

74
7530 а. н. 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 **VII.** ВЫП. **4.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Д-ръ **А. Барп.** Къ вопросу о корковыхъ центрахъ слюноотдѣленія.

Д-ръ **Л. М. Пуссепъ.** О вліяніи Рентгеновскихъ лучей на возбудимость психомоторныхъ центровъ.

Проф. **А. И. Смирновъ.** Физиологическія и психологическія основанія эстетики (*окопчаніе*).

Д-ръ **М. Шайкевичъ.** Положеніе душевно-больныхъ въ Степномъ генералъ-губернаторствѣ.

Проф. **В. Ф. Чижъ.** Постельный режимъ, его примѣненіе и терапевтическое значеніе.

Прив.-доц. **М. Лапинскій.** Къ вопросу о разстройствѣ кровообращенія въ области парализованныхъ нервовъ.

Проф. **Н. М. Поповъ.** Функциональная корковая судорога

Д-ръ **И. Спиртовъ.** Объ измѣненіяхъ въ клѣткахъ головного мозга подлѣ вліяніемъ отравленія окисью углерода.

Критика и библиографія:

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ бібліотеку Общества.

Объявленія.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1899.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ А. Вари. Къ вопросу о корковыхъ центрахъ слюноотдѣленія	1
Д-ръ Л. М. Пусецъ. О вліяніи Рентгеновскихъ лучей на возбудимость психомоторныхъ центровъ	7
Проф. А. И. Смирновъ. Физиологическія и психологическія основанія эстетики (<i>окончаніе</i>)	23
Д-ръ М. Шайкевичъ. Положеніе душевно-больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ	49
Проф. В. Ф. Чижевъ. Постельный режимъ, его примѣненіе и терапевтическое значеніе	118
Прив-доц. М. Лапинскій. Къ вопросу о разстройствѣ кровообращенія въ области парализованныхъ нервовъ	134
Проф. Н. М. Поповъ. Функціональная корковая судорога	174
Д-ръ И. Спиртовъ. Объ измѣненіяхъ въ клеткахъ головного мозга подъ вліяніемъ отравленія окисью углерода	198

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и нейрологии	243
Д-ръ С. М. Мащенко О пат. изм. въ корѣ большого мозга при Втор. слабоуміи. 243.—Prof. <i>Monakow</i> . Zur Anatomie und Pathologie des unteren Scheitellappchens. 245.—Prof. <i>Flechsigs</i> . Neue Untersuchungen über die Markbildung. 247.—Dr. <i>Otuszewski</i> .—Von der Bedeutung. d. Associationcentren von Flechsigs. 250.— <i>Marinesco</i> . Etudes sur l'évolution et l'involution de la cellule nerveuse. 251.	

(Изъ физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева).

Къ вопросу о корковыхъ центрахъ слюноотдѣленія ¹⁾.

(Предварительное сообщеніе)

д-ра мед. А. Бари.

Еще въ 1875 году Lérine и Vochefontaine ²⁾ показали, что раздраженіями извѣстныхъ участковъ мозговой коры удается вызвать слюноотдѣленіе. Дальнѣйшія изслѣдованія по этому вопросу произведены лишь въ 1888 году въ лабораторіи Казанскаго Университета профессорами Н. А. Миславскимъ и В. М. Бехтеревымъ ³⁾.

Эти авторы могли вызвать у собакъ слюноотдѣленіе изъ подчелюстной железы раздраженіемъ слабымъ фарадическимъ токомъ надъ сильвіевой извилиной (gyrus suprasylvius). Раздраженіемъ же извилины, лежащей книзу отъ послѣдней, вызывалось отдѣленіе какъ изъ подчелюстной, такъ и изъ околушной железы. Отдѣленіе слюны преобладало на соответствующей раздражаемому полушарію сторонѣ; иногда же наблюдались обратныя отношенія. Изслѣдованія Н. А. Миславскаго и В. М. Бехтерева встрѣтили возраженіе со стороны Eckhard'a ⁴⁾. По мнѣнію послѣдняго слюноотдѣленіе зависѣло отчасти отъ кураризаціи животныхъ, отчасти же

¹⁾ Докладъ на VII Пироговскомъ Съѣздѣ въ Казани.

²⁾ Arch. de physiologie. Paris 1876. T. III. II Série.

³⁾ Медицинское обозрѣніе 1888 г. стр. 52.

⁴⁾ Neurologisches Centralblatt Bd. VIII стр. 65.

обусловливалось мышечными судорогами К. онечно Н. А. Миславскій и В. М. Бехтеревъ не могли оставить это возраженіе безъ отвѣта ¹⁾. Они указываютъ, что свои опыты они производили только послѣ того, какъ зависившее отъ куроризаціи слюноотдѣленіе вполне прекратилось; приписывать же слюноотдѣленіе въ ихъ опытахъ мышечнымъ судорогамъ уже потому не имѣетъ основанія, что кураре вѣдь какъ разъ парализуетъ нервныя окончанія мышцъ. Повидимому Eckhard, какъ можно заключить по вышедшей изъ его лабораторіи диссертациі Fluck'a ²⁾, не вполне согласился съ мнѣніемъ В. М. Бехтерева и Н. А. Миславскаго; и съ того времени, сколько мнѣ извѣстно, этотъ вопросъ никѣмъ не былъ затронутъ.

Посему съ большимъ интересомъ я принялъ предложеніе Владиміра Михайловича Бехтерева заняться разслѣдованіями этой еще спорной области физиологіи мозга. опыты я производилъ въ его лабораторіи при Клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней, и тутъ же считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю признательность моему дорогому учителю за его указанія и совѣты. опыты я производилъ на собакахъ; въ виду возраженій *Eckhard'a* я не отравлялъ ихъ кураре, но избѣгая излишнихъ мученій, наркотизировалъ слабыми дозами морфія, а иногда прибѣгалъ еще и къ хлороформу.

Собаку клали на спину, разрѣзали ей основаніе рта, перерѣзывались *musculi genio—hyoideus* и *genio—glossus* и затѣмъ тупыми инструментами раздѣлялись волокна *styloglossi*, среди которыхъ отыскивался Вартоновъ протокъ; послѣдній разрѣзался вдоль маленькими ножницами, а затѣмъ въ него вставлялась маленькая канюля. Подобная операція производилась обыкновенно на обѣихъ сторонахъ. Послѣ того собака поворачивалась на животъ и производилась обычнымъ способомъ трепанація черепа. Раздраженіе производилось фарадическимъ токомъ, при чемъ я пользовался тонкими платиновыми электродами.

¹⁾ Neurolog. Centralblatt. Bd VIII стр. 190.

²⁾ Juangural Dissert. giesseu 1889.

Во время производства операціи нерѣдко наблюдалось отдѣленіе нѣкотораго количества слюны. Но затѣмъ, когда собака успокаивалась, отдѣленіе слюны прекращалось и большею частью на концѣ канюли оставалась висѣть капля; иногда слюной была наполнена только $\frac{1}{2}$ канюли, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ канюля оставалась совершенно пустою.

Затѣмъ въ нѣкоторыхъ изъ произведенныхъ мною опытовъ раздраженіе коры мозга не вызывало вовсе слюноотдѣленія, не смотря на примѣненія даже максимальныхъ токовъ, вызывавшихъ при раздраженіи двигательной области значительныя судороги. Что въ данномъ случаѣ отдѣленію слюны мѣшало какое-нибудь внѣшнее препятствіе, т. е. закупорка канюли, то объ этомъ не могло быть и рѣчи, потому что въ каждомъ изъ этихъ отрицательныхъ опытовъ раздраженіе полости рта разведенной уксусной кислотой давало всегда болѣе или менѣе значительное слюноотдѣленіе.

Такихъ опытовъ съ отрицательнымъ результатомъ было у меня 4 (изъ 14 всѣхъ произведенныхъ въ данномъ направленіи). Каждый работавшій надъ вопросомъ о возбудимости мозговой коры знаетъ насколько капризны подобные опыты и какъ часто раздраженіе даже очень хорошо изученныхъ центровъ даетъ отрицательный результатъ. Не буду вдаваться въ объясненіе причины послѣднихъ, уже давно указанныхъ другими авторами.

Въ большей же части опытовъ (10 изъ 14) удалось вызвать слюноотдѣленіе при раздраженіи опредѣленныхъ точекъ мозговой коры. Правда во всѣхъ опытахъ мѣстоположеніе этихъ точекъ не всегда совпадало, иногда точка лежала больше впереди, иногда больше взади; какъ извѣстно подобныя индивидуальныя отклоненія наблюдаются и относительно другихъ корковыхъ центровъ; но всѣ найденныя мною точки во всѣхъ опытахъ лежатъ очень близко другъ къ другу въ одной и той же области, а именно на, такъ называемомъ, *gyrus suprasylvius anterior*, или *coronalis*; другими словами, онѣ лежатъ нѣсколько ниже центра движенія глаза (по опре-

дѣленію Hitzig'a, Ferrier и Бехтерева). Съ другой стороны въ этой же области нѣсколько кпереди лежитъ центръ глотанія, опредѣленный Бехтеревымъ и Останковымъ.

При раздраженіи только что упомянутыхъ точекъ мозговой коры слабымъ фарадическимъ токомъ (12—15 сант. разстоянія катушекъ) изъ канюли отдѣлялась одна или нѣсколько капель слюны. Въ большинствѣ случаевъ достаточно было раздраженіе въ 20—30 секундъ для отдѣленія одной капли; иногда же особенно послѣ многократныхъ раздраженій (истощеніе центра) необходимо было продолжать раздраженіе до 45—50 секундъ; въ нѣкоторыхъ,—достаточно было и болѣе кратковременнаго раздраженія. (Въ одномъ опытѣ при раздраженіи въ 10 секундъ отдѣлилось 6 капель, въ другомъ въ тоже время даже 20 капель).

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ тотчасъ же по прекращеніи раздраженія прекращалось и отдѣленіе слюны, только въ одномъ опытѣ отдѣленіе слюны, продолжалось нѣкоторое, хо Ξ и непродолжительное время, послѣ раздраженія, именно въ продолженіи 1—2 минутъ падало изъ канюли противоположной стороны отъ 3—5 капель, и одинъ только разъ около 10 капель въ продолженіе 1 минуты—но затѣмъ отдѣленіе слюны совершенно прекращалось до новаго раздраженія.

Въ громадномъ большинствѣ опытовъ количество слюны отдѣлявшееся изъ противоположной раздражаемому полушарію канюли было значительно больше, чѣмъ въ канюлѣ соотвѣтственной стороны. Только въ одномъ опытѣ наблюдалось какъ разъ обратное.

Что касается свойства отдѣляемой жидкости, то она вполне соотвѣтствовала слюнѣ получаемой при раздраженіи *chordae tympani*, т. е. она была свѣтла прозрачна и мало тягуча. Только иногда, послѣ очень многихъ раздраженій получалось нѣсколько капель чрезвычайно густой бѣловатой и тягучей слюны, напоминающей слюну, получаемую при раздраженіи *n. sympathici*. Но мнѣ кажется, что въ одномъ слу-

чаѣ была слюна барабанная, такъ какъ по опытамъ Eekhard съ перерѣзкой и sympathicis тоже въ концѣ опыта получалъ густую слюну.

Иногда одновременно съ слюноотдѣленіемъ наблюдалось глотаніе. Въ виду того, что центры слюноотдѣленія находятся въ самомъ близкомъ сосѣдствѣ съ центромъ глотанія Бехтерева и Останкова, весьма вѣроятно, что раздраженіе передавалось и на этотъ послѣдній центръ, и тѣмъ самымъ обусловливался наблюдаемый въ большинствѣ опытовъ актъ глотанія. Точно такимъ же образомъ можно объяснить и появлявшіяся иногда во время опыта сокращенія мышцъ основанія рта, такъ какъ въ сосѣдствѣ съ центромъ глотанія находятся, какъ показали А. В. Трапезниковъ ¹⁾, центры мышцъ, имѣющихъ отношеніе къ подъязычной кости—и вся эта область мозговой коры, по мнѣнію того же автора, принимаетъ непосредственное участіе въ иннерваціи сложнаго акта глотанія и сопутствующихъ ему другихъ отправленій, изъ коихъ на первомъ планѣ стоитъ конечно слюноотдѣленіе.

Только что упомянутыя сокращенія мышцъ основанія рта не имѣли впрочемъ никакого непосредственнаго вліянія на слюноотдѣленіе, такъ какъ въ большинствѣ опытовъ, особенно же давшихъ наиболѣе безупречные положительные результаты, ихъ не наблюдалось вовсе. Вообще мышечные судороги, которымъ Eekhardъ приписываетъ такое значеніе, не могутъ, какъ слѣдуетъ изъ моихъ опытовъ, обусловливать отдѣленіе слюны. Я въ каждомъ опытѣ производилъ раздраженіе самыхъ разнообразныхъ областей мозговой коры и получалъ конечно весьма разнообразныя и иногда очень сильныя судороги мышцъ тѣла, особенно, если я ставилъ электроды на двигательную область. Но слюноотдѣленіе наблюдалось лишь тогда, когда появлялся приступъ падучей; безъ этого же послѣдняго раздраженіе ни одного участка коры (кромѣ

¹⁾ А. В. Трапезниковъ. Диссертація Спб. 1898.

центровъ, конечно) не сопровождалось слюноотдѣленіемъ. Слюноотдѣленіе же во время приступа падучей можно объяснить себѣ распространеніемъ раздраженія на центры.

Въ настоящей своей замѣткѣ я ограничусь приведеніемъ тѣхъ немногихъ результатовъ полученныхъ мною до сихъ поръ и надѣюсь впоследствии, когда моя работа будетъ закончена, сообщить дальнѣйшія изслѣдованія по данному вопросу.

(Изъ патолого-анатомической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева).

Овліяніи Рентгеновскихъ лучей на возбудимость психомоторныхъ центровъ.

Л. М. Пуссена.

Немного времени прошло съ тѣхъ поръ, какъ были открыты проф. Рентгеномъ особаго рода лучи, а между тѣмъ за этотъ сравнительно небольшой промежутокъ времени въ литературѣ накопилась масса указаній на то или другое значеніе Рентгеновскихъ лучей въ медицинѣ; и вотъ Рентгеновскіе лучи стали примѣняться не только въ хирургіи, гдѣ они служили и служатъ важнымъ діагностическимъ пособіемъ, но и въ другихъ отрасляхъ медицины, гдѣ роль ихъ не ограничивается только діагностической, но расширяется цѣлымъ рядомъ указаній на терапевтическое дѣйствіе Рентгеновскихъ лучей при леченіи ревматизма ¹⁾, волчанки ²⁾, elephantiasis ³⁾, и, наконецъ, легочной чахотки ⁴⁾. Сверхъ того накопилась масса указаній, добытыхъ не въ клиникахъ, а въ лабораторіяхъ, на то, что Рентгеновскіе лучи обладаютъ сильнымъ бактерициднымъ дѣйствіемъ, что они оказываютъ какое-то особое

¹⁾ Соколовъ. Лѣченіе суставнаго ревматизма. Врачъ. 1897 г.

²⁾ Albers-Schönberg. Fort. omf. d. Geb. der Röntgen. 1898 г. 2.

³⁾ Sorel und Soret. реф. Fort. amf. d. Cjeb. des Rönt. 1898 г. 6.

⁴⁾ G. R. de l' Acad. des Sc. 1896, Lortet et Cjenoud.

„седативное“ дѣйствіе на центральную нервную систему. На это послѣднее дѣйствіе Рентгеновскихъ лучей указываетъ проф. Тархановъ ¹⁾, который производилъ опыты надъ лягушками, отравленными стрихниномъ; при этомъ оказалось, что у лягушекъ, которымъ впрыснута опредѣленная доза стрихнина, бѣлая даже, чѣмъ та, которая обыкновенно вызываетъ у нихъ столбнякъ, не наступало этого послѣдняго, если онѣ подвергались освѣщенію Рентгеновскими лучами. У контрольныхъ даже при меньшей дозѣ стрихнина наблюдался типичный столбнякъ. Основываясь на подобныхъ опытахъ, проф. Тархановъ приходитъ къ заключенію, что Рентгеновскіе лучи оказываютъ, повидимому, седативное дѣйствіе на центральную нервную систему—въ данномъ случаѣ на спинной мозгъ.

Между тѣмъ относительно вліянія Рентгеновскихъ лучей на такой важный органъ, какъ головной мозгъ, который въ особенности въ послѣднее время подвергается дѣйствію этихъ лучей при фотографированіи съ діагностической цѣлью, никакихъ указаній не существовало. Понятно, что предложеніе глубокоуважаемаго профессора В. М. Бехтерева заняться разработкой этого вопроса было принято мною очень охотно. Профессоръ В. М. Бехтеревъ предложилъ мнѣ ограничиться изслѣдованіемъ двигательной области мозговой коры, какъ наиболѣе изученной и болѣе удобной для изслѣдованія.

Постановка моихъ опытовъ состояла въ слѣдующемъ: надъ головой собаки укрѣплялись на особомъ штативѣ Круксова трубка, съ растояніемъ между электродами въ 24 см. Трубка эта устанавливалась такимъ образомъ, чтобы Рентгеновскіе лучи, отраженные отъ платиновой пластинки, падали по возможности перпендикулярно къ поверхности черепа собаки; растояніе между черепомъ и трубкой сохранялось во всѣхъ опытахъ въ 10 см. Переменный токъ шелъ къ Круксовой трубке отъ катушки Румкорфа, при которой находился прерыватель для того, чтобы по возможности уменьшить раз-

¹⁾ Больн. газ. Боткина 1896 г. № 33

витіе озона и уничтожить сильный шумъ, какъ отъ ударовъ самого громаднаго прерывателя, такъ и отъ получающихся большихъ искръ. Румкорфова катушка получала токъ отъ 9 аккумуляторовъ. При постановкѣ первой категоріи своихъ опытовъ съ чистыми Рентгеновскими лучами, я пользовался для уведенія электричества металлической проволочной сѣткой, сообщенной съ землей при помощи водопроводнаго крана.

Для удаленія свѣтовыхъ лучей я заключалъ Круксову трубку въ картопную коробку, отчего интенсивность Рентгеновскихъ лучей не нарушается, между тѣмъ какъ свѣтовые лучи вполнѣ задерживаются. Въ виду того, что Рентгеновскіе лучи теряютъ свою интенсивность послѣ непрерывной долговременной работы Круксовой трубки, мнѣ приходилось дѣлать частые, но непродолжительные (1—2 мин.) перерывы.

Собака производилась трепанція соотвѣтственно двигательной области мозговой коры. Операція производилась при морфійномъ наркозѣ. До освѣщенія Рентгеновскими лучами опредѣлялась нормальная возбудимость двигательныхъ центровъ, затѣмъ производилось освѣщеніе извѣстный промежутокъ времени и опять опредѣлялась возбудимость двигательныхъ центровъ. Возбудимость опредѣлялась по общимъ правиламъ. Во всѣхъ случаяхъ бралась для сравненія возбудимость центра передней правой конечности. Движеніе конечности записывалось на кинемометрѣ. Во время освѣщенія Рентгеновскими лучами открытый участокъ мозга покрывался вырѣзанной костью черепа, а сверху накладывался кусокъ ваты, смоченной въ фізіологическомъ растворѣ поваренной соли, чтобы такимъ образомъ съ одной стороны предохранить эту область отъ высыхания, а съ другой поставить для Рентгеновскихъ лучей по возможности преграду, болѣе или менѣе отвѣчающую той преградѣ, которую они встрѣчаютъ въ мышцахъ, кожѣ и кости черепа.

По вышеописанному методу мною были поставлены опыты 2-хъ категорій исключительно на собакахъ: въ одной категоріи опытовъ на черепъ собаки направлялись чистые Рентге-

новскіе лучи, пропущенные черезъ металлическую сѣтку (какъ-бы профильтрованные сквозь нее); во второй категоріи опытовъ я пользовался всѣми тѣми силами, какія исходили изъ Круксовой трубки, другими словами, постановка этихъ послѣднихъ вполнѣ соотвѣтствовала практическому примѣненію Рентгеновскихъ лучей при фотографированіи, гдѣ никакихъ изоляторовъ не употребляютъ.

Первая категорія опытовъ указала на индифферентное отношеніе чистыхъ Рентгеновскихъ лучей къ двигательнымъ центрамъ мозговой коры. Замѣтное паденіе возбудимости въ этихъ опытахъ (см таб. 1 и 2) никоимъ образомъ нельзя приписать вліянію Рентгеновскихъ лучей, такъ какъ такое-же паденіе возбудимости наблюдалось и въ контрольномъ опытѣ. Такое пониженіе возбудимости двигательныхъ центровъ можно безошибочно приписать общему ослабленію собаки, потерѣ крови, истощенію возбудимости вслѣдствіе высыханія и т. п. На пониженіе возбудимости указываетъ д-ръ Жуковский, который наблюдалъ во всѣхъ своихъ опытахъ пониженіе возбудимости психомоторныхъ центровъ до 5 mm. и даже до 1 ст., спустя 2 часа послѣ операціи. Однимъ словомъ чистые Рентгеновскіе лучи не оказываютъ никакого замѣтнаго дѣйствія на психомоторные центры мозговой коры, также точно, какъ они не дѣйствуютъ на кожу, на разводки бациллъ, на что указываетъ цѣлый рядъ изслѣдователей.

Совершенно другіе результаты даетъ намъ вторая категорія опытовъ, гдѣ на мозгъ животнаго дѣйствовали всѣ въ совокупности силы, развиваемыя Круксовой трубкой. Въ этихъ опытахъ ясно обнаруживается поднятіе возбудимости въ зависимости отъ освѣщенія Рентгеновскими лучами, или вѣрнѣе отъ дѣйствія Круксовой трубки.

Разсматривая полученные данныя (см. таб. 3, 4, 5, 6, 7), мы замѣчаемъ, что величина возбудимости зависитъ отъ продолжительности дѣйствія рентгенизаціи ¹⁾ на кору:

¹⁾ Подъ «рентгенизаціей» я вездѣ разумѣю дѣйствіе Круксовой трубки.

Такъ послѣ 5 минутной рентгенизаціи возбудимость поднимается на 1—2 дѣленія катушки, послѣ 10 минутнаго — на 2 дѣленія; если освѣщеніе продолжалось съ небольшими перерывами въ 5—20 мин., то общее поднятіе черезъ $\frac{1}{2}$ часа достигаетъ довольно большой величины 4 ctm.

Казалось-бы, что продолжая рентгенизацію большее время, мы могли-бы довести возбудимость до очень высокихъ цифръ; однако оказывается на дѣлѣ, что возбудимость имѣетъ свою предѣльную величину, выше которой не смотря на очень продолжительную рентгенизацію, никогда не поднимается. Самое большее поднятіе, котораго удавалось мнѣ въ моихъ опытахъ достигъ, колебалось отъ 2 ctm. и до 5 ctm.

Напр. въ опытѣ 5-омъ таблица 6, возбудимость, разъ достигши 17 ctm. оставалась во все время дальнѣйшей рентгенизаціи неизмѣнно на той-же высотѣ.

Возбудимость двигательныхъ центровъ нарастаетъ постепенно, другими словами, эффектъ нѣсколькихъ рентгенизацій суммируется: напр. въ опытахъ 3 и 5 (таб. 4 и 6).

5 мин. рентгенизаціи дало повышеніе возбудимости на 2 ctm			
слѣдующія 10 мин.	—	—	на 1 ctm
еще — 10 мин.	—	—	на 1 ctm
еще — 5 мин.	—	—	на 1 ctm.

Слѣдовательно, за весь промежутокъ рентгенизаціи возбудимость повысилась на 5 ctm. или другими словами поднялась съ 12 ctm до 16 ctm.

Такое повышеніе возбудимости произошло независимо отъ бывшихъ промежутковъ между рентгенизаціями. При такихъ условіяхъ происходитъ повышеніе возбудимости, которое держится нѣкоторое время, спустя послѣ прекращенія рентгенизаціи отъ 20 до 30 мин., а затѣмъ начинаетъ медленно и постепенно падать, пока, наконецъ, не дойдетъ до нормы. Такое медленное и постепенное паденіе возбудимости двигательныхъ центровъ происходитъ въ теченіе 50—70 мин. Наблюдая животныхъ въ теченія 2—3 часовъ послѣ рентге-

низации и измѣряя у нихъ возбудимость, я не находилъ паденія ея ниже нормы.

Этотъ фактъ, мнѣ кажется, долженъ быть отмѣченъ, какъ очень важное явленіе, которое указываетъ на особенную способность рентгенизации—сохранять возбудимость двигательныхъ центровъ въ извѣстномъ тонусѣ (*sit venia verbo*). Послѣ такого продолжительнаго повышеннаго состоянія возбудимости не наступаетъ, какъ слѣдовало бы ожидать, реактивнаго паденія ея. Что это свойство принадлежитъ всецѣло рентгенизации явствуетъ уже изъ того факта, что большая или меньшая постепенность и быстрота паденія возбудимости до нормы вполне зависитъ отъ большаго или меньшаго промежутка времени рентгенизации.

Чему же приписать такое дѣйствіе Рентгенизации? Какой изъ силъ, развивающихся вокругъ Круксовой трубки—свѣту, Рентгеновскимъ лучамъ или тихимъ электрическимъ разрядамъ?

Сопоставляя опыты первой и второй категоріи и принимая во вниманіе, что Круксова трубка находилась въ картонной коробочкѣ, чѣмъ исключалось дѣйствіе свѣтовыхъ лучей, я прихожу къ выводу, что такое дѣйствіе Рентгенизации никоимъ образомъ не можетъ быть приписано ни свѣтовымъ, ни Рентгеновскимъ лучамъ, а вѣрнѣе всего его слѣдуетъ приписать дѣйствію тихихъ электрическихъ разрядовъ. Однако приходится считаться и съ Рентгеновскими лучами, которые, очень возможно, играютъ то же нѣкоторую вспомогательную роль.

Констатируя факты, я не стану входить въ подробное разсмотрѣніе значенія Рентгеновскихъ лучей и электрическихъ разрядовъ, такъ какъ это съ одной стороны не входитъ въ мою задачу, а съ другой расширило-бы безъ нужды мой трудъ. Желających ознакомиться съ этимъ вопросомъ болѣе подробно и детально я отсылаю къ спеціальнымъ работамъ по этому вопросу.

Разсматривая все выше сказанное, мы можемъ резюмировать дѣйствіе Рентгенизаціи такимъ образомъ:

1) Рентгенизація, подѣ которой мы разумѣемъ Рентгеновскіе лучи въ совокупности съ одновременно развивающимися тихими электрическими разрядами, *повышаютъ* возбудимость психомоторныхъ центровъ мозговой коры.

2) Возбудимость въ этомъ случаѣ остается повышенной болѣе или менѣе продолжительное время въ зависимости отъ продолжительности рентгенизаціи.

3) Эффе́ктъ нѣсколькихъ рентгенизацій, произведенныхъ послѣдовательно другъ за другомъ съ небольшимъ промежуткомъ,—*суммируется*, но выше извѣстнаго предѣла не переходитъ.

4) Паденіе возбудимости, по прекращенію рентгенизаціи происходитъ медленно, правильно и постепенно, но отнюдь не ниже нормальной величины, полученной передъ началомъ опыта.

5) Рентгеновскіе лучи чистые (послѣ пропусканія сквозь металлическую сѣтку) не оказываютъ, повидимому, никакого замѣтнаго дѣйствія на психомоторныя центры.

Считаю нужнымъ привести здѣсь протоколы моихъ опытовъ числомъ 6 и одинъ контрольный, который былъ поставленъ при участіи д-ра Жуковскаго.

О п ы т ь 1.

Кобель рыжей масти 15 кило вѣсомъ. Трепанация произведена соответственно двигательной области съ лѣвой стороны. Животное наркотизировано впрыскиваніемъ морфія. Животное укрѣплено на стапкѣ, правая передняя конечность соединена съ Мареевскимъ барабаномъ, посредствомъ котораго передавались движенія конечности на кинеметръ въ видѣ кривой. Круксова трубка укрѣплена на разстояніи 10 см. отъ головы собаки; между трубкой и собакой введена металлическая сѣтка, соединенная съ землей посредствомъ водопроводнаго крана.

При пропусканіи Рентгеновскихъ лучей и во все время, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда приходилось изслѣдовать возбудимость, въ трепанационное отверстіе вкладывался отрѣзокъ кости черепа и накладывалась сверху вата.

смоченная въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. Свѣтовые лучи удалялись коробкой, въ которую была заключена Круксова трубка. Весь опытъ продолжался съ перерывами 4 часа. Во все время опыта собака не беспокоилась.

Передъ началомъ опыта была измѣрена возбудимость—16 см. по катушкѣ Румгорфа.

Освѣщеніе производилось всего 7 разъ и всякій разъ до и послѣ рентгенизаціи измѣрялась возбудимость.

Цифровыя данныя приведены въ таблицѣ № 1.

О П Ы Т Ъ 2.

Волкодавъ—2 п. 25 фун. вѣсомъ, кобель. Повторена та же операція, что и въ первомъ случаѣ.

Опытъ раздѣленъ на двѣ части: въ первой половинѣ опыта постановка вполне соответствовала опыту 1, во второй-же половинѣ Рентгеновскіе лучи не пропускались черезъ металлическую сѣтку, т. е. для опыта брались не только Рентгеновскіе лучи, но и тихіе электрическіе разряды. Въ первой половинѣ рентгенизація была произведена 5 разъ съ перерывомъ между каждой рентгенизаціей: цифровыя данныя въ 2-й таблицѣ.

Во второй половинѣ опыта, отдѣленной отъ первой промежуткомъ времени въ 1 часъ, всего было 6 рентгенизацій. Цифровыя данныя въ 3-й таблицѣ.

О П Ы Т Ъ 3.

Сука—дворняжка, вѣсомъ 16 фунтовъ. Операція произведена при тѣхъ же условіяхъ, что и въ 1-мъ опытѣ. Рентгенизація производилась безъ уведенія электрическихъ разрядовъ. Измѣреніе возбудимости производилось, какъ и въ 1-мъ опытѣ.

Всего было произведено 6 рентгенизацій. Цифровыя данныя въ таблицѣ 4.

О П Ы Т Ъ 4.

Кобель—дворняжка, вѣсомъ 37 фун., черной масти. При операціи былъ примененъ кромѣ морфійнаго наркоза еще хлороформный, подъ дѣйствіемъ котораго собака находилась во все время опыта. Въ общемъ вся постановка опыта ничѣмъ не отличалась отъ постановки опыта 3-го.

Рентгенизація была произведена 4 раза. Цифровыя данныя въ таблицѣ № 5.

О П Ы Т Ъ 5.

Кобель—дворняжка-крысоловка, вѣсомъ 25 фун. Примененъ былъ только морфіинный наркозъ. Производство операціи и вся постановка опыта вполне напоминала такую же опыта 3-го.

Всего было произведено 7 рентгенизацій, цифровыя данныя которыхъ собраны въ шестой таблицѣ.

О П Ы Т Ъ 6.

Кобель, крысоловка бѣлой шерсти, вѣсомъ въ 27 фун., производство операціи и вся постановка опыта ничѣмъ не отличалась отъ предыдущихъ опытовъ.

Въ общемъ произведено 6 рентгенизацій, цифровыя данныя которыхъ заключены въ таблицѣ 7.

О П Ы Т Ъ 7-й (КОНТРОЛЬНЫЙ).

Кобель, бѣлой масти вѣсомъ 31 фун. Была вскрыта то же область мозга и производилось измѣреніе возбудимости черезъ каждыя $\frac{1}{2}$ часа. Причемъ оказалось, что возбудимость къ концу опыта (черезъ 5 час.) пала на 1 сантим.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнѣйшимъ долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Владимиру Михайловичу Бехтереву, какъ за предложенныя темы, такъ и за руководство моею работой.

Т а б л и ц а № 1.

№	Продолжительность освѣщенія.		Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.		Количество дѣл.		Продолжались-ли освѣщеніе безпрерывно.	Во сколько минутъ перерывъ.	Количество перерывовъ.	Особыя замѣчанія.
	Передъ на-чѣ-томъ	на оп-ыта } ча- } нта }	Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія						
				16						
1	5 м.	—	16	16	да	—	—			
2	3 м.	20 м.	16	15,5	да	—	—			
3	6 м.	10 м.	15 ^{1/2}	15 ^{1/2}	да	—	—			
4	3 м.	20 м.	15	14 ^{1/2}	да	—	—			Собака нѣсколько безпокойна.
5	20 м.	5 м.	14 ^{1/2}	14 ^{1/2}	нѣтъ	1 м.	3			
6	10 м.	15 м.	14 ^{1/2}	14 ^{1/2}	нѣтъ	1 м.	1			
7	10 м.	10 м.	14 ^{1/2}	14 ^{1/2}	нѣтъ	1 м.	1			

Т а б л и ц а № 2.

№	Продолжительность освѣщенія.	Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.	Количество тока.		Продолжались-ли освѣщеніе безпрерывно или нѣтъ.	Во сколько минутъ перерывъ	Количество перерывовъ	Особья замѣчанія.
			Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.				
Передъ началомъ опыта }			16					
1	3 м.	—	16	16	да	—	—	
2	3 м.	5 м.	15 ^{1/2}	15	да	—	—	
3	9 м.	15 м.	15	14 ^{1/2}	да	—	—	
4	6 м.	20 м.	14 ^{1/2}	15	нѣтъ	1 м.	2	
5	2 м.	5 м.	15	15	да	—	—	

Таблица № 3.

№	Продолжительность освѣщенія.		Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.		Количество тока.		Продолжались-ли освѣщеніе безпрерывно.	Во сколько минутъ перерывъ.	Количество перерывовъ.	Особыя замѣчанія.
	Передъ началомъ опыта	послѣ опыта	Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.	Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.				
	Передъ началомъ опыта	послѣ опыта	13							
1	12 м.	—	13	15	—	—	—	—		
2	3 м.	5 м.	15	16	—	—	—	—		
3	4 м.	10 м.	16	16	—	—	—	—		
4	4 м.	8 м.	16	16	—	—	—	—		
5	6 м.	15 м.	16	16	—	—	—	—		
Въ нѣщѣ освѣщеніи.	—	15 м.	—	16	—	—	—	—		
	—	25 м.	—	15	—	—	—	—		
	—	35 м.	—	15	—	—	—	—		
	—	45 м.	—	14	—	—	—	—		

Т а б л и ц а № 4.

№	Продолжительность освѣщенія.	Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.	Количество тока.		Продолжались-ли освѣщеніе безпрерывно.	Во сколько минутъ перерывъ.	Количество перерывовъ.	Особыя замѣчанія.
			Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.				
	Передъ нача- } ломъ опыта }			10 ^{1/2}	—	—	—	
1	5 м.	—	10 ^{1/2}	11 ^{1/2}	—	—	—	
2	5 м.	15 м.	11 ^{1/2}	12	—	—	—	
3	10 м.	15 м.	11 ^{1/2}	13	нѣтъ	2 м.	1	
4	10 м.	10 м.	12 ^{1/2}	13	нѣтъ	2 м.	1	
5	10 м.	20 м.	12 ^{1/2}	13	нѣтъ	2 м.	1	
6	30 м.	15 м.	12 ^{1/2}	13 ^{1/2}	нѣтъ	2 м.	2	У собаки при измѣреніи возбудимости появились судороги, отчего опытъ прекращенъ.

Таблица № 5.

№	Продолжительность освѣщенія.	Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.	Количество тока.		Продолжались-ли освѣщеніе непрерывно.	Во сколько минутъ перерывъ.	Количество перерывовъ.	Особья замѣчанія.
			Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія				
Передъ началомъ опыта }			12					
1	5 м.	—	12	13	да	—	—	
2	5 м.	30 м.	12	13	да	—	—	
3	15 м.	20 м.	12	14	нѣтъ	1	2	
4	5 м.	15 м.	13	14	да	—	—	
5	10 м.	10 м.	—	14	—	—	—	
6	10 м.	10 м. ¹⁾	—	14	—	—	—	¹⁾ Появились эпилептич. припадки, почему дальнѣйшее измѣреніе возбудимости прекращено.

Т а б л и ц а № 6.

№	Продолжительность освѣщенія.		Продолжительность промежутковъ между освѣщеніями.		Количество тока.		Продолжались ли освѣщеніе непрерывно.	Во сколько минутъ перерывъ.	Количество перерывовъ.	Особныя замѣчанія.
	Передъ	на	Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.	Передъ	Послѣ				
	Передъ	на								
	ло	ча-								
	мъ	ыта } опыта }								
1	5 м.	—	12	14	да	—	—			
2	10 м.	15 м.	14	15	нѣтъ	2	1			
3	10 м.	10 м.	15	16	нѣтъ	2	1			
4	5 м.	20 м.	15	17	да	—	—			
5	15 м.	10 м.	16	17	нѣтъ	2	1			
6	10 м.	5 м.	16 ^{1/2}	17	»	»	»			
	безъ	5 м.	—	17	—	—	—			
7	15 м	10 м.	17	17	нѣтъ	2	1			
	Возь освѣщенія.	15 м.	—	16 ^{1/2}	—	—	—			
		5 м.	—	16	—	—	—			
		10 м.	—	16	—	—	—			
		5 м.	—	15	—	—	—			
		25 м.	—	14	—	—	—			

Т а б л и ц а № 7.

№	Время въ теченіе котораго продолжалось освѣщеніе.		Время промежутка между освѣщеніемъ.		Колич тока по спирали.		Продолжалось-ли освѣщеніе непрерывно или нѣтъ.	Сколько минутъ перерыва.	Сколько перерывовъ.	Особыя замѣчанія.
	Передъ началомъ опыта	начало	Передъ освѣщеніемъ.	Послѣ освѣщенія.						
Переломъ	—	—	14	—	—	—	—	—		
1	10 м.	—	14	16	да	—	—			
2	12 м.	7 м.	16	17	нѣтъ	2	1			
3	30 м.	20 м.	16	17	нѣтъ	2	4			
»	—	10 м.	—	17	—	—	—			
4	33 м.	15 м.	16	17	нѣтъ	1	5			
»	—	5 м.	—	17	—	—	—			
5	30 м.	25 м.	15	17	нѣтъ	1	5			
»	—	5 м.	—	16	—	—	—			
»	—	60 м.	—	14	—	—	—			
6	52 м.	90 м.	14	16	нѣтъ	1	7			
»	—	—	—	15	—	—	—			
»	—	60 м.	—	14	—	—	—			
»	—	90 м.	—	14	—	—	—			

ФИЗИОЛОГИЧЕСКІЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКІЯ ОСНОВАНІЯ ЭСТЕТИКИ.

Проф. А. И. Смирнова.

(Окончаніе).

3. Идеальные и эмоціональные элементы эстетических впечатлѣній.

Вмѣстѣ съ разсмотрѣніемъ законовъ симметріи и пропорціи мы закончили отдѣлъ эстетики о чувственныхъ элементахъ зрительной красоты. Предметъ, признаваемый красивымъ, мы разсматривали, какъ онъ открывается чувству зрѣнія и старались опредѣлить при какихъ условіяхъ, въ силу какихъ обстоятельствъ его оптическія и геометрическія свойства, его цвѣтъ и форма становятся красивыми и вызываютъ въ насъ эстетическое чувство. Но наша задача далеко еще не кончена.

Предметъ признается нами красивымъ не въ силу одной лишь его внѣшности, не тѣми только его свойствами, которыя непосредственно воспринимаются зрѣніемъ. Напримѣръ

человѣческое лицо, кромѣ внѣшняго изящества, —положимъ, пріятнаго цвѣта, правильности, —поражаетъ иногда еще своимъ внутреннимъ содержаніемъ, выраженіемъ нѣкоторой мысли, чувства и характера. Эта внутренняя красота облагораживаетъ красоту внѣшнюю, придаетъ ей высшее достоинство и значеніе. Если бы красота исключительно заключалась въ пріятныхъ для зрѣнія цвѣтахъ, въ симметріи и пропорціо-
вальности линій, то картина великаго художника, напр. Мадонна Рафаэля, не признавалась бы нами прекрасной, стояла бы въ художественномъ отношеніи ниже какого-нибудь вышиванія или изящнаго ковра, отличающагося искуснымъ подборомъ цвѣтовъ и изяществомъ узора. Не подлежитъ сомнѣнію, что красивые предметы, или объекты красоты говорятъ не однимъ только внѣшнимъ чувствамъ, а затрогиваютъ и другія высшія стороны нашей духовной жизни, возбуждаютъ въ насъ тѣ или другія идеи и волненія, которыя становятся важнымъ факторомъ въ эстетическомъ впечатлѣніи.

Чувственные качества красоты, —изящество красокъ, колоритъ, симметрія и граціозность формы, —преимущественно составляютъ принадлежность тѣхъ красивыхъ предметовъ, которые производятся самой природой. Таковы, наприм., красивые растенія и цвѣты, изящныя раковины, окраска нѣкоторыхъ насѣкомыхъ и птицъ, изящная форма нѣкоторыхъ животныхъ; таковы всѣ красивые явленія природы: восходъ и закатъ солнца, радуга, голубое небо и т. п. Но и здѣсь, въ этой области полнаго, повидимому, господства красокъ и формъ, едва ли изящество исчерпывается этой внѣшней стороной. Слѣдуетъ твердо помнить, что красота предмета не есть нѣчто объективное, присущее ему самому, красота вещи — это есть наше чувство красоты, вызываемое нѣкоторыми особенностями внѣшнихъ свойствъ предмета, въ данномъ случаѣ —цвѣтами и линіями и ихъ сочетаніями. Но весьма возможно, что кромѣ этихъ пріятныхъ впечатлѣній цвѣта и формы предметы и явленія природы вызываютъ въ насъ еще другія чувства или волненія, которыя входятъ въ общій

составъ эстетическаго впечатлѣнія и составляютъ далеко не безразличный его элементъ. Такъ когда мы любимъ закатомъ солнца или какимъ-нибудь видомъ, то кромѣ непосредственныхъ зрительныхъ впечатлѣній мы испытываемъ нѣчто большее, переживаемъ еще другія волненія, которыя возбуждаются въ насъ этой картиной природы, но не могутъ быть объяснены исключительно ея физическими свойствами. Съ другой стороны существуютъ въ природѣ такія вещи, которыя не отличаются изящными чувственными качествами, но все-таки не лишены нѣкотораго эстетическаго значенія, производятъ впечатлѣніе по характеру своему близкое къ эстетическому. Намъ нравятся не одни только предметы красивые по колориту и формѣ, насъ поражаютъ не одни только красивые мѣстности и грандіозные виды; намъ часто нравится довольно бѣдный ландшафтъ, какая-нибудь развалина, или бѣдная убогая постройка,—хижина покрытая снѣгомъ, полуразрушенная мельница, сломанное бурей дерево и т. п. Что можетъ быть пріятнаго въ карканьи воронъ, въ крикахъ грачей, или кваканьи лягушекъ? но при нѣкоторыхъ условіяхъ намъ нравятся и эти негармоничные звуки природы, конечно, не въ силу ихъ собственнаго музыкальнаго значенія, а по тѣмъ представленіямъ, мыслямъ и чувствамъ, которыя возбуждаются, вызываются этими фактами внѣшней природы. Ясно, что эстетическое чувство далеко еще не составляетъ пріятнымъ возбужденіемъ органовъ чувствъ, а включаетъ въ себѣ другіе высшіе факты и процессы психической жизни и дѣятельности. Красота и изящество, такимъ образомъ, не ограничиваются чувственными свойствами вещей, не исчерпываются одной чувственностью, а вѣрнѣе сказать, сопредѣльны со всей широкой областью психической жизни и дѣятельности. Правда, строго говоря, чувственный элементъ составляетъ существенную сторону эстетическихъ впечатлѣній; внѣшняя красота, красота формы является необходимымъ условіемъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы преимущественно заинтересованы внутреннимъ содержаніемъ того или другаго

красиваго объекта, или изящнаго произведенія искусства. Но нерѣдко это внѣшнее изящество отступает на задній планъ, оно далеко не поглощаетъ нашего интереса, а является лишь въ значеніи сопровождающаго, дополнительнаго элемента къ другому болѣе глубокому содержанію. Говоря иначе, въ однихъ изящныхъ предметахъ являются преобладающими чувственные элементы красоты, въ другихъ получаетъ господствующее значеніе отношеніе предмета къ другимъ высшимъ сторонамъ душевной жизни, ихъ эмоціональное и идеальное значеніе, т. е. выражаемыя ими идеи, или возбуждаемыя чувства и волненія. Большею частію эстетики обращали исключительное или, по крайней мѣрѣ, одностороннее вниманіе на тотъ или другой факторъ эстетической жизни и сообразно съ тѣмъ, которому изъ нихъ они приписывали исключительное или опредѣляющее значеніе, полагали самую сущность красоты или во внѣшней формѣ или во внутреннемъ содержаніи и значеніи изящныхъ объектовъ.

Строго научная теорія красоты должна объять всѣ ея элементы, опредѣлить относительное значеніе каждаго изъ нихъ и указать то взаимное отношеніе, въ которомъ они находятся, или должны находиться—какъ въ тѣхъ фактахъ изящества, которые представляетъ природа и жизнь, такъ и въ разныхъ отдѣлахъ художественной производительности, или изящныхъ искусствахъ. Односторонность не только прежнихъ, но и сейчасъ существующихъ теорій эстетики обуславливается преимущественно стремленіемъ подчинить всѣ разнообразныя явленія красоты одной какой-нибудь общей точкѣ зрѣнія, вывести всѣ частные законы изящества изъ одного принципа. Слѣдуетъ допустить нѣкоторую долю законности въ подобныхъ стремленіяхъ къ объединенію разнообразныхъ фактовъ и явленій, составляющихъ широкую область красоты, единствомъ нѣкотораго однообразія или общаго закона. Но достоинство всякихъ теорій опредѣляется не притязаніями, а исполненіемъ этихъ притязаній, т. е. достоинствомъ и научной правильностью и строгостью въ установленіи общихъ законовъ

тѣхъ или другихъ явленій, и приложеніемъ этихъ законовъ къ объясненію разныхъ фактовъ, по возможности всѣхъ фактовъ, составляющихъ извѣстную научную область. Но эта высокая цѣль всякой науки долгое время не только не достигалась въ эстетикѣ, равно какъ и въ другихъ наукахъ о человѣческой жизни и дѣятельности, но была даже и недостижима по самому положенію этихъ наукъ.

Эстетика зависитъ отъ другихъ болѣе основныхъ наукъ о человѣкѣ, особенно отъ физиологіи и психологіи. Наша эстетическая жизнь, будучи лишь однимъ изъ проявленій физиологической и психической жизни, тѣсно сливается со всѣми другими сторонами нашей сложной природы, и можетъ быть выяснена только изъ общихъ законовъ тѣлесной и душевной дѣятельности. При изложеніи чисто чувственныхъ элементовъ красоты мы имѣли уже случай неоднократно убѣдиться въ томъ, какую помощь оказываетъ эстетикѣ физиологія, мы видѣли, что законы красоты звуковъ и цвѣтовъ, линий и формъ суть, строго говоря, физиологическіе законы нервной системы и органовъ чувствъ. Не обращаясь къ помощи физиологіи, мы не могли бы объяснить, почему извѣстные звуки, нѣкоторые цвѣта и сочетанія цвѣтовъ и звуковъ, а также различныя особенности формъ намъ нравятся болѣе другихъ и составляютъ поэтому элементы эстетическихъ впечатлѣній и матеріалъ художественнаго творчества.

Относительно другого фактора эстетической жизни, именно эмоціональнаго и умственнаго, эстетика находится въ тѣснѣйшей зависимости отъ психологіи, отъ тѣхъ ея отдѣловъ, которые посвящаются изслѣдованію законовъ ума и духовныхъ волненій, или умственной и эмоціональной жизни. Но эта часть психологіи поставлена не такъ твердо, какъ физиологія внѣшнихъ чувствъ, такъ какъ физиологическіе законы высшихъ нервныхъ центровъ, составляющихъ органъ высшей психической жизни далеко еще не изслѣдованы строго-научнымъ образомъ. Понятно, что здѣсь, въ этой области мы должны обходиться нерѣдко безъ помощи физиологіи, доволь-

ствуясь тѣми психологическими выводами и объясненіями, которыя отличаются наибольшей точностью.

Эстетическая жизнь находится въ ближайшемъ отношеніи къ умственной и эмоціональной, или сердечной жизни. Впечатлѣніе, производимое на насъ красивымъ предметомъ, подчиняется общимъ законамъ всякихъ впечатлѣній и не только какъ возбужденіе энергіи периферическихъ, т. е. внѣшнихъ органовъ чувствъ, но и во всѣхъ дальнѣйшихъ своихъ послѣдствіяхъ и осложненіяхъ. Оно сохраняется въ памяти, способно возникать вновь въ формѣ вторичной, въ качествѣ воспроизведенія, или идеи, вступаетъ въ связь съ другими впечатлѣніями, представленіями и чувствами, можетъ возникать вмѣстѣ съ ними и само можетъ становиться центромъ, какъ бы внутреннимъ ядромъ такихъ ассоціацій и вызывать ихъ въ нашей памяти. Чувственная, матеріальная сторона изящнаго объекта, такимъ образомъ, во многихъ случаяхъ служитъ исходнымъ пунктомъ дальнѣйшихъ психическихъ процессовъ, открываетъ собой цѣлый рядъ духовныхъ явленій болѣе сложнаго порядка. Нерѣдко эти дальнѣйшія послѣдствія внѣшняго дѣйствія предмета такъ тѣсно сливаются съ этимъ дѣйствіемъ, такъ быстро, такъ непосредственно слѣдуютъ за нимъ, что намъ кажется, какъ будто бы составляютъ часть самаго внѣшняго впечатлѣнія наравнѣ съ объективными свойствами и качествами предмета. Примѣры такихъ тѣсныхъ ассоціацій извѣстны каждому, они господствуютъ въ области внѣшнихъ воспріятій. Такъ намъ кажется, что сладкій вкусъ присущъ самому сладкому предмету, что звукъ издается самимъ звучащимъ тѣломъ. Вообще мы видимъ лишь незначительную часть того, что мы думаемъ, что видимъ: остальное присоединяется къ непосредственному впечатлѣнію и такъ тѣсно, такъ нераздѣльно сливается съ нимъ, что, повидимому составляетъ часть цѣлаго впечатлѣнія.

Такая тѣсная связь между непосредственнымъ впечатлѣніемъ и тѣми психическими состояніями и процессами, которые только возбуждаются этимъ впечатлѣніемъ существуетъ

и въ эстетической жизни, въ области изящныхъ объектовъ и производимыхъ ими впечатлѣній. Напримѣръ непосредственное впечатлѣніе картины на глазъ есть не болѣе какъ впечатлѣніе поверхности, окрашенной въ разныхъ своихъ частяхъ въ разные цвѣта. Но эти цвѣтныя пятна разныхъ формъ мы истолковываемъ какъ извѣстные намъ изъ опыта предметы, какъ море, небо, деревья, дома, животныя, человѣческія фигуры и т. п. Это совершается въ силу сходства зрительныхъ впечатлѣній картины съ тѣми впечатлѣніями на органъ зрѣнія, которыя мы испытываемъ отъ дѣйствительныхъ вещей, такъ что при совершенствѣ художественнаго воспроизведенія въ насъ возникаетъ иллюзія, что мы видимъ предъ собой саму дѣйствительность. Какимъ образомъ достигается эта иллюзія, отчасти было уже указано, когда намъ пришлось говорить о зрительныхъ воспріятіяхъ формы, рельефа и перспективы. Послѣ, когда мы будемъ говорить о подражательныхъ искусствахъ, мы подробнѣе познакомимся съ тѣми средствами и приѣмами, какими располагаетъ художникъ, чтобы вызывать подобныя иллюзіи. Для насъ теперь важно лишь обратить вниманіе, какую незначительную часть занимаетъ въ общемъ эстетическомъ впечатлѣніи, производимомъ на насъ картиной, ея непосредственное дѣйствіе на органъ зрѣнія. Для того, чтобы въ насъ возникло представленіе даже чисто-физической стороны того, что хотѣлъ изобразить художникъ, уже требуется цѣлая масса воспроизведеній по законамъ ассоціаціи идей. Но художникъ обыкновенно желаетъ передать нѣчто больше, чѣмъ простыя копіи чувственныхъ предметовъ. Эти вещи и сами по себѣ и своими взаимными отношеніями, своимъ распредѣленіемъ, своей группировкой, должны выражать тѣ или другія мысли и чувства; если мы видимъ мать, кормящую грудью своею ребенка, мы читаемъ въ ея позѣ, въ ея лицѣ выраженіе материнскихъ чувствъ. Если мы видимъ колѣнопреклоненнаго предъ распятіемъ пустытника, или старца, углубленнаго въ книгу, то видимъ не только ихъ фигуры, черты лица, позы, но и понимаемъ то

душевное состояніе, въ которомъ они находятся. Эти идеи и чувства, это внутреннее значеніе изображаемыхъ предметовъ вызывается въ насъ по ассоціаціи, совершенно также какъ тѣ или другія положенія, позы, внѣшнія черты лица и т. п. въ самой дѣйствительности разсматриваются нами, какъ выраженіе тѣхъ или другихъ внутреннихъ состояній, мыслей, чувствъ и душевныхъ настроеній. Такъ называемая изящная литература представляетъ наименьшую долю чувственного элемента; словесный матеріаль, которымъ она оперируетъ, имѣеть въ ней значеніе лишь насколько онъ служитъ для выраженія разнаго рода представленій, мыслей и чувствъ. Этихъ примѣровъ достаточно для того, чтобы понять, какое важное значеніе въ эстетическихъ впечатлѣніяхъ принадлежитъ ассоціаціи идей. Оно такъ ясно, такъ очевидно, что для открытія его требуется лишь небольшая доля вниманія къ предметамъ изящныхъ искусствъ, такъ что слѣдуетъ удивляться, какимъ образомъ оно опускалось изъ вида многими эстетиками, или по крайней мѣрѣ не было понятно во всей своей важности.

Едва ли кто станетъ отвергать, или даже умалять значеніе въ эстетическихъ эффектахъ идеальнаго и эмоціональнаго элемента, который въ большинствѣ случаевъ составляетъ главное содержаніе и цѣль художественнаго произведенія. Напротивъ, скорѣе слѣдуетъ опасаться другой крайности, именно—исключительнаго предпочтенія внутренняго смысла предметовъ искусства предъ ихъ внѣшней формой, которой они обращены къ внѣшнимъ чувствамъ. Исключительное занятіе высшими художественными произведеніями, въ которыхъ чувственный матеріаль дѣйствительно лишь является носителемъ высшей идеи, гдѣ онъ не останавливается на себѣ вниманія и моментально забывается и отбрасывается, какъ только сослужилъ свою роль проводника идей или чувствъ, ведетъ къ этой крайности. Но мы повторяемъ, научная эстетика должна обнимать всѣ виды красоты: она должна анализировать самыя простѣйшія эстетическія чувства, въ родѣ напр.

тѣхъ, которыя вызываетъ въ насъ колоритъ цвѣтка, изящный узоръ кружева, или блескъ гладко полированного дерева, и оканчивая самыми высшими, самыми совершенными произведениями поэзіи, живописи, пластики и архитектуры.

Роль ассоціаціи идей относительно впечатлѣній красоты была подмѣчена и лучше всего изображена въ англійской психологической литературѣ. Англійскіе психологи весьма широко, иногда и съ замѣчательнымъ искусствомъ, пользовались законами ассоціаціи идей при разложеніи сложныхъ фактовъ психической жизни на ихъ простѣйшіе составные элементы. Понятно, что они весьма скоро обратились къ изслѣдованію этими же приѣмами и сложныхъ впечатлѣній красоты. Результаты изслѣдованія Бёрке, Элисона и нѣкоторыхъ психологовъ шотландской школы болѣе новаго времени, особенно Бэна, весьма цѣнны. Но во всякомъ случаѣ психологическая эстетика англійской *ассоціонной*, или *эмпирической* школы страдаетъ слѣдующими двумя капитальными недостатками. Первый изъ нихъ—это уже слишкомъ одностороннее, слишкомъ крайнее, а нерѣдко и произвольное приложеніе принципа ассоціаціи идей въ области эстетики. Эти изслѣдователи не обращали вниманія, или обращали его мало на прямые непосредственные элементы и условія красоты, заключающіеся въ особомъ характерѣ чувственныхъ впечатлѣній, производимыхъ красивыми объектами. Такіе напримѣръ факторы, какъ цвѣта, звуки, сочетанія цвѣтовъ и звуковъ, симметрія формъ, не были оцѣнены по достоинству; ихъ эстетическое значеніе объяснялось не изъ нихъ самихъ, не прямымъ ихъ дѣйствіемъ на органы чувства, а по ассоціаціи съ разными идеями и духовными волненіями, которыя они будто бы внушаютъ. Такъ напримѣръ, по ученію этой школы, выходило, что тотъ или другой цвѣтъ намъ нравится въ силу ассоціаціи съ нашими чувствами и волненіями, положимъ, радости, надежды и т. п., т. е. не своими физиологическими свойствами и дѣйствіемъ на ретину, а тѣмъ, что эти цвѣта напоминаютъ. Это *символическое* толкованіе, открывало широкія двери произволу и могло

представляться естественнымъ лишь при отсутствіи другихъ объясненій чисто фізіологическаго характера, что весьма понятно при слабомъ состояніи фізіологіи органовъ чувствъ и нервной системы въ прошломъ вѣкѣ и въ началѣ нынѣшняго. Другой недостатокъ психологическаго метода на началахъ ассоціаціи въ области эстетики, вытекавшій изъ того же источника, состоялъ въ преобладаніи описательныхъ приѣмовъ предъ научными объясненіями. Дѣло въ томъ, что недостаточно указать въ общихъ чертахъ, или даже подробно описать тѣ или другія психическіе факты, мысли, чувства, волненія и т. п., которые составляютъ одно сложное цѣлое, которые входятъ какъ элементы въ цѣльный эстетическій эффектъ. Требуется еще открыть причины, почему именно тѣ а не другіе факты психической жизни годятся для такого эффекта; говоря другими словами, требуется указать общія условія, въ силу которыхъ то или другое психическое состояніе становится элементомъ эстетическихъ впечатлѣній и художественнаго творчества. Въ противномъ случаѣ, т. е. ограничиваясь простымъ констатированіемъ того, что завито въ общемъ впечатлѣніи, которое производитъ на насъ, положимъ, картина природы, мы не пойдемъ дальше простой эмпириі и ни на волосъ не подвинемся въ пониманіи законовъ эстетической жизни и эстетическихъ эффектовъ.

Если мы посмотримъ теперь, какого рода психическіе факты ассоціируются съ объектами красоты и внушаются ими, то мы прежде всего поражаемся ихъ громаднымъ разнообразіемъ. Кто можетъ перечестъ, напримѣръ, всѣ возможные мысли и чувства, возбуждаемыя въ насъ какой-нибудь картиной природы, кто можетъ указать всевозможныя сюжеты картинъ, или всѣ темы поэтическихъ произведеній и т. п.? Особенно богатый неисчерпаемый источникъ художественнаго творчества представляетъ сама человѣческая жизнь, сложная сѣть событій съ ихъ причинами и послѣдствіями, изъ которыхъ она слагается,—разновидности натуръ и характеровъ, тайны человѣческаго сердца и т. д. Наша задача, собственно,

должна бы состоять въ томъ, чтобы найти тѣ общія черты, которыя одинаково принадлежатъ всѣмъ этимъ фактамъ, даютъ имъ отпечатокъ изящества и красоты, или по крайней мѣрѣ дѣлаютъ ихъ подходящимъ элементомъ эстетическихъ эффектовъ и художественнаго творчества. Но эта дѣль едва-ли можетъ быть достигнута простымъ сравненіемъ всѣхъ этихъ фактовъ по индуктивному методу, т. е. такимъ образомъ, чтобы при этомъ были исключены всѣ частныя отличія, а удержаны лишь тѣ общія черты, которыя ихъ дѣлаютъ явленіями эстетическими, или въ силу которыхъ они вступаютъ въ связь, ассоціируются съ предметами красивыми по своимъ внѣшнимъ чувственнымъ чертамъ. Причина неприложимости въ данномъ случаѣ индуктивнаго метода заключается въ томъ, что мы не знаемъ даже, гдѣ и въ чемъ слѣдуетъ намъ искать точекъ сравненія всего громаднаго матеріала, который можетъ быть причиной эстетическихъ волненій и предметомъ художественнаго творчества. Если мы будемъ сравнивать, положимъ, содержаніе, или такъ называемые сюжеты разныхъ изящныхъ искусствъ, то прежде всего встрѣтимся съ тѣмъ затрудненіемъ, что такіе сюжеты не составляютъ необходимой принадлежности всѣхъ искусствъ. Мы встрѣчаемся съ такими на примѣръ фактами, что музыка и архитектура нравятся, волнуютъ насъ эстетически безъ всякихъ сюжетовъ, единственно художественнымъ сочетаніемъ извѣстныхъ чувственныхъ элементовъ. Но если бы мы ограничились только тѣми искусствами, произведенія которыхъ воспроизводятъ для насъ предметы природы и факты человѣческой жизни, т. е. живописью, пластикой и поэзіей, то здѣсь такъ велико разнообразіе возможныхъ сюжетовъ и притомъ эти сюжеты такъ далеко уклоняются одинъ отъ другого, что мы не въ состояніи уловить въ нихъ общія черты, которыя бы связывали ихъ въ одну общую группу изящныхъ и художественныхъ объектовъ. На примѣръ, ограничиваясь даже самыми общими точками зрѣнія, мы не можемъ сказать, чтобы такой общей чертой служилъ пріятный характеръ изображаемыхъ пред-

метовъ или фактовъ, т. е. что всѣ сюжеты искусства должны возбуждать въ насъ чувство удовольствія. Напротивъ, и живопись, и скульптура, и поэзія, и изящная литература изображаютъ иногда вещи ужасныя, положенія мучительныя, сцены потрясающаго горя и бѣдствій, и все-таки, при извѣстныхъ условіяхъ, мы не можемъ отказать этимъ произведеніямъ въ художественномъ характерѣ и значеніи. Достаточно вспомнить статую „Лаокоонъ,“ картину „Свѣточа Христа“ или романъ Гверацци „Беатриче Ченчіа“.

Мы не можемъ также сказать, что предметы искусства должны отличаться нѣкоторымъ достоинствомъ, нѣкоторыми преимуществами физическими или моральными сравнительно съ другими объектами того же рода. Правда, подъ это опредѣленіе подойдутъ нѣкоторые художественные сюжеты историческіе и религіозные. Но за то изображенія всей мелочности и пустыхъ обычныхъ стремленій и дѣйствій человѣка, всего, что человѣческая жизнь представляетъ мизернаго и смѣшнаго, тѣмъ болѣе картины человѣческихъ пороковъ не подойдутъ подъ это опредѣленіе. Оно исключаетъ всю широкую область комедіи и сатиры, которыя занимаютъ почетное мѣсто въ ряду разныхъ отдѣловъ художественнаго творчества. Такимъ образомъ слѣдуетъ избрать другой путь къ рѣшенію поставленнаго вопроса, т. е. къ открытію изясненію тѣхъ особенностей, которыми отличаются высшіе не чувственные элементы красоты.

Исходнымъ пунктомъ въ данномъ случаѣ для насъ должно служить то безспорное обстоятельство, что всѣ факты, которые входятъ въ составъ изящныхъ и художественныхъ произведеній, всѣ идеи, представленія, чувствованія и т. д., которыя сопровождаютъ собой чувственные элементы изящныхъ объектовъ и вызываются, внушаются ими, — относятся къ высшей психической жизни, умственной и эмоціональной. Животныя, даже люди стоящіе на низкой ступени развитія не въ состояніи испытывать подобныхъ состояній; имъ ничего не говоритъ какая-нибудь картина при-

роды, или какое-нибудь интересное произведение искусства. Причина заключается въ томъ, что люди, стоящіе на низкой ступени развитія, поглощены матеріальными нуждами своего существованія; предметы дѣйствуютъ на нихъ той лишь стороной, которая отвѣчаетъ ихъ низменнымъ стремленіямъ и интересамъ. Они не лишены ума, но умъ ихъ совершенно связанъ чувственной матеріальной стороной предметовъ и находится въ служебномъ отношеніи къ потребностямъ простаго самосохраненія. Ближайшая непосредственная задача ума или разсудка состоитъ въ томъ, чтобы комбинировать внѣшнія впечатлѣнія и ощущенія, установить между ними связь и, соотвѣтственно этимъ сложнымъ группамъ чувственныхъ данныхъ, координировать энергію мышцъ и, такимъ образомъ, реагировать на внѣшній міръ сообразно съ обстоятельствами даннаго случая. Какъ скоро животное получаетъ извнѣ не одно, а нѣсколько впечатлѣній и какъ скоро между ними устанавливается такая связь, что одно изъ нихъ, т. е. изъ этихъ впечатлѣній, будучи испытываемо непосредственно, напоминаетъ другое, которое испытывалось съ нимъ прежде, то это животное обладаетъ уже первыми зародышами ума. Какой-нибудь одинъ изъ низшихъ простѣйшихъ животныхъ организмовъ по нѣкоторымъ впечатлѣніямъ открывающей близость пищи, или врага и направляющей свои движенія сообразно съ этими указаніями,—имѣетъ нѣкоторую долю ума нужную для него въ интересахъ самосохраненія. Самое существенное условіе въ этомъ случаѣ есть способность органической ткани удерживать впечатлѣнія и связывать ихъ между собой. Обладаніе такой способностью координаціи и воспроизведенія впечатлѣній въ высшей степени было полезно для организмовъ въ борьбѣ за существованіе, а потому она должна была упрочиться въ животномъ мірѣ, развиваясь далѣе и далѣе. Это развитіе предполагаетъ возникновеніе и развитіе нервныхъ узловъ и сочтаній ихъ, которое на значительной ступени является въ видѣ удивительно сложнаго нервнаго аппарата, называемаго мозгомъ.

