой нижней конечности, за исключеніемъ *m. extens. digit. com.* и *m. tibialis antic.*,—гдѣ находимъ *частичную реакцію перерожденія при равенствѣ*  $3A = 3B$  и вяломъ характерѣ сокращеній.

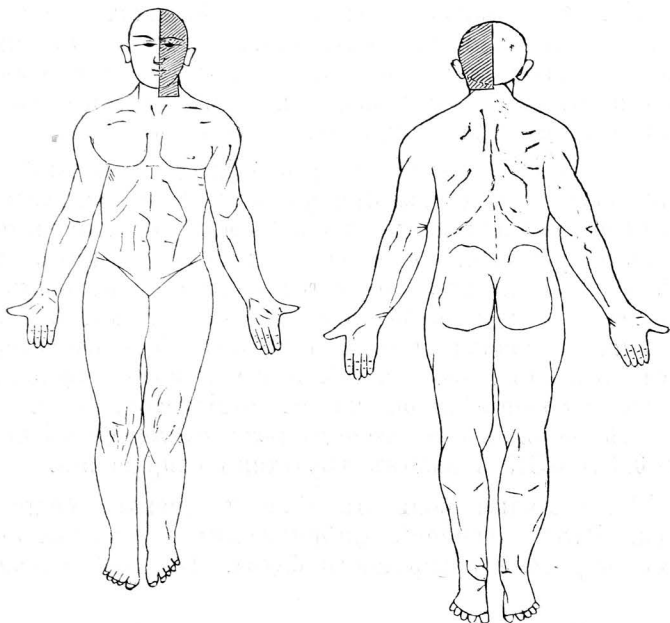
<sup>27</sup>/XII. Сильныя боли въ области праваго бедра и въ поясницѣ. Рѣзкое усиленіе фибриллярныхъ подергиваній въ мышцахъ передней поверхности бедра. Больной сильно потѣеть.

<sup>30</sup>/XII. Боли нѣсколько уменьшились. Вечеромъ <sup>29</sup>/XII почувствовалъ потерю вкуса. При излѣдованіи чувствительности на лѣвой половинѣ лица, волосистой части головы и верхней половинѣ шеи и затылка обнаруживается потеря тактильной чувствительности и пониженіе болевой (см. схему № 2). То-же на слизистой оболочкѣ полости рта и языка на лѣвой сторонѣ. *Conjunctiva* лѣваго глаза менѣе чувствительна къ прикосновенію, чѣмъ н.з. правой сторонѣ.

Вкусъ утраченъ на передней половинѣ языка съ обѣихъ сторонъ, на задней половинѣ—только слѣва (справа остается сохраненнымъ вкусъ горькаго). Обоняніе не разстроено.

<sup>1</sup>/I. Разстройство чувствительности на лѣвой половинѣ лица и головы исчезло. Сталъ замѣчать вкусъ при ѣдѣ. Фибриллярныя подергиванія въ мышцахъ бедра и голени остаются, рѣзко усиливаясь при механическомъ раздраженіи, при чемъ подергиваніе распространяется и на tendo Achillis.

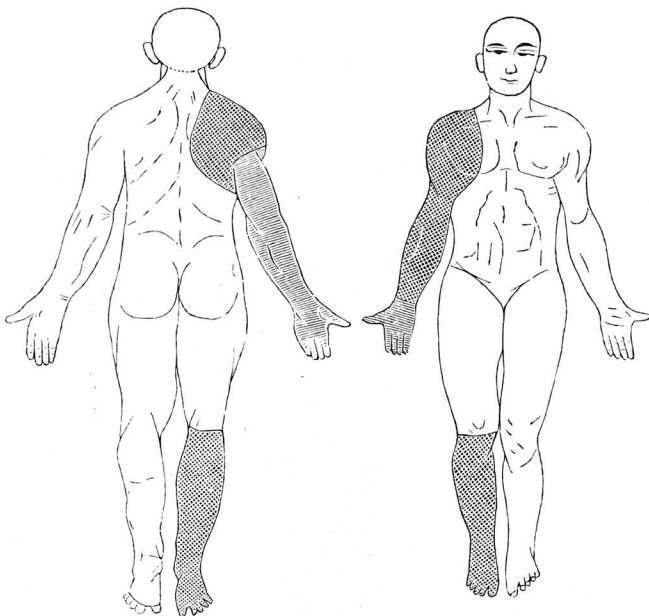
Схема 2.



<sup>5</sup>/I. Замѣчено значительное пониженіе чувствительности болевой, тактильной и давленія на передней поверхности предплечія и плеча и въ области лопатки на правой сторонѣ. То-же на всей поверхности голени и стопы (см. схему № 3). Въ пальцахъ нижней конечности и въ области голено-стопнаго сустава значительное пониженіе чувства положенія и движеній. Боли значительно уменьшились.

<sup>7</sup>/I. Чувствуетъ себя хорошо. Боли почти исчезли. Почти свободно поднимаетъ руку. Контрактура въ колѣнномъ суставѣ остается. При постукиваніи молоточкомъ по мышцамъ бедра получается сильное, тоническое сокращеніе раздражаемыхъ мышцъ, особенно это замѣтно на *m. rectus externus*. Фибриллярныя подергиванія почти не замѣтны.

Схема 3.



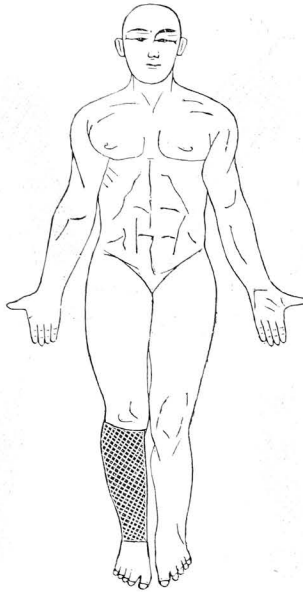
<sup>9</sup>/I. Разстройства чувствительности на правой верхней конечности исчезли, на нижней конечности они остаются, но только на передней поверхности голени и стопы. (См. схему № 4).

<sup>12</sup>/I. Появились сильныя боли въ крестцѣ, бедрѣ и въ области плеча. Фибриллярныя подергиванія рѣзко усилились, при чемъ появилось дрожаніе въ правой рукѣ.

<sup>13</sup>/I. Боли въ правой рукѣ увеличиваются. Появились фибриллярныя подергиванія въ области *m. tricipitis*, *m. ulna-*

ris int. et radialis int. Независимо отъ этого дрожить и вся рука. Легкое давленіе на мышцы вызываетъ рѣзкую боль. <sup>15/1</sup>. Боли ослабѣли. Дрожаніе въ рукѣ почти исчезло. Поднимаетъ руку довольно свободно. При хожденіи ступаетъ правой ногой на носокъ, отъ чего получается значительное хроманіе.

Схема 4.



<sup>28/1</sup>. Жалуются на сильную болѣзненность (острые уколы и жжение) въ концевыхъ фалангахъ 1, 2 и 3 пальцевъ на ладонной поверхности правой руки. На передней и боковой поверхности голени остается стойкая тактильная и болевая гипестезія.

<sup>6/II</sup>. На концахъ 1, 2 и 3 пальцевъ правой руки на ладонной поверхности появились пузырьки, очень болѣзненные.

<sup>8</sup>/II. Сильныя боли въ плечѣ, лишающія больного сна. Давленіе на нервы, особенно на n. radialis въ высшей степени болѣзненно. Сгибаніе пальцевъ, преимущественно основныхъ фалангъ, затруднено. Рука при вытягиваніи и расширеніи пальцевъ сильно дрожить.

<sup>12</sup>/II. Сильныя боли въ области n. mediani, главнымъ образомъ въ fossa cubiti.

<sup>24</sup>/II. Появилась сильная боль въ лѣвой ногѣ по ходу n. peronei. При изслѣдованіи чувствительности разстройствъ въ этой области не найдено.

Съ <sup>25</sup>/II были наблюдаемы слѣдующія весьма рѣдкія разстройства со стороны осязанія и стереогностической способности (описанныя уже нами въ краткой замѣткѣ: „Врачъ“, 1895 г. № 33 и „Arch. de médéc. experiment.“ 1895, № 5).

<sup>25</sup>/II. Больной жалуется на ощущеніе какъ бы мелкаго песку въ пальцахъ правой руки, главнымъ образомъ въ конечныхъ фалангахъ 1, 2 и 3 пальцевъ (гдѣ ранѣе наблюдались сильная болѣзненность въ видѣ жженія и укуловъ <sup>27</sup>/I и затѣмъ было высыпаніе пузырьковъ <sup>6</sup>/II). Далѣе онъ указываетъ, что, взявши въ руку одинъ какой нибудь мелкій предметъ, онъ получаетъ впечатлѣніе какъ будто бы этихъ предметовъ имъ взято нѣсколько. При осязаніи съ закрытыми глазами оказывается, что больной отъ прикладыванія къ первымъ тремъ пальцамъ правой руки какого нибудь предмета ощущаетъ, какъ будто ихъ приложено нѣсколько, приблизительно 5 разъ большее число. Такъ при осязаніи при закрытыхъ глазахъ только тремя первыми пальцами одного предмета, онъ получаетъ впечатлѣніе 5 предметовъ, при осязаніи 2 предметовъ—десяти и т. д. Если дать въ руку больному сразу 3 спички, онъ начинаетъ ихъ слегка перебирать между пальцами и говорить на вопросъ, что дано ему въ руки и сколько: „какія то толстыя палочки и ихъ очень много“, начинаетъ считать: „разъ, два...“ и доходитъ до пятнадцати. Въ то же время самая величина, объемъ даваемого для осязанія предмета тоже преувеличивается большимъ; такъ отъ спички онъ получаетъ впечатлѣніе толстой палочки, отъ небольшого плоскаго ключа—впечатлѣніе „топорика, которымъ колютъ сахаръ“,—отъ перкуторнаго молотка—впечатлѣніе большого молотка и т. п. Если больному



позволить ощупывать предметъ и двумя послѣдними пальцами (безымяннымъ и мизинцемъ), то всѣ описанныя явленія исчезаютъ: больной вполне точно опредѣляетъ число и величину предметовъ, даваемыхъ ему для ощупыванія.

*(Продолженіе слѣдуетъ)*

## КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

### *Рефераты по невропатологіи и психіатріи.*

*H. Hudden.* Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen alcohol. Neuritis.—Archiv für Psychiatrie, XXVIII Bd., Heft 3.

Работа Hudden'a представляетъ большую монографію объ алкогольномъ невритѣ, пять полныхъ исторій болѣзни съ подробнымъ патологоанатомическимъ изслѣдованіемъ и двѣ краткія исторіи болѣзни безъ вскрытія. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Описанная С. С. Корсаковымъ душевная болѣзнь при полинейритѣ наблюдается и независимо отъ полинейрита. При сочетанномъ съ алкогольнымъ нейритомъ психозѣ часто бываетъ энцефалитическое пораженіе мозгового ствола, въ особенности около 3-го желудочка; центры глазныхъ нервовъ могутъ при этомъ быть цѣлы. Атрофія согр. thammill. нерѣдко бываетъ при психозѣ, сочетанномъ съ алкогольнымъ нейритомъ. Въ периферическихъ нервахъ процессъ начинается съ периферіи. „Сегментарная форма нейрита“ представляетъ собою процессъ возстановленія, а не предварительный стадій Waller'овской дегенераціи. При алкогольномъ невритѣ, такъ же какъ и при другихъ заболѣваніяхъ нервной системы, наблюдаются часто дѣлящіяся широкія, блѣдныя волокна, міэлиновое вещество которыхъ, вѣроятно, измѣнено въ своемъ химическомъ составѣ. Болѣе вѣроятно, что эти волокна патологическаго характера, но пока это утверждать нельзя. Къ работѣ приложены прекрасные рисунки.

В. Ч.

*M. Laehr.* Ueber Störungen der Schmerz und Temperaturempfindung in Folge von Erkrankungen des Rückenmarkes.—Archiv. f. Psychiatrie, Bd XXVIII, Heft. 3.

Въ весьма обширной работѣ, на основаніи наблюденій другихъ авторовъ и одиннадцати собственныхъ случаевъ, Laehr приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. При сирингоміэліи, такъ же какъ и при другихъ центральныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга, распространеніе разстройствъ кожной чувствительности носитъ опредѣленный характеръ. Эти пораженія чувствительности похожи на тѣ, которыя обусловлены пораженіями заднихъ корешковъ или поперечными разрѣзами спинного мозга. Анатомическая причина разстройствъ кожной чувствительности—это разрушеніе задняго сѣраго вещества на соотвѣтствующемъ уровнѣ спинного мозга.

На основаніи клиническихъ и патологоанатомическихъ данныхъ слѣдуетъ заключить, что у людей пути для температурныхъ ощущеній и для чувствованій боли заключены въ заднихъ рогахъ той же стороны, выше они перекрещиваются въ сѣромъ веществѣ и наконецъ его оставляютъ; по всей вѣроятности они входятъ въ боковые столбы.

При центральной гематоміэліи обычно разрушено только сѣрое вещество, но при этомъ отчасти можетъ быть разрушено и бѣлое. Это пораженіе клинически выражается сегментнымъ гнѣзднымъ заболѣваніемъ, сходнымъ съ сирингоміэліей; въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно представляетъ соединеніе сирингоміэліи съ Brown-Séguard'овскимъ параличемъ. Тщательное опредѣленіе распространенія частичныхъ разстройствъ чувствительности очень важно для дифференціального діагноза между сирингоміэліей, истеріей и лепрой.

*В. Ч.*

*A. Cramer.* Ueber Sinnestauschungen bei geisteskranken Taubstummen.—Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXVIII, Heft 3.

Въ виду недостаточной изслѣдованности этого весьма важнаго вопроса, работа автора представляетъ значительный интересъ, хотя она и состоитъ изъ описанія одного хорошо изученнаго случая и краткой замѣтки о другомъ. Cramer утверждаетъ, что при врожденной глухонѣмотѣ высшее умственное развитіе можетъ быть достигнуто при отсутствіи звуковыхъ образовъ словъ. Громадное значеніе этихъ образовъ доказывается случаемъ больного, пораженнаго глухонѣ-

мотой на десятомъ году жизни и тѣмъ не менѣе, много лѣтъ спустя, имѣвшаго слуховыя галлюцинаціи, въ которыхъ играли роль звуковые образы словъ. У глухонѣмыхъ отъ рожденія галлюцинаціи замѣнены мыслями въ слухъ (*Gedenkenlautwerden*), причемъ звуковые образы словъ не играютъ никакой роли. Какъ у нормальныхъ людей мышленіе словами развито неодинаково, такъ и у душевно-больныхъ мышленіе въ слухъ зависитъ отъ разной степени ненормальностей въ образованіи двигательныхъ словесныхъ представленій. Мышленіе въ слухъ происходитъ совершенно или почти совершенно безъ участія акустическихъ элементовъ. Галлюцинаціи слуха чисто акустическаго характера состоятъ въ воспріятіи отдѣльных словъ.

*В. Ч.*

*L. Bruns.* Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXVIII, Heft. 1.

На основаніи двухъ собственныхъ наблюденій съ послѣдовательнымъ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ и критическаго разбора литературы предмета, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ трети случаевъ опухолей спинного мозга операція можетъ повести къ излеченію. Необходимое для успѣха точное распознаваніе мѣста опухоли возможно гораздо чаще, чѣмъ это еще недавно принято было думать. Для того, чтобы имѣть возможность поставить точный діагнозъ, не нужно спѣшить; гораздо лучше выждать, пока процессъ не выяснится вполне. Однако при самомъ точномъ діагнозѣ при операціи или при вскрытіи послѣ неудачнаго исхода операціи могутъ оказаться обстоятельства, которыхъ нельзя было предполагать и которыя обусловливаютъ смертельный исходъ. Поэтому въ случаяхъ оперативнаго удаленія опухолей спинного мозга необходима крайняя осторожность въ предсказаніи. Работа снабжена двумя таблицами прекрасныхъ рисунковъ.

*В. Ч.*

*E. Hallerworden.* Ueber anämische Sprachstörung. — Archiv f. Psychiatrie, Bd. Heft. I.

Авторъ приводитъ три исторіи болѣзни, доказывающія что одна анэмія мозга можетъ быть причиной анартрическихъ и афазическихъ разстройствъ рѣчи; афазія вслѣдствіе анэмии

была въ одномъ случаѣ сенсоріальная, въ двухъ двигательнo-сенсоріальная; во всѣхъ трехъ случаяхъ, кромѣ того, наблюдалась парафазія, однако ни одно изъ разстройствъ рѣчи не достигло полнаго развитія; дѣло ограничивалось дисфазіей и дисфразіей. Интенсивность разстройствъ измѣнялась въ зависимости отъ положенія тѣла и степени утомленія больныхъ. Всѣ трое больныхъ совершенно выздоровѣли.

Такъ какъ острое малокровіе мозгового ствола могло причинить смерть, то нужно думать, что разстройства рѣчи были обусловлены главнымъ образомъ малокровіемъ мозговой коры; такимъ образомъ эти случаи имѣютъ аналогію съ псевдобульбарнымъ параличемъ; дизартріи и дисфазіи зависѣли отъ анэміи мозговой коры. Авторъ увѣренъ, что разстройство рѣчи послѣ потери крови—вообще явленіе не рѣдкое; на нихъ мало обращаютъ вниманія и потому они мало извѣстны.

*В. Ч.*

*H. Liepmann. Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome bei Delirium tremens.—Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXVIII, Heft. II.*

На основаніи изученія ста десяти случаевъ авторъ утверждаетъ, что однократное изслѣдованіе на бѣлокъ еще не даетъ права заключать, что дѣйствительно у больного запойнымъ бредомъ нѣтъ бѣлка. На высотѣ болѣзни бѣлокъ бываетъ у 76%; у 36% бѣлокъ былъ въ большемъ количествѣ, у 52% лишь временно. Альбуминурія не стоить въ соотвѣтствіи съ лихорадкой, а съ бредомъ и пульсомъ. При кризисѣ въ большинствѣ случаевъ бѣлокъ исчезаетъ въ слѣдующіе сутки и въ меньшинствѣ случаевъ лишь по прошествіи нѣсколькихъ дней. При неполномъ кризисѣ бѣлокъ остается до полнаго выздоровленія. Случаи, въ которыхъ наблюдался бѣлокъ, ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, въ которыхъ его не было. Альбумозурія наблюдалась въ 16 изъ 102 изслѣдованныхъ случаевъ; только въ четырехъ случаяхъ альбумозы выдѣлялось много, въ остальныхъ были лишь слѣды ея. Слѣдовательно, альбумозурія не играетъ значительной роли при запойномъ бредѣ; очень часто въ мочѣ больныхъ бываетъ нуклеоальбуминъ, но точно авторъ этого вопроса не изслѣдовалъ.

*В. Ч.*

*E. Tromner.* Beitrag zur Kenntniss der Störungen der äusseren Sprache, besonders bei multipler Sclerose und Dementia paralytica.—Archiv f. Psychiatrie. Bd. XXVIII, H. 1.

Сгруппировавъ все извѣстное въ литературѣ по этому вопросу и дополнивъ собственными наблюдениями, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. При множественномъ склерозѣ бываютъ слѣдующія расстройства рѣчи: замедленіе рѣчи, монотонность рѣчи—она лишена акцента; непостоянство въ высотѣ тона; носовой звукъ рѣчи, скандированіе; дизартрии мускулярныя и фасцикулярныя; дисритмія и атаксія. При прогрессивномъ параличѣ расстройства рѣчи слѣдующія: въ темпѣ—ускореніе и замедленіе, въ ритмѣ—псейдоскандированіе; въ акцентѣ—отсутствіе его; дизартрии—бульбарнаго, кортикальнаго и атактического характера. Атактическія дисфазіи авторъ дѣлитъ на три группы: 1) колебаніе на согласныхъ и гласныхъ; 2) литеральная атаксія—а) извращеніе (напр. *Ke-ring* вмѣсто *Pe-king*), в) выпущеніе или замѣна (*Poss* вмѣсто *Post*), с) атракція—согласная буква повторяется и замѣняетъ другую (*Brigage* вмѣсто бригады); 3) слоговая (*sillabare*) атаксія—а) удвоеніе или повтореніе того-же слога (напр., *Elektrici-cität*), в) синегезія—два слога сливаются въ одинъ (*breite* вмѣсто *breitete*), с) синкопъ—высшая степень атаксії, причѣмъ слово замѣняется бессмысленнымъ наборомъ буквъ (*Etität* вмѣсто *Elektricität*). Всѣ эти расстройства однако не патогномистичны для прогрессивнаго паралича, но асимметричное дрожаніе верхней губы при рѣчи, колебаніе при произношеніи словъ и атактическія дизартрии характерны только для прогрессивнаго паралича.

### В. Ч.

*Alzheimer.* Ein „geborener Verbrecher“.—Archiv f. Psych. Bd. XXVIII, H. 2.

*H. Kurella.* Fetischismus oder Simulation? Jd. Heft. 3.

Эти двѣ статьи заслуживаютъ большаго вниманія, какъ знаменіе времени: даже въ такомъ журналѣ, какъ *Archiv f. Psychiatrie*, уже обсуждается вопросъ о врожденномъ преступникѣ; здѣсь напечатана работа, доказывающая, что немало преступниковъ совершенно непонятны ни для психіатріи, ни для уголовного права. Эти двѣ статьи, нужно думать, лишь начало цѣлаго ряда работъ, которыя радикально измѣнятъ объемъ и приемы психіатрической экспертизы.

Kurella въ своемъ сочиненіи „Naturgeschichte des Verbrechers“ приводитъ, какъ примѣръ врожденнаго преступника, кандидата теологіи О., ловкаго обманщика, жертвою котораго большею частью были врачи: О. рассказывалъ врачамъ, что онъ страдаетъ фетишизмомъ—на него особенно дѣйствуютъ женскія ботинки. Врачи очень интересовались такимъ рѣдкимъ случаемъ. О., пользуясь этимъ, подъ разными предлогами занималъ нѣсколько марокъ и исчезалъ. Kurella считалъ „фетишизмъ“ лишь выдумкой, имѣвшей цѣлью заинтересовать врачей. Вслѣдствіе одного изъ своихъ многочисленныхъ преступленій, О. находился подъ наблюденіемъ Alzheimer'a (Франфуртъ на Майнѣ); въ настоящей работѣ Alzheimer старается доказать, что О. не врожденный преступникъ, какъ то думаетъ Kurella, а субъектъ, страдающій „наслѣдственно дегенеративнымъ душевнымъ разстройствомъ“. „Наиболѣе выдающійся симптомъ его болѣзни—это половое извращеніе въ формѣ фетишизма“. На работу Alzheimer'a отвѣтилъ Kurella вышеуказанной статьей. Kurella наблюдалъ О. въ заведеніи для душевно - больныхъ (Brieg) и теперь уже подробно описываетъ жизнь и состояніе О. за время наблюденія въ заведеніи. Точное наблюденіе убѣдило Kurella, что фетишизма у О. нѣтъ: и на балахъ въ заведеніи для душевно-больныхъ, и во время прогулокъ въ городѣ О. не обращалъ вниманія на ботинки, а вся его предыдущая жизнь доказываетъ, что онъ интересовался, даже очень, женщинами легкаго поведенія; охотнѣе всего онъ кутилъ въ ресторанахъ съ женской прислугой. Свою преступную дѣятельность началъ О. еще до совершеннолѣтія, но до 1890 года не ссылался на фетишизмъ, какъ на причину своихъ преступленій; въ 1889 году появилась работа Крафтъ-Эбинга о фетишизмѣ. О., конечно, съ ней основательно познакомился и съ тѣхъ поръ только сталъ увѣрять, что на него дѣйствуютъ женскія ботинки. Деньги, добытыя обманомъ, О. употреблялъ на обыкновенный кутежъ. За время наблюденія О. въ заведеніи Kurella не замѣчалъ у него никакихъ признаковъ душевной болѣзни и потому, вполне соглашаясь съ Alzheimer'омъ, что у О. дѣйствительно имѣются физическіе признаки вырожденія, приходитъ къ заключенію, что О. не душевно-больной, а потому—вмѣняемый субъектъ. Какъ физическіе признаки вырожденія, такъ еще болѣе вся жизнь О.—бродяжничество, мошенничество, кутежи—доказываютъ, что, конечно, О. ненормальный человѣкъ; онъ „врож-

денный преступник“, симулировавший фетишизмъ для выманиванія денегъ и для того, чтобы избѣгнуть наказанія.

Я думаю, что мы должны быть благодарны Kurella, какъ первому изъ германскихъ психіатровъ, прямо высказавшему, что дѣйствительно есть преступники—люди ненормальные, но тѣмъ не менѣе не душевно-больные; нужно надѣяться, что и другіе психіатры въ своихъ заключеніяхъ у судебныхъ слѣдователей и въ судѣ послѣдуютъ примѣру Kurella, справедливо рассуждающему, что выводъ изъ такой экспертизы, какъ и изъ всякой, подлежитъ сдѣлать суду.

### В. Ч.

*Ferrari.* Психическія разстройства въ сочетаніи съ множественнымъ невритомъ. (Cerebropathia psychica toxae mica Корсакова, Polyneuritis Psychosis другихъ авторовъ).—The Alienist and Neurologist, January 1896, № 1.

Подъ именемъ Polyneuritis psychosis Корсаковъ описалъ болѣзнь, отличающуюся отъ типичнаго полиневрита преобладаніемъ разстройствъ со стороны психической сферы. Начинается она соматическими симптомами—рвотой, затрудненной походкой, болями и мышечной атрофіей; электровозбудимость мышцъ пропадаетъ, являются контрактуры; колѣнный рефлексъ рано исчезаетъ, другіе остаются нормальными или даже повышенными. Смерть наступаетъ отъ паралича дыхательныхъ мышцъ. Что касается психическихъ разстройствъ, то послѣднія проявляются въ началѣ болѣзни въ видѣ простой раздражительности, впоследствии же на первый планъ выступаетъ amnesia. Послѣдняя развивается медленно, но, разъ развившись, обыкновенно весьма рѣзко выражена и удерживается долгое время. Иногда замѣчаютъ разстройства со стороны головного и спинного мозга: нарушеніе рѣчи, глотанія, nystagmus, наружная офтальмоплегія. Больной на первый взглядъ кажется вполне нормальнымъ: разумно рассуждаетъ, даже съ одушевленіемъ, но весьма быстро забываетъ, что случилось за моментъ передъ разговоромъ. Понятія о времени и мѣстѣ отсутствуютъ; при извѣстномъ напряженіи силы воли можетъ даже обнаружиться нѣкоторая память, но не надолго.

Что касается анатомическихъ основъ описываемой болѣзни, то въ одномъ случаѣ Gies'a и Pagenstecher'a найдены были капиллярныя кровоизліянія въ головномъ мозгу; авторъ



однако не придаетъ имъ значенія, такъ какъ больной былъ эпилептикъ. Въ продолговатомъ мозгу были находимы вакуолы въ нервныхъ клеткахъ, въ периферическихъ нервахъ частичный (Segmentary) невритъ по типу Gombault, въ мышцахъ—перерожденіе волоконъ. Въ случаѣ Корсакова и Сербскаго въ продолговатомъ мозгу было констатировано въ столбахъ Голля и боковыхъ разсѣянное разрастаніе невроглии.—Этіологія болѣзни такая же, какъ и множественнаго неврита; причины ея — интоксикаціи (свинець, мышьякъ, алкоголь) и токсемія, обусловленная особымъ ядомъ (неизвѣстной химической природы), выдѣляемымъ, вѣроятно, микроорганизмами. Дифференціальный діагнозъ долженъ имѣть въ виду истерію, поліоміелитъ и острый восходящій параличъ. Прогнозъ обыкновенно благоприятенъ и зависитъ въ общемъ отъ интенсивности общихъ симптомовъ. Лечение—профилактическое и симптоматическое.