Прослѣдить всѣ отдѣльные моменты, всѣ стадіи этого развитія мы не имѣемъ ни времени, ни особой надобности. Это—дѣло сравнительной психологіи, науки еще недавно зародившейся, пока еще не вполне сложившейся. Но нѣкоторые результаты этой научной психологіи могутъ быть приложены и къ научной эстетикѣ. Теперь уже сдѣлалось очевиднымъ, что различіе между высшей и низшей организаціей со стороны мозговой дѣятельности состоитъ въ большемъ и большемъ накопленіи переработанныхъ впечатлѣній, въ образованіи такихъ продуктовъ умственной энергіи, которые не тратятся сейчасъ-же, а составляютъ запасъ для разнаго рода затратъ въ будущемъ. Кромѣ того болѣе богато развитая организація проявляетъ такой избытокъ энергіи, который обнаруживается цѣлымъ рядомъ благопріятныхъ для нея состояній, помимо какихъ-нибудь внѣшнихъ исключительно утилитарныхъ цѣлей, т. е. прямого удовлетворенія матеріальныхъ нуждъ и потребностей жизни. Здѣсь, въ этой области накопленія психическаго богатства происходитъ тоже, что мы видимъ въ экономической сферѣ при накопленіи матеріальныхъ и денежныхъ средствъ. Организмъ слабо развитый—это все равно, что бѣднякъ, который тратитъ все, что приобрѣтаетъ и дѣятельность котораго вся поглощается на приобрѣтеніе средствъ къ удовлетворенію насущныхъ нуждъ и потребностей. Но организмъ высоко развитый, какъ богатый человѣкъ, дѣлаетъ сбереженія, составляетъ капиталъ, которымъ онъ можетъ распорядиться въ случаѣ какого-нибудь особаго экстреннаго запроса на его средства. Кромѣ удовлетворенія своихъ прямыхъ насущныхъ нуждъ онъ многое уже тратитъ просто лишь на удовольствія, онъ создаетъ даже особыя нужды и потребности, которыхъ совсѣмъ не знаетъ бѣднякъ. Эстетическія удовольствія и наслажденія именно и представляютъ одно изъ проявленій этого богатства энергіи, этого избытка нервно-мозговой силы, которая есть приобрѣтеніе высоко развитой организаціи.

При разсмотрѣніи чувственныхъ элементовъ красоты мы видѣли, что удовольствія, доставляемыя намъ пріятными звуками, цвѣтами, линіями и сочетаніями этихъ элементовъ, отличаются отъ всѣхъ другихъ удовольствій именно тѣмъ, что они не находятся въ прямомъ служебномъ отношеніи къ функціямъ чисто органическимъ. Эстетическія удовольствія, доставляемыя музыкальными звуками, красивыми цвѣтами и формами, отличаются утонченностью, удаленностью отъ грубыхъ, матеріальныхъ потребностей и функцій тѣла. Они ищутся не въ видахъ ихъ прямой пользы, а ради удовлетворенія избытка накопившейся нервной энергіи въ периферическихъ органахъ чувствъ и нервныхъ центрахъ. Всѣ они предполагаютъ здоровое состояніе этихъ органовъ, хорошее ихъ питаніе и полное возстановленіе силы, благодаря питанію и отдыху. Въ области мышечныхъ упражненій такой нервной дѣятельности соотвѣтствуетъ игра, т. е. рядъ дѣйствій и движеній, которыя пріятны сами по себѣ помимо достигаемыхъ ими полезныхъ цѣлей. Какъ скоро нами получается цѣлая группа эстетическихъ впечатлѣній, то при этомъ приобретаетъ значеніе самый способъ ихъ сочетанія, который слѣдуетъ особымъ законамъ. Таковы законы ритма, мелодіи и гармоніи въ звуковыхъ впечатлѣніяхъ, гармоніи и дисгармоніи цвѣтовъ, симметріи и пропорціональности линій въ впечатлѣніяхъ зрительныхъ. Здѣсь, кромѣ функціи внѣшнихъ чувствъ, сказывается участіе мозговой и умственной дѣятельности, такъ какъ ясное или темное сознаніе порядка многихъ чувственныхъ элементовъ предполагаетъ функцію мозга какъ высшаго координирующаго нервнаго центра. Но и здѣсь относительно этихъ уже болѣе сложныхъ эстетическихъ впечатлѣній справедливъ тотъ же физиологическій законъ удаленности отъ чисто органическихъ цѣлей. Онъ получаетъ лишь только болѣе сложное выраженіе. Именно, всякая эстетическая комбинація слуховыхъ и зрительныхъ ощущеній включаетъ въ себѣ наибольшую сумму пріятныхъ возбужденій нервной системы, т. е. внѣшнихъ

чувствъ и мозга, при наименьшемъ количествѣ возбужденій непріятныхъ, какъ напримѣръ утомленія, истощенія отъ излишней дѣятельности, или впечатлѣній несоотвѣтствія, дисгармоніи, диссонанса, которыя въ концѣ концовъ сводятся именно къ утомленію и истощенію нервной энергіи.

Теперь мы въ правѣ ожидать, что тотъ же законъ имѣетъ значеніе и силу также относительно и всѣхъ тѣхъ ассоціацій, высшихъ психическихъ фактовъ, которые сливаются съ чувственными элементами красоты и вызываются въ насъ вмѣстѣ съ ними, или по поводу ихъ. Дѣло въ томъ, какія бы представленія, мысли, чувстваванія или волненія ни вызывали въ насъ изящные объекты, естественные или искусственные, всѣ они суть функціи мозга, предполагаютъ возбужденіе нервныхъ центровъ, а слѣдовательно и должны подчиняться общимъ законамъ физиологической жизни. Чтобы сдѣлаться элементомъ эстетики и искусства, они должны быть отодвинуты отъ чисто практическихъ интересовъ жизни, должны сдѣлаться свободными отъ многихъ сопровождаемыхъ ихъ отношеніемъ къ нашимъ нуждамъ и заботамъ,—пріобрѣсти безкорыстный характеръ, чтобы сдѣлаться предметомъ наслажденія безкорытнаго и, такимъ образомъ, получить эстетическое значеніе. Если эти психическіе факты и процессы отличаются сложнымъ характеромъ (а они всегда почти дѣйствительно весьма сложны), то ихъ составные элементы и самое сочетаніе этихъ элементовъ должны удовлетворять тѣмъ же условіямъ эстетической группировки, какъ и впечатлѣнія слуховыя и зрительныя, т. е. эти сложные высшія психическія образованія должны доставлять наибольшую сумму пріятныхъ при наименьшей суммѣ непріятныхъ возбужденій. Таковъ общій законъ эстетики, который одинаково имѣетъ силу какъ относительно простѣйшихъ, такъ и самыхъ сложныхъ, и высшихъ обнаруженій эстетической жизни. Чтобы доказать справедливость этого обобщенія и указать самые способы осуществленія этого основного принципа въ области высшей эстетической произ-

водительности, мы должны ближе познакомиться съ самымъ механизмомъ умственной и эмоциональной жизни, рассмотреть нѣкоторыя условія и законы воспроизведенія и ассоціаціи идей и волненій съ указанной точки зрѣнія. Такимъ образомъ мы надѣемся найти руководительную нить среди этого лабиринта сложныхъ и дѣйствительно запутанныхъ процессовъ и въ тоже время объяснить всѣ кажущіяся исключенія изъ этого общаго физиологическаго закона изящества.

Кромѣ удовольствій и страданій чисто-матеріальныхъ, т. е. непосредственно слѣдующихъ за тѣми или другими переменными въ состояніи организма, существуетъ еще обширный классъ такихъ же, или однородныхъ чувствъ, т. е. *удовольствій и неудовольствій, или страданій психическихъ, или идеальныхъ*. Правда, съ физиологической стороны и эти психическія состоянія суть функціи нервной системы; они также предполагаютъ нѣкоторые матеріальные факты, событія или переменны въ нервахъ и въ мозгѣ, какъ и удовольствія доставляемыя намъ пищей, или боль, вызываемая уколомъ булавки. Но связь удовольствія, напримѣръ удовлетвореннаго самолюбія, или страданія при мысли о предстоящей бѣдѣ, съ нервной организаціей не такъ очевидна. Эти и подобныя чувства кромѣ того имѣютъ иное происхожденіе, такъ какъ они возникаютъ вслѣдствіе нѣкоторыхъ представленій, мыслей или идей, а не по поводу тѣлесныхъ состояній и переменъ.

Психическія удовольствія и страданія выражаютъ для нашего сознанія характеръ высшей психической дѣятельности, которая предполагаетъ функціи высшихъ мозговыхъ центровъ нервной системы. Если это функционированіе происходитъ нормальнымъ, согласнымъ съ законами жизни и здоровья образомъ, то мы испытываемъ чувство удовольствія; въ противномъ случаѣ т. е. когда работа мозга противорѣчитъ общимъ условіямъ здоровой дѣятельности, мы испытываемъ непріятное и даже болѣзненное чувство. Возьмемъ сначала простѣйшіе факты такихъ умственныхъ удовольствій и страданій. Ближе всего

къ органическимъ и чувственнымъ видоизмѣненіямъ чувствительности стоятъ тѣ, которыя возникаютъ въ насъ при представленіи и ожиданіи чувственныхъ же удовольствій и страданій, т. е. пріятное чувство надежды и болѣзненное чувство страха и опасенія. Мы представляемъ себѣ какое-нибудь удовольствіе чувствъ и въ моментъ этого представленія испытываемъ уже удовольствіе; мы предвидимъ будущее страданіе и страдаемъ уже при одной мысли о немъ. Актуально испытываемое наслажденіе предполагаетъ нормальное возбужденіе тѣхъ или другихъ частей нервной системы, актуальное, дѣйствительное страданіе соотвѣтствуетъ разрушительному дезинтегрирующему дѣйствию на нервы. Но, тотъ же фізіологическій смыслъ имѣютъ и представленія или идеальныя воспроизведенія будущихъ физическихъ удовольствій и страданій. Представленіе предстоящаго наслажденія можетъ быть настолько живо, что совершенно поглощаетъ вниманіе, и господствуетъ въ сознаніи, съ исключеніемъ всякихъ другихъ психическихъ состояній. Съ фізіологической стороны ему соотвѣтствуетъ не только возбужденіе мозга, но и другихъ нервныхъ тканей, именно тѣхъ, которыя заинтересованы въ удовольствіи, когда оно дѣйствительно испытывается нами. Воображеніе какого-нибудь лакомаго блюда можетъ вызвать слабое вкусовое ощущеніе, даже отдѣленіе слюны во рту вѣроятно и въ желудкѣ. Выраженіе „слюнки текутъ“ имѣетъ часто буквальный смыслъ. Едва-ли нужно говорить о фізіологическихъ дѣйствіяхъ, какія могутъ имѣть представленія полового характера. Совершенно также идея предстоящаго страданія, овладѣвая сознаніемъ, въ иѣкоторой мѣрѣ впередъ заставляя насъ испытывать это страданіе, т. е. приводитъ соотвѣтствующія части нервной системы въ такое положеніе.

Біологическое значеніе этихъ фактовъ, т. е. роль воспроизводимыхъ чувствъ удовольствія и страданія въ жизненной экономіи состоитъ въ томъ, что они возбуждаютъ и поддерживаютъ дѣятельность полезную и остававливаютъ дѣятельность

вредную для организма. Мозгъ есть органъ не только идеальныхъ воспроизведеній и координацій между ними, онъ есть также органъ, координирующий представленія съ движеніями. Представляемое удовольствіе есть желаніе этого удовольствія и служитъ импульсомъ соотвѣтственныхъ движеній. Представленіе страданій задерживаетъ движенія, или вызываетъ другія, цѣль которыхъ есть удаленіе отъ предмета, могущаго вызвать это страданіе. Таковъ простѣйшій механизмъ умственныхъ или идеальныхъ чувствъ удовольствія или неудовольствія, который дѣйствуетъ въ самыхъ простыхъ животныхъ организмахъ способныхъ удерживать впечатлѣнія, воспроизводить ихъ и соотвѣтственно направлять свои движенія.

Человѣкъ есть наиболѣе развитый, наиболѣе сложный изъ организмовъ и обладаетъ такой способностью въ наиболѣе развитой формѣ. Человѣческій умъ есть координація громадной массы ощущеній и ихъ идеальныхъ воспроизведеній. Съ расширеніемъ ума, съ накопленіемъ умственнаго богатства расширяется и нашъ эмоціональный горизонтъ и мы можемъ предвидѣть удовольствія и страданія въ болѣе или менѣе далекомъ будущемъ. Эмоціональная жизнь дѣтей и дикихъ заинтересована удовольствіями и страданіями минуты, но благодаря увеличенію опытности и развитію ума какъ въ индивидуумахъ, такъ и въ цѣлыхъ расахъ, увеличивается предвидѣніе, предусмотрительность, забота о будущемъ. На этой ступени развитія человѣкъ заботится уже о томъ, чтобы упрочить на будущее время средства къ полученію удовольствій и уменьшенію страданій. Такимъ образомъ возникаютъ болѣе широкія понятія счастья и несчастья, въ контрастѣ съ отдѣльными удовольствіями и неудовольствіями. Счастливая жизнь состоитъ не просто лишь изъ минутныхъ удовольствій, но она есть жизнь свободная отъ грызущей заботы о будущемъ. Жизнь несчастная слагается главнымъ образомъ изъ представленій возможныхъ страданій и бѣдствій. Но и въ этихъ болѣе сложныхъ психическихъ состояніяхъ, или лучше сказать направленіяхъ, теченіяхъ эмоціональной жизни остается вѣр-

нымъ общій законъ удовольствій и страданій. Жизнь человѣка счастливаго слагается, преимущественно, изъ удовольствій испытываемыхъ актуально и предвѣщаемыхъ въ представленіи и ожиданіи. Съ фізіологической стороны такое состояніе его чувствъ выражаетъ здоровое, согласное съ требованіями жизни направленіе мозговыхъ и нервныхъ функцій. Тогда какъ вѣчныя заботы, опасенія и страхи бѣдняка, какъ вѣчное переживаніе разныхъ возможныхъ страданій и бѣдствій—сверхъ актуально испытываемыхъ имъ — предполагаетъ болѣзненную аномальную затрату энергіи высшихъ нервныхъ центровъ.

Спрашивается теперь, какое же отношеніе все это имѣетъ къ эстетикѣ? А вотъ какое: всѣ эти удовольствія и страданія, переживаемыя нами умственно, или идеально, находятся въ тѣсной связи съ нашими жизненными функціями и, поэтому, говоря вообще, не могутъ имѣть эстетическаго характера. Намъ поэтому, должно искать другихъ фактовъ эмоціональной жизни, т. е. удовольствій и страданій тоже идеальныхъ, умственно переживаемыхъ въ силу представленій или воспроизведеній тѣхъ или другихъ идей, но такихъ удовольствій и страданій, которыя бы не имѣли этого чисто утилитарнаго, эгоистическаго характера, которые, оставаясь удовольствіями и страданіями, были бы свободны отъ служебнаго отношенія къ потребностямъ организма. Если удастся намъ отыскать такія чувства, то они будутъ имѣть установленные нами признаки эстетическихъ чувствъ и могутъ быть элементами изящныхъ искусствъ. Но такой характеръ дѣйствительно имѣютъ удовольствія и неудовольствія фантазіи, сопровождающія представленія, не имѣющія прямаго отношенія къ житейскимъ интересамъ и заботамъ.

Прежде всего замѣтимъ, что нельзя провести слишкомъ строгой, рѣзкой границы между обыкновенной предусмотрительностью и мечтами о будущемъ. Если мы думаемъ предпринять какой-нибудь важный шагъ въ жизни, то не только представляемъ себѣ непосредственные результаты этого шага, но также и всѣ возможные источники и ресурсы счастья

и удовольствій, которыхъ онъ могъ бы быть причиною. При этомъ совершается именно подборъ тѣхъ представленій, которыя пріятны и исключеніе и удаленіе идей, включающихъ чувства непріятныя. Кто, напримѣръ, думаетъ жениться, тотъ мечтаетъ о наслажденіяхъ, но иногда совсѣмъ не думаетъ о разныхъ заботахъ и огорченіяхъ, источникомъ которыхъ можетъ быть семейная жизнь. Мечты, по крайней мѣрѣ въ здоровыхъ натурахъ, большею частию носятъ пріятный характеръ, потому что пріятныя чувства суть здоровое, нормальное обнаруженіе нервной жизни. Но всѣ эти проявленія фантазіи, эти мечты о будущемъ не имѣютъ еще эстетическаго характера въ силу своей эгоистичности, по причинѣ слишкомъ тѣсной связи съ нашимъ личнымъ счастьемъ, будущимъ или, по крайней мѣрѣ, возможнымъ. Но наше воображеніе даже въ мечтахъ о нашей собственной личности можетъ увоситься еще дальше, переступать область возможнаго и разрывать всякую связь съ трезвой дѣйствительностью. Мы можемъ воображать себя обладателями милліоновъ, властелинами судьбы народовъ, или героями самыхъ интересныхъ романическихъ приключеній. Мы не только идеализуемъ наше будущее, но представляемъ себѣ и наше прошедшее совсѣмъ иначе, чѣмъ какъ оно происходило на самомъ дѣлѣ. Эта дѣятельность фантазіи весьма близка съ одной стороны къ сумасшествію, а съ другой къ чисто художественному творчеству. Стоитъ лишь намъ увѣривать въ наши мечты, въ самомъ дѣлѣ вообразить себя китайскимъ императоромъ, или обладателемъ несмѣтныхъ сокровищъ, и постоянно оставаться въ этой иллюзіи.... и мы готовы уже въ сумасшедшій домъ. Но, съ другой стороны, слѣдуетъ лишь изъ нашихъ мечтаній удалить мысль о себѣ самихъ и придумывать разныя чудныя событія, занимательныя положенія и приключенія не о себѣ, а о какомъ-нибудь воображаемомъ лицѣ, это фантастическое построеніе получаетъ характеръ сказки или романа, смотря по присутствію или отсутствію въ немъ чудеснаго, волшебнаго элемента.

Прежде чѣмъ мы перейдемъ къ этимъ родамъ поэтическаго творчества, считаемъ нелишнимъ нѣсколько остановиться на дѣятельности воображенія, обнаруживаемой въ идеальномъ воспроизведеніи и построеніи дѣйствительности вообще, будетъ-ли это построеніе относиться къ нашей личности, или къ лицу совершенно воображаемому. Прежде всего очевидно, что эта работа воображенія намъ пріятна, такъ какъ отдѣльные элементы, изъ которыхъ она складается, отличаются болѣе или менѣе пріятнымъ характеромъ. Если мы здоровы физически и душевно, то наши мечты имѣютъ веселое направленіе, мы представляемъ себѣ такіе факты, положенія и событія, переживать которыя дѣйствительно было бы пріятно. Въ силу основнаго закона жизни, закона самосохраненія, мы подбираемъ и группируемъ элементы удовольствія, инстинктивно избѣгая всякихъ воображаемыхъ огорченій и страданій. Эти послѣднія изобрѣтаются лишь для контраста, т. е. съ тѣмъ, чтобы такъ или иначе освободиться отъ нихъ и съ тѣмъ большимъ наслажденіемъ вкушать воображаемое счастье. Вотъ эта группировка пріятныхъ чувствъ съ исключеніемъ чувствъ непріятныхъ составляетъ уже признакъ, сближающій мечты фантазій, хотя бы они группировались около нашей личности, съ мечтами поэтическаго творчества.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе, что чувства удовольствія, чувства пріятныя, воспроизводимыя въ воображеніи, отличаются болѣе умѣренностью, болѣе ровнымъ и менѣе острымъ характеромъ, чѣмъ удовольствія испытываемыя актуально. Въ этихъ послѣднихъ существуетъ не рѣдко значительная примѣсь горечи, въ силу слишкомъ страстнаго желанія, и послѣдствіемъ ихъ удовлетворенія иногда бываетъ не особенно пріятное чувство утомленія и пресыщенія. Удовольствіе воображаемое представляетъ болѣе легкое упражненіе нервной энергіи, и въ силу этого обстоятельства приобретаемая характеръ эстетическій, становится болѣе удобнымъ элементомъ изящества, чѣмъ наслажденіе актуальное. Отчасти по этой причинѣ почти всякое воспроизведеніе въ

идеѣ фактовъ даже не особенно интересныхъ въ дѣйствительности дѣлается болѣе или менѣе пріятнымъ. Идеальное переживание дѣйствительности въ другой разъ, переживание, свободное отъ многихъ непріятныхъ сопровожденій, становится уже само по себѣ источникомъ удовольствія, такъ какъ даетъ упражненіе тѣмъ центрамъ мозга, которые въ силу не особеннаго частаго запроса на ихъ дѣятельность, достигаютъ максимума энергіи. Отсюда намъ нравятся всякіе рассказы о быломъ; вспомнимъ, съ какой жадностью дѣти слушаютъ взрослыхъ, когда они передаютъ разные мелочныя событія своего собственнаго дѣтства. Здѣсь заключается источникъ интереса, который кромѣ научнаго значенія имѣютъ историческіе рассказы, мемуары, дневники и проч. Эта пріятная дѣятельность воображенія, переживающаго впечатлѣнія и факты,—въ области мозговыхъ, заинтересованныхъ въ этомъ случаѣ центровъ, играетъ ту же роль, имѣетъ то же значеніе, какъ игра въ области мышечной. Въ томъ и другомъ случаѣ происходитъ освобожденіе накопившейся энергіи, сказывающееся въ сознаніи пріятнымъ образомъ. Слѣдуетъ замѣтить, что роль воображенія сказывается уже въ самихъ играхъ, такъ какъ многія изъ нихъ состоятъ именно въ воспроизведеніи какихъ-нибудь воображаемыхъ лицъ, сценъ, положеній и т. п. Здѣсь уже мы видимъ первое обнаруженіе творческой фантазіи, первые зародыши поэзіи и драматическаго искусства.

Теперь мы видимъ, какъ близко подходитъ всякое идеальное воспроизведеніе къ воспроизведенію эстетическому. Стоитъ лишь отнять у фантазіи ея утилитарный эгоистическій характеръ, удалить ея созданія отъ нашей личности, нашихъ личныхъ интересовъ и заботъ, тогда ея произведенія пріобрѣтаютъ эстетическій характеръ. Удовольствіе, доставляемое этими идеальными фантастическими построеніями, становится безкорыстнымъ и универсальнымъ, т. е. доступнымъ для всѣхъ; мечты и фантазіи при этомъ условіи теряютъ болѣе и болѣе исключительно личный характеръ: вмѣсто отношенія лишь къ лицу самаго фантазирующаго, онѣ обра-

щаются уже къ болѣе широкому кругу слушателей и читателей и постепенно приобрѣтають этнической характеръ, т. е. становятся достояніемъ цѣлаго племени и народа. Такимъ путемъ они болѣе и болѣе универсализируются, включаютъ въ себѣ элементы общіе цѣлому племени, становятся носителями его мифовъ, его преданій, его міровоззрѣнія и даже его житейской мудрости. Для того, чтобы нравиться слушателямъ, чтобы возбуждать ихъ волненія и заслужить ихъ одобреніе, рассказчикъ или пѣвецъ долженъ передавать не мечты, относящіяся лично до него, а то что имѣетъ общій интересъ, напр. воспѣвать боговъ и героевъ, или событія изъ минувшей судьбы племени. Таково начало *эпической поэзіи*.

Эта первоначальная простѣйшая форма, въ которую облачается дѣятельность творческой фантазіи соответствуетъ еще какъ бы дѣтскому возрасту человѣчества. Она для насъ представляетъ особый интересъ, потому что въ ней всего нагляднѣе сказываются тѣ черты, которыми поэзія отличается, дифференцируется отъ практической утилитарной дѣятельности воображенія и простой личной мечтательности. Прежде всего объектомъ этой, только лишь пробудившейся, молодой творческой дѣятельности служитъ преимущественно внѣшняя сторона вещей, внѣшніе интересные факты сплетенія событий. Чувственный элементъ, часто преувеличенный, идеально разукрашенный, имѣетъ выдающееся господствующее значеніе. Предметомъ пріятнаго изумленія служитъ преимущественно физическая сила, или тѣ элементы нравственной силы, которые тѣсно связаны съ физическими преимуществами и доступны моральному пониманію человѣчества въ его дѣтскомъ или юношескомъ возрастѣ. Преобладающій тонъ всѣхъ этихъ рассказовъ, — поэмъ, сказокъ, балладъ и проч. — пріятный. Дѣйствующія лица — преимущественно короли, царевны, богатыри. Они молоды, прекрасны, богаты, смѣлы и счастливы. Пиры, любовь, сраженія и побѣды наполняютъ ихъ жизнь. Въ этой волшебной странѣ нѣтъ мѣста бѣдности, болѣзни и грызущимъ заботамъ. Уроды являются лишь для того, чтобы

еще болѣе придать блеску красотѣ героевъ. Бѣдность и богатство существуютъ лишь для того, чтобы перейти въ богатство и счастье; злые великаны служатъ для того, чтобы доставить торжество побѣды богатырю или царевичу. Благодарительныя волшебницы и талисманы устраняютъ всякія препятствія съ ихъ пути, выручаютъ ихъ изъ всякаго затруднительнаго положенія. Въ концѣ концовъ герой и героиня непременно женятся и сказка заканчивается пиромъ на весь міръ... „И я тамъ былъ“ и т. д. прорывается основная мечта рассказчика, невольные участіе его личной мечтательности въ рассказѣ, предназначенномъ для наслажденія всѣхъ и cadaго. Особенно, чувственный элементъ въ его идеализированной формѣ обнаруживается въ восточныхъ сказкахъ, арабскихъ и персидскихъ, что соотвѣтствуетъ чувственному направленію фантазіи восточнаго человѣка. Прохладающіе напитки, сладостные плоды, сады благовоющихъ розъ, жилище райскихъ птицъ, оглашаемые пѣснями соловьевъ, дворцы, наполненные золотомъ, серебромъ, драгоценными камнями, гаремы волшебныхъ красавицъ—вотъ обычные мотивы и элементы „Тысячи и одной ночи“. Рыцарская поэзія среднихъ вѣковъ содержитъ преимущественно элементъ молодой силы, мужества и храбрости, обращенныхъ на борьбу съ невѣрными, на защиту слабыхъ, на служеніе красотѣ и т. п.

Въ болѣе развитыхъ литературахъ эти чувственные элементы отступаютъ уже нѣсколько на задній планъ. Поэзія, равно какъ живопись и скульптура, начинаютъ включать въ себя уже болѣе высокіе психологическіе элементы, высшія идеи и сложныя душевныя волненія. Поэзія, какъ и другія искусства, получаетъ уже цивилизующее облагораживающее значеніе. Изящныя искусства сближаются съ нравственностью, получаютъ воспитательный характеръ для общества. При дальнѣйшемъ своемъ развитіи и ростѣ они уже перестаютъ обращаться къ узкимъ симпатіямъ того или другаго класса, племени или народа, а болѣе или менѣе стремятся удовлетворять общечеловѣческимъ интересамъ. Оставляя до другаго вре-

мени изслѣдованіе этихъ высшихъ элементовъ искусствъ, замѣтимъ только, что общій принципъ эстетики справедливъ и для нихъ, для этихъ элементовъ. Эстетическое значеніе всѣхъ высшихъ сюжетовъ живописи, скульптуры и литературы состоитъ въ идеальномъ воспроизведеніи внѣшнихъ фактовъ и событій и внутреннихъ психическихъ процессовъ въ изящной, чувственной формѣ, при чемъ идеальное переживаніе сложныхъ фактовъ и чувствъ въ этой формѣ сопровождается преобладающимъ характеромъ удовольствія, такъ какъ представляетъ нормальное упражненіе уже высоко дифференцированныхъ частей мозга и нервной системы. Элементы общественные, религіозные, моральные и даже научные составляютъ тогда по условіямъ цивилизаціи, весьма важную существенную часть чистаго искусства, задачи котораго состоятъ въ идеальномъ воспроизведеніи разнообразныхъ фактовъ природы и жизни въ изящной формѣ въ цѣляхъ служенія высшимъ интересамъ человѣчества.

Положеніе душевно-больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ

(области Акмолинская, Семипалатинская и Семирѣченская) за періодъ времени отъ 1893 по 1897 годъ включительно.

М. Шайкевича.

Введеніе.

Степное генераль-губернаторство большею своею частью, именно областями Акмолинскою и Семипалатинскою, раньше административно входило въ составъ Западной Сибири, а Семирѣченская область принадлежала Туркестану. Западную же Сибирь составляли губерніи Тобольская и Томская. Первоначально цѣлью моею было разслѣдовать области прежней Западной Сибири, но впоследствии пришлось отказаться отъ намѣченной задачи и ограничиться областями Степного генераль-губернаторства. Сдѣлать мнѣ это пришлось, потому что не смотря на письма, посланныя мною гг. врачебнымъ инспекторамъ Тобольской и Томской губерній съ приложеніемъ программныхъ вопросовъ ¹⁾, не смотря на обращеніе со стороны лица, по своему общественному положенію крайне заинтересованнаго положеніемъ душевно-больныхъ, тѣмъ не менѣе я до сихъ поръ не удостоился даже отвѣта, хотя бы и отрица-

¹⁾ См. ниже.

тельнаго. Поэтому изслѣдованіе наше будетъ касаться только выше названныхъ трехъ областей. Но и здѣсь, какъ будетъ видно ниже, намъ придется представлять по преимуществу факты, дѣлая только самые необходимые и притомъ вполне относительные выводы. Изслѣдованіе степныхъ областей въ намѣченномъ отношеніи могло бы представить большой интересъ. Важно бы выдѣлить вліяніе мѣстности (степей), своеобразнаго климата, заболѣваемость въ инородческомъ населеніи, вліяніе осложняющихся экономическихъ отношеній съ проведеніемъ желѣзной дороги и развитіемъ переселенческаго движенія и т. д. Сильное распространеніе сифилиса, хотя бы въ одномъ Омскѣ, вслѣдствіе отсутствія маломальски рациональнаго надзора за проституціею (что можетъ подтвердить заболѣваемость сифилисомъ въ Омскомъ гарнизонѣ) и незначительная еще осложненность жизни съ небольшою сравнительно напряженностью борьбы за существованіе позволили бы получить кое-какія данныя относящіяся къ связи сифилиса съ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ. Но какъ увидитъ читатель ниже, намѣченныя положенія большею частью останутся *ria desideria*, представивъ свое разрѣшеніе дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Я буду счастливъ, если мой несовершенный трудъ вызоветъ дальнѣйшую разработку поставленной задачи и тѣмъ улучшить положеніе несчастныхъ неудачниковъ жизни душевно-больныхъ, исправивъ нѣкоторые погрѣшности и упущенія въ дѣлѣ ихъ призрѣнія и леченія.

Матеріалы, положенные въ основу изслѣдованія.

„Въ фактахъ, даваемыхъ жизнью больницъ, пишетъ проф. Янсонъ ¹⁾, мы должны различать двѣ совершенно особыя группы: съ одной стороны больныхъ—ихъ распредѣленіе по вре-

¹⁾ Ю. Янсонъ. Аварія статистики Спб. 1891 г. стр. 412.

мени поступленія, по болѣзнымъ, по возрасту, полу, времени проведенному въ больницѣ и пр.—Это социальныя вопросы, вопросы общественной гигиены; и съ другой стороны—леченіе больныхъ—результаты наблюденій терапевтическаго характера. Первая группа фактовъ должна быть достояніемъ общей статистики, ибо она составляетъ одну изъ сторонъ социальной жизни; вторая имѣетъ специально медицинскій интересъ и т. д.“ Согласно изложенному взгляду, наше изслѣдованіе будетъ имѣть своимъ предметомъ статистическую и специально медицинскую сторону вопроса. Говоря объ изданіи статистическаго матеріала, проф. Инсонъ однимъ изъ условій со стороны его содержанія ставитъ наличность „предисловія, или введенія къ изданію, разъясняющаго весь процессъ наблюденія и сводки, въ результатъ которыхъ получились излагаемыя данныя и содержащее всѣ законы, распоряженія и инструкціи, на основаніи которыхъ производилось собраніе свѣдѣній. Это совершенно необходимо для правильнаго сужденія о достоинствахъ полученнаго матеріала: не зная, кто собиралъ данныя, какъ собирались они, какой былъ принятъ порядокъ регистраціи и повѣрки, наука лишена главныхъ основаній для опредѣленія сравнительной степени точности и достовѣрности тѣхъ фактовъ, съ которыми ей приходилось имѣть дѣло“¹⁾. Мнѣ кажется, все сказанное *mutatis mutandis* приложимо и къ нашей работѣ.

Въ виду этого я и перехожу къ изложенію матеріала, съ которымъ я имѣлъ дѣло и къ способамъ его обработки. Но прежде считаю своею нравственною обязанностью выразить мою искреннюю благодарность директору Медицинскаго Департамента Л. Ф. Рагозину за его обращеніе къ врачебнымъ инспекторамъ означенныхъ областей предоставить въ мое распоряженіе необходимыя данныя, а также Омскому окружному военно-медицинскому инспектору В. И. Лукомскому за полученіе свѣдѣній изъ военно-лѣчебныхъ заведеній Омскаго воеп-

¹⁾ *Инсонъ* ibidem стр. 461.

наго округа. Безъ ихъ просвѣщенной помощи мнѣ врядь ли удалось бы получить даже и эти данныя.

Прежде всего какъ было уже сказано, я послалъ письма на имя врачебныхъ инспекторовъ указанныхъ областей съ просьбою, по возможности, дать свѣдѣнія, согласно прилагаемой программѣ. Вотъ она:

Краткая программа для собиранія свѣдѣній о положеніи душевно-больныхъ въ Западной Сибири за періодъ времени отъ 1893 года по 1897 включительно.

А. Спеціальныя лечебныя заведенія.

1) Скорбные листы (копіи)

2) планъ устройства заведеній, медицинскій персоналъ (вознагражденіе) и прислуга (вознагражденіе), способы содержанія и леченія больныхъ, употребляемые средства (изоляция, постельное содержаніе, физическій трудъ — полевая работа, ремесла), развлеченія и т. п.

Б. Общія лечебныя заведенія.

1) скорбные листы (копіи)

2) тоже см. спеціальныя заведенія.

В. Свѣдѣнія о свидѣтельствуемыхъ душевно-больныхъ въ областныхъ правленіяхъ.

Г. Свѣдѣнія о непризрѣваемыхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ, находящихся въ частныхъ рукахъ:

1) въ христіанскомъ населеніи: ихъ число, полъ, возрастъ, способы содержаній и т. п.

2) подобныя же свѣдѣнія въ инородческомъ населеніи *).

*) Считаю не лишнимъ привести здѣсь копію съ моего письма, показывающаго, мнѣ кажется, не особенную обременительность моей просьбы.

Многоуважаемый товарищ! Желая составить работу на тему: «положеніе душевно-больныхъ въ Западной Сибири», я нуждаюсь въ свѣдѣніяхъ по этому предмету, а потому обращаюсь къ Вамъ, Многоуважаемый товарищ, съ просьбою не отказать мнѣ въ доставленіи всего, что изложено въ прилагаемой программѣ. Присланные скорбные листы будутъ возвращены въ цѣлости, за что могу поручиться. Всѣ издержки по пересылкѣ на мой счетъ. Уважающій Васъ М. Шайкевичъ.

Адресъ: Г. Омскъ. Млад. ординатору Омскаго воен. госпит. М. О. Шайкевичу.

Спустя нѣкоторое время я получилъ желаемое. Наибольшей полнотой отличаются данныя, доставленныя Семирѣченскимъ областнымъ врачебнымъ инспекторомъ д-ромъ Г. И. Соболевскимъ, которому тутъ же приношу мою искреннюю благодарность, а также свѣдѣнія изъ Семипалатинской психіатрической лечебницы. Наименьшее количество данныхъ и въ наиболѣе несовершенномъ видѣ я получилъ изъ Акмолинской области. Какъ увидитъ читатель ниже, наиболѣе цѣнныя данныя какъ въ статистическомъ, такъ и спеціально медицинскомъ отношеніи, могущія быть заимствованными по преимуществу изъ скорбныхъ листовъ, для Акмолинской областной лечебницы останутся только *ria desideria*. То же нужно сказать и про военныя лазареты. Сплошь и рядомъ изъ исторіи болѣзни ничего нельзя узнать или же описаніе картины болѣзни очень мало соотвѣтствуетъ выставленному діагнозу. Поэтому намъ пришлось принять группу „неизвѣстныхъ“, какъ по отношенію къ формѣ болѣзни, такъ и другимъ даннымъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ картина болѣзни, по нашему мнѣнію, болѣе соотвѣтствовала какой-либо опредѣленной формѣ, а не той, которая выставлена въ листѣ, мы останавливались на нашемъ предположеніи и такъ уже регистрировали. Что касается формы таблицъ и раздѣленія, полученнаго матеріала по группамъ мы пользовались работою д-ра Игнатъева¹⁾ и отчетами по отдѣленію душевно-больныхъ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеній д-ра Грейденберга²⁾.

Мнѣ кажется, всего сказаннаго достаточно для знанія въ общихъ чертахъ, съ какого рода матеріаломъ мы имѣли дѣло, при какихъ условіяхъ работали, какъ группировали собранныя свѣдѣнія и какъ къ нимъ относились и относимся. Дальнѣйшее изложеніе только уяснить въ подробности только что сказанное.

¹⁾ *Игнатъевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-больныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 1895 г. Вып. 1 и 1896 г. Вып. II.

²⁾ *Грейденбергъ*. Ibidem.

Остановимся сначала на специальной медицинской стороне нашей задачи и рассмотримъ, въ какомъ положеніи находится дѣло призрѣнія и леченія душевно-больныхъ по областямъ.

Призрѣніе, уходъ и леченіе душевно-больныхъ по областямъ.

Семирѣченская область.

За означенный періодъ времени съ 1893 года по 1897-ой включительно получены свѣдѣнія изъ Вѣрненской областной лечебницы для душевно-больныхъ, Вѣрненскаго, Джаркентскаго, Пржевальскаго и Нарынскаго мѣстныхъ лазаретовъ.

Спеціальная лечебница для душевно-больныхъ въ г. Вѣрномъ открыта 1 декабря 1896 года на 5 постоянныхъ и 5 запасныхъ кроватей на счетъ областныхъ денежныхъ земскихъ повинностей. По штату положено и состояло на лицо медицинскаго персонала: 1) одинъ врачъ съ содержаніемъ 1500 руб. въ годъ 2) смотритель-фельдшеръ съ содержаніемъ 500 руб. въ годъ. Прислуга—4 служителя и 2 сидѣлки съ содержаніемъ 100 руб. въ годъ каждому на всемъ собственномъ содержаніи и одна кухарка съ жалованіемъ 84 руб. въ годъ, тоже на собственномъ содержаніи. Вознагражденіе даже при Вѣрненской дешевизнѣ и, принимая въ расчетъ опасности, сопряженныя съ уходомъ за душевно-больными, можно сказать, недостаточное. Въ 1896 году ассигновано по смѣтѣ областныхъ денежныхъ земскихъ повинностей 5000 рублей, изъ которыхъ къ 97-му году за покрытіемъ всѣхъ расходовъ осталось 1343 р. 14 коп. Въ 97-мъ году ассигновано 3734 рубля, которые всѣ были и израсходованы. Въ числѣ расходовъ нужно отмѣтить въ 96-мъ году на медикаменты 81 р. 14 к., книги и научныя пособія 60 руб. и инструменты 70 руб. Въ 97-мъ году на журналы 32 р. 58 коп.

Не входя въ детальную оцѣнку устройства, мнѣ кажется, необходимо отмѣтить нѣкоторыя неудобства размѣщенія больныхъ и служительскаго персонала. Такъ на мужской и женскихъ половинахъ комната прислуги находится тутъ же между помѣщеніемъ больныхъ и залой. Общая мужская и комната фельдшера выходятъ въ одинъ корридоръ. Не знаю, на сколько это рационально, но врядъ ли прислуга, вѣроятно еще неопытная и мало обученная будетъ постоянно закрывать свою комнату, въ которую можетъ зайти больной, схватить вилку или шило и нанести вредъ себѣ или другому. Если даже эти комнаты не служатъ постояннымъ помѣщеніемъ для прислуги, а являются только какъ бы дежурными комнатами, то и такая близость, мнѣ кажется, можетъ вести къ несчастнымъ случаямъ. То же можно сказать и про помѣщеніе фельдшера.

Воспользовавшись нечаянно незапертою дверью, больной можетъ войти и выпить то или другое сильно дѣйствующее лекарство. Другое большое неудобство, если эти комнаты предназначены для постоянного жительства прислуги и фельдшера—это несомнѣнное вліяніе на душевное спокойствіе самаго персонала со стороны больныхъ. Я видѣлъ Вѣрненскую лечебницу въ 96-мъ году, когда постройка ея уже была закончена, но сама больница еще не была открыта. Не знаю, измѣнилась ли она въ настоящее время, но тогда, насколько ея внѣшній видъ былъ пріятенъ и веселъ, настолько же внутри она казалась мрачной и непривѣтливой. Преобладающій цвѣтъ стѣнъ, дверей и оконъ темно-коричневый, у оконъ рѣшетки съ прутьями толщиною въ палець; въ изоляторахъ стѣны обиты клеенкой темно-коричневаго цвѣта съ мелкой подстилкой, но тутъ же вокругъ желѣзной печки желѣзная оправа съ толстыми торчащими винтами. Мнѣ кажется послѣднія приспособленія врядъ ли могутъ быть терпимы, да и рѣшетки безъ ущерба дѣлу могли бы быть замѣнены металлическою рамою съ вставленными стеклами.

Изъ отчета же мы узнаемъ, что леченіе примѣнялось лекарственное, ваннами и изоляціею въ отдѣльныхъ палатахъ

и изоляторахъ; въ послѣдніе большыя помѣщались преимущественно вслѣдъ за поступленіемъ, т. к. доставлялись обыкновенно въ крайнемъ возбужденіи, благодаря связыванію, заковычанію и т. п. мѣрамъ; въ изоляторѣ выдерживались 2—3 часа, а затѣмъ переводились въ особую палату; постельное содержаніе за весь годъ примѣнялась только одинъ разъ. Физическій трудъ и развлеченія не были организованы изъ за недавняго еще существованія больницы, новизны дѣла, а главное отсутствія достаточныхъ средствъ. По поводу сказаннаго возбуждаетъ нѣкоторое недоумѣніе, кѣмъ помѣщались въ изоляторы прибывавшіе больные. Такъ какъ въ больницѣ одинъ врачъ и одинъ фельдшеръ, которые, конечно, не могутъ постоянно находиться въ лечебницѣ, то неужели больные изолировались служителями? Конечно, затруднительные случаи могли быть, въ особенности при такой миниатюрной, можно сказать, постановкѣ дѣла, но во всякомъ случаѣ изолировать допустимо только врачу.

Что касается положенія душевно-больныхъ въ военныхъ лазаретахъ Семирѣченской области, то мы имѣемъ свѣдѣнія только относительно Вѣрненскаго. Въ бытность мою въ прикомандированіи къ Вѣрненскому мѣстному лазарету съ іюля 96-го года по январь 97-го въ лазаретѣ было 5 человекъ, которые помѣщались въ арестанскомъ отдѣленіи.

Арестанское отдѣленіе состояло изъ корридора и нѣсколькихъ отдѣльныхъ палатъ съ толстыми рѣшетками въ окнахъ. Тутъ же довольно большая комната, гдѣ помѣщается караулъ; около палатъ въ корридорѣ, какъ полагается, ходитъ постоянно часовой, отъ времени до времени заглядывающій въ „окошечко“. Какъ видитъ читатель обстановка мало подходящая.

Переходя къ самимъ больнымъ, узнаемъ, что въ Вѣрненской спеціальной лечебницѣ со дня открытія по 97-ой годъ включительно показано 20 человекъ, но т. к. въ это число зачислено три повторныхъ поступленія, то всѣхъ больныхъ нужно считать 17 человекъ. Въ Джаркентскомъ мѣстномъ лазаретѣ за пятилѣтній періодъ времени было 10 человекъ,

Нарынскомъ—1 и Вѣрненскомъ показано 2. Послѣдняя цифра вызываетъ недоумѣніе. Въ тѣ полгода, когда я могъ лично наблюдать въ лазаретѣ перебивало 5 человѣкъ, изъ которыхъ 4 были переведены въ спеціальную лечебницу съ ея открытіемъ. Мнѣ думается, что въ такомъ большомъ лазаретѣ, какъ Вѣрненскій на 200 кроватей, при отсутствіи психіатрическаго отдѣленія во всемъ Омскомъ военномъ округѣ навѣрно въ лазаретѣ было больше, чѣмъ 2 человѣка. Кромѣ того въ населеніи душевно-больныхъ значителенъ: въ Пржевальскомъ уѣздѣ 27 человѣка, Вѣрненскомъ—13 и Ленсинскомъ 27. Всего 99 человѣкъ; изъ нихъ въ лечебныхъ заведеніяхъ 35 или 35,3%.

Просматривая скорбные листы Вѣрненской спеціальной лечебницы, нужно сказать, что велись они довольно удовлетворительно.

Необходимо отмѣтить кое-какія особенности въ лечебныхъ мѣропріятіяхъ, чисто мѣстнаго бытоваго характера. Такъ начинается исторія болѣзни одного меланхолика. „Заболѣлъ въ первыхъ числахъ іюня непонятной для себя тоской, которая не давала ему покоя ни днемъ, ни ночью; приступы этой тоски были настолько велики, что онъ, ища избавленія, бросался всѣхъ бить и разрушать, что попадалось подъ руку; такая склонность къ насилию вызывала примѣненіе связыванія, которое еще болѣе усиливало тоску и раздраженіе; такимъ путемъ больной дошелъ до настоящаго неистовства и былъ отправленъ въ Джаркентъ, гдѣ пробылъ 8 дней въ полиціи, а затѣмъ былъ переведенъ въ лазаретъ и пролежалъ тамъ 35 дней ¹⁾, но безъ особеннаго облегченія выписался и отецъ увезъ его въ Вѣрный. Въ Вѣрномъ ему не удалось поступить ни въ одно изъ лечебныхъ заведеній за недостаткомъ мѣстъ и онъ уѣхалъ въ Подгорный, гдѣ на цѣпи и связанный провель 15 дней; потомъ отецъ отдалъ его киргизу для леченія въ ауль; тамъ, какъ говоритъ Ф. надъ нимъ *шаманили*, т. е. ночью тушили въ юртѣ огонь и человѣкъ 10 джигитовъ кру-

¹⁾ Свѣдѣній о немъ изъ лазарета нѣтъ.

жили его до полнаго изнеможенія, таская въ концѣ концовъ на рукахъ; такая процедура продолжалась ежедневно часа по два; у киргизъ онъ прожилъ 35 дней, при чемъ кромѣ вечернихъ сеансовъ шаманства они давали ему черезъ два дня въ третій утромъ на тощакъ по порошокъ какого-то желтаго цвѣта. Ф. говоритъ, что порошки эти китайскіе, но названія ихъ не знаетъ; облегченіе они доставляли ему значительное, какую то легкость, какъ онъ выражается“. Другого больного ино-родца (Вали Исаковъ), страдавшаго *amentia Meynert'a*, отецъ посадилъ на цѣпь и на цѣпи же привезъ въ лечебницу.

Остановимся нѣсколько на военныхъ лазаретахъ:

Діагнозъ на скорбномъ листѣ изъ Нарынскаго мѣстнаго лазарета выставленъ—„Душевное разстройство“. Судя по неполному описанію, можно предположить *stupor* (Meinert). Изъ исторій болѣзни о 10 душевно-больныхъ, доставленныхъ Джаркентскимъ мѣстнымъ лазаретомъ 8 человекъ значатся съ діагнозомъ *hypocondria*, одинъ—*melancholia* и одинъ—*epilepsia-mania*. Относительно первыхъ нѣтъ никакого основанія у всѣхъ предположить ипохондію, т. е. въ скорбномъ листѣ нѣтъ и намѣка на означенное страданіе. Кромѣ того всѣ эти больные были казаки одного приблизительно призыва и почти одновременно поступившіе въ лазаретъ.

Всего вѣроятнѣе ихъ третировать за симулянтовъ, что отчасти подтверждается ихъ скорой выпиской изъ лазарета по собственному желанію. Подобные случаи не рѣдки въ военно-госпитальной практикѣ, особенно съ молодыми казаками. Одного больного, у котораго выставленъ діагнозъ *epilepsia-mania*, я впоследствии наблюдалъ въ Омскомъ военномъ госпиталѣ. У него была ясно выраженная *melancholia*, перешедшая въ *dementia secundaria*. Скорбные листы изъ Вѣрненскаго и Пржевальскаго лазаретовъ вызываютъ нѣкоторые вопросы, такъ напр., въ одномъ случаѣ поставленъ діагнозъ *dolor*. Вотъ и все, что можно было извлечь изъ имѣвшихся у меня свѣдѣній.

Какъ видно, положеніе и леченіе душевно-больныхъ въ

военныхъ лазаретахъ Семирѣченской области нельзя назвать удовлетворительнымъ, оправданіемъ чему можетъ служить то обстоятельство, что лазареты преслѣдуютъ совершенно иныя цѣли. Значительно лучше, по всей вѣроятности, живется больнымъ въ специальной лечебницѣ. Нѣкоторые недостатки, вѣроятно, имѣютъ чисто временный характеръ, вполне устранимы и объясняются, очевидно, новизною и молодостью самаго дѣла. Во всякомъ случаѣ полученныя свѣдѣнія изъ Вѣрненской специальной лечебницы заставляютъ видѣть аккуратное веденіе дѣла съ желаніемъ поставить его въ возможно правильныя условія.

Семипалатинская область.

По Семипалатинской области свѣдѣнія имѣются изъ Семипалатинской областной лечебницы для душевно-больныхъ, Семипалатинскаго и Павлодарскаго мѣстныхъ лазаретовъ.

Семипалатинская психіатрическая лечебница открыта 1 мая 1896 года на пять штатныхъ кроватей и пять запасныхъ, кромѣ того въ 97-мъ году добавлена одна временная кровать. Медицинскій персоналъ лечебницы состоялъ изъ одного врача, завѣдывающаго лечебницей съ содержаніемъ 1500 рублей въ годъ и медицинскаго фельдшера, онъ же и смотритель съ содержаніемъ 300 рублей. Прислуги было: четыре служителя, изъ которыхъ одинъ занималъ должность дворника, а на трехъ лежала обязанность ухода за больными мужчинами и три женщины, изъ нихъ одна кухарка и двѣ сидѣлки. Служителя получали по 180 рублей въ годъ, сидѣлки по 120 и кухарки 60 рублей. Всѣ пользовались пищею изъ общаго котла съ больными. На содержаніе лечебницы за исключеніемъ денежнаго довольствія служащихъ, отпускалось ежегодно по смѣтѣ 2410 рублей, въ томъ числѣ на продовольствіе одного фельдшера, 4 служителей, 2-хъ сидѣлокъ и кухарки 480 рублей, на медикаменты и припасы 150 руб. и на газеты и журналы 25 руб. Продовольствіе больныхъ составляла обыкновенная смѣ-

панная пища, съ нѣкоторымъ разнообразіемъ въ составѣ приготовления блюдъ. Обыкновенно въ 8 часовъ утра чай съ бѣлымъ пшеничнымъ хлѣбомъ, приготовленнымъ тутъ же въ лечебницѣ, сахаромъ и молокомъ, въ 12 часовъ дня обѣдъ, въ составъ котораго входили два блюда: 1) обыкновенные русскіе щи или супъ, или лапша или же борщъ и 2) каша (сарачинская, пшеничная, гречневая и ячменная) съ масломъ или же картофель съ масломъ и яйцами; въ 4 часа вечера чай, какъ и утромъ и въ 8 часовъ вечера ужинъ изъ одного блюда за исключеніемъ второго. Первое блюдо готовилось всегда изъ мяса, но нѣкоторые больные по желанію получали рыбу. Смотри по физическому состоянію больного назначалось молоко, какъ добавочное къ обыкновенной порціи, а при отказѣ отъ пищи молоко вводилось черезъ зондъ въ смѣси съ сахаромъ и яйцами. Въ трехъ случаяхъ для леченія примѣнялся душъ, ванны же служатъ только для еженедѣльнаго купанія всѣхъ больныхъ, т. е. вслѣдствіе нѣкоторыхъ недостатковъ въ устройствѣ ея приходится, по возможности, ограничить частое ея примѣненіе. Изоляція примѣнялась во всѣхъ случаяхъ буйнаго помѣшательства, а вслѣдствіе характера постройки лечебницы почти во всѣхъ этихъ случаяхъ приходилось употреблять смирительную рубашку, которая служила въ нѣкоторыхъ случаяхъ способомъ для временнаго удержанія больного въ постели. Постоянное постельное содержаніе было примѣняемо въ одномъ случаѣ. Физическимъ трудомъ занимался одинъ мужчина (помогалъ служителямъ, при домашнихъ работахъ)—и пять женщинъ—женскія ручныя работы (шитье, вязаніе и т. п.) Для развлеченія употреблялось гуляніе во дворѣ, какъ зимой, такъ и лѣтомъ, чтеніе журналовъ и книгъ, карты, шашки, зимой катунка, въ Рождество ёлка и въ подходящихъ случаяхъ—отпускъ въ церковь, на островъ и къ родственникамъ.

Таковы свѣдѣнія, доставленныя администраціею лечебницы. При ихъ разсмотрѣніи невольно является желаніе сравнить ихъ съ данными Вѣрненской лечебницы. Почти одновре-

менное открытіе и нѣкоторое единообразіе во всемъ предпріятіи казалось бы должно было дать и болѣе или менѣе одинаковые результаты. Тѣмъ не менѣе при ближайшемъ разсмотрѣніи оказываются различія и довольно значительныхъ размѣровъ. Начнемъ съ самого зданія. Какъ видитъ читатель Семипалатинская лечебница вышла двухъ этажной. Въ первомъ находятся комнаты, предназначенныя для хозяйственныхъ цѣлей, помѣщенія смотрителя и надзирателей (вѣроятно, служителей?) и палаты для буйныхъ больныхъ. Второй занятъ только палатами и изъ передней входъ ведетъ въ пріемную и аптеку. Такое распредѣленіе несравненно удобнѣе Вѣрненскаго. Прежде всего, конечно, выгоднѣе имѣть два этажа. Далѣе больные не помѣщаются рядомъ съ служительскимъ персоналомъ, и тѣмъ слѣдовательно устраняются указанныя неудобства Вѣрненской лечебницы. Удобнымъ является также отделенность палатъ для буйныхъ (изоляция?).

Близость смотрительскаго и надзирательскаго помѣщенія къ буйнымъ больнымъ имѣетъ свою хорошую сторону въ смыслѣ лучшаго и болѣе постояннаго надзора, въ особенности, если въ лечебницѣ практикуется держать изоляторы открытыми даже совершенно со снятыми дверями, какъ это введено въ клиникѣ для душевно-больныхъ въ С.-Петербургѣ. Но такое положеніе дѣла при открытыхъ дверяхъ въ настоящемъ случаѣ имѣло бы свою и обратную сторону—близость кухни и смотрительскаго помѣщенія. При закрытыхъ же дверяхъ, какъ и при открытыхъ еще выступаетъ неблагоприятное вліяніе на служебный персоналъ постоянно живущій—вблизи больныхъ. Пространство, находящееся между палатами, какъ въ верхнемъ, такъ и въ нижнемъ этажахъ, очевидно нужно считать за корридоръ. Не знаю, какъ распредѣляются больные мужчины и женщины. Но мнѣ кажется такое близкое ихъ сосѣдство врядъ ли цѣлесообразно. По моему нѣкоторое преимущество въ послѣднемъ отношеніи на сторонѣ Вѣрненской лечебницы. Обращаетъ на себя вниманіе садъ и отдѣльные дворики для больныхъ. Послѣдніе, особенно, являются при-

годными и умѣстными при желаніи отдѣлить больных и вмѣстѣ съ тѣмъ доставить имъ возможность пользоваться свѣжимъ воздухомъ. Про мѣсто прогулокъ въ Вѣрненской лечебницѣ намъ, къ сожалѣнію, ничего не извѣстно. Въ общемъ за вычетомъ нѣкоторыхъ сравнительно небольшихъ неудобствъ Семипалатинская больница устроилась лучше и рациональнѣе. Сравнивая положеніе служебнаго персонала, мы видимъ тоже немаловажныя различія съ нѣкоторымъ опять преимуществомъ на сторонѣ Семипалатинской лечебницы. Такъ смотритель-фельдшеръ въ ней получаетъ 300 руб. въ годъ на больничномъ иждивеніи; на продовольствіе же его и всего остальнаго персонала выдается 480 руб. Если вычесть отсюда причитающееся на его долю, то все таки въ общемъ онъ не будетъ получать тѣхъ 500 руб., которые получаетъ смотритель въ Вѣрномъ; и во всякомъ случаѣ 200 руб. натурою нельзя сравнять съ таковыми въ деньгахъ. Поэтому ясно, что смотритель здѣсь вознаграждается хуже. Нѣкоторымъ неудобствомъ является, что одинъ изъ служителей, онъ же и дворникъ, по несравненно большому вознагражденію служителей смягчаетъ это обстоятельство и дѣлаетъ положеніе прислуги значительно лучшимъ. Недостаточно, мнѣ кажется, ассигнуется на журналы и при томъ еще неизвѣстно на медицинскіе только или же на эту сумму высылаютъ журналы и обще-литературнаго содержанія.

Что касается продовольствія больныхъ, то при доставкѣ доброкачественныхъ продуктовъ и хорошемъ приготовленіи большаго требовать невозможно.

Переходя къ уходу и леченію больныхъ остается пожалѣть о рѣдкомъ примѣненіи ваннъ. Всѣмъ извѣстно благотворительное ихъ вліяніе во многихъ случаяхъ душевныхъ заболѣваній особенно во время неистовства при маніи, состояніяхъ спутанности и др. а также на обмѣнъ веществъ у заболѣвшихъ. Наконецъ, употребленіе ваннъ болѣе популярно и менѣе сложно сравнительно съ душами, особенно при мало еще опытной прислугѣ; для больныхъ тоже онѣ должны казаться болѣе пріятными и менѣе страшными (у параноиковъ съ иде-

ями преслѣдованія). Вообще думается мнѣ „нѣкоторый недостатокъ въ ея устройствѣ“ слѣдуетъ устранить и пользоваться ваннами не только для купанія. Болѣе широкое пользованіе послѣдними вѣроятно сократило бы частоту примѣненія изоляціи и, особенно, смирительной рубашки. Непонятнымъ кажется, какое особенное устройство лечебницы вызываетъ частое ея примѣненіе. Въ психіатрическомъ отдѣленіи при Омскомъ военномъ госпиталѣ, не смотря не всѣ неблагопріятныя условія, какъ увидить ниже читатель, за послѣдніе 1½ года ни разу не примѣнялась смирительная рубашка, такъ что данный фактъ по нашему мнѣнію является и отрицательной стороной въ жизни Семипалатинской лечебницы, въ общемъ выше стоящей таковыхъ въ Вѣрномъ и Омскѣ. Относительно физическаго труда и развлеченій, конечно, кромѣ хорошаго ничего нельзя сказать. Можно бы исключить карты, какъ могущія вести къ аферекту, но за бѣдностью развлеченій вообще съ ними можно помириться.

Теперь перейдемъ къ чисто клинической сторонѣ вопроса, насколько это возможно сдѣлать на основаніи скорбныхъ листовъ. Какъ уже извѣстно, въ данный періодъ времени въ Семипалатинской областной лечебницѣ значилось 37 человекъ, Семипалатинскомъ и Павлодарскомъ мѣстныхъ лазаретахъ по одному, итого 39 человекъ. Просматривая скорбные листы, замѣчаемъ какъ бы два періода въ ихъ веденіи.

Второй, гдѣ листы непосредственно подписаны завѣдующимъ лечебницей, отличается полнотою изложенія, какъ анамнестическихъ данныхъ, такъ и объективнаго изслѣдованія. встрѣчающіеся протоколы вскрытія при вѣроятномъ отсутствіи необходимыхъ приспособленій для точнаго микроскопическаго изслѣдованія не оставляютъ желать большаго. Для образца приведу протоколъ въ одномъ случаѣ развитія *paralysis progressivae*:

1) *Haemorrhagia ventriculi hemisphaerae dextrae. Meningoencephalitis chronica; hyperaemia cerebri.*

2) *Plevritis adhaesiva totalis pulmonis dextri; circumscripta pulmonis sinistri.*

- 3) Arteriosclerosis atheromatosa, thrombus arcus aortae.
- 4) Pneumonia hypostatica pulmonis dextrae.
- 5) Perihepatitis fibrosa.
- 6) Infarctus albus chronicus lienis, tumor lienis.
- 7) Anaemia organorum.

Нѣкоторое сомнѣніе возбуждаетъ діагнозы catatoniae и heberphreniae, формъ, какъ извѣстно далеко не частыхъ; извѣстно также, что гебефрениа и кататонія во многихъ классификаціяхъ вовсе не значатся напр. у Krafft-Ebing'a. Вотъ что по поводу кататоніи читаемъ у Эрлицкаго ¹⁾. „Изъ классификацій, появившихся послѣ напечатанія работы Kahlbaum'a, за исключеніемъ классификаціи Spitzka, гдѣ кататонія имѣетъ свое мѣсто рядомъ съ меланхоліею и описывается, какъ самостоятельная форма, во многихъ другихъ кататонія вовсе не значится, напр. у Kirchoff'a, Krafft-Ebing'a, Regis; Ball'a, Worcester'a, Savage'a Saukey'a и у Schüle, а въ другихъ напр. у Clouston'a, Kraepelin'a, Zichen'a, Ковалевскаго, Бехтерева, Корсакова она фигурируетъ въ различныхъ группахъ, сообразно отдѣльнымъ характернымъ симптомамъ, а не всему своему циклу; наконецъ, въ послѣднее время Maitne прямо говоритъ, что кататонія (Kahlbaum'a) нѣтъ, такъ какъ то, что должно быть характерно для этой болѣзни, въ психическомъ отношеніи представляетъ картину оцѣпененія (stupor); специальное же, будто бы, для кататоніи физическое явленіе напряженія мышечнаго аппарата есть ничто иное, какъ каталептическое состояніе, которое по наблюденіямъ автора бываетъ во всѣхъ формахъ душевныхъ заболѣваній.

Несогласіе и прямо даже разногласіе между авторами на счетъ кататоніи можетъ быть объяснено тѣмъ, что дѣйствительно кататонія въ такомъ клиническомъ, законченномъ видѣ, какъ ее представляетъ вышеприведенное описаніе Kahlbaum'a, составляетъ среди клиническихъ наблюденій величайшую рѣд-

¹⁾ А. Эрлицкій. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ. 96 г. стр. 210.

кость". Наконецъ и описанная картина болѣзни въ скорбныхъ листахъ мало соотвѣтствуетъ кататоніи и гебефрениі. Все сказанное, конечно, не должно уменьшать общее пріятное впечатлѣніе отъ веденія исторій болѣзни въ Семипалатинской лечебницѣ. Къ сожалѣнію нельзя того же сказать про упомянутый первый періодъ веденія скорбныхъ листовъ. Въ большинствѣ случаевъ картина болѣзни очень мало соотвѣтствуетъ выставленному діагнозу, анамнестическія данныя почти отсутствуютъ, изъ описанія психическаго состоянія или ничего нельзя узнать, или же его совершенно нѣтъ, встрѣчаются только указанія на отравленія желудочно-кишечнаго канала, а въ лучшемъ случаѣ узнаешь, какъ себя ведетъ больной спокойно или же буйно. Въ леченіи помимо упомянутаго уже частаго употребленія изоляціи и смирительной рубашки, которая не исчезаетъ и во второмъ періодѣ, а въ одномъ случаѣ было даже привязываніе къ кровати, здѣсь почти постоянно видишь многократное примѣненіе мушки на затылокъ.

Въ общемъ впечатлѣніе отъ постановки дѣла въ Семипалатинской психіатрической лечебницѣ получается утѣшительное. Къ сожалѣнію нельзя того же сказать про Акмолинскую, къ которой мы и перейдемъ.

Акмолинская область.