Анализируя описанную картину, авторъ останавливается на амнезіи, какъ формѣ, признанной авторами характерной для polyneuritis psychosis. Но амнезія встрѣчается и при другихъ страданіяхъ: 1) при множественномъ невритѣ на почвѣ алкоголизма; 2) при множественномъ невритѣ, вызванномъ иными моментами, 3) при алкоголизмѣ, не сопровождающемся нервными расстройствами, 4) въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ всѣ этиологическіе моменты множ. неврита, но послѣдній отсутствуетъ вовсе и 5) послѣ острого психоза. Въ виду этого мы не можемъ амнезію относить ни къ множ. невриту, ни къ алкоголизму, такъ какъ ея нѣтъ при наличности названныхъ условій. Вообще психич. расстройства, сопровождающія полиневритъ, слишкомъ скоропреходящи, чтобы принимать ихъ за послѣдствія множественнаго неврита, такъ что правильнѣе было бы разсматривать психическія расстройства, сопутствующія полиневриту, за явленія случайныя. Нераціонально поэтому, въ виду крайне незначительнаго числа наблюденій, создавать новую болѣзнь.

Г. Х.

*Harriet C. B. Alexander.*—Abuse of bromides.—The Alienist and Neurologist, 1896, № 3.

Авторъ собралъ важнѣйшія наблюденія, касающіяся побочнаго дѣйствія бромистыхъ препаратовъ, употребляемыхъ въ большихъ дозахъ. Чаще всего поражается кожа (дерматозы), затѣмъ — органъ зрѣнія (конъ-

юнктивиты, амблиопія, міопія, диплопія и т. д.), мочевоі пузырь, брюшные органы и, наконецъ, центральная нервная система. Авторъ приводитъ изъ собственной практики 8 случаевъ эпилепсіи (*grand mal et petit mal*), лѣченныхъ бромистыми препаратами, преимущественно бромистымъ потасіемъ,—въ дозахъ, равныхъ 12 grm. pro die. Припадки, правда, проходили, но ихъ смѣняли чисто психическія расстройства: галлюцинаціи (зрительныя и слуховыя), буйство, меланхолія, спутанность представленій, клепто-нимфоманія и такъ называемая въ С. А. Соединенныхъ Штатахъ „бромоманія“, которая характеризуется дикими маниакальными вспышками. Къ такимъ-же результатамъ пришли и другіе наблюдатели (*Weir Mitchell, Dana, Hammond*). Что описанныя осложненія зависятъ отъ брома, а не отъ его соединеній, доказываютъ наблюденія *Gowers'a*, видѣвшаго подобныя припадки и отъ бромистаго аммонія. *Ergotin*, мышьякъ и другіе препараты не ведутъ къ подобнымъ осложненіямъ, а потому авторъ и рекомендуетъ вмѣсто бромидовъ примѣненіе при эпилепсіи *ergotin'a* и мышьяка.

Г. Х.

D-r. *Travie Drennen*. Syphilis as an aetiological factor in the production of locomotor ataxia.—*The alienist and neurologist*, 1896, № 4.

Въ 40 — 60% *tabes dorsalis* этиологическимъ моментомъ является *lues*. Авторъ не можетъ согласиться принять сифились, какъ таковой, за причину спинной сухотки. По его мнѣнію, только тотъ сифилитикъ заболѣваетъ спинной сухоткой, который злоупотреблялъ долгое время внутренними препаратами іодистыхъ препаратовъ. Если бы сифились дѣйствительно былъ столь частой причиной спинной сухотки, то послѣдняя встрѣчалась бы несравненно чаще у такихъ народностей, которыя особенно часто заболѣваютъ сифилисомъ. Между тѣмъ ни самъ авторъ въ теченіе 12 лѣтъ практики, ни D-r *James Ielks* за 19 лѣтъ не встрѣчали ни одного случая *tabes dorsalis* среди негровъ, которые такъ часто страдаютъ сифилисомъ. Въ Японіи сифились очень распространенъ, а *tabes* встрѣчается крайне рѣдко,

Этотъ довольно странный фактъ авторъ объясняетъ тѣмъ, что негра нельзя заставить принимать внутрь лекарство, послѣ того какъ всѣ наружныя симптомы исчезли, т. е. негры

не злоупотребляють іодистыми препаратами. Для объясненія того, какимъ образомъ іодъ вызываетъ патологическія измѣненія, характерныя для tabes'a, авторъ высказываетъ такую гипотезу: кровь, болѣзненно измѣненная подѣ влияніемъ сифилиса, въ связи съ анеміей и большими количествами іода, ведетъ къ склерозу arteriae spinalis posterioris; питаніе заднихъ столбовъ разстраивается и слѣдствіемъ этого является tabes dorsalis.

Г. Х.

*В. А. Муратовъ.* Къ патологической физиологій и дифференціальному діагнозу кортикальной эпилепсіи. Медіц. Обозр. 1896, n° 1.

Авторъ приводитъ исторію болѣзни одной больной съ явленіями кортикальной эпилепсіи: судороги начинались съ лица, потомъ переходили на руку и ногу, большей частью припадковъ ограничивался одной лѣвой стороной. Лѣвый n. facialis былъ парализованъ; въ лѣвыхъ конечностяхъ—парезъ съ умѣренной ригидностью и повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, при чемъ въ рукѣ парезъ и ригидность были выражены почти одинаково, а въ ногѣ преобладала ригидность. Послеъ припадковъ параличныя явленія рѣзко усиливались. Нѣкоторымъ припадкамъ предшествовала двигательная аура: клоническія судороги въ парализованныхъ конечностяхъ. Чувствительность съ лѣвой стороны была понижена; мышечное чувство—ослаблено, сильнѣе въ рукѣ, менѣе въ ногѣ. Больная скончалась отъ туберкулезной пневмоніи. При вскрытіи найдено въ правомъ полушаріи размягченіе, занимавшее нижнюю треть задней центральной извилины. Gyrus marginalis въ передней части была разрушена. Размягченіе въ глубину простиралось не вездѣ одинаково. Въ задней части оно заходило довольно глубоко; лучистый вѣнецъ въ области supramarginalis размягченъ, система длинныхъ соединительныхъ путей, повидимому, не затронута; маленькій очагъ—въ верхней теменной извилинѣ. Въ срединѣ очага разрушеніе ограничивается корой. Въ передней части размягченіе располагалось подъ корковымъ сѣрьемъ и доходило до внутренней капсулы. Глубоколежащая сѣрняя массы, мозолистое тѣло и singulum уцѣлѣли отъ разрушенія. Микроскопическое изслѣдованіе показало обширныя перерожденія въ соединительныхъ и спаечныхъ путяхъ; нисходящее перерожденіе было едва выражено и обнаруживалось только по Marchi.

Сопоставляя клиническія данныя съ результатами микроскопическаго изслѣдованія, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) кортикальная эпилепсія обуславливается очаговымъ процессомъ въ двигательныхъ доляхъ мозга. 2) Дугообразныя волокна служатъ путемъ передачи эпилептического раздраженія. 3) Перерожденіе дугообразныхъ волоконъ приводитъ близлежащія клѣтки въ состояніе стойкой гипертоніи. 4) Очаговые заболѣванія у человѣка даютъ тѣ же категоріи симптомовъ, какъ и экспериментъ надъ животнымъ—явленія мѣстныхъ, отраженныя и дегенеративныя. 5) Разстройство мышечнаго чувства зависитъ отъ выпаденія дугообразныхъ волоконъ. 6) Ограниченныя корковыя перерожденія съ большимъ перерожденіемъ проводниковъ, но съ слабо затронутыми соединительными путями, протекаютъ съ глубокими параличемъ, но безъ эпилепсіи. 7) Перечисленныя патолого-фізіологическія условія прилагаются и къ тѣмъ случаямъ, гдѣ нѣтъ деструктивнаго процесса, а всѣ измѣненія только функциональныя.

Что касается дифференціального діагноза, то при распознаваніи кортикальной эпилепсіи слѣдуетъ имѣть въ виду отраженную эпилепсію и истерію. Отъ первой случаи очаговаго корковаго заболѣванія отличаются тѣмъ, что при нихъ, кромѣ судорогъ, на лицо симптомы паралича и разстройства чувствительности, которыхъ не бываетъ при эпилепсіи рефлекторнаго происхожденія. Труднѣе отличить отъ истеріи. Здѣсь слѣдуетъ обратить вниманіе на особенности функціональнаго паралича (отсутствіе атрофіи мышцъ, нормальная ихъ возбудимость, измѣненіе психической сферы и др.). Но наиболѣе важнымъ отличительнымъ признакомъ является разстройство чувствительности: при истеріи существуетъ *hemianesthesia* въ строгомъ смыслѣ слова, всѣ виды чувствительности понижены равномерно; при кортикальномъ пораженіи преимущественно разстроено мышечное чувство.

*В. Жестковъ.*

*Л. О. Финкельштейнъ.* Случай остраго слабоумія при отравленіи *gas raucure*. Архивъ психіатр. Т. 26, кн. 1.

*Gas raucure*, примѣняемый въ послѣднее время въ технику какъ двигатель, вслѣдствіе большого содержанія окиси углерода, является крайне губительнымъ для организма и, какъ показываетъ сообщаемый Ф. случай, отравленіе имъ можетъ служить причиной душевнаго разстройства.

Въ приводимомъ авторомъ случаѣ рабочему пришлось спуститься для починки въ цилиндръ, содержащій газ раувге; минутъ чрезъ 10 онъ былъ вытасенъ оттуда въ глубокомъ коматозномъ состояніи. На слѣдующій день рабочій хотя пришелъ въ себя, но у него замѣчены были признаки душевнаго разстройства, которые постепенно усиливались, и къ 4-му дню отъ начала отравленія развилась картина остраго слабоумія: больной неподвиженъ, тупо оглядывается, къ окружающему относится совершенно безучастно, что-то шепчетъ по временамъ, вопросы оставляетъ безъ отвѣта, на внѣшнія впечатлѣнія реагируетъ очень слабо. Чрезъ нѣсколько дней послѣ поступленія въ больницу явленія ступора усилились; одновременно съ этимъ былъ замѣченъ парезъ въ области лѣваго *facialis*. Постепенно паретическія явленія и психическое состояніе улучшались, и на 17 день послѣ отравленія газомъ душевное разстройство исчезло. Съ улучшеніемъ психическаго состоянія обнаружилась полная амнезія, обнимающая не только все время болѣзни, но и распространяющаяся на событія, предшествовавшія заболѣванію за 2—3 часа.

*В. Жестиковъ.*

Dr. Ant. Ritti. Les psychoses de la vieillesse.—Archives cliniques de Bordeaux. № 8, 1895.

Въ группу старческихъ психозовъ, говоритъ авторъ, могутъ входить только тѣ, которые развиваются у стариковъ, не страдавшихъ раньше никакимъ душевнымъ разстройствомъ. Авторъ старается классифицировать психозы старости, причемъ оговаривается, что предлагаетъ свою классификацію „безъ претензіи на ея естественность“. Такимъ образомъ серію психозовъ старости онъ располагаетъ слѣдующимъ образомъ:

- 1) Манія.
- 2) Меланхолія {
  - простая.
  - съ тоской.
  - со ступоромъ.
  - съ влеченіемъ къ самоубійству.
- 3) Помѣшательство двойной формы (круговое).
- 4) Умственное помраченіе (галлюцинаторный психозъ).
- 5) Систематизированный бредъ. {
  - бредъ преслѣдованія.
  - величія.

6. Моральное помѣшательство, { Клептоманія,  
эротизмъ, эксгибиціо-  
низмъ и проч.
- 7) Истерическое помѣшательство.

Затѣмъ авторъ по порядку разсматриваетъ каждый изъ названныхъ психозовъ.

*Манія.* Психозъ этотъ не есть самый частый. Фюрстнеръ встрѣтилъ его въ 9 случаяхъ изъ 81. Манія у стариковъ проявляется въ различныхъ формахъ, начиная отъ простаго маниакальнаго экстаза и кончая маніей съ изступленіемъ; причѣмъ, на основаніи клиническихъ фактовъ, можно подмѣтить нѣкоторое различіе, если проводить параллель между подобнымъ же психозомъ, наблюдаемымъ въ болѣе молодомъ возрастѣ. Въ томъ и другомъ случаѣ выраженному заболѣванію предшествуетъ продромальный періодъ съ меланхолическимъ угнетеніемъ, безъ идей бреда. Затѣмъ наступаетъ взрывъ возбужденія съ идеями бреда, смѣняющійся вскорѣ рѣзкой картиной настоящаго изступленія. Мускульныя движенія обильны, сильны, неистощимы. Сонъ отсутствуетъ днями и даже мѣсяцами. Если теперь внимательно приглядѣться къ картинѣ болѣзни у стариковъ, то у нихъ мы не замѣтимъ того богатства идей, той ихъ быстроты, какія наблюдаются въ возрастѣ болѣе молодомъ. Идеи стариковъ конденсируются большей частью въ сферѣ эротической. Кромѣ того у стариковъ при маніи наблюдается бредъ величія. Выздоровленіе допущено всѣми авторами, но безъ точныхъ данныхъ для подтвержденія. Фюрстнеръ изъ 9 случаевъ маніи видѣлъ 3 выздоровленія и 2 улучшенія. Но вѣроятно, что этотъ психозъ съ непрерывнымъ изступленіемъ и бессонницей ведетъ или къ смерти, или къ полному безумію.

*Меланхолія.* Это страданіе чаще наблюдаемо у стариковъ. Фюрстнеръ констатировалъ 54 случая меланхоліи на 81 помѣшанныхъ; изъ нихъ 33 случая простой меланхоліи, 18 сл. меланхоліи съ возбужденіями, 3 случая меланхоліи со ступоромъ. При простой меланхоліи угнетеніе не глубоко, не продолжительно и имѣетъ наклонность къ послабленіямъ. У больныхъ преобладаютъ ипохондрическія идеи, ослабленіе энергіи и воли. Иногда бываетъ внезапный подъемъ духа съ стремленіемъ произвести насиліе или надъ собой или надъ окружающими. Предсказаніе не особенно печально. Фюрстнеръ наблюдалъ 11 случ. выздоровленія на 33 больныхъ, въ 7-ми случаяхъ было улучшеніе и трое умерли отъ пневмоніи.

*Меланхолія съ тоской.* Характерные симптомы при этой формѣ страданія поражаютъ наблюдателя, при чемъ психозъ этотъ чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. *Ritti* цитируетъ классическое описаніе этой формы психоза, сдѣланное Маудсли. „Лица, одержимыя этимъ психозомъ, подавлены грустью, тоской. Они постоянно жалуются, плачутъ, дико кричатъ, отказываются принимать пищу, будучи увѣрены, что пища отравлена и т. д. Воспріятія больныхъ быстры, память прочна, они подозрительны и проч.. Они бьются, царапаютъ, колютъ. Часто замѣчается у нихъ *insanitas moralis*, появляются половые экстазы“ и т. д. Фюрстнеръ на 18 случ. наблюдаемыхъ больныхъ видѣлъ 5 выздоровленій и 2 улучшения.

*Меланхолія со ступоромъ*—очень рѣдко встрѣчается у стариковъ и не представляетъ никакихъ особенностей отъ подобной же формы въ молодомъ возрастѣ. Фюрстнеръ видѣлъ только 3 случая этой формѣ на 54 сл. меланхоліи.

Самоубійство у стариковъ не рѣдко. Авторъ говоритъ, что старики убиваютъ себя по тѣмъ же причинамъ, которыя и у молодыхъ служатъ причиной лишенія жизни. Число старческихъ самоубійствъ очень значительно.

*Полъшатательство двойной формы.* Этотъ психозъ встрѣчается чаще въ эпоху полового созрѣванія и затѣмъ въ возрастѣ болѣе пожиломъ. Въ возрастѣ выше 60-ти лѣтъ не было опубликовано случаевъ этого психоза.

*Спутанность.* Подъ этой формой разумѣется галлюцинаторный психозъ. Развитой картинѣ болѣзни предшествуетъ продромальный періодъ, сказывающійся головной болью, расстройствомъ пищеваренія, бессонницей и т. д. Затѣмъ болѣзнь развивается быстро, являются галлюцинаціи, иллюзіи, бредовыя идеи. Является рѣзко выраженное возбужденіе, движенія больныхъ беспорядочны, больные мечутся, бьются о стѣны и проч. Въ соматической сферѣ слѣдующія уклоненія, которыя должны быть отмѣчены: пульсъ скоръ, малъ; лицо и конечности ціанотичны, иктерическая окраска кожи, расстройство желудка и проч. Фюрстеръ на 15 случаевъ имѣлъ 6 выздоровленій. Рецидивы наблюдаются.

*Систематизированный бредъ.* *Бредъ преслѣдованія.* Больные прежде всего обращаютъ свои подозрѣнія на дѣтей, думая, что эти послѣдніе смотрятъ на нихъ худо. Они боятся быть отравленными ими. Другіе подозрѣваютъ въ злоумышленіи сначала сосѣдей, а въ дальнѣйшемъ весь міръ; то

ихъ хотять обокрасть, то убить и т. д. Фюрстнеръ обращаетъ вниманіе на особый родъ бреда преслѣдованія у стариковъ, который начинается ослабленіемъ слуха безъ поврежденія органовъ (слуховыхъ). Сначала появляется субъективный шумъ въ ушахъ, который чрезъ мѣсяцы и годы переходитъ въ галлюцинаціи и довольно быстро вызываетъ идеи бреда преслѣдованія (между тѣмъ какъ въ молодомъ возрастѣ онъ продолжается годы). Кромѣ того у стариковъ, одержимыхъ бредомъ преслѣдованія, слѣдуетъ отмѣтить преобладаніе галлюцинацій зрѣнія, которыя создаютъ бредъ. Въ молодомъ же возрастѣ, если и есть галлюцинаціи зрѣнія, то онѣ токсическаго происхожденія, быстро пропадаютъ и не создаютъ бреда.

*Бредъ величія.* Относящіяся сюда наблюденія не многочисленны. Авторъ приводитъ одинъ случай бреда величія у 80 лѣтняго старика, наблюдаемаго Жильбертомъ и Арно. Больной—докторъ медицины (наслѣдственность не указана), страдаетъ діабетомъ. Идеи бреда поражаютъ своимъ обиліемъ и грандіозностью, и не смотря на это интеллигенція и производительная дѣятельность мозга сохранились до самой смерти.

*Моральное помѣшательство.* Особенностей въ проявленіи и теченіи этотъ психозъ никакихъ не представляетъ.

*Истерическое помѣшательство* имѣетъ огромное вліяніе на умственные способности и является только въ глубокой старости. Морис-де Флэри дифференцируетъ этотъ психозъ старости отъ истеріи въ молодомъ возрастѣ такимъ образомъ: анестезій и геміанестезій никогда не бываетъ у стариковъ, пояса же гиперестезіи очень часты. Судорожныя явленія рѣдки. Что особенно характерно для этого психоза въ старческомъ возрастѣ—это интенсивныя боли во внутреннихъ органахъ.

Кромѣ того нужно отмѣтить еще соматическіе симптомы, часто наблюдаемые у душевно-больныхъ стариковъ. Нерѣдко наблюдается гиперемія и ишемія мозга, атероматозъ сосудовъ, циститы, часты особенно пораженія почекъ, откуда послѣдовательная уремія. Въ виду частоты страданія почекъ, авторъ задаетъ вопросомъ: не обязана ли большая часть случаевъ психозовъ старости интоксикаціи? Извѣстно, что случаи діабета, гликозурии часто сопровождаются меланхоліей, идеями бреда и проч.

В. З.



## Хроника и смѣсь.

— Предварительный проектъ Устава Русскаго Союза Психіатровъ и Невропатологовъ въ настоящее время уже разосланъ для разсмотрѣнія спеціальнымъ ученымъ обществамъ, учрежденіямъ, а также отдѣльнымъ лицамъ. Общество невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ займется разсмотрѣніемъ этого проекта въ одномъ изъ ближайшихъ своихъ засѣданій.

— Проф. *Н. М. Поповъ*, съ разрѣшенія Командующаго Войсками Казанскаго Военнаго Округа и при согласіи Инспектора госпиталей, допущенъ въ Казанскій военный госпиталь къ занятіямъ по нервнымъ болѣзнямъ со студентами медицинскаго факультета. Такимъ образомъ клинической матеріалъ въ настоящее время утилизируется проф. *Н. М. Поповымъ* въ двухъ мѣстахъ: въ Военномъ госпиталѣ и въ Губернской Земской Больницѣ, въ которой клиническія занятія по нервнымъ болѣзнямъ, послѣ нѣкотораго перерыва, опять возобновлены съ начала нынѣшняго семестра. Въ военномъ госпиталѣ въ качествѣ помощника проф. Попова занимается его ассистентъ *Б. И. Воротыскій*, а въ Земской Больницѣ—ординаторъ психіатрической клиники *М. М. Маевскій*.

— Нидерландское медико-психологическое Общество въ юбилейномъ засѣданіи (по случаю 25-лѣтія) 18 ноября 1896 г., отмѣтивъ научныя заслуги проф. *В. М. Бехтерева*, избрало его своимъ почетнымъ членомъ и постановило просить проф. Бехтерева выслать обществу свой портретъ.—  
Обозр. псих.

— Проф. *В. Е. Ромъ* выбранъ главнымъ секретаремъ исполнительнаго комитета будущаго международнаго съѣзда врачей въ Москвѣ.—Врачъ.

— Въ № 346 «L'encyclopédie contemporaine» помѣщена подробная біографія нашего постояннаго сотрудника, проф. *В. Ф. Чижса*. Знакома французскихъ читателей съ научной дѣятельностью профессора и отдавая ей полную справедливость, авторъ біографіи, Dr. Lorédon, съ особеннымъ вниманіемъ останавливается на одной изъ послѣднихъ работъ *В. Ф.* «Біологическія обоснованія пессимизма», которая была напечатана въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» за прошлый годъ. Въ заключеніе своего очерка Dr. Lorédon говоритъ: оригинальные и разнообразные труды проф. Чижса приоб-

рѣли ему громкую извѣстность и дали основаніе причислить его къ наиболѣе выдающимсяъ современнымъ философамъ и ученымъ.

— Проф. *П. И. Ковалевскій* оставилъ постъ Ректора Варшавскаго Университета.

— Нашъ постоянный сотрудникъ, *Н. Я. Смѣловъ*, избранъ главнымъ врачомъ больницы св. Пантелеймона (близъ С.-Петербурга, на ст. Удѣльной). Отъ души привѣтствуя такое избраніе, желаемъ многоуважаемому товарищу полного успѣха въ предстоящей ему *трудной* дѣятельности.

— Намъ пишутъ, что окончательныя работы въ Окружной Лѣчебницѣ близъ Винницы подвигаются впередъ очень успѣшно и что она откроется для приѣма больныхъ не позднѣ февраля текущаго года. Директоръ Лѣчебницы, *В. П. Кузнецовъ*, находится на мѣстѣ своего назначенія уже съ іюля мѣсяца. Врачами Лѣчебницы предположены: *Поляковъ* (старшій ординаторъ психіатрическаго отдѣленія въ Херсонѣ), *Алексѣевъ* (ординаторъ Самарской Больницы для душевно-больныхъ), *Василькевичъ* и *Костецкій*.

— 16 января 1897 года и такъ немногочисленная семья русскихъ психіатровъ лишилась одного изъ старѣйшихъ своихъ членовъ: скончался Директоръ Самарской психіатрической лѣчебницы *Иванъ Христіановичъ Акербломъ*. Покойный, сынъ шведскаго подданнаго, воспитаніе получилъ сначала во 2-й С.-Петербургской гимназіи, по окончаніи курса въ которой принялъ русское подданство и поступилъ въ М.-Хирургическую Академію. По полученіи званія врача въ 1862 году онъ опредѣленъ былъ Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ на службу въ больницу чернорабочихъ (нынѣ Александровская) ординаторомъ-практикантомъ. Въ этомъ же году командированъ, согласно своему желанію, въ больницу Всѣхъ Скорбящихъ для практическихъ занятій психіатріей. Въ 1864 году получилъ правительственную командировку съ научной цѣлью за границу, гдѣ 2½ г. слушалъ лекціи въ Германіи, Австріи, Бельгіи, Голландіи у лучшихъ профессоровъ того времени. По окончаніи командировки былъ нѣкоторое время ординаторомъ въ частной лѣчебницѣ доктора Штейна, затѣмъ вскорѣ совмѣстно съ д-ромъ Шульцемъ организовалъ собственную Лѣчебницу. Въ 1867 г. опредѣленъ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Медицинскомъ департаментѣ. Въ этомъ же году командированъ въ Императорскую М.-Хирургическую Академію для занятій въ клиникахъ на годъ. 27 Августа 1869 года Медицинскимъ Департаментомъ утвержденъ въ должности помощника директора Казанской Окружной Лѣчебницы во имя Божьей Матери Всѣхъ Скорбящихъ. Въ 1888 году былъ приглашенъ на должность Директора въ Самарскую психіатрическую лѣчебницу, гдѣ и состоялъ до дня своей смерти.—Покойный былъ честнымъ и добросовѣстнымъ работникомъ и съ достоинствомъ трудился на тяжеломъ поприщѣ врача-психіатра.

— 25 Сентября скоропостижно скончался на 30-мъ году жизни ординаторъ Пермскаго земскаго пріюта для душевно-больныхъ, докторъ медицины, *Ефимъ Федотовичъ Шулякскій*.

— 1-го Ноября скоропостижно скончался проф. *Georg Lewin*. Изъ его работъ по невропатологiи упомянемъ работы о трофическихъ нервахъ, о склеродерми, объ атрофиі лица и о болѣзни Adisson'a.

— Въ Женевѣ скончался на 73 году жизни знаменитый ученый, проф. *M. Schiff*, извѣстный своими многочисленными работами въ области физиологiи нервной системы. Покойный состоялъ почетнымъ членомъ Общества невропатологовъ и психiatровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

— На о. Мадерѣ скончался извѣстный врачъ и авторъ многихъ работъ по нервнымъ болѣзнямъ, *Dr. E. Eisenlohr*.—*Deutch. Med. Woch.*

— Совѣщательный членъ Московскаго врачебнаго управления по душевнымъ болѣзнямъ, докторъ медицины, статскій совѣтникъ Константиновскій назначенъ главнымъ врачомъ Преображенской больницы въ Москвѣ, съ 22 июля 1896 г., съ оставленіемъ въ занимаемой имъ должности.—Обозрѣніе психiatриі.

— 1 Ноября врачи Казанской Окружной Лѣчебницы поднесли серебряную чашку съ соотвѣтственной надписью *надзирательницѣ* буйнаго отдѣленія *Настасьѣ Ефимовнѣ Лыжиной* по поводу исполненія 20 лѣтъ ея службы въ лѣчебницѣ.

— Однимъ изъ занятій душевно-больныхъ въ Харьковской губернской земской больницы является *шелководство*. Разведеніе шелковичнаго червя организовано въ больничномъ саду. Въ первый годъ существованія шелководни получено до 2-хъ пудовъ прекрасныхъ коконовъ; при дальнѣйшихъ посадкахъ тутовыхъ деревьевъ дѣло это обѣщаетъ развиваться болѣе широко.—Сынъ Отечества.

— Въ шести верстахъ отъ Москвы, по Петербургскому шоссе, устраивается частная *лѣчебница для алкоголиковъ* д-ромъ *А. М. Коровинымъ* на собственные средства. Предположено для каждаго больного имѣть по отдѣльной комнатѣ, кромѣ общихъ помѣщеній. При лѣчебницѣ 15 десятинъ земли.—Обозрѣніе психiatриі.—Подобныхъ лѣчебницъ у насъ въ настоящее время имѣется уже нѣсколько, но, къ сожалѣнію, практическое ихъ значеніе пока сводится почти къ нулю, благодаря невозможности принудительнаго лѣченія. Намъ бы казалось, что прежде, чѣмъ увеличивать число такихъ лѣчебницъ, необходимо, чтобы врачи лѣчебницъ получили право задерживать больныхъ до окончательнаго выздоровленія.

— *Советъ дома призрѣнія Императора Александра III* на Удѣльной поручилъ директору *А. В. Тимофееву* пересмотрѣть существующій штатъ и представить проектъ новыхъ штатовъ съ увеличеннымъ числомъ врачей и надзирателей, сообразно настоящему положенію больницы.—Обозрѣніе психiatриі.

— По словамъ «Обозр. псих.», въ Министерствѣ внутреннихъ дѣлъ *вопросъ объ окружныхъ лѣчебницахъ принципиально рѣшенъ*, и въ настоящее время разрабатывается проектъ постройки 8 окружныхъ домовъ. Въ правительственныхъ лѣчебницахъ будетъ допущено призрѣніе и земскихъ душевно-больныхъ, по образцу Казанскаго земства.