Свѣдѣнія по Акмолинской области мы имѣемъ изъ Акмолинской областной лечебницы и Омскаго военнаго госпиталя. Все ниже изложенное, какъ и въ предыдущемъ приводится исключительно на основаніи свѣдѣній, доставленныхъ администраціею заведеній, а также благодаря отчасти личнымъ наблюденіямъ. Акмолинская областная лечебница на 19 постоянныхъ кроватей основана въ 1892-мъ году и содержится на земскія средства. Медицинскій персоналъ составляютъ: врачъ-психіатръ, завѣдывающій больницей съ содержаніемъ 1500 рублей въ годъ, смотритель - фельдшеръ 480 руб. и фельдшеръ—200 руб. Остальные служащіе: сидѣлка старшая, она

же кастелянна получаетъ жалованія 144 руб. въ годъ, сидѣлка младшая 100 руб., кухарка 60, судомойка 60 руб.; палатныхъ служителей пять человѣкъ по 100 руб. и дворникъ—100 руб. При этомъ всѣ служащіе за исключеніемъ врача получаютъ казенное продовольствіе изъ общаго котла, т. е. ординарную порцію; насколько намъ извѣстно, они пользуются также помѣщеніемъ тутъ же при больницѣ.

Что касается пищи больныхъ, то согласно смѣтѣ (?) она раздѣляется на два вида: ординарную порцію и экстрапорцію:

1. Ординарная: Утромъ въ 7 часовъ чай, при чемъ каждому полагается на одинъ разъ: чаю $\frac{1}{2}$ золотн., сахару $1\frac{1}{2}$ з., пшеничной булки $\frac{1}{2}$ фун., молока по $\frac{1}{4}$ стакана; въ 12 часовъ завтракъ: крупы ячменной или гречневой $\frac{1}{2}$ фун., масла скоромнаго $1\frac{1}{2}$ золотн., хлѣба ржаного $\frac{1}{2}$ фун.; въ 3 часа дня обѣдъ: мяса 1-ый сортъ 1 фун., супъ или щи, борщъ 2 кружки, хлѣба ржаного $\frac{1}{2}$ фун. и въ 8 часовъ вечера чай, какъ и утромъ.

2. Экстрапорція: къ утреннему въ 7 часовъ чаю каждому полагается: чаю $\frac{1}{4}$ золотн., сахару $1\frac{1}{2}$ зол., кружчатой булки $\frac{1}{2}$ фун. и молока $\frac{1}{4}$ стакана. Въ 12 часовъ завтракъ: крупы манной или рисовой $\frac{1}{2}$ фун., скоромнаго масла $1\frac{1}{2}$ золотн., пшеничной булки $\frac{1}{3}$ фун. Въ 3 часа обѣдъ: супъ, щи или борщъ съ мясомъ 2 кружки, мяса $\frac{3}{4}$ фун., битки или котлеты или жаркое— $\frac{3}{4}$ фун. и пшеничная булка— $\frac{1}{2}$ фун. Въ 8 часовъ чай, какъ и утромъ. Ординарная порція дается больнымъ низшаго сословія, а тѣмъ, которые не привыкли къ простымъ блюдамъ—экстрапорція.

Кромѣ того по усмотрѣнію врача для возстановленія питанія и упадка силъ назначается усиленная діета, которая состоитъ изъ той или другой порціи, но сверхъ того еще даютъ молоко, яицы, вино и т. п. На зиму припасаютъ овощи, лѣтомъ пользуются зеленью.

Одежда. Бѣлье приготовляютъ изъ ревендука, блузы и панталоны изъ сѣрой шведской матеріи, платья у женщинъ изъ тика. Сверхъ того лѣтомъ выдаются (вѣроятно для

прогулокъ?) халаты изъ сѣраго сукна, фуражки и полушалки, зимою валенки-сапоги, шапки и шубы. По праздникамъ мужчины носятъ пары изъ коричневаго сукна, а женщины кофты изъ синяго сукна и юбки изъ тика. Что касается полотенець, а также ножей и вилокъ, то во избѣжаніе несчастныхъ случаевъ, особенно у меланхоликовъ, склонныхъ къ самоубійству, они на руки больнымъ не выдаются. Постельное содержаніе: въ отчетѣ перечисляется слѣдующее: набивные матрацы, байковые одѣяла, простыни изъ ревендука, наволочки изъ бѣлаго холста и каждому по 2 подушки, одна набитая перьями, другая соломою. Привилегированнымъ выдаются мочальные матрацы. У нечистоплотныхъ подъ простыни подкладываются клеенки. Въ отдѣленіи для буйныхъ неподвижные диваны, набитые мочалой и волосомъ, а кругомъ обитые кожей. Насильное бѣлье мѣняется два раза въ недѣлю, а постельное разъ въ недѣлю, у нечистоплотныхъ по мѣрѣ надобности.

Переходя къ изложенію употреблявшихся способовъ леченія мы не будемъ дословно приводить, что имѣется въ „краткомъ отчетѣ“, а постараемся изложить все, измѣняя только фразировку.

И такъ, въ леченіи старались прежде всего удовлетворить причинному показанію. При неисполнимости послѣдняго прибѣгали къ средствамъ согласно *indicatio morbi*.

Всѣ средства распались на физическія и лекарственныя. Изъ физическихъ за неимѣніемъ мастерскихъ больные исполняли только болѣе или менѣе простую работу, какъ то носили дрова, воду, разбрасывали снѣгъ, а лѣтомъ работали въ саду. Абсолютный покой въ постели примѣнялся въ случаяхъ сильнаго возбужденія и истощенія. Изолировали буйныхъ, опасныхъ для окружающихъ, сильно нечистоплотныхъ и умирающихъ, при чемъ къ изоляціи прибѣгали по возможности рѣдко. Смирительной рубахой пользовались только въ случаяхъ покушенія на самоубійство или же порчи окружающихъ предметовъ, какъ то дивановъ, стѣнъ, оконныхъ рѣшетокъ.

Въ діететическомъ отношеніи при истощеніи усиленно кормили, а при упорномъ отказѣ отъ пищи, какъ *ultimum refugium* употреблялось насильственное кормленіе черезъ желудочный зондъ. Ваннами пользовались довольно широко, какъ для поддержанія чистоты, такъ и съ чисто лечебною цѣлью. Кромѣ того алкоголики получали холодныя ванны и души. Изъ лекарствъ употреблялись слѣдующія:

1) бромиды при эпилепсіи, неврастеніи и періодическихъ возбужденныхъ состояніяхъ,

2) опій и морфій при анемичныхъ состояніяхъ мозга, особенно при меланхоліи,

3) сульфональ употреблялся раньше, но вслѣдствіе его нежелательнаго побочнаго дѣйствія замѣненъ тріоналомъ.

4) Паральдегидъ и хлоралгидратъ при недѣйствительности первыхъ двухъ.

5) Гіосцинъ и скополаминъ подкожно, когда требовались быстрое успокоеніе и сонъ,

6) стрихнинъ въ нервѣдкихъ случаяхъ у алкоголиковъ.

Кромѣ выше названныхъ употреблялись и другія средства по мѣрѣ надобности. Изъ развлеченій упоминаются: игра въ шахматы, шашки, карты, чтеніе журналовъ, а также музыка умѣющихъ играть. Про психическое леченіе въ отчетѣ ничего не говорится.

Приведа все сказанное въ отчетѣ, считаемъ не лишнимъ остановиться на нѣкоторыхъ подробностяхъ и дополнить описанную картину на основаніи того, что намъ довелось лично видѣть. Прежде всего относительно самого помѣщенія. Распредѣленіе палатъ и больныхъ не встрѣчаетъ особенныхъ возраженій.

Небольшое указанное уже неудобство видимъ здѣсь, какъ и въ разсмотрѣнныхъ нами больницахъ—это квартира фельдшера и фельдшерицы ¹⁾ (?) тутъ же въ одномъ корридорѣ съ палатами. Квартира смотрителя нѣсколько лучше обставлена, т. к. она достаточно изолирована отъ больныхъ. Прочитавъ сдѣланное нами изложеніе отчета, никакъ нельзя придти

¹⁾ Вѣроятно старшей сидѣлки, см. отчетъ.

къ заключенію о неудовлетворительномъ, какъ раньше было упомянуто, состояніи лечебницы. Больницу я посѣщаль нѣсколько разъ въ декабрѣ 97-го года и одинъ разъ былъ въ 98-мъ году. Вотъ картина, которую я наблюдалъ въ прошломъ году.

Прежде всего поражаетъ какъ бы сжатость всего зданія и какой-то общій страшно тягостно дѣйствующій мракъ. Вообразите себѣ небольшія, узкія палаты съ непропорціонально устроеннымъ почернѣвшимъ деревяннымъ потолкомъ, грязныя выштукатуренныя стѣны, столь же грязныя почти черныя двери, довольно высокое окно, съ внутренней стороны котораго устроена рама съ металлической проволочной рѣшеткой. Въ такихъ ординарныхъ палатахъ помѣщаются отъ одного до двухъ больныхъ, въ общихъ отъ четырехъ до пяти; общія немногимъ кажутся большими, особенно при такомъ числѣ больныхъ. Тутъ же въ крайне узкой ванной комнатѣ масса всякаго сору и грязи, и ванна ничѣмъ непокрытая стоитъ на одномъ своемъ боку, прислоненная къ печкѣ. Судя по ея виду она не часто употреблялась. Всѣ постельныя принадлежности имѣли такой же видъ, какъ и палаты. Платье и бѣлье на больныхъ изодрано, грязно. Въ палатахъ у нечистоплотныхъ стоять было трудно изъ за вони. Ко всему этому нужно добавить, что двери между мужскимъ и женскимъ отдѣленіемъ запирались очень неплотно, иногда же бывали открытыми. Въ отдѣленіи для буйныхъ та же картина; между прочимъ одна пейстовая, которая при входѣ тутъ же набрасывалась на васъ, застегивала себѣ халатъ мѣдной булавкой, длиною въ обыкновенный карандашъ. Прислуга крайне недисциплинирована. Отъ фельдшера неоднократно на значительномъ разстояніи несло водкой. Въ октябрѣ 98-го года я засталъ больницу, когда въ ней заканчивался ремонтъ. Исключая нѣкоторый "обычный" беспорядокъ, связанный съ ремонтомъ, лечебница приняла болѣе веселый видъ, но все же, не смотря на выбѣленные стѣны и потолки, подбѣленные двери и вновь устроенные асфальтовые полы, ея сжа-

тость и тѣснота осталась прежнею. Всякій посѣтителъ, а тѣмъ болѣе больной долженъ себя въ ней чувствовать стѣсненнымъ, какъ бы въ заключеніи. Я уже не говорю про уютность, общую привѣтливость, которая возможна и въ небогатой обстановкѣ, еслибы при постройкѣ лечебницы имѣли въ виду слѣлать ее похожей на обыкновенную больницу. Изоляторы не имѣютъ мягкихъ стѣнъ, а все сплошь выкрашены въ грязножелтую краску, мало, вѣроятно, своимъ видомъ и цвѣтомъ успокаивающую больныхъ. Окна въ нихъ такой же величины, какъ и въ палатахъ и также снутри заставлены проволоочной сѣткой, что обычно не бываетъ въ изоляторахъ. Особенно мрачнымъ и непріятнымъ дѣлаетъ помѣщеніе для буйныхъ—это чрезвычайно узкій корридоръ съ висячими противъ каждой комнаты лампами, обѣ стѣны котораго, вѣроятно, неоднократно ударяются больные при ихъ помѣщеніи въ изоляторы и при обычномъ съ ихъ стороны сопротивленіи. Одежда на больныхъ и постельныя принадлежности въ томъ же видѣ, что и въ прошломъ году. Переходя къ непосредственному уходу и леченію, мы не можемъ согласиться съ необходимостью примѣнять смирительную рубаху въ случаяхъ порчи окружающихъ предметовъ, т. е. число ихъ при нуждѣ можетъ быть сведено до minimum'a, а усиленный надзоръ ограничить насильственные стремленія даже и при покушеніи на самоубійство. Холодными ваннами и душами пользовались почему то одни только преимущественно алкоголики; интересно также знать, почему останавливаясь на перечнѣ употреблявшихся фармакологическихъ средствъ, замѣчаешь слишкомъ большую обобщенность, нѣкоторую неполноту въ изложеніи показаній къ ихъ употребленію, поэтому трудно что-либо извлечь для практики дѣла.

Обращаетъ на себя вниманіе предпочтеніе, которое оказывается тріоналу предъ сульфоналомъ и хлоралгидратомъ, такъ что послѣдній ставится даже на одномъ уровнѣ съ паральдегидомъ. Хлоралгидратъ, какъ снотворное, приобрѣлъ себѣ достаточную популярность. Хорошія и дурныя его

стороны изучены несравненно больше, чѣмъ другихъ средствъ, въ доказательство чего стоитъ заглянуть хотя бы въ учебныхъ фармакологіи Nothnagel'я и Rossbach'a ¹⁾. Въ курсахъ психіатріи Krafft-Ebing'a, Kraepelin'a и др. хлоралгидратъ стоитъ на первомъ мѣстѣ. Правда между новѣйшими работами есть нѣкоторыя, которыя указываютъ особенно на тріональ. Между ними упомянемъ, напр. Z. Hoest'a ²⁾. Но на ряду съ тріоналомъ онъ ставитъ хлораль и особенно паральдегиль, который будто бы оказывается наиболѣе пригоднымъ въ леченіи душевныхъ заболѣваній. Д-ръ Hoest кромѣ того рекомендуетъ почаще мѣнять снотворныя, т. к. при болѣе продолжительномъ примѣненіи больные къ нимъ скоро привыкаютъ. Теперь умѣстно перейти къ разсмотрѣнію скорбныхъ листовъ. Какъ уже было упомянуто изъ большинства исторій болѣзни ничего опредѣленнаго нельзя было извлечь, поэтому регистрируя больныхъ по формамъ заболѣванія пришлось выдѣлить большую группу „неизвѣстныхъ“. Для иллюстраціи наудачу приведу дословно нѣкоторыя мѣста:

„Скорбный листъ дѣвицы Г. А. Уроженецъ. Тарскаго округа Такманской волости. Лѣтъ отъ роду 24. Семейное положеніе—дѣвица. Вѣроисповѣданіе православное. Прибыла въ больницу 20 января 1897 года. Выбыла 16 февраля 1897 года. Болѣзнь hysteria. Больная средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложенія, подкожный жиръ развитъ посредственно. Костный скелетъ правиленъ, наружныхъ паталого-анатомическихъ измѣненій не замѣчается. Кольносухожильные рефлексъ нормальные, зрачки реагируютъ правильно и равномерно. Знакомый ей человекъ говоритъ, что она захворала вдругъ, прибѣжала въ полицію и объявила, что она отравлена сулемой, хотя на самомъ дѣлѣ не было, пришедши домой стала быть окна, посуду, все это она дѣлала не крича и не давая никакого отчета. 21. Больная находится

¹⁾ *Nothnagel u Rossbach*. Handbuch der Arzneimittellehre, рус. пер. 1895 г.

²⁾ *Z. Hoest*. Deutsche medizinische Zeitschrift 98 г. № 5.

въ взволнованномъ видѣ, много говоритъ и хохочетъ, на вопросы большею частью отвѣчаетъ внопадъ и ориентирована, она знаетъ, гдѣ находится и съ кѣмъ говоритъ, но при томъ легко замѣтно, что она сильно разсѣяна, рѣзко переходитъ во время разговора съ одного предмета на другой. Она рассказываетъ, что знакомый ей человѣкъ хотѣлъ ее отравить сулемой, поэтому прибѣжала въ полицію просить помощи. Окружающіе люди ей кажутся поддѣльными, но галлюцинація не замѣтна.

Сонъ тревоженъ, аппетитъ хорошъ, отправленія нормальны. 22. Бредъ и безпокойствіе продолжается. 23 *idem* 24. Больная сначала тише, переведена въ спокойное отдѣленіе. 25. Гоньба идей продолжается. 26 *idem*. 27. Больная въ присутствіи сидѣлки здраво говоритъ, но въ присутствіи доктора и фельдшера принимаетъ совсѣмъ другой видъ и разговоръ. 28. Безъ перемѣнъ. 29, 30 *idem*. 31 Больная стала спокойнѣе и разумнѣе. 1. На вопросы отвѣчаетъ болѣе внопадъ. 2. *idem*. 3. Больная чувствуетъ себя хорошо и признаковъ болѣзни почти не проявляетъ. 4. Больная стала поправляться. 5 *idem*. 7. Ведетъ себя тихо. 8 *idem*. 9. Чувствуетъ себя хорошо. 10. Безъ перемѣнъ 11. Больная выписана по желанію знакомой. Лечение не обозначено.

Приведу еще одну исторію болѣзни: „Больной, какъ сынъ его рассказываетъ, раньше всегда былъ здоровъ, но передъ Рождествомъ Христовымъ 1894 г. у него былъ ударъ, послѣ чего лишился способности говорить. Онъ все понимаетъ, но не можетъ передать смысла словъ. ⁶/_{viii} Больной средняго роста и питанія. На вопросъ онъ старается отвѣчать, но нельзя понимать, что онъ говоритъ. Обѣ половины лица симметричны. На вопросъ „покажи языкъ! онъ не могъ высунуть его изо рта. Ходитъ плохо и съ трудомъ. Марается подъ себя и ѣсть хотя плохо, но безъ посторонней помощи. Аппетитъ хорошій.—7. *idem*-вочью хорошо спалъ. 8 *idem*-зрачки плохо реагируютъ 9. перемѣны нѣтъ. 10—15 *idem* 16 Все время лежитъ и спитъ. 17—5 *idem*. 6. Больной

начинаетъ ходить по комнатѣ“. Дальше ничего не обозначено и только 4 іюня больной умеръ въ 12 часовъ дня, по желанію родныхъ вскрытіе не производилось, не смотря на то, что больному было 104 года и одинъ возрастъ представляетъ большой анатомическій интересъ. Диагнозъ въ данномъ случаѣ поставленъ: старческій параличъ. Теперь приведу наудачу выбранные протоколы вскрытія: прижизненный діагнозъ: *dementia paralytica* и милиарный туберкулезъ. Вскрытіе: „при вскрытіи грудныхъ органовъ обнаружился въ обоихъ легкихъ всеобщій милиарный туберкулезъ. Въ верхушкахъ праваго легкаго найдена каверна величиною въ кулакъ взрослога человѣка. Верхняя доля л. л. размягчена и безъ воздуха. Сердце дрябло. Клапаны нормальны“. Про мозгъ ни слова. Прижизненный діагнозъ: *Melancholia atonita*. При вскрытіи найдено: Всеобщее истощеніе. Черепъ утолщенъ и тяжелѣе обыкновеннаго. Твердая оболочка утолщена и мѣстами срослась съ черепомъ, подъ ней образовались нѣсколько пузырей, наполненныхъ серозною жидкостью. Вещество нормально. Желудочки боковые и четвертый немного расширены. Правое легкое свободно, но мѣстами затвердѣвшее малыми узлами, особенно въ верхушкѣ, тѣже самыя перемѣны обнаруживались и въ лѣвомъ. Сердце вялое меньше. Клапаны нормальны“.

Не буду читателя утомлять этими цитатами. Въ заключеніе подѣлюсь только нѣкоторыми замѣчаніями, которыя я сдѣлалъ, просматривая исторіи болѣзни и которыя заслуживаютъ нѣкотораго вниманія. Такъ изъ одного скорбнаго листа нельзя ничего извлечь, судя же по приложеннымъ письмамъ, г-жа Х. ничего ненормальнаго не обнаруживала, тѣмъ не менѣе значитъ она подъ діагнозомъ: *психопатка*. Въ одномъ случаѣ укуса бѣшеною кошкою выставленъ діагнозъ: *delirium febrile*. Разъ отмѣчено одновременное помѣшательство напоминающее параною у мужа и жены. Одинъ случай „*Melancholicae periodicae*“ описывается такъ: „больной задумчивъ, сидитъ угрюмо, опустивъ голову; раньше

впалъ въ апатичное состояніе, мало ѣсть“. Потомъ узнаемъ, что припадокъ продолжается и больше почти ничего.

Всего сказаннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы имѣть право при распредѣленіи больныхъ по формамъ заболѣванія выдѣлить большую группу „неизвѣстныхъ“. Теперь перейдемъ къ Омскому военному госпиталю.

Омскій военный госпиталь 2-го класса на 325 мѣсть. Оффиціальнаго отдѣленія для душевно-больныхъ въ немъ нѣтъ, тѣмъ не менѣе за рассматриваемый періодъ времени въ немъ пребывало 54 человѣка съ психическими заболѣваніями. Принимая въ расчетъ довольно значительный военный округъ, а также тотъ фактъ, что всеѣмъ принадлежащимъ къ казачьему сословію медицинская помощь оказывается, какъ военнымъ, страннымъ является отсутствіе психіатрическаго отдѣленія во всемъ военномъ округѣ и въ частности въ Омскомъ госпиталѣ. Все поступающіе въ госпиталь душевно-больные мужчины помѣщаются въ особенно приспособленныхъ, т. е. „отдѣльныхъ палатахъ терапевтическаго отдѣленія“. Вотъ ихъ устройство: изъ длиннаго корридора 1-го терапевтическаго отдѣленія дверь ведетъ въ просторный, свѣтлый съ бѣлыми стѣнами и такимъ же высокимъ потолокомъ недлинный корридоръ. Въ обѣихъ наружныхъ стѣнахъ его по одному большому, пропускающему много свѣта окну съ желѣзными рѣшетками съ наружной стороны. Такія же окна въ палатахъ: по одному въ отдѣльныхъ и по два въ общей. Палаты большія съ вполне достаточнымъ количествомъ воздуха. Бѣлая окраска стѣнъ, не смотря на свою нѣкоторую однообразность и, sine venia verbo, казенный видъ, при обиліи свѣта и воздуха, дѣлаетъ пребываніе въ этихъ палатахъ болѣе пріятнымъ, особенно по сравненію съ Акмолинской областной лечебницей. Изоляторъ устроенъ слѣдующимъ образомъ! Въ обыкновенной отдѣльной палатѣ, немногимъ больше аршина не достигая потолка, устроена внутренняя деревянная (изъ крѣпкихъ досокъ) обшивка съ небольшимъ вверху окномъ. Дверь изъ изолятора, ведущая въ корридоръ, запирается на два крѣпкіе засова.

Стѣны изолятора выкрашены въ сѣробѣлую масляную краску. Посрединѣ комнаты стоитъ прикрѣпленный плотно къ полу обыкновенный кожаный диванъ съ закругленными краями. По мѣрѣ надобности туда ставится обыкновенный госпитальный столикъ, но безъ ящичковъ. Такой же диванъ находится еще въ палатѣ, первой отъ входа. Въ остальныхъ палатахъ обстановка та же, что и въ другихъ отдѣленіяхъ госпиталя. Бѣлье, одежда, пища общая со всѣми соматическими больными согласно госпитальному положенію. Ванна и ватерклозетъ общій съ 1-мъ терапевтическимъ отдѣленіемъ. Поступавшіе офицеры и лица привилегированныхъ сословій, направлялись въ то же, отдѣленіе, получая только офицерское довольствіе. Женщины помѣщались въ особо отводимой и всякій разъ спеціально приспособляемой палатѣ въ женскомъ отдѣленіи, которая по своему устройству, отопленію и освѣщенію можетъ считаться сравнительно удовлетворительною. Трудность ухода за женщинами состояла въ томъ, что въ женскомъ отдѣленіи имѣется всего одна сидѣлка, которая едва успѣваетъ справляться съ другими больными, такъ что, если у поступившей душевно-больной не было своей прислуги или сидѣлки, доставленной ея родственниками, положеніе становилось въ высокой степени затруднительнымъ. До насъ отдѣленіемъ для душевно-больныхъ завѣдывали попеременно, смѣняясь, то ординаторы госпиталя, то прикомандированные къ такому врачѣ. Вслѣдствіе значительныхъ переменъ за послѣднее время въ штатахъ госпиталя, подробностей объ общемъ веденіи дѣла нельзя было добыть. Скорбные листы въ этомъ отношеніи ничего не говорятъ, касаясь, понятно, только спеціально клинической стороны дѣла.

Нужно отмѣтить только, что послѣдніе велись большею частью весьма обстоятельно, нѣкоторые же изъ нихъ пріятно поражаютъ полнотою своего изложенія. Съ Апрѣля мѣсяца 97-го года отдѣленіе несмѣнно находится подъ нашимъ наблюденіемъ. Постоянное число больныхъ простирается отъ 4 до 7-и мужчинъ и одной, рѣдко двухъ женщинъ, часто же

послѣднихъ вовсе не бываетъ. При отдѣленія состоитъ фельдшеръ, которому, какъ и намъ, всегда приходится заниматься и въ другихъ отдѣленіяхъ. Помимо этого ординаторы въ Омскомъ госпиталѣ большею частью дежурятъ черезъ два дня въ третій, иногда въ четвертый. Больныхъ, особенно въ зимніе мѣсяцы на долю врача приходится до 60, 70-и, иногда и больше. Конечно, при такомъ обиліи постороннихъ обязанностей, невозможно вполне отдаться душевно-больнымъ. Кромѣ того фельдшера часто мѣняютъ. То же бываетъ и съ четырьмя служителями и пятымъ старшимъ, подчиненнымъ надзирателю терапевтическаго отдѣленія, заставляющему ихъ работать и на другихъ больныхъ. Смирительная рубаша у насъ ни разу не употреблялась, не смотря на то, что были больные крайне буйные и съ разрушительными наклонностями. Къ изоляціи прибѣгали въ крайнихъ случаяхъ и то большею частью съ открытыми дверями. Запирали же въ исключительныхъ случаяхъ на самое короткое время до успокоенія больного. Изъ водолеченія употребляются только ванны, за немѣніемъ другихъ приспособленій. Электризаціей не пользовались, т. к. машины оказались испорченными, а въ городѣ ихъ некому починить. Лекарственное леченіе примѣнялось обычное: бромиды, наркотическія, изъ снотворныхъ преимущественно хлоралгидратъ (единственный по положенію) съ хорошимъ успѣхомъ. Изъ наркотическихъ благоприятное дѣйствіе наблюдалось отъ употребленію extracti opii aquosi подкожно при меланхоліи. При психозахъ съ упадкомъ общаго питанія, при астенической спутанности прекрасныхъ результатовъ достигали отъ совмѣстнаго назначенія бромидовъ съ f-ra conval. majalis, liquoris ferri albuminati, мышьяка, ваннъ и ароматическихъ обтираній. Также нужно отмѣтить успѣшное дѣйствіе бромидовъ съ сердечными (формула проф. Бехтерева) при эпиленсіи даже съ значительными нарушеніями въ психической сферѣ.

Физическимъ трудомъ спокойные больные занимались только лѣтомъ, главнымъ образомъ работали въ довольно

хорошемъ госпитальномъ саду. Изъ развлеченій больные пользуются только шапками и пѣсками и книгами изъ госпитальной библіотеки. Большое затрудненіе встрѣчается съ прогулками въ холодное время года. За отсутствіемъ оффиціального психіатрическаго отдѣленія въ госпиталь нѣтъ приспособленныхъ костюмовъ. Имѣющіяся же шубы для перевода соматическихъ больныхъ по отдѣленіямъ отличаются настолько своеобразнымъ (по положенію) видомъ, что душевно-больные въ высшей степени неохотно ихъ одѣваютъ. Помимо всѣхъ изложенныхъ неудобствъ, уходъ и правильное веденіе дѣла въ значительной степени затрудняется вслѣдствіе причинъ общаго свойства, именно: крайнею несамостоятельностью ординатора въ своихъ дѣйствіяхъ, а также автономнымъ положеніемъ хозяйственнаго отдѣленія въ госпиталяхъ. Подчиненность служительскаго персонала и фельдшеровъ смотрителю госпиталя, въ особенности если послѣдній (какъ это часто, къ сожалѣнію бываетъ), не стоитъ на высотѣ должнаго образованія, дающаго возможность лучше понять свое мѣсто и назначеніе въ лечебномъ заведеніи, часто и часто ведетъ къ ущербу всего дѣла. Открытіе отдѣльнаго психіатрическаго отдѣленія и нѣкоторыя измѣненія въ общемъ госпитальномъ положеніи, ставящимъ врачебный персоналъ въ подчиненіе лицамъ, ничего общаго съ медициной не имѣющимъ, устранить указанныя наудобства и затрудненія. Что касается больныхъ въ воен. госпиталь, которые могли бы представлять особенный клиническій интересъ, нужно упомянуть одну больную, страдавшую типичною *amentia Meunert'a*, вскорѣ перешедшей въ выздоровленіе. Но спустя 3 недѣли больная снова явилась въ госпиталь съ рѣзкой картиною *stupor'a* и ясно выраженной катаlepsіею ¹⁾. Отъ послѣдняго заболѣванія Ш. довольно скоро оправилась и въ настоящее время успѣшно исполняетъ свои обязанности

¹⁾ М. Шайкевичъ. Къ казуистикѣ астеническихъ психозовъ» Военно-мед. журн. декаб. за Февр., также протоколы Омск.: мед. Общества за Февр.

сельской учительницы. Заслуживаетъ вниманія заимствованіе содержанія бреда одного прогрессивнаго паралитика отъ другого. У послѣдняго между прочимъ наблюдалось т. н. „громкое мышленіе“, родъ психическихъ галлюцинацій. Больше къ сожалѣнію ничего не приходится отмѣтить. На этомъ мы и закончимъ нашъ обзоръ Акмолинской области.

Все сказанное позволяетъ сдѣлать тотъ выводъ, что на ряду съ извѣстными хорошими сторонами положенія душевно-больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ есть и свои недостатки и притомъ немаловажныя. Прежде всего бросается въ глаза нѣкоторая неудовлетворительность самой постройки спеціальныхъ лечебницъ, дѣлающая ихъ мрачными, темными и непривѣтливими, болѣе напоминающими мѣста заключеній.

Мнѣніе это не относится цѣликомъ къ Семипалатинской больницѣ, т. к. ее мы не видѣли, но зная общій съ другими планъ ея устройства, можно предположить, что она врядъ ли составляетъ исключеніе. Конечно тѣмъ будетъ пріятнѣе, если мы ошибаемся.

Недостатки въ постройкѣ могутъ быть устранены только при капитальномъ ремонтѣ, но при условіи, чтобы не былъ забытъ голосъ врача-спеціалиста, знакомаго съ требованіями психіатрической науки. Что касается другихъ пробѣловъ, непосредственно касающихся самого содержанія и клинической постановки дѣла, то объясняются они, по нашему мнѣнію нѣкоторымъ несовершенствомъ всей организаціи. Несовершенство же выражается въ слишкомъ миниатюрномъ размѣрѣ самихъ лечебницъ и ихъ чрезчуръ изолированной жизни. И дѣйствительно д-ръ Игнатьевъ въ Европейской Россіи на 1000 жителей считаетъ 0,9 душевно-больныхъ. Предполагая, напр. въ Семиреченской области въ 4 раза меньше (слишкомъ, конечно, преувеличено), т. е. 0,2 мы получимъ при 705,347 жителей въ 1896 году цифру душевно-больныхъ 141,06. По свѣдѣніямъ добытымъ нами всѣхъ душевно-больныхъ за 5 лѣтъ отчетнаго періода числилось 99 человекъ, изъ нихъ во всѣхъ лечебныхъ заведеніяхъ области 35 человекъ, въ спе-

ціальной лечебницѣ съ ея открытіемъ 17 человекъ. Если допустить наличное число всѣхъ душевно-больныхъ въ 140 человекъ, то процентъ призрѣваемыхъ въ лечебницѣ составить всего 12,1%.

Можно бы сдѣлать подобное вычисленіе и для другихъ двухъ областей. Кромѣ того намъ лично извѣстно, что Акмолинская лечебница постоянно переполнена, особенно изъ сосѣдней Тобольской губерніи. То же переполненіе наблюдаютъ и въ Тобольской и Томской. Ясно, кажется что такой размѣръ лечебницъ не можетъ удовлетворить потребностей области, отсюда неизбѣжно переполненіе. Послѣднее же на ряду съ миниатюрностью постановки дѣла ео ipso должно вести къ несовершенствамъ всякаго рода. Изъ полученныхъ отчетовъ нельзя узнать, для какихъ больныхъ предназначены вновь открытыя больницы и какія вообще онѣ преслѣдуютъ цѣли. Но такъ какъ во всей Сибири нѣтъ ни одной центральной лечебницы, нужно заключить, что каждая такая больница предназначена удовлетворять всевозможныя потребности психіатрической практики, въ области, какъ чисто лечебной, такъ и судебного свойства. А въ такомъ случаѣ, какъ уже было сказано, дѣло врядъ ли можетъ идти успѣшно. Понятно, что и врачу при подобныхъ условіяхъ трудно справиться съ поставленною задачею, тѣмъ болѣе что онъ по своему положенію, вслѣдствіе обширныхъ пространствъ, отдѣляющихъ его отъ научно-культурныхъ центровъ при несовершенныхъ путяхъ сообщенія, а главное отсутствіи центральной больницы, какъ высшей лечебной единицы, поставленъ слишкомъ изолированно, если не одиноко.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ, что указанныя несовершенства могутъ быть устранены или при расширеніи и увеличеніи мѣстнаго по областямъ призрѣнія душевно-больныхъ или же суженія задачи имѣющихся уже лечебныхъ заведеній (но все же въ увеличенномъ размѣрѣ), но при непремѣнномъ условіи открытія центральной, окружной больницы, куда бы направлялись всѣ непризрѣваемые по тѣмъ

или другимъ условіямъ въ мѣстныхъ лечебницахъ. Желательно также, чтобы связь центральной лечебницы съ мѣстными выражалась и въ широкомъ научно-клиническомъ общеніи. Мѣсто для такой лечебницы, конечно въ Томскѣ. Тамъ она также сослужитъ свою службу и медицинскому факультету, психіатрическая клиника котораго, какъ извѣстно, далеко не можетъ считаться благоустроенной. Мы нарочно остановились на центральной лечебницѣ, т. к. думаемъ, что устройство ея болѣе осуществимо, чѣмъ расширеніе мѣстнаго, областного призрѣнія душевно-больныхъ. При такой организациіи увеличится число душевно-больныхъ, пользующихся лечебными заведеніями, урегулируется болѣе правильное ихъ распредѣленіе, сама клиническая постановка дѣла повысится вуровень съ требованіями науки и врачебный персоналъ почувствуетъ себя болѣе тѣсно связаннымъ на почвѣ служенія одному дѣлу. Что касается военно-лечебныхъ заведеній, то, какъ уже сказано, устройство психіатрическаго отдѣленія для Сибири является фактомъ, несомнѣнно настоятельно необходимымъ, особенно съ формированіемъ новыхъ частей на дальнемъ Востокѣ. Достаточно одного числа, даже гораздо меньшаго противъ дѣйствительности, именно 74 человекъ только въ указанныхъ трехъ областяхъ, не считая остальной части Омскаго военнаго округа и другихъ мѣстъ обширной Сибири, чтобы открытіе отдѣленія для душевно-больныхъ при одномъ изъ большихъ госпиталей считать дѣломъ величайшей и неотложной необходимости.

Осуществленіе всего сказаннаго дастъ больнымъ правильно устроеную лечебницу, наукѣ новый источникъ матеріала и работниковъ, а жизни уменьшеніе печальныхъ исходовъ душевныхъ расстройствъ и облегченіе населенія въ отношеніи содержанія душевно-больныхъ.

Переходя къ статистическому изслѣдованію, мы изложимъ данныя, касающіяся душевныхъ заболѣваній во всемъ степномъ генераль-губернаторствѣ. Останавливаясь на обзорѣ отдѣльныхъ областей не будемъ на томъ основаніи, что

цифры получались крайне малыя, благодаря недавнему еще открытію специальныхъ лечебницъ въ Вѣрномъ и Семипалатинскѣ. Свѣдѣній о душевно-больныхъ, находившихся раньше въ городскихъ больницахъ мы къ сожалѣнію не получили; трудно же въ самомъ дѣлѣ предположить, чтобы ихъ не было или они всѣ содержались въ частныхъ рукахъ. И такъ, за періодъ времени съ 1893 года по 1897-ой включительно въ Омскомъ военномъ госпиталѣ показано 54 человѣка, Акмалинской областной лечебницѣ 74, Семипалатинскомъ и Павлодирскомъ мѣстныхъ лазаретахъ по 1-му, Семипалатинской областной лечебницѣ 37, Джоркентскомъ мѣстномъ лазаретѣ 10, Вѣрненскомъ—2, Пржевальскомъ—5, Нарынскомъ—1 и Семерѣченской областной лечебницѣ—17. Всего въ лечебныхъ заведеніяхъ генераль-губернаторства 202 человѣка, что по отношенію къ общей цифрѣ населенія въ 2,247,486 чел. составляетъ 0.008 ‰.

Теперь обратимся непосредственно къ составленнымъ нами таблицамъ:

ТАБЛИЦА № 1.

Движеніе больныхъ по годамъ.

Годы.	П Р И В Ы Л И.			В Ы Б Ы Л И.			У М Е Р Л И			О С Т А Л И С Ъ			Общее число проведенн. дней	Среднее число дней на больн.
	Муж.	Жен.	Всего.	Муж.	Жен.	Всего.	Муж.	Жен.	Всего.	Муж.	Жен.	Всего.		
1893	12	7	19	8	2	10	—	2	2	—	—	—	3143	165,4
1894	39	5	44	26	6	32	4	1	5	—	—	—	6888	156,5
1895	13	4	17	7	2	9	5	—	5	—	—	—	2465	145
1896	36	20	56	25	14	39	8	2	10	—	—	—	9865	176,3
1897	44	16	60	41	19	60	8	1	9	13	5	18	2721	45,3
И Т О Г О.	144	52	196	107	43	150	25	6	31	13	5	18		

Кромѣ того изъ поступившихъ у 2-хъ мужчинъ оказал-ся неизвѣстнымъ срокъ поступления, одинъ поступилъ въ 91-омъ году и одинъ въ 92-мъ, а также двѣ женщины по-ступили въ 92-мъ году. Изъ выбывшихъ неизвѣстно когда выписался 1 мужчина и неизвѣстно когда умерли 2-ое муж-чинъ. Просматривая приведенную таблицу, видимъ, что общее число поступленій возросло, исключая 95-го года. Значи-тельное увеличеніе въ 96-мъ и 97-мъ годахъ объясняется главнымъ образомъ открытіемъ лечебницъ въ Вѣрномъ и Семипалатинскѣ. Если исключить 95-й годъ и сравнить от-дѣльно 93-й и 94-ый съ одной стороны и 96-ой и 97-ой съ другой, можно сдѣлать заключеніе объ увеличеніи числа по-ступленій. Къ тому же придемъ, поставивъ эти четыре го-да рядомъ. Слѣдовательно степное генераль-губернаторство въ этомъ отношеніи не представляетъ исключеній. И дѣйстви-тельно, какъ свидѣтельствуеть д-ръ Игнатьевъ ¹⁾ „въ послѣд-ніе 15 лѣтъ съ каждымъ годомъ число пользовавшихся по-степенно увеличивалось въ такой степени, что приблизительно съ 11,880 человекъ, бывшихъ на пользованіи въ 1879 году число пользовавшихся возросло въ 1692 г. до 29,500 чело-вѣкъ“. Сравнивая поступившихъ мужчинъ и женщинъ, мы видимъ во всѣ годы перевѣсъ на сторонѣ первыхъ, явленіе преобладающее всюду. Такъ у насъ въ общемъ на 148 муж-чинъ было 54 женщины. Въ клиникѣ душевныхъ болѣзней Военно-медицинской академіи съ 1870 по 1890 годъ 414 женщины приходилось на 1038 мужчинъ ²⁾. Въ дѣсятилѣтіе (1885 по 1894) въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведе-ніяхъ перебивало 1,943 мужчинъ и 858 женщинъ, а за по-слѣднее пятилѣтіе, близкое къ нашему (1890—1894)—1002

¹⁾ *Игнатьевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-болн-ныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи выпускъ 1895 годъ стр. 273.

²⁾ *Гадзюкскій*. Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи 1893 г. стр. 2.

мужчинъ и 418 женщинъ ¹⁾. Число выбывшихъ, если не считать 95 года тоже увеличивалось, безъ особенной правильности и съ довольно рѣзкими колебаніями, такъ въ 94-мъ году съ 10-и сразу поднялось до 32, потомъ слѣдуетъ незначительное увеличеніе до 39, а потомъ опять видимъ 60. Разсматривая выбывшихъ по поламъ, неправильность эта еще болѣе обнаруживается. Такъ число мужчинъ въ 94-мъ году поднялось до 26-и, въ 96-мъ упало до 25-и, въ 97 мъ опять увеличилось до 41. Число выбывшихъ женщинъ шло болѣе или менѣе параллельно съ общимъ количествомъ выбывшихъ больныхъ. Наибольшее число смертей, какъ видно, падаетъ на 96-ой годъ, что по отношенію ко всему числу больныхъ составляетъ 570, а по отношенію къ общему количеству смертей 30,3%. Про общее, какъ и среднее число проведенныхъ дней ничего особеннаго нельзя сказать, кромѣ того, что 96-ой годъ и въ этомъ отношеніи былъ наиболѣе несчастливымъ.

¹⁾ *Грейденбергъ* Отчетъ по отдѣленію душевно-больныхъ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеній за 1894 годъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 96 г. Вып. II стр. 334,

Таблица № 2.

Движеніе больныхъ по мѣсяцамъ.

МѢСЯЦЫ	П р и б ы л о .				В ы б ы л о .				У м е р л о .				О с т а л о с ь .			
	Муж.	Жен.	Всего.	%.	Муж.	Жен.	Всего.	%.	Муж.	Жен.	Всего.	%.	Муж.	Жен.	Всего.	%.
Январь	7	4	11	5,5	5	5	10	5,0	3		3	1,5				
Февраль	15	2	17	8,5	10	7	17	8,5	1	1	2	1,0				
Мартъ	9	6	15	7,5	10	3	13	6,5	1	1	2	1,0				
Апрѣль	15	2	17	8,5	7	1	8	4,0	2	2	4	2,0				
Май	17	3	20	10,0	15	2	17	8,5	4		4	2,0				
Іюнь	22	9	31	15,5	15	5	20	10,0	3	1	4	2,0				
Іюль	16	3	19	9,5	9	3	12	6,0	3		3	1,5				
Августъ	9	7	16	8,0	6	4	10	5,0	3		3	1,5				
Сентябрь	4	4	8	4,0	3	2	5	2,5	2		2	1,0				
Октябрь	10	2	12	6,0	8	4	12	6,0	1		1	0,5				
Ноябрь	16	7	23	11,5	13	4	17	8,5	3		3	1,5				
Декабрь	8	5	13	6,5	6	3	9	4,5	1	1	2	1,0	13	5	18	9,0
	148	54	202		107	43	150		27	6	33					

Также 1 мужчина умеръ неизвѣстно въ какомъ мѣсяцѣ.

Изъ прилагаемой таблицы видно, что число поступленій росло въ первой половинѣ года (съ небольшимъ пониженіемъ въ мартѣ до 15-и), достигнувъ своего maximum'a въ іюнѣ мѣсяцѣ, съ котораго начинается уменьшеніе, исключая ноябрь, когда цифра ихъ снова достигаетъ 23-хъ.

Сравнивая число поступленій по четвертямъ года, мы получимъ, что во вторую четверть прибыло 68 человекъ, четвертую 48 и остальные двѣ по 43. Вотъ, что по этому поводу читаемъ у д-ра Грейденберга ¹⁾: „Такой же порядокъ распредѣленія поступленій по мѣсяцамъ и временамъ года, съ рѣзкимъ повышеніемъ ихъ во второй четверти, съ апрѣля по іюнь, можно найти въ отчетахъ и нѣкоторыхъ другихъ земскихъ психіатрическихъ заведеній, напр. Херсонскаго, Тамбовскаго, Полтавскаго. Въ отчетѣ о послѣднемъ за пятилѣтіе 1890—1894 года это распредѣленіе очень наглядно представлено въ формѣ кривой. Gagnier объясняетъ это увеличеніе душевныхъ заболѣваній во второй четверти года критическимъ вліяніемъ весенняго времени на всѣ проявленія душевной дѣятельности человека, какъ въ нормальномъ, такъ и паталогическомъ отношеніяхъ (См. по *La folie à Paris 1890 г. стр. 20*). Но для земскихъ психіатрическихъ заведеній, съ преобладаніемъ среди больныхъ сельскаго элемента, должны быть при этомъ приняты въ соображеніе и спеціальныя причины: затруднительность сообщенія въ зимніе мѣсяцы, препятствующая своевременной доставкѣ больныхъ въ заведеніе, съ другой стороны трудность надзора за ними въ лѣтніе мѣсяцы, когда всѣ взрослое населеніе занято внѣ дома срочными полевыми работами, отчасти экономическія причины и пр.“ Такъ какъ населеніе Степного края по своимъ занятіямъ большею частью приближается къ таковому южной полосы Европейской Россіи и такъ какъ отмѣченные обстоятельства въ первомъ должны сильнѣе проявляться, то тѣже при-

6 ерѣ ibidem p. 343.

чины можно предположить дѣйствующими и въ степномъ генераль-губернаторствѣ. Что касается числа выбывшихъ и умершихъ, то особенной правильности въ нихъ нельзя отмѣтить. Наибольшее число смертей, какъ видно, падаетъ на апрѣль, май, июнь. Осталось на 1898-ой годъ 13 мужчинъ и 5 женщинъ, всего 18 человекъ; т. е. 9% общаго числа бывшихъ больныхъ.

Таблица № 3. Распредѣленіе больныхъ по званіямъ.

	Число	%		Число	%
Казачьяго сословія	40	20,0	Казачьихъ офицеровъ	7	3,5
Солдатъ	37	18,5	Офицеровъ	6	3,0
Мѣщанъ	31	15,5	Вольноопредѣляющихся	2	1,0
Крестьянъ	26	13,0	Медицин. фельшеровъ	2	1,0
Чиновниковъ	21	10,5	Студентъ	1	0,5
Неизвѣстныхъ	15	7,5	Дворянинъ	1	0,5
Иностранцевъ	13	6,5		<u>202</u>	

Если изъ неизвѣстныхъ считать 10 человекъ, то всего непривилегированныхъ сословій получимъ 157 человекъ (казачьяго сословія 40, солдатъ 37, иностранцевъ 13, мѣщанъ 31, крестьянъ 26), или 78,5%. Къ подобному же выводу приходитъ большинство авторовъ. Отмѣченный фактъ станетъ еще болѣе рельефнымъ, если мы сопоставимъ распредѣленія больныхъ по сословіемъ съ таковымъ по занятіямъ и образованію, хотя послѣднія группы у насъ далеко не отличаются полнотою.

Таблица № 4. Распредѣленіе больныхъ по образованію.

	Число	%		Числа	%
Высшее	1	1,5	Техничес. учил.	1	0,5
Среднее	16	8,0	Сельское учил.	1	0,5
Не грамотныхъ	2	1,0	Неизвѣстныхъ	161	90,5
				<u>202</u>	

Таблица № 5 Распредѣленіе больныхъ по занятіямъ.

	Число	%		Число	%
Неизвѣстныя зан.	101	50,5	Студентъ	1	0,5
Солдатъ	24	12,0	Сторожъ	1	0,5
Домашн. хозяйс.	21	10,5	Приставъ	1	0,5
Хлѣбопашеств.	9	4,5	Служащій на копяхъ	1	0,5
Торговцевъ	7	3,5	Ремесленникъ	1	0,5
Работн.	5	2,5	Возчикъ	1	0,5
Военная служба	4	2,0	Гормонщикъ	1	0,5
Чиновниковъ	9	4,5	Пчеловодъ	1	0,5
Учителей	3	1,5	Каретникъ	1	0,5
Фельдшеровъ	2	1,0	Швея	1	0,5
Прислугъ	2	1,0	Прикащикъ	1	0,5
Лѣсничій	1	0,5	Столяръ	1	0,5
Фармацевтъ	1	0,5	Гимназистъ	1	0,5
				<u>202</u>	

Если изъ занимающихся домашнимъ хозяйствомъ въ таблицѣ № 5 мы будемъ считать 5 человекъ, принадлежащихъ къ привилегированнымъ сословіямъ или вообще снискивающихъ себѣ пропитаніе не физическимъ трудомъ, сюда же причислимъ 9 чиновниковъ, 3-хъ учителей, 2-хъ фельдшеровъ, 1-го фармацевта, 1-го студента, 1-го лѣсничаго, 4-хъ военно-служащихъ, 1-го пристава, 1-го гимназиста и изъ неизвѣстныхъ 15 человекъ, въ общемъ получимъ 43 человека или 21, 5%, слѣдовательно на долю физически трудящихся останется 78,5%. Въ 4-ой таблицѣ, выдѣляя получившихъ высшее, среднее и ниже средняго, но выше нисшаго образованія и присоединивъ къ нимъ предполагаемые 15 человекъ изъ неизвѣстныхъ, получимъ 33 человека или 16, 5% съ образованіемъ выше нисшаго и 83, 5% на остальныхъ съ

¹⁾ Я, конечно, понимаю, что можно принадлежать и къ непривилегированнымъ сословіямъ и не жить исключительно физическимъ трудомъ, но въ Россіи, по крайней мѣрѣ, большинство умственно трудящихся, такъ или иначе, являются привилегированными, будучи или кушцами или лицами свободныхъ профессій.

нѣншимъ и не грамотныхъ. Вездѣ средній процентъ для разсмотрѣнныхъ трехъ (таблицъ) группъ получимъ 80,16% для лицъ, добывающихъ себѣ пропитаніе физическимъ трудомъ. Сдѣлаемъ нѣкоторыя литературныя справки и посмотримъ, какъ они относятся къ только что отмѣченному факту. Среди душевно-больныхъ въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ за 93-й годъ крестьяне, мѣщане и поселяне составляютъ $\frac{3}{4}$ общаго числа больныхъ; по занятіямъ они распредѣлялись такъ, что занимавшіеся физическимъ трудомъ составляли 58,4%¹⁾ По отчету медицинскаго департамента М. Вн. Д. за 91 годъ въ психіатрическія лечебницы Имперіи поступило неграмотныхъ 45%, съ высшимъ и среднимъ образованіемъ около 10%, значить ниже средняго было 45%, что вмѣстѣ съ неграмотными составляетъ 90%. Въ 92-мъ году по свѣденіямъ того же департамента неграмотныхъ было 2051, грамотныхъ 1878, средняго образованія 313, высшаго 75, неизвѣстно какого 240²⁾. Въ психіатрическомъ отдѣленіи Тифлискаго военнаго госпиталя за 96—97-ой годы нижнихъ чиновъ было 87%, офицеровъ 9%, другихъ военно-служащихъ, семействъ офицеровъ и пр. 4%³⁾. Таковы цифры. Тотъ же взглядъ встрѣчаемъ и въ учебникахъ. Такъ Krafft-Ebing⁴⁾ пишетъ: „На долю высшихъ сословій выпадаютъ крайняя бѣдность: недостаточное питаніе, дурныя жилища и какъ результатъ всего этого рахитизмъ, золотуха, бугарчатка; къ этому присоединяется еще злоупотребленіе алкоголемъ, обыкновенно въ видѣ дурно очищенной водки, дѣйствующей самымъ губительнымъ образомъ на здоровіе потребителей. При такой бѣдственной жизненной обстановкѣ

¹⁾ *Грейденбергъ*. Вѣстникъ клинич. и судебн. психіатріи 95 г. стр. 298—299.

²⁾ Отчеты Медицин. департамента Мин. Внут. Дѣлъ за 91 и 92 годы

³⁾ *Эриксонъ* Краткій отчетъ по психіатрическому отдѣленію Тифлискаго военнаго госпиталя 96—97 г. Военно-Медицинскій журналъ 98 г. Августъ стр. 1186.

⁴⁾ *Krafft-Ebing*. Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 207.

люди изъ простаго народа часто не выдерживаютъ борьбы за существованіе и погибаютъ въ ней помѣшанными⁴. Люди умственнаго труда болѣе расположены къ психическому заболѣванію, чѣмъ простые ремесленники; однакоже сильное умственное напряженіе, взятое въ отдѣльности отъ другихъ условій, едва ли можетъ служить у взрослога здороваго чело-вѣка достаточною вызывающею причиною помѣшательства⁴. Такимъ образомъ, процентъ заболѣваемости среди рабочаго класса, найденный мною относительно степнаго края близокъ къ отмѣченному въ литературѣ. Причины же, въ общемъ вѣроятно, вездѣ однѣ и тѣ же, которыя такъ ясно выразилъ Krafft-Ebing въ только что цитированныхъ словахъ.

Таблица № 6. Распредѣленіе больныхъ по семейному положенію.

	муж.	жен.	всего	%.
Женатыхъ и замужнихъ	81	31	112	55,0
Холостыхъ и дѣвиць	53	17	70	35,0
Вдовцовъ и вдовъ	2	4	6	3,0
Неизвѣстныхъ	12	2	14	7,0
	148	54	202	

Изъ этой таблицы видно, что женатые и замужнія дали большее число заболѣваній сравнительно съ холостыми. Имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи данныя другихъ изслѣдователей мало подходятъ къ моимъ, а также не согласны и между собою. Такъ у Hagen'a ¹⁾ видимъ слѣдующія цифры:

	муж	жен.
Женатыхъ и замужнихъ	35,8 ⁰ / ₀	33,6 ⁰ / ₀
Холостыхъ и дѣвиць	61,7 ⁰ / ₀	54,9 ⁰ / ₀
Вдовцовъ и вдовъ	2,5 ⁰ / ₀	11,1 ⁰ / ₀

Д-ръ Грейденбергъ ²⁾ за десять лѣтъ (1885—1894) изъ

¹⁾ Hagen. Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten» 1676 г. стр. 153.

²⁾ Грейденбергъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 96 г. Вып. II стр. 337.

2590 большихъ въ Симферопольскомъ психіатрическомъ отдѣленіи насчитываетъ:

	мужчинъ,	женщинъ,	всего,	%.
Женатыхъ и замужнихъ	843	429	1272	49,1
Холостыхъ и дѣвицъ	842	210	1052	40,6
Вдовцевъ и вдовъ	115	151	266	10,3
	1800	790	2590	100.

У д-ра Горзяцаго ³⁾ видимъ слѣдующую таблицу:

	мужчинъ	женщинъ,	всего,	%.
Женатыхъ и замужнихъ	249	209	448	41,5
Холостыхъ и дѣвицъ	425	107	602	54,6
Вдовцовъ и вдовъ	10	30	40	3,6
Разведенныхъ	3	—	3	0,2
Неизвѣстныхъ	214	6	220	—

Сравнивая приведенныя четыре таблицы, мы видимъ, что всѣ они между собою не сходятся. Такъ по Hagen'у выходитъ, что вообще холостые обоихъ половъ болѣе подвержены душевнымъ заболѣваніямъ и объясняетъ онъ этотъ фактъ тѣмъ обстоятельствомъ, что возрастъ, къ которому принадлежатъ холостые является болѣе склоннымъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, далѣе, что бывшее душевное расстройство часто препятствуетъ вступленію въ бракъ и что въ бракѣ находится много условій профилактическаго свойства. Кромѣ того данный возрастъ въ численномъ отношеніи сильнѣе представленъ въ населеніи. ²⁾ По даннымъ д-ра Грейденберга видимъ почти одинаковое заболѣваніе среди мужчинъ, какъ женатыхъ, такъ и холостыхъ и въ 2 раза большее заболѣваніе замужнихъ женщинъ. Последнее обстоятельство объясняется имъ такъ: „Фактъ этотъ находитъ себѣ, мнѣ кажется, самое простое объясненіе въ томъ, что различіе и количественное и качественное въ суммѣ вредныхъ вліяній, которымъ под-

¹⁾ *Гадзюккій* Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи 93 годъ стр. 5.

²⁾ Также *Krafft-Ebing* Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 293.

вергается нервная система женщины, гораздо рѣзче проявляется до и послѣ замужества (беременность, роды, кормленіе), нежели у мужчинъ до и послѣ брака. Впрочемъ здѣсь нужно имѣть въ виду то обстоятельство, что вслѣдствіе раннихъ браковъ въ сельскомъ быту число дѣвушекъ, находящихся въ возрастѣ, съ котораго начинается предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ, обыкновенно въ деревняхъ не бываетъ велико¹⁾. Большую заболѣваемость среди холостыхъ мужчинъ и обратное явленіе у женщинъ д-ръ Гадзяцкій²⁾ объясняютъ тѣмъ обстоятельствомъ, что холостые мужчины, особенно военные больше обыкновеннаго предаются всякимъ излишествамъ, какъ in Baccho, такъ in Venere, вредно дѣйствующіе же моменты въ бракѣ для женщинъ онъ видитъ тѣ же что д-ръ Грейденбергъ. Наши выводы прямо противоположны цифрамъ Неген'а. Чѣмъ же объяснить такое разногласіе? Мнѣ кажется, если исключить мѣстные и многія другія условія и стать на точку зрѣнія социаль-экономическую, такъ настойчиво выдвигаемую за послѣднее время многими изслѣдователями³⁾, можно сдѣлать предположеніе, которое отчасти примиритъ указанныя разногласія. Съ ростомъ и упроченіемъ капиталистической структуры общества, условія къ добыванію матеріальныхъ средствъ въ жизни становятся труднѣе, и вмѣстѣ съ растущимъ самосознаніемъ дифференцированной личности, потребности и ихъ утончен-

¹⁾ Грейденбергъ *ibidem* стр. 333.

²⁾ Гадзяцкій *ibidem*.

³⁾ Prof. Erb. Ueber die wachsende Nervosität unser Zeit. рус. пер. 94 г. Kraft-Ebing Современная нервозность 85 г.

Овъ же. Причины развитія прогрессивнаго паралича. Обзорнія психіат. 97 г. № 9.

Овъ же. Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse, in Hinsicht auf die sociologischen Factoren. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie XIII 23. 1885 г.

Грейденбергъ. Объ общемъ паростающемъ параличѣ у женщинъ Вып. 97 г. № 35.

Также труды Нивта (Die Krankheiten der Arbeiter), Эрисмана, Святлова, Дементьева и др.

ность увеличивается. ¹⁾ Понятно при такихъ обстоятельствахъ къ заключенію браковъ все больше и больше является препятствій, и слѣдовательно должно оставаться больше людей живущихъ внѣ брака. Лишенные всѣхъ профилактическихъ свойствъ брака современные люди большею частью горожане подвергаются всевозможнымъ вреднымъ вліяніемъ непосильной борьбы за существованіе, различнымъ эксцессамъ и, конечно, даютъ большій процентъ заболѣваній физическихъ и душевныхъ. Женщины же, какъ надѣленная менѣ стойкою организаціею, поднавъ подъ выше указаннаго условія, должно сильнѣе реагировать. Принявъ въ расчетъ все сказанное, не трудно будетъ объяснить болѣе заболѣваніе среди холостыхъ и незамужнихъ у Hagen'a статистическій матеріалъ котораго большею частью составлялся по даннымъ большихъ культурныхъ центровъ западной Европы. Отсюда же понятна и болѣшая заболѣваемость холостыхъ по вычисленіямъ д-ра Гадзяцкаго. Что касается женщинъ, то какъ мы видѣли, какъ д-ръ Гадзяцкій, такъ и д-ръ Грейденбергъ расходятся съ Hagen'омъ, цифры которыхъ указываютъ противоположное, именно болѣшую заболѣваемость среди замужнихъ и объясненіе этому факту они ищутъ въ физиологическихъ условіяхъ брака. Не отричая, конечно, послѣднихъ, я думаю, что положеніе дѣвушки, или вообще незамужней, съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выступающей на арену борьбы за существованіе во всевозможныхъ отрасляхъ труда, является болѣе предрасполагающимъ къ душевному заболѣванію, чѣмъ физиологическая сторона брака сама по себѣ. Подтвержденіемъ моей мысли служить фактъ болѣшаго заболѣванія вдовъ по вычисленіямъ многихъ авторовъ. И д-ръ Грейденбергъ въ своемъ объясненіи оговаривается, ссылаясь на то, „что вслѣдствіе раннихъ браковъ въ сельскомъ быту число дѣвушекъ, находящихся въ возрастѣ, съ котораго начинается предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ, обыкновенно въ де-

¹⁾ Зиммель. Проблемы философіи исторіи 98 г.

ревняхъ не бываетъ велико“. Ко всему этому Krafft-Ebing присоединяетъ у незамужнихъ „дѣйствующее потрясающимъ образомъ на чувство и причипяющее глубокія душевныя раны столь частое разочарованіе въ надеждахъ на счастье въ жизни, въ особености семейное“. Не поддается объясненію равное число заболѣваній холостыхъ и женатыхъ и болѣе вдовцовъ у д-ра Грейденберга. Самъ онъ тоже не даетъ объясненія. Возможно предположить какія либо мѣстныя вліянія часто національнаго характера, т. к. 34,2% приходится на долю не русскихъ, изъ нихъ 9,7% дали евреи и 6,9% татары. Также изъ 22,5% хлѣбопашцевъ, вѣроятно болшинство было женатыхъ. Переходя съ моимъ даннымъ, получаемъ цифры какъ разъ обратныя тому, что мы только что утверждали, именно процентъ заболѣвшихъ женатыхъ и замужнихъ съ одной стороны равнялся 56,0%, а холостыхъ и дѣвицъ съ другой 35,0%. Но принимая въ соображеніе, что въ изслѣдуемыхъ нами областяхъ преобладающее занятіе болшинства жителей хлѣбопашество и скотоводство, городская жизнь слабо развита, условія жизни простыя, хозяйство болѣе приближается къ типу натуральнаго,—если гдѣ и замѣчается капиталистическое вліяніе, то главнымъ образомъ въ обмѣнѣ,—повторяю, принимая все это въ соображеніе, не трудно объяснить себѣ, что число браковъ должно быть болѣе, совершаться они должны въ болѣе раннемъ возрастѣ, а слѣдовательно и число заболѣваній должно падать въ болшомъ числѣ не состоящихъ въ бракѣ.

Таблица № 7. По національности.

	Число	%.		Число	%.
Русскихъ	178	89,0	Поляковъ	4	2,0
Киргизъ	12	6,0	Сартъ	1	0,5
Татаръ	4	2,0	Неизвѣстныхъ	3	1,5
				<u>202</u>	

По отношенію ко всему русскому населенію данное число заболѣваній русскихъ составляетъ 0,03%. Процентъ забо-

лѣваній среди киргизъ, преобладающаго инородческаго племени, равенъ 0,0006⁰/₀.

Такое незначительное число объясняется вѣроятно тѣмъ, что киргизы, какъ и вообще могометане частью вслѣдствіе причинъ религіознаго характера не поступаютъ больницы, а кромѣ того душевныя заболѣванія среди нихъ должны встрѣчаться въ меньшемъ количествѣ, благодаря ихъ кочевому образу жизни, а также ограниченному употребленію спиртныхъ напитковъ и вообще болѣе воздержанному поведенію сравнительно съ христіанскимъ населеніемъ.

Таблица № 8. По возрасту.

муж.				жен.				всего					
муж.				жен.				всего					
муж.				жен.				всего					
муж.				жен.				всего					
10—15		1	1	0,5	65—70	2		2	1,0				
15—20	8	4	12	6,0	70—75								
20—25	40	7	47	23,5	75—80								
25—30	12	8	20	10,0	80—85								
30—35	20	9	29	14,5	85—90								
35—40	25	11	36	18,0	91—95								
40—45	10	3	13	6,5	95—100								
45—50	5	2	7	3,5	100—105	1		1	0,5				
50—55	10	4	14	7,0	неизвѣстнаго	13	3	16	8,0				
55—60	1		1	0,5		148	54	202					
60—65	1	1	3	1,5									

Согласно изслѣдованіямъ большинства авторовъ наибольшее количество заболѣваній падаетъ у мужчинъ въ возрастъ отъ 35—50 лѣтъ, возрастъ „физиологической тургесценціи мозга и наибольшей интенсивности и разнообразія раздраженій“ (Krafft-Ebing), женщины же заболѣваютъ преимущественно въ періодѣ времени отъ 25 до 35-и лѣтъ. Большее число заболѣваній по моимъ изслѣдованіямъ, какъ видно изъ таблицы, встрѣчается между 21-ю и 40 годами, а изъ этого времени отъ 20 до 25-и, давъ 47 заболѣваній изъ общаго числа 202-хъ больныхъ, или 23,5⁰/₀. Мужчинъ болѣе всего заболѣло отъ 20 до 25 лѣтъ, а женщинъ отъ 35 до 40-а. Близкій процентъ къ нашему по количеству заболѣваній мужчинъ ви-

димъ у д-ръ Гадзяцкаго, у котораго тоже наибольшее количество заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20 до 25-и лѣтъ. Объясняетъ онъ это обстоятельство отчасти наплывомъ солдатъ. Послѣдній фактъ имѣетъ несомнѣнное вліяніе на наши цифры, т. к. солдатъ заболѣло 24 человекъ или 12%, кромѣ того, если изъ 40 лицъ казачьяго сословія считать по крайней мѣрѣ человекъ 20 призывныхъ, то значеніе отмѣченнаго факта станетъ еще болѣе очевиднымъ. Наконецъ болѣзнетворныя вліянія (дѣловыя и семейныя заботы и всевозможныя эксцессы), губительное дѣйствіе которыхъ по Krafft-Ebing'у наиболѣе оказывается могущественнымъ въ возрастѣ отъ 35 до 50 лѣтъ, въ степномъ краѣ при болѣе простыхъ формахъ жизни должны сказываться на людяхъ, въ болѣе раннемъ возрастѣ выступающихъ на жизненное поприще.

Интересно бы остановиться на одномъ заболѣваніи до 15-и лѣтъ и одномъ 104, но къ сожалѣнію сдѣлать это намъ не удастся, т. к. изъ скорбныхъ листовъ этихъ больныхъ, бывшихъ въ Агтолинской областной лечебницѣ ничего поучительнаго ни въ клиническомъ, ни въ какомъ другомъ отношеніи извлечь нельзя.

Таблица № 9. По мѣсту рожденія и жительства

Акмолинская обл.	68	34,0	Екатеринославская	1	0,5
Неизвѣстныхъ	27	13,5	Уфимская	1	0,5
Семипалатин. обл.	24	12,0	Тамбовская	1	0,5
Тобольская губ.	22	11,0	Иркутская	1	0,5
Гномская	15	7,5	Черниговская	1	0,5
Пермская	12	6,0	Владимірская	1	0,5
Семирѣченская обл.	10	5,0	Казанская	1	0,5
Пензенская губ.	4	2,0	Самарская	1	0,5
Вятская	3	1,5	Калужская	1	0,5
Воронежская	2	1,0	Оренбургская	1	0,5
Минская	2	1,0			202
Виленская	2	1,0			
Ярославская	1	0,5			

Изъ приведенной таблицы видно, что большее число больныхъ приходится на долю Акмолинской области, именно 68 человѣкъ, или 34,0%. Если не считать Семипалатинской и неизвѣстныхъ (большая часть которыхъ, вѣроятно, придется на Акмолинскую же область и сосѣднія съ нею губерніи), то слѣдующія по числу идутъ губерніи Тамбовская и Томская. Такимъ образомъ и статистически мы подтвердили отмѣченный выше фактъ переполненія больницъ преимущественно изъ этихъ губерній. Если сложить число больныхъ въ разсматриваемыхъ областяхъ, то получимъ 102 человѣка значить, на долю другихъ губерній придется 100 человѣкъ, или 49%, почти половина,—обстоятельство прямо говорящее, что больницы генераль-губернаторства праспространяютъ свое призрѣніе далеко за свои географическія границы и тѣмъ еще ностойчивѣе указываетъ на необходимость центральной окружной лечебницы.

Если сложимъ число всѣхъ больныхъ въ Сибирскихъ областяхъ и губерніяхъ и изъ 27-и неизвѣстныхъ сюда же причислимъ приблизительно 20 человѣкъ, то получимъ 180. Слѣдовательно на долю пришедшихъ изъ Европейской Россіи придется 22 человѣка, или 11,0%, процентъ довольно большой и объясняется онъ, вѣроятно наплывомъ населенія изъ Европейской Россіи съ цѣлью найти заработокъ. Число это, мнѣ кажется, съ каждымъ годомъ будетъ возрастать, вслѣдствіе увеличивающихся затрудненій въ борьбѣ за существованіе. Попадать въ Сибирь будутъ, конечно, непристроившіеся въ Европейской Россіи, а съ другой стороны усложняющаяся мѣстная жизнь для поавшихъ сюда и пострадавшихъ вслѣдствіе тѣхъ или другихъ обстоятельствъ на родинѣ послужилъ мѣстомъ новыхъ неудачъ, а слѣдовательно заботъ, огорченій и заболѣваній

Распределение больныхъ

Таблица № 10.

прибыло.

	1893				1894				1895				1896				1897			
	М.	Ж.	Всего	%																
Melancholia . . .	—	—	—	—	2	—	2	1,0	—	1	1	0,5	5	1	6	3,0	2	—	2	1,0
Mania	—	1	1	0,5	1	—	1	0,5	1	1	2	1,0	—	3	3	1,5	1	1	2	1,0
Paranoja acut. . .	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	—	—	—	—	4	1	5	2,5	8	3	11	5,5
— chronic. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	3	1	4	2,0	3	—	3	1,5
Dementia secund	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	1	3	1,5	2	1	3	1,5
— organica . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	2	—	2	1,0
— senilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5
Paralys. progres.	4	2	6	3,0	8	1	9	4,5	2	—	2	1,0	5	—	5	2,5	3	—	3	1,5
Psychos. hyster. .	—	1	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,5	1	1	2	1,0
— epileptic . . .	—	2	2	1,0	1	1	2	1,0	—	—	—	—	3	—	3	1,5	1	—	1	0,5
— periodicae. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1,5	1	1	2	1,0
Delirium tremens	—	—	—	—	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	2	1	3	1,5	1	—	1	0,5
Imbecillitas . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	—	2	1,0
Idiotismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	—	—	—	—
Особые случаи . .	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	1	3	1,5	5	—	5	2,5
Неизвѣстные . . .	4	1	5	2,5	14	3	17	8,5	7	2	9	4,5	7	8	15	7,5	11	9	20	10,0
Здоровые	—	—	—	—	8	—	8	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	12	7	19		39	5	44		13	4	17		36	20	56		44	16	60	

2-ое мужинь прибыли неизвѣстно когда, въ какомъ году и съ какой дороги.

1 мужина прибылъ съ paranoja chronica въ 91-мъ году.

1 — — съ особымъ случаемъ въ 92-мъ году.

1-а женщина прибыла съ paralysis progressiv. въ 92-мъ году.

1-а женщина — съ melancholia въ 92-мъ году.

ПО ФОРМАМЪ БОЛѢЗНИ.

Осталось.

Выбыло.

Таблица № 11.

1898				1893				1894				1895				1896				1897			
М.	Ж.	Всего	%																				
				—	1	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	2	4	2,0	4	—	4	2,0
				—	—	—	—	1	1	2	1,0	—	—	—	—	1	1	2	1,0	1	4	5	2,5
2	1	3	1,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	1	—	1	0,5	3	—	3	1,5	8	3	11	5,5
1	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	2,0	3	—	3	1,5
2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1,5	1	1	2	1,0
2	—	2	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	0,5	2	—	2	1,0	3	—	3	2,5	—	1	1	0,5	—	—	—	—	3	—	3	1,5
—	1	1	0,5	—	—	—	—	—	1	1	0,5	—	—	—	—	—	1	1	0,5	1	—	1	0,5
—	—	—	—	—	1	1	0,5	1	1	2	1,0	—	—	—	—	1	—	1	0,5	2	—	2	1,0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	2,5
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	2	1	3	1,5	1	—	1	0,5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	2	—	2	1,0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	1	—	1	0,5	5	—	5	2,5
4	3	7	3,5	2	—	2	1,0	8	3	11	5,5	4	1	5	2,5	8	7	15	7,5	8	8	16	8,0
—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7	3,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—
13	5	18		8	2	10		26	6	32		7	2	9		25	14	39		41	19	60	

1 мужчина неизвѣстно, когда въ какомъ году выбылъ и съ какою формою.

Таблица № 12.

Умерло.

	1893				1894				1895				1896				1897			
	М.	Ж.	Всего	%																
Melancholia . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—
Mania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraneja ac. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— chronic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dementia secund.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— organica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5
— senilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralys. progres.	—	2	2	1,0	1	1	2	1,0	2	—	2	1,0	4	—	4	2,0	4	—	4	2,0
Psychos. hyster . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— epileptic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1,0	—	—	—	—
— periodicae . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Delirium tremens .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Особые случаи . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1,0	1	—	1	0,5
Неизвѣстные . . .	—	—	—	—	3	—	3	1,5	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	2	1	3	0,5
Здоровые	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	2	2		4	1	5		5	—	5		8	2	10		8	1	9	

2-ое мужинь умерло неизвѣстно въ какомъ году и съ какою формою.

Приступая къ разсмотрѣнiю таблицъ съ распредѣленiемъ больныхъ по отдѣльнымъ формамъ заболѣванiя, приходится отмѣтить прежде всего значительную относительность полученныхъ данныхъ.

Какъ видитъ читатель, большую группу въ 68 человекъ, или 34,0% составляютъ неизвѣстные, прибавимъ еще 6% на ошибочность сужденiй, какъ съ нашей, такъ и со стороны непосредственно наблюдавшихъ, значитъ только 60% изъ всѣхъ 202-хъ зарегистрированныхъ получаютъ статистическое значенiе. Такой небольшой % на ошибки мы беремъ потому, что слишкомъ строго относились къ изложенному въ скорбныхъ листахъ и только наиболѣе ясные случаи зачисляли въ ту или другую форму.

Изъ всѣхъ классификацiй мы выбрали предложенную С.-Петербургскимъ обществомъ психiатровъ, какъ наиболѣе упрощенную. Въ рубрику *paranoia acuta* я зачислялъ всѣ разновидности *amentiae* по Meynert'у ¹⁾. Подъ особыми случаями разумѣлись *alcoholismus chronicus*, *neurasthenia gravis*, *hypocondria*, *catatonia* и *hebeephrenia*. Послѣ всего сказаннаго перейдемъ къ непосредственному разсмотрѣнiю таблицъ.

Наибольшее число заболѣванiй падаетъ на прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, именно 26 человекъ, или 13,0%, по отношенiю ко всему числу зарегистрированныхъ больныхъ. Если же не считать неизвѣстныхъ, среди которыхъ вѣроятно много было съ прогрессивнымъ параличемъ, то процентъ ихъ возрастеть до 18,2.

Эрлицкiй ¹⁾ считаетъ, что на прогрессивный параличъ приходится 30—50% всѣхъ душевныхъ заболѣванiй, Krafft-Ebing ²⁾ пишетъ: „наиболѣе давняя статистика Althaus'a показываетъ, что за 1838—1840 г.г. процентъ паралитиковъ англiйскихъ заведенiй составлялъ 12,6, а за 1867—1871 г.

¹⁾ Meynert. Клиническiя лекцiи по психiатрiи. Переводъ подъ ред. Ко-валевскаго 1890 г.

²⁾ Эрлицкiй. Клиническiя лекцiи по психiатрiи 96 г. стр. 333.

³⁾ Krafft-Ebing Причины развитiя прогрессивнаго паралича. Обзорѣ-нiе Психiатрiи 97 г. № 9, стр. 645.

общее количество душевно - больныхъ увеличилось приблизительно лишь но 0,2%.

Въ концѣ 70-хъ годовъ Mendel (въ Берлинѣ) опредѣлялъ слѣдующее процентное отношеніе паралитиковъ въ заведеніяхъ:

Въ Пруссіи для мужчинъ	16,3%	для женщинъ	3,6%
Во Франціи — —	19,9	— —	8,0
Въ Англіи — —	18,0	— —	6,0

Въ сравненіи съ этими цифрами процентные отношеніе за послѣднія два десятилѣтія обнаруживаетъ въ разныхъ мѣстахъ значительный процессъ. Такъ напр., въ Баварскомъ заведеніи Деггендорфъ, получающимъ своихъ больныхъ преимущественно изъ сельскаго земледѣльческаго населенія за 1869—1074 г.г. цифры паралитиковъ составляла 9,3% для мужчинъ и 5,2% для женщинъ, а за періодъ 1885—1090 г.г. оно поднималось до 23,2% и 9,3%. Въ Нассаускомъ заведеніи Эйхбергъ число поступленій паралитиковъ почти удвоились.

Подобныя же данныя представили Suell для Ганновера, Regis для нѣкоторыхъ французскихъ заведеній, Huppert для Соксоніи, Towubvidge для Англіи.

Но еще гораздо рѣзче представляетъ возрастаніе прогрессивнаго паралича въ большихъ городахъ.

Изъ приведенныхъ мною сопоставленій явствуетъ, что за 1888—1892 г.г. процентъ поступающихъ паралитиковъ составлялъ въ Гамбургскихъ заведеніяхъ 21,5 для мужчинъ и 8,5 для женщинъ, въ Берлинскихъ 34,6 и 17,5, въ Мюнхенскихъ 36,3 и 11,2, въ Буда-пештскихъ 36,5 и 7,5 по отношенію къ общему числу поступленій. Это процентное возрастаніе соотвѣтствуетъ убыли другихъ функціональных и доброкачественныхъ психическихъ заболѣваній.

Процентное отношеніе, полученное нами, близко къ нѣкоторымъ изъ цитированныхъ цифръ. Наиболѣе оно приближается къ даннымъ Althaus'a, относящимся къ періоду времени отъ 38-го по 40-ой годъ, а также къ цифрамъ изъ заведенія Деггендорфъ, получающаго своихъ больныхъ преимуще-

шественно изъ сельскаго земледѣльческаго населенія. Въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ въ 1894 году паралитиковъ прибыло 17,8%, самое большее число въ сравненіи съ другими формами. Но принимая въ соображеніе, что въ Англіи около 40-го года, въ Баваріи въ началѣ 70-хъ годовъ и въ Таврической губерніи въ 24-мъ году экономическія отношенія и вся жизнь отличалась бѣльшимъ развитіемъ и сложностью, чѣмъ въ разсматриваемый нами періодъ, въ Степномъ генераль-губернаторствѣ, такой процентъ долженъ казаться бѣльшимъ, чѣмъ можно было ожидать. Объясненіе отчасти, мнѣ кажется, возможно найти въ слѣдующемъ предположеніи. Прежде всего трудно исключить вліяніи усложняющейся жизни въ Европейской Россіи за послѣдніе годы, а также нельзя не отмѣтить, что въ Степномъ краю сильно распространено пьянство, особенно среди казаковъ, и сифились, борьба съ которымъ, какъ профилактическая, такъ и непосредственно лечебная крайне слаба.

Такъ что, если въ другихъ мѣстахъ наиболѣе сильнымъ факторомъ являются особенныя соціальныя условія, въ Степномъ краѣ—выдвигается пьянство и предоставленный большею частью самъ себѣ сифились. Конечно, объясненіе наше чисто апріорное, но думается мнѣ, не^вдалекое отъ дѣйствительности.

Изъ числа всѣхъ 26 паралитиковъ мужчинъ было 22 и женщинъ 4, или въ процентахъ 11% мужчинъ и 2% женщинъ. Отношеніе между полами составляло на 5,5 мужчинъ 1 женщина. Послѣднія статистическія данныя показываютъ слѣдующее: „у Jung'a, напр., это отношеніе равно 4,5: 1, у Sirverlirig'a 3,5: 1; у Kaes'a и Meynert'a 3,4: 1; но у Krafft Ebing'a оно поднимается уже со 6: 1, а у Schüle даже до 7: 1“. „Въ частности для Россіи И. Д. Ждановъ, на основаніи разбора болѣе чѣмъ 10,000 душевно-больныхъ, нашель, что нарастающій параличь у мужчинъ даетъ 13,8% поступленій, а у женщинъ 4,38% по отношенію къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ, такъ что отношеніе заболѣваній параличемъ меж-

ду обоими полами равняется $3,15 : 1$ ¹⁾). По д-ру Грейденбергу „отношеніе между обоими полами было : безотносительное $272 : 68$ или $4 : 1$, т. е. на каждыхъ 100 поступившихъ паралитическихъ больныхъ мужчинъ приходилось 25 женщинъ, а относительное $15,15 : 8,76$ или $1,73 : 1$, т. е. на каждыхъ 100 заболѣвшихъ параличемъ мужчинъ приходилось 58 женщинъ“²⁾). Такъ что д-ръ Грейденбергъ находигъ возможнымъ сказать, что его цифры въ сравненіи съ цифрами д-ра Жданова оказываются вдвое большими.

Такимъ образомъ отношеніе, полученное нами ближе къ таковому у Krafft-Ebing'a. Дать всему этому объясненіе довольно затруднительно. По возрасту больные паралитики распредѣлялись такъ, что наибольшее ихъ число, именно 11 человекъ, или $42,3\%$ приходится на возрастъ отъ 35 до 40 лѣтъ. Средній же возрастъ нашихъ больныхъ равенъ 41,8. Къ подобнымъ же результатамъ приходятъ и другіе авторы. Такъ „Colmeil во франціи опредѣлилъ въ 20-хъ годахъ нашего столѣтія средній возрастъ заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ въ 44,5. Въ концѣ 80-хъ годовъ Arnaud установилъ цифру въ 39,5, Régés—38, а Каес (Hamburg) нашелъ наибольшую заболѣваемость въ возрастѣ 36—40 лѣтъ.“³⁾ Такимъ образомъ и по нашимъ изслѣдованіямъ оказывается, что прогрессивный параличъ выхватываетъ свои жертвы въ раннемъ сравнительномъ возрастѣ. Изъ сословій наибольшее число приходится на казачье, именно 10 человекъ, или $38,4\%$ изъ числа всѣхъ паралитиковъ. По семейному положенію больные распредѣлялись такъ, что женатыхъ было 18 человекъ, или $69,2\%$. Что касается причинъ заболѣваній прогрессивнымъ параличемъ, то здѣсь, какъ и вообще у всѣхъ остальныхъ нашихъ больныхъ трудно найти что либо опредѣленное. Такъ въ трехъ случаяхъ упоминается сифилисъ, въ одномъ сифилисъ и пьян-

)²⁾ В. С. Грейденбергъ. Объ общемъ нарастающемъ параличѣ помѣшанныхъ у женщинъ. Врачъ 97 г. № 35.

)³⁾ Krafft Ebing. Обзорніе психіатріи 97 г. № 9 стр. 646.

тво, въ одномъ сифились и невропатическая наследственность, въ трехъ случаяхъ пьянство, въ одномъ смерть дочери, въ остальныхъ причины не обозначены. Конечно, наши больные, вѣроятно, не представляютъ исключенія изъ общего правила. Что сифились является однимъ изъ необходимыхъ условий прогрессивнаго паралича—послѣ доклада Krafft-Ebing'a на послѣднемъ между народномъ конгрессѣ въ Москвѣ,—врядъ ли является нужда въ новыхъ подтвержденіяхъ и доказательствахъ.

Изъ таблицъ №№ 11 и 12 видно, что въѣзши паралитиковъ было 11, 1 остался на 98-ой годъ и 14 умерло, значить число смертей отъ прогрессивнаго паралича равнялось нѣсколько больше, чѣмъ половинѣ, именно 53,8%. Близкій къ нашему процентъ видимъ въ Симферопольскомъ отдѣленіи для душевно-больныхъ, именно 53,0. И такъ, полученныя нами данныя о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, какъ видитъ читатель, не противорѣчатъ таковымъ, отмѣченнымъ въ литературѣ, въ большинствѣ же случаевъ сходятся съ ни-

Въ изложеніи другихъ формъ заболѣваній мы будемъ болѣе кратки, вслѣдствіе ихъ болѣе, такъ сказать, индивидуальнаго характера, социальное значеніе которыхъ менѣе рѣзко проявляется. Клиническая же сторона, насколько она представлена въ скорбныхъ листахъ, по нашему мнѣнію, даетъ мало матеріала, заслуживающаго особеннаго вниманія.

Болѣзненная форма, слѣдующая за прогрессивнымъ параличемъ по количеству заболѣваній есть *paranoja acuta*. Какъ уже было сказано сюда мною, согласно Meinert'у, занесены значущіяся подъ названіями: *paranoja acuta*, *mania hallucinatoria acuta*, *amentia hallucinatoria*, *amentia Meynerti*, острое галлюцинаторное помѣшательство, *stupor* и *delirium acutum*. И такъ, всѣхъ съ *paranoja acuta* поступило 19 чловѣкъ или 9,5% по отношенію ко всему числу поступившихъ; изъ нихъ мужчинъ было 15 чловѣкъ и женщинъ 4, что въ процентномъ отношеніи составитъ 7,5 и 2,0. Изъ этого видно, что заболѣваемость данною формою у насъ встрѣчается

чаще у мужчинъ. Смертныхъ случаевъ не было, по 28-ой годъ осталось трое, значитъ выписалось поправившимся 16 человекъ, или 84,2%. Полученный нами процентъ выздоровлений (вѣрнѣе поправлений) вполне подтверждается словами Meynert'a ¹⁾: „Исходы аменціи, пишетъ онъ, очень благопріятны въ смыслѣ излеченія. Простыя формы ея пользуются наиболѣе благопріятнымъ предсказаніемъ по сравненіи съ остальными исходами, даже и при рецидивахъ“.

Переходя къ слѣдующимъ группамъ заболѣваній, остановимся на двухъ доброкачественныхъ формахъ меланхоліи и маніи. Мы видимъ, что первую заболѣло 12 человекъ или 6% общаго числа заболѣваній и второю 9 или 4,5%. По поламъ заболѣваніе распредѣлялись такъ, что мужчинъ меланхоликовъ было 9 человекъ или 4,5%, женщинъ 3 или 1,5 и маниаковъ мужчинъ 3 или 1,4% и женщинъ 6 или 3,0% къ общему числу заболѣваній. Обращаясь къ литературѣ, мы встрѣчаемъ разногласія. Такъ Эрлицкій ²⁾ говоритъ, что манія, также часта, какъ и меланхолія, наблюдаются какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. Точно также высказывается и проф. Чижевъ ³⁾, У Ziehen'a ⁴⁾ читаемъ слѣдующее: „Манія, включая сюда и періодическую ея форму, представляетъ довольно рѣдкое заболѣваніе. На 100 больныхъ, находящихся на леченіи въ психіатрической клиникѣ, приходится 3—4 страдающихъ маніей. У женщинъ она встрѣчается чаще, чѣмъ у мужчинъ“.

Данныя д-ра Гадзяцкаго ⁵⁾ очень далеки отъ только что цитированныхъ словъ проф. Ziehen'a, а также не подтверждаютъ взглядовъ проф. Чижа и д-ра Эрлицкаго. Такъ по его

¹⁾ *Meynert*. Клиническія лекціи по психіатріи. Переводъ подъ редакціею проф. Ковалевскаго 1890 г. стр. 131.

²⁾ *Эрлицкій*. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ 96 г. стр. 219.

³⁾ *Проф. Чижевъ*. Ученія записки Имп. Юріев. Унив. 1893 г. № 2.

⁴⁾ *Проф. Ziehen*. Psychiatrie. Рус. пер. 97 г. стр. 325.

⁵⁾ *Гадзяцкій*. Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи, 1893 г. стр. 12—13.

изслѣдованіямъ мрачное помѣшательство дало 25,5% заболѣваній, при чемъ мужчинъ было 218, а женщинъ 119 человекъ; процентъ заболѣваній манією равнялся 12-и, изъ нихъ мужчинъ было 78, а женщинъ 79 человекъ. Наконецъ д-ръ Игнатевъ¹⁾ приходитъ къ такимъ результатамъ: „среди поступившихъ, пишетъ онъ, больные меланхолією составляли не менѣе—мужчины 5,7%, женщины 9,7%, больныхъ манією—мужчины не менѣе 5,4%, женщины—7,9%.

Но и при такомъ предположеніи, получающіяся отношенія остаются довольно близкими къ выведеннымъ нами выше среднимъ отношеніямъ. Какъ бы то ни было, мы вправѣ утверждать, что среди женщинъ больныхъ этими психозами значительно больше, чѣмъ среди мужчинъ (приблизительно въ 1½ раза), при чемъ манією женщины болѣютъ въ меньшемъ нѣскольکو процентѣ, чѣмъ меланхолією.“ У насъ же, какъ мы видѣли, меланхолією заболѣли мужчины въ 3 раза больше, а манією женщинъ въ 2 раза. Такое разногласіе въ взглядахъ различныхъ авторовъ и небольшія цифры въ нашихъ изслѣдованіяхъ заставляютъ меня въ настоящемъ случаѣ отказать отъ попытки какихъ бы то не было объясненій и ограничиться только константированіемъ факта.

Что касается исхода этихъ заболѣваній, то всѣ страдавшіе манією выписались поправившимися, давъ такимъ образомъ 100% выздоровленій. Изъ меланхоликовъ 2-ое мужчинъ умерло, т. е., процентъ выздоровленій равнялся 83,3%.

Конечно фактъ выздоровленія всѣхъ маниаковъ является исключительнымъ, благодаря главнымъ образомъ небольшому числу больныхъ. По этому же самому и отношенія среди меланхоликовъ не имѣютъ особеннаго, даже сравнительнаго статистическаго значенія. Цифры эти, какъ и вообще всѣ выведенныя мною, могутъ быть приняты въ расчетъ, какъ подтверждающія тотъ или другой отмѣченный уже аналогичный фактъ даже на незначительныхъ цифрахъ.

¹⁾ *Ипатьевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-больныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебн. психіатріи 1895 г. Вып. I стр 287

Теперь, минуя группу особыхъ случаевъ, какъ крайне неопредѣленную по составу разновидностей формъ ее составляющихъ, перейдемъ къ первичному помѣшательству (*paranoja chronica*) или какъ его не совсѣмъ правильно, по нашему мнѣнію, называетъ д-ръ Игнатьевъ „хроническому безсмыслию„. Мужчинъ параноиковъ было 8 и женщинъ одна.

Здѣсь намъ кажется умѣстнымъ привести интересное наблюдение, сдѣланное д-ромъ Игнатьевымъ ¹⁾. На страницѣ 72-ой онъ пишетъ: „Болѣе высокій процентъ мужчинъ параноиковъ сравнительно съ женщинами обращаетъ на себя особое вниманіе при сопоставленіи съ процентными отношеніями больныхъ острыми формами. Въ то время, какъ среди меланхоликовъ и маниаковъ процентъ женщинъ является значительно преобладающимъ, это преобладаніе женщинъ меньше среди больныхъ аменціею, въ числѣ формъ которой бредовая форма, или такъ называемая „*paranoja acuta*“ составляетъ, какъ мы видѣли, приблизительно $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ аменціи. Въ „*paranoja chronica*“ (по терминологіи отчетовъ), т. е. въ психозѣ бредовомъ по преимуществу,—процентъ больныхъ женщинъ, какъ мы видимъ, уже меньше процента мужчинъ. Приводимое мною сопоставленіе, въ связи съ высказаннымъ объ аменціи замѣчаніемъ о меньшей заболѣваемости женщинъ острою параноіею, выясняетъ особенность въ характерѣ душевныхъ заболѣваній женщинъ сравнительно съ душевнымъ заболѣваніемъ мужчинъ: женщины въ среднемъ выводѣ заболѣваютъ чаще мужчинъ психозами съ преимущественнымъ пораженіемъ сферы чувства; мужчины же наоборотъ, болѣютъ чаще женщинъ психозами бредовыми“. Таковъ выводъ д-ра Игнатьева. Но дальше онъ оговаривается, замѣчая: „Имѣющіяся данныя къ сожалѣнію, не таковы, чтобы дать право считать указываемую особенность достаточно доказательною.“ Въ приведенныхъ мною литературныхъ справкахъ мы видѣли разногласія. Наши личные выводы, если бы не обратное от-

¹⁾ *Игнатьевъ* Вѣстникъ Клинич. и судебн. психіатріи 96 г. Вып. 2 стр. 72.

ношеніе въ группѣ маніи, вполне соответствовали бы изслѣдованіямъ д-ра Игнатъева. Такимъ образомъ въ виду всего сказаннаго, положенія д-ра Игнатъева приходится считать апріорнымъ. Тѣмъ не менѣе положеніе это, хотя и апріорное и не подкрѣпляемое, повидимому, статистическими данными, очень привлекаетъ къ себѣ своею правдоподобностью. И дѣйствительно, повседневный опытъ учитъ насъ „что заболѣваемость вообще, а душевные болѣзнями въ особенности въ значительной степени зависятъ отъ условій нашей общественной жизни.

Вотъ что по этому поводу пишетъ М. М. Шершевскій ¹⁾ въ своей превосходной и заслуживающей всеобщаго вниманія статьѣ: „Къ симптоматологіи функціональных заболѣваній“— „Условія жизни нашего времени, громадныя требованія, предъявляемыя къ ней и обусловленная этими требованіями вѣчно нарастающая борьба за существованіе—все это такія вліянія, съ которыми врачу приходится считаться, и несомнѣнно близко время, когда значеніе ихъ выразится не только неопредѣленными формами, а предстанетъ и въ видѣ опредѣленной, строго очерченной соціальной патологіи, первыя указанія на которую даны уже и теперь тѣми функціональными разстройствами, въ основѣ которыхъ лежитъ непосильная борьба за существованіе“. И такъ, продолжалъ, общественная жизнь до самаго послѣдняго времени была и есть такова, что на долю мужчинъ главнымъ образомъ выпадалъ умственный трудъ „*par excellence*“, женщина же жила болѣе чувствомъ. Отсюда и понятно, какая сфера душевной дѣятельности и у кого должна больше страдать.

Что касается исхода заболѣваній *paranoja chronica*, то при взглядѣ на таблицу можно придти въ нѣкоторое недоумѣніе, что изъ всѣхъ 9 человекъ 8 выписались и одинъ только остался. Но фактъ этотъ объясняется тѣмъ случайнымъ обстоятельствомъ, что почти всѣ выписавшіеся съ нѣкоторымъ

¹⁾ М. М. Шершевскій. Къ симптоматологіи функціональных заболѣваній. Врачъ 1898 г. № 46. стр. 1338.

улучшеніемъ были отданы родственникамъ на попеченіе изъ за постоянного недостатка мѣсть.

Полученныя цифры остальныхъ группъ заболѣваній такъ малы, что врядь ли возможно на нихъ особенно останавливаться. Намъ могутъ возразить, что число больныхъ только что приведенныхъ группъ тоже не велико и очень незначительно разнится отъ остальныхъ. На это я отвѣчу, что первыя группы возможно было соединить вмѣстѣ, выдѣляя съ одной стороны преимущественное поражение сферы чувства съ другой интеллекта; другія же группы, мнѣ кажется, труднѣе комбинировать для тѣхъ или другихъ возможныхъ соображеній, поэтому я и ограничусь упоминаніемъ о нихъ, указавъ только на бѣольшую заболѣваемость женщинъ въ истерическихъ психозахъ, а мужчинъ въ группѣ *delirium tremens*.

Переходя къ одному изъ важнѣйшихъ вопросовъ, именно причинамъ душевныхъ заболѣваній, мы, къ сожалѣнію, не будемъ въ состояніи сказать что либо опредѣленное.

Таблица № 13. Причины заболѣваній.

	Число.	%.		Число.	%.
Неизвѣстно.	134	57,1	Пьянство и испугъ	1	0,5
Пьянство.	16	8,0	Укусъ бѣш. кош. . .	1	0,5
Неблагопріят. на- слѣдственность	7	3,5	Голодь	1	0,5
Дурныя семейн. от- ношенія	6	3,0	Денежная растрата	1	0,5
Испугъ	6	3,0	Сифил. и пьянство	1	0,5
Падучая	4	2,0	Тоска по дѣтямъ . .	1	0,5
Тифъ	3	1,5	Испугъ и падучая . .	1	0,5
Разгульный образъ жизни	3	1,5	Инфлуенца	1	0,5
Травма	2	1,0	Душевн. заболѣв. . .	1	0,5
Сифились	2	1,0	Неблагоп. наслѣд. и сифилиса	1	0,5
Онанизмъ	2	1,0	Укусъ бѣшин. соб.	1	0,5
Неблагопріятн. на- слѣдственнос., онанизм. и пьян.	2	1,0	Венеричес. болѣз. . .	1	0,5
			Побои	1	0,5
			Усиленные занятія	1	0,5
			Смерть дочери	1	0,5

Изъ прилагаемой таблицы читатель видитъ, что въ бѣльшей части случаевъ, именно 134, или 67,0%, на причины заболѣваній нѣтъ никакихъ указаній. Въ остальныхъ упоминаются отмѣченныя обстоятельства, но т. к. почти у каждаго больного видимъ особую причину, то понятно, что для статистическихъ выводовъ тутъ мѣста быть не можетъ. Обращаетъ на себя вниманіе фактъ укуса бѣшенной собакой и кошкой, а также голода, но за неимѣніемъ какихъ либо болѣе или менѣе точныхъ данныхъ въ скорбныхъ листахъ, случаи эти такъ и должны пропасть, не давъ ничего столь бѣдной въ этомъ отношеніи клиникѣ.

Теперь остановимся на душевно-больныхъ, живущихъ въ лечебныхъ завѣденіяхъ. Свѣдѣнія эти я получилъ только изъ областей Семирѣченской и Семиполатинской и то изъ послѣдней только относительно свидѣтельствовавшихся въ областномъ правленіи.

Всѣхъ свидѣствовалось въ Семиполатинскомъ областномъ правленіи за разсматриваемый періодъ времени 19 человекъ и Семирѣченскомъ 12, всего 31, изъ нихъ 23 мужчины и 8 женщинъ. По званіямъ они распредѣлялись такъ:

	число	%
Казачьяго сословія	7	22,4
Чиновниковъ	4	12,8
Солдатъ	2	6,4
Инородцевъ	2	6,4
Мѣщанъ	3	9,6
Офицеровъ	1	3,2
Учитель гимназій	1	3,2
Политически-административно ссылный	1	3,2
Крестьянъ	1	3,2
Арестантовъ	9	28,8

31

Изъ этого видно, что наибольшее число падаетъ на арестантовъ и казаковъ. По національностямъ свидѣтельствова-

шіеся распредѣлялись такъ, что русскихъ было 23 и инородцевъ 8. По возрасту и формамъ заболѣваній мы имѣемъ свѣдѣнія только изъ Семирѣческой области, вотъ они:

По возрасту

	мужчинъ,	женщинъ,	всего,	процентъ.
20—35	—	2	2	10,4
25—30	5	1	6	31,1
30—35	—	—	—	—
35—40	1	1	2	10,4
40—45	3	1	4	20,8
45—50	—	1	1	5,2
65—70	1	—	1	5,2
90—95	1	—	1	5,2
Неизвѣстно	1	1	2	10,4

19

По формамъ заболѣванія

	муж.	жен.	всего	%.
Dementia secundaria	1	3	4	20,8
Neurasthenia	2	—	2	10,4
Sclerosis multiplex	1	—	1	5,2
Dementia senilis	1	—	1	5,2
Paranoja religiosa	1	—	1	5,2
Encephalitis chronica	1	—	1	5,2
Epilepsia	—	1	1	5,2
Psychosis periodica	1	—	5	5,2
Здоровые	4	3	7	36,4

12 7 19.

Такъ какъ изъ приведенныхъ таблицъ трудно сдѣлать какіе либо выводы, вслѣдствіе крайне небольшихъ цифръ, то мы ограничимся только тѣмъ, что ихъ приведемъ ради полноты.

Теперь обратимся непосредственно къ большимъ, живущимъ въ частныхъ рукахъ, внѣ лечебныхъ заведеній. Объ нихъ мы также имѣемъ свѣдѣнія только изъ Семирѣченской области.

1. По уѣздамъ.

	мужчинъ,	женщинъ,	всего
Пржевальскій	22	2	24
Вѣрненскій	11	2	13
Лепсинскій	22	5	27
	55	9	64.

2 По званіямъ больные распредѣлялись такъ:

	число	%.
Иностранецъ	47	70,5
Казачьяго сословія	6	8,0
Крестьянъ	8	12,0
Неизвѣстно	3	4,5
	64	

Изъ этой таблицы видно, что иностранцевъ было 47 человекъ, или 70,5%, что подтверждаетъ отчасти высказанное нами предположеніе о неохотномъ помѣщеніи иностранцами своихъ больныхъ въ лечебныя заведенія. Но съ другой стороны отмѣченный фактъ говоритъ какъ бы и за то, что среди иностранцевъ заболѣваемость душевными болѣзнями не меньшая, чѣмъ среди христіанскаго населенія. На самомъ же дѣлѣ, существуетъ, вѣроятно, отношеніе обратное. Полученныя же цифры объясняются съ одной стороны вѣроятно ¹⁾ бѣльшимъ числомъ иностранческаго населенія въ Семирѣчьи, а главное неточностью статистическаго матеріала и крайне незначительными данными.

¹⁾ Намъ извѣстны только цифры осѣдлаго и кочеваго населенія, изъ которыхъ подъ первымъ показаны только Русскіе и вторымъ только киргизы, тогда какъ въ Семирѣчьи живутъ еще: сарты, дунганъ и таранчи.

По возрасту

	Число	%		Число	%
5—10	3	4,5	45—50	7	10,5
10—15	4	6,0	50—55	2	3,0
15—20	9	13,5	55—60	3	4,5
20—25	4	6,0	60—65	1	1,5
25—30	15	22,5	65—70	2	3,0
30—35	7	10,5	70—75	2	3,0
35—40	1	1,5	75—80	1	1,5
40—45	1	1,5	Неизвѣ.	2	3,0

64

Какъ видно наибольшее число заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 25 до 30 лѣтъ. Приблизительно съ тѣмъ же фактомъ мы встрѣтились при обзорѣннн заболѣваній въ лечебныхъ заведеніяхъ. Обращаетъ на себя вниманіе довольно большая заболѣваемость въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ. Такъ въ возрастѣ отъ 5 до 10 лѣтъ было 3 человѣка, или 4,5%, отъ 10 до 15—4, или 6,0%, что вмѣстѣ составить 7 человѣкъ, или 10,5%,—процентъ очень высокій.

„По Тѣрычаму, напр. на 21,333 поступленій въ заведенія для умалишенныхъ вообще приходится 8 душевно-больныхъ дѣтей моложе 10-и лѣтъ и 1,161 между 10—20-ю годами. Delasieub насчитываетъ между своими душевно-больными 0,9% дѣтей въ возрастѣ отъ 5—9 лѣтъ; 3,5% отъ 10—14 и 20% отъ 15—19 лѣтъ“¹⁾. Krafft Ebing²⁾ пишетъ: „Психическія разстройства въ дѣтскомъ возрастѣ, т. е. съ первыхъ лѣтъ жизни до періода полового развитія—явленіе рѣдкое“. Съ тѣмъ же взглядомъ встрѣчаемся и во всѣхъ извѣстныхъ курсахъ психіатріи. Чѣмъ же объяснить такой большой процентъ заболѣваній въ населеніи Семирѣченской области? На вопросъ этотъ мы, къ сожалѣнію, не можемъ дать

¹⁾ Дроздъ Матеріалы для психопатологіи юношескаго возраста. Вѣстникъ Клиникъ и Судебн. психіатріи 1883 г. Годъ I Выпускъ I стр. 5—6.

²⁾ Krafft Ebing Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 194.

положительнаго отвѣта, т. к. болѣе подробныхъ свѣдѣній о заболѣвшихъ дѣтяхъ не имѣемъ. На этомъ и закончу обзоръ положенія душевно больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ за періодъ времени отъ 1893-го по 1897 годъ.

Первая половина нашего труда, какъ видѣлъ читатель касалась спеціально клинической и тѣсно съ нею связанной хозяйственной стороны вопроса. Тамъ я отмѣтилъ свои хорошія стороны положенія душевно-больныхъ въ Степномъ краѣ, но не забылъ и нѣкоторыхъ темныхъ. Тамъ же я высказалъ взглядъ, что послѣднія болшею частью происходятъ отъ нѣкотораго несовершенства во всей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Сибири, или вѣрнѣе отсутствія организаціи, т. к. нельзя же за такую считать разсѣяныя по областямъ и губерніямъ отдѣльныя лечебницы, далекія отъ благоустройства. Устраненіе всѣхъ представленныхъ недостатковъ, повторяю, будетъ достигнуто, съ улучшеніемъ мѣстаго пообластнаго призрѣнія больныхъ и съ устройствомъ одной центральной лечебницы, конечно въ Томскѣ. Желательно, чтобы не были забыты и земледѣльческія колоніи стали пригодныя, думается намъ, въ настоящее время для нашей русской дѣйствительности.¹⁾ Посмотримъ теперь, какіе въ общемъ можно сдѣлать выводы изъ второй части нашего труда. Тутъ мнѣ приходится оговориться; цифры наши настолько малы, что значеніе ихъ выступаетъ исключительно какъ подтверждающее тѣ или другія отмѣченныя положенія въ литературѣ. Ни не что болше претендовать онѣ не могутъ.

И такъ, число поступленій въ областяхъ Степнаго генераль-губернаторства съ годами увеличивалось и вѣроятно будетъ увеличиваться, при чемъ перевѣсъ, какъ и вездѣ былъ на сторонѣ мужчинъ. Раздѣливъ всѣхъ поступившихъ больныхъ по званіямъ, занятіямъ и образованію, мы получили

¹⁾ *Ермолюкскій*. Вопросы земскаго призрѣнія душевно-больныхъ. Обзорніе психіатріи 93 г. №№ 8 и 9.

значительное преобладаніе среди лицъ непривилегированныхъ сословій, снискивающихъ себѣ пропитаніе физическимъ трудомъ. Также мною было отмѣчена бѣлая заболѣваемость женами и замужними, удовлетворительно объясняемая особыми условіями мѣстной жизни. Что касается племеннаго различія и мѣсты рожденія, то наибольшее число было русскихъ, переполненіе же больницъ отчасти обуславливалось поступлениями изъ Европейской Россіи и сосѣднихъ Табольской и Томской губерній. Изъ всѣхъ формъ душевныхъ заболѣваній мы видѣли преобладаніе прогрессивнаго паралича, фактъ отмѣченный большинствомъ изслѣдователей. Знакомство съ другими формами даетъ намъ нѣкоторое основаніе примкнуть къ высказанному д-ромъ Игнатьевымъ предположенію, что мужчины заболѣваютъ больше бредовыми психозами, у женщинъ же поражается преимущественно сфера чувства.

Таковы въ общемъ выводы, къ которымъ привело насъ статистическое изслѣдованіе о душевно-больныхъ въ Степномъ генералъ-губернаторствѣ.

Выводы эти, какъ видѣлъ читатель, не противорѣчатъ запсеннымъ въ спеціальную литературу. Если и встрѣчаются отклоненія, то онѣ въ значительной степени объясняются мѣстными условіями, что не умоляетъ, понятпо, основныхъ положеній. Положенія же эти, если не считать индивидуальных и побочныхъ причинъ, находятъ себѣ достаточное объясненіе въ соціально-экономическихъ условіяхъ общества.

И дѣйствительно общество, въ которомъ господствующими силами является принципъ „laissez faire, laissez passer“, милитаризмъ, обостренность сословнаго и имущественнаго неравенства, напряженность борьбы за существованіе со всѣми гибельными экономическими и нравственными послѣдствіями, должно представлять постоянный ростъ числа заболѣваній тѣлесныхъ и душевныхъ, падающихъ главнымъ образомъ на мужчинъ бѣлнѣйшихъ слоевъ населенія и выхватывающихъ свои жертвы въ самомъ цвѣтущемъ возрастѣ. Приведенныя слова можно бы подтвердить ссылками на многихъ авторовъ,

но мы ограничимся упоминаніемъ только такихъ именъ, какъ Krafft—Ebing, Erb, Strümpel, Эрисманъ, Святковскій, Дементьевъ, Португаловъ, не считая, конечно, всѣхъ новѣйшихъ экономистовъ, начиная съ Радбертуса, Маркса и др. Въ заключеніе мы смѣло можемъ повторить вмѣстѣ съ Дидро: „Toute question d'hygiène est aussi une question morale,“ понимая гигиену въ самомъ широкомъ и благодѣтельномъ смыслѣ этого слова.

ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМЪ, ЕГО ПРИМѢНЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ¹⁾.

В. Ф. Чижъ.

Я не буду здѣсь приводить литературу вопроса, потому что всѣ сообщенія о постельномъ режимѣ появились сравнительно недавно и слѣдовательно забыты. При томъ-же всѣ сообщенія, по крайней мѣрѣ, мнѣ извѣстныя, содержатъ лишь мнѣнія авторовъ, основанныя на впечатлѣнїяхъ, и ввиду необходимой въ настоящемъ докладѣ краткости, нѣтъ подобности еще разъ перечислять высказанныя мнѣнія, тѣмъ далѣе, что авторы этихъ сообщеній теперь, обогативъ свой опытъ новыми впечатлѣнїями, могутъ повторить и дополнить свои сужденія.

Я ограничусь изложеніемъ тѣхъ заключеній, къ которымъ меня привелъ почти восьми лѣтній опытъ и общими соображеніями необходимыми, по моему убѣжденію, для пониманія настоящаго вопроса.

Съ Августа 1891 г. въ Юрьевской клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней постельный режимъ примѣнялся непрерывно по настоящее время.

Первые годы, особенно послѣ моей поѣздки въ 1892 г. за границу, гдѣ мнѣ пришлось слышать очень хорошіе отзывы

¹⁾ Настоящая работа въ значительно сокращенномъ видѣ была доложена на послѣднемъ Пироговскомъ Сѣздѣ въ Казани. Въ дневникѣ Сѣзда напечатаны лишь основныя ея положенія. Ред.

объ этомъ приѣмѣ, постельный режимъ примѣнялся въ широкихъ размѣрахъ и настойчиво, съ 1896 года онъ примѣнялся и менѣе настойчиво и въ меньшихъ размѣрахъ. Такимъ образомъ я могъ наблюдать постельный режимъ и его вліяніе достаточно долго и въ различныхъ условіяхъ.

Постельный режимъ при настойчивомъ его примѣненіи у многихъ больныхъ, также какъ и при не настойчивомъ примѣненіи лишь у нѣкоторыхъ больныхъ замѣтнаго хорошаго вліянія на исходъ и даже на теченіе болѣзни не оказываетъ. Болѣе цѣнныя наблюденія относительно хорошо изученныхъ формъ душевныхъ болѣзней—прогрессивнаго паралича, остраго излѣчимаго слабоумія, меланхоли, маніи; теченіе этихъ болѣзней, предсказаніе намъ извѣстны. Я не замѣтилъ какого либо благотворнаго вліянія постельнаго режима при этихъ формахъ; ни число выздоровленій, ни продолжительность болѣзни не измѣнились и до 1891 г., и за періодъ съ 1891 по 1896 г., и послѣ 1896 г. Эти формы протекали совершенно одинаково за исключеніемъ прогрессивнаго паралича, вліяніе на который специфическаго леченія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ бросалось въ глаза.

Весьма трудно разобраться относительно менѣе изученныхъ, сложныхъ формъ; истерія, эпилепсія, психозы вырожденія протекають столь полиморфно, что только весьма многочисленныя наблюденія могутъ имѣть рѣшающее значеніе. Терапевтическіе успѣхи психіатровъ такъ ничтожны, что весьма естественно наше страстное желаніе найти новые болѣе успѣшные методы леченія; а такъ какъ всѣмъ свойственно вѣрить тому, чего страстно желаешь, то и мнѣ вначалѣ казалось, что постельный режимъ оказываетъ нѣкоторое вліяніе на исходъ и теченіе сложныхъ формъ душевныхъ болѣзней. Дальнѣйшія наблюденія, а главное цифры, привели меня къ печальному заключенію—ни теченіе болѣзни, ни исходъ болѣзни отъ этого режима не измѣняются. Можетъ быть, по крайней мѣрѣ это весьма вѣроятно, что больные крайне истощенные оправляются нѣсколько скорѣе, оставаясь

въ постели, и вообще крайній упадокъ питанія можетъ считаться показаніемъ, по крайней мѣрѣ, въ холодное время года, для примѣненія постельнаго режима.

Кромѣ того, я могъ замѣтить благотворное вліяніе постельнаго режима при неврастеніи: истощенные неврастенники чувствуютъ себя лучше пролежавъ нѣсколько недѣль въ постелѣ, но это наблюденіе не относится къ настоящему докладу.

Личныя мои наблюденія вполне подтверждаются отчетами всѣхъ заведеній для душевно-больныхъ какъ нашихъ, такъ и заграничныхъ; я не нашелъ цифръ, доказывающихъ благотворное вліяніе постельнаго режима и по прежнему всѣ внушающіе довѣріе отчеты психіатрическихъ заведеній свидѣтельствуя весьма убѣдительно о безсиліи психіатріи.

Я не знаю убѣдительныхъ исторій болѣзни, свидѣтельствующихъ о вліяніи постельнаго режима на теченіе и исходъ душевныхъ болѣзней; если-бы можно было доказать исторіями болѣзней вліяніе этого режима, то это, конечно, было-бы доказано многочисленными защитниками этого режима.

Если польза новаго метода леченія не можетъ быть доказана ни цифрами, ни исторіями болѣзни, но его защищаютъ многіе наблюдатели, мы можемъ и даже должны для уясненія вопроса прибѣгнуть къ антріорнымъ сужденіямъ, основаннымъ на нашихъ общихъ познаніяхъ. Если-бы *a priori* можно было доказать, что постельный режимъ можетъ имѣть терапевтическое вліяніе, мы имѣли-бы право сомнѣваться въ достовѣрности имѣющихся у насъ наблюденій.

Едва-ли можно привести какія либо соображенія въ пользу того метода при наслѣдственныхъ психозахъ, при психозахъ вырожденія. На больныхъ съ „анормальнымъ“ стреніемъ мозга, положеніе тѣла никакого вліянія имѣть не можетъ; очевидно, что ни питаніе, ни функція „анормально“ построеннаго мозга отъ одного положенія тѣла не измѣнится. Если съ постельнымъ режимомъ будетъ соединено возможно полное отсутствіе всякихъ раздраженій на нервную систему,

дѣятельность „анормальнаго“ мозга можетъ измѣниться, но тотъ-же результатъ, хотя конечно и не столь удобно, можетъ быть достигнутъ и безъ постельнаго режима.

„Функциональные“ психозы также не могутъ зависеть отъ положенія тѣла.—если мы согласимся съ допущеніемъ, что они обусловлены какими либо отравленіями или вообще имѣненіями въ химическомъ метаморфозѣ, то постельный режимъ или не можетъ оказывать вліянія или даже можетъ оказывать вредное, такъ какъ замедляетъ, хотя и незначительно, выдѣленіе ядовитыхъ для головнаго мозга началъ. А priori пользы отъ постельнаго режима можно ожидать лишь при значительномъ упадкѣ питанія, при общемъ истощеніи, т. е., показанія ему даны физическимъ состояніемъ. Истощеніе *какъ таковое* не можетъ быть причиной душевной болѣзни у нормальнаго человѣка и потому постельный режимъ и въ такихъ случаяхъ не можетъ оказывать большаго вліянія на исходъ душевной болѣзни.

Для того, чтобы защищать терапевтическое дѣйствіе постельнаго режима необходимо указать, *почему* и *какъ* его дѣйствія, какимъ образомъ положеніе тѣла можетъ вліять на теченіе душевной болѣзни, а это едва-ли возможно: то или другое положеніе тѣла не можетъ значительно измѣнить дѣятельность мозговой коры.

Постельный режимъ, не оказывая замѣтнаго вліянія на теченіе и исходъ болѣзни, какъ и всякое пріученіе и затѣмъ привычка, замѣтно измѣняетъ поведеніе больныхъ. Послѣ сказаннаго Games ¹⁾, о привычкѣ, нѣтъ надобности распространяться о значеніи столь важной привычки, какъ лежаніе.

Въ этомъ смыслѣ постельный режимъ весьма важное средство въ уходѣ, но не леченіи душевно-больныхъ, и симпатіи психіатровъ къ этому могущественному средству вполне понятны. Съ введеніемъ постельнаго режима значительно улучшилось призрѣніе душевно-больныхъ и облегчился уходъ

¹⁾ The principles of Psychologie. Ch. IV.

за ними. Больные занимают меньше мѣста, что такъ важно при повсемѣстномъ переполненіи психіатрическихъ заведеній. Уже одно это преимущество постельнаго режима дать ему право на большое вниманіе. Постельный режимъ пріучаетъ больныхъ къ спокойствію, сдержанности, монотонности, научаетъ ихъ цѣнить покой. Наблюдать и ухаживать за лежащими больными очень легко и потому болѣе имъ остается для наблюденія и ухода за не лежащими больными. И вслѣдствіи воздѣйствія постельнаго режима, какъ привычки, на самыхъ больныхъ и вслѣдствіи того, что уходъ за больными облегчается постепеннымъ режимомъ, столкновенія между больными и прислугой становится рѣже и мягче и вообще весь обиходъ заведенія для душевно больныхъ измѣнится къ лучшему: больные покойнѣе, миролюбивѣе, меньше шума, суеты, нелѣпыхъ выходокъ и движеній. Постельный режимъ сказываетъ немалое вліяніе на больныхъ уже тѣмъ, что убѣждаетъ ихъ въ томъ, что они больны; мало по малу многіе, или, по крайней мѣрѣ, нѣкоторые больные привыкаютъ считать извѣстное поведеніе проявленіемъ болѣзни—ихъ кладутъ въ постель, если они бранятся, пачкаютъ и т. п. Такимъ образомъ больные менѣе тяготятся своимъ пребываніемъ въ больницѣ и, не желая, чтобы ихъ считали сумасшедшими, воздерживаются отъ нѣкоторыхъ поступковъ.

Выгоды постельнаго режима при уходѣ за душевно-больными въ Юрьевской клиникѣ сказались весьма замѣтны. Не смотря на прогрессивно возрастающее переполненіе клиники, за все время былъ лишь одинъ случай самоубійства, между тѣмъ по расчету за предъидущій періодъ, ихъ могло быть 5—6; кровяная опухоль уха наблюдалась три раза; несчастныхъ случаевъ съ больными и служащими не было. Я могу объяснить эти явленія, главнымъ образомъ, постельнымъ режимомъ: примѣненіе котораго начато было профессоромъ Краерелин'омъ передъ его отъѣздомъ изъ Дерпта. Нужно отмѣтить, что никакого вліянія на смертность этотъ

режимъ не оказалъ и паденіе смертности, обнаружившіеся послѣдніе годы, зависѣло отъ другихъ причинъ.

Настойчивое примѣненіе постельнаго режима представляетъ столько трудностей, что цѣль не оправдываетъ средствъ. Удерживаніе больного въ кровати прислугой приходится прекращать, если больной упорно и долго сопротивляется; борьба больного съ прислугой иногда принимаетъ ожесточенный характеръ, опасна для больного и тягостна для прислуги, которая хорошо понимаетъ — чѣмъ хуже, тѣмъ лучше. Завертываніе больного въ мокрыя простыни и целенаніе, уже не говоря о томъ, что представляетъ собою связываніе больного, можетъ повести къ печальнымъ послѣдствіямъ, вслѣдствіи упорнаго и энергическаго стремленія больного вернуть себѣ свободу.

Впрочемъ, въ этомъ дѣлѣ играетъ не малую роль національный характеръ больныхъ и можетъ быть въ другихъ психіатрическихъ заведеніяхъ результаты были болѣе благоприятны, чѣмъ въ Юрьевской клиникѣ, большинство пациентовъ которой эсты и латыши.

Лучше всего содержать больныхъ въ наблюдательной комнатѣ, но если больной очень беспокоенъ или стремится нанести вредъ другимъ пациентамъ, больного приходится держать въ кровати въ отдѣльной комнатѣ. Постельный режимъ одинаково удобно примѣняется во всѣхъ отдѣленіяхъ и помѣщеніяхъ и въ этомъ отношеніи его достоинство несомнѣнно. Я именно нахожу, что его нужно примѣнять во всѣхъ отдѣленіяхъ; имѣются больные „которымъ этотъ режимъ приноситъ нѣкоторую пользу“.

Обсолютный постельный режимъ лучше не примѣнять долѣе нѣсколькихъ недѣль, больные теряютъ аппетитъ, сонъ становится хуже; вообще, если вѣсь больного въ теченіи 2—4 недѣль прогрессивно падаетъ, что конечно бываетъ не во всѣхъ случаяхъ, обсолютный постельный режимъ лучше замѣнить ограниченнымъ или даже отмѣтить совершенно. Ограниченнымъ постельномъ режимомъ я называю содержаніе

въ кровати днемъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ—при чемъ большыя ходятъ на работу, на прогулку. Ограниченный постельный режимъ можетъ примѣняться долѣе, чѣмъ абсолютный, не причиняя какихъ либо замѣтныхъ вредныхъ послѣдствій. Первые недѣли пребыванія въ клиникѣ острые больные остаются въ кровати, если не оказываютъ къ тому больнаго сопротивленія; затѣмъ въ зависимости отъ хода болѣзни, или правильнѣе говоря, отъ поведенія, больные то остаются въ теченіи нѣсколькихъ дней и недѣль въ кровати, то пользуются свободой.

Безпокойство, усиленіе мрачнаго настроенія, стремленіе наносить вредъ, физическая слабость, спутанность могутъ считаться показаніями для примѣненія постельнаго режима. Когда состояніе больнаго улучшается, больной постепенно или сразу оставляетъ кровать. Обманы чувствъ и идеи бреда, если не ведутъ къ насильственнымъ дѣйствіямъ, не должны считаться показаніемъ для постельнаго режима,—такъ какъ полная неподвижность облегчаетъ больнымъ сосредоточиться на ихъ заблужденіяхъ. Хроническіе больные, спокойные и сдержанные могутъ оставаться въ постели лишь до тѣхъ поръ пока ихъ состояніе будетъ вполне выяснено; дальнѣйшее пребываніе въ постелѣ не нужно и даже вредно—такіе больные должны работать. Пребываніе въ постели менѣе всего нужно параноикамъ—эти больные очень тяготятся пребываніемъ въ постелѣ, становятся скрытны и враждебны.

Вообще относительно хроническихъ больныхъ нужна осторожность въ примѣненіи постельнаго режима; въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо кромѣ собственно психическихъ припадковъ болѣзни принимать во вниманіе физическое состояніе и характеръ больнаго.

Слабоумные, гебефреники очень охотно остаются въ кровати, облѣниваются, слабѣютъ и тупѣютъ; послѣ продолжительнаго пребыванія въ кровати, нѣкоторые больные такъ измѣняются, что приходится долго бороться съ ихъ привычкой валяться на кровати, диванѣ, полу и т. п.

Особенно вредно продолжительное пребываніе въ кровати при гебефреническихъ формахъ съ быстрымъ исходомъ въ слабоуміе; привыкнувъ лежать во время перваго періода болѣзни, эти больные уже не могутъ потомъ отвыкнуть отъ лежанія, забываютъ приѣмы работы, вслѣдствіе чего физическое и психическое ихъ состояніе въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ представляетъ собою самое печальное зрѣлище. Поэтому я не считаю рациональнымъ примѣнять постельный режимъ у молодыхъ больныхъ, у которыхъ можно ожидать переходъ въ слабоуміе. Лежаніе, какъ и всякая привычка не столь опасно для больныхъ средняго и пожилаго возраста; у стариковъ сколько я могъ подмѣтить, даже очень продолжительное пребываніе въ постелѣ, не обращается въ привычку.

Я не могъ убѣдиться въ томъ, что содержаніе въ постелѣ усиливаетъ оуанизмъ у больныхъ, но неблагоприятное вліяніе его на аппетитъ и сонъ, и на вѣсь больныхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ носомѣнны.

На женскихъ и мужскихъ отдѣленіяхъ постельный режимъ даетъ одинаковые результаты но, какъ я думаю, у женщинъ лежаніе скорѣе обращается въ привычку.

Изъ сказаннаго ясно, что нельзя выработать какихъ либо опредѣленныхъ наказаній для примѣненія постельнаго режима при отдѣльныхъ формахъ болѣзни; наша классификація душевныхъ болѣзней такъ не совершенна, что вообще нельзя говорить о примѣненіи тѣхъ или другихъ средствъ при столь неопредѣленныхъ формахъ. Можно лишь въ самыхъ общихъ чертахъ намѣтить наказанія для употребленія этого режима при нѣкоторыхъ формахъ, именно лучше другихъ опредѣленныхъ, при чемъ, такія наказанія могутъ имѣть значеніе, только какъ общія указанія.

Самую большую пользу постельный режимъ оказываетъ при тяжелыхъ формахъ неврастеніи; я вполне понимаю какъ неопредѣленно понятіе о неврастеніи, но пока мы должны имъ довольствоваться. Неврастенники, которымъ такъ тягостно всякое напряженіе, отдыхаютъ оставаясь въ кровати, чувству-

ютъ себѣ лучше, набираютъ силъ, если такъ можно выразиться. Для того нервнато истощенія, которое составляетъ одно изъ главныхъ проявленій неврастенія, постельный режимъ можетъ быть полезенъ и дѣйствительно оказывается полезнымъ. Полезность постепеннаго режима при неврастеніи доказывается тѣмъ, что Декартъ въ 1647-мъ году посовѣтовалъ этотъ способъ леченія Паскалю, страдавшему неврастеническимъ помѣшательствомъ.

Постельный режимъ безусловно необходимъ при отнятіи морфія, опія, какоина и т. п. Я даже не понимаю какъ можно провести самое медленное отнятіе морфія или опія, не уложивъ больнаго въ постель. Нѣкоторые больные остающія въ постелѣ нѣсколько недѣль спустя послѣ прекращенія приѣмовъ морфія, то-есть, до тѣхъ поръ, пока ихъ силы не возстановятся настолько, что у нихъ появится желаніе двигаться. То глубокое истощеніе, которое наблюдается нерѣдко при отнятіи морфія, является прямымъ показаніемъ для примѣненія постельнаго режима. Вообще я не рѣшусь произвести отнятіе морфія или опія иначе, какъ съ помощью постельнаго режима.

Постельный режимъ необходимъ больнымъ, страдающимъ нервичнымъ, излечимымъ слабоуміемъ (*Dementia primaria curabilis*). Хотя и прежде, когда постельнаго режима не примѣняли, эти больные также хорошо выздоравливали, какъ и теперь, но все таки постельный режимъ при первичномъ слабоуміи и рационаленъ и главное гуманенъ. Я помню сколько хлопотъ было нужно, чтобы одѣвать, раздѣвать этихъ больныхъ, водить ихъ въ залы, вводить въ спальни. Жалко было смотрѣть на этихъ больныхъ, когда они сидѣли прикурнувшись въ уголкѣ или валялись по скамейкамъ и диванамъ. Теперь, оставаясь цѣлые дни въ постелѣ, эти больные не подвергаются напраснымъ, если не мученіямъ, то безпокойству и повидимому вполне довольны тѣмъ, что имъ не мѣшаетъ дѣлать то, что требуетъ ихъ самочувствіе, то-есть оставаться неподвижными. Они не раздражаются по напрасну, не сер-

дятся; ихъ аппетитъ, сонъ и вѣсъ нисколько не страдаютъ отъ постельнаго режима.

Примѣненіе постельнаго режима при излѣчимомъ слабоуміи не должно считаться леченіемъ; это именно разумное невмѣшательство въ естественное теченіе процесса. Кромѣ постельнаго режима, никакія средства при этой болѣзни примѣняться не должны, за исключеніемъ, конечно, осложненій требующихъ леченія.

Весьма полезенъ постельный режимъ при психической эпилепсіи; я не замѣчалъ, чтобы на исходъ и даже теченіе приступа, этотъ режимъ оказывалъ бы благотворное вліяніе. Постельный режимъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удается его примѣнить, оказываетъ неоцѣнимыя услуги тѣмъ, что дѣлаетъ больныхъ менѣе опасными для окружающихъ, миролюбивыми. Эпилептикъ, лежащій въ кровати, менѣе опасенъ уже потому что пока онъ встаетъ съ кровати, слуга можетъ предупредить опасныя дѣйствія больнаго. Эпилептикъ не лежащій въ постелѣ, можетъ моментально, не сходя съ мѣста, ударить сосѣда, швырнуть стулъ и т. п. Извѣстно какъ эпилептики неуживчивы, мелочны, придирчивы и потому какъ часты ихъ ссоры, драки съ сосѣдами по помещенію, съ прислугой. Остающійся въ постели эпилептикъ не имѣетъ поводовъ ссориться съ сосѣдами и имѣетъ меньше поводовъ ссориться съ прислугой; онъ не входитъ въ непосредственныя соприкосновенія съ другими больными и его отношенія съ прислугой останутся строго опредѣленными, неизмѣнными. Я остался очень доволенъ примѣненіемъ постельнаго режима при эпилепсіи и уже давно не видалъ тѣхъ выходокъ эпилептиковъ, которые были неустраимы прежде. Само собою разумѣется, что постельный режимъ примѣнимъ ни во всѣхъ случаяхъ и ни при всѣхъ состояніяхъ, но вообще примѣненіе этого режима при эпилепсіи даже легче, чѣмъ при другихъ болѣзняхъ. Я могу только совѣтовать примѣнять постельный режимъ возможно чаще и настойчивѣе и можетъ быть при большомъ числѣ хорошей прислугѣ почти всѣ эпил-

ептики могутъ оставаться въ постели, что предохранитъ и больныхъ, и прислугу отъ многихъ несчастій.

При прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ постельный режимъ можетъ быть примѣняемъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль; продолжительное пребываніе въ кровати положительно вредно для паралитиковъ въ первомъ и во второмъ періодѣ болѣзни: они хирѣютъ. Этотъ режимъ приходится примѣнить при возбужденіи больныхъ, при развивающейся слабости, припадкахъ крайней спутанности. Какъ только эти состоянія приходятъ, необходимо прекращать этотъ режимъ; паралитики именно должны вести самый регулярный образъ жизни; какъ всякое утомленіе, напр. даже легкая забота, такъ и отсутствіе необходимаго для поддержанія силы движенія, одинаково вредны для этихъ больныхъ, Конечно въ послѣднемъ періодѣ паралитики должны оставаться въ кровати, но это не постельный режимъ. Считаю не лишнимъ замѣтить, что за время моей дѣятельности въ больницѣ св Пантелеймона, гдѣ всегда было нѣсколько десятковъ паралитиковъ, я пришелъ къ заключенію, что класть въ постель этихъ больныхъ нужно какъ можно позже; чѣмъ ранѣе ихъ кладутъ въ постель, тѣмъ быстрѣ развивается окончательный моразмъ. Къ сожалѣнію буйныхъ паралитиковъ крайне трудно удерживать въ постели; борьба съ служителями обыкновенно оканчивается очень дурно для этихъ больныхъ; царапины, ссадины, раны у паралитиковъ протекаютъ иначе, чѣмъ у другихъ больныхъ и потому весьма опасны. Больные весьма энергично сопротивляются, если ихъ оставляютъ въ кровати, безпрестанно ее оставляютъ и потому далеко не часто удается примѣнить этимъ режимъ по отношенію къ буйнымъ и безпокойнымъ паралитикамъ.

При старческомъ слабоуміи постельный режимъ оказывается полезнымъ, потому что сохраняетъ силы этихъ, столь часто слабыхъ и дряхлыхъ больныхъ. Какъ въ состояніяхъ возбужденія, такъ и при угнетеніи постельный режимъ при старческомъ слабоуміи примѣняется довольно легко; и вслѣдствіи слабости и вслѣдствіе естественной потребности стари-

ковъ въ покоѣ, эти больные рѣдко оказываютъ энергическое сопротивленіе, когда ихъ оставляютъ въ постелѣ. При старческомъ слабоуміи постельный режимъ полезенъ, во первыхъ потому что сохраняетъ силы больныхъ, во вторыхъ потому что предохраняетъ больныхъ отъ столь опасныхъ для стариковъ паденій, ушибовъ, толчковъ и т. п. Постельный режимъ не оказываетъ замѣтно дурныхъ послѣдствій даже при очень продолжительномъ его примѣненіи: я наблюдалъ больныхъ, которые болѣе шести мѣсяцевъ оставались въ кровати, безъ какихъ либо дурныхъ послѣдствій отъ столь продолжительнаго лежанія.

Нельзя сказать чего либо опредѣленнаго о постельномъ режимѣ при храническомъ алкоголизмѣ; состоянія этихъ больныхъ столь различны, что невозможно перечислить всѣ тѣ состоянія, при которыхъ полезенъ постельный режимъ. Можно лишь сказать, что при запойномъ бредѣ постельный режимъ оказывается полезнымъ. Правда при легкихъ степеняхъ этой болѣзни, я думаю, что лучше всего этихъ больныхъ заставлять много гулять и работать, но въ болѣе тѣсныхъ случаяхъ, особенно при слабости и возбужденіи постельный режимъ оказывается полезнымъ, потому что сохраняетъ силы больныхъ и предохраняетъ ихъ отъ ушибовъ и паденій. Больные запойнымъ бредомъ, если не остаются въ постелѣ, подъ вліяніемъ обмановъ чувствъ, совершаютъ массу истощающихъ ихъ движеній, падаютъ, ползаютъ по полу и т. п; когда удастся уложить ихъ въ кровать, и для нихъ самихъ и для сосѣдей ихъ обманы чувствъ почти безопасны.

При острой спутанности (*Amentia acuta*) и остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ (*Delirium hallucinatorium*), постельный режимъ легко примѣняется лишь у значительно истощенныхъ больныхъ; сильныхъ больныхъ весьма трудно и даже часто невозможно удержать въ кровати. Какъ не желательно держать такихъ больныхъ въ постелѣ, это оказывается невозможнымъ, но когда это удастся то, хотя на исходъ и теченіе болѣзни, постельный режимъ вліянія не

оказываетъ; эти больные менѣ тягостны и для ухаживающихъ за ними и для сосѣдей. Если бы можно было удерживать этихъ больныхъ въ кровати, заведенія для душевно-больныхъ имѣло бы болѣе привлекательный видъ.

Тоже самое слѣдуетъ сказать о маньякахъ; постельный режимъ примѣнимъ лишь относительно физически слабыхъ больныхъ, и въ самыхъ легкихъ случаяхъ, почему при этой болѣзни постельный режимъ не оказываетъ значительныхъ услугъ. Физически сильные маньяки, а также весьма буйные, т. е., болѣе тяжкіе въ смыслѣ ухода, больные не остаются въ постели, а ихъ-то именно и желательно содержать въ кровати. Оказывается, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этотъ режимъ мало нуженъ, онъ примѣнимъ, а тамъ, гдѣ онъ могъ бы быть очень полезенъ, имъ воспользоваться нельзя. Поэтому значеніе постельнаго режима при маніи весьма невелико.

При меланхоліи постельный режимъ мало полезенъ; никакого замѣтнаго вліянія онъ не оказываетъ и потому я выработалъ себѣ правила примѣнять этотъ режимъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда самимъ больнымъ нравится оставаться въ постелѣ. Ввиду того, что продолжительное содержаніе въ постелѣ можетъ вредно вліять на соматическое состояніе больныхъ, не слѣдуетъ содержать меланхоликовъ въ постелѣ долѣ нѣсколькихъ недѣль, за исключеніемъ конечно тѣхъ случаевъ, когда пребываніе въ кровати погашается физическимъ состояніемъ больныхъ. Къ сожалѣнію постельный режимъ не примѣнимъ, или по крайней мѣрѣ, примѣнимъ очень рѣдко относительно меланхоликовъ съ предсердечной тоской, безпокойныхъ меланхоликовъ (*Melancholia agitans*), т. е. именно въ случаяхъ, при которыхъ этотъ режимъ могъ-бы быть очень полезенъ. Эти больные очень тяжелы въ смыслѣ ухода и потому можно настойчиво примѣнять этотъ режимъ; къ сожалѣнію мнѣ это рѣдко удавалось, но можетъ быть другимъ психіатрамъ это будетъ удаваться чаще, чѣмъ мнѣ.

Весьма вѣроятно, что нѣкоторымъ меланхоликамъ неподвижность, отсутствіе раздраженій, доставляемая постельнымъ режимомъ, не только пріятны, но и полезны, но до сихъ поръ мы не обладаемъ средствами провѣрить такое предположеніе. Вообще я думаю, что мы должны больше довѣрять чувствованіямъ больныхъ въ томъ смыслѣ, что по возможности устранять то, что имъ непріятно и доставлять то, что имъ пріятно. Безспорно, что нѣкоторые меланхолики, также какъ и нѣкоторые угнетенные горемъ люди чувствуютъ себя лучше, когда они лежатъ неподвижно. По этому едва-ли рационально удерживать тѣхъ меланхоликовъ въ кровати, которые не желаютъ лежать, и которые неопасны для себя и окружающихъ. Можно себѣ представить, какъ тяжело этимъ больнымъ оставаться въ кровати, если даже горе у нѣкоторыхъ лицъ вызываетъ усиленную подвижность. При меланхоліи, поѣтому, постельный режимъ, долженъ примѣняться съ большой осмотрительностью, и при томъ сообразуясь съ темпераментомъ больнаго.

Я не буду говорить объ остромъ бредѣ, потому что въ Юрьевѣ не наблюдалъ ни одного случая.

При паранойѣ, или хроническомъ бредѣ, постельный режимъ лучше не примѣнять; сколько я могъ замѣтить эти больные, особенно въ періодъ формировація бреда, охотно остаются въ кроватѣ и тщательно обдумываютъ свои идеи. Эти больные должны работать и вообще вести возможно дѣятельный образъ жизни. Рационально параноиковъ укладывать въ постель только тогда, когда они угрожаютъ ухаживающимъ за нимъ лицамъ, замышляютъ побѣгъ. Понятно, что для нихъ лежаніе въ кроватѣ особой пользы принести не можетъ, но, во первыхъ, пока они остаются въ кровати, наблюденіе за ними становится легче, во вторыхъ,—все таки, хотя отчасти они убѣждаются въ томъ, что ихъ лечить и во всякомъ случаѣ новый фактъ даетъ новое направленіе ихъ мыслямъ. Больному слѣдуетъ объяснить, что теперь онъ боленъ, что ему нужно нѣкоторое время остаться въ постели;

параноики вообще очень заботятся о своемъ драгоценномъ здоровьи и потому часто не особенно протестуютъ противъ такого предложенія врача. Параноики не должны долго оставаться въ кровати и потому со стороны психіатра требуется большой тактъ, чтобы опредѣлить, когда именно нужно уложить въ постель больного и когда разрѣшить ему встать.

Не думаю, чтобы постельный режимъ могъ быть полезенъ при леченіи истеріи; по крайней мѣрѣ я не видѣлъ ни разу улучшенія, но за то нерѣдко видѣлъ ухудшеніе послѣ продолжительнаго лежанія въ постели. Истерическимъ очень правится этотъ режимъ—какъ доказательство ихъ тяжкаго состоянія; онѣ не обнаруживаютъ желанія встать и цѣлые мѣсяцы наслаждаются своимъ положеніемъ тяжко-больныхъ. Этихъ больныхъ можно укладывать въ постель только при крайней къ тому необходимости и при томъ по возможности на короткое время. Имъ нужно работать и при томъ какъ можно больше, а не лежать, и потому слѣдуетъ привѣтствовать новое стремленіе въ терапіи этой болѣзни.

Я уже говорилъ, что при гебефрениі и катотоніи постельный режимъ только вреденъ, также онъ вреденъ для всѣхъ слабоумныхъ больныхъ, которыхъ нужно приучать къ занятіямъ, а не къ лежанію.

Конечно было бы лучше установить болѣе детально показанія и противопоказанія для примѣненія постельнаго режима, но это едва ли возможно, потому что такихъ показаній нельзя установить для отдѣльныхъ симптомовъ душевныхъ болѣзней. Имѣетъ, вѣдь, значеніе, не только симптомъ, но его интенсивность, или степень, его продолжительность, физическое состояніе больного и его темпераментъ. А это все такія трудно опредѣляемыя явленія, что положительно невозможно перечислить всѣ состоянія, требующія примѣненія постельнаго режима. Примѣненіе постельнаго режима требуетъ тщательнаго изученія каждаго больного, а для правильнаго его примѣненія врачъ долженъ быть хорошимъ наблюдателемъ.

Итакъ я пришелъ къ слѣдующимъ четыремъ выводамъ.

1) Постельный режимъ не можетъ считаться лечебнымъ средствомъ, онъ не оказываетъ вліянія ни на теченіе, ни на исходъ душевныхъ болѣзней; только физическое состояніе можетъ служить прямымъ показаніемъ для примѣненія постельнаго режима.

2) Постельный режимъ весьма полезенъ какъ одинъ изъ приѣмовъ ухода за душевно-больными: благотворное его вліяніе на поведеніе многихъ больныхъ несомнѣнно.

3) Настойчивый продолжительный постельный режимъ вообще не желателенъ.

4) Постельный режимъ вреденъ въ гебефреническихъ формахъ и вообще молодымъ неизлѣчимымъ больнымъ.



КЪ ВОПРОСУ О РАСТРОЙСТВѢ КРОВООБРАЩЕНІЯ ВЪ ОБЛАСТИ ПАРАЛИЗОВАННЫХЪ НЕРВОВЪ.

Прив.-доцен. Кіевскаго Университета Св. Владиміра

Михаила Лапинскаго.

Авторы, интересовавшіеся состояніемъ кровообращенія въ области парализованныхъ нервовъ, обращали свое вниманіе при лабораторныхъ изслѣдованіяхъ на ширину просвѣта сосудовъ въ области экспериментируемыхъ нервовъ, на мѣстную быстроту тока крови и, наконецъ, на высоту мѣстнаго же внутрисосудистаго давленія. Помимо этого, о состояніи мѣстной циркуляціи они судили также по температурѣ части тѣла, нервъ которой былъ поврежденъ; на основаніи измѣненнаго цвѣта ея, увеличеннаго объема (при помощи плетисмографа) и, наконецъ, на основаніи отека данной области.



Что касается ширины просвѣта, то многочисленныя наблюденія отмѣтили расширеніе сосудовъ въ областяхъ тѣла, нервные стволы которыхъ или корешки послѣднихъ были какимъ-либо образомъ повреждены и содержавшіяся въ нихъ вазомоторныя волокна при этомъ пострадали.

Мѣстное увеличеніе просвѣта сосудовъ въ области напр. тройничнаго нерва были отмѣчены у различныхъ животныхъ при разсѣченіи ствола этого нерва: Valentin ¹⁾, Graefe ²⁾, Cl. Bernard ³⁾, Cahen ⁴⁾.

¹⁾ Valentin. De functionibus nervorum cerebralium. 1839.

²⁾ Graefe. Цитировано по Лауденбаху. Сосудодвигательная система. Кіевъ. 1887.

³⁾ Cl. Bernard. Gaz. de méd. de Paris. 1874.

⁴⁾ Cahen. Nevroses vasomotrices. Arch. de méd. 1863. II.

Точно также расширение кровеносныхъ путей въ одной половинѣ (Schiff ¹⁾) языка наблюдалось при перерѣзкѣ подъязычнаго нерва у собакъ. У кроликовъ отмѣчено то же самое въ верхней части уха при резекціи п. auricularis (Moreau ²⁾). Разсѣченіе симпатическаго нерва на шеи у собаки, кролика, лошади и осла, произведенное многими авторами: (Cl. Bernard ³⁾, Vulpian ⁴⁾, Goltz ⁵⁾ Догель ⁶⁾, Dastre-Morat ⁷⁾, Schiff ⁸⁾, Brachet ⁹⁾, Brown-Sequard ¹⁰⁾, Waller ¹¹⁾, Gallenfels ¹²⁾, Nothnagel ¹³⁾) вызвало между прочими явленіями гиперемію уха и мозговыхъ оболочекъ.

Расширеніе сосудовъ у лягушки въ области развѣтвленія сѣдалищнаго нерва наблюдалось послѣ перерѣзки этого нерва: (Warthon ¹⁴⁾, Joseph ¹⁵⁾, Donders ¹⁶⁾, Huitzinga ¹⁷⁾,

¹⁾ Schiff. Einfluss der Nerven auf die Gefässe der Zunge. Arch. f. Heil- kunge. 1866.

²⁾ Moreau. Contrblt. f. med. Wiss. 1873.

³⁾ Cl. Bernard. a) Comptes rend. de Biolog. 1851. b) Gaz. méd. de Paris. 1852. c) Annales des sciences naturelles. 1854. d) Liquides de l'organisme. Vol. I. p. 251.

⁴⁾ Vulpian. a) Gaz. méd. de Paris. 1857. b) Leçons sur l'appareil vaso- moteur. Par. 1875. Vol. I p. 90—96.

⁵⁾ Goltz. Freunzber u. Gergens. Gefässerweiternde Nerven. Pflüg. Arch. XI.

⁶⁾ Догель. Измѣреніе объемовъ крови. Московск. Мед., Газета. 1868.

⁷⁾ Dastre-Morat, Recherches experim. sur le système nerveux vasomoteur. P. 1884. p. 24.

⁸⁾ Schiff. a) Arch. f. phys. Heilkunde 1854. b) Untersuchungen zur Phy- siolog. des Nervensystems. 1855. s. 140.

⁹⁾ Brachet. Recherches expérim. sur les fonctions du système nerveux. 1837. p. 430—432.

¹⁰⁾ Brown-Sequard. Gaz. de méd. de Paris. 1854.

¹¹⁾ Waller. Comptes rend. 1853. p. 378.

¹²⁾ Gallenfels. Zeitschrift f. rationelle Medec. 1855.

¹³⁾ Nothnagel. Arch. f. pathol. Anatomie 1867. XL.

¹⁴⁾ Warthon. Цитировано по Vulpian. l. c.

¹⁵⁾ Joseph-Herman. Einfluss der Nerven auf Ernährung. Dubois-Raymond's. Arch. 1872.

¹⁶⁾ Donders. Congrès de Bruxelles. 1875

¹⁷⁾ Huitzinga. Innervation der Gefässe in der Schwimmhaut des Frosches. Pflüg. Arch. XI. 1875. s. s. 200—207.

Гумилевский ¹⁾, Putzeys и Тархановъ ²⁾).

Расширение сосудов и повышение температуры в области развѣтвленія перерѣзаннаго сѣдалищнаго нерва наблюдалось у собаки: Iankovsky ³⁾, Eulenburg и Landois ⁴⁾, Schiff ⁵⁾, Bufalini ⁶⁾, Goltz ⁷⁾, Разумовский ⁸⁾, Роговичъ ⁹⁾, Mantegazza ¹⁰⁾, Putzeys—Тархановъ ¹¹⁾.

Увеличение просвѣта артерій, въ четыре или пять разъ превосходящее норму, и еще болѣе значительное расширение венъ получалъ Fraenkel ¹²⁾, разсѣкая сѣдалищный нервъ у кроликовъ. Подобное расширение сосудов описываетъ Vulpian ¹³⁾ у различныхъ животныхъ послѣ нарушенія цѣлости сѣдалищнаго нерва.

Nassel ¹⁴⁾ Cl. Bernard ¹⁵⁾ и Schiff ¹⁶⁾ видѣли повышение температуры и гиперемію голени и стопы у кролика послѣ

¹⁾ Гумилевский. Einfluss der Muskelcontractionen auf Blutcirculation. Dubois-Raymond's Arch. 1886.

²⁾ Putzeys-Tarchanoff. Einfluss des Nervensystems auf den Zustand der Gefässen. Cntrlblt. f. med. Wiss. 1874. S. 641.

³⁾ Iankovsky. Bedeutung der Gefässenerven auf Oedementstehung. Virch. Arch. Bd. 93.

⁴⁾ Eulenburg u. Landois. Thermische Wirkungen experimenteller Eingriffe an Nervensystem Virchow's Arch. Bd. 66. 1876.

⁵⁾ Schiff. Untersuchungen z. Phys. d. Nervensystems. 1855.

⁶⁾ Bufalini. Temperatur gelähmter Glieder. Herman's Schwalbe Jahresbericht f. Phys. 1876.

⁷⁾ Goltz. Cntrlblt. f. med. Wiss. 1877.

⁸⁾ Разумовский. Къ вопросу объ атрофическихъ процессахъ въ костяхъ послѣ перерѣзки нервовъ. Диссертація 1884.

⁹⁾ Роговичъ. Псевдомоторное дѣйствіе сосудорасширяющихъ нервовъ. Кіевъ. 1885.

¹⁰⁾ Mantegazza цит. no Ster: Verhalten der Musceln nach Läsion d. Nervensystems. Arch. f. Psych. XXIX.

¹¹⁾ Putzeys-Tarchanoff. Arch. f. Anatomie u. Physiologie. 1874.

¹²⁾ Fraenkel. Neuritische angiosclerose. Wien. Klinische Wochenschrift. 1896.

¹³⁾ Vulpian. l. c. II 348.

¹⁴⁾ Nasset. Untersuchungen z. Physiologie u. Pathologie. II. 1839. s. 115.

¹⁵⁾ Cl. Bernard. Comptes-rendus de la société biologique. 1854. s. 187.

¹⁶⁾ Schiff. Untersuchungen z. Physiologie des Nervensystems. 1855.

резекціи у него сѣдалищнаго нерва. Весьма интересно, что температура бедра въ ихъ экспериментахъ оставалась пониженной.

Nothnagel ¹⁾ вызвалъ увеличеніе просвѣта артерій и венъ у собаки, перерѣзывая у нея сѣдалищный и бедренный нервы.

Левашевъ ²⁾ получилъ у такого же животнаго повышеніе температуры задней конечности и гиперемію ея послѣ перерѣзки бедреннаго нерва.

Левашевъ ³⁾, Mathieu и Gley ⁴⁾ раздражали продолжительно у собакъ сѣдалищный нервъ, не нарушая его цѣлости, и получали расширеніе сосудовъ и гиперемію въ области пораженнаго нерва.

Goltz ⁵⁾, Остроумовъ ⁶⁾, Hastelick und Bidder ⁷⁾, Дзедзюль ⁸⁾ Kendall u. Luchsinger ⁹⁾, Masius eb Vanlair ¹⁰⁾ Lepine ¹¹⁾ и другіе авторы раздражали у собаки периферическій отрѣзокъ сѣдалищнаго нерва и достигали при этомъ повышенія температуры парализованной части тѣла.

Остроумовъ ¹²⁾ вызвалъ тоже самое у кураризованныхъ животныхъ.

¹⁾ Nothnagel. Anpassungen u. Ausgleichungen. Zeitsch. f. klin. Med. XX.

²⁾ Левашевъ. Cntrlblt. f. Nervenheilkunde. 1880.

³⁾ Левашевъ. a) Zur Lehre von trophischen Nerven. Cntrlblt. f. med. Wissenschaften. 1883. b) Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Nervensystems bei Gefässerkrankungen. Virchow's Arch. Bd. 92. 1883. c) Influence du système nerveux sur la nutrition. Arch. slave de Biologie. 1886.

⁴⁾ Mathieu et Gley. a) Purpura névropatique. Rev. de médec. 1887. a) Note sur quelques troubles trophiques causées par l'irritation du nerf sciatique. Arch. de physiologie. 1888.

⁵⁾ Goltz. Cntrlblt. f. med. Wiss. 1877. I. c.

⁶⁾ Остроумовъ. Hemmungsnerven der Hautgefäße. Pflüger's Arch. XII.

⁷⁾ Hastelick u. Bidder. Innervation im Gebiet v. N. Ischiadici. Wien. Klin. Wochensch. 1893.

⁸⁾ Дзедзюль. Ueb. Gefässerweiternde Nerven. Jahresbericht f. Phys. 1880.

⁹⁾ Kendall u. Luchsinger. Zur Innervation der Gefäße. Pflüger's Arch. XIII.

¹⁰⁾ Masius et Vanlair. Les nerfs vasomoteurs, leur mode d'action. Jahresber. f. Phys. 1876.

¹¹⁾ Lepine. Influence du nerf sciatique sur la temperat. du membre correspond. Jahresber. f. Phys. 1876.

¹²⁾ Остроумовъ. Pflüger's Arch. Bd. XII. I. c.

Перерѣзка корешковъ сѣдалищнаго нерва точно также сопровождалась гипереміей парализованной конечности въ опытахъ Schiff'a ¹⁾ надъ различными животными.

Догель и Шумовскій ²⁾ разсѣкали все плечевое или крестцово-поясничное сплетеніе у собакъ и наблюдали при этомъ повышеніе температуры и сильное увеличеніе просвѣта сосудовъ парализованной конечности; тѣхъ же самыхъ результатовъ достигали Samuel ³⁾ и Schiff ⁴⁾ у голубей, перерѣзывая имъ плечевое сплетеніе.

Огромный интересъ представляютъ нѣкоторыя изъ этихъ приведенныхъ наблюденій въ виду особенной продолжительности реакціи со стороны кровеносныхъ путей.

Такъ, Dastre-Morat ⁵⁾ отмѣчали мѣстное расширеніе сосудовъ (у собаки и лошади) послѣ резекціи симпатическаго нерва много дней подъ-рядъ.

Тархановъ и Putzeys ⁶⁾ убѣдились, что у лягушекъ, которымъ были разсѣчены сѣдалищные нервы, рѣзко выраженная гиперемія наблюдались еще на 10-й день послѣ совершенія операцій.

Schiff ⁷⁾ въ своихъ опытахъ надъ голубями отмѣчалъ подобную гиперемію и повышеніе температуры въ конечностяхъ съ перерѣзаннымъ плечевымъ сплетеніемъ точно также весьма долгое время подъ-рядъ.

Samuel ⁸⁾ въ его опытахъ надъ голубями видѣлъ то же самое въ теченіе многихъ недѣль.

¹⁾ Schiff. Comptes rendus LV. 1862. p. 462.

²⁾ Догель и Шумовскій. Вліяніе сѣдалищнаго нерва на теченіе крови. Московск. мед. Газета. 1868.

³⁾ Samuel. Das Gewebswachstum bei Störungen der Innervation. Virch. Arch. Bd. 113.

⁴⁾ Schiff. Цитировано по Samuel: das Gewebswachstum bei Störungen der Blutcirculation. Virch. Arch. Bd. 101.

⁵⁾ Dastre-Morat. Recherches experimentales sur le système vasomoteur. Paris. 1884 p. 24.

⁶⁾ Тархановъ и Putzeys. Contrblt. f. med. Wiss. I. c.

⁷⁾ Schiff. Virch. Arch. Bd. 101. bei Samuel I. c.

⁸⁾ Samuel. Virchow's Arch. Bd. 113. I. c.

Tigerstedt ¹⁾ (стр. 474) упоминаетъ о расширеніи кровеносныхъ путей въ теченіе многихъ недѣль, какъ послѣдствіе поврежденія нерва. Левашевъ ²⁾, раздражая сѣдалищный нервъ у собакъ, не нарушая однако его цѣлости, получалъ повышенія температуры лапы экспериментируемой конечности и гиперемію ея въ теченіе 3, 5 и болѣе мѣсяцевъ.

Весьма интересны также опыты Pyc-Smith ³⁾, Schiff ⁴⁾ и Gallenfels ⁵⁾, которые экспериментировали не надъ смѣшаннымъ, но надъ болѣе или менѣе чисто сосудодвигательнымъ нервомъ. Эти авторы разсѣкали у кролика симпатическій нервъ на шеѣ и отмѣчали очень продолжительную гиперемію уха.

Pyc-Smith наблюдалъ своихъ животныхъ два года подъ рядъ. Schiff нашелъ гиперемію и повышение температуры уха на оперированной сторонѣ полтора года спустя послѣ перерѣзки симпатическаго нерва. То же самое видѣлъ Gallenfels въ теченіе 150 дней подъ-рядъ.

Отекъ лапы послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва былъ описанъ Iankovsky ⁶⁾, Roth ⁷⁾, Herman Schultz ⁸⁾. Въ опытахъ Pitres ⁹⁾, Левашева ¹⁰⁾, и Vaillard ¹¹⁾ раздраженіе перерѣзаннаго сѣдалищнаго нерва сопровождалось точно также отекомъ.

¹⁾ Tigerstedt. Lehrbuch der Phys. des Kreislaufs. Leipzig. 1893. s. 474.

²⁾ Левашевъ. I. с.

³⁾ Pyc-Smith. Citirt nach Tigerstedt s. 513.

⁴⁾ Schiff. Untersuchungen zur Physiologie des Nervensystems. 1855.

⁵⁾ Gallenfels. Zeitschr. f. rationelle Medicin. 1855.

⁶⁾ Iankovsky. Virch. Arch. Bd. 93.

⁷⁾ Roth. Entstehung v. Oedem. Cntrlblt. f. md. Wiss. 1877.

⁸⁾ Herman-Schultz. Einfluss der Nervendurchschneidung auf Ernährung. Cntrlblt. f. med. Wiss. 1873.

⁹⁾ Pitres. Production artificielle des névrites. Sem. méd. 1887.

¹⁰⁾ Левашевъ. I. с.

¹¹⁾ Vaillard. a) Troubles trophiques. Sem. med. 1887. b) Névrites provoquées par le contact de l'acool. Sem. méd. 1888.

Что касается бокового давления въ сосудахъ парализованныхъ конечностей, то вообще по этому поводу имѣется весьма мало наблюдений.

Roy-Graham ¹⁾, при помощи ими самими изобрѣтеннаго инструмента, измѣряли давленіе крови въ сосудахъ плавательной перепонки, разсѣкая ²⁾ сѣдалишный нервъ, и нашли, что мѣстное давленіе при этомъ сильно падаетъ.

Cl. Bernard ³⁾, перерѣзавъ симпатическій нервъ у лошади, измѣрялъ внутрисосудистое давленіе въ вѣтвяхъ артерій temporalis на сторонѣ оперированнаго нерва. Тонусъ этихъ кровеносныхъ сосудовъ былъ почти уничтоженъ, просвѣтъ ихъ оказался сильно расширенъ, сопротивленіе теченію крови по нимъ было рѣзко уменьшено; внутрисосудистое же давленіе въ нихъ найдено сильно повышеннымъ.

Vulpian ⁴⁾ произвелъ аналогичные опыты и точно также нашелъ повышеніе внутрисосудистаго давленія въ вѣтвяхъ а. carotis на сторонѣ, гдѣ былъ перерѣзанъ симпатическій нервъ. На основаніи своихъ изслѣдованій Vulpian утверждаетъ, что перерѣзка вазомоторнаго нерва сопровождается повышеніемъ мѣстнаго внутрисосудистаго давленія, если этой операціей достигнуто расширеніе сосудовъ въ опредѣленной ограниченной области и увеличеніе прилива крови къ нимъ.

¹⁾ Roy-Graham. Neue Methode den Blutdruck in den kleinen Arterien, Venen u. Capillaren zu messen, Arch. f. die gesamt. Physiol. 1878. s. 158.

²⁾ Изслѣдованіе этихъ же самыхъ авторовъ тѣмъ же инструментомъ, но у лягушекъ съ неповрежденнымъ сѣдалишнымъ нервомъ, дали слѣдующія результаты для бокового давленія крови плавательной перепонки: а) Съ расширеніемъ сосудовъ повышается боковое давленіе. б) Боковое давленіе претерпѣваетъ вообще довольно правильныя колебанія въ предѣлахъ 20, 30 милим. водяного столба каждыя 2, 3 мин. в) Временная анемія влечетъ за собой расширеніе сосудовъ, а вновь наполняющая ихъ кровь вливается туда съ очень высокимъ давленіемъ.

³⁾ Cl. Bernard. Liquides de l'organisme. Vol. I p. 251—260.

⁴⁾ Vulpian. Leçons sur l'appareil vasomoteur. I. c. Vol. I. p. 95—380.

Dastre-Morat ⁵⁾ произвели тотъ же опытъ у осла и у лошади, но пришли къ инымъ результатамъ. Въ ихъ наблюденіяхъ повышение артеріальнаго давленія наблюдалось лишь первыя секунды послѣ перерѣзки симпатическаго нерва; въ дальнѣйшемъ же, внутрисосудистое давленіе въ области перерѣзаннаго нерва подымалось лишь въ венахъ, въ артеріяхъ же, наоборотъ, оно было ниже нормы.

Tigerstedt, разсуждая по поводу колебаній внутрисосудистаго давленія въ расширенныхъ артеріяхъ, вазомоторные нервы которыхъ передъ тѣмъ были перерѣзаны, считаетъ, что мѣстное расширение дѣйствуетъ на общее сосудистое давленіе, какъ всякое внутреннее кровотеченіе: Wir haben schon gesehen, говоритъ Tigerstedt, „dass die Gefäße bei einer äussern Blutung durch eine starke Contraction gegen den herabsinkenden Blutdruck reagiren. Nun ist aber jede Erweiterung der Gefässhöhle, welche mittelst Durchschneidung eines gefässverengenden Nerven zuwegegebracht wird, einer inneren Blutung gleichzustellen. Wir sind daher berechtigt, die Möglichkeit anzunehmen, dass hierbei Gefäße, deren Nerven garnicht direct beeinflusst worden sind, consecutivverengt werden. In diesem Falle wird der Druck in der gelähmten Arterie ansteigen, wenn nahmlien die Blutzufuhr verhältnissmässig grösser wird, als die Widerstandsabnahme in ihren peripheren Zweigen“. (s. 475).

„Weil aber das Blut in dieser (erweiterten) Arterie auf einen geringeren Widerstand, als in anderen arteriellen Bahnen Stösst so strömt dort mehr Blut, als kurz vorher. Von der Bezilhung zwisohen der Gefasserweiterung und der Blutzufuhr ist dann der Seitendruck abhängig“. (s. 475). (Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufs).

Очевидно авторъ считаетъ вполне законнымъ поднятіе мѣстнаго бокового давленія въ томъ случаѣ, если приливъ

⁵⁾ Dastre-Morat. Recherches expérimentales 1. c.

крови къ расширеннымъ сосудамъ происходитъ въ повышенной степени.

Весьма мало наблюдений сдѣлано также и по поводу быстроты крови въ сосудахъ парализованной конечности. Самое измѣреніе скорости въ подобныхъ случаяхъ производилось различными приемами и при употребленіи разнообразныхъ методовъ.

Для опредѣленія скорости крови въ парализованныхъ лапахъ лягушекъ авторы разсматривали подъ микроскопомъ мелкіе сосуды плавательной перепонки. У большихъ животныхъ для той же цѣли пользовались часами Людвига, которыми измѣрялись объемы крови, протекающей въ крупныхъ сосудахъ экспериментируемой части тѣла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаемую область тѣла ранили болѣе или менѣе глубоко и судили о скорости теченія крови внутри ея сосудовъ по толщинѣ струи, истекающей изъ раны.

Интересуясь даннымъ вопросомъ, Herman Joseph ¹⁾ обращалъ вниманіе не только на скорость теченія крови въ сосудахъ, но одновременно также и на ширину ихъ просвѣта. Перетягивая сѣдалищный нервъ у лягушки лигатурой, смоченной въ карболовой кислотѣ, или сдавливая его стеклянными палочками, Her. Joseph наблюдалъ съ одной стороны расширение кровеносныхъ путей плавательной перепонки, а съ другой—замедленіе въ нихъ тока крови.

Такое же замедленіе мѣстнаго кровообращенія въ плавательной перепонкѣ у лягушекъ наблюдалъ и Saviotti ²⁾ при аналогичныхъ условіяхъ.

Гумилевскій ³⁾ изслѣдовалъ скорость теченія крови въ плавательной перепонкѣ лягушки при перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва. Онъ нашелъ, что „die Durchscheidung des Nerven

¹⁾ Herman-Joseph. Dubois-Raymond's Arch 1872. I. c.

²⁾ Saviotti. Arch. f. patholog. Anatomie. 1870. s. s. 580—592.

³⁾ Гумилевскій. Dubois Raymond's Arch 1886 I. c.

von anhaltender Gefässinjection begleitet (s. 139); die Querdurchmesser der Gefässe sind grösser und die Blutcirculation sistirt sogar einige Zeit in der Schwimhaut“.

Къ сожалѣнію, изслѣдованія этихъ авторовъ весьма кратки и найденное ими нужно считать вѣрнымъ лишь для первыхъ минутъ паралитическаго состоянія нервовъ.

Болѣе важными кажутся выводы Vulpian ¹⁾, а огромный опытъ автора дѣлаетъ его мнѣніе въ высокой степени достовернымъ. На основаніи своихъ наблюденій Vulpian въ такихъ выраженіяхъ опредѣляетъ послѣдствія перерѣзки сѣдалищнаго нерва: „Расширеніе сосудовъ, возникающее послѣ перерѣзки вазомоторныхъ волоконъ (содержащихся въ перерѣзанномъ нервѣ), имѣетъ послѣдствіемъ замедленіе движенія крови въ капиллярахъ и венахъ. Это замедленіе обуславливается не только расширеніемъ путей, чрезъ которыя должно пройти то же, что и прежде, количество крови, но также и уменьшеніемъ силы, проталкивающей кровь въ вены (*vis a tergo*), вслѣдствіе ослабленія тонуса мелкихъ артерій. Такимъ образомъ долженъ образоваться до извѣстной степени относительный стазъ въ капиллярныхъ сосудахъ этого члена и главнымъ образомъ въ его удаленныхъ частяхъ; ибо здѣсь именно послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва оказываются парализованными мелкія артерійки. Это состояніе кровообращенія безспорно является предрасполагающей причиною для остановокъ теченія крови.

Это заключеніе Vulpian'a относится къ болѣе позднимъ стадіямъ паралича нервовъ, имѣетъ въ виду не острое измѣненіе кровообращенія, вслѣдъ за поврежденіемъ нервовъ, а длительныя разстройства его—благодаря этой причинѣ—и составлено оно при изученіи различныхъ породъ животныхъ.

Менѣе интересны для нашей темы измѣреніе скорости крови въ области парализованныхъ нервовъ большихъ животныхъ. Изслѣдованія эти, произведенныя при помощи часовъ

¹⁾ Vulpian. l. c. vol. II p. 348.

Людвига будучи предприняты съ другими цѣлями касаются нашего предмета лишь отчасти. Такъ: измѣреніе скорости тока крови въ бедренной артеріи были производимы Догелемъ и Шумовскимъ ¹⁾, Погожевымъ ²⁾ и Догелемъ ³⁾ послѣ перерѣзки сѣдалищнаго и бедреннаго нервовъ. Эти авторы интересовались однако лишь вопросомъ, насколько сокращеніе мышцъ можетъ повліять на мѣстное кровообращеніе въ экспериментируемой конечности; съ этой цѣлью они раздражали электрическимъ токомъ периферическіе отрѣзки извѣстныхъ нервовъ ноги и въ тоже время измѣряли объемы крови, протекающей черезъ бедренную артерію. Результаты этихъ измѣреній были различны. Въ однихъ случаяхъ раздраженіе отрѣзка нерва влекло за собой замедленіе тока крови въ экспериментируемой конечности, въ другихъ—наблюдалось напротивъ повышеніе скорости его. Эти наблюденія не даютъ однако возможности опредѣлить вліяніе самого паралича нервовъ на быстроту тока крови въ управляемой ими части тѣла и, во-первыхъ, это невозможно потому, что скорость тока крови въ сосудахъ до перерѣзки нервовъ не установлена; во-вторыхъ, потому, что самое измѣреніе крови производилось во время раздраженія нервовъ. Сокращавшіяся же вслѣдствіе этого мышцы сдавливали лежащіе между ними сосуды, въ томъ числѣ и бедренную артерію, и затрудняли притокъ крови къ ней.

Никакого значенія для нашей темы не имѣютъ также и тѣ измѣренія теченія крови, гдѣ объ ея скорости приходилось судить по количеству крови, истекающей изъ раны. Въ

¹⁾ Догель—Шумовскій; Вліяніе сѣдалищнаго нерва на теченіе крови Моск. Мед. Газ. 1868.

²⁾ Погожевъ. Кровообращеніе при движеніяхъ. Военно-Мед. Журналъ. СХХІІ. 1875.

³⁾ Догель. Измѣренія объемовъ теченія крови. Московск. мед. газета. 1868.

опытахъ Cl. Bernard ¹⁾, Schiff ²⁾, Gascet ³⁾, Sadler ⁴⁾, Herman Schultz ⁵⁾, струя крови, вытекающая изъ раны на сторонѣ перерѣзаннаго нерва, была гораздо толще, шире и текла съ большей интенсивностью, чѣмъ на противоположной сторонѣ, въ области неповрежденнаго нерва; однако изъ этихъ наблюденій можно заключить лишь о наполненіи сосудовъ въ сравниваемыхъ областяхъ; о быстротѣ же тока въ ихъ сосудахъ рѣшительно невозможно сдѣлать никакого сужденія на основаніи этихъ наблюденій

Мы видимъ изъ приведенныхъ изслѣдованій, что перерѣзка нерва или его корешковъ, перетягиваніе ствола его лигатурой или поврежденіе, наносимое ему какимъ-либо другимъ образомъ, сопровождается расширеніемъ мѣстныхъ сосудовъ въ области его развѣтвленія, которое можетъ продолжаться многія недѣли и даже мѣсяцы.

Мѣстное кровяное давленіе въ области пораженныхъ нервовъ въ однихъ случаяхъ падаетъ сейчасъ же послѣ ихъ поврежденія; въ другихъ—оно найдено повышеннымъ; поднятое выше нормы давленіе наблюдалось повидимому тамъ, гдѣ одновременно съ этимъ отмѣчено было и рѣзкое расширеніе сосудовъ.

1) Cl. Bernard. Liquides de l'organisme. Vol. I.

2) Schiff. Цитировано по Догель—Шумовскому I. с.

3) Gascet a) Aenderung des Blutstroms in den Musceln durch die Reizung ihrer Nerven. Ludwigs Arbeit 1877 b) Gefässnerven der Froschmuscel. Jahresber. f. Phys. 1878.

4) Sadler Blutstrom. in den Musceln. Ludwig's Arbeit. 1869.

5) Herman—Schultz. Einfluss der Nervendurchschneidung auf Ernährung u. Regeneration des Gewebe. Cntrlbt. f. med. Wissensch. 1873.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наиболѣе заслуживающихъ довѣрія, скорость теченія крови въ области парализованныхъ нервовъ была найдена замедленной.

Во всѣхъ почти приведенныхъ изслѣдованіяхъ, касающихся измѣренія скорости тока и бокового давленія, время наблюденія было крайне коротко, иногда оно ограничивалось лишь нѣсколькими минутами, благодаря чему найденные результаты не даютъ никакой возможности составить себѣ заключеніе по поводу разстройствъ быстроты тока внутрисосудистаго давленія въ позднѣйшихъ стадіяхъ паралича нервовъ.

III.

Предпринявъ съ своей стороны изслѣдованіе по поводу ширины просвѣта сосудовъ, скорости движенія крови и высоты внутрисосудистаго давленія въ области парализованныхъ нервовъ, мы имѣли въ виду главнымъ образомъ прослѣдить, какъ складываются эти явленія не только сейчасъ вслѣдъ за поврежденіемъ нерва, а главнымъ образомъ въ теченіе послѣдующаго затѣмъ періода.

Для своихъ работъ мы брали лягушекъ *Rana esculenta* (Венгерской расы) и вызывали имъ параличъ одной (лѣвой) задней лапки.

Съ этой цѣлью имъ перерѣзывались моторные корешки лѣваго сѣдалищнаго нерва или самый стволъ его въ верхней трети бедра или же, наконецъ, на стволъ его въ томъ же мѣстѣ накладывалась тугая лигатура. Производя наблюденіе надъ животнымъ сначала въ его нормальномъ состояніи, затѣмъ послѣ поврежденія ему сѣдалищнаго нерва, повторяя много разъ подъ рядъ эти отдѣльные наблюденія и имѣя всегда для сравненія, во первыхъ, періодъ до поврежденія нерва, во вторыхъ—другую нормальную конечность, мы имѣли возможность опредѣлить, какія измѣненія претепѣваютъ указанныя особенности кровообращенія, не только въ парализованной, но также и въ нормальной лапкѣ.

Въ общемъ изслѣдованіе подъ микроскопомъ кровообращенія въ плавательной перепонкѣ каждой экспериментируемой лягушки производилось на наблюдательной платформѣ за 48-ч., 24-ч. и $\frac{1}{2}$ часа до операціи, черезъ полчаса послѣ операціи и ежедневно, по одному разу, въ теченіе всего послѣоперационнаго періода до самой смерти животнаго, которая обыкновенно наступала на 12-20 рѣдко 30 день.

Желая возможно больше щадить животное при фиксированіи на наблюдательномъ столикѣ, мы заворачивали лягушку въ писчую бумагу такъ, что заднія конечности ея были совершенно свободны, туловище же ея и переднія конечности, слегка вытянутыя впередъ и приложенныя къ головѣ, помѣщались свободно внутри бумажнаго свертка. Передній конецъ этой бумажной трубки продолжался на 12—15 смт. впередъ отъ рыла лягушки, и оставаясь совершенно открытымъ, дѣлалъ дыханіе животнаго вполне свободнымъ. Завороченная въ такой бумажный футляръ, лягушка помѣщалась затѣмъ на платформѣ и укрѣплялась тамъ 2—3-мя шнурками, проведенными черезъ туловище (поверхъ бумаги). Платформа ¹⁾ эта представляла собою деревянную дощечку толщиной около 2-хъ смт., шириною въ 20 смт., длиною—60 смт. На одномъ концѣ ея имѣлись два окна по 2 смт. въ діаметрѣ, расположенныя въ разстояніи 1 смт. отъ средней линіи доски и отъ короткаго ея края. Надъ этими окошечками укрѣплялись во время изслѣдованія плавательныя перепонки обѣихъ заднихъ конечностей, а самая платформа помѣщалась на предметный столикъ микроскопа.

Надъ обѣими окнами была укрѣплена крѣпкая стеклянная пластинка на разстояніи $\frac{3}{4}$ смт. отъ платформы и притомъ въ плоскости ей параллельной. Пластинку эту можно было вынимать по желанію, но будучи вложена въ назначенное ей помѣщеніе, она становилась неподвижна. Въ отверстіе оконъ вставлены были два цилиндрическихъ стеклянныхъ сосуда 2 смт. въ діаметрѣ и 1—12 смт. вышиной, снабженные двумя отверстіями. Одно изъ нихъ верхнее широкое было завязано прозрачною перепонкой (изъ рыбьяго пузыря), которая лежала совершенно свободными складками и будучи поднимается снизу изъ внутри сосуда могла выпячиваться къ верху на 1—1 $\frac{1}{2}$ смт., образуя широкую, почти въ 6 квадр. смт. плоскую сферическую поверхность. Другое маленькое боковое отверстіе переходило въ узкій (3 милим. въ діаметрѣ) стеклянный рукавъ, соединившійся при помощи каучуковаго рукава съ каучуковой же грушей. Соединеніе стек-

¹⁾ Окончивъ наши изслѣдованія при помощи этого прибора, мы случайно встрѣтили цитированную уже работу Roy и Graham, гдѣ описанъ ихъ инструментъ, почти тождественный нашему.

лянного рукава съ каучуковымъ совершалось при помощи т-образной стеклянной трубочки. Два горизонтальных устья ея переходили въ упомянутые стеклянный и каучуковый рукава; третье же вертикальное устье соединялось со стекляннóй градуированной трубкой, 3 миллим. въ диаметръ, длиной въ 1 метръ, укрѣпленной въ вертикальномъ положеніи и оканчивавшееся совершенно открытымъ отверстіемъ. Наполнивъ цилиндрической сосудъ, грушу и соединяющіе ихъ рукава водой черезъ открытое верхнее отверстие градуированной трубки и оставляя эту послѣднюю пустою, можно было по желанію напрягать и выпячивать вверхъ упомянутую перепонку, сжимая каучуковую грушу и вгоняя такимъ образомъ воду въ цилиндрической сосудъ. Расслабляя влѣдъ затѣмъ грушу можно было всасывать воду изъ цилиндрическаго сосуда и въ тоже время выпятившаяся перепонка спадалась въ складки. Каждый разъ, когда вода, наполая съ силою цилиндрической сосудъ, выравнивала эти складки, перепонка выпячивалась и давила на лежащую надъ нею стеклянную пластинку; излишекъ же воды, не находя себѣ болѣе мѣста, свободно поднимался въ градуированную трубку. Если между стеклянной пластинкой и перепонкой въ такой моментъ помѣщалось какое нибудь тѣло, то оно должно было испытывать определенное давленіе, величина котораго опредѣлялась довольно точно столбомъ воды въ градуированной трубкѣ. Помѣстивъ между упомянутой перепонкой и стеклянной пластинкой расправленную плавательную перепонку гесп. ланку лягушки, можно было сдавливать ее гесп. ея сосуды до полнаго прекращенія въ нихъ циркуляціи. Это послѣднее удавалось лишь тогда, если давленіе водяного столба равнялось или было больше того внутрисосудистаго давленія, подъ которымъ прилиwała кровь изъ сердца къ этимъ мелкимъ капилларамъ. Наблюдая поэтому подъ микроскопомъ движеніе крови, а съ другой стороны высоту столба въ градуированной трубкѣ, можно было такимъ способомъ опредѣлять ихъ внутрисосудистое давленіе. Съ помощію этого инструмента можно было наблюдать одновременно всѣ три интересующія насъ явленія, т. е. измѣрять измѣненія ширины просвѣта сосудовъ плавательной перепонки, отмѣчать быстроту теченія крови и опредѣлять высоту бокового давленія въ нихъ. Инструментъ позволялъ кромѣ того сравнивать въ любой моментъ состояніе циркуляціи въ парализованной и нетронутой ланкахъ между собою. Для этого нужно было лишь передвинуть наблюдательную платформу на предметномъ столикѣ.

Ради болѣе точности измѣренія внутрисосудистаго давленія мы брали сосуды по срединѣ отдѣльныхъ межиальцевыхъ складокъ приблизительно на $\frac{1}{2}$ смт. отъ свободнаго края ихъ и подальше отъ костнаго остова пальцевъ. Намъ удалось замѣтить, что перепонка рыбьяго пузыря, встрѣтивъ палецъ лягушки, свободно повисла на немъ и въ видѣ мостика переходила черезъ близъ лежащія сосуды межиальцевыхъ складокъ, нисколько не сдавливая ихъ, когда это послѣднее требовалось.

Укрѣпленіе лягушки на платформѣ, расправленіе плавательныхъ перепонокъ надъ наблюдательными окнами и при-

калываніе ихъ тамъ крючковатыми булавками производилось безъ всякаго наркоза. Болѣе или менѣе энергичное давленіе рукой на все туловище приводило животное весьма быстро въ совершенно покойное состояніе, по окончаніи всѣхъ болѣзненныхъ процедуръ давленіе рукою постепенно уменьшалось и совѣмъ прекращалось, а лягушка лежала въ это время совершенно неподвижно въ т. н. гипнотическомъ состояніи.

Наблюдая кровообращеніе въ плавательныхъ перепонкахъ за 48, 24, $\frac{1}{2}$, часа до поврежденія нерва, мы не нашли никакой разницы въ этомъ отношеніи между обѣими конечностями.

Тончайшіе капилляры, на которые мы обратили особенное вниманіе, имѣли въ обѣихъ лапкахъ совершенно ровные контуры, не имѣли никакой извитости и просвѣтъ ихъ былъ въ обѣихъ конечностяхъ почти одинаковъ. Ширина его колебалась между 17—25- μ . Циркуляція въ нихъ не отличалась большимъ разнообразіемъ. Одни изъ капилляровъ были повидимому совѣмъ пусты, въ другихъ движеніе крови происходило весьма медленно и вяло, третьи изъ нихъ, наконецъ, были хорошо наполнены и токъ крови въ нихъ совершался съ большой быстротой.

Внутрисосудистое давленіе въ нихъ, судя на основаніи 90-ти измѣреній, колебалось между 20—60 снтм. столба воды въ градуированной трубкѣ (у малыхъ животныхъ) и 40—80 (у большихъ лягушекъ).

А.

Поступая такимъ образомъ, мы произвели рядъ наблюденій надъ лягушками, у которыхъ поврежденіе сѣдалищнаго нерва состояло въ перерѣзкѣ его моторныхъ корешковъ.

Самая операція производилась слѣдующимъ образомъ: разрѣзавъ кожу надъ спиннымъ хребтомъ и снявъ съ нижняго отдѣла его мышцы и заднія дуги нижнихъ трехъ позвонковъ, мы раздвигали оболочки спинного

мозга и направляли въ ихъ полость тонкую струю воды (подъ ничтожнымъ давленіемъ). При этомъ спинной мозгъ, приподнятый водою изъ своего костнаго ложа, слегка повертывался въ сторону, т. ч. лѣвые передніе корешки его поясничнаго утолщенія были совершенно доступны ножницамъ. Перерѣзавъ эти послѣдніе и уложивъ спинной мозгъ обратно въ его нормальное положеніе, мы закрывали костную рану мышцами и кожей и зашивали все многоразнымъ швомъ. Послѣ этого животное помѣщалось въ свѣжую воду.

Послѣдствія операціи обнаруживались сейчасъ же, какъ только животному представлялась возможность двигаться. Лѣвая задняя конечность его оказывалась при этомъ въ полнѣйшемъ параличѣ и пассивно волочилась во время передвиженія. Чувствительность этой ноги была слегка повышена. Рефлекторныя же движенія въ ней нельзя было вызвать.

Что касается кровообращенія въ плавательныхъ перепонкахъ, то послѣ поврежденія лѣваго сѣдалищнаго нерва циркуляція въ обѣихъ заднихъ конечностяхъ представляла рядъ разнообразныхъ измѣненій, въ зависимости отъ времени, протекашаго съ момента операціи.

ЧЕРЕЗЪ 1/2 ЧАСА ПОСЛѢ СОВЕРШЕНІЯ ОПЕРАЦІИ.

Лѣвая конечность. (Оперированная сторона).

Правая конечность. (Неоперированная сторона).

Капилляры сжаты до 10—15 р.	Капилляры расширены до 30 р.
Кровообращеніе въ нихъ всюду одинаково очень медленно. Число пустыхъ капилляровъ увеличилось по сравненію съ дооперационнымъ періодомъ.	Кровообращеніе очень быстро и одинаково во всѣхъ капиллярахъ. Пустыхъ капилляровъ и такихъ, гдѣ движеніе замедлено, вовсе не замѣтно.
Давленіе на 30—40 смт. ниже, чѣмъ въ дооперационный періодъ.	Давленіе достиг. 90—100 смт. и въ общемъ превышаетъ давленіе до операціи на 20—40 смт.

Черезъ 8—24 час. послѣ операціи.

Ширина капилляровъ немного увеличилась и достигаетъ 15—25 μ . Движеніе крови слегка ускорилось. Пустыхъ капилляровъ гораздо меньше. Давленіе въ нихъ поднимается, но не достигаетъ, все таки, высоты, бывшей до операціи.

Сосуды уже, чѣмъ въ предыдущій день, но все еще шире нормы. Ширина капилляровъ колеблется 20—25 μ . Кровообращеніе во всѣхъ капиллярахъ одинаково скоро. Пустыхъ капилляровъ не замѣтно. Давленіе колеблется въ тѣхъ же предѣлахъ, какъ и при нормѣ.

на 3-й, въ очень рѣдкихъ случаяхъ на 4-й 5-й день картина рѣзко измѣняется.

Сосуды рѣзко расширены и сильно наполнены кровью. Извитости контура ихъ не замѣтно. Ширина капилляровъ достигаетъ 30—35 μ .

Сосуды нормальной ширины. Капилляры достигаютъ 15—25 μ . Многие сосуды пусты; наполненіе другихъ не переходитъ за предѣлы дооперационнаго періода.

Движеніе крови во всѣхъ капиллярахъ одинаково очень быстро. Пустыхъ капилляровъ и такихъ, гдѣ циркуляція совершается медленно болѣе не замѣтно.

Движеніе крови въ различныхъ капиллярахъ совершается какъ при нормѣ, съ различной быстротой. Въ-которые капилляры пусты; въ другихъ—движеніе медленно, въ третьихъ—оно очень быстро.

Внутрисосудистое давленіе очень повышается. Давленіе водяного столба въ 100 смт. оказывается у большихъ животныхъ достаточнымъ только для того, чтобы замедлить циркуляцію; совершенно остановить ее при этомъ давленіи иногда не удается.

Давленіе падаетъ немного ниже нормы. У большихъ животныхъ оно бываетъ около 20—40 смт. (высота столба въ градуированной трубкѣ) У малыхъ и слабыхъ лягушекъ 15—20 и даже менѣе.

У болѣе мелкихъ лягушекъ, или у плохо упитанныхъ внутрисосудистое давленіе менѣе повышено. Обыкновенно столбъ воды въ 70—90 смтм. бываетъ достаточенъ, чтобы вызвать остановку кровообращенія.

Въ послѣдующіе дни состояніе кровообращенія въ обѣихъ конечностяхъ бываетъ различно въ зависимости отъ величины животнаго.

У четырехъ большихъ лягушкѣ.

Широкое стояніе просвѣта сосудовъ, вмѣстѣ съ отмѣченнымъ ускореніемъ тока крови въ нихъ и повышеннымъ сверхъ нормы внутрисосудистымъ давленіемъ, продолжается обыкновенно одну недѣлю подъ рядъ, считая съ того дня когда эти явленія возникаютъ впервые.

Просвѣтъ сосудовъ остается въ предѣлахъ 15—25 р. въ теченіе 5—8 дней. Циркуляція въ нихъ совершается въ той же формѣ, какъ и до операціи, т. е. въ незначительной части капилляровъ движеніе очень быстро, въ другихъ медленно, часть же капилляровъ кажутся пустыми. Давленіе остается немного пониженнымъ или приближается къ нормѣ.

По истеченіи этого срока наступаютъ новыя явленія въ обѣихъ ногахъ.

Просвѣтъ сосудовъ еще 8—12 дней колеблется въ предѣлахъ 25—35 р. Ходъ ихъ становится очень извитой; иногда наблюдаются нѣкоторыя неровности контура и бухтообразныя расширенія стѣнки.

Капилляры претерпѣваютъ нѣкоторое, впрочемъ незначительное, расширеніе до 20—30 р., которое держится 6—8 дней и постепенно исчезаетъ, т. ч. сосуды вновь принимаютъ тѣ же нормальные размѣры, какъ и до операціи, т. е. 15—25 р.

Досихъ поръ очень ускоренное и одинаково выраженное во всѣхъ капиллярахъ движеніе крови начинается постепенно замедляться. Обыкновенно въ началѣ бываетъ лишь частичное замедленіе, а именно, въ нѣкоторыхъ капиллярахъ, лежащихъ въ верхнихъ слояхъ плавательной перепонки или нѣсколько въ сторонѣ отъ крупныхъ сосудовъ, гдѣ эти неровности контура особенно отчетливы.

Движеніе крови въ нихъ становится постепенно нѣсколько медленнѣе, а короткое время спустя послѣ этого (24—48 час.) въ этихъ сосудахъ прекращается всякое движеніе крови. Они сохраняютъ свой прежній широкий просвѣтъ (который въ нѣкоторыхъ случаяхъ становится еще шире), рѣзко извитой ходъ и сильное наполненіе кровью, но циркуляція въ нихъ прекращается и кровяные шарикѣ въ нихъ лежатъ неподвижно.

Немного позже кровообращеніе замедляется и въ другихъ, до сихъ поръ хорошо функционировавшихъ капиллярахъ, и наступаетъ полнѣйшій стазъ крови во всѣхъ капилляр-

Въ то же время наблюдается иногда нѣкоторое ускореніе кровообращенія во всѣхъ видимыхъ капиллярахъ. Такое ускореніе длится иногда 2—4 дня.

ныхъ сосудахъ плавательной перепонки. Лишь кое гдѣ можно уловить еще слабую циркуляцію въ болѣе толстыхъ сосудахъ; но и въ этихъ послѣднихъ движеніе замѣтно главнымъ образомъ въ осевомъ слоѣ, а близь стѣнки наблюдается полнѣйшій покой.

Такое рѣзкое замедленіе кровообращенія иногда, однако временно, уменьшается, даже вовсе исчезаетъ въ одномъ изъ межпальцевыхъ сегментовъ плавательной перепонки, т. ч. въ ограниченныхъ участкахъ плавательной перепонки появляются болѣе или менѣе живая циркуляція. Такое состояніе наблюдается напр. послѣ приѣма животными обильной пищи, послѣ усиленныхъ движеній въ сосудѣ съ водой, послѣ перемѣны въ сосудѣ воды на болѣе свѣжую (холодную), вливаемую въ сосудъ струей подъ извѣстнымъ давленіемъ въ видѣ душа. Такое же кратковременное ускореніе кровообращенія въ періодъ общей стагнаціи въ этой парализованной лапкѣ мы наблюдали во время произвольныхъ движеній на наблюдательной платформѣ.

Т. к. животное было привязано довольно легко то, при извѣстныхъ раздраженіяхъ оно дѣлало попытки къ движеніямъ. Въ этотъ моментъ сосуды парализованной неподвижной конечности наполнялись кровью еще сильнѣе и наступалъ короткій періодъ оживленнаго кровообращенія.

Внутри сосудистое давленіе начинаетъ постепенно понижаться, вмѣстѣ съ замедленіемъ кровяного тока. Замедленіе кровообращенія, или даже полная остановка его, замѣчалось теперь уже при давленіи столба воды въ 90 снт. Внутрисосудистое давленіе въ самыхъ стагнирующихъ капиллярахъ было повидимому также повышено. Микроскопируя такіе, наполненные спокойно стоячей кровью, сосуды и повышая постепенно гидравлическое давленіе въ цилиндрическомъ сосудѣ, можно было видѣть, какъ съ поднятіемъ столба воды въ градуированной трубкѣ (до 20—35 снтм.) неподвижно стоявшій кровяные шарики начинали двигаться и

Послѣ кормленія, душей изъ холодной воды и произвольныхъ движеній не замѣчалось никакого оживленія циркуляціи въ здоровой ногѣ.

Внутрисосудистое давленіе держится или въ предѣлахъ среднихъ нормальныхъ цифръ, установленныхъ для этихъ животныхъ до операціи, или же немного ниже. Въ дальнѣйшемъ теченіи опыта именно въ тотъ періодъ, когда кровообращеніе ускоряется—давленіе поднимается немного выше, что выражается повышеніемъ столба воды въ градуированной трубкѣ на 10—20 снтм. выше нормы.

Съ замедленіемъ циркуляціи, внутрисосудистое давленіе также понижается. Принятіе пищи и свѣжая струя воды, пушенная на животное предъ микроскопированіемъ его лапки на наблюдательной платформѣ,

весьма скоро появлялось въ сосудахъ очень живое кровообращеніе, прекратитъ которое можно было лишь продолжая повышать гидравлическое давленіе до 80—90 с. Въ послѣдующее затѣмъ періоды, когда стазъ становился болѣе обшимъ, все таки удавалось вызывать циркуляцію въ такихъ сосудахъ, повышая гидравлическое давленіе до 30—35 снт. Однако же дальнѣйшее повышеніе того же давленія до 40—50—60 снтм. совершенно прекращало кровообращеніе и капилляры становились пусты.

Стагнирующие капилляры оставались по прежнему расширенными рѣзко извитыми и сильно наполненными кровью.

Сдавливая каучуковую грушу и повышая давленіе воды во всей гидравлической системѣ, сообщавшейся съ градуированной трубкой мы не достигали болѣе оживленія кровообращенія

Поэтому о сосудистомъ давленіи можно было высказаться лишь гадательно.

сопровождалось обыкновенно краткимъ повышеніемъ внутрисосудистаго давленія иногда даже до нормы. Наоборотъ произвольныя движенія, во время микроскопированія не сопровождались никакимъ наростаніемъ его.

Упомянутые моменты, какъ-то, кормленіе животнаго, опрыскиваніе его струей холодной воды и произвольныя движенія, которыя въ этотъ періодъ стагнаціи вызывали кратко временное оживленіе мѣстной циркуляціи, сопровождались въ тоже самое время точно также кратковременнымъ подъемомъ внутрисосудистаго давленія.

Въ послѣдующій за тѣмъ періодъ, который тянется до смерти.

Сосуды становятся немного уже и толщина капилляровъ приближается къ 20—25-р. Извилистость ихъ хода немного уменьшаются; бухтообразныхъ расширеній вовсе не замѣтно.

Кровообращеніе до самой смерти остается очень вялое; нѣкоторые капилляры стагнируютъ.

Внутрисосудистое давленіе иногда падаетъ до 25—30 снтм.

Сосуды иногда становятся уже, чѣмъ въ доопераціонный періодъ. Ширина капилляровъ колеблется между 15—20 р.

Ходъ ихъ не имѣетъ извилистостей. Циркуляція въ большей части капилляровъ замедлена. Число пустыхъ капилляровъ велико. Ускоренная циркуляція, хотя-бы въ незначительной части капилляровъ, наблюдается крайне рѣдко.

Внутрисосудистое давленіе падаетъ до 10—25 снтм.

Во второй половинѣ операціоннаго періода лапка умѣренно отекаетъ.

Ткань ея перепонки остается все время прозрачною; иногда замѣчается выхождение изъ сосудовъ красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Ткань плавательной перепонки совершенно не измѣнена. Отека лапки не замѣчается.

У трехъ малыхъ или плохо упитанныхъ лягушекъ повторяется тоже, что наблюдалось и у большихъ, съ тою однако разницею, что время теченія отдѣльныхъ періодовъ было гораздо короче, а интенсивность колебаній слабѣе. Въ то время какъ крупная, хорошо упитанная лягушка живетъ послѣ такой операціи около 3-хъ, 4-хъ недѣль, малая и плохо упитанная погибаетъ черезъ двѣнадцать, восемнадцать дней.

Черезъ полчаса послѣ операціи и послѣдующіе 24 часа сосуды въ нарализованной конечности сужены. Постепенно затѣмъ они становились шире. Въ началѣ операціоннаго періода циркуляція очень вялая, большинство капилляровъ—пусто; но къ концу первыхъ 24 часовъ циркуляція начинаетъ оживляться.

Внутри сосудистое давленіе вначалѣ падаетъ на 20—30 сант ниже того, которое имѣлось въ доопераціонный періодъ; къ концу первыхъ сутокъ оно начинаетъ подниматься.

Черезъ полчаса вслѣдъ за операціей и первые 24 часа сосуды сильно расширены и сильно наполнены кровью. Циркуляція въ нихъ весьма оживленная. Пустыхъ капилляровъ вовсе не видно. Внутри сосудистое давленіе превышаетъ на 10—20 сант. нормальное давленіе.

Дальнѣйшее теченіе этихъ явленій происходитъ слѣдующимъ образомъ:

Начиная съ третьяго дня послѣ операціоннаго періода, расширеніе сосудовъ, скорость циркуляціи и высота давленія достигаютъ наибольшей высоты.

На 5—7 день контуръ расширенныхъ сосудовъ дѣлается неровнымъ, появляются бухтообразныя расширенія и извилистость хода. Въ дальнѣйшемъ—расширеніе капилляровъ сохраняется въ теченіе остальнаго послѣ операціоннаго періода и только послѣдніе дни передъ смертію наступаетъ нѣкоторое суженіе ихъ, хотя

Ширина просвѣта капилляровъ, скорость теченія и высота внутри сосудистаго давленія приходятъ въ нормальные предѣлы со втораго или четвертаго дня послѣ операціоннаго періода.

На 5—7 день послѣ операціоннаго періода ширина просвѣта сосудовъ вновь слегка увеличивается и остается таковою нѣкоторое время подъ рядъ; лишь передъ смертію просвѣтъ ихъ снова уменьшается.

просвѣтъ ихъ остается все же шире нормы. Извитость же хода и бухтообразныя выпуклости исчезаютъ гораздо ранѣе.

Ускоренный токъ крови въ расширенныхъ сосудахъ черезъ извѣстное время начинаетъ постепенно замедляться, причемъ, подобно измѣненіямъ циркуляціи у большихъ животныхъ, сначала наблюдается частичное замедленіе въ капиллярахъ, лежащихъ поверхностно и удаленно отъ толстыхъ сосудовъ, а затѣмъ въ тѣхъ и въ другихъ сосудахъ развивается полнѣйшій стазъ. Такой стазъ съ уменьшеніемъ извитости хода сосуда и исчезанія бухтъ переходилъ въ вялую циркуляцію, продолжавшуюся до самой смерти. Если въ этотъ послѣдній стадій животное передъ изслѣдованіемъ (подъ микроскопомъ) заставляли двигаться, или помѣщали подъ струю свѣжей воды, или наканунѣ давали ему кусочекъ мяса, то очень скоро эта вялая циркуляція смѣнялась болѣе оживленной.

Скорость кровообращенія отвѣчала нормальному состоянію, но съ расширеніемъ сосудовъ наступало значительное оживленіе циркуляціи. Подъ конецъ жизни кровообращеніе было очень вяло.

Кормленіе животного и слабый душъ не производили очень рѣзкаго оживленія циркуляціи.

Что касается внутри сосудистаго давленія, то и здѣсь сильное повышеніе его выше нормы наблюдалось все время, пока въ сосудахъ замѣчалось сильное наполненіе и рѣзкое ускореніе кровообращенія. Нѣкоторое пониженіе его наступало затѣмъ во время частичнаго замедленія циркуляціи, однако же давленіе было выше, чѣмъ въ сосудахъ нормальной конечности.

Послѣ душей, кормленія и во время произвольныхъ движеній всегда наступало краткое повышеніе мѣстнаго давленія.

Одновременно съ ускореніемъ циркуляціи наблюдалось нѣкоторое повышеніе давленія въ капиллярахъ, превышавшее слегка норму. Все же остальное время и особенно послѣдніе дни жизни давленіе было понижено.

Души, кормленіе животного и произвольныя движенія не оказывали ни какого особенно замѣтнаго повышенія давленія.

Во второй половинѣ операціоннаго періода лапка была очень вяла, тонусъ ея упалъ, плавательная перепонка ея слегка отекала; по мѣстамъ въ ней оказывались небольшія точечныя кровоизліянія.

Ткань лапки повидимому совершенно не измѣнена.

В.

Изъ 7-ми лягушекъ, которымъ была произведена перерѣзка сѣдалищнаго нерва въ верхней четверти бедра, четыре малыя погибли послѣ этой операціи между 15-мъ—20-мъ днемъ; три большихъ лягушки прожили отъ 25—30 дней.

Перерѣзка сѣдалищнаго нерва сопровождалась вялымъ параличемъ пальцевъ стопы и голени оперированной конечности, движенія бедра обыкновенно были мало измѣнены; чувствительность и рефлекторныя движенія въ лапкѣ и голени были угашены.

Что касается мѣстнаго кровообращенія, то въ существенныхъ чертахъ повторилось то-же, что наблюдались при перерѣзкѣ переднихъ корешковъ сѣдалищнаго нерва.

ПАРАЛИЗОВАННАЯ КОНЕЧНОСТЬ.

НОРМАЛЬНАЯ КОНЕЧНОСТЬ.

Черезъ полчаса послѣ операціи.

Сосуды лапки сжаты до 12 р. Въ большей части капилляровъ кровообращеніе очень вяло. Меньшая часть ихъ пуста. Капилляровъ съ быстрой циркуляціей вовсе не замѣтно. Внутри сосудистое—давленіе ниже средняго нормальнаго на 30—20 сант (у большихъ лягушекъ), 20—10 сант (у малыхъ и плохо улитанныхъ).

Сосуды расширены до 30 р. Сильно наполнены кровью. Движеніе во всѣхъ капиллярахъ безъ исключенія очень быстро. Капилляровъ пустыхъ и съ медленнымъ движеніемъ незамѣтно. Внутри сосудистое давленіе въ капиллярахъ доходить до 90 сант. водяного столба.

Черезъ шесть часовъ.

Сосуды немного шире. Просвѣтъ капилляровъ доходить до 25 р. Сосудовъ пустыхъ или съ медленной циркуляціей мало. Кровообращеніе въ большинствѣ капилляровъ живо, но скорость движенія крови не превышаетъ однако нормальную. Давленіе равно нормальному.

Сосуды по прежнему расширены до 30 р. Скорость движенія крови въ нихъ и внутрисосудистое давленіе остаются по прежнему повышенными.

Черезъ 24 часа.

Капилляры расширены до 30 р. извиты и сильно наполнены. Пустыхъ капилляровъ не замѣтно. Скорость

Сосуды приблизительно нормальной ширины. Просвѣтъ капилляровъ равенъ въ среднемъ 15—20 р. Очень

движенія крови во всѣхъ видимыхъ сосудахъ очень велики. Внутрисосудистое давленіе повышено. Давленіе водяного столба въ 100 сант. (нашего прибора) не въ состояніи остановить циркуляцію въ капиллярахъ.

многіе капилляры совсѣмъ пусты другіе содержатъ кровь, но циркуляція въ нихъ гораздо медленнѣе. Высота внутрисосудистаго давленія понижена по сравненію съ нормой: гидравлическое давленіе въ 40 сант. (нашего прибора) прекращаетъ кровообращеніе.

Во всѣхъ семи случаяхъ на 3, 4, 5, 6, даже иногда на 9-й день послѣ операціоннаго періода отмѣченные явленія какъ въ оперированной, такъ и въ нормальной лапкахъ, остаются безъ перемены, по сравненію съ явленіями, отмѣченными черезъ 24 часа послѣ операціи; вслѣдъ затѣмъ наблюдаются какъ въ нормальной, такъ и въ парализованной конечностяхъ нѣкоторыя перемѣны.

Въ періодъ отъ четвертаго до девятаго дня.

Въ отдѣльныхъ сегментахъ плавающей перепонки движеніе крови замедляется. Просвѣтъ капилляровъ, какъ въ этихъ сегментахъ, такъ и соседнихъ, остался по прежнему расширеннымъ (до 30 μ). Ходъ сталъ ихъ извитой. По мѣстамъ замѣтны бухтообразныя расширенія. Внутрисосудистое давленіе попрежнему повышено и повидимому осталось безъ перемѣны.

Очень скоро устанавливается полнѣйшій стазъ, хотя кое гдѣ въ капиллярахъ еще замѣтно толчкообразное движеніе, главнымъ образомъ близъ большихъ сосудовъ лапки. Въ этихъ послѣднихъ токъ крови совершается лишь по оси.

Измѣреніе давленія не всегда удавалось. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при сдавливаніи лапки нашимъ гидравлическимъ приборомъ въ капиллярахъ появлялось вялое и даже живое кровообращеніе, прекратить которое удавалось дальнѣйшимъ сдавливаніемъ лапки, когда водяной столбъ въ градуированной трубкѣ достигалъ до 60—70 сант. высоты.

Въ другихъ случаяхъ сдавливаніе лапки животнаго гидравлическимъ приборомъ не вызывало движенія крови въ стагнирующихъ сосудахъ. Послѣдніе оставались наполненны неподвижно стоящими кровяными шариками, даже при повышеніи водяного столба въ измѣритель-

Капилляры становятся вновь шире; и сильно наполнены кровью. Движеніе крови ускорено и во всѣхъ видимыхъ капиллярахъ равномерно. Внутрисосудистое давленіе поднялось до 90 сант. въ градуированной трубкѣ.

У 4-хъ экспериментируемыхъ лягушекъ такое расширеніе сосудовъ съ ускореніемъ кровообращенія и повышеніемъ внутрисосудистаго давленія продолжалось около 10—11 дней. У другихъ 3-хъ оно тянулось 6 дней.

ной трубкѣ до 100 сант. (крупная лягушка), благодаря чему опредѣлить внутрисосудистое давленіе даже приблизительно было невозможно.

Послѣдующій періодъ, тянувшійся до самой смерти.

Капилляры потеряли совершенно свою извилистость и бухтообразныя расширенія, стали немного уже. Провѣтъ ихъ приблизился къ 25 р. Кровообращеніе въ лапкѣ вообще было очень медленно и свершалось главнымъ образомъ въ болѣе толстыхъ сосудахъ лапки и въ капиллярахъ ближайшихъ къ нимъ. Въ капиллярахъ болѣе удаленныхъ и лежащихъ болѣе поверхностно движеніе крови даже совсѣмъ прекращалось.

Внутрисосудистое давленіе было около 80—60 сант., а въ послѣдніе дни предъ смертью падало до 40—50 и даже 20-ти сант.

Послѣдніе дни жизни у всѣхъ 7-ми лягушекъ установились сходныя явленія. Сосуды ихъ стали немного уже. Быстрота кровообращенія, внутрисосудистое давленіе упали ниже нормы и въ такомъ состояніи съ небольшими колебаніями продолжались до самой смерти.

Кормленіе животнаго, холодныя души и произвольныя движенія сопровождались оживленіемъ циркуляціи и повышеніемъ внутрисосудистаго давленія.

Кормленіе животнаго, произвольныя движенія и души обыкновенно не сопровождались особеннымъ оживленіемъ циркуляціи или значительнымъ подъемомъ давленія.

Во второй половинѣ послѣоперационнаго періода лапка была очень вялая и имѣла умѣренно набухшій видъ. Ткань ея перепонки была однако совершенно прозрачна. Иногда замѣчались мелкія кровоизліянія.

Ткань лапки особенныхъ измѣненій не представляла.

С.

У четырехъ лягушекъ сѣдалищный нервъ былъ перевязанъ лигатурой въ верхней четверти бедра. Послѣдствія этой операціи были тѣ же, что и при перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва. Мускулы лѣвой задней конечности сейчасъ по окончаніи операціи оказались парализованными (за исключеніемъ тѣхъ мышцъ бедра которыя не инервируются сѣдалищнымъ нервомъ). Плавательная перепонка и голень этой лапы были

очень вялы и потеряли чувствительность. Кожные рефлексy ея угасли.

Что касается кровообращенія, то какъ и въ парализованной лапкѣ, такъ и въ нормальной ширина сосудовъ, кровенаполненіе ихъ, скорость теченія крови и высота внутрисосудистаго давленія содержались совершенно аналогично тому, что было описано для лягушки съ перерѣзаннымъ сѣдалищнымъ нервомъ. Плавательная перепонка парализованной лапки была вялая, умѣренно отекши, содержала точечныя кровоизліянія, но ткань ея оставалась прозрачной.

Вышеизложенныя наблюденія свидѣтельствуютъ, что перерѣзка моторныхъ корешковъ сѣдалищнаго нерва, разсѣченіе самаго ствола его или же наконецъ славливаніе этого нерва лигатурой, влечетъ за собой рядъ разстройствъ со стороны моторной сферы экспериментируемой конечности, ея чувствительности, рефлексовъ и тонуса ея тканей, а въ тоже самое время циркуляція въ плавательныхъ перепонкахъ обѣихъ заднихъ конечностей претерпѣваетъ рядъ разнообразныхъ измѣненій.

Во всѣхъ случаяхъ задняя конечность на оперированной сторонѣ была въ вяломъ параличѣ. Чувствительность ея была разстроена. Рефлексy ея угасли. Въ извѣстный моментъ послѣ операціоннаго періода развивался болѣе или менѣе выраженный отекъ плавательной перепонки, вѣроятно, чисто серознаго происхожденія, ибо ткань ея оставалась прозрачной и не была инфильтрирована блуждающими клѣтками. Иногда наблюдались точечныя кровоизліянія.

Кровообращеніе въ этой плавательной перепонкѣ претерпѣвало рядъ разнообразныхъ измѣненій съ момента поврежденія нерва или его корешковъ. Въ общемъ измѣненія эти при всѣхъ трехъ методахъ поврежденія нерва имѣли одинаковое теченіе. Былъ ли стволъ нерва или его передніе корешки пересѣкаемы,—перевязывался вмѣсто этого нервъ ли-

гатурой,—кровообращеніе претепѣвало рядъ измѣненій, которыя можно было разложить на отдѣльныя стадіи. Впрочемъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ представлялись небольшія различія клинической картины, которыя повидимому зависѣли главнымъ образомъ отъ величины животнаго.

Во всѣхъ случаяхъ поврежденія нервовъ, первые часы послѣ операціи, сопровождалось суженіемъ сосудовъ въ плавательной перепонкѣ парализованной лапки, вялымъ кровообращеніемъ въ нихъ и паденіемъ мѣстнаго внутрисосудистаго давленія.

Это состояніе кровообращенія смѣнялось въ теченіе 24—60 часовъ рѣзкимъ расширеніемъ упомянутыхъ сосудовъ, сильнымъ кровенаполненіемъ ихъ, ускореннымъ движеніемъ крови по нимъ и повышеніемъ мѣстнаго внутрисосудистаго давленія.

Черезъ нѣсколько дней наступала новая фаза. Сосуды оставались расширенными и сильно наполненными; въ то же время ходъ ихъ становился постепенно извитымъ, а по мѣстамъ появлялись бухтообразныя расширенія стѣнки. Одно временно съ этимъ мѣстная циркуляція замедлялась и черезъ нѣкоторый промежутокъ мѣстное кровообращеніе совершенно прекращалось. Внутрисосудистое же давленіе сохранялось повышеннымъ даже при частичномъ замедленіи циркуляціи; высоту его во время полной стагнаціи не удается опредѣлить.

Вслѣдъ за періодомъ замедленія *respr.* стагнаціи крови въ плавательной перепонкѣ, который у различныхъ животныхъ держится различное время, наступаетъ новая стадія, которая продолжается обыкновенно съ незначительными колебаніями до самой смерти. Въ этой стадіи сосуды остаются все еще шире нормы, но теряютъ извитость и бухтообразныя расширенія. Въ общемъ они оказываются однако немного уже, чѣмъ въ періодъ наибольшаго расширенія. Кровообращеніе въ нихъ очень вяло, а внутрисосудистое давленіе падаетъ до нормы и даже ниже.

Различные моменты, какъ то: кормленіе животнаго, опрыскиваніе его душемъ хододной воды, а также попытки лягушки

къ произвольнымъ движеніямъ сопровождаются кратковременнымъ оживленіемъ циркуляціи не только въ періодъ замедленія ея, но даже во время полной стагнаціи. Подъ вліяніемъ этихъ моментовъ скорость тока увеличивается, а внутрисосудистое давленіе сильно поднимается.

Что касается кровообращенія въ нормальной конечности, то и тамъ точно также развивается рядъ измѣненій, имѣющихъ очень типичное теченіе. Черезъ полчаса послѣ операціи сосуды лапки сильно расширяются и наполняются кровью. Циркуляція въ нихъ очень ускоряется, а внутрисосудистое давленіе значительно повышается. Такое состояніе мѣстнаго кровообращенія длится 24-и болѣе часовъ и переходитъ затѣмъ въ близкое къ нормальному.

Черезъ нѣсколько дней, однако, различно у различныхъ животныхъ, капилляры нормальной лапки вновь расширяются, движеніе крови въ нихъ ускоряется и внутрисосудистое давленіе очень повышается. Эта вторичная гиперемія капилляровъ нормальной лапки длится извѣстное время и затѣмъ ослабѣваетъ: сосуды становятся узки, мѣстное движеніе крови совершается очень вяло и внутрисосудистое давленіе падаетъ ниже нормы.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ движеніе венозной крови въ парализованной лапкѣ. Повидимому оно было очень затруднено и замедлено. Въ пользу этого говорятъ три обстоятельства: во первыхъ повышенное давленіе въ капиллярахъ при замедленной циркуляціи, во-вторыхъ, отекъ плавательной перепонки и въ третьихъ—точечныя кровоизліянія въ ней.

Разстройства циркуляціи, описанная нами въ предыдущей главѣ, отличаются значительнымъ разнообразіемъ и были вызваны повидимому различными причинами.

Что касается парализованной конечности и прежде всего колебанія ширины просвѣта ея сосудовъ, то, какъ уже упомянуто, послѣдніе представляли большое разнообразіе въ теченіе всего послѣоперационнаго періода. Въ первые часы

послѣ операціи сосуды были сжаты, нѣсколько дней спустя они оказывались сильно расширенными, а еще позже они опять слегка суживались, оставаясь однако болѣе широкими, чѣмъ въ нормальномъ ихъ состояніи до поврежденія нерва. Такія колебанія ширины просвѣта объясняются болѣе или менѣе рядомъ поврежденій сосудодвигательныхъ и чистодвигательныхъ нервныхъ волоконъ, содержащихся въ стволѣ сѣдалищнаго нерва или его переднихъ корешкахъ.

Существованіе сосудоуживающихъ волоконъ въ переднихъ корешкахъ сѣдалищнаго нерва было доказано у лягушки ¹⁾ Pflüger,омъ ²⁾ Huizinga'ой ³⁾ Сосудорасширяющія волокна у того же животнаго ⁴⁾ въ стволѣ сѣдалищнаго нерва стали извѣстны на основаніи работъ Huitzinga ⁵⁾.

Сосудоуживающія волокна были найдены въ стволѣ ¹⁾

¹⁾ Существованіе сосудоуживающихъ волоконъ въ переднихъ корешкахъ сѣдалищныхъ нервовъ у другихъ животныхъ доказала: Schiff. (Comptes rend. LX. 1862 s. 462), Brown—Sequard (Gaz. med. de Paris. 1856. № 16—18), Остроумовъ и Haidenhain (Arch. f. s. gesamte Phys. 1876 s. 216), Stricker. (Sitzungsberichte der Wiener Acad. 1876 s. 219.), Puelma—Luchsinger. (Arch. f. d. gesamte Phys. 1878. s. 489.).

²⁾ Pflüger. Allgem. med. Central. Zeitung. 1855. s. 537.

³⁾ Huitzinga. Untersuchungen ub. die Innervation der Gefäße in der Schwimhaut des Frosches. Arch. f. d. gesamte Phys. 1875. s.s. 200—207.

⁴⁾ Точно также и сосудорасширяющія волокна въ стволѣ сѣдалищнаго нерва другихъ животныхъ нашли: Goltz (Arch. f. d. gesamte Phys. 1874. s.s. 174—197). Остроумовъ (Ibidem. 1878 s. 228), Kendal u. Luchsinger (Ibidem. 1876 s.s. 201—211), Dziedzül (Militärärztliches Journal. 1880. russisch), Boroditsch u. Warren. (Journal of Physiol. 1886. p. 432), Dastre—Morat. (Recherches expérimentales sur le système nerveux vasomot. P. 1884. p. 247—259). Puelma—Luchsinger (Arch. für Physiologie 1878. s. 492), Laffout (Comptes rendus. 1882 s. 865.), Stricker (Medicin. Jahrbücher. 1877. s. 279), Bernsteiu (Pflüger's Arch. XV. 1877.).

⁵⁾ Ibidem.

⁶⁾ Относительно лягушки Егоровъ утверждаетъ (Dubois—Baumond's Arch. 1892), что вазомоторныя волокна, управляющія сосудами заднихъ конечностей этого животнаго, заложены не въ стволѣ сѣдалищнаго нерва, но идутъ въ сосудистомъ влагалищѣ кровеносныхъ путей этихъ частей тѣла. Желая провѣрить данное наблюденіе Егорова, я произвелъ рядъ опытовъ надъ четырьмя слегка кураризированными лягушками, въ лабораторіи проф. Zuntz'a въ Берлинѣ.

сѣдалищнаго нерва у лягушки ¹⁾ Worthon'омъ ²⁾ Gascell'омъ

Для этой цѣли были выбраны крупныя животныя (хорошо упитанные самцы). Наканунѣ наблюденія, съ вечера, имъ выпрыскивалось подъ кожу минимальная доза кураре, настолько въ общемъ незначительная, что лягушка въ теченіе часа не обнаруживала почти никакихъ признаковъ ни возбужденія, ни паралича, послѣ чего она переносилась въ прохладный погребъ. Черезъ 16—18 час. сердце-дѣятельность у нея совершалась довольно энергично, произвольная же мускулатура находилась въ полномъ параличѣ. Для дальнѣйшихъ наблюденій лѣвый сѣдалищный нервъ или его передніе корешки, отдѣленные отъ центральныхъ частей нервного ствола или спинного мозга были соединяемы съ двуполлярнымъ электродомъ фарадическаго тока, плавательная же перепонка экспериментируемой ноги укрѣплялась на предметномъ столикѣ подъ микроскопомъ. Наблюденіе кровообращенія въ этой перепонкѣ обнаруживало умѣренно широкое стояніе сосудовъ и довольно оживленную циркуляцію; раздраженіе периферическаго отрѣзка сѣдалищнаго нерва или периферическихъ отрѣзковъ моторныхъ корешковъ въ высшей степени слабымъ фарадическимъ токомъ не вызывало никакихъ сокращеній въ мышцахъ данной конечности, а въ тоже время сосуды плавательной перепонки суживались и циркуляція въ нихъ прекращалась. у тѣхъ же самыхъ лягушекъ обнажался весь сосудистый пучекъ лѣваго задняго бедра и подъ него точно также подводился упомянутый электродъ. Раздраженіе этого сосудистаго пучка фарадическимъ токомъ сопровождалось суженіемъ сосудовъ плавательной перепонки только при очень сильномъ токѣ, слабая же степень его, большая однако той, при которой происходило суженіе сосудовъ съ п. Ischiadici, не вызывала никакихъ измѣненій просвѣта кровеносныхъ путей плавательной перепонки, и циркуляція въ нихъ не нарушалась. Весьма возможно, что при сильномъ фарадическомъ токѣ отдѣльныя петли его падали на отрѣзки сѣдалищнаго нерва и чрезъ его посредство производили разстройство циркуляціи въ лѣпкѣ. На основаніи нашихъ наблюденій мы думаемъ, что сосудосуживающія волокна проходятъ помимо тѣхъ путей, которые открыты Егоровымъ, точно также еще и въ стволѣ сѣдалищнаго нерва.

¹⁾ Существованіе сосудосуживающихъ волоконъ доказали въ стволѣ сѣдалищнаго нерва у разныхъ другихъ животныхъ: Cl. Bernard: (a) *Comptes rendus de Soc. Biolog.* p. 187. 1854. b) *Comptes rendus.* 1854. p. 76. c) *ibidem.* p. 228. 1862). Eulenburg u. Landois (*Arch. f. pathol. anatomie* 1876. s. 497.), Vulpian (*Lecons sur l'appareil vasomoteur.* Bd. I. t. 194.), Dastre Morat (*Recher. experim. s. le système vasomoteur.* (1884. s. s. 69—241), Putzeys u. Tarchanoff (*Arch. g. Anat. u. Phys.* (1874. s. 371). Kendal u. Luchsinger (*Arch. f. gesamt Phys.* (1876. s. 201). Остроумовъ (*Pflüger's arch* (1876. s. 219), *Versuche üb. die Nerngungsnerven der Hautgefäße*), Леваевъ (*ibidem.* 1885. s. s. 397—430), Piotrovsky (*Contrblt. f. Phys.*, 1892., s. 464). Lepine (*Société de Biolog.* 1876. *Excitations du bout peripherique du nerf sciatique*). Stricker (*Sitzungsbr. der kaiser. Academ der Wiss.* 1876. Juli. Wien.) Maximovitz (*Zur Innervation der Gefäße in der unteren Extremit.* *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* LVI. s. 440). Spalitta-Consiglio (*Herman's Jahresbes. f. Phys.* 1897. s. 66.) Piotrovsky (*Arch. f. gesamt. Phys.* LV. s. 240). und andere.

²⁾ Worthon. Citirt nach Vulpian. l. e.

емъ ¹⁾, Donders, омъ ²⁾ Gunning, омъ ³⁾ Saviotti ⁴⁾, Riegel, емъ, ⁵⁾ Putzeys и Тархановымъ ⁶⁾, Nussbaum, омъ ⁷⁾ Huitzinga ⁸⁾.

Суженіе просвѣта сосудовъ, отмѣченное у нашихъ животныхъ въ первые часы послѣ операціи, объясняется, какъ это уже принято въ литературѣ, сильнымъ раздраженіемъ поврежденныхъ вазоконстрикторовъ.

Вторичное незначительное уменьшеніе расширеннаго просвѣта, которое наступало въ дальнѣйшемъ теченіи опыта вслѣдъ за наибольшимъ расширеніемъ сосудовъ, можно объяснить, вѣроятно, слабымъ улучшеніемъ тонуса сосудистой стѣнки.

Увеличеніе просвѣта сосудовъ, наступавшее обыкновенно на 3-й, 2-й день, происходило, во-первыхъ, вслѣдствіе прекращенія тонизирующаго вліянія погибающихъ сосудосуживателей, во-вторыхъ, кромѣ того расширяющимъ дѣйствіемъ раздраженныхъ ⁹⁾ перерождающихся вазодилаторовъ. Въ третьихъ, наконецъ, гибель чисто двигательныхъ волоконъ сѣдалищнаго нерва вызывала упадокъ тонуса въ тканяхъ плавательной перепонки и тончайшіе сосуды ея, стѣнки которыхъ находили себѣ опору въ упругости прилежащихъ тканей, лишась этой опоры съ потерей тонуса плавательной перепонки и, уступая напиранию крови, должны были пассивно расширяться. Весьма важнымъ оказывается то обстоятельство, что сосуды парализованной лапки были не только расширены, но также

¹⁾ Gaskell. a.) Gefässnerven der Frosmusceln. Herman's Jahresber. f. Phys. 1897. b) Aenderung des Blutstromes in den Muskeln durch die Reizung-herer Nerven Ludvig's Arch. 1877. "

²⁾ Donders. Congres de Bruxelles. 1875.

³⁾ Gunning. Herman's Jahresber. f. Physiol. 1875.

⁴⁾ Saviotti. Arch. f. patholog. Anatomie. 1870. s. 492.

⁵⁾ Riegel. Arch. f. gesamt. Physiol. 1871. s. 350.

⁶⁾ Putzeys u. Tarchanoff. Arch. f. Anatom. u. Pysiol. 1874. s. 371.

⁷⁾ Nussbaum. Arch. f. gesamt. Phys. 1875. s. 374.

⁸⁾ Huitzinga. Arch. f. gesamt. Phys. 1875. s. 207. Innervation der Gefässe in der Schwimnhaut.

⁹⁾ Дзедзюль. Huitzinga l. c.

и извиты, а по мѣстамъ обнаруживали кромѣ того нѣкоторыя бухтообразныя вогнутости. Эту особенность данныхъ сосудовъ можно было объяснить двоякимъ растяженіемъ ихъ стѣнки. Увеличеніе ея въ поперечномъ направленіи вызывало расширеніе просвѣта, растяженіе же ея въ длину влекло за собою извитость сосуда и бухтообразныя выпуклости.

Что касается сущности подобнаго растяженія сосудовъ, то его можно себѣ представить, какъ послѣдствіе уменьшенія и даже полной потери эластичности и сократительности сосудистой стѣнки, какъ высшую степень пареза ея. Такое состояние сосудовъ Tigerstedt ¹⁾ считаетъ параличемъ ихъ стѣнки. (*Gelähmte Arteria* l. c. 475).

Скорость теченія крови въ плавательной перепонкѣ претерпѣвала также различныя колебанія. Въ первые часы послѣ поврежденія нерва кровообращеніе въ парализованной конечности было очень вяло; нѣсколько дней спустя мѣстная скорость тока крови рѣзко увеличивалась; еще позже наступало частичное замедленіе его, переходившее очень скоро въ полнѣйшую остановку циркуляціи; такая стагнація длилась однако не долго и смѣнялась вялой циркуляціей, продолжавшейся съ различными колебаніями до самой смерти лягушки. Кормленіе животнаго, холодный душъ, направленный на него и попытки его къ произвольнымъ движеніямъ сопровождались краткимъ ускореніемъ тока, которое вновь смѣнялось вялымъ кровообращеніемъ.

Причины всѣхъ этихъ разнообразныхъ измѣненій были различны.

Вялая циркуляція въ первые часы послѣ возникновенія паралича совершалась, какъ извѣстно, въ суженныхъ сосудахъ и объясняется тѣмъ громаднымъ сопротивленіемъ, которое токъ крови встрѣчалъ въ узкомъ руслѣ.

Ускореніе кровообращенія, обнаруживавшееся въ послѣдующіе дни, объясняется рѣзкимъ уменьшеніемъ этого рода

¹⁾ Tigerstedt. Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufes. Leipzig.—1893.

препятствій току, т. к. въ это время сосуды находились въ значительной степени расширенія.

Гораздо сложѣе являются причины, вызывавшія частичное замедленіе циркуляціи и стагнацію ея. Въ это время сосуды были по прежнему расширены, кровеносное русло оставалось просторнымъ, а между тѣмъ наступала остановка въ мѣстной циркуляціи. Здѣсь приходится обратить вниманіе на нѣсколько обстоятельствъ: во первыхъ—большое значеніе должны были играть въ этомъ самая извитость сосудовъ и ихъ бухтообразныя вогнутости, которыя, развиваясь постепенно, достигали къ этому времени своего высшаго пункта. Такое извитіе сосудовъ и неровность внутренняго ихъ контура безспорно должны были увеличивать внутреннее треніе струй крови и представляли собой значительное сопротивленіе току.

Второй моментъ, который могъ точно также способствовать замедленію мѣстной циркуляціи, нужно искать въ затрудненномъ оттоктѣ венозной крови. Т. к. въ нашихъ случаяхъ тонусъ ткани плавательной перепонки былъ рѣзко пониженъ, упругость ея почти совершенно исчезла и произвольныя мышцы находились въ состояніи полного паралича, то венозная кровь, лишась этихъ главныхъ и основныхъ моментовъ, способствующихъ ея оттоку, должна была, какъ уже упомянуто, сильно застаиваться и стѣсняла такимъ образомъ циркуляцію.

Незначительное оживленіе циркуляціи, наблюдавшееся обыкновенно сейчасъ послѣ стагнаціи, объясняется вѣроятно нѣкоторымъ уменьшеніемъ внутри сосудистыхъ препятствій: въ это именно время совершенно исчезали бухтообразныя расширенія стѣнки, а вмѣстѣ съ тѣмъ рѣзко уменьшалась извитость сосудовъ.

Произвольныя движенія животнаго и легкіе душі изъ холодной воды оживляли мѣстную циркуляцію въ парализованной плавательной перепонки и способствовали ускоренію тока тамъ благодаря тому вѣроятно, что, поднимая общее внутрисосудистое давленіе, эти моменты облегчали (предварительно) оттокъ застоившейся крови изъ венъ парализованной лапки.

Боковое давление въ сосудахъ парализованной лапки представляло значительныя колебанія. Въ первые часы послѣ поврежденія нерва оно было очень низко; черезъ нѣсколько дней послѣ этого мѣстное кровеное давление сильно поднималось вверхъ; во время частичнаго замедленія мѣстной циркуляціи оно оставалось по прежнему высокимъ, но весьма скоро слегка понижалось. Кормленіе животнаго, произвольныя движенія его и легкіе холодныя души сопровождались однако повышеніемъ мѣстнаго давления даже и въ этотъ послѣдній періодъ.

Высота давления крови зависла вообще отъ наполненія сосудовъ: чѣмъ сильнѣе эти послѣдніе были налиты кровью, чѣмъ обильнѣе была масса ея, тѣмъ выше оказывалось и мѣстное внутрисосудистое давление.

Низкое стояніе кровяного давления въ первые часы послѣ операціи наблюдалось, какъ извѣстно, въ суженныхъ сосудахъ и объясняется незначительнымъ количествомъ крови, которое могло проникать въ узкое кровеносное ложе. Поднятіе кровяного давления въ дальнѣйшей стадіи совпадало съ расширеніемъ просвѣта кровеносныхъ путей и объясняется увеличеніемъ кровяной массы въ нихъ, ибо съ увеличеніемъ просвѣта рѣзко уменьшались препятствія току и кровь съ силой устремлялась въ расширенное сосудистое русло.

Высокое кровяное давление въ періодъ частичнаго замедленія циркуляціи зависло отъ двухъ обстоятельствъ. Во-первыхъ, большое значеніе должны были имѣть въ этомъ отношеніи тѣ препятствія, которыя затрудняли оттокъ венозной и въ тоже время артеріальной крови; во-вторыхъ, огромную важность имѣла по прежнему самая масса крови, которая прилиwała въ усиленной степени къ расширеннымъ сосудамъ и обильно наполняла ихъ.

Поднятіе упавшаго бокового давления, наблюдавшееся постоянно послѣ холодныхъ душей и кормленія животнаго, происходило вѣроятно вслѣдствіе того, что при этомъ поднималось общее внутри сосудистое давление. Славленная, благо-

даря этимъ условіямъ, кровь устремлялась въ тѣ сосуды, гдѣ ея току представлялось наименьшее сопротивленіе (Догель ¹⁾ Шумовскій ²⁾, Конгеймъ ³⁾), и т. к. кровеносные пути въ области парализованныхъ нервовъ съ потереннымъ тонусомъ и рѣзко расширеннымъ просвѣтомъ являли наименьшее сопротивление, то потокъ крови, направляясь въ нихъ съ большею силою и скоростью, быстро наполнялъ и растягивалъ ихъ стѣнки и способствовалъ поднятію бокового давленію.

Точно также можно объяснить вліяніе произвольныхъ движеній животнаго на кровяное давленіе парализованной лапки: общее напряженіе мускулатуры сопровождается, какъ извѣстно, повышеніемъ общаго внутрисосудистаго давленія и т. к. сдавливаемая при этомъ кровь течетъ въ сторону наименьшаго сопротивленія, то и въ этомъ случаѣ она скорѣе пойдетъ въ расширенные сосуды парализованной ноги, чѣмъ въ таковыя нормальныхъ конечностей; къ тому же большіе сосуды этихъ послѣднихъ сильно сжимаются напряженными мускулами во время активныхъ движеній (Догель ⁵⁾, Погожевъ ⁴⁾ и кровь встрѣчаетъ громадное сопротивленіе, проникая въ нихъ, тогда какъ мышцы парализованной конечности, не участвуя ни въ какихъ движеніяхъ, не могутъ оказать никакого давленія на сосуды и расширенный просвѣтъ этихъ послѣднихъ остается такимъ же и во время произвольныхъ движеній.

Повышеніе бокового давленія въ данныхъ тончайшихъ артеріяхъ и переходныхъ капиллярахъ парализованной лапки можно было ожидать уже на томъ основаніи, что съ расши-

1) Вліяніе сѣдалищнаго нерав на теченіе крови. Московская Мед. Газета 1868.

2) Измѣреніе объемовъ теченія крови. *Ibidem*.

3) Курсъ общей патологіи. стр. 76.

4) Кровообращеніе при движеніяхъ. Военно-Медицинскій Журналъ СХХII 1875.

5) Цитировано по Tigerstedt'y. *Physiologie des Kreislaufes*. Leipzig 1893. s. s. 519—530.

реніемъ ихъ они сравнивались своимъ просвѣтомъ съ болѣе толстыми при нормальныхъ условіяхъ сосудами, а т. к. эти толстые сосуды, вмѣщая соотвѣтственно ихъ просвѣту болѣе широкою струи крови, имѣютъ и внутрисосудисты давленіе значительной высоты, то естественно ожидать такой же высоты кровяного давленія и въ тѣхъ маленькихъ сосудцахъ, которые, расширившись, благодаря паталогическимъ условіямъ, сравнивались съ ними своимъ просвѣтомъ и сдѣлались способными вслѣдствіе этого вмѣщать равную массу крови. Въ этомъ случаѣ высокое кровяное давленіе, господствующее при нормальныхъ условіяхъ въ болѣе тостыхъ и болѣе центральныхъ сосудахъ, передвинулось теперь гораздо дальше къ периферіи. Отмѣченныя въ нашихъ опытахъ измѣненія циркуляціи въ контрольной конечности наблюдались уже отчасти при аналогичныхъ условіяхъ другими авторами. А именно Goltz ¹⁾, Остроумовъ ²⁾, Klemensciewiez Ustimovitz ¹⁾, Masius—Vanlair ¹⁾, Royer—Pall ¹⁾, перерѣзавъ сѣдалищный нервъ раздражали центральный отрѣзокъ его и при этокъ получали расширение сосудовъ противоположной лапки и увеличеніе кровенаполненія ея. Наблюденія ихъ впрочемъ были очень кратки. Такое раздраженіе центральнаго отрѣзка происходило безъ сомнѣнія у каждаго изъ нашихъ животныхъ, которымъ мы перевязывали сѣдалищный нервъ лигатурой; или разсѣкали его стволъ или корешки ножницами. Вѣроятно возбужденію его можно приписать расширение сосудовъ въ лапкѣ нормальной конечности.

Это раздраженіе, возникшее во время операціи могло черезъ нѣсколько часовъ утихнуть и вмѣстѣ съ этимъ возвращалась къ нормѣ измѣненная циркуляція въ нормальной конечности.

¹⁾ Остроумовъ. Hemmungs Nerven der Hautgefäße. Pflüger's etrch. XII.

²⁾ Klemensciewiez. Zur Kenntniss des normalen und pathologischen Blutstromes. Sitzungsbericht der Wien. Academ. XCIV.

Весьма возможно, что черезъ нѣсколько дней въ централь-ныхъ отрѣзкахъ нерва наступали дегенеративные процессы, которые могли длиться долгое время и, представляя собою хроническій раздражитель, они могли вызывать тѣ продолжительныя измѣненія циркуляціи въ нормальной конечности, которыя мы отмѣтили въ нашихъ наблюденіяхъ.

Резюмируя вкратцѣ результаты даннаго изслѣдованія мы видимъ слѣдующее:

1) Перерѣзка ствола сѣдалищнаго нерва, стягиваніе его тугой лигатурой или разсѣченіе его переднихъ корешковъ сопровождается у лягушки кратковременнымъ сужденіемъ сосудовъ плавательной перепонки въ экспериментируемой конечности, за которымъ наступаетъ длительное расширение ихъ. Это увеличеніе просвѣта въ извѣстный моментъ достигаетъ высшаго пункта, на которомъ оно держится нѣкоторое время, а затѣмъ постепенно немного уменьшается.

2) Кровообращеніе въ плавательной перепонкѣ парализованной конечности въ первый моментъ послѣ поврежденія нерва герр. его крешковъ замедлено, но постепенно оживляется и мало по малу переходитъ въ ускоренное. Черезъ нѣсколько дней со времени совершенія операциі мѣстный токъ крови начинаетъ однако замедляться. Сначала это уменьшеніе скорости только частичное и замѣтно лишь въ нѣкоторыхъ сосудахъ, но вслѣдъ затѣмъ развивается полный стазъ почти во всѣхъ капиллярахъ плавательной перепонки. Этотъ послѣдній періодъ не продолжителенъ. Очень скоро онъ переходитъ въ стадію вялой циркуляціи, которая тянется до самой смерти. Случайные моменты, какъ напр., кормленіе животнаго, холодные души и произвольныя движенія вызываютъ кратковременное оживленіе кровообращенія.

3) Мѣстное боковое давленіе въ плавательной перепонкѣ поврежденной конечности оказывается вообще болѣе высокимъ и болѣе постояннымъ, чѣмъ въ контрольной конечности. Короткое время спустя послѣ операциі оно падаетъ, но затѣмъ поднимается выше нормы и очень скоро достигаетъ своего

максимума. Такое высокое стояніе внутрисосудистаго давленія продолжается извѣстный періодъ, но затѣмъ слегка понижается, оставаясь или на одномъ уровнѣ съ нормальной конечностью, или же гораздо выше его. Такое повышеніе бываетъ или продолжительнымъ или же только временнымъ, напр. подъ вліяніемъ произвольныхъ движеній лягушки, кормленія ее и осприскиванія струей холодной воды.

4) Циркуляція въ парализованной лапкѣ совершается во все теченіе опыта при измѣненныхъ условіяхъ; въ сосудистыхъ путяхъ плавательной перепонки, расширенныхъ свыше нормы, циркулируетъ кровь подъ очень высокимъ давленіемъ, или же въ тѣхъ же расширенныхъ сосудахъ токъ ея совершается не нормально медленно. Иногда эти три момента, т. е. расширеніе просвѣта, замедленіе тока и повышеніе мѣстнаго, внутрисосудистаго давленія встрѣчаются одновременно и тогда въ сосудахъ, расширенныхъ сверхъ нормы, циркуляція происходитъ весьма медленно и притомъ подъ очень высокимъ давленіемъ.

5) Кровообращеніе въ нормальной конечности точно также испытываетъ рядъ различныхъ измѣненій. Первый, короткій періодъ, послѣ операціи, сосуды ея расширены, но очень скоро суживаются. Черезъ извѣстный промежутокъ времени они вновь расширяются и, пробывъ въ такомъ состояніи продолжительный періодъ, понемногу опять уменьшаются въ просвѣтѣ.

Скорость кровообращенія въ началѣ послѣоперационнаго періода очень увеличена: затѣмъ она уменьшается, но въ періодъ расширенія сосудовъ вновь оживляется.

Внутрисосудистое давленіе очень непостоянно. Въ общемъ однако повышеніе его совпадаетъ съ увеличеніемъ просвѣта сосудовъ и наблюдается въ первое время послѣ операціи и въ срединѣ послѣоперационнаго періода.

Такимъ образомъ, приводимыя наблюденія совершенно согласны съ изслѣдованіями авторовъ, видѣвшихъ длительное расширение сосудовъ въ области поврежденныхъ нервовъ (Левашевъ, Tigerstedt, Putzeys, Тархановъ, Pye-Smith, Galleufells, Schiff и др. См. I главу).

Они вполне подтверждаютъ также мнѣніе авторовъ, что кровь въ парализованныхъ сосудахъ течетъ медленно (Vulpian, Гумилевскій и друг. *ibidem*), но на основаніи изложенныхъ здѣсь фактовъ видно, что у лягушки это замедленіе циркуляціи наблюдается въ сосудахъ парализованной конечности сравнительно очень продолжительное время.

Подобно тому, какъ въ выше упомянутыхъ Cl. Bernard'a Vulpian'a (см. I главу),—высота внутрисосудистаго давленія въ расширенныхъ парализованныхъ кровеносныхъ путяхъ была значительно больше нормальной и при нашихъ измѣреніяхъ найдено тоже самое въ области парализованныхъ нервовъ и при томъ въ теченіе большей части послѣоперационнаго періода.

Въ изслѣдованіяхъ Goltz'a, Klemensieviez'a, Остроумова и другихъ, ранѣ приведенныхъ авторовъ, сосуды въ нормальной конечности расширялись при раздраженіи центрального конца перерѣзаннаго сѣдалищнаго нерва противоположной стороны. Въ нашихъ наблюденіяхъ отмѣчено тоже самое, но расширение сосудовъ сопровождалось въ тоже время повышеніемъ мѣстнаго кровяного давленія и продолжалось значительное время.



Функциональная корковая судорога. Torticollis spasticus. Torticollis mental (Brisaud). Torticollis psychique ou polygonal (Grasset).

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

Мм. Гг.!

Благодаря случайному стеченію обстоятельствъ я имѣю возможность представить Вамъ сегодня рядъ больныхъ, одержимыхъ однимъ изъ тѣхъ нервныхъ страданій, которыя до сихъ поръ во многихъ отношеніяхъ являются загадкой для клинициста. Обратите прежде всего вниманіе на этого больного.

Вы видите молодого, крѣпко сложенного, хорошо упитаннаго субъекта, съ прекрасно развитой мускулатурой, который однако сразу кидается въ глаза по крайне своеобразной позѣ,—онъ постоянно поддерживаетъ свой затылокъ плотно переплетенными пальцами обѣихъ рукъ (см. табл. II, фиг. 1). Предложите ему опустить руки и Вы невольно испугаетесь: голова съ такой силой запрокинется назадъ, что, скрываясь за туловищемъ, спереди будетъ почти невидимою (табл. II, фиг. 2), вся же спина рѣзко изогнется дугою впередъ (табл. II, фиг. 3), причѣмъ заднія шейныя и длинныя спинныя мышцы станутъ твердыми, какъ дерево, а массу ихъ охватятъ непрерывныя фибриллярныя сокращенія. Чѣмъ долѣе удерживается подобное положеніе, тѣмъ болѣе усиливается судорога и тѣмъ рѣзче выступаетъ вся картина, такъ что

больной, уже не ожидая Вашего разрѣшенія, снова захватываетъ руками голову и приподнимаетъ ее вверхъ. Но, всматриваясь пристальнѣе, Вы легко можете подмѣтить, что, и поддерживаемая, голова больного не остается безусловно неподвижной, а постоянно подергивается то въ правую, то въ лѣвую сторону; такія же произвольныя сокращенія, хотя и въ гораздо слабѣйшей степени, наблюдаются въ мышцахъ лица. Сверхъ того помощью ощупыванія не трудно убѣдиться, что оба *mm. sterno-cleido-mastoidei*, а также заднія мышцы шеи довольно значительно напряжены. Это напряженіе замѣтно увеличивается при душевныхъ волненіяхъ (напр. во время визитаціи врачей, когда на больного обращаютъ особенное вниманіе), ясно ослабѣваетъ при лежачемъ положеніи, а во снѣ исчезаетъ совершенно, такъ что больной тогда можетъ свободно поворачивать голову во всѣ стороны и не нуждается въ фиксаціи руками. Хотя рѣзкой болѣзненности въ области пораженія не констатируется, но нашъ паціентъ часто жалуется на чувство утомленія и стягиванія; „словно желѣзные листы у меня на спинѣ и на шеѣ“, жалуется онъ.

Въ заключеніе необходимо отмѣтить еще одну особенность въ наблюдаемой нами клинической картинѣ. Если Вы пожелаете, устранивъ руки больного, сами поддерживать его голову, то очень быстро откажетесь отъ всякой попытки въ этомъ направленіи — настолько велико напряженіе мышцъ, охваченныхъ судорогою. Отсюда мы съ полнымъ правомъ, повидимому, можемъ заключить, что и больной долженъ крайне утомляться отъ выпавшей на его долю физической работы. На самомъ дѣлѣ однако нашъ паціентъ никогда не жалуется на это, а изслѣдуя мускулатуру его руки, мы къ удивленію своему открываемъ, что она вовсе не такъ напряжена, какъ слѣдовало бы ожидать. Такимъ образомъ необходимо принять, что самому больному совсѣмъ не требуется много усилій, удерживать голову въ нормальномъ положеніи. Я подчеркиваю эту клиническую черту, такъ какъ она въ

высокой степени характерна для страданія и проливаетъ яркій свѣтъ на самую его сущность.

Тщательное изслѣдованіе нервной системы больного не открываетъ никакихъ другихъ уклоненій отъ нормы, кромѣ описанныхъ выше; всѣ виды кожной чувствительности совершенно не измѣнены; органы высшихъ чувствъ функционируютъ вполне правильно. Въ психической сферѣ можно отмѣтить только крайнюю впечатлительность, да угнетенное настроеніе, вполне объясняемое впрочемъ тяжелымъ положеніемъ, которое дѣлаетъ больного неспособнымъ къ какой-либо работѣ.

Ознакомившись съ картиной страданія, обратимся теперь къ анамнезу.

Больной сообщаетъ, что ему двадцать три года отъ роду, что онъ крестьянинъ, ранѣе былъ всегда здоровъ, служилъ дворникомъ и легко выполнялъ самыя тяжелыя работы; всѣ родные также пользуются полнымъ здоровьемъ. Настоящее заболѣваніе развилось четыре года тому назадъ подъ вліяніемъ испуга. Ночью въ домѣ, гдѣ онъ жилъ, произошелъ пожаръ: больного разбудили сразу, безъ всякихъ предосторожностей; онъ очень испугался, лишился сознанія и долгое время пролежалъ безъ чувствъ. Вскорѣ послѣ этого появились судороги, сначала легкія и только въ мышцахъ шеи, а потомъ и спины. Довольно быстро, въ теченіе не болѣе трехъ мѣсяцевъ, болѣзненные явленія усилились до той степени, какую мы наблюдаемъ теперь, и съ тѣхъ поръ остаются въ одномъ положеніи, не смотря на всевозможные способы лѣченія, къ которымъ прибѣгала больной.

Вотъ свѣдѣнія, какими мы располагаемъ о началѣ, теченіи и характерѣ болѣзни.

Мы имѣемъ передъ собою, слѣдовательно, такое страданіе, которое проявляется по преимуществу тоническими судорогами шейныхъ и спинныхъ мышцъ; эти судороги развились послѣ сильнаго душевнаго волненія, удерживаются въ теченіе всего дня, ожесточаясь подъ вліяніемъ чисто психическихъ

моментовъ, прекращаются во время сна и для противодействию требуютъ несравненно менѣе усилій со стороны самого больного, чѣмъ постороннихъ.

Запомнимъ эти наиболѣе существенныя клиническія особенности нашего случая и обратимся ко второму больному.

Передъ Вами пожилой крестьянинъ, хорошо сложенный, крѣпкій субъектъ, единственная жалоба котораго — невозможность держать правильно голову. Дѣйствительно, достаточно бѣгло взглянуть на него, чтобы убѣдиться, что голова его постоянно повернута вправо и нѣсколько кзади (табл. II, фиг. 4), а всматриваясь пристальнѣе, не трудно подмѣтить также непрерывныя покачиванія головы въ томъ же направленіи. Изслѣдуя шейную мускулатуру больного, Вы легко констатируете рѣзкое напряженіе лѣвой грудинно-ключично-сосковой мышцы, ясно выдающейся уже при простомъ осмотрѣ; поверхностныя заднія мышцы шеи также замѣтно напряжены, особенно съ лѣвой стороны. Сверхъ того, время отъ времени въ напряженныхъ мышцахъ наблюдаются кратковременныя сокращенія, крайне беспорядочно слѣдующія одно за другимъ. Чтобы пополнить клиническую картину, я долженъ здѣсь добавить, что судорожныя явленія всегда рѣзко усиливаются при душевныхъ волненіяхъ, замѣтно ослабѣваютъ, когда больной, вполне спокоенъ, и вовсе прекращаются во снѣ.

Изъ анамнестическихъ свѣдѣній видно, что болѣзнь началась десять мѣсяцевъ тому назадъ. Больной стоялъ въ церкви и вдругъ почувствовалъ легкое головокруженіе, сознанія онъ не потерялъ и могъ даже оставаться до конца службы, но тотчасъ же послѣ этого замѣтилъ, что голова подергивается то вправо, то влѣво.

Съ теченіемъ времени судороги усилились и приняли тотъ характеръ, какой онѣ имѣютъ теперь. Причины заболѣванія больной не знаетъ, но навѣрное можетъ сказать, что первно-больныхъ въ его семьѣ до сихъ поръ не бывало.

Итакъ, во второмъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ явленіями такого же рода, какъ и въ первомъ: тоническія и клоническія судороги въ области шейныхъ мышцъ, развившіяся въ теченіе весьма короткаго промежутка времени, находящіяся подъ рѣзкимъ вліяніемъ настроенія и прекращающіяся во снѣ,—вотъ къ чему сводится вся клиническая картина.

Взгляните теперь на третьяго больного.

Это—исхудалый, блѣдный, но вполне правильно сложенный субъектъ среднихъ лѣтъ. Какъ и у первыхъ двухъ больныхъ, у него сразу кидается въ глаза ненормальное положеніе головы, которая повернута влѣво и книзу, такъ что подбородокъ приближенъ къ лѣвой подключичной ямкѣ, и въ то же время производитъ рядъ кивательныхъ движеній. Наблюдая долѣе больного, Вы можете замѣтить, что въ подобномъ положеніи голова остается не болѣе двухъ, трехъ минутъ, затѣмъ сразу поворачивается вправо и внизъ, по направленію къ правой подключичной ямкѣ, продолжая совершать тѣ же кивательныя движенія. Такія перемѣны въ положеніи головы происходятъ непрерывно въ продолженіе всего дня; въ минуты возбужденія, или когда больной работаетъ, онѣ усиливаются, при покоѣ явственно ослабѣваютъ, во снѣ же прекращаются совершенно.

Объективное изслѣдованіе указываетъ на значительную степень напряженія переднихъ шейныхъ мышцъ; особенно выдается *m. sterno-cleido-mastoideus* то на правой, то на лѣвой сторонѣ, смотря потому, куда обращена голова въ моментъ изслѣдованія. Поверхностныя мышцы шеи сзади, повидимому, также напряжены, хотя въ гораздо слабѣйшей степени, чѣмъ переднія. Другихъ симптомовъ болѣзни мы не можемъ открыть ни въ двигательной, ни въ чувствительной сферѣ. Судороги совершенно безболѣзненны, и если больной жалуется на нихъ, то только потому, что онѣ препятствуютъ ему заниматься ремесломъ (сапожникъ).

Изъ предварительныхъ свѣдѣній оказывается, что страданіе тянется уже 14 лѣтъ, больной объясняетъ его происхож-

деніе какимъ - то испугомъ, непосредственно послѣ котораго начали появляться описанныя выше судороги, вначалѣ очень слабыя, а потомъ постепенно принявшія болѣе рѣзкій характеръ. Наслѣдственное предрасположеніе отрицается. Этотъ случай настолько напоминаетъ второй, что я на немъ не буду останавливаться подробнѣе, а попрошу Васъ всмотрѣться въ слѣдующую больную, которая представляетъ уже несравненно болѣе сложную картину.

Передъ Вами молодая дѣвушка, 18 лѣтъ отъ роду, небольшого роста, слабого сложения, плохо упитанная. Какъ и предшествовавшіе, больная сейчасъ же выдѣляется по своеобразной манерѣ держать голову. Голова ея рѣзко выдается впередъ и слегка повернута влѣво, правое ухо приближено къ плечу, а подбородокъ нѣсколько приподнятъ вверхъ. Внимательно взглянувъ на лицо, Вы можете замѣтить и въ немъ легкія отклоненія отъ нормы: правая носогубная складка выражена яснѣе, чѣмъ лѣвая, и весь ротъ какъ бы скошенъ вправо; эта ассиметрія не выравнивается даже при мимическихъ движеніяхъ, не смотря на то, что мышцы лѣвой половины лица принимаютъ въ послѣднихъ весьма живое участіе. Рѣзкія особенности мы открываемъ и въ положеніи туловища: правое плечо больной приподнято вверхъ, правая рука до извѣстной степени приведена къ туловищу.

Если больная положить руки на колѣни ладонями внизъ, то вскорѣ мы убѣдимся, что правая кисть и предплечье не могутъ долго сохранять приданное имъ положеніе и уже черезъ одну-двѣ минуты изъ пронаціи начинаютъ переходить въ супинацію, причемъ никакими усилиями больная не въ состояніи бороться съ этимъ произвольнымъ движеніемъ, которое однако сейчасъ же прекращается само собою, если она опуститъ руку внизъ или положить на грудь. Вообще судорожныя явленія въ мышцахъ руки развиваются только въ томъ случаѣ, когда она пронирована при выпрямленномъ локтевомъ сочлененіи.

Описанное выше положеніе головы и туловища далеко не всегда остается неизмѣннымъ. Прежде всего большая въ значительной степени можетъ исправить его по собственному желанію; она въ состояніи держать голову совершенно прямо, опустить правое плечо до одного уровня съ лѣвымъ, отвести правую руку отъ туловища; лишь одно ей не удастся, — она никакими усиліями воли не можетъ отклонить голову и шею къзади настолько, чтобы шейный отдѣлъ позвоночника получилъ совершенно вертикальное направленіе. Принявъ болѣе нормальную позу, больная иногда сохраняетъ ее довольно долгое время, но лишь только ослабѣваетъ вниманіе, обычное положеніе быстро восстанавливается. Впрочемъ, родные заявляютъ, что въ выраженности болѣзненныхъ явленій вообще замѣчаются рѣзкія колебанія. Иные дни больная держитъ себя почти вполнѣ правильно, такъ что видящіе ее въ первый разъ сомнѣваются въ ея болѣзни, въ другое же время ненормальное положеніе головы и туловища кидается въ глаза съ поразительной рѣзкостью. Какія именно условія вліяютъ въ этомъ смыслѣ на клиническую картину, съ положительностью сказать трудно; тѣмъ не менѣе многое заставляетъ думать, что большое значеніе здѣсь имѣетъ психическое состояніе больной; когда она весела, спокойна, судорожныя явленія выступаютъ слабѣе; обратное мы видимъ при удрученномъ настроеніи, но особенно, когда больная почему-либо волнуется, напр., во время визитаціи или въ данный моментъ, когда на ней сосредоточено общее вниманіе. Наблюденіе показываетъ, наконецъ, что въ глубокомъ снѣ больная легко поворачиваетъ голову во всѣ стороны, а при ощупываніи мышцъ не замѣчается ихъ обычной ригидности.

Объективное изслѣдованіе прежде всего обнаруживаетъ замѣтную разницу въ напряженіи мышцъ шеи и туловища на обѣихъ сторонахъ. Правая грудинно-ключично-сосковая мышца представляется утолщенной, напряженной, рѣзко выдается даже при поверхностномъ наружномъ осмотрѣ; напряженными, твердыми на ощупь оказываются, далѣе, мышцы

правого плеча, особенно *m. cucullaris*, а также, хотя и въ меньшей степени, *m. pectoralis major*. Но у нашей больной мы открываемъ кромѣ того измѣненіе и въ костной системѣ: остистые отростки нижнихъ шейныхъ позвонковъ, выдѣляясь отъ остальныхъ, чрезмѣрно выстоять къзади и производять впечатлѣніе какъ бы утолщенныхъ. Тщательный осмотръ хирурговъ однако выяснилъ, что эти измѣненія зависятъ исключительно отъ ненормальнаго положенія шеи, лежащаго въ теченіе долгаго ряда лѣтъ, и лишены существеннаго значенія въ самомъ развитіи клинической картины.

Другихъ уклоненій отъ нормы, кромѣ развѣ незначительнаго повышенія сухожильныхъ рефлексовъ, при изслѣдованіи больной не наблюдается и не только со стороны нервной системы, но и вообще внутреннихъ органовъ.

Изъ разспросовъ больной, очень интеллигентной особы, а равно и ея родныхъ, выяснилось, что она происходитъ изъ невропатической семьи. Ея отецъ—тяжелый неврастеникъ, мать—истеричка; братья и сестры пользуются относительнымъ здоровьемъ, но проявляютъ различныя странности въ характерѣ и привычкахъ. Сама больная до двѣнадцати лѣтняго возраста росла крѣпкимъ, здоровымъ ребенкомъ, обнаруживала незаурядныя способности и отличалась большой выносливостью, какъ по отношенію къ физическому, такъ и умственному труду. Начиная съ 12 лѣтъ окружающіе стали замѣчать, что временами больная принимала неестественную позу, которую сейчасъ же исправляла, коль скоро обращали на это ея вниманіе. Постепенно страданіе усиливалось и больная оказалась наконецъ уже не только не въ состояніи измѣнить надолго вынужденное положеніе по своему желанію, но даже должна была отказаться отъ такихъ занятій, которыя были несомнѣстимы съ нимъ; такъ, она прекратила уроки музыки. Какихъ-либо опредѣленныхъ этиологическихъ моментовъ, обусловившихъ заболѣваніе, она не знаетъ, не могутъ указать ихъ и родные.

Такимъ образомъ и въ нашемъ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло со спастическими явленіями, но онѣ захватили здѣсь сравнительно болѣе обширную территорію и до послѣдняго времени имѣютъ склонность къ распространенію. Всего болѣе спазмъ выраженъ въ мышцахъ шеи, ненормальное положеніе которой никакъ не можетъ быть объяснено напряженіемъ только праваго *m. sterno-cleido-mastoidei*, выпячиваніе головы впередъ ясно указываетъ на участіе въ страданіи глубокихъ мышцъ шеи и на первомъ планѣ *m. recti caritis anticī majoris* и *m. longi colli*; судорожное напряженіе трапеціевидной, лопаточныхъ и грудныхъ мышцъ прозводитъ ненормальное положеніе плеча и руки; наконецъ, спастическія явленія въ нижней части правой половины лица говорятъ за распространеніе процесса и на эту область.

Установивши тѣсное сродство клинической картины у всѣхъ нашихъ больныхъ, постараемся теперь выяснитъ себѣ, съ какимъ же именно заболѣваніемъ намъ пришлось сегодня встрѣтиться.

Теоретически разсуждая, мы можемъ дать интересующему насъ разстройству двигательной сферы весьма различныя толкованія. Прежде всего ненормальное положеніе головы иногда зависить отъ страданія костной системы. Однако это предположеніе въ нашихъ случаяхъ совершенно не имѣетъ мѣста. Не говоря уже объ отрицательномъ характерѣ изслѣдованія костной системы, противъ нея категорически свидѣтельствуютъ: развитіе болѣзни благодаря психическимъ моментамъ, измѣнчивость двигательныхъ разстройствъ подъ вліяніемъ душевнаго настроенія и полное исчезновеніе во снѣ. Искривленіе шеи, далѣе, въ иныхъ случаяхъ обусловливается пораженіемъ мускуловъ, но о мышечномъ заболѣваніи здѣсь также не можетъ быть рѣчи, такъ какъ кромѣ только что упомянутыхъ клиническихъ особенностей на него не указало и непосредственное изслѣдованіе пораженныхъ мышцъ. Итакъ, остается только искать объясненія встрѣченной нами картины въ патологическомъ состояніи самой нервной системы.

И, дѣйствительно, среди нервныхъ страданій есть одно, которое обладаетъ всѣми существенными особенностями, какія мы указали у нашихъ больныхъ, это—*torticollis spasticus* нѣмецкихъ авторовъ, спастическое искривленіе шеи или, какъ его неудачно называютъ иначе, психическая судорога.

Однако такой діагнозъ еще весьма мало объясняетъ намъ природу заболѣванія. Если Вы обратитесь даже къ наиболѣе разработаннымъ руководствамъ послѣдняго времени, то встрѣтите въ нихъ лишь самыя краткія, отрывочныя свѣдѣнія о *torticollis spasticus*, да и то далеко не претендующія на точность. Изъ этихъ свѣдѣній Вы узнаете, что страданіе болѣе свойственно женщинамъ, чѣмъ мужчинамъ, обыкновенно начинается въ среднемъ возрастѣ, очень рѣдко ранѣе 30 лѣтъ. Въ анамнезѣ часто открывается невропатическая наслѣдственность; самому началу болѣзни нерѣдко предшествуютъ угнетающія душевныя волненія, но наблюдались случаи ея развитія послѣ паденія и простуды (Gowers). Какъ на причину *torticollis* иногда можно смотрѣть на усиленную мышечную дѣятельность. Страданіе обыкновенно начинается прямо спазмомъ, иногда же передъ таковымъ замѣчаются боли невралгическаго характера и головокруженіе. Крайне рѣдко спазмъ развивается вдругъ, чаще же всего постепенно въ теченіе многихъ недѣль; усиливается онъ также постепенно, представляя иногда колебанія; во время физической дѣятельности или при волненіяхъ спазмъ выступаетъ рѣзче, при покоѣ становится менѣе замѣтнымъ. Страданіе захватываетъ различныя мышцы, но наиболѣе пострадавшими являются шейныя и при обычной формѣ спазмъ ограничивается по преимуществу или исключительно одной стороною; рѣдко поражаются мышцы обѣихъ сторонъ равномерно; лишь въ исключительныхъ случаяхъ страдаетъ только одинъ мускуль. Клиническая картина зависитъ отъ тѣхъ мышцъ, которыя поражены, а потому весьма разнообразна. Наичаще страдаютъ *mm. sterno-cleido-mastoidei*, затѣмъ верхній участокъ *m. trapezii* той же стороны; на ряду съ послѣднимъ можно поста-

вить *m. splenius* противоположной стороны; потомъ по частотѣ слѣдуютъ *mm. scaleni* и *platysma myoides*; на послѣднемъ мѣстѣ слѣдуетъ назвать глубокія мышцы шеи, именно *mm. recti et obliqui*. Что касается характера спазма, то онъ можетъ быть тоническій или клоническій: часто оба вида существуютъ одновременно. По большей части онъ имѣлъ наклонность распространяться, захватывая иногда не только область шеи, но руки и лица. Пораженные мускулы современемъ гипертрофируются, но обладаютъ нормальной электрической возбудимостью; случается впрочемъ, что послѣдняя повышена. Течение, какъ общее правило, хроническое; чаще всего спазмъ усиливается до извѣстной степени и такимъ остается на всю жизнь; въ другихъ случаяхъ онъ никогда не достигаетъ рѣзкой выраженности. Рѣдко, крайне рѣдко онъ исчезаетъ безслѣдно, но потомъ легко опять возвращается. Brodie наблюдалъ случай, гдѣ спазмъ прекратился на время душевнаго заболѣванія, по минованіи котораго развился снова. Въ наблюданіи Oppenheim'a судороги шейныхъ мышцъ перемежались съ галлюцинаторной спутанностью.