— Симбирское губернское земство возбудило ходатайство въ Министерствѣ Внутреннихъ Дѣлъ о присвоеніи правъ государственной службы врачамъ колоніи душевно-больныхъ и о наименованіи колоніи «Карамзинской». Это ходатайство, какъ видно изъ общей прессы, въ настоящее время уже удовлетворено. Колонія учреждается на 220 человѣкъ, въ томъ числѣ 20 пансіонеровъ.

— Симбирское губернское земское собраніе минувшей сессіи постановило ассигновать 19 тыс. руб. на окончательное приспособленіе главнаго корпуса психіатрической колоніи для перевода въ него съ осени умышленныхъ; что касается остальныхъ работъ по колоніи, то провѣренные и вновь составленные смѣты по нимъ должны быть представлены на усмотрѣніе чрезвычайнаго губернскаго собранія въ первыхъ числахъ предстоящаго мая. («Самарск. Вѣстн.»).

— Нѣсколько уѣздныхъ земствъ Саратовской губерніи обратились въ губернскую управу съ просьбою возбудить ходатайство о разрѣшеніи *земскимъ врачамъ вести бесѣды съ народомъ* по вопросамъ медицины и гигиены главнымъ образомъ примѣнительно къ *ужодеу за душевно-больными* и пр. Кто близко знакомъ съ тѣми мытарствами, которыя приходится испытывать душевно-больному, прежде чѣмъ онъ попадаетъ въ специальное заведеніе, тотъ, конечно, сочувственно отнесется къ симпатичному почину саратовскихъ товарищей.—Ю. Р. М. Г.

— 13 октября въ Новгородѣ, въ присутствіи губернатора, представителей земства, города и всѣхъ вѣдомствъ и медицинскаго персонала, состоялось освященіе особаго зданія, устроеннаго на средства *Машковцевыхъ* при колмовскихъ заведеніяхъ, для помѣщенія въ немъ *душевно-больныхъ женщинъ пансіонерокъ*.—Нов. Время.

— Министерство народнаго просвѣщенія рѣшило ходатайствовать объ отпускѣ на психіатрическую клинику Московскаго университета ежегодно 3500 руб. для того, чтобы клиника не закрывалась въ теченіе 3-хъ лѣтнихъ мѣсяцевъ.—Нов. Время.

— Министръ финансовъ рѣшилъ выдать на устройство въ Самарѣ уѣзжизца для алкоголиковъ 30,000 руб. изъ тѣхъ 60,000, которые остались въ Уфимской губ. отъ суммъ, назначенныхъ на борьбу съ алкоголизмомъ въ этой губ.—Врачъ.

— Неврологическій Музей Московскаго университета недавно обогатился очень интересною коллекціей череповъ: Рязанская Ученая Архивная коммиссія рѣшила передать въ этотъ музей большую часть череповъ, найденныхъ при различныхъ раскопкахъ, произведенныхъ въ Рязанской губерніи. Изъ нихъ были отобраны тѣ, которые лучше сохранились, и ихъ оказалось около ста. Интерес коллекціи заключается въ томъ, что черепа эти относятся къ самымъ разнообразнымъ эпохамъ,—отъ каменнаго вѣка до прошлаго столѣтія включительно, при чемъ не только хорошо извѣстны мѣсто и обстановка каждой находки но, на основаніи археологическихъ данныхъ, съ возможною точностью опредѣлено то время, къ которому каждый черепъ относится. Нѣкоторые изъ этихъ череповъ уже описаны; те-

перь же всѣ они въ скоромъ времени будутъ подробно обследованы и измѣрены и, такимъ образомъ, составятъ очень хорошій антропологическій матеріалъ для изученія населенія Рязанскаго края въ различныя эпохи его существованія. — «Моск. Вѣд.».

— Екатеринославское земское собраніе постановило устроить *колонію* на 200 душевно-больныхъ на землѣ, пожертвованной Закржевскимъ, въ 10 верстахъ отъ Екатеринослава. Ассигновано на устройство 53,000 и на содержаніе въ первый годъ 36,000 рублей.

## ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

### *Протоколъ засѣданія 27 октября.*

Предсѣдательствовалъ Н. М. Поповъ при секретарѣ В. И. Жестковѣ; присутствовали гг. дѣйствительные члены: К. А. Арнштейнъ, И. М. Догель, Н. А. Миславскій, Н. А. Толмачевъ, Б. П. Воротынский, С. Д. Колотинскій, Д. В. Полумордвиновъ, Н. Я. Смѣловъ, П. И. Тиховъ, С. Н. Урванцовъ; гости: г. Попечитель Казанскаго Учебнаго Округа В. А. Поповъ и около 40 членовъ студентовъ.

Г. Предсѣдатель, открывая засѣданіе, сообщилъ о смерти почетнаго члена Общества, проф. физиологіи въ Женевѣ, *M. Schiff'a*; присутствующіе почтили память умершаго вставаніемъ.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

*Н. А. Миславскій* посвятилъ нѣсколько словъ *памяти покойнаго проф. Schiff'a*, большая часть трудовъ котораго касается физиологіи нервной системы. Въ этой области онъ занимался вопросомъ объ иннервации сосудовъ, дыхательнаго аппарата, электрофизиологіей, физиологіей центральной нервной системы. При этомъ покойный всегда шелъ рука объ руку съ новѣйшими открытіями, живо интересовался каждымъ новымъ фактомъ изъ области физиологіи и подвергалъ его тщательной провѣркѣ. Читая массу трудовъ *Schiff'a*, можно не соглашаться съ его взглядами, но нельзя не преклониться съ уваженіемъ предъ научной дѣятельностью чловека, который всю жизнь провелъ въ поискахъ за истиной.

Затѣмъ *В. И. Жестковъ* сообщилъ: «*объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи*».

По поводу доклада было сдѣлано нѣсколько замѣчаній *К. А. Арнштейномъ*, *И. М. Догелемъ*, *Н. А. Миславскимъ* и *Н. М. Поповымъ*.

*К. А. Арнштейнъ* по поводу найденныхъ докладчикомъ измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ указалъ на появившіяся въ послѣднее время экспе-

риментальныя работы *Monti* и *Mosso*, касающіяся измѣненій нервныхъ элементовъ коры при искусственно вызванной эмболии и голоданіи; для изслѣдованія примѣнялся методъ *Golgi*. При эмболии сосудовъ прежде всего измѣненія наступали въ нервныхъ клѣткахъ, именно въ ихъ протоплазматическихъ отросткахъ; послѣдніе варикозно перерождались, при чемъ дегенеративный процессъ охватывалъ сначала тѣ отростки, которые непосредственно обращены къ эмболизированному сосуду. Подобныя-же результаты получены *Mosso* при голоданіи животныхъ.

*И. М. Догель* замѣтилъ, что высказанный докладчикомъ взглядъ на причину атрофій нервныхъ элементовъ находить подтвержденіе въ результатахъ, полученныхъ при искусственномъ нарушеніи питанія; не встрѣчались-ли эмболическіе процессы при старческомъ слабоуміи?

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ изслѣдованныхъ случаяхъ ни макроскопически, ни микроскопически не наблюдалось закупорки сосудовъ, но нѣкоторые авторы указываютъ на тромбозъ сосудовъ, какъ на обычное явленіе при старческомъ слабоуміи, и происходящіе вслѣдствіе этого очаговыя симптомы считаютъ наиболѣе характерными для клинической картины старческаго слабоумія.

*И. М. Догель* пожелалъ далѣе узнать, каковъ характеръ пораженія въ продолговатомъ и спинномъ мозгу, какъ распредѣляется процессъ по областямъ коры и какія изъ нихъ ранѣе подвергаются атрофіи.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ спинномъ и продолговатомъ мозгу различными изслѣдователями найдены измѣненія также атрофическаго характера, но выраженныя въ болѣе слабой степени. Что касается головного мозга, то здѣсь процессъ разлитой, охватываетъ всѣ отдѣлы обонхъ полушарій и сказать, какіе изъ нихъ поражаются ранѣе, довольно трудно; можно отмѣтить только, что лобныя доли являются болѣе пострадавшими, по крайней мѣрѣ по отношенію къ ассоціаціоннымъ мѣлиновымъ волокнамъ.

*Н. А. Миславскій* указалъ, что *Maginico* въ своихъ «письмахъ» между прочимъ останавливается на измѣненіяхъ въ нервныхъ клѣткахъ, вызываемыхъ экспериментально, напр. послѣ прижиганій вещества мозга, а также наступающихъ при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ и обнаруживаемыхъ по методу *Nissl*; въ этихъ случаяхъ *Nissl*'евскія тѣла то исчезали, то скоплялись вокругъ ядра, а не распредѣлялись по всей клѣткѣ.

*Н. М. Поповъ* отмѣтилъ, что наиболѣе рѣзкимъ измѣненіемъ при старческомъ слабоуміи является исчезновеніе ассоціаціонныхъ мѣлиновыхъ волоконъ, при чемъ повсюду процессъ сильнѣе выраженъ въ слояхъ, позднѣе развивающихся; въ этихъ-же слояхъ, какъ показываютъ изслѣдованія, наблюдается уменьшеніе волоконъ при прогрессивномъ параличѣ, идиотизмѣ и др. Интересно то обстоятельство, что искусственно вызванное ослабленіе питанія также ведетъ къ измѣненію нервныхъ клѣтокъ, но полученные препараты не даютъ основаній заключить, что процессъ начинается съ периферіи отростковъ; можетъ быть, измѣненіе произошло сначала въ тѣлѣ клѣтки, а протоплазматическіе отростки уже потомъ подверглись варикозному перерожденію.

Въ административномъ засѣданіи обсуждался вопросъ объ изданіи «Неврологическаго Вѣстника» въ 1897 году; постановлено продолжать издаііе журнала на прежнихъ основаніяхъ.

Затѣмъ секретаремъ была прочитана докладная записка члена Общества *Н. А. Толмачева*, въ которой послѣдній, указывая на отсутствіи въ Казани какихъ либо пріютовъ для малолѣтнихъ эпилептиковъ и идіотовъ, предлагаетъ Обществу такъ или иначе придти на помощь несчастнымъ, *Н. М. Поповъ*, въ виду важности поднятаго вопроса, предложилъ предварительно всесторонне обсудить его въ комиссіи; къ этому мнѣнію присоединились и присутствующіе. Въ составъ комиссіи вошли: *Н. М. Поповъ*, *Н. А. Толмачевъ*, *И. І. Наумовъ* и *Б. И. Воротынский*.

## ОТЧЕТЪ

о научной дѣятельности общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1896 годъ, съ включеніемъ данныхъ по состоянію бібліотеки и кассы общества.

### Секретаря **Б. И. Воротынскаго.**

Настоящимъ годовымъ засѣданіемъ Общество невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ начинаетъ шестой годъ своей научной дѣятельности. Эта дѣятельность за минувшій годъ выразилась слѣдующимъ образомъ.

Всего въ 1896 году было 8 засѣданій; въ томъ числѣ одно годовое и семь очередныхъ. Въ очередныхъ научныхъ засѣданіяхъ сдѣлано 14 сообщеній по слѣдующимъ предметамъ: 1) Проф. *Н. А. Миславскій*. Нѣсколько словъ по поводу теоріи контакта. 2) Д-ръ *А. А. Элинсонъ*. О центробѣжныхъ волокнахъ въ зрительномъ нервѣ. 3) Проф. *Н. М. Поповъ*. Случай первичнаго атрофическаго склероза головного мозга (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ). 4) Д-ръ *П. И. Тиховъ*. Случай тоническихъ и клоническихъ судорогъ въ области шеи и спины (съ демонстраціей больнаго). 5) Д-ръ *Б. И. Воротынский*. О послѣдовательности вторичныхъ перерожденій отдѣльныхъ системъ волоконъ въ спинномъ мозгу собакъ (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ). 6) Д-ръ *В. П. Кузнецовъ*. Объ алкогольномъ автоматизмѣ. 7) Д-ръ *В. И. Жестковъ*. Случай гематоміэліи. 8) Студ. *С. П. Павловскій*. Къ строенію спинного мозга у стерлядей. 9) Проф. *Н. М. Поповъ*. Патолого-анатомическій субстратъ остраго бреда. 10) Д-ръ *Ю. А. Камковъ*. Къ вопросу о строеніи gangl. Gasseri у млекопитающихъ. 11) Проф. *Н. А. Миславскій*. Памяти покойнаго профессора *M. Schiff'a*. 12) Д-ръ *В. И. Жестковъ*. Объ измѣненіи коры большого мозга при старческомъ слабоуміи.

13) Д-ръ *Н. Я. Смѣловъ*. Случай притворнаго слабоумія (*simulatio dementiae*);  
 14) Д-ръ *Г. А. Клячкинъ*. Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва. Кромѣ того въ прошломъ годовомъ засѣданіи проф. *Н. М. Поповымъ* была произнесена рѣчь: *Острое безсмысліе*.

Изъ предложеннаго обзора видно, что большая часть докладовъ принадлежала мѣстнымъ членамъ Общества и только три сообщенія сдѣланы посторонними лицами, занимавшимися въ лабораторіяхъ Казанскаго Университета. Сдѣланные въ отчетномъ году научные доклады обнимаютъ собою различные отдѣлы неврологіи, а именно: физиологію, гистологію и анатомію нервной системы, судебную психопатологію, невропатологію и психіатрію. Большая часть сообщеній, доложенныхъ въ Обществѣ въ минувшемъ году, уже помѣщены въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», органѣ Общества, а нѣкоторые, кромѣ того, напечатаны въ заграничныхъ специальныхъ журналахъ.

Къ концу отчетнаго года Общество состояло изъ 66 членовъ; въ томъ числѣ членовъ-учредителей 17, почетныхъ членовъ 6, дѣйствительныхъ 42 и 1 членъ-сотрудникъ. Изъ общаго числа членовъ мѣстныхъ 36 и иногороднихъ 30. Вновь поступило въ отчетномъ году двое дѣйствительныхъ членовъ. Въ минувшемъ году Общество понесло двѣ чувствительныя потери, лишившись одного члена-учредителя, проф. *И. М. Гвоздева*, и одного почетнаго члена, извѣстнаго ученаго *Schiff'a*, профессора физиологіи въ Женевѣ.