Таковы, въ общихъ чертахъ скудныя свѣдѣнія, которыми мы обладаемъ относительно этиологіи, клинической картины и теченія *torticollis spasticus*. Еще менѣе они удовлетворяютъ, коль скоро рѣчь заходитъ о природѣ страданія. Дѣло въ томъ, что ни въ одномъ случаѣ чистой *torticollis* не было найдено патолого-анатомическихъ измѣненій, которыя можно бы было связать съ этимъ своеобразнымъ заболѣваніемъ. Его характеръ поэтому приходится выяснять только косвеннымъ путемъ. Этиологія болѣзни, ея развитіе и клиническія особенности дѣлаютъ весьма правдоподобнымъ предположеніе, что въ ея основѣ лежитъ поврежденіе нервныхъ клѣтокъ. Но какихъ именно, спинно-или черепно-мозговыхъ? На этотъ вопросъ Вы получите чаще всего только неопредѣленный отвѣтъ. Gowers въ своемъ извѣстномъ руководствѣ говоритъ, что въ однихъ случаяхъ, когда поражаются мышцы, управляемыя различными нервами, но работающія вмѣстѣ, что въ этихъ

случаяхъ можно допустить заболѣваніе центровъ коры. Если спазмъ захватываетъ отдѣльные мускулы, или тѣ, которые при обычныхъ условіяхъ не функционируютъ вмѣстѣ, то есть основаніе думать о заболѣваніи центровъ спинно-мозговыхъ или бульбарныхъ. Къ этому авторъ добавляетъ однако, что нельзя придавать безусловнаго значенія и указанному имъ критерию: вѣдь легко допустить, что привычная ассоціація усталила связь и между центрами низшаго порядка. Oppenheimъ выражается нѣсколько опредѣленнѣе; онъ считаетъ вѣроятнымъ, что въ большинствѣ случаевъ болѣзни исходной точкой ея является кора большихъ полушарій. Вотъ, вкратцѣ, все, что намъ извѣстно о *torticollis spasticus*. Если мы сопоставимъ только что приведенную клиническую характеристику страданія съ нашими четырьмя случаями, то несомнѣнно должны будемъ признать, что она въ основныхъ чертахъ вполне соответствуетъ послѣднимъ. Но съ особенною яркостью выдѣляется у всѣхъ нашихъ больныхъ одна черта, которой, какъ мнѣ кажется, далеко не всѣ наблюдатели придавали должное значеніе, это—рѣзкое вліяніе психической сферы на всю картину страданія. Въ двухъ случаяхъ заболѣваніе развилось непосредственно послѣ сильнаго душевнаго волненія; у всѣхъ больныхъ двигательное расстройство проявляется несомнѣнно рѣзче при душевномъ волненіи, особенно во время демонстраціи. По отношенію къ первому больному эта особенность выступаетъ съ такой поразительной очевидностью, какую можно встрѣтить развѣ при истеріи¹⁾. Тѣсная связь судорожныхъ явленій съ психической дѣятельностью у него доказывается еще и тѣмъ, что въ постели, упираясь головою о подушку онъ могъ значительно уменьшать двигательныя

¹⁾ При дифференціальной діагностикѣ тѣмъ не менѣе я не останавливаюсь на истеріи. Противъ нея слишкомъ ясно говоритъ полное отсутствіе какихъ бы то ни было стигматъ великаго невроза, отсутствіе указаний на него въ прошлой жизни, отсутствіе истерическаго характера, длительность заболѣванія и, наконецъ, стаціонарный характеръ самой клинической картины.

разстройства, точно также, какъ только слегка придерживая голову руками, былъ въ состояннн ея совершенно выпрямить. Мнѣ нѣтъ необходимости долго доказывать, что подобные факты возможно объяснить лишь тѣмъ, что больной самъ былъ убѣжденъ въ дѣйствительности принимаемыхъ имъ мѣръ, что все дѣло здѣсь такимъ образомъ сводится на самовнушеніе. Наконецъ, уничтоженіе судорогъ во снѣ, т. е. когда представляется ослабленную вообще вся дѣятельность коры, также даетъ намъ ясный намекъ на роль, которую послѣдняя играетъ въ развитіи интересующаго насъ заболѣванія.

Всѣ эти соображенія и факты заслуживаютъ особеннаго вниманія: они весьма опредѣленно выясняютъ намъ природу страданія съ одной стороны, указываютъ рачіональную терапію—съ другой.

До послѣдняго времени невропатологи крайне пессимистически смотрѣли на прогнозъ при *torticollis spasticus* и, нужно сознаться, имѣли на то полное право. Разнообразныя *tonica* и *pervina*, даже при самомъ систематическомъ примѣненіи, въ громадномъ большинствѣ случаевъ оказались совершенно бесполезными, а если нѣкоторые наблюдатели и склонны были приписывать имъ иногда благотворное вліяніе, то скептики вполне законно объясняли его ремиссіями, какія нерѣдко свойственны страданію. Немногого можно ждать, какъ показалъ опытъ, и отъ примѣненія методовъ наружной терапіи: повязокъ, электризаціи, массажа, гидротерапіи. Естественно поэтому явилась мысль о ножѣ, какъ объ *ultimum refugium*, тѣмъ болѣе что часто требовали операціи и сами больные, потерявшіе терпѣніе и доведенные до отчаянья. Но и оперативное вмѣшательство далеко не оправдало ожиданій, которыя возлагались на него. Впрочемъ здѣсь взгляды хирурговъ и невропатологовъ до извѣстной степени пока расходятся. Въ хирургической литературѣ можно довольно часто встрѣтить указаніе на успѣхъ оперативнаго лѣченія, тогда какъ невропатологи чаще всего относятся къ этимъ наблюденіямъ съ значительной дозой сомнѣнія. Такъ проф. Kocher

видѣлъ блестящій результатъ при перерѣзкѣ всѣхъ мышцъ, охваченныхъ спазмомъ. Убѣжденнымъ сторонникомъ его взглядовъ явился Quergvain¹⁾, который неоднократно наблюдалъ, примѣняя методъ Kocher'a, полное излѣченіе, хотя этотъ авторъ признаетъ нервную теорію происхожденія torticollis и объясняетъ успѣхъ операціи не непосредственно ею, а тѣмъ психическимъ вліяніемъ, какое она оказываетъ на двигательные центры, своего рода внушеніемъ. Russel²⁾ съ своей стороны настойчиво предлагаетъ перерѣзку спинно-мозговыхъ корешковъ, иннервирующихъ пораженныя мышцы, неудовлетворительные результаты, получаемые авторами при перерѣзкѣ XI пары, ставить въ зависимость отъ того, что значительное число мышцъ, принимающихъ участіе въ страданіи, получаютъ свою иннервацію не отъ послѣдней. Paul³⁾, принимающій для извѣстной части случаевъ torticollis рефлекторную теорію, сообразно такому мнѣнію рекомендуетъ перерѣзку вѣтвей plexus cervicalis. Linz⁴⁾ также наблюдалъ прочное улучшение torticollis послѣ резекціи n. accessorii и неудачи, столь частыя при этой операціи, объясняетъ тѣмъ, что страданіе распространялось и на другія нервныя области. Наиболѣе цѣлесообразной, однако, по автору нужно считать перерѣзку пораженныхъ мышцъ.

Высказываются далѣе за оперативное вмѣшательство Kader, Walter и мн. др.

Я далеко не задаюсь цѣлью познакомить Васъ со всей обширной литературой вопроса. Мнѣ хочется только въ подтвержденіе своихъ словъ назвать нѣсколько авторовъ, которые являются горячими поборниками оперативнаго лѣченія torticollis. Въ рѣзкомъ противорѣчій съ ними стоитъ большинство невропатологовъ.

1) Semaine méd. 1896.

2) Brain. 1897.

3) Revue de méd. 1897.

4) Ueber spastische Torticollis. Inaug. Bonn. 1897.

Gowers считаетъ невротомію при torticollis не ведущей къ цѣли, такъ какъ успѣхъ операціи слишкомъ не проченъ и спазмъ легко возвращается снова, переходя на другія мышцы. Перерѣзка сухожилій по Gowers'у болѣе чѣмъ бесполезна; спазмъ не уничтожается ею, а сюда присоединяется еще укороченіе мускуловъ. Oppenheim выражается прямо, что успѣхъ оперативнаго лѣченія torticollis сомнителенъ и что его можно связать съ операціей лишь постольку, поскольку она производитъ противорадраженіе.

Brissaud ¹⁾, опираясь на личный весьма богатый опытъ, приходитъ къ рѣшительному заключенію, что при томъ видѣ torticollis, который онъ называетъ „mental“, хирургическое вмѣшательство совершенно неумѣстно. Такого рода взгляды, а число ихъ защитниковъ я могъ бы легко увеличить, основываются съ одной стороны на томъ фактѣ, что при torticollis спазмъ чаще всего имѣетъ наклонность къ прогрессивному распространенію и что поэтому его не можетъ уничтожить перерѣзка нервовъ или мышцъ; если же съ другой стороны мы и наблюдаемъ иногда несомнѣнный эффектъ операціи, то лишь сравнительно очень кратковременно, а вслѣдъ за улучшеніемъ обыкновенно слѣдуетъ новое ухудшеніе. Изъ всего сказаннаго до сихъ поръ явствуетъ, что мы не обладаемъ пока никакими раціональными средствами для излѣченія torticollis spasticus. Тѣмъ болѣе вниманія заслуживаетъ поэтому попытка, сдѣланная въ послѣдніе годы Brissaud, который примѣнилъ въ терапіи страданія особый методъ. Такъ какъ эта попытка въ извѣстной части случаевъ уже увѣнчалась успѣхомъ и такъ какъ исходной точкой она имѣетъ самый характеръ заболѣванія, то я позволю себѣ остановиться на ней нѣсколько подробнѣе.

Еще въ одной изъ своихъ лекцій, появившихся въ 1895 г., Brissaud высказалъ убѣжденіе, что „при torticollis mental въ болѣзненномъ состояніи находятся не мышцы и не

¹⁾ Revue neurol. 1897.

Вопросомъ о *torticollis spasticus* кромѣ Brissaud занялся въ послѣдніе годы еще другой извѣстный французскій невропатологъ, Grasset ¹⁾, который высказываетъ однако нѣсколько иные взгляды на природу болѣзни.

Устанавливая различіе между спазмомъ и тикомъ, Brissaud, разсматривающій *torticollis mental*, какъ одинъ изъ видовъ послѣдняго, говоритъ: „спазмъ—явленіе простое, исключительно рефлекторное, а слѣдовательно спинно-мозгового происхожденія, между тѣмъ какъ тикъ—актъ автоматическій, сочетанный и потому происхожденія коркового“. На это Grasset возражаетъ, что далеко не всякій сочетанный, автоматическій актъ коркового происхожденія, что безспорно существуютъ движенія автоматическія и сочетанныя спинно-мозговой и бульбарной природы.

Продолжая далѣе свою параллель, Brissaud доказываетъ, что мы не въ состояніи ничѣмъ задержать чисто рефлекторнаго акта, при тикѣ, напротивъ, извѣстное напряженіе воли можетъ ускорить или даже задержать движеніе. Grasset возражаетъ и на это. Онъ напоминаетъ, что существуетъ много бульбарныхъ и спинно-мозговыхъ рефлексовъ, на которые воля оказываетъ свое вліяніе, таковы акты мочеиспусканія и дефекаціи; далѣе, и корковые двигательные акты могутъ быть различнаго рода; иногда они выполняются сознательно, произвольно, иногда же автоматически; сообразно этому Grasset различаетъ три типа спазма: типъ спинно-мозговой и бульбарный, типъ полигональный и типъ психическій въ собственномъ смыслѣ. Различіе между послѣдними двумя дается тѣмъ, что первый изъ нихъ носитъ отпечатокъ психической дѣятельности низшаго порядка, автоматическій, тогда какъ второй зависитъ прямо и непосредственно отъ идеи, отъ сферы сознанія. Другими словами *torticollis mental* Brissaud можно подраздѣлить еще на два вида: *torticollis polygonal* и *torticollis*

¹⁾ Tic du colporteur (Spasme polygonal, post-professionel). Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1897.

psychique. Нѣсколько расходясь такимъ образомъ съ Brissaud въ пониманіи природы болѣзни, Grasset всецѣло примыкаетъ къ нему своими взглядами на терапію. Сущность лѣченія психическаго спазма должна быть сведена на перевоспитаніе: нужно путемъ упражненія усилить вліяніе воли больного на страдающіе центры; тоническія средства, массажъ, гидротерапія играютъ только второстепенную вспомогательную роль.

Довольно вѣскія возраженія по адресу Grasset въ свою очередь сдѣланы были Feindel'емъ ¹⁾. Feindel съ полнымъ правомъ указываетъ, что сложные автоматическіе акты, прежде чѣмъ сдѣлаться таковыми, должны быть сознательными, что сознательная дѣятельность прямо или косвенно даетъ о себѣ знать во всѣхъ случаяхъ *torticollis mental*. Другими словами между обоими видами *torticollis* нѣтъ той разницы, какую хочетъ видѣть Grasset. Однако и Feindel считаетъ эпитетъ „*mental*“ слишкомъ узкимъ; онъ предпочитаетъ говорить о *torticollis psychique*. Но работа д-ра Feindel'я намъ интересна не столько по теоретическимъ соображеніямъ, высказываемымъ въ ней, сколько потому, что она посвящена главнымъ образомъ терапіи *torticollis*. Авторъ подъ руководствомъ самого Brissaud примѣнилъ его методъ лѣченія у 4 больныхъ и во всѣхъ случаяхъ получилъ болѣе или менѣе существенное улучшеніе.

Въ виду важности вопроса приведемъ здѣсь подробнѣе тѣ приемы, какими пользовался Feindel при терапіи первой больной.

Это была 38 лѣтняя женщина, которая постоянно поддерживала рукою свою голову, такъ какъ иначе послѣдняя съ силой отклонялась на право. Прежде всего Feindel постарался доказать больной, что не только рука въ состояніи помочь ей исправить ненормальное положеніе, а что для этой же цѣли могутъ служить поддержки иного рода; такой под-

¹⁾ Le traitement médical du *torticollis mental*. Nouv. Iconog. de la Salpêtrière. 1897.

держной былъ избранъ периметръ. Больная, упершись подбородкомъ о подставку, должна была фиксировать взглядомъ клочекъ бумаги на дугѣ инструмента. Вначалѣ она отказывалась выполнять такую задачу, такъ какъ подставка не замѣняла собою руку, но врачу, постепенно отвлекая ея вниманіе на бумажку и измѣняя уголъ наклоненія дуги, удалось достигнуть того, что больная удерживала голову въ правильномъ положеніи по крайней мѣрѣ нѣсколько секундъ. На другой день этотъ срокъ могъ быть увеличенъ до нѣсколькихъ минутъ, а на третій паціентка, опираясь подбородкомъ о подставку, сохраняла нормальную позу неопредѣленно долгое время. Когда былъ достигнутъ такой результатъ, т. е. когда больная убѣдилась, что вполне можетъ замѣнить руку периметромъ, ей было предложено фиксировать взглядомъ ту же бумажку, но уже сидя свободно въ креслѣ и ни на что не упираясь головой. Эту задачу на первый разъ больная могла выполнять и то съ трудомъ не долѣе нѣсколькихъ секундъ, затѣмъ минутъ и т. д. Позднѣе периметръ былъ замѣненъ картиною на стѣнѣ, которую должно было внимательно разсматривать до тѣхъ поръ, пока не появлялось чувство усталости. Съ каждымъ днемъ продолжительность сеансовъ увеличивалась и больная начала съ большимъ довѣріемъ относиться къ своимъ силамъ; тогда ей былъ данъ совѣтъ заниматься подобными упражненіями въ опредѣленные часы дома, а въ то же время болѣе и болѣе усложнялись задачи, предлагаемыя выполнять въ присутствіи врача: прежде она фиксировала подвижные или неподвижные объекты сидя, потомъ стала дѣлать это стоя, затѣмъ двигаясь, производя руками различныя движенія и т. п. Когда и эти трудности были преодолены, врачъ уладилъ вліяніе фиксаціи глазами и больная вскорѣ оказалась въ состояніи удерживать вполне нормальное положеніе при обычныхъ условіяхъ, занимаясь любымъ дѣломъ, сначала въ теченіе очень короткаго, а затѣмъ и болѣе продолжительнаго времени. Параллельно съ такими упражненіями былъ примѣненъ также слабый фара-

дическій токъ съ цѣлью ослабить болѣ активныя мышцы и возбудить ихъ антагонисты. Все лѣченіе длилось 6 недѣль, въ концѣ которыхъ больная, страдавшая 4 года, легко удерживала нормальное положеніе головы не менѣе $\frac{1}{4}$ часа, если она оставалась незапятою, и неопредѣленно долгое время при фиксированіи взглядомъ какихъ-либо предметовъ. Обстоятельства вынудили ее уѣхать домой, но она, уже усвоивъ себѣ основные принципы лѣченія, получила совѣты, какъ вести его далѣе, и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ извѣстила своихъ врачей объ окончательномъ выздоровленіи. Столь же удачныя результаты были получены Feindel'емъ и въ остальныхъ трехъ случаяхъ.

Эти результаты являются тѣмъ болѣе утѣшительными, что они относятся къ заболѣванію, для борьбы съ которымъ у насъ до сихъ поръ не было рациональныхъ средствъ.

Весьма естественно поэтому является вопросъ, нельзя ли методъ Brissaud примѣнить и къ нашимъ больнымъ. Но разрѣшеніе этого вопроса всецѣло связано съ другимъ, страдаютъ ли наши больные той формой torticollis, которую французскіе авторы называли „mental“ или „psychique“.

Какъ мы видѣли выше, одной изъ характерныхъ клиническихъ особенностей torticollis mental слѣдуетъ назвать исправленіе ненормальнаго положенія головы при помощи крайне своеобразныхъ приѣмовъ. Среди нашихъ больныхъ эту черту мы могли отмѣтить только въ первомъ случаѣ. Слѣдуетъ ли поэтому рѣзко отдѣлять его отъ остальныхъ? Мнѣ кажется, что нѣтъ. Вообще, я думаю, что Brissaud былъ не вполнѣ правъ, придавая этому симптому повидимому столь рѣшающее значеніе, такъ какъ онъ въ очень многомъ зависитъ отъ чисто случайныхъ условій. Всѣ наши больные, исключая послѣдней, — крестьяне, люди не обращающіе никакого вниманія на свою внѣшность и тяготившіеся болѣзнию постольку, поскольку послѣдняя преспятствовала имъ работать. Они не хотѣли, да и не могли прибѣгать къ какому-либо виду искусственнаго приведенія головы въ нормальное поло-

женіе, тѣмъ болѣе, что на короткое время были въ состояніи исправлять его при помощи одной воли. Исключеніемъ являлся только первый больной, вынужденный къ тому, какъ мы видѣли, крайней необходимостью. Что касается четвертой больной, то у нея первые признаки болѣзни обнаружались еще въ дѣтскомъ возрастѣ, когда слѣдовательно она лично не придавала имъ большого значенія; позднѣе же, когда она выросла и когда симптомы болѣзни усилились, полная коррекція уже была невозможна: продолжительное ненормальное положеніе неблагоприятно отразилось на костномъ скелетѣ. Если же мы оставимъ въ сторонѣ клиническую черту, указанную французскими авторами, то во всемъ остальномъ существенныя особенности *torticolis psychique* какъ нельзя болѣе совпадаютъ съ подмѣченными у нашихъ больныхъ. Дѣйствительно, Вы помните, что у нѣкоторыхъ изъ нихъ страданіе развилось непосредственно послѣ душевнаго волненія; у всѣхъ пораженіе, захватывая болѣе или менѣе обширную мышечную территорію, распространяется на мускулы съ весьма различной иннервацией и связанные лишь функционально; у всѣхъ его симптомы находятся въ тѣсной зависимости отъ душевнаго настроенія, уничтожаются на время сна и подъ вліяніемъ энергичнаго усилія воли. Эти свойства клинической картины въ нашихъ четырехъ случаяхъ и заставляютъ меня отнести ихъ къ той формѣ спастическаго искривленія шеи, которая извѣстна подъ именемъ психической.

Такъ какъ первые трое больныхъ не имѣли возможности подвергнуться продолжительному лѣченію, то имъ была предложена операція, на которую они согласились тѣмъ охотнѣе, что совершенно утратили вѣру въ излѣченіе инымъ способомъ.

У перваго больного ¹⁾ послѣ перерѣзки соответствующихъ нервныхъ стволовъ на обѣихъ сторонахъ въ теченіе 1½ недѣль судорожныя явленія совершенно отсутствовали, но затѣмъ появились снова сначала въ очень слабой степени, а потомъ довольно быстро приняли прежній характеръ.

Операція, произведенная второму больному, состояла въ вырѣзываніи кусочка *n. accessorii Willisii* длиной приблизительно въ два сантимет. Немедленно послѣ операціи судороги прекратились, какъ что больной былъ выписанъ вполне выздоровѣвшимъ. Черезъ 4 мѣсяца онъ однако явился снова въ клинику, заявляя, что по прошествіи нѣсколькихъ недѣль послѣ операціи у него возобновились судорожныя подергиванія головы вправо, и требуя новой операціи. На этотъ разъ ему была произведена перерѣзка правой I-й шейной пары. Судорожныя подергиванія немедленно прекратились. Черезъ три недѣли, когда больной выписался изъ клиники, ихъ также почти совсѣмъ не было замѣтно. Черезъ 5 мѣсяцевъ д-ръ Тиховъ имѣлъ возможность еще разъ видѣть больного и сообщилъ мнѣ, что прежнія судорожныя подергиванія головы возобновились почти въ прежней степени, хотя поверхностныя мышцы шеи на оперированной сторонѣ представлялись расслабленными.

Третій больной послѣ операціи (неврѣктомія лѣваго и вытяженіе праваго *n. accessorii Willisii*) первые 1½ недѣли пользовался полнымъ здоровьемъ, но затѣмъ судорожныя явленія возобновились, хотя въ болѣе слабой степени, такими же они остаются и до сихъ поръ (т. е. въ теченіе около 2-хъ лѣтъ). Больной очень доволенъ операціей, доставившей ему возможность работать безъ прежнихъ препятствій.

У четвертой больной въ виду распространенности болѣзненныхъ явленій операція представлялась, конечно, совсѣмъ

¹⁾ Всѣ три случая были оперированы проф. В. И. Разумовскимъ; выдержки изъ исторій болѣзни были съ обязательною любезностью мнѣ сообщены прив.-доц. П. И. Тиховымъ.

неумѣстной, тѣмъ болѣе что больная располагала достаточнымъ количествомъ времени для своего лѣченія и благодаря болѣе высокому умственному развитію могла быстро усвоить себѣ его сущность. Такъ какъ она уже по опыту знала, что въ состояніи побѣждать судорожныя сокращенія мышцъ при энергичномъ волевоиъ усилии, то поэтому не было необходимости прибѣгать къ какимъ-либо болѣе сложнымъ приѣмамъ. Ей было только предложено нѣсколько разъ въ день, сидя передъ зеркаломъ и принявъ нормальное положеніе, удерживать его въ теченіе 2—3 минутъ, а потомъ и долѣе, пока не появится чувство усталости. Но мѣрѣ того какъ увеличивался этотъ промежутокъ времени, задача, предлагаемая больной, постепенно усложнялась: сначала сидячее положеніе было замѣнено стоячимъ, затѣмъ больная старалась подавлять судорожныя движенія во время ходьбы, занятій и т. д. Какъ вспомогательное средство, были примѣнены пассивная и активная гимнастика, гальванизація и массажъ. Черезъ нѣсколько недѣль такого лѣченія симптомы болѣзни начали постепенно ослабѣвать. Къ сожалѣнію больная въ силу различныхъ неблагопріятныхъ условій должна была довольно часто и на продолжительное время уклоняться отъ систематическаго наблюденія врача, а, предоставленная себѣ, не примѣняла лѣченія съ желательной послѣдовательностью. Въ связи съ такими перерывами за временными улучшеніями слѣдовали новыя ухудшенія, хотя въ общемъ не только удалось пріостановить прогрессировавшее дотолѣ развитіе болѣзни, но и было достигнуто довольно прочное улучшеніе.

Если сопоставить теперь результаты терапіи во всѣхъ четырехъ случаяхъ, то необходимо признать, что прежде всего они говорятъ безусловно противъ хирургическаго вмѣшательства. Въ самомъ дѣлѣ, у первыхъ двухъ больныхъ операція ція имѣла слишкомъ кратковременное вліяніе; у третьяго она дала существенное улучшеніе; но это послѣднее повидимому находится въ зависимости не столько отъ самой операціи, сколько отъ того, что больной, сапожникъ по профессіи, по-

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



лучивъ немедленно значительное облегченіе, воспользовался имъ, чтобы снова приняться за свою работу, другими словами послѣ операціи онъ старался возможно долѣе держать голову прямо, т. е. прибѣгалъ къ тому методу, какой былъ примѣненъ у четвертой больной. Въ послѣднемъ наблюденіи дѣло шло о формѣ заболѣванія очень тяжкой, о страданіи возникшемъ въ дѣтскіе годы и повлекшемъ уже непоправимыя измѣненія въ костномъ скелетѣ; самое лѣченіе было поставлено въ очень затруднительныя условія и тѣмъ не менѣе методъ Brissaud далъ весьма утѣшительные результаты. Такимъ образомъ, не взирая на всю неполноту и незаконченность нашихъ наблюдений, они все же даютъ намъ право думать, что этотъ методъ, болѣе разработанный и послѣдовательно примѣняемый, измѣнить нашъ столь безотрадный взглядъ на терапію одной изъ частыхъ формъ спастическаго искривленія шеи—болѣзни, передъ которой въ безсиліи отступаетъ нынѣ даже ножъ хирурга.

Изъ патолого-анатомической лабораторіи проф. В. Бехтерева.

Объ измѣненіяхъ въ клѣткахъ головного мозга подъ вліяніемъ отравленія окисью углерода¹⁾.

Д-ра И. Спиртова.

Вліяніе окиси углерода на нервную систему, очевидное и въ обыденныхъ, неособенно тяжелыхъ случаяхъ отравленія этимъ газомъ, иллюстрируется обширною, годъ отъ года возрастающею литературою случаевъ, гдѣ послѣ отравленія окисью углерода развивались тяжелыя патологическія явленія со стороны нервной системы; при этомъ въ одномъ рядѣ случаевъ таковыя явленія составляли непосредственное продолженіе отравленія, въ другихъ же случаяхъ они развивались послѣ того какъ первыя послѣдствія отравленія прошли и протекъ болѣе или менѣе продолжительный, такъ сказать свѣтлый промежутокъ, во время котораго субъекты, подвергшіеся отравленію, ничѣмъ не отличались отъ здоровыхъ во всѣхъ отношеніяхъ людей. Эти послѣдующія патологическія явленія захватываютъ какъ интеллектуальную сферу, такъ и области двигательную и чувствительную, а именно наблюдались: амезія, афазія, stupor, слабоуміе, далѣе: общее возбужденіе, душевныя заболѣванія, сходныя съ нервичнымъ сумасшествіемъ, различные параличи, контрактуры, преходящія судоро-

¹⁾ Большая часть настоящей работы была проведена авторомъ въ лабораторіи клиники проф. В. Бехтерева и лишь закончена на мѣстѣ службы автора въ г. Гродно; препараты демонстрировались проф. В. Бехтереву и врачамъ клиники.

ги и наконецъ ослабленіе чувствительности того или другого органа чувствъ.

Въ случаяхъ послѣдугарныхъ заболѣваній, окончившихся смертельнымъ исходомъ, при вскрытіи находили то простую гиперэмію и отечность мозговой ткани, а также оболочекъ мозга, то таковую же гиперэмію вмѣстѣ съ кровоизліяніями въ ткань мозга, то гнѣзда размягченія; въ нѣкоторыхъ случаяхъ было найдено уплотнѣніе мозговой ткани, были также случаи, гдѣ въ центральной нервной системѣ не было ничего, но замѣчены ограниченныя воспалительныя гнѣзда въ периферическихъ нервахъ и, наконецъ, были случаи съ отрицательными данными относительно всей нервной системы. Несмотря однако на накопившійся въ значительномъ количествѣ запасъ данныхъ вскрытія, до сихъ поръ еще не установлено определенное представленіе объ условіяхъ, механизмѣ и послѣдовательности дѣйствія окиси углерода на различныя части нервной системы и даже для случаевъ гнѣздъ размягченія, наиболѣе изученныхъ, не рѣшено, что служитъ главнымъ исходнымъ пунктомъ наблюдаемыхъ измѣненій,—пораженіе ли самой нервной ткани (Klebs), или пораженіе сосудовъ нервной системы и происходяція вслѣдствіе того кровоизліянія (Leyden, Th. Simon), или же то и другое вмѣстѣ и въ одинаковой степени (Seidel) ¹⁾.

Но если литература случаевъ развитія заболѣваній нервной системы послѣ одиночнаго отравленія окисью углерода велика и увеличивается съ каждымъ годомъ, то того же нельзя сказать относительно изслѣдованій, устанавливающихъ связь между заболѣваніями нервной системы и хроническимъ отравленіемъ угарнымъ газомъ. Пересматривая, насколько это было возможно для меня, относящуюся сюда литературу, я на

¹⁾ Подлинниковъ сочиненій вышеприведенныхъ авторовъ я, по условіямъ работы, не могъ имѣть подъ рукою, и мнѣнія авторовъ приведены мною по диссертациі д-ра В. Хардина: «О послѣдугарныхъ нервныхъ заболѣваніяхъ и объ измѣненіяхъ въ нервныхъ клѣткахъ при отравленія окисью углерода» С.-Петербургъ 1885 г. стр. 3 и 4.

массу сообщеній о случаяхъ послѣдугарныхъ заболѣваніи вслѣдствіе одиночнаго отравленія, нашелъ только три работы, прямо касающіяся хроническаго отравленія окисью углерода на нервную систему. Это во-первыхъ работа Моро (Д-ръ Paul Maureou de Tours), гдѣ устанавливается связь между хроническимъ отравленіемъ окисью углерода и заболѣваніемъ нервной системы, выражающимся сначала головной болью, головокруженіемъ, шумомъ въ ушахъ и мельканіемъ искрѣ въ глазахъ и переѣнчивостью настроенія духа. Такое состояніе можетъ тянуться очень долгое время и можетъ прекратиться вовсе, если оставлены занятія, дающія поводъ къ хроническому отравленію окисью углерода; если же больной продолжаетъ свои занятія, то вдругъ вслѣдствіе какой нибудь случайности—огорченія, испуга, опьяненія развивается душевное расстройство съ бредомъ преслѣдованія, кромѣ него замѣчаются при этомъ ослабленіе памяти и обманы чувствъ, наичаще зрѣнія, доходящіе до системы галлюцинацій ¹⁾. Далѣе Ernst Becker ²⁾ указываетъ какъ на послѣдствія хроническаго отравленія окисью углерода на головныя боли, дурноту, головокруженіе, на наступающіе по временамъ приступы судорогъ, ослабленіе памяти и разсудка. Затѣмъ д-ръ Хардинъ ³⁾ производилъ наблюденія и изслѣдовалъ нервную систему: 1) у двухъ собакъ, которыхъ онъ отравлялъ въ теченіи мѣсяца ежедневно, съ однодневнымъ отдыхомъ послѣ каждаго 3—4-хъ дней 2), у одной собаки, отравлявшейся 2 раза въ день и погибшей въ теченіи трехъ недѣль и 3) у двухъ собакъ, отравлявшихся дважды въ день, изъ которыхъ одна была убита на 10-ый день, другая на 14-ый день. Двѣ первыя собаки почти все

¹⁾ Цитировано по диссертациі д-ра Хардина. С.-Петербургъ 1885 г. стр. 30—31.

²⁾ Ernst Becker «Die Kohlenoxydgasvergiftung und die zu deren Verhütung geeigneten Sanitätspolizeilichen Massregeln» суд. журнала: Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen 1893, 5.

³⁾ Диссертациія. Петербургъ 1885.

время отравленія держались хорошо, только у одной за два дня, у другой за три дня до смерти появились признаки общаго недомоганія; собаки становились апатичными, малоподвижными, теряли аппетитъ и плохо держались на ногахъ; наканунѣ же смерти наступало безсознательное состояніе, общія тоническія и клонческія судороги и постоянно тоническое напряженіе мышцъ затылка. Посмертное вскрытіе показало сильную гиперэмію мозговыхъ оболочекъ и вещества головного и спинного мозга, отличавшуюся отъ гиперэміи острыхъ отравленій болѣе темнымъ цвѣтомъ крови, далѣе, найдены: большее сравнительно съ острымъ отравленіемъ количество кровозливаній въ ткань головного и спинного мозга и большая влажность и мягкость самой мозговой ткани. На уплотненномъ спинномъ мозгу одной изъ собакъ можно было уже простымъ глазомъ констатировать на поперечныхъ разрѣзахъ два гнѣзда, отличавшіяся болѣе свѣтлымъ цвѣтнымъ, лежавшія симметрично въ задней части боковыхъ столбовъ, на протяженіи $2\frac{1}{2}$ сантиметровъ, почти въ серединѣ между шейнымъ и поясничнымъ утолщеніями. У собаки, отравлявшейся дважды въ день въ теченіи трехъ недѣль, за три дня до смерти развились вышеописанныя явленія общаго недомоганія и появилась слабость въ заднихъ конечностяхъ; результаты вскрытія совпадали съ предыдущими за исключеніемъ гнѣздъ въ спинномъ мозгу. У двухъ же собакъ, отравлявшихся дважды въ день и убитыхъ на 10-ый и 14-ый день отравленія, при жизни не было наблюдаемо никакихъ патологическихъ явленій: о макроскопическихъ результатахъ вскрытія этихъ двухъ собакъ авторъ ничего не говоритъ.

Результаты микроскопическаго изслѣдованія д-ръ Хардинъ резюмируетъ такъ: въ 3-хъ первыхъ случаяхъ измѣненія сводятся къ разлитому процессу съ воспалительнымъ характеромъ, выражающимся гиперэміей, выхожденіемъ лимфоидныхъ элементовъ, образующихъ мѣстами густыя скопленія, регрессивнымъ перерожденіемъ нервной ткани, доходящимъ иногда до полнаго уничтоженія клѣточныхъ элементовъ,

измѣненіями въ основномъ веществѣ (набухлость), перерожденіемъ нервныхъ волоконъ и присутствіемъ плазматического выпота. Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ констатируется начинающееся паренхиматозное измѣненіе въ небольшомъ числѣ нервныхъ клѣтокъ. Кромѣ, того изслѣдую сосуды мозговой тлани, онъ находилъ въ стѣнкахъ ихъ скопленіе жировыхъ зернышекъ.

Такимъ образомъ, какъ видно изъ вышеизложеннаго, вопросъ о вліяніи хроническаго отравленія окисью углерода на нервную систему изслѣдованъ еще очень мало: въ виду этого, а также въ виду большого теоретическаго и практическаго интереса, представляемаго этимъ вопросомъ, я съ удовольствіемъ воспользовался любезнымъ предложеніемъ многоуважаемаго проф. В. М. Бехтерева изслѣдовать главнымъ образомъ микроскопически вліяніе возможно долгое время тянувшася хроническаго отравленія угарнымъ газомъ на головной мозгъ.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію хода отравленій и вызванныхъ ими послѣдовательныхъ патологическихъ явленій, считаю нелишнимъ описать постановку опытовъ.

Собаки для опытовъ брались приблизительно 2—5-ти лѣтняго возраста, средней величины, такъ какъ очень маленькія и очень большія собаки представляли неудобство при самомъ отравленіи, а именно: въ періодѣ возбужденія большія собаки представляли извѣстную опасность для лицъ держащихъ ихъ, маленькія же собаки въ томъ же періодѣ или выскользали изъ рукъ или приходилось очень крѣпко стискивать ихъ. Далѣе послѣ нѣсколькихъ неудачныхъ опытовъ я сталъ предпочитать не откормленныхъ, жирныхъ собакъ, но среднеупитанныхъ дворняжекъ, такъ какъ первыя не выдерживали ежедневно повторявшихся тяжелыхъ отравленій и чрезъ нѣсколько дней послѣ начала опытовъ погибали во время одного изъ отравленій. Во время производства опытовъ собаки не были связаны и не привязывались къ доскѣ, а ихъ держали въ сидячемъ положеніи двое служителей; привязы-

ванья къ доскѣ я избѣгалъ, потому что во-первыхъ неудобство позы привязанной къ доскѣ собаки дѣлало ее особенно безпокойной, во-вторыхъ привязывать собаку приходилось бы крѣпко и слѣдовательно изо дня въ день наносился бы лишній insultъ конечностямъ животнаго; если при нѣкоторыхъ одиночныхъ опытахъ на эти неудобства можно не обращать вниманія, то при хроническихъ отравленіяхъ, гдѣ долгое время приходилось дѣлать довольно продолжительные опыты и притомъ ежедневно, вышеописанныя неудобства привязыванья къ доскѣ, мнѣ кажется, могутъ оставить сами по себѣ слѣды на нервной системѣ животнаго. Само собою разумѣется, что служителя были мною приучены держать животное такъ, чтобы оно не могло вырваться изъ рукъ, а съ другой стороны не было бы слишкомъ крѣпко сжато.

Собаки вдыхали смѣсь окиси углерода съ воздухомъ изъ газометра, устроеннаго по принципу аппарата Гетчисона, вмѣстимостью въ 80,000 куб. сент. Для вдыханія смѣси на морду собаки надѣвалась маска, состоящая изъ передней жестяной части и прикрѣпленной къ ней задней гуттаперчевой части; сдѣлать всю маску изъ гуттаперчи представлялось неудобнымъ, потому что такая маска при сильныхъ и продолжительныхъ вдохахъ могла въ сильной степени спадаться и тѣмъ затруднять притокъ газовой смѣси и бесполезно истощать вдыхательныя мышцы животнаго. Жестяная часть маски имѣла видъ усѣченнаго конуса, причемъ передняя меньшая плоскость конуса была закрыта припаянной къ конусу жестяной же пластинкой, въ средней части которой были сдѣланы два отверстія; къ этимъ отверстіямъ были припаяны двѣ короткія толщиною въ мезинецъ жестяныя трубки. На эти трубки надѣвались каучуковыя, изъ которыхъ одна вела къ Мюллеровскому водяному клапану, соединенному каучуковой же трубкой съ газометромъ, другая же вела къ таковому же клапану, открывавшемуся въ наружный воздухъ. Надлежащимъ соединеніемъ каучуковыхъ трубокъ, идущихъ отъ маски съходящею до дна и съ оканчивающемся сверху сосуда

стеклянными трубками Мюллеровскихъ клапановъ достигалось то, что собака могла вдыхать только газовую смѣсь, а выдыхаемый воздухъ выходилъ исключительно наружу, а не въ газометръ. Задняя гуттаперчевая часть плотно охватывала морду собаки; передняя (жестяная) часть умышленно не вся надвигалась на морду собаки, потому что часто во время опытовъ появлялось обильное слюнотеченіе (увеличенное въ той или другой степени отдѣленіе слюны наблюдались во всѣхъ безъ исключенія опытахъ) и накопленіе слюны въ очень тѣсномъ пространствѣ мѣшало бы свободному вдыханію и выдыханію, и безъ того въ нѣкоторыхъ опытахъ приходилось снимать маску, чтобы вылить слюну. Вдыхаемая газовая смѣсь въ большинствѣ случаевъ содержала отъ 2% до 5% окиси углерода (для каждаго опыта процентное содержаніе окиси углерода было точно извѣстно); но было также произведено значительное число опытовъ и съ $\frac{3}{4}$ % смѣсью и со смѣсями, содержащими болѣе высокій, чѣмъ 5%, угарнаго газа. Окись углерода добывалась разложеніемъ щавелевой кислоты (*acidum oxalicum purissimum pro analysi*) крѣпкой сѣрной кислоты при нагрѣваніи. Полученный газъ содержалъ окись углерода, углекислоту и кромѣ того къ нему могли примѣшаться окислы сѣры, поэтому для полученія чистой окиси углерода выходящей изъ реторты газъ пропускался чрезъ растворъ ѣдкаго кали, находящейся въ трехъ соединенныхъ послѣдовательно другъ съ другомъ Вульфовыхъ стеклянкахъ, гдѣ и совершалось поглощеніе углекислоты и окисловъ сѣры. Для болѣе совершеннаго поглощенія упомянутыхъ газовъ въ Вульфовы стеклянки наливалось большое количество ѣдкаго кали, сами стеклянки были большой величины, такъ что газъ долженъ былъ проходить чрезъ довольно высокій слой жидкости. Для той же цѣли болѣе совершеннаго поглощенія ненужныхъ примѣсей смѣсь щавелевой кислоты съ сѣрной нагрѣвалась возможно медленно и рѣдко до температуры, необходимой для выдѣленія газовъ; этимъ избѣгалось быстрое выдѣленіе газовъ въ большомъ количествѣ, причѣмъ часть

газа при быстромъ прохожденіи чрезъ Вульфовы стеклянки могла остаться не промытой и неосвобожденной отъ ненужныхъ примѣсей; кромѣ того доходящія почти до дна Вульфовыхъ стеклянокъ стеклянныя трубки, чрезъ которыя проводилась смѣсь газовъ, имѣли на концѣ суженное отверстіе, чтобы не выходили пузырьки газа большой величины. Въ заключеніе еще нужно замѣтить, что собаки въ опытовъ жили въ большой, хорошо освѣщенной комнатѣ, съ температурою въ самые холодные дни 10—12°R. и имѣли обильное питаніе.

Такъ какъ очевидно не было возможности заставлятъ собаку постоянно вдыхать угарный газъ или дѣлать все время угарнымъ тотъ воздухъ, которымъ онѣ дышали, то въ данныхъ случаяхъ хроническое отравленіе слагалось изъ ряда одиночныхъ отравленій; поэтому естественно, прежде чѣмъ перейти къ изложенію явленій и хода хроническаго отравленія, необходимо описать картину острыхъ одиночныхъ отравленій; при этомъ считаю наиболѣе удобнымъ начать съ описанія остраго одиночнаго отравленія 2—3% смѣсью и потомъ уже отмѣтить отклоненія отъ этой картины при отравленіи болѣе крѣпкими и болѣе слабыми смѣсями.

Тотчасъ же послѣ начала вдыханія отравляющей смѣси животныя въ большинствѣ случаевъ обнаруживали признаки небольшого возбужденія, а именно: старались вырваться или освободить голову изъ подъ маски, рвались, визжали; дыханіе въ это время дѣлалось неправильнымъ то болѣе, то менѣе глубокимъ, но въ общемъ немного болѣе рѣдкимъ, чѣмъ до вдыханія газа, пульсъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его удалось сосчитать, равнялся 102—120 въ минуту. Этотъ періодъ первоначальнаго возбужденія длился при вышеупомянутомъ процентомъ содержанія СО 1—2 минуты. Отнести это первоначальное возбужденіе всецѣло къ неудобству надѣтой маски и дыханія чрезъ довольно длинный путь трубокъ и слой жидкости въ клапанахъ не представляется возможнымъ въ виду того, что въ каждомъ опытѣ собака сначала дышала чрезъ

маску, трубки и клапаны чистымъ воздухомъ и только тогда, когда она совершенно успокоивалась, трубка вдыхательнаго клапана соединялась съ газометромъ. Послѣ перваго періода возбужденія собака успокоивается, причемъ дыханія дѣлаются равномерно-глубокими, будучи всетаки сначала именно болѣе рѣдкими, чѣмъ до вдыханія газа, они въ теченіе этого періода постепенно учащаются; пульсъ, несмотря на спокойствіе собаки остается въ началѣ такимъ же какъ и въ первомъ періодѣ, къ концу же этого періода покоя постепенно учащается. Весь этотъ періодъ длится 7—10 минутъ, но того окончанія его отмѣтить нельзя, потому что слѣдующій періодъ очень часто наступалъ крайне постепенно. Большею частію въ этомъ періодѣ покоя, очень рѣдко въ первомъ періодѣ, наблюдается увеличенное отдѣленіе слюны, продолжающееся до самаго почти конца отравленія. Въ случаѣ отсутствія перваго періода возбужденія, что хотя было и въ меньшинствѣ случаевъ, но всетаки довольно часто, картина отравленія открывалась прямо этимъ періодомъ покоя, т. е. послѣ начала вдыханія отравляющей смѣси никакихъ явленій возбужденія не замѣчалось, дыханіе дѣлалось глубже, но рѣже, чѣмъ до отравленія, пульсъ постепенно учащался, спустя нѣкоторое время послѣ начала вдыханій замѣчалось увеличенное отдѣленіе слюны. Этотъ періодъ покоя при дальнѣйшемъ отравленія смѣняется періодомъ возбужденія, причемъ, какъ замѣчено выше часто довольно трудно провести рѣзкую границу между двумя этими періодами, хотя конечно быстро явленія возбужденія становятся настолько рѣзки, что не остается никакого сомнѣнія относительно вступленія животнаго въ нозый фазисъ отравленія. Въ этомъ новомъ періодѣ дыханіе становится крайне неправильнымъ: то рядъ поверхностныхъ дыханій, то нѣсколько глубокихъ вдыханій подъ-рядъ, сопровождаемыхъ продолжительными выдохами, то поверхностныя дыханія чередуются съ глубокими безъ всякаго порядка; животное мечется, старается вырваться, визжитъ, лаетъ, сердцебіенія еще болѣе учащаются и доходятъ до 130—140 и болѣе въ минуту и сердечные уда-

ры дѣлаются неравномѣрными: болѣе сильныя удары чередуются съ болѣе слабыми, но безъ опредѣленнаго порядка: конъюктивы глазъ крастнѣютъ, глаза начинаютъ какъ бы выпячиваться, зрачки расширяются; этотъ періодъ длится въ среднемъ 3—5 минутъ. Затѣмъ животное, бывшее до сихъ поръ въ сидячемъ положеніи, падаетъ на переднія ноги вслѣдствіе быстро развивающейся слабости ихъ и такимъ образомъ животное оказывается лежащимъ на животѣ; визгъ, лай и попытки вырваться прекращаются, дыханія становятся все болѣе и болѣе рѣдкими, сердцебіенія не сразу, но быстро прогрессивно замедляются, причемъ отдѣльные сердечныя удары становятся особенно сильными, появляются судороги или только конечностей или всего тѣла съ поднятіемъ хвоста и opisthotonus; въ это же время является непроизвольное мочеиспусканіе, а также часто и испражненіе; впрочемъ непроизвольное мочеиспусканіе довольно часто появляется и раньше, а именно въ концѣ предшествовавшаго періода возбужденія; судороги, продлившись $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты, переходятъ въ полное расслабленіе всѣхъ мышцъ. Если въ это время не снять маски и не начать искусственнаго дыханія, то минуты черезъ 2 приблизительно наступаетъ смерть при очень рѣдкихъ сердцебіеніяхъ и при дыханіи два или даже одно въ минуту (последнюю), всего позже прекращаются сердцебіенія. Продолжительность этого періода отъ конца періода возбужденія до того времени, когда для спасенія животнаго нужно снять маску равно приблизительно 3—4 минутамъ. Нужно замѣтить, что, разъ отравленіе доведено до вышеописанной степени, снятіе маски и искусственное дыханіе не всегда возвращаютъ животное къ жизни, иногда, несмотря на принятія мѣры, животное, сдѣлавъ 2—3 самостоятельныхъ, очень неглубокихъ вдыханія, раздѣленныхъ промежутками въ 1— $1\frac{1}{2}$ минуты, погибаетъ.

Если животное не погибаетъ, то подъ вліяніемъ искусственнаго дыханія пульсъ становится чаще, дыханіе, поскольку оно время отъ времени проявляется самостоятельно, очень рѣдко;

причемъ вдохи отличаются своею глубиною, продолжительностью и силою, затѣмъ дыханіе постепенно становится болѣе частымъ и менѣе глубокимъ, но все же значительно глубже и сильнѣе нормальнаго; потомъ уже, когда животное дѣлаетъ попытки встать, наступаетъ учащеніе дыханія и сердцебіевій, причемъ число сердцебіевій приблизительно равно числу ударовъ сердца въ началѣ отравленія, постепенное же учащеніе дыханій превращается въ настоящую одышку, когда животное уже въ состояніи, хоть слабо держаться на ногахъ. Затѣмъ постепенно дыханіе и сердцебіевія приходятъ къ нормѣ. Что касается мышцъ и нервной системы, то въ началѣ искусственнаго дыханія животное лежитъ пластомъ и совершенно безчувственно, но въ это же время наблюдаются появляющіяся внезапно или клоническія судороги то отдѣльныхъ конечностей, то всего тѣла, а также наблюдаются особенныя вздрагиванія всего тѣла, которыя всего лучше назвать трепетаніями, такъ какъ они очень похожи на трепетаніе рыбы, вытщенной изъ воды. Затѣмъ мало по малу животное начинаетъ поднимать голову, дѣлаетъ попытки встать, вначалѣ безуспѣшныя, но мало по малу животное успѣваетъ подняться на дрожащихъ лапахъ и шатаясь идетъ въ свой уголъ, причемъ видимо не узнаетъ знакомой дороги и доходитъ до обычнаго своего мѣста окольнымъ путемъ. Въ это время у многихъ отравленныхъ животныхъ наблюдается вторичное мочеиспусканіе, а у многихъ и испражненіе. Все это время животное повидимому плохо сознаетъ окружающую обстановку и если отвѣчаетъ на зовъ, то послѣ нѣсколькихъ громкихъ окликовъ, часто же вовсе не отвѣчаетъ. Полежавши нѣкоторое время въ своемъ углу, животное встаетъ и уже (особенно при первыхъ отравленіяхъ и во второмъ періодѣ хроническаго отравленія) ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго животного. Время, нужное для того, чтобы отравленная собака повидимому ничѣмъ не отличалась отъ нормальной, различно для отдѣльныхъ собакъ и колеблется отъ 20 до 40 минутъ приблизительно. Въ заключеніе этой картины отравленія и возвра-

щенія отравленнаго животнаго къ жизни нужно сказать нѣсколько словъ о рвотѣ.

Появленіе рвоты составляетъ правило при отравленіи окисью углерода, если это отравленіе производится вскорѣ послѣ припятія животнымъ пищи; если же животное отравляется спустя долгое время послѣ ѣды, то рвота является приблизительно только въ половинѣ случаевъ. Время появленія рвоты неодинаково, она можетъ появиться въ періодѣ покоя, какъ въ первой, такъ особенно во второй половинѣ этого періода, можетъ появиться въ слѣдующемъ періодѣ возбужденія, можетъ также появиться и послѣ того, какъ уже маска снята и опять таки или въ началѣ возвращенія животнаго къ жизни, или же послѣ того, какъ животное, уже немного оправившись, начинаетъ ходить. Всего опаснѣе для жизни животнаго появленіе рвоты въ самомъ концѣ періода возбужденія и во время начала возвращенія къ жизни; правда, удавалось спасти животное послѣ рвоты въ концѣ періода возбужденія, но, если рвота наступала въ началѣ возвращенія животнаго къ жизни, оно неминуемо погибало.

Такова картина отравленія и возвращенія къ нормѣ животныхъ, отравляемыхъ смѣсью съ 2—3% содержаніемъ окиси углерода и притомъ, какъ будетъ объяснено ниже, въ первые разы отравленія или во второмъ періодѣ хроническаго отравленія; теперь необходимо описать отклоненія отъ этой картины, вызванныя видоизмѣненіями нѣкоторыхъ условій опытовъ.

1) При болѣе высокомъ процентномъ содержаніи окиси углерода во вдыхаемой смѣси (5—10%) наблюдалось во первыхъ укороченіе времени, нужнаго для отравленія животнаго до вышеописанной степени, такъ что въ то время какъ подъ вліяніемъ 2% смѣси собаки отравлялись въ теченіи 15—20 минутъ, при вдыханіи 10%-ой смѣси отравленіе приблизительно до такой же степени наступало уже въ 2¹/₂—3 минуты, при 8% смѣси въ теченіи 3—4 минутъ, при 5% смѣси—въ теченіи 6—12 минутъ, особенно были укорочены періоды воз-

бужденія; во вторыхъ, при отравленіи высоко-процентными смѣсями оказалось, что интенсивность проявленій періодовъ (resp. періода) возбужденія не только не была увеличена, какъ это можно было бы ожидать, но скорѣе представлялась ослабленною. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при отравленіи 8—10-процентными смѣсями оба (если былъ первый) періода возбужденія почти ускользали отъ вниманія и проявленіемъ ихъ было два три слабыхъ крика или два три слабыхъ движенія головой или туловищемъ, которыя легко можно было счесть чисто случайными, такъ что приходилось тщательно слѣдить за измѣненіями дыханія и пульса, которыя къ тому же въ этихъ случаяхъ особенно быстро падали, такъ что часто наступившія вскорѣ судороги были въ полномъ смыслѣ слова предсмертными судорогами и животное не удавалось спасти.

2) При болѣе низкомъ процентномъ содержаніи окиси углерода во вдыхаемомъ воздухѣ наблюдалось во-первыхъ удлинненіе времени, нужнаго для отравленія, такъ что подъ вліяніемъ $\frac{3}{4}\%$ смѣси отравленіе до вышеописанной степени наступало чрезъ 30—40 минутъ, во-вторыхъ—оба періода возбужденія (гдѣ ихъ было два) были менѣе интенсивны по проявленіямъ, чѣмъ при 2—3% смѣсяхъ; кромѣ того, если удлинненіе перваго періода (если онъ былъ) не было рѣзко замѣтно, то бросалось въ глаза особенное удлинненіе втораго періода возбужденія, который часто, такъ сказать, разбивался на нѣсколько частей, т. е. послѣ возбужденія, продолжавшагося извѣстное время, наступалъ покой, затѣмъ снова наступало возбужденіе и такихъ чередованій наблюдалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ 3—4.

3) Такъ какъ одиночныя отравленія, по разу въ день, не давали никакихъ результатовъ въ смыслѣ прижизненныхъ патологическихъ явленій внѣ времени отравленія и возвращенія къ нормѣ, даже когда эти отравленія производились безъ перерыва въ теченіи пяти мѣсяцевъ, и животныя погибали отъ случайныхъ причинъ, какъ-то: рвота, позднее отнятіе маски, то для полученія какихъ нибудь результатовъ пришлось

производить отравленія не одинъ разъ ежедневно, а 3—4—5 и даже 6 разъ подъ рядъ каждый день, причемъ къ каждому послѣдующему отравленію приступалось только тогда, когда животное начинало ходить, хотя слегка пошатываясь. Относительно этихъ послѣдующихъ отравленій нужно сказать, что они производили впечатлѣніе, какъ будто животное отравляется смѣсью съ болѣе высокимъ процентнымъ содержаниемъ окиси углерода, хотя конечно фактически процентное содержаніе окиси углерода оставалось неизмѣненнымъ, другими словами, періодъ отравленія укорачивался, отдѣльные періоды возбужденія проявлялись менѣе интенсивно и иногда были едва замѣтны, такъ что приходилось особенно внимательно слѣдить за животнымъ, и я въ большинствѣ случаевъ поступалъ такъ: первое отравленіе я доводилъ до крайнихъ степеней замедленія и упадка пульса и дыханія, послѣдующія же отравленія прерывалъ, не доходя до крайней степени, но всеже настолько, что каждый разъ, хоть не надолго, приходилось прибѣгать къ искусственному дыханію. Какой либо правильности въ укороченіи времени, необходимаго для этихъ послѣдующихъ отравленій, замѣтить не удалось, что впрочемъ понятно въ виду такого въ сущности шаткаго критерія годности собаки къ слѣдующему отравленію, какъ ея вставанье и шатающаяся походка. Во всякомъ случаѣ можно сказать, что каждое послѣдующее отравленіе требовало все менѣе и менѣе времени; затѣмъ послѣ каждого послѣдующаго отравленія собака отравлялась все труднѣе и труднѣе и для этого требовалось болѣе и болѣе продолжительное время.

4) Вышеприведенная картина перехода животнаго изъ состоянія глубокаго отравленія къ нормальному относится главнымъ образомъ къ самимъ первымъ отравленіямъ и къ большинству отравленій нижеописываемаго періода приспособленія, но съ теченіемъ времени, по мѣрѣ того, какъ отравленія повторяются, наблюдаются два отклоненія отъ вышеописанной картины возвращенія отравленнаго животнаго къ нормѣ, а именно: въ первые дни отравленій, начиная съ треть-

яго или четвертаго дня, угнетенное состояніе, могущее быть ясно наблюдаемымъ съ того момента, когда животное послѣ отравленія начинаетъ ходить и быстро переходящее при первыхъ отравленіяхъ, становится все болѣе и болѣе продолжительнымъ, и въ началѣ второй недѣли замѣчается у животныхъ все время послѣ отравленія и не прекращается до слѣдующаго отравленія; потомъ, какъ будетъ указано ниже, такое состояніе между отравленіями не наблюдается, да и послѣ каждаго отравленія оно въ этомъ слѣдующемъ періодѣ наблюдается въ теченіи значительно болѣе короткаго времени. Второе отклоненіе отъ описанной картины возвращенія къ нормѣ наблюдается у разныхъ животныхъ неодинаковое время спустя, послѣ того какъ животное начало отравляться; срокъ появленія этого отклоненія можно опредѣлить, какъ послѣдніе 4—20 дней нижеописываемаго періода приспособленія. Сущность второго отклоненія отъ типа возвращенія отравленнаго животного къ нормѣ состоитъ въ томъ, что послѣ того, какъ животное послѣ отравленія уже настолько оправилось, что встало и добрело до своего мѣста, у него замѣчаются въ теченіи 10—30 минутъ различныя движенія, напр. киваніе головою, подергиваніе той или другой конечности, а иногда двухъ вмѣстѣ, дрожаніе всего тѣла; эти движенія производятся не непрерывно, но съ паузами различной продолжительности; эти явленія наблюдаются уже все остальное время отравленія, хотя не непрерывно послѣ каждаго отдѣльнаго отравленія. Означенныя движенія не были постоянными для одного и того же животнаго, чередовались другъ съ другомъ послѣ различныхъ отравленій, и то патологическое состояніе, которое развивалось подъ конецъ хроническаго отравленія никоимъ образомъ не можетъ считаться продолженіемъ или усиленіемъ этихъ движеній, какъ мы увидимъ ниже.

5) Наконецъ нужно еще упомянуть, что въ нѣкоторыхъ, правда несчастныхъ случаяхъ, когда собака послѣ отравленія начинала уже дышать сама и дышать довольно часто, она внезапно издавала громкій протяжный вой; такой же

вой наблюдался иногда тотчасъ же послѣ снятія маски, если отравленіе не было доведено до крайнихъ степеней. Этотъ вой наблюдался у однихъ и тѣхъ же собакъ, но не постоянно при каждомъ отравленіи и появленіе его нельзя связать съ какимъ нибудь опредѣленнымъ періодомъ хроническаго отравленія.

Что касается до количества окиси углерода, вдохнутой при каждомъ отдѣльномъ отравленіи, то въ этомъ отношеніи наблюдалось большое разнообразіе не только для послѣдующихъ отравленій одного сеанса, но и для первыхъ отравленій разныхъ сеансовъ. Нижеслѣдующая таблица представляетъ средніе предѣлы для количества окиси углерода, вдохнутой во время первыхъ для каждаго дня отравленій:

°/о Со вд. смѣси	minimum	maximum
10°/о	400 к. сент.	600 к. сент.
6°/о	380 к. сент.	520 к. сент.
5°/о	360 к. сент.	560 к. сент.
2°/о	320 к. сент.	450 к. сент.
$\frac{3}{4}$ °/о	320 к. сент.	430 к. сентим:

Значеніе этой таблицы подрывается тѣмъ обстоятельствомъ, что не смотря на сильное стремленіе гѣмоглобина къ соединенію съ окисью углерода, несомнѣнно при выдыханіи выдѣлялась часть этого газа, не успѣвшая соединиться съ гѣмоглобиномъ. Три факта можно положительно утверждать относительно вдохнутой при одномъ отравленіи окиси углерода, во-первыхъ: болѣе крупныя собаки для полнаго отравленія требовали большаго количества окиси углерода, чѣмъ болѣе мелкія; во-вторыхъ, при послѣдующихъ отравленіяхъ (для одного и того же дня) окиси углерода для каждаго изъ этихъ отравленій требовалось меньше, чѣмъ для перваго отравленія; въ третьихъ нужно замѣтить, что для всѣхъ собакъ безъ исключенія, начиная приблизительно со второй половины второй недѣли, количество Со, необходимое для отравленія, увеличива-

лось и въ нѣкоторыхъ случаяхъ это увеличеніе доходило до одной трети первоначальнаго количества. Путемъ вышеописанной постановки опытовъ мною двѣнадцать собакъ были доведены до появленія у нихъ тѣхъ или другихъ патологическихъ явленій, которыя будутъ описаны ниже, вслѣдствіе болѣе или менѣе продолжительнаго отравленія угарнымъ газомъ. Собственно число собакъ, надъ которыми производились опыты, было значительно больше, но различныя случайности, какъ главнымъ образомъ при опытахъ, такъ и внѣ опытовъ, свели число животныхъ, которыя были доведены до извѣстныхъ патологическихъ явленій и затѣмъ убиты для дальнѣйшаго изслѣдованія, къ двѣнадцати. Какъ я уже упомянулъ, для опытовъ брались собаки вполне здоровыя, въ возрастѣ приблизительно отъ 2 до 5 лѣтъ; приблизительно вѣса экспериментируемыхъ животныхъ былъ въ предѣлахъ 10—15 кило. Продолжительность времени, въ теченіи котораго животныя ежедневно отравлялись была слѣдующая: 1 собака отравлялась въ теченіи 30 дней, 1 въ теченіи 37 дней, 1 въ теченіи 44 дней, 1 въ теченіи 48 дней, 1 въ теченіи 56 дней, 1 въ теченіи 67 дней, 1 въ теченіи 71-го дня, 1 въ теченіи 83 дней, 1 въ теченіи 89 дней, 1 въ теченіи 97 дней, 1 въ теченіи 112 дней и 1 въ теченіи 152 дней. При этомъ нужно замѣтить, что не допускалось, чтобы животное, доведенное до извѣстныхъ патологическихъ явленій, умерло само, такъ какъ при этомъ можно было напр. ночью пропустить моментъ смерти и тогда кусочки мозга были бы положены въ фиксирующую жидкость для разныхъ собакъ различное время спустя послѣ смерти, а это повліяло бы на сравнимость препаратовъ; между тѣмъ какъ убивая самъ животное, послѣ того какъ у него развилось извѣстное патологическое состояніе, я достигалъ того, что всѣ кусочки мозговъ животныхъ были положены въ фиксирующія жидкости спустя одинаковое время послѣ смерти животнаго, а именно 12 минутъ.

Наблюдая состояніе животныхъ во все время отравленія, можно это время раздѣлить на 3 періода, изъ которыхъ пер-

вый я бы назвалъ періодомъ угнетенія, второй періодомъ приспособленія и третій періодомъ ясныхъ патологическихъ явленій. Первые два періода вполне сходны у всѣхъ животныхъ и могутъ быть описаны для всѣхъ ихъ вмѣстѣ, третій же періодъ, какъ увидимъ ниже, требуетъ описанія по подраздѣленіямъ.

Первый періодъ угнетенія наступаетъ съ 3—4-го дня отравленія и продолжается 7—10 дней. Онъ характеризуется тѣмъ, что угнетенное состояніе послѣ отравленія уже не исчезаетъ быстро, а тянется все болѣе и болѣе продолжительное время и скоро животное уже все время между отравленіями находится въ угнетенномъ состояніи; вмѣстѣ съ тѣмъ характеръ животнаго становится болѣе раздражительнымъ: съ нимъ труднѣе сладить при опытахъ; содержащіеся вмѣстѣ собаки дерутся при малѣйшемъ поводѣ и ихъ нельзя подпускать другъ къ другу на долгое время; въ этомъ періодѣ собаки ѣдятъ меньше, чѣмъ обыкновенно, ходятъ вялою медленною походкою, но большую часть времени лежатъ; внезапныя раздраженія, какъ напр. громкій крикъ, стукъ, неожиданное прикосновеніе къ нимъ или не обращаютъ на себя вниманія животнаго или же вызываютъ ворчанье. Другихъ измѣненій въ этомъ періодѣ не замѣчается.

Второй періодъ—приспособленія наступаетъ или съ концомъ второй недѣли отравленія или началомъ третьей, причемъ, хотя наступленіе его нельзя назвать внезапнымъ, но тѣмъ не менѣе переходъ къ нему отъ перваго періода совершается очень быстро. Этотъ періодъ характеризуется тѣмъ, что бывшее до сихъ поръ (въ промежуткахъ между отравленіями) угнетеннымъ и легко раздражающимся животное въ короткое время становится (въ промежуткахъ между отравленіями) повидимому во всѣхъ отношеніяхъ нормальнымъ и остается таковымъ до наступленія третьяго періода и даже то состояніе угнетенія, которое остается послѣ отравленія, въ этомъ періодѣ проходитъ очень быстро. Въ это время наблюдается то повышеніе количества окиси углерода, необходимаго

для отравленія собаки, на которое я указывалъ выше. Далѣе, хотя въ теченіе этого періода животное въ промежуткахъ между отравленіями и кажется нормальнымъ, но нужно замѣтить, что къ концу его животное представляетъ болѣе или менѣе похудѣвшимъ, кромѣ того въ концѣ этого періода, какъ я упомянулъ выше, послѣ отравленій наблюдаются нѣкоторыя непостоянныя для одного и того же животнаго и появляющіяся не каждый разъ движенія¹⁾.

Третій періодъ характеризуется развитіемъ ясныхъ патологическихъ явленій, наблюдаемыхъ внѣ времени отравленія собакъ. Прежде чѣмъ перейти къ детальному описанію этихъ явленій, я считаю излишнимъ для удобства разсмотрѣнія сказать уже напередъ, что, по наблюдавшимся патологическимъ явленіямъ, всѣхъ собакъ можно раздѣлить на двѣ группы, а именно: со стороны нервной системы одни собаки представляли явленія возбужденія, другія явленія прогрессирующей слабости, но здѣсь необходимо сдѣлать оговорку: съ точки зрѣнія общаго состоянія всѣ животныя въ этомъ періодѣ обнаруживали болѣе или менѣе быстро явленія упадка силъ, такъ что вышеприведенное дѣленіе возможно только съ точки зрѣнія преобладающихъ явленій со стороны нервной системы: но и здѣсь нельзя сказать, чтобы явленія возбужденія совершенно исключали явленія прогрессирующей слабости и наоборотъ: дѣйствительно собаки первой группы въ промежуткахъ между явленіями возбужденія представляли картину прогрессирующаго упадка силъ, слабости и истощенія нервной системы; съ другой стороны у собакъ второй группы вмѣстѣ съ явленіями прогрессивной слабости нервной системы можно было наблюдать отдѣльныя подергиванія и даже быстро проходящія судорги конечностей.

Число собакъ первой группы равно 5, второй группы равно 7; если сопоставить продолжительность всего времени

¹⁾ См. выше: отклоненія отъ нормальнаго хода отравленія пунктъ 4-ый.

отравленія и число отравленій въ одинъ день, то получимъ слѣдующую таблицу:

1) Группа съ явленіями возбужденія.

1	собака	отравлялась	30	дней	по 5—6	разъ въ день
1	—	—	37	дней	по 5—6	разъ въ день
1	—	—	44	дня	по 5—6	разъ въ день
1	—	—	48	дней	по 5—6	разъ въ день
1	—	—	83	дня	по 3	раза въ день

2) Группа съ явленіями слабости:

Всѣ собаки этой группы отравлялись послѣдовательно по 3 раза въ день, причемъ 1 собака отравлялась въ продолженіи 56 дней, 1 въ продолженіи 67 дней; 1 въ продолженіи 71-го дня, 1 въ продолженіи 89 дней, 1 въ продолженіи 97 дней, 1 въ продолженіи 119 дней и 1 въ продолженіи 152 дней.

Изъ сопоставленія этихъ цифръ видно, что въ общемъ явленія возбужденія наблюдались у животныхъ, отравлявшихся большее число разъ въ одинъ сеансъ и проявлялись сравнительно скоро, такъ какъ и продолжительность времени отравленія въ этихъ случаяхъ была сравнительно невелика; явленія же прогрессивнаго ослабленія нервной системы наблюдались у животныхъ, отравлявшихся меньшее число разъ въ одинъ сеансъ, но проявлялись они гораздо позже въ сравненіи съ явленіями возбужденія, о чемъ можно заключить сопоставивъ цифры второй таблички съ тѣмъ фактомъ, что, какъ увидимъ позже, въ наиболѣе медленно протекавшемъ случаѣ изъ второй группы не было возможности держать животное живымъ болѣе 15 дней, не опасаясь, что оно умретъ само и тѣмъ нарушится сравнимость препаратовъ.

Если для первыхъ двухъ періодовъ я нашелъ возможнымъ говорить обо всѣхъ животныхъ сразу, то теперь, при описаніи третьяго періода, въ виду разнообразія явленій, встречающихся въ немъ, по моему мнѣнію, будетъ болѣе удобнымъ для полноты и точности, если означенныя явленія будутъ

представлены въ ихъ послѣдовательности въ отдѣльныхъ исторіяхъ болѣзни животныхъ, причемъ, какъ увидимъ, вовсе не предстоитъ подобности приводить всѣ 12 исторій болѣзни.

Изъ первой группы у двухъ собакъ явленія возбужденія выразились картинами приступовъ эпилепсіи, но такъ какъ эти приступы у одной собаки довольно рѣзко отличались отъ приступовъ у другой, то я приведу объ исторіи болѣзни.

1. Сука, все время отравленія продолжалось 48 дней, отравлялась 5—6 разъ въ день въ одинъ сеансъ; періодъ угнетенія наступилъ на третій день и продолжался 10 дней, затѣмъ быстро смѣнился періодомъ приспособленія, который продолжался до 45-го дня. Въ 45-ый день (1-го Ноября) животное было отравлено 5 разъ подъ рядъ отъ 4 ч. 3 мин. до 5 ч. 52 мин., причемъ было употреблено 52800 кс. 5% смѣси воздуха съ С0 или 2640 кс. чистой С0; все время послѣ отравленія въ этотъ день и утро слѣдующаго дня животное находилось какъ бы въ дремотѣ, почти ничего не ѣло, но охотно пило подносимую воду, которой и было выпито очень много, но каждый разъ нужно было посуду съ водою совать подъ самую морду и окликать нѣсколько разъ.

46-ой день (2-го Ноября). Около 11 часовъ утра внезапно громкимъ крикомъ открылся типическій приступъ эпилепсіи, судороги продолжались около 5—6 минутъ, изо рта шла пѣна, было непроизвольное мочеиспусканіе, періодъ спячки тянулся приблизительно 20 минутъ и затѣмъ животное стало постепенно приходить въ себя, но весь день было въ такомъ же дремотномъ состояніи, какъ вчера, очень мало ѣло и много пило; опытовъ съ отравленіемъ въ этотъ день не производилось.

Ночью съ 2-го на 3-ье Ноября начиная съ 3-хъ часовъ ночи было 7 подъ рядъ слѣдующихъ другъ за другомъ съ промежутками въ 2—3 минутъ приступовъ эпилепсіи, два же изъ этихъ припадковъ такъ слѣдовали другъ за другомъ, что казалось судороги одного припадка не успѣли окончиться, какъ наступилъ второй припадокъ. Каждый приступъ начинался крикомъ, сопровождался выдѣленіемъ пѣны изо рта; непроизвольное мочеиспусканіе было только при первыхъ двухъ, при второмъ приступѣ было кромѣ того и испражненіе.

47-ой день (3-ье Ноября). Въ $1\frac{1}{4}$ дня былъ снова типическій приступъ эпилепсіи, опытовъ съ отравленіемъ въ этотъ день не было; до припадка и послѣ него животное находилось въ вышеописанномъ дремотномъ состояніи. Съ 10 часовъ вечера 3-го Ноября до 1 часу ночи съ 3-го на 4-ое Ноября было четыре типическихъ припадковъ, продолжавшихся впрочемъ короткое время, такъ что періодъ судорогъ не превышалъ 3 минутъ; послѣ этихъ припадковъ животное спало глубокимъ сномъ.

4-го Ноября, 48-й день. Съ 8 часовъ утра наступило настоящее status epilepticus, періоды спячки и даже окончанія судорогъ прерывались новыми болѣе или менѣе продолжительными судорогами, предъ нѣкоторыми судорогами животное издавало крикъ, но уже слабый, появлялась пѣна, было также мочеиспусканіе. Въ $12\frac{1}{2}$ часовъ дня собака была убита во время наступившей спячки.

2) Сука, все время опытовъ равно 37 днямъ; отравлялась 5 разъ въ одинъ сеансъ, періодъ угнетенія наступилъ на 3-ій день и продолжался 8 дней, періодъ приспособленія продолжался до 34-го дня.

Въ 34-ый день, 6-го Октября, животное было отравлено 5 разъ подъ радъ въ теченіи времени отъ 12 ч. 34 м. до 3 ч. 19 минутъ, во время отравленія было употреблено 69600 к. с. 3% смѣси, т. е. 2028 к. с. чистой окиси углерода. Послѣ отравленія животное не выходило изъ вышеописаннаго дремотнаго и угнетеннаго состоянія до $9\frac{1}{2}$ часовъ вечера (приблизительно), когда услышавъ повторяющіеся стуки въ помещеніи собакъ, я зашелъ туда и засталъ собаку въ періодѣ клоническихъ судорогъ, изо рта собаки шла пѣна, полъ подъ нею былъ мокрый, при мнѣ судороги тянулись $3\frac{1}{2}$ минуты, послѣ чего наступилъ періодъ спячки и 22 минутъ спустя животное начало приходитъ повидимому въ себя; но все время послѣ этого животное было въ дремотномъ состояніи.

35-ый день, 7-го Октября, животное выглядит очень слабымъ, ходитъ шатаясь, мало ѣсть, пьетъ охотно, въ ожиданіи дальнѣйшихъ явленій опытовъ съ отравленіемъ въ этотъ день не было.

36-ой день, 8-го Октября. Животное немного бодрѣе, походка тверже; въ 1 ч. 14 мин. дня начаты отравленія, но въ концѣ третьяго отравленія наступилъ сильнѣйшій тета-

пусъ, маска была снята, во время искусственнаго дыханія наблюдались частыя клоническія подергиванія конечностей и въ виду тяжелаго состоянія животнаго оно въ этотъ день болѣе не отравлялось; за время отравленія животное вдохнуло 45,400 к. с. 3% смѣси или 1362 к. с. чистой окиси углерода. Все время послѣ отравленія животное лежало въ дремотномъ состояніи, не ѣло, мало пило; при вставаніи и попыткахъ къ ходьбѣ животное сильно шаталось и падало. Приблизительно въ 10¹/₂ часовъ вечера послѣ короткаго, несильнаго крика наступили эпилептическія судороги, была пѣна изо рта, было мочеиспусканіе; судороги продолжались около 5 минутъ и затѣмъ собака перешла въ состояніе спячки, изъ которой начало повидимому приходить въ себя приблизительно чрезъ полчаса, но животное потомъ уже не могло встать и пребывало въ дремотномъ состояніи.

37-ой день, 9-го Октября. Собака очень слаба, все время лежитъ какъ бы въ забытіи; будучи поставлена на ноги дрожить и чрезъ короткое время падаетъ, только настойчивыя громкіе оклики заставляютъ ее повернуть немного голову по направленію звука; въ 7 ч. 20 мин. вечера наступилъ эпилептическій припадокъ, онъ былъ замѣченъ случайно, такъ какъ крика не было и судороги были слабы; чрезъ 3 минуты животное впало въ спячку и въ 8 ч. 15 минутъ было убито.

Остальныя три собаки первой группы представляли явленія сходныя между собою, но отличающіяся отъ эпилептическихъ приступовъ у вышеописанныхъ собакъ. Двое изъ этихъ трехъ собакъ представляли совершенно сходныя явленія, третья же хотя давала картину сходныхъ явленій, но во-первыхъ у нея эти явленія были значительно менѣе интенсивно выражены, а во-вторыхъ, по общему, такъ сказать, поведенію она представляла нѣкоторыя особенности; поэтому для остальныхъ трехъ собакъ первой группы необходимо привести не одну, а двѣ исторіи болѣзни.

1) Кобель, отравлялся 5—6 разъ въ одинъ сеансъ, все время отравленія равно 3⁰ двамъ, періодъ угнетенія наступилъ на 3-ій день, продолжался 8 дней, періодъ приспособленія продолжался до 25-го дня, когда утромъ между 10 и

11-ю часами былъ замѣченъ рядъ странныхъ движеній со стороны собаки, а именно, собака вставала, дѣлала 2—3 медленныхъ шага и затѣмъ быстро шла по какому нибудь направленію, пока не стучалась о препятствія, напр. стѣну, дверь, послѣ этого собака шла назадъ, но такъ сказать окружнымъ путемъ и походка ея была менѣе твердая; такихъ движеній наблюдалось 4 подъ рядъ съ небольшими отдыхами; оклики не могли остановить этихъ движеній впередъ, да и возвращаясь назадъ собака отзывалась только на усиленные настойчивые крики. Затѣмъ весь остальной день поведеніе собаки не отличалось отъ поведенія ея въ предыдущіе дни, пила и ѣла охотно; отравленій въ этотъ день не производилось въ ожиданіи дальнѣйшихъ явленій.

26-ой день, 18-ое Іюля. Состояніе собаки до вечера не отличалось ничѣмъ отъ состоянія ея въ одинъ изъ предыдущихъ дней періода приспособленія; вечеромъ было приступлено къ отравленію и собака въ теченіи пяти слѣдующихъ другъ за другомъ отравленій вдохнула 38400 к. с. 5% газовой смѣси, или 1920 к. с. чистой окиси углерода, отравленіе тянулось отъ 6 ч. 5 минутъ до 8 ч. 30 мин.: послѣ пятаго отравленія наступили очень сильныя тетаническія судороги. Оправившись послѣ послѣдняго отравленія собака, если и была угнетена, но немного, скоро начала ѣсть предложенную пищу, но во время ходьбы ея замѣчалось частое скоропроходящее подергиваніе то той, то другой конечности.

27-ой день, 19-го Іюля. Весь день до вечера при ходьбѣ собаки замѣчались подергиванія то той, то другой конечности, ѣсть и пьеть она охотно, но повидимому какъ бы утомлена, мало стойтъ на ногахъ и, немного походивши, лежитъ, на откликъ отзывается легко. Вечеромъ была отравлена 4 раза подъ рядъ отъ 7 ч. 47 мин. до 9 ч. 30 мин., причемъ вдохнула 33300 к. с. 5% смѣси или 1665 к. с. чистой окиси углерода; послѣднее отравленіе отличалось быстрымъ упадкомъ пульса и дыханія и животное съ трудомъ было возвращено къ жизни. Все время послѣ отравленія собака была въ сильно угнетенномъ состояніи, будучи наставлена на ноги тряслась, шаталась и сдѣлавъ 2—3 шага падала, на окликъ не отзывалась, предложенной пищи не ѣла и мало пила.

28-ой день, 20-го Іюня. Собака въ общемъ менѣе угнетена, чѣмъ вчера вечеромъ, но слабѣе, чѣмъ въ предыдущіе

дни; нѣсколько разъ въ день были замѣчаемы вышеописанныя прокурсивныя движенія и любопытно то, что, въ то время какъ весь этотъ день походка собаки была шаткая и ходьба сопровождалась частыми подергиваніями конечностей, эти прокурсивныя движенія происходили безъ всякихъ пошатываній и отличались быстротою и силою; отравленія въ этотъ день не было.

29-ый день, 21-го Іюля. Собака замѣтно слабѣетъ, очень мало ѣсть и пьетъ, плохо отзывается на окликъ, почти все время лежитъ, если и дѣлаетъ нѣсколько шаговъ, то шатающеюся походкой и съ подергиваніями конечностей; такія же, но болѣе рѣдкія подергиванія наблюдались и во время лежанія, около 11 часовъ утра были 2 раза прокурсивныя явленія, но уже не такія быстрыя и сильныя: получалось впечатлѣніе, какъ будто кто толкнулъ сзади плохо умѣющую ходить собаку; отравленія не было.

30-ый день, 22-го Іюля. Собака очень слаба, все время лежитъ, не отзывается на окликъ, если поставить на ноги, сейчасъ же падаетъ, частыя подергиванія конечностей и отдѣльныхъ участковъ кожи. Въ 1 часъ дня убита.

Вторая собака этой подгруппы, отравлявшаяся въ теченіи 44-хъ дней по 5—6 разъ въ одинъ сеансъ, погибала при такихъ же явленіяхъ, какъ и вышеописанная третья собака этой подгруппы, представляя сходство съ двумя предъидущими по прокурсивнымъ движеніямъ и подергиваніямъ конечностей; въ то же время она представляетъ нѣкоторыя отличія, позволяющія поставить ее, такъ сказать на переходную ступень между собаками первой и второй группы; поэтому будетъ не лишнимъ привести и ея исторію болѣзни за послѣдніе дни.

Кобель, весь періодъ отравленія тянулся 23 дня, періодъ угнетенія наступилъ на третій день и продолжался 9 дней, періодъ приспособленія продолжался до 72-го дня. На 72-ой день послѣ отравленія 3 раза подъ рядъ, продолжавшагося отъ 1 ч. 33 мин. до 3 ч. 10 мин., въ теченіи котораго употреблено 52000 к. с. 2⁰/₀ смѣси, или 1040 к. с. чистой окиси углерода, собака была въ угнетенномъ состояніи до 9 часовъ вечера приблизительно, когда были замѣчены слѣдующія явленія: лежавшая смирно до сихъ поръ собака

безъ всякой видимой причины встала и начала бродить по комнатѣ; въ общемъ походка ея была медленная, но внезапно послѣ непродолжительной остановки у какого нибудь угла или у стѣны она быстро устремлялась по извѣстному направленію, пока не натыкалась на что нибудь, затѣмъ опять начинала бродить прежней медленной походкой; эта ходьба съ непродолжительными остановками и со внезапно возникающими прокурсивными движеніями продолжалось приблизительно полчаса, послѣ чего собака легла и продолжала пребывать въ угнетенномъ состояніи. Оклики не оказывали вліянія на эти прокурсивныя движенія, но въ промежуткахъ между ними собака отзывалась на настойчивые оклики, хотя съ трудомъ.

73-й день, 10-го Августа. Утромъ состояніе собаки ничѣмъ не отличалось отъ состоянія ея въ предыдущіе дни; въ теченіи времени отъ 12 ч. 43 мин. до 2 ч. 18 мин. собака была отравлена 3 раза подъ рядъ, причемъ вдохнуло 48000 к. с. 2% смѣси, или 960 к. с. чистой окиси углерода; послѣ отравленія весь день не выходило изъ состоянія угнетенія, около 7 часовъ опять наблюдались вышеописанныя движенія въ теченіи приблизительно 20 минутъ.

74-ый день, 11-го Августа. Состояніе собаки утромъ опять ничѣмъ не отличалось отъ состоянія ея въ предыдущіе дни; отравлялась 3 раза подъ рядъ, въ теченіи времени отъ 3 ч. 15 мин. до 4 ч. 50 мин., вдохнула 46000 к. с. 2% смѣси, или 920 к. с. чистой окиси углерода, послѣднее отравленіе было особенно тяжело, съ трудомъ была возвращена къ жизни и послѣ этого весь день была въ угнетенномъ состояніи, не вставала, мало пила и ѣла.

75-ый день, 12-го Августа. Собака производитъ впечатлѣніе ослабѣвшей и оупѣвшей, отзывается только послѣ нѣсколькихъ громкихъ окликовъ, большею частью лежитъ, при ходьбѣ замѣчаются довольно частыя мимолетныя подергиванія конечностей, была отравлена 3 раза подъ рядъ въ теченіе времени отъ 11 ч. 32 мин. до 1 ч. 17 мин., вдохнула 22,8000 к. с. 47% смѣси, или 912 к. с. чистой СО; отравленія были не особенно тяжелы, послѣ нихъ собака весь день лежала въ угнетенномъ состояніи.

76-ой день, 13-го Августа. Собака слабѣе, чѣмъ вчера, почти все время лежитъ, при ходьбѣ подергиванія конечно-

стей, отравлена 3 раза подъ рядъ въ теченіи времени отъ 11 ч. до 12 ч. 48 мин. утра, вдохнула 44000 к.с. 2% смѣси, или 880 к.с. чистой окиси углерода; послѣ отравленія собака все время находится въ угнетенномъ состояніи, при рѣзкихъ попыткахъ походить шатается.

77-ой день, 14-го Августа. Собака еще слабѣе, чѣмъ вчера; при рѣзкихъ попыткахъ ходить сильно шатается, кроме того при ходьбѣ очень часто наблюдаются очень сильныя подергиванія конечностей; мало ѣсть, но пьеть сравнительно много, на окликъ отзывается съ трудомъ, отравленій не было.

78-ой день, 15 Августа. Состояніе собаки какъ вчера; отравленій не было.

79-ый день, 16 Августа. Общее состояніе собаки такое же, какъ въ оба предыдущіе дня: тоже шатающееся походка съ подергиваніями конечностей при рѣзкихъ попыткахъ ходить, но психика собаки кажется немного прояснившейся, на оклики отвѣчаетъ поворачиваніемъ головы, маханіемъ хвоста; отравленій не было.

80-ый день, 17-го Августа. Общее состояніе какъ вчера, была отравлена 2 раза въ промежутокъ времени отъ 12 ч. 43 мин. до 2 ч. дня, причемъ вдохнуло 28000 к.с. 2% смѣси, или 560 к.с. чистой окиси углерода: оба отравленія были очень тяжелы, весь остальной день собака лежала въ угнетенномъ состояніи; во время лежанія довольно часто замѣчаются подергиванія отдѣльныхъ участковъ кожи и кратковременныя подергиванія конечностей; будучи поставлена на ноги, собака дрожитъ и падаетъ.

81-ый день, 18-го Августа. Состояніе собаки весь день такое же, какъ вчера послѣ отравленія, сегодня отравленій не было.

82-ой день, 19-го Августа. Слабость увеличивается, остальное какъ вчера, отравленій не было.

83-ій день, 20-го Августа. Собака крайне слаба, подергиванія отдѣльныхъ участковъ кожи и конечностей рѣже, чѣмъ въ предыдущіе дни и эти подергиванія не такъ интенсивны. Въ 2 ч. дня убита.

Вторая группа, какъ было сказано выше, характеризуется появленіемъ въ третьемъ періодѣ хроническаго отравленія прогрессирующей слабости, какъ общей, такъ и со сто-

роны нервной системы, хотя, какъ тоже сказано выше, у собакъ этой группы по временамъ можно наблюдать вмѣстѣ съ явленіями ослабленія нервной системы и легкія явленія раздраженія. Всѣ семь собакъ, составляющія вторую группу представляли въ сущности совершенно сходныя явленія, такъ что для характеристики этой группы будетъ достаточно привести одну исторію болѣзни. Кромѣ того для болѣе полноты и точности представленія о собакахъ этой группы необходимо замѣтить слѣдующее:

1) Значительное различіе въ продолжительности всего времени отравленія (отъ 56 до 152 дней) нужно отнести главнымъ образомъ на второй періодъ приспособленія, потому что первый періодъ и для собакъ этой группы начинался на 3-й—4-ый день и продолжался 7—10 дней, третій же періодъ наступалъ за 9—15 дней до того момента, когда въ виду крайней слабости приходилось убивать животное по вышеизложеннымъ причинамъ.

2) Если съ одной стороны нельзя дать никакой гарантіи, что не будь экспериментируемая собака убита, она прожила бы еще сутки или полторы, то съ другой стороны очень трудно отмѣтить и наступленіе слабости, въ виду отсутствія сначала рѣзкихъ явленій, характеризующихъ эту слабость. Такимъ образомъ, мы находились бы въ безпомощномъ состояніи относительно точнаго опредѣленія продолжительности третьяго періода, если бы не то обстоятельство, что обыкновенно съ наступленіемъ ослабленія животное сравнительно долго не было въ состояніи оправиться послѣ отравленія. Это было довольно легко замѣчаемымъ признакомъ и поэтому я считалъ началомъ третьяго періода то время, когда переходъ животнаго отъ отравленнаго состоянія къ (сравнительно) нормальному начиналъ требовать болѣе долгаго времени сравнительно съ предъидущими отравленіями; конечно и этотъ признакъ не указывалъ рѣзкой границы между обоими періодами отравленія: я намѣчалъ ее только приблизительно.

3) Принимая во вниманіе только что сказанныя оговорки относительно опредѣленія продолжительности третьяго періода, нужно замѣтить, что эта продолжительность не находится въ соотвѣтствіи съ продолжительностью всего времени отравленія, какъ это видно изъ нижеслѣдующей таблицы:

У собаки, отравлявшейся 56 дней, третій періодъ продолжался 11 дней					
»	»	67 дней	»	»	10 дней
»	»	71 день	»	»	14 дней
»	»	89 дней	»	»	12 дней
»	»	97 дней	»	»	9 дней
»	»	119 дней	»	»	15 дней
»	»	152 дня	»	»	10 дней

Теперь приведу, какъ образецъ, исторію болѣзни собаки, отравлявшейся наиболѣе продолжительное время (152 дня).

Сука, періодъ угнетенія наступилъ на 4-й день и продолжался недѣлю, періодъ приспособленія продолжался до 143-го дня, когда, послѣ трехкратнаго отравленія подъ-рядъ, продолжавшагося отъ 1 ч. 18 м. до 2 ч. 35 мин., въ теченіи котораго было употреблено 16,800 к. с. 5% смѣси, или 840 к. с. чистой окиси углерода, собака до вечера находилась въ угнетенномъ состояніи, съ трудомъ отъзывалась на оклики и лежала все время до 6 часовъ вечера приблизительно; около 6 часовъ вечера она встала безъ всякихъ затрудненій и затѣмъ поведеніе ея ничѣмъ не отличалось отъ поведенія въ предъидущіе дни, охотно пила и ѣла.

144-ый день, 28-го Ноября. Утромъ состояніе собаки какъ и въ предыдущіе дни, но она больше лежитъ; въ теченіи времени отъ 11 ч. 10 мин. до 12 ч. 50 мин. была отравлена 3 раза подъ-рядъ, причемъ было употреблено 25,200 к. с. 3%, или 756 к. с. чистой окиси углерода; послѣднее отравленіе сопровождалось судорогами всего тѣла тотчасъ по отнятіи маски и нѣсколько разъ во время искусственнаго дыханія; послѣ отравленія тоже приблизительно до 6 часовъ вечера лежала въ угнетенномъ состояніи, затѣмъ встала и послѣдующее время вела себя какъ въ предъидущіе дни.

145-ый день, 29-го Ноября. Утромъ большею частью лежала, при ходьбѣ наблюдались мимолетныя подергиванія лѣвой задней ноги. Отравлялась 3 раза подъ-рядъ отъ 12 ч.

48 мин. до 2 ч. 20 мин., отравленія были сравнительно не тяжелы, вдохнуто во время отравленія 28,800 к.с. 3% смѣси, или 864 к.с. чистой окиси углерода; послѣ отравленія до поздняго вечера была въ угнетенномъ состояніи, почти все время лежала, съ трудомъ отзывалась на оклики, при вставаніи замѣчалось дрожаніе всего тѣла, при ходьбѣ мимолетныя подергиванія то той, то другой конечности.

146-ой день, 30-го Ноября. Собака замѣтно ослабѣла, на окликъ отзывается съ трудомъ, почти все время лежитъ, при попыткахъ вставать дрожить и шатается, затѣмъ съ трудомъ дѣлаетъ нѣсколько медленныхъ шаговъ, тоже шатаясь и падаетъ, затѣмъ той же походкой добирается до своего мѣста. Отравлена 3 раза подъ рядъ, въ теченіи времени отъ 12 ч. 50 мин. до 2 ч. 44 мин., отравленія не были особенно тяжелы, употреблено 40000 к.с. 2% смѣси, или 800 к.с. чистой окиси углерода; послѣ отравленія все время угнетенное состояніе; большею частью стоитъ, при вставаніи и ходьбѣ тѣже явленія, что и утромъ, но замѣтны еще кромѣ того частыя подергиванія конечностей.

147-ой день, 1 Декабря. Утромъ состояніи собаки такое же, какъ вчера до отравленія. Отравлена два раза подъ рядъ отъ 10 ч. 20 мин. до 11 ч. 15 мин., употреблено 29800 к.с. 2% смѣси, или 596 к.с. чистой СО; второе отравленіе было очень тяжелымъ, съ частыми судорогами во время искусственнаго дыханія, послѣ отравленія все время въ угнетенномъ состояніи, при попыткахъ вставать и пойти тѣже явленія, что и вчера вечеромъ.

148-ой день, 2 Декабря. Слабость замѣтно прогрессируетъ, отравленій не было, почти все время лежитъ, при попыткахъ вставать и ходить тѣ же явленія, что вчера вечеромъ.

149-ый день. 3-го Декабря. Отравленій не было, состояніе собаки, какъ вчера.

150-ый день. 4-го Декабря. Тоже.

151-ый день, 5-го Декабря. Собака лежитъ въ угнетенномъ и отупѣломъ состояніи, на окликъ не отзывается, мало шала, почти не ѣла, во время лежанія наблюдаются подергиванія отдѣльныхъ участковъ кожи, при попыткѣ встать является сильное дрожаніе и собака падаетъ, не успѣвъ сдѣлать ни шагу.

152-ой день, 6 Декабря. Въ виду крайне слабого состоянія неподвижно лежащей и слабодышащей собаки она была убита въ 1 ч. дня.

Отчасти какъ дополненіе къ вышеприведеннымъ случаямъ хроническаго отравленія окисью углерода, отчасти съ цѣлью получить возможно полную микроскопическую картину дѣйствія окиси углерода на нервныя клѣтки головного мозга мною было изслѣдовано еще пять собакъ, изъ которыхъ трое убиты послѣ 6-кратнаго отравленія въ одинъ сеансъ, одна послѣ 10-кратнаго отравленія тоже въ одинъ сеансъ и одна послѣ отравленій въ теченіи трехъ дней, причемъ первыхъ два дня собака отравлялась по 14 разъ подъ-рядъ, а на третій день собака погибла послѣ 13-го отравленія. Первые три собаки при отравленіи не дали ничего отступающаго отъ вышеприведенныхъ картинъ отравленія, первая собака за время отравленія вдохнула 44800 кс. 5% смѣси, или 2240 кс. чистой окиси углерода, вторая вдохнула 96800 кс. смѣси, или 1936 кс. чистой окиси углерода, третья 212420 кс. 1% смѣси или 2124 кс. чистой окиси углерода.

Четвертая собака, какъ сказано, отравлялась 10 разъ подъ рядъ; отравленіе тянулась отъ 5 часовъ 30 мин. до 10 ч. 47 мин. вечера, причемъ было употреблено 64800 кс. 5% смѣси, или 3240 кс. чистой окиси углерода. Послѣднія три отравленія были особенно тяжелы и сопровождались сильными судорогами при искусственномъ дыханіи. Пятая собака отравлялась въ первый день отъ 12 ч. 44 м. дня до 10 ч. 35 мин. веч., причемъ вдохнула 76,800 кс. 5% смѣси, или 3840 кс. чистой окиси углерода, во-второй день отравлялась отъ 1 ч. 50 мин. дня до 12 ч. 17 мин. ночи, причемъ вдохнула 73,400 кс. 5% смѣси, или 3670 кс. чистой окиси углерода, на третій день собака отравлялась отъ 12 ч. 15 м. дня до 11 ч. 40 м. ночи, причемъ вдохнула 68700 кс. 5% смѣси, или 3420 кс. чистой окиси углерода и погибла послѣ 13-го отравленія. Въ этомъ случаѣ въ виду отсутствія сердцебіенія въ теченіи 3 минутъ, долго съ искусственнымъ дыханіемъ не

возились, быстро былъ вскрытъ головной мозгъ и такимъ образомъ принципъ сравнимости препаратовъ не былъ нарушенъ. Въ этомъ случаѣ послѣ послѣднихъ отравленій каждаго сеанса (11-го, 12-го, 13-го 14-го) можно было въ то время, когда уже собака начинала дышать сама, несильнымъ толчкомъ или поворачиваніемъ ея вызвать общія тетаническія судороги. Послѣ перваго сеанса, насколько я еще могъ наблюдать собаку, она была въ крайне угнетенномъ состояніи и не могла вставать, на окликъ не отзывалась; утромъ второго дня была тоже въ угнетенномъ состояніи, почти все время лежала, вставала съ трудомъ, приче́мъ дрожала, ходила немного, сильно шатающеюся паходкой, приче́мъ наблюдались мимолетныя подергиванія конечностей, послѣ отравленія наблюдалась крайне угнетенное состояніе, собака не вставала, наблюдались падергиванія отдѣльныхъ участковъ кожи; пила и ѣла этотъ день очень мало (утромъ); на третій день утромъ собака, дрожа, дѣлала попытки подняться, но тотчасъ же падала, во время лежанія у нея наблюдались подергиванія отдѣльныхъ участковъ кожи и конечностей.

Переходя къ даннымъ вскрытія убитыхъ животныхъ, мы видимъ, что не смотря на разнообразіе прижизненныхъ явленийъ вскрытіе всѣхъ собакъ дало картины мало отличающіяся другъ отъ друга.

Для собакъ, отравлявшихся хронически, мы имѣемъ слѣдующую картину: оболочки и ткань мозга представляются гиперэмированными, приче́мъ особенно сильно гиперэмированы эти органы въ случаяхъ съ характеромъ возбужденія; въ желудочкахъ мозга во всѣхъ случаяхъ находилось небольшое количество свѣтлой жидкости, сама ткань мозга и ріае представлялись отечными, кромѣ того въ твани мозга кое-гдѣ можно было замѣтить точечныя кровоизліянія. Такая же гиперемія и отечность наблюдались и въ спинномъ мозгу. Сердце во всѣхъ случаяхъ содержало въ небольшомъ количествѣ мелкіе, рыхлые сгустки, правый желудочекъ сравнительно съ лѣвымъ сильно наполненъ кровью; мышца сердца у всѣхъ собакъ

имѣла желтоватый оттѣнокъ. Ткань легкихъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляла за исключеніемъ двухъ собакъ съ явленіями эпилепсіи, гдѣ легкія представлялись отечными; во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ подъ плеврой, какъ легочной, такъ и пристѣночной были находимы небольшія кровоизліянія. Селезенка во всѣхъ случаяхъ была уменьшена и суховата. Печень и почки представлялись гиперэмированными, печень была немного увеличена. Слизистая оболочка пищеварительнаго тракта представлялась гиперэмированной, подъ ней замѣчались мѣстами мелкія пятна отъ краснаго до коричневаго цвѣта. Цвѣтъ крови обыкновенный.

Острыя отравленія дали слѣдующую картину: ткань мозга и его оболочекъ значительно гиперэмированы, особенно интензивна была гиперемія въ случаѣ отравленія въ теченіи трехъ дней. Легкія немного гиперэмированы, въ одномъ случаѣ однодневнаго отравленія и въ случаѣ трехдневнаго отравленія; подъ плеврой легочной находились маленькія свѣжія кровоизліянія. Ткань сердца нормальна, правый желудочекъ содержитъ очень много крови. Селезенка суха и сморщена. Печень, почки и желудочно-кишечный трактъ гиперэмированы; цвѣтъ крови характерный для окиси углерода.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію полученныхъ микроскопическихъ картинъ, по моему мнѣнію, будетъ нелишнимъ сказать нѣсколько словъ о примѣненныхъ методахъ изслѣдованія.

Для изученія измѣненій въ структурѣ клѣтокъ я пользовался методомъ Ниссля. Мнѣ кажется, что значеніе возраженій, заявленныхъ относительно этого метода въ работахъ, какъ настоящая, ослабляется строго проведеннымъ сравнительнымъ методомъ. Можно такъ или иначе глядѣть на Нисслевскія тѣльца и ихъ измѣненія, но несомнѣннымъ остается фактъ, что подъ вліяніемъ строго одинаковой обработки мозговья клѣтки различныхъ животныхъ, представлявшихъ при жизни различныя патологическія явленія, представляютъ картины, неиз-

мѣнно отличающіяся въ однихъ и тѣхъ же отношеніяхъ. Все-таки, имѣя въ виду возраженія противъ Нисслевскаго метода, а также для обзорѣнія общей картины, представляемой корой мозга, я примѣнялъ методъ уплотнѣнія въ Мюллеровской жидкости съ послѣдовательнымъ заключеніемъ въ целлоидинъ и окрашиваніемъ срѣзовъ гематоксилинымъ Эрлиха или Бемера и послѣдовательнымъ окрашиваніемъ $\frac{1}{2}\%$ воднымъ эозиномъ.

Если я выше говорилъ о методѣ Нисслея, то это нужно понимать условно. Настоящій Нисслевскій методъ во-первыхъ слишкомъ труденъ и даетъ массу неудачъ при приготовленіи препаратовъ; во-вторыхъ, требуемое настоящимъ методомъ Нисслея нагрѣваніе красящей жидкости имѣетъ, кромѣ свертыванія срѣзовъ, еще большія неудобства съ точки зрѣнія строгаго проведенія сравнительнаго метода: трудно добиться, чтобы въ сравниваемыхъ случаяхъ источникъ нагрѣванія красящей жидкости былъ абсолютно одинаковой силы, чтобы во время нагрѣванія не было разнообразныхъ охлаждающихъ теченій воздуха, а это все вліяетъ на время появленія пузырьковъ и слѣдовательно на время пребыванія срѣзовъ въ нагрѣваемой жидкости. Изъ видоизмѣненій метода Нисслея всего удобнѣе оказался способъ, предложенный $\Theta.$ К. Телятникомъ ¹⁾. Въ виду отсутствія указанія у автора относительно хода уплотнѣнія и фиксировки въ спиртѣ, я, по указанію Кальдена относительно возрастающей крѣпости спирта, клалъ небольшіе кусочки корки мозга (ок. $\frac{1}{2}$ куб. сент.) на 12 ч. въ 70% спиртъ, затѣмъ на 12 час. въ 85% спиртъ, затѣмъ на сутки въ 96% и на сутки въ абсолютный спиртъ, затѣмъ слѣдовало включеніе въ парафинъ черезъ ксилолъ; время для дифференцировки въ спиртѣ-анилинѣ было для всѣхъ препаратовъ строго одно и то же—10 минутъ, само окрашиваніе длилось $\frac{1}{4}$ часа, послѣдовательное промываніе въ водѣ 2 минуты.

¹⁾ Обзорѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи 1896 г. Сентябрь: «Видоизмѣненіе окраска нервныхъ клѣтокъ по Nissl'ю. Д-ра $\Theta.$ К. Телятника, стр. 675 etc.

Я не безъ умысла особенно подчеркнулъ время дифференцировки: можно получить хорошіе препараты, дифференцируя въ продолженіи болѣе короткаго срока, но для сравнительныхъ изслѣдованій это не совсѣмъ надежно: изъ одного и того же куска будутъ попадаться срѣзы болѣе обезцвѣченные и срѣзы менѣе обезцвѣченные; между тѣмъ какъ по истеченіи 10 минутъ, если во время дифференцировки почаще двигать препараты въ жидкости, то для даннаго куска мозга результатъ будетъ совершенно одинаковый. Возникаетъ вопросъ, не слишкомъ ли это большой срокъ для дифференцировки; съ этою цѣлью я нарочно держалъ нѣкоторые препараты въ дифференцирующей жидкости гораздо болѣе большой срокъ (до 25 минутъ) и убѣдился, что дальнѣйшее обезцвѣчиваніе идетъ очень медленно.

При второмъ методѣ изслѣдованія ходъ обработки былъ таковъ: 6 недѣль въ Мюллеровской жидкости, причемъ кусочки брались тоже маленькіе, 1—1½ куб. сент. въ объемѣ; жидкость первую недѣлю мѣнялась каждый день, вторую—чрезъ день, третью чрезъ 2 дня, четвертую 2 раза въ недѣлю, пятую и шестую по одному разу; затѣмъ кусочки промывались въ теченіи сутокъ въ большихъ количествахъ воды, затѣмъ опускались на 12 час. въ 70% спиртъ, на 12 час. въ 85% на сутки въ 96% и на сутки въ абсолютный спиртъ, затѣмъ на 3 дня въ жидкой целлоидинъ, на 3 дня въ густой целлоидинъ, затѣмъ слѣдовало заливанье въ целлоидинъ въ бумажной коробкѣ на деревянномъ обрубкѣ, высыханіе подъ маленькимъ стаканомъ и затѣмъ полученные кусочки окончательно оплотнѣвались и сохранялись въ 80% спиртѣ, послѣ окраски разрѣзы быстро обрабатывались на стеклѣ 96% спиртомъ, затѣмъ carbol-xylol'емъ и заключались по высушиваніи пропускной бумагой въ канадскій бальзамъ.

Съ цѣлью сравненія для каждаго рода случаевъ убивалась нормальная собака и кусочки мозга ея обрабатывались также, какъ и патологическіе мозги при совершенно одинаковыхъ условіяхъ, напр., для фиксированія и уплотнѣнія кусоч-

ки нормальнаго мозга клались въ одну банку съ кусочками патологическаго мозга. Такимъ образомъ для хроническихъ случаевъ пришлось убить двѣ собаки и для острыхъ случаевъ одну.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію полученныхъ микроскопическихъ картинъ; сначала разсмотримъ картины, полученныя Нисслевскимъ способомъ, потомъ картины, полученныя путемъ фиксаціи и уплотнѣнія въ Мюллеровской жидкости съ вышеописанной послѣдующей обработкой. Согласно предъидущему изложенію начнемъ съ картинъ хроническаго отравленія и именно съ группы съ характеромъ возбужденія.

1) Собаки, погибшія при явленіяхъ эпилептическихъ припадковъ: контуры клѣтокъ представляются изгрызанными, ядро ясно видно только въ незначительномъ числѣ клѣтокъ, въ другихъ же клѣткахъ ядро или незамѣтно или контуры его крайне неясны вслѣдствіе того ли, что вся клѣтка представляется сплошь синею или потому, что вслѣдствіе обезцвѣчивания вся клѣтка имѣетъ блѣдно-голубой цвѣтъ и только гдѣ нибудь при краѣ (краяхъ) клѣтки или въ углу (углахъ) замѣчается болѣе или менѣе интенсивное синее окрашиваніе; ядрышко вездѣ ясно отличимо за исключеніемъ очень немногихъ клѣтокъ, о которыхъ будетъ сказано ниже. Нисслевскія тѣльца мелки, получается часто впечатлѣніе, что имѣемъ предъ собою часть, кусокъ Нисслевскаго тѣльца, контуры ихъ въ общемъ кругловаты, но неправильны; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, гдѣ Нисслевскія тѣльца сравнительно велики, замѣтна неравномѣрность окраски, ихъ середина представляется болѣе интенсивно окрашенною сравнительно съ краями, причемъ уменьшеніе интенсивности окраски къ краямъ происходитъ постепенно; въ данномъ случаѣ слово интенсивно нужно понимать условно, такъ какъ значительное большинство ясно отличаемыхъ Нисслевскихъ тѣлецъ окрашено въ препаратахъ этой группы слабо; въ углахъ же или при краяхъ, гдѣ, какъ упомянуто выше, замѣчается болѣе сильное окрашиваніе, Нисслевскія тѣльца очень плохо различимы, по большей же части вовсе не различимы. Въ общемъ клѣтки съ болѣе или менѣе сильнымъ обез-

цвѣчиваніемъ значительно преобладаютъ надъ вполнѣ окрашенными, но и тѣ окрашены менѣе интензивно, чѣмъ это бываетъ на нормальныхъ препаратахъ; но на этихъ же препаратахъ встрѣчаются, правда въ очень небольшомъ количествѣ, клѣтки, сплошь окрашенныя въ ярко синій цвѣтъ, такъ что рѣзко выдѣляются среди остальныхъ; на этихъ то клѣткахъ вслѣдствіе интензивнаго окрашиванія ядрышко почти не отличимо, о чемъ было сказано выше. Въ периделлюлярныхъ пространствахъ вездѣ замѣтны лимфоидныя тѣльца; большое количество тѣлецъ такого же рода разбѣяно по всему пространству препарата.

2) Собаки, представляющія прокурсивныя явленія: контуры клѣтокъ представляются неправильными, хотя менѣе изгрызанными, чѣмъ въ препаратахъ предъидущей категоріи. Большая часть клѣтокъ представляются обезцвѣченными въ большей или меньшей степени отъ нормально-синей Нисслевской окраски почти до безцвѣтныхъ съ оставшимися окрашенными мѣстами или у краевъ, или у угловъ, или же у какого нибудь мѣста на периферіи ядра. Попадаютъ также въ очень небольшомъ количествѣ описанныя при предъидущей картинѣ ярко-синія клѣтки. Ядрышко видно вездѣ, за исключеніемъ только-что упомянутыхъ клѣтокъ, гдѣ оно видно очень плохо; ядро ясно видно въ большемъ количествѣ клѣтокъ, чѣмъ въ препаратахъ предъидущей группы, отчасти потому, что здѣсь сильно обезцвѣченныхъ клѣтокъ меньше, отчасти потому, что и въ сплошь окрашенныхъ (хотя бы вовсе не интензивно) клѣткахъ оно выдается своимъ болѣе свѣтлымъ оттѣнкомъ. Нисслевскія тѣльца мелки, кругловаты съ неправильными очертаніями; какъ и въ препаратахъ предъидущей группы, въ тѣхъ изъ нихъ, которыя побольше, можно замѣтить неравномѣрную окраску, болѣе интензивную въ центрѣ съ постепеннымъ переходомъ къ краямъ; мѣстами они плохо различимы или совсѣмъ неразличимы и именно тамъ, гдѣ въ сильно обезцвѣченныхъ клѣткахъ остались (у краевъ, угловъ или около ядра) окрашенные куски. Въ периделлюлярныхъ пространствахъ и по

всему полю зрѣнія разсѣяны лимфоидныя тѣльца, но по общему впечатлѣнію число ихъ въ препаратахъ этой группы меньше, чѣмъ въ препаратахъ предыдущей группы. Описанная картина относится собственно къ препаратамъ двухъ первыхъ собакъ этой группы, препараты же отъ третьей сабаки дали микроскопическія картины, сходныя съ нижеописанной.

3) Собаки, погибшія при преобладающихъ явленіяхъ прогрессивной слабости: очертанія клѣтокъ болѣе правильны, хотя въ значительномъ количествѣ ихъ замѣтна извилистость краевъ, но нѣтъ того впечатлѣнія, какъ будто клѣтка въ своей периферіи выгрызена въ разныхъ мѣстахъ; цвѣтъ клѣтокъ представляетъ переходы отъ сплошь синеокрашенной до почти обезцвѣченной, причѣмъ въ клѣткахъ послѣдняго рода у краевъ, или гдѣ нибудь у периферіи ядра, замѣчаются болѣе или менѣе интенсивно окрашенные мѣста; въ общемъ сплошь синеокрашенные клѣтки всетаки окрашены менѣе интенсивно, чѣмъ при нормальной окраскѣ, здѣсь опять таки встрѣчаются, и тоже въ очень небольшомъ количествѣ, ярко-синія, сплошь окрашенные клѣтки, гдѣ нельзя отличить ядро и ядрышко. Во многихъ клѣткахъ контуры ядра очень плохо различимы вслѣдствіе далеко пошедшаго обезцвѣчивания клѣтки или вслѣдствіе сплошного окрашивания, ядрышко же видно вездѣ за исключеніемъ выше упомянутыхъ ярко-синихъ клѣтокъ. Нисслевскія тѣльца въ общемъ сохранили свою форму, но контуры ихъ извилисты, часто встрѣчаются тѣльца неодинаковой окраски на своемъ протяженіи, такъ что чуть болѣе синее мѣсто переходитъ въ болѣе свѣтлое, въ свою очередь переходящее опять въ болѣе синее, встрѣчаются, но въ рѣзко меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ, и круглыя Нисслевскія тѣльца, мелкія по величинѣ и съ неправильными очертаніями. Лимфоидныхъ тѣлецъ въ перипеллюлярныхъ пространствахъ и по всему полю зрѣнія встрѣчается, на взглядъ, въ такомъ же количествѣ, какъ и на препаратахъ собакъ съ прокурсивными явленіями.

4) Собаки, отравленные и убиты въ одинъ сеансъ, дали сходныя картины, не смотря на то, что одна изъ нихъ была убита не послѣ 6, но послѣ 10-кратнаго отравленія. На препаратахъ этихъ собакъ клѣтки имѣли нормальныя контуры. Цвѣтъ клѣтки сплошь болѣе или менѣе синій, вслѣдствіе окрашиванія промежуточнаго межъ Нисслевскими тѣльцами вещества; попадаютъ также въ очень небольшомъ количествѣ вышеупомянутыя ярко-синія клѣтки, гдѣ ядрышко и ядро не отличимы, но во всѣхъ другихъ клѣткахъ ядрышко ясно, въ зависимости отъ степени окраски его, но есть и совсѣмъ свѣтлыя, рѣзко ограниченныя отъ протоплазмы ядра. Форма Нисслевскихъ тѣлецъ сохранена, они въ огромномъ большинствѣ видны довольно ясно, потому что промежуточное вещество между ними, хотя и окрашено, но менѣе интензивно, чѣмъ сами Нисслевскія тѣльца (исключеніе—ярко-синія клѣтки). Только въ немногихъ клѣткахъ видно, какъ будто нѣсколько Нисслевскихъ тѣлецъ слились между собою въ одну группу и отдѣляются узкимъ болѣе свѣтлымъ промежуткомъ отъ другой такой же группы. Кое гдѣ встрѣчаются въ перипеллюлярныхъ пространствахъ лимфоидныя тѣльца, но здѣсь ихъ, какъ и на всемъ полѣ зрѣнія, сравнительно очень мало.

5) Собака, погибшая послѣ трехъ-дневнаго отравленія, дала слѣдующую картину: контуры клѣтокъ въ общемъ правильны, хотя кое гдѣ встрѣчается извилистость. Общій цвѣтъ клѣтокъ сплошь синій, хотя встрѣчаются во-первыхъ, клѣтки съ начинающимся обезцвѣчиваніемъ и именно отъ ядра, во вторыхъ, и здѣсь встрѣчаются въ очень небольшомъ количествѣ вышеописанныя ярко-синія клѣтки, въ третьихъ, встрѣчаются клѣтки, гдѣ свѣтлое ядро рѣзко отличимо отъ протоплазмы, но такія клѣтки очень рѣдки: въ огромномъ большинствѣ ядро окрашено въ различныя оттѣнки синяго цвѣта. Ядрышко видно вездѣ, за исключеніемъ ярко-синихъ клѣтокъ; ядро тоже болѣе или менѣе замѣтно, потому что окраска его блѣднѣе, чѣмъ окружающей протоплазмы, за исключеніемъ

опять таки ярко-синихъ клѣтокъ. Нисслевскія тѣльца въ большинствѣ случаевъ ясно различимы, причемъ они или продолговаты, но съ неправильными контурами или кругловаты и тѣже съ неправильными контурами; иногда они представляются въ извѣстномъ мѣстѣ какъ бы слившимся въ довольно большую грушу, отдѣленную узкимъ, болѣе свѣтлымъ промежуткомъ отъ другой группы. Во всѣхъ перичеллюлярныхъ пространствахъ и по всему полю зрѣнія встрѣчаются въ довольно большомъ количествѣ лимфоидныя тѣльца. Что касается препаратовъ, уплотненныхъ въ Мюллеровской жидкости съ вышеописанной послѣдующей обработкой, то здѣсь не замѣчается такого разнообразія картинъ, какъ при обработкѣ Нисслевскимъ способомъ. Въ то время, какъ взглянувъ на препаратъ, полученный по Нисслевскому методу, можно, не глядя на номеръ, сказать, изъ какой группы животныхъ онъ взятъ; относительно препаратовъ изъ Мюллеровской жидкости этого сказать нельзя. Поэтому при описаніи картинъ, представляемыхъ препаратами изъ Мюллеровской жидкости, достаточно ограничиться приведеніемъ двухъ картинъ, а именно одной для всѣхъ хроническихъ отравленій, другой для трехдневнаго отравленія. Что касается препаратовъ отъ собакъ, отравленныхъ въ одинъ день, то при разсмотрѣніи ихъ не удалось замѣнить какихъ либо отличій отъ нормальныхъ препаратовъ, кромѣ сильнѣйшей гипереміи.

1) Хроническіе случаи: сильная гиперемія всѣхъ сосудовъ, много лимфоидныхъ тѣлецъ по всему полю зрѣнія и въ перичеллюлярныхъ пространствахъ; нервныя клиники находятся въ различныхъ стадіяхъ перерожденія, начиная отъ мутнаго набуханія до почти полнаго распада клѣтки съ плохо отличимымъ ядромъ, мѣстами замѣтны клѣтки съ вакуолами. Контуръ клѣтокъ въ большинствѣ случаевъ болѣе или менѣе неправильны, начиная отъ сильной изгрызанности до легкой волнистости, но есть и клѣтки съ совершенно ровными очертаніями. Наиболе переродившіяся клѣтки въ наибольшемъ числѣ встрѣчаются (на взглядъ по крайней мѣрѣ) въ препа-

ратахъ отъ собакъ, погибшихъ при явленіяхъ эпилепсіи. Признаковъ перерожденія сосудовъ я замѣтить не могъ, тѣмъ болѣе, что спеціально для этого не обрабатывалъ препаратовъ; на многихъ препаратахъ замѣтны мелкія кровоизліянія.

2) Случай трехъ-дневнаго отравленія: такая же гиперемія, такое же обиліе лимфоидныхъ тѣлецъ по всему полю зрѣнія и въ перипеллюлярныхъ пространствахъ, какъ и въ препаратахъ предыдущей категоріи. встрѣчается довольно много клѣтокъ въ періодѣ мутнаго набуханія, есть также зернисто-перерожденныя клѣтки, но съ другой стороны есть клѣтки не представляющія ясныхъ измѣненій; мѣстами встрѣчаются мелкія кровоизліянія.

Сопоставляя другъ съ другомъ данныя микроскопическаго изслѣдованія, мы приходимъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Хроническія отравленія и усиленное отравленіе въ теченіи трехъ дней даютъ картину разлитого воспаленія мозговой корки съ различными стадіями перерожденія нервныхъ клѣтокъ до почти полнаго распада ихъ.

2) Одиночныя отравленія даютъ картину сильной гипереміи мозговой корки, съ измѣненіемъ клѣтокъ, открываемымъ только Нислевскихъ способомъ и состоящимъ, говоря вообще, въ болѣе разлитомъ окрашиванія протоплазмы и въ большей или меньшей степени окрашиванія большинства ядеръ.

3) При хроническихъ отравленіяхъ и при усиленномъ трехъ дневномъ отравленіи измѣненія, константируемыя Нислевскимъ методомъ, сводятся къ слѣдующимъ: часть клѣтокъ окрашивается диффузно съ большей или меньшей интенсивностью окраски, причемъ въ большей или меньшей степени окрашивается и ядро, другая же часть клѣтокъ представляется болѣе или менѣе обезцвѣченными, причемъ въ наиболѣе обезцвѣченныхъ клѣткахъ остатки окраски сохраняются у краевъ, у угловъ и иногда въ какомъ-нибудь мѣстѣ у периферіи ядра. Нислевскія тѣльца представляются или сохранившими приблизительно свой видъ, но съ извилистыми контурами или же становятся мельче и принимаютъ округлый видъ

тоже съ неправильными очертаніями, въ обоихъ случаяхъ они окрашены неравномѣрно; судя по полученнымъ картинамъ есть нѣкоторое основаніе думать, что при болѣе интензивныхъ отравленіяхъ Нисслевскія тѣльца являются въ болѣе мелкой и округлой формѣ, при менѣе интензивныхъ отравленіяхъ—они приблизительно сохраняютъ свой видъ, но конечно этого нельзя сказать про всѣ безъ исключенія Нисслевскія тѣльца въ томъ и другомъ случаѣ.

4) Такъ какъ при одиночныхъ отравленіяхъ обезцвѣчивающихся клѣтокъ не оказывается, а при хроническихъ и трехдневномъ онѣ являются въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ, то есть нѣкоторое основаніе предполагать, что обезцвѣченная въ болѣе или меньшей степени клѣтка представляется находящеюся въ болѣе поздней, дальнѣйшей стадіи перерожденія, чѣмъ силошь окрашенная.

Таковы выводы изъ микроскопическихъ данныхъ. Приведенныя же выше, такъ сказать клиническія картины отравленій окисью углерода даютъ возможность сдѣлать слѣдующіе выводы относительно вліянія этого газа на нервную систему.

1) При одиночныхъ отравленіяхъ послѣ не всегда, но въ большинствѣ случаевъ бывающаго первоначальнаго возбужденія, длящагося короткое время, слѣдуетъ періодъ покоя, который смѣняется снова періодомъ возбужденія, болѣе продолжительнымъ и сильнымъ, чѣмъ первый, за исключеніемъ случаевъ отравленія высокопроцентными смѣсями, гдѣ и этотъ періодъ бываетъ коротокъ и иногда крайне неясенъ по проявленіямъ; за этимъ періодомъ слѣдуетъ періодъ упадка силъ, въ концѣ котораго появляются судороги.

2) Періоды возбужденія (если ихъ два, въ случаѣ отсутствія перваго—единственный) всего продолжительнѣе при отравленіи слабыми смѣсями окиси углерода съ воздухомъ; всего интензивнѣе при среднепроцентныхъ смѣсяхъ (2—4%) и всего слабѣе при высоко-процентныхъ смѣсяхъ.

3) Въ началѣ періода возвращенія отравленнаго животнаго къ нормѣ очень часто являются разнообразныя судорожныя явленія въ то время, когда животное еще лежитъ пластомъ, затѣмъ при постепенно увеличивающемся числѣ самостоятельныхъ дыханій начинаются безуспѣшныя, а потомъ все болѣе и болѣе удачныя попытки встать и ходить и животное при одивочномъ отравленіи быстро приходитъ къ нормѣ.

4) При хроническихъ отравленіяхъ окисью углерода животное проходитъ три стадіи съ точки зрѣнія нервной системы, а именно: періодъ угнетенія, періодъ приспособленія и періодъ конечныхъ патологическихъ явленій.

5) Періодъ угнетенія и періодъ конечныхъ патологическихъ явленій занимаютъ каждый сравнительно меньшую часть всего періода отравленія, большая часть времени выпадаетъ на періодъ приспособленія.

6) Конечныя патологическія явленія въ случаяхъ съ характеромъ возбужденія развиваются внезапно, не предшествуемая постепенно усиливающимися сходными патологическими явленіями, но все же нѣкоторыя судорожныя явленія послѣ отравленій въ концѣ періода приспособленія указываютъ на наступленіе періода конечныхъ явленій.

7) Насколько можно заключить изъ приведенныхъ 12 случаевъ преобладаніе явленій возбужденія въ конечномъ періодѣ находится въ связи съ болѣе продолжительными ежедневными отравленіями, между тѣмъ какъ менѣе продолжительныя ежедневныя отравленія даютъ преобладаніе въ конечномъ періодѣ явленіямъ слабости; при этомъ нужно имѣть въ виду, что при данной постановкѣ опытовъ при болѣе продолжительныхъ отравленіяхъ наносилось большее число серьезныхъ инсультовъ на нервную систему.

Если въ заключеніе перейти къ вопросамъ, поставленнымъ фактами наблюдаемыхъ послѣугарныхъ заболѣваній, то въ виду особой, тѣсно ограниченной цѣли настоящей работы вполне категорическихъ отвѣтовъ на эти вопросы дать нельзя, и тѣ отвѣты, которые могутъ быть извлечены изъ вышепри-

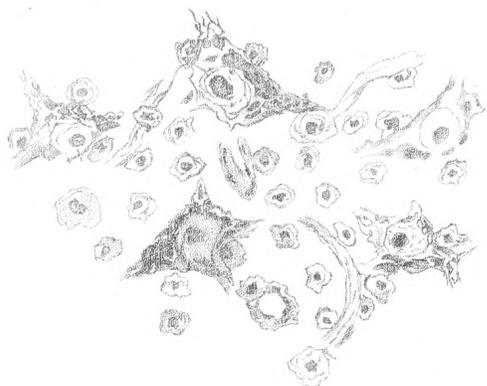
веденныхъ фактовъ, необходимо будутъ косвенны и до извѣстной степени гипотетичны.

На первый вопросъ, относительно появленія разнообразныхъ расстройствъ нервной системы, наблюдавшихся у людей непосредственно или спустя извѣстный промежутокъ времени послѣ одиночнаго отравленія угарнымъ газомъ, прямого отвѣта дать нельзя, потому это такого рода экспериментовъ съ выжиданіемъ извѣстнаго времени послѣ отравленія поставлено не было. Но фактъ безуспѣшности попытки добиться патологическихъ явленій со стороны нервной системы при ежедневномъ одиночномъ и притомъ тяжеломъ отравленіи въ теченіи пяти мѣсяцевъ даетъ возможность заключить, что для полученія упомянутыхъ расстройствъ нервной системы послѣ одиночнаго отравленія требуется со стороны кровеносныхъ сосудовъ мозга и нервной ткани меньшая резистентность вреднымъ условіямъ, создаваемымъ въ организмѣ при отравленіи окисью углерода и меньшая способность выравнивать потомъ вредное вліяніе этихъ условій, чѣмъ мы это замѣчаемъ у здоровыхъ собакъ.

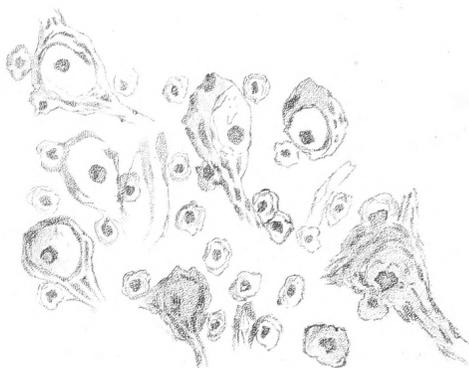
На второй вопросъ, относительно исходнаго пункта послѣ угарныхъ расстройствъ нервной системы, изслѣдованіе препаратовъ отъ животныхъ, отравленныхъ въ одинъ сеансъ даетъ возможность заключить, что при отравленіи окисью углерода одновременно возникаютъ расстройства въ кровеносной системѣ мозга и пораженія нервныхъ клѣтокъ; на вопросъ же, которыя изъ этихъ расстройствъ имѣютъ больше шансовъ служить главнымъ исходнымъ пунктомъ имѣющихъ быть патологическихъ явленій, настоящее изслѣдованіе отвѣта не даетъ. Что касается вопроса оущности вреднаго вліянія окиси углерода на организмъ вообще и на нервную систему въ частности, то такое тѣсно ограниченное изслѣдованіе, какъ настоящее, не даетъ права ни на какую гипотезу, такъ какъ для этого нужны многія изслѣдованія относительно угарнаго газа въ другихъ направленіяхъ, но фактъ кратковременнаго замедленія дыханія въ самомъ началѣ отравленія, затѣмъ

фактъ, что вопреки ожиданіямъ, при отравленіи высокопроцентными смѣсями явленія возбужденія уменьшаются даютъ нѣкоторое основаніе считать отравленіе окисью углерода отравленіемъ *sui generis*, а не сводить его къ временному ограниченію дыхательной способности, тѣмъ болѣе, что и картина хроническаго отравленія съ ея смѣной періодовъ: первоначальнаго угнетенія, приспособленія и періода конечныхъ патологическихъ явленій не находитъ въ себѣ хорошаго аналога ни въ одномъ изъ страданій, обусловленныхъ недостаточнымъ доступомъ кислорода къ тканямъ организма.

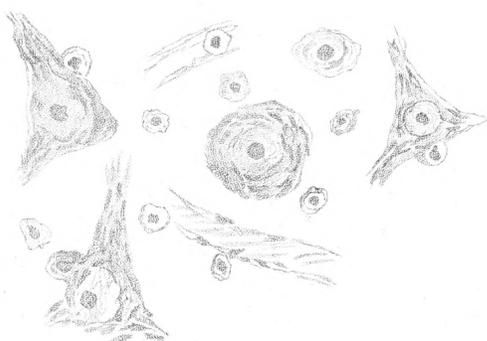
№1.



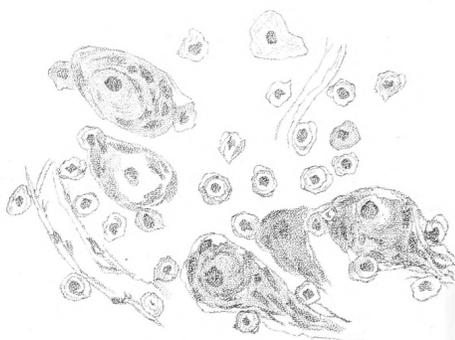
№2.



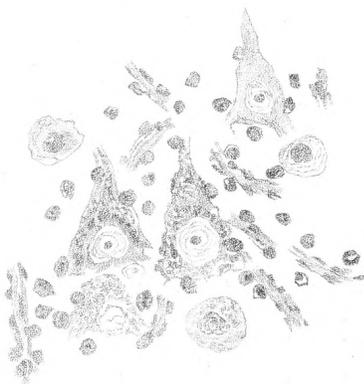
№3.



№4.



№5.



КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Д-ръ С. М. Мащенко. О патологическихъ измѣненіяхъ въ корѣ большого мозга при вторичномъ слабоуміи.—Дисс. Спб. 1899.

Работа произведена въ патолого-анатомической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. Вначалѣ авторъ приводитъ литературу вопроса, а затѣмъ переходитъ къ собственнымъ изслѣдованіямъ и прежде всего останавливается на методикѣ. Авторъ работалъ главнымъ образомъ съ методомъ Nissl'я. Въ виду того, что методъ этотъ предложенъ еще недавно и такъ какъ при помощи его добыты совершенно новые для нервной патологіи факты, то авторъ прежде всего