Бюро Общества въ отчетномъ году состояло изъ слѣдующихъ лицъ: предѣдатель *Н. М. Поповъ* (онъ же мѣстный редакторъ журнала Общества), товарищъ предѣдателя *Н. А. Миславскій*, секретари—*В. И. Воротыскій* (онъ же секретарь редакціи) и *В. И. Жестковъ*, бібліотекаръ *И. С. Скуридинъ*, казначей *Н. Я. Смѣловъ*; члены Совѣта: *К. В. Ворошиловъ*, *И. М. Догель* и *К. А. Арштейнъ*; члены ревизіонной комиссіи: *В. И. Разумовскій*, *К. М. Леонтьевъ* и *А. Ф. Гебертъ*. Иногородній редакторъ журнала *В. М. Бехтеревъ*.

Денежныя средства Общества составлялись изъ процентовъ съ неприкосновеннаго капитала, изъ членскихъ взносовъ и изъ выручки по изданію «Неврологическаго Вѣстника» и по другимъ изданіямъ Общества. Изъ представленнаго г. казначеемъ *Н. Я. Смѣловымъ* отчета, провѣреннаго ревизіонной комиссіей, видно, что отъ прошлаго года въ кассѣ Общества оставалось 3370 р. 82 к. За 1896 годъ поступило: членскихъ взносовъ 224 р. 42 к.; процентовъ съ капитала 142 р. 60 к.; приходъ по изданію «Неврологическаго Вѣстника»: за 69 подписокъ 395 р. 50 к.; розничная продажа отдѣльныхъ выпусковъ журнала 32 р.; продажа другихъ изданій Общества 6 р. 20 к.; пожертвованій 22 руб. Итого въ приходъ по всѣмъ статьямъ за 1896 годъ всего поступило 4213 р. 54 к. Расходъ въ отчетномъ году былъ произведенъ по слѣдующимъ статьямъ: расходы по бібліотекѣ, почтовые расходы секретаря, казначея и проч. 41 р. 80 к.; за объявленія о выходѣ журнала 8 р. 64 к.; расходы по изданію «Вѣстника»: за печатаніе журнала 516 р., за таблицы и рисунки 119 р. 10 к., за рефераты 100 руб., секре-



тарскіе расходы по редакціи 22 р. 22 к.; за разсылку журнала 25 р. 44 к. Общій расходъ въ 1896 году равняется 333 р. 20 к. За вычетомъ расхода въ кассѣ Общества остается 3380 р. 34 к. Такимъ образомъ въ итогѣ суммы Общества за 1896 годъ увеличились на 9 р. 52 к. Изъ суммъ Общества 2400 руб. находятся въ ‰ бумагахъ Государственнаго двор. банка и 930 р. 50 к. по двумъ книжкамъ сберегательной кассы. На рукахъ у казначея 49 р. 84 к.

Что касается состоянія бібліотеки Общества, то изъ отчета г. бібліотекаря П. С. Скуридина видно, что къ 1 января 1897 года въ бібліотекѣ состоитъ 1128 названій различныхъ сочиненій и періодическихъ изданій и въ этомъ числѣ на русскомъ языкѣ 998, на нѣмецкомъ 102, на французскомъ 22, на англійскомъ 5 и на испанскомъ 1. Въ теченіе отчетнаго года вновь поступило 201 названіе различныхъ изданій, изъ которыхъ на русскомъ языкѣ 194, на нѣмецкомъ 5 и на французскомъ 2. Какъ и въ прежніе годы, Библиотека пополнялась пожертвованіями, обмѣномъ на органѣ Общества «Неврологическій Вѣстникъ» и собственными изданіями. Въ даръ Обществу поступило 33 названія отъ дѣйствительныхъ членовъ: проф. Н. М. Попова и д-ра В. И. Воротынскаго, а также отъ постороннихъ лицъ <sup>1)</sup>. Въ обмѣнъ на издаваемый Обществомъ «Неврологическій Вѣстникъ» въ отчетномъ году поступило 147 названій «Неврологическій Вѣстникъ» расходвался бібліотекой такъ же, какъ и въ прежніе годы, т. е. одна часть журнала разсылалась членамъ Общества, дѣлающимъ членскіе взносы, а другая—шла на обмѣнъ съ различными редакціями, учеными учреждениями и Обществами. 1 и 2 выписки журнала разосланы бібліотекой въ количествѣ 105 экз., а 3 и 4—въ количествѣ 117 экз. Разсылка журнала подписчикамъ производилась редакціей. Всего въ минувшемъ году было 69 подписокъ. Большая часть подписокъ падала на спеціальныя больницы, госпитали, лѣчебницы и клиники.

Въ настоящее время Общество уже второй годъ само издаетъ свой журналъ «Неврологическій Вѣстникъ». Опытъ двухъ лѣтъ показалъ, что изданіе журнала вполне окупается подпиской, а изъ средствъ Общества требуются только расходы на уплату за рефераты и на рисунки къ журналу. Эти расходы Общество покрываетъ членскими взносами и процентами съ неприкосновеннаго капитала. Редакція журнала позволяетъ себѣ высказать предположеніе, что теперь, повидимому, кругъ читателей «Неврологическаго Вѣстника» уже достаточно прочно установился, и потому думаетъ, что при существующихъ условіяхъ Общество имѣетъ возможность продолжать изданіе своего журнала на прежнихъ основаніяхъ, тѣмъ болѣе, что опытъ выяснилъ настоятельную потребность въ подобномъ журналѣ; по крайній мѣрѣ на это указываетъ то обиліе матеріала, который въ немъ былъ помѣщенъ за истекшій годъ. Дѣйствительно, въ четырехъ книжкахъ «Неврологическаго Вѣстника» за минувшій годъ было напечатано 27 оригинальныхъ статей по различнымъ отдѣламъ неврологіи; въ томъ числѣ

<sup>1)</sup> Пользуемся настоящимъ случаемъ выразить отъ лица Общества признательность всѣмъ лицамъ, сдѣлавшимъ пожертвованія въ бібліотеку.

теоретическихъ работъ 9 и клиническихъ 18. Теоретическія работы относились къ анатоміи, физиологіи и гистологіи нервной системы, а клиническія—къ психіатріи и невропатологіи. Изъ общаго числа напечатанныхъ въ «Вѣстникѣ» работъ значительное количество прислано иногородними авторами. Это обстоятельство даетъ право заключить, что органъ Общества успѣлъ уже сдѣлаться достаточно извѣстнымъ въ Россіи и къ тому же приобрѣлъ вниманіе и симпатіи со стороны научныхъ работниковъ. Пожелаемъ же, чтобы и впередъ эти симпатіи росли и крѣпли; пожелаемъ возможно большаго единенія и тѣснаго сплоченія товарищей по специальности на почвѣ общаго посильнаго служенія наукѣ. Пожелаемъ журналу дальнѣйшаго распространенія среди отечественныхъ специалистовъ. При этомъ условіи и наше Общество, въ роли издателя журнала, получить возможность расширить и улучшить свой органъ и такимъ образомъ успѣшнѣе выполнить тѣ задачи, которыя оно преслѣдуетъ, имѣя цѣлью разрабатывать научные вопросы, касающіеся неврологіи въ обширномъ смыслѣ этого слова.

СПИСОКЪ ЧЛЕНОВЪ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ ПО  
1 ЯНВ. 1897 ГОДА.

**Члены-учредители:**

- 1) Ариштейнъ Карлъ Августовичъ (Казань).
- 2) Вехтеревъ Владиміръ Михайловичъ (ред., С.-Петербургъ).
- 3) Васильевъ Василій Ивановичъ (Москва).
- 4) Васяткинъ Василій Николаевичъ (Казань).
- 5) Ворошиловъ Константинъ Васильевичъ (Казань).
- 6) Гебертъ Александръ Федоровичъ (Казань).
- 7) Догель Иванъ Михайловичъ (Казань).
- 8) Капустинъ Михаилъ Яковлевичъ (Казань).
- 9) Левашовъ Сергѣй Васильевичъ (Казань).
- 10) Левшинъ Левъ Львовичъ (Москва).
- 11) Миславскій Николай Александровичъ (тов. предс., Казань).
- 12) Наумовъ Иванъ Іоновичъ (Казань).
- 13) Реформатскій Николай Николаевичъ (С.-Петербургъ).
- 14) Скуридинъ Павелъ Семеновичъ (библ., Казань).
- 15) Смирновъ Алексѣй Ефимовичъ (Томскъ).
- 16) Смѣловъ Николай Яковлевичъ (казн., Казань).
- 17) Толмачевъ Николай Александровичъ (Казань).
- 18) Усовъ Михаилъ Михайловичъ (Казань).

**Почетные члены:**

- 19) Адамюкъ Емиліанъ Валентиновичъ (Казань).  
Бехтеревъ Владиміръ Михайловичъ (Петербургъ).
- 20) Карпова Ольга Петровна (Нижній-Новгородъ).
- 21) Кожевниковъ Алексѣй Яковлевичъ (Москва).
- 22) Мержеевскій Иванъ Павловичъ (С.-Петербургъ).
- 23) Пашутинъ Викторъ Васильевичъ (С.-Петербургъ).

**Дѣйствительные члены:**

- 24) Алексѣевъ Дмитрій Дмитріевичъ (Самара).
- 25) Анфимовъ Яковъ Афанасьевичъ (Харьковъ).
- 26) Воротынский Брониславъ Ивановичъ (секр., Казань).
- 27) Ге Александръ Генриховичъ (Казань).
- 28) Даркшевичъ Ливерій Осиповичъ (Казань).
- 29) Догель Александръ Станиславовичъ (С.-Петербургъ).
- 30) Евграфовъ Константинъ Романовичъ (Пенза).
- 31) Егоровъ Иванъ Елисеевичъ (Казань).
- 32) Жестковъ Василій Ивановичъ (секр., Казань).
- 33) Засѣцкій Николай Александровичъ (Казань).
- 34) Ивановъ Василій Васильевичъ (Царицынъ).
- 35) Горданскій Иванъ Феофановичъ (Вятка).
- 36) Клячкинъ Григорій Абрамовичъ (Казань).
- 37) Ковалевскій Павелъ Ивановичъ (С.-Петербургъ).
- 38) Колотинскій Сергій Діомидовичъ (С.-Петербургъ).
- 39) Кузнецовъ Василій Петровичъ (Винница).
- 40) Левчаткинъ Владиміръ Ивановичъ (Петербургъ).
- 41) Леонтьевъ Константинъ Михайловичъ (Казань).
- 42) Линдбергъ Владиміръ Карловичъ (Казань).
- 43) Малиновскій Девъ Александровичъ (Кіевъ).
- 44) Мальцевъ Александръ Феликсимовичъ (Полтава).
- 45) Мейеръ Иванъ Карловичъ (Шермъ).
- 46) Муратовъ Владиміръ Александровичъ (Москва).
- 47) Нечаевъ Павелъ Владиміровичъ (Казань).
- 48) Останковъ Петръ Александровичъ (С.-Петербургъ).
- 49) Полумордвиновъ Дмитрій Владиміровичъ (Казань).
- 50) Поповъ Николай Михайловичъ (предс. и ред., Казань).
- 51) Поповъ Михаилъ Николаевичъ (Томскъ).
- 52) Потѣхинъ Александръ Николаевичъ (Казань).
- 53) Разумовскій Василій Ивановичъ (Казань).
- 54) Сергѣевъ Леонидъ Аггеевичъ (Казань).
- 55) Смирновъ Апполлонъ Ивановичъ (Казань).
- 56) Тимофеевъ Дмитрій Александровичъ (Казань).

- 57) Тимофеевъ Александръ Викторовичъ (С.-Петербургъ).
- 58) Тиховъ Платонъ Ивановичъ (Казань).
- 59) Урванцовъ Сергѣй Николаевичъ (Казань).
- 60) Целерицкій Константинъ Михайловичъ (Вятка).
- 61) Чижъ Владиміръ Федоровичъ (Юрьевъ).
- 62) Щербакъ Александръ Ефимовичъ (Варшава).
- 63) Феноменовъ Николай Николаевичъ (Казань).
- 64) Фортунатовъ Алексѣй Михайловичъ (Казань).
- 65) Якобій Павелъ Ивановичъ (Орель).

#### Ч л е н ъ - с о т р у д н и к ъ :

- 66) Рыхлинскій Карлъ Владиславовичъ (Варшава).





# ОБЪЯВЛЕНІЯ.

---

**На 1897 г.**

(пятый годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ

## **„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“**

ОРГАНЪ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ  
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Подъ редакціей проф. **В. М. Бехтерева** и проф. **Н. М. Попова**.

Въ **1897** году „Неврологическій Вѣстникъ“ будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ объемѣ до 50 печатныхъ листовъ.

*Подписная цѣна* на годъ **6 руб.**

Подписка принимается въ редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

Для гг. студентовъ подписная цѣна на годъ **4 руб.**

---

# Открыта подписка на 1897 годъ

НА ЖУРНАЛЪ

## „ДѢЯТЕЛЬ“

Въ качествѣ сотрудниковъ изъявили желаніе принять участіе профессора: А. И. Александровъ, Е. О. Будде, А. О. Гусевъ, Л. О. Даркшевичъ, И. М. Догель, Г. О. Дормидонтовъ, Н. П. Загоскинъ, В. Ф. Залѣсскій, Н. А. Засѣкій, М. Я. Капустинъ, Н. О. Катановъ, О. Г. Мищенко, А. В. Поповъ, П. А. Никольскій, О. А. Рустикій, И. Н. Смирновъ, Н. В. Сорокинъ, Е. П. Янишевскій, А. И. Подбѣльскій и, кромѣ того, А. В. Нечаевъ, Б. Н. Агаѣоновъ, С. С. Бырдинъ, С. М. Капустина, Л. Ф. Мищенко, Я. Посадскій, Р. В. Ризположенскій, С. М. Смирновъ, А. Т. Соловьевъ, С. Н. Сорокина, М. С. Сегель, П. В. Траубенбергъ, свящ. В. А. Охотинъ, В. А. Исслентьевъ, М. В. Казанскій, М. Д. Закревская, М. А. Готвальдъ и В. А. Никитская.

### ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- |   |  |
|---|--|
| 1) Правительствоныя распоряженія.   | 6) Изъ жизни и печати.   |
| 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержания.     | 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.              |
| 3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержания. | 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.                  |
| 4) Письма изъ провинціи.  | 9) Свѣдѣнія о дѣятельности Общества Трезвости въ Россіи и за границею. |
| 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.   | 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.                           |
|   | 11) Критика и библиографія.  |
|   | 12) Объявленія.  |

*Подписная цѣна за годъ 2 рубля.*

Адресъ редакціи: Казань, типографія Императорскаго Казанскаго Университета, Черноозерская улица, собствен. домъ.

*Черезъ Редакцію журнала ДѢЯТЕЛЬ можно приобрѣтать слѣдующія*

*книги:*

Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи Императоръ Александръ II. А. И. Александрова . . . . .	» р. 40 к.
Отчего гибнутъ люди. За сотню . . . . .	1 р. » к.
Всемирно должно удалиться отъ пьянства. Тихона Задонскаго. За сотню . . . . .	1 р. » к.
Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню . . . . .	1 р. 50 к.
Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню . . . . .	1 р. » к.
Вино для человѣка и его потомства—ядъ. За сотню . . . . .	2 р. » к.
Въ защиту вина . . . . .	» р. 20 к.
Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заболѣванію человѣка. И. М. Догеля. (Одобрен. ученнымъ комит.) . . . . .	» р. 40 к.

За редактора-издателя **А. Соловьевъ.**

# УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

## ИМПЕРАТОРСКАГО

### Казанскаго Университета

НА 1897 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученныя изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученнымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библиографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и за границей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библиографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протоколовъ засѣданій совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнню коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учреждений при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому Университету, обзорѣнныя преподаванія, распределенія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованные.

Ученныя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ *Θ. Мищенко.*



Вышла въ свѣтъ 35-ая книга (ноябрь—декабрь) журнала

## „ВОПРОСЫ ФИЛОСОФИИ И ПСИХОЛОГИИ“,

издаваемого Московскимъ Психологическимъ Обществомъ.

*Содержаніе:* Н. Я. Гротъ. О жизни и личности Декарта.—В. П. Сербскій. Преступные и честные люди.—А. А. Токарскій. О глухости.—Вл. С. Соловьевъ. Правственная организація челоѳчества.—Кн. С. Н. Трубецкой. Основанія идеализма.—В. П. Сербскій. 4-ый международный конгрессъ криминальной антропологіи въ Женевѣ.—В. К. Ротъ. Нейрастенія и лѣньность.—С. Н. Булгаковъ. О законмѣрности соціальныхъ явленій.—А. А. Токарскій. 3-й международный психологическій конгрессъ въ Мюнхенѣ.—Полемика. 1) О. В. Леонова и С. А. Сухановъ: По поводу теоріи нейроновъ; 2) В. Ө. Саводникъ. По поводу диссертаціи г. Челпанова. Критика и библиографія.—Психологическое Общество.—Извѣстія и замѣтки.—А. А. Токарскій. Записки психологической лабораторіи.

### ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1897 ГОДЪ.

Условія подписки: на годъ безъ доставки—6 р., съ доставкой въ Москвѣ—6 р. 50., съ пересылкой въ другіе города—7 р., за границу—8 р.

Учащіеся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, сельскіе учителя и сельскіе священники пользуются скидкой въ 2 р. Подписка на льготныхъ условіяхъ и льготная выписка старыхъ годовъ журнала принимается только въ конторѣ редакціи. Подписка, кромѣ книжныхъ магазиновъ „Новаго Времени“ (С.-ПБ., Москва, Одесса и Харьковъ), Карбасникова (С.-ПБ., Москва, Варшава), Вольфа (С.-ПБ. и Москва), Оглоблина (Кіевъ), Башмакова (Казань) и другихъ, принимается въ конторѣ журнала: Москва, Большая Никитская, д. 2—24 въ помѣщеніи журнала „Русская Мысль“).

Предсѣдатель Психологическаго Общества  
Н. Я. Гротъ.

Редакторы Л. М. Лопатинъ  
и В. П. Преображенскій.

# БОЛЬНИЧНАЯ ГАЗЕТА

## ВОТКИНА.

Принимается подписка на 1897 годъ (8-й годъ изданія)

Газета будетъ выходить еженедѣльно въ размѣрѣ отъ 2—3 печатныхъ листовъ и будетъ издаваться проф. С. С. Воткинымъ, прив.-доц. М. М. Волковымъ, главными врачами Спб. городскихъ больницъ д-рами А. А. Нечаевымъ, и С. В. Посадскимъ и проф. В. Н. Сиротининымъ..

Подъ редакціей прив.-доцента М. М. Волкова.

Расширяемая съ настоящаго года программа газеты будетъ заключать въ себѣ слѣдующіе отдѣлы.

I. Оригинальныя статьи по всеѣмъ отраслямъ клинической и теоретической медицины и по вопросамъ, относящимся къ медицинскому преподаванію и больничному дѣлу.

II. Литературный отдѣлъ, заключающій въ себѣ рефераты и литературныя обзоры, главнымъ образомъ въ систематическихъ рубрикахъ (на границѣ внутренней медицины и хирургіи; клиническая техника; изъ хирургической, гинекологической, гематологической литературы; изъ литературы по инфекціоннымъ, нофтскимъ болѣзнямъ; къ приложенію X-лучей и т. д.); особое вниманіе будетъ обращено на своевременное реферированіе наиболее выдающихся произведеній русской и иностранной литературы. — Газета ставитъ себѣ задачей слѣдить за дѣятельностью русскихъ и иностранныхъ медицинскихъ сѣздовъ и обществъ, для чего будетъ располагать корреспонденціями изъ главнѣйшихъ научныхъ центровъ.

III. Отдѣлъ больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, особенно С.-Петербургскихъ городскихъ больницъ, органомъ которыхъ служитъ газета; одновременно будутъ помѣщаться отчеты о засѣданіяхъ нѣкоторыхъ иногороднихъ и заграничныхъ соотвѣствующихъ учреждений и отчеты о наиболее выдающихся диспутахъ въ Военно-Медицинской Академіи.

IV. Отдѣлъ терапевтическихъ новостей въ формѣ краткихъ рефератовъ и обзорній относительно наиболее интересныхъ сообщеній въ области всеѣхъ видовъ терапіи.

V. Отдѣлъ критики (рецензіи книгъ, журнальныхъ статей, диссертаций); хроника и извѣстія, касающіяся главнымъ образомъ подробностей больничной жизни; справочный отдѣлъ относительно засѣданій медицинскихъ обществъ, диспутовъ въ Имп. Военно-Медицинской Академіи и пр., статистическія данныя о движеніи больныхъ въ С. Петербургскихъ городскихъ больницахъ, сообщаемыя С.-Петербургскимъ статистическимъ бюро.

Основное направленіе Газеты, продолжающей «Еженедѣльную Клиническую Газету» покойнаго С. П. Воткина, клиническое; большая часть напечатанныхъ въ ней статей посвящена различнымъ вопросамъ клинической медицины и обязаны своимъ происхожденіемъ обширному больничному матеріалу; той же цѣли Газета, какъ больничный органъ по преимуществу, надѣется удовлетворять путемъ корреспонденцій и отчетовъ о больничныхъ совѣщаніяхъ и медицинскихъ сѣздахъ.

### ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

За годъ съ доставкой. . . . . 8 руб.—к.  
» полгода « . . . . . 4 » 50»

Гдъ подписывающіеся въ разсрочку (при подпискѣ 5 р. и къ 1-му іюля 3 руб., — или при подпискѣ 3 р. къ 1-му апрѣля 3. и къ 1-му сентябрю 2 р.) просятъ обращаться исключительно въ редакцію.

Подписка принимается въ редакціи (С.-Петербургъ, Конногвардейскій бульваръ, д. 5) и во всеѣхъ книжныхъ магазинахъ.

# ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на 1897 годъ

НА ИЗДАЮЩУЮСЯ ВЪ Г. КАЗАНИ БОЛЬШУЮ ЕЖЕДНЕВНУЮ ОБЩЕСТВЕННУЮ, ЛИТЕРАТУРНУЮ, ПОЛИТИЧЕСКУЮ И ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННУЮ ГАЗЕТУ

## „КАМСКО-ВОЛЖСКІЙ КРАЙ“.

*Самая подробная разработка текущихъ вопросовъ общественной жизни мѣстнаго края и возможно полное отраженіе его дѣйствительныхъ нуждъ и интересовъ ставятся основной задачей изданія.*

Для достиженія намѣченной цѣли «КАМСКО-ВОЛЖСКІЙ КРАЙ» будетъ неуклонно стремиться къ изученію жизни Поволжья и Востока Россіи въ историческомъ, культурномъ, экономическомъ, бытовомъ, промышленномъ и торговомъ отношеніяхъ, озаботившись привлеченіемъ для этого сотрудниковъ изъ среды лицъ, хорошо знакомыхъ съ дѣломъ областной прессы.

**Имѣются собственные корреспонденты во всѣхъ главнѣйшихъ пунктахъ края.**

Въ поясненіе нѣкоторыхъ статей и событій общественной жизни будутъ помѣщаться время отъ времени иллюстраціи въ текстѣ газеты.

### Подписная плата:

Для городскихъ подписчиковъ. Для иногород. подписчиковъ.

	Безъ доставк.	Съ доставк.		
На годъ . . .	6 р. — —	7 р. — —	На годъ . . .	9 р. — —
На полгода . . .	3 р. — —	4 р. — —	На полгода . . .	5 р. — —
На 3 мѣсяца. . .	1 р. 75 к.	2 р. 25 к.	На 3 мѣсяца. . .	2 р. 75 к.
На 1 мѣсяць . . .	— —60 к.	— —75 к.	На 1 мѣсяць . . .	1 р. — —

Для годовыхъ подписчиковъ ДОПУСКАЕТСЯ РАЗСРОЧКА платежа подписныхъ денегъ.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ въ Главной Конторѣ Редакціи (Казань, Воскресенская, Пассаждъ № 22. Телефонъ редакціи № 366).

Иногородніе адресуютъ: «КАЗАНЬ, РЕДАКЦІЯ КАМСКО-ВОЛЖСКАГО КРАЯ».

*За редактора профессоръ Н. П. Загоскинъ*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

## „ВРАЧЪ“,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, выходитъ въ 1897 году подъ тою-же редакціею и по той-же программѣ, какъ и въ истекшемъ году.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора *Вячеслава Авксентьевича Манассеина* (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ, 9 р.; за полгода 4 р. 50 к.; за 3 мѣсяца 2 р. 25 к. Подписка принимается у издательницы—*Ольги Александровны Риккеръ* (Петербургъ, Невскій, 14). Къ ней же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ №№ и т. д.).

---

1897 г.

II г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ г. II.

## „СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА“,

издаваемый подъ редакціею **М. И. Афанасьева.**

---

Программа журнала остается той же самой, какъ и въ прошломъ году. Въ отдѣлѣ оригинальныхъ статей будетъ продолжаться печатанье лекцій редактора по клинической микроскопій и бактериологій, причеиъ особенное вниманіе будетъ обращено на методы клиническаго бактериологическаго изслѣдованія вообще и специально на клиническую микроскопій и бактериологій крови и изверженій. Кроме того, будетъ помѣщено соч. «Простѣйшіе практическіе методы гигиеническихъ изслѣдованій и оцѣнка ихъ результатовъ» въ совершенно новомъ и переработанномъ изданіи нашего извѣстнаго гигиениста-писателя, д-ра *И. О. Смоленскаго.*

## VIII

Въ отдѣлѣ *Обзоровъ* и *Новостей медицины* будетъ, въ видѣ болѣе или менѣе законченныхъ оригинальныхъ статей, сообщаться все то, что въ послѣднее время интересуется и волнуетъ врачей въ сферѣ практической медицины и гигиены.

Въ отдѣлѣ переводовъ редакціи намѣченъ уже цѣлый рядъ сочиненій, которыя будутъ помѣщены въ самомъ журналѣ, или въ видѣ отдѣльныхъ изданій.

Печатанье прекраснаго труда французскихъ клиницистовъ «Руководство къ частной терапіи» подъ редакціей *A. Robin'a* будетъ продолжаться и въ наступающемъ году по мѣрѣ выхода французскаго изданія. Затѣмъ будутъ напечатаны вторые тома сочиненій проф. *Monquat*: «Основы терапевтики и фармакологіи» съ допол. доц. *E И Котляра* и д-ра *Wolzenorf'a*: «Руководство къ малой хиругіи» (съ 328-ю рис.).

Изъ переводовъ *новыхъ* книгъ назовемъ: «Клиническія лекціи» извѣстнѣйшаго французскаго терапевта проф. *Potain'a* съ предисловіемъ послѣдняго къ русскому изданію; «Гинекологическая діагностика» проф. *Winter'a* (въ сотрудничествѣ съ *Ruge*) съ 190 рис., съ предисловіемъ проф. *D. O. Omma*; «Лекціи о хирургическихъ заразныхъ болѣзняхъ» профессоровъ *Kocher'a* и *Tavel'a* (съ 74-мя рис.) съ предисл. проф. *H. A. Вельяминова*; «Кожныя и венерическія болѣзны» (съ многоч. рис.) проф. *Wolf'a* съ пред. проф. *O. B. Петерсена*; «Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ» проф. *Vaginsky'а* (перев. съ послѣдняго 5-го изд., совершенно переработаннаго и дополненнаго). Къ печатанью послѣдняго сочиненія уже приступлено и оно въ скоромъ времени появится въ свѣтъ въ видѣ отдѣльнаго изданія съ уступкой для подписчиковъ журнала.

**Подписная цѣна** на журналъ 10 руб. съ доставкой и перес., 9 руб. безъ доставки, за границу 12 руб. Допускается разсрочка въ платежѣ: 5 руб. при подпискѣ и 5 руб. въ маѣ мѣсяцѣ.

Подписчики журнала на 1897 г. имѣютъ право на полученіе первыхъ томовъ соч. проф. *Манка* и д-ра *Вольцендорфа* съ уступкой въ 20%. Подписчики на журналъ, въ случаѣ выписки ими отдѣльныхъ изданій журнала изъ конторы его, пользуются уступкой въ 20%.

Подписка принимается въ контору редакціи журнала: *Спб., Литейный просп., № 33*, и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.



Издание Н. Л. РИНКЕРА, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

**ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1897 годъ.**

(Второй годъ изданія).

**„ОБЗОРЪНЕ ПСИХІАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛ. ПСИХОЛОГИИ“**

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ, ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

**Проф. В. М. БЕХТЕРЕВА,**

директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Начиная изданіе нашего журнала въ январь 1896 г., мы были твердо убѣждены въ необходимости для русской врачебной публики ежемѣсячнаго реферирющаго органа по психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. Опытъ прошлаго года показалъ, что издаваемое нами «Обзорѣніе» было встрѣчено весьма сочувственно врачебной публикой и въ этомъ сочувствіи мы видимъ доказательство справедливости нашихъ предположеній.

Дѣйствительно не только врачамъ специалистамъ, но также земскимъ, военнымъ и вообще всѣмъ практическимъ врачамъ почти ежедневно приходится встрѣчаться съ вопросами вышеуказанной специальности; каждый врачъ не разъ чувствовалъ потребность въ болѣе близкомъ знакомствѣ съ болѣзнями нервной системы, играющими такую выдающуюся роль въ жизни современнаго общества. Само собою понятно, что практическіе врачи, знакомые съ современнымъ состояніемъ ученія о нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, могутъ оказать весьма цѣнныя услуги въ дѣлѣ профилактики и лѣченія нервныхъ и душевныхъ расстройствъ. вмѣстѣ съ тѣмъ своевременное ознакомленіе съ новѣйшими успѣхами экспериментальной психологіи можетъ облегчить врачамъ и другимъ близко стоящимъ къ школьному дѣлу лицамъ болѣе правильную въ отношеніи умственной гигиены постановку школьнаго образованія. Неоспоримо также и особо важное практическое значеніе криминальной антропологіи и ученія о гипнотизмѣ, какъ въ отношеніи выясненія общихъ психологическихъ вопросовъ, такъ и въ отношеніи практически важныхъ вопросовъ судебно-психіатрической экспертизы.

Имѣя въ виду удовлетвореніе вышеуказанныхъ практическихъ потребностей, «Обзорѣніе» и въ 1897 г. будетъ стремиться дать возможно полное отраженіе современнаго состоянія психіатріи, невропатологіи, неврологіи, экспериментальной психологіи, гипнотизма и уголовной антропологіи, съ цѣлью своевременнаго ознакомленія его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ особо важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней будетъ также отведено въ «Обзорѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

I. Оригинальныя статьи по психіатріи, невропатологіи, неврологіи, психологіи, гипнотизму, криминальной антропологіи и по вопросамъ связаннымъ съ ними. II. Обзоръ и рефераты по указаннымъ предметамъ. III. Отчеты, письма и корреспонденціи. IV. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библиографія. V. Хроника, новости и смѣсь. VI. Біографіи и некрологи. VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала, директора клиникипроф. **В. М. Бехтерева** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редакція открыта по вторникамъ и пятницамъ съ 11—12 ч. дня.

Письма, касающіяся благоустройства неврологическихъ и психіатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники, покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра **Н. А. Останкова** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней).

Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи ихъ статьи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ отисковъ бесплатно. Время непечатанія статей и распредѣленія ихъ по книжкамъ будетъ производиться сообразно наличному матеріалу и очереди. Авторы и издатели, желающіе прислать свои труды и изданія въ редакцію, благоволятъ адресовать таковыя на имя редактора. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ отисковъ, неполученныхъ ММ, пріемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ **К. Л. РИККЕРА** (Невскій, 14) и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 р.; на полгода—4 р. 50 коп.; за 3 мѣсяца—2 р. 25 коп.

Ограниченное число экземпляровъ «Обозрѣнія», оставшееся за 1896 годъ, можно пріобрѣтать у издателя по 9 рублей *за годъ*.

Редакторъ проф. **В. М. Бехтеревъ**.

Секретарь д-ръ **Н. А. Останковъ**.



# О Б Ъ И З Д А Н І И УНИВЕРСИТЕТСКИХЪ ИЗВѢСТІЙ

въ 1897 году.

Цѣль настоящаго изданія остается прежнею: доставлять членамъ университетскаго сословія свѣдѣнія, необходимыя имъ по отношеніямъ ихъ къ Университету, и знакомить публику съ состояніемъ и дѣятельностію Университета и различныхъ его частей.

Согласно съ этою цѣлью, въ Универс. Извѣстіяхъ печатаются:

1. Протоколы засѣданій университетскаго Совѣта.
2. Новыя постановленія и распоряженія по Университету.
3. Свѣдѣнія о преподавателяхъ и учащихся, списки студентовъ и постороннихъ слушателей.
4. Обзорнія преподаванія по полугодіямъ.
5. Программы, конспекты, и библиографическіе указатели для учащихся.
6. Библиографическіе указатели книгъ, поступающихъ въ университетскую бібліотеку и въ студенческой ея отдѣлъ.
7. Свѣдѣнія и изслѣдованія, относящіяся къ устройству и состоянію ученой, учебной, административной и хозяйственной части Университета.
8. Свѣдѣнія о состояніи коллекцій, кабинетовъ, музеевъ и другихъ учебно-вспомогательныхъ заведеній Университета.
9. Годичные отчеты по Университету.
10. Отчеты о путешествіяхъ преподавателей съ учеными цѣлями.
11. Разборы диссертаций, представляемыхъ для полученія ученыхъ степеней, соисканія наградъ, pro venia legendi и т. п., а также и самыя диссертации.
12. Рѣчи, произносимыя на годичномъ актѣ и въ другихъ торжественныхъ собраніяхъ.
13. Вступительныя, пробныя, публичныя лекціи и полныя курсы преподавателей.
14. Ученые труды преподавателей и учащихся.
15. Матеріалы и переводы научныхъ сочиненій.

Указанныя статьи распредѣляются на двѣ части—1)—о ф ф и ц і а л ь н у ю и протоколы, отчеты и т. п. 2)—н е о ф ф и ц і а л ь н у ю (статьи научнаго содержанія), съ отдѣлами—*критико-библиографическимъ*, посвященнымъ критическому обзорнію выдающихся явленій ученой литературы (русской и иностранной), и *научной хроники*, заключающимъ въ себѣ извѣстія о дѣятельности ученыхъ обществъ, состоящихъ при Университетѣ, и т. п. свѣдѣнія. Въ *прибавленіяхъ* печатаются матеріалы, указатели бібліотеки, списки, таблицы метеорологическихъ наблюденій и т. п.



**Университетскія Извѣстія** въ 1897 году будутъ выходить въ концѣ каждаго мѣсяца книжками, содержащими въ себѣ до 20 печатныхъ листовъ. Цѣна за 12 книжекъ **Извѣстій** безъ пересылки **шесть рублей пятьдесятъ копѣекъ**, а съ пересылкой **семь рублей**. Въ случаѣ выхода приложеній (большихъ сочиненій), о нихъ будетъ объявлено особо. Подписчики **Извѣстій**, при выпискѣ приложеній, пользуются уступкою 20%.

Подписка и заявленія объ обмѣнѣ изданіями принимаются въ канцеляріи Правленія Университета.

Студенты Университета Св. Владимира платятъ за годовое изданіе **Университетскихъ Извѣстій** 3 руб. сер., а студенты прочихъ Университетовъ 4 руб.; продажа отдѣльныхъ книжекъ не допускается.

Гг. иногородные могутъ обращаться съ требованіями своими къ комиссіонеру Университета Н. Я. Оглоблину въ С.-Петербургѣ, на Малую Садовую, № 4-й, и въ Кіевѣ, на Крещатикѣ, въ книжный магазинъ его же, или непосредственно въ Правленіе Университета Св. Владимира.

Редакторъ *В. Иконниковъ*.

**1897** г.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

годъ **2**.

## **НА ЖУРНАЛЬ**

**„ВОПРОСЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ“**,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ ПРОФЕССОРА УНИВ. СВ. ВЛАДИМИРА

**И. А. Сикорскаго**

въ Кіевѣ.

Журналь, какъ показывается отчасти и самое названіе его, имѣетъ своей задачей—помимо специальныхъ изслѣдованій по психіатріи и нервной патологіи—содѣйствовать разрѣшенію вопросовъ, общихъ для всѣхъ отдѣловъ медицины, насколько эти вопросы могутъ быть освѣщены съ точки зрѣнія психіатріи и нервной патологіи. Журналь ставитъ одной изъ своихъ цѣлей—сближеніе различныхъ медицинскихъ специальностей на почвѣ общихъ вопросовъ и научныхъ обобщеній, достигнутыхъ неврологіей.

### ХІІІ

Объединеніе медицины на почвѣ неврологіи представляется желательнымъ и плодотворнымъ. Объединяющую силу содержатъ въ себѣ вопросы **этіологіи и патологіи болѣзней**; этимъ вопросамъ и будетъ отведено надлежащее мѣсто. Вниманіе журнала будетъ посвящено также **терапіи нервныхъ болѣзней и нервно-психической гігіенѣ**, такъ какъ та и другая содержатъ рядъ данныхъ, всего болѣе объединяющихъ медицину.

Журналъ предполагаетъ слѣдить за выдающимися вопросами и фактами въ различныхъ областяхъ медицины и будетъ стараться своевременно дѣлать рефераты и обзоры по содержанию этихъ вопросовъ. Но независимо отъ того, для успѣшнѣйшаго достиженія намѣченной цѣли, въ январьской книжкѣ каждаго года будетъ помѣщаемъ **отчетъ объ успѣхахъ нервно-психической медицины и соотвѣствующихъ знаній за истекшій годъ**. Отчетъ этотъ—въ критико-библіографической формѣ—будетъ содержать систематическое обзорнѣе новыхъ и важнѣйшихъ научныхъ направленій съ изложеніемъ результатовъ, достигнутыхъ наукою и ея примѣненіями на дѣлѣ.

Журналъ выходитъ книжками каждые три мѣсяца по слѣдующей программѣ: 1) Оригинальныя статьи по вопросамъ психіатріи и нервной патологіи, а также по вопросамъ анатоміи, фізіологіи, гігіены нервной системы и врачебной экспертизы, относящейся къ этимъ предметамъ. 2) Критика и бібліографія по тѣмъ же вопросамъ. 3) Хроника нервныхъ клиникъ, психіатрическихъ клиникъ, домовъ для умалишенныхъ, заведеній для идиотовъ и исправительныхъ заведеній. 4) Краткія замѣтки по содержанию трехъ предыдущихъ отдѣловъ.

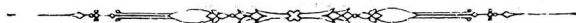
Статьи для журнала присылаются редактору въ заказныхъ письмахъ или бандероляхъ по слѣдующему адресу: Кіевъ, профессору И. А. Сикорскому (В.-Подвальная, 15).

Авторы критическихъ обзоровъ получаютъ гонораръ 60 р. за печатный листъ. Авторы статей получаютъ по 25 экз. отдѣльныхъ оттисковъ. О присланныхъ въ редакцію книгахъ и изданіяхъ будетъ оповѣщено въ одной изъ ближайшихъ книжекъ.

**Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой въ годъ 6 р.**

Лица, подписывающіеся на 1 и 2-й годъ журнала въ мѣстѣ, платятъ 10 р. за оба года.

Подписка принимается: въ Редакціи журнала (Кіевъ, В.-Подвальная, 15) въ книжныхъ магазинахъ Оглоблина и Югансова въ Кіевѣ, а также въ книжномъ магазинѣ Карла Риккера въ Спб. (Невскій, 14).



Открыта подписка на 1897 годъ

НА

## „ЮЖНО-РУССКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ“

(ОРГАНЪ И ИЗДАНИЕ ОБЩЕСТВА ОДЕССКИХЪ ВРАЧЕЙ).

Газета будетъ выходить въ 1897 г. ЕЖЕНЕДѢЛЬНО въ 1½—2 листа по прежней программѣ.

Правительственныя распоряженія, циркуляры, особенно важныя въ медицинскомъ отношеніи, оригинальныя статьи по всѣмъ отраслямъ медицины, рефераты изъ важнѣйшихъ русскихъ и иностранныхъ работъ по всѣмъ отраслямъ медицины и прикладнымъ къ медицинѣ наукамъ, библиографія и критическія обзоренія, отчеты о засѣданіяхъ преимущественно южно русскихъ медицинскихъ обществъ, врачебная корреспонденція, практическія замѣтки только по медицинѣ, біографія и неврологи врачей, мелкія извѣстія и объявленія.

*При постоянномъ сотрудничествѣ Гг. профессоровъ: А. А. Вериго, Б. Ф. Вериго (Одесса), Kisch (Прага,—Marienbadъ), П. И. Ковалевскаго (Варшава), А. Х. Кузнецова. Н. К. Кульчицкаго, М. М. Ломиковскаго, Н. Н. Оболенскаго (Харьковъ), И. И. Мещикова (Парижъ), В. П. Образцова (Кіевъ), Oser (Вѣна), А. Д. Павловскаго (Кіевъ), Ad. Politzer (Вѣна), Г. Е. Рейна (Кіевъ), И. Р. Скворцова (Харьковъ), Н. И. Мухина (Варшава), Доцента И. В. Троицкаго (Кіевъ).*

### ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ВЪ ОДЕССѢ:

1) Въ конторѣ редакціи (Херсонская, № 27). 2) Въ книжномъ магазинѣ А. С. Суворина, Дерибасовская № 11: (также въ С.-ПБ., Москвѣ и Харьковѣ). 3) Въ конторѣ типографіи Исаковича, Гаванная, № 10. И черезъ всѣ почтовыя конторы въ Россіи *наложеннымъ платежомъ*, но за послѣдній нужно платить 20 коп. особо.

Подписная цѣна на годъ 6 руб. съ доставкой и пересылкой. Можно подписываться на годъ и на полъ года. Цѣна отдѣльнаго № 20 к.





# „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 50 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологической анатоміи душевно-судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологій и эмбриологій нервной системы, нервной физиологій и психологій.

**ПРОГРАММА:** оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись 0-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по пріему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просить адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ 0-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя председателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распределеніе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному материалу и очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же, по напечатаніи ихъ статьи, получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку 0-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1893 г.—4 р., за 1894, 1895 и 1896 г.—6 р.; отдѣльныя книжки по 2 р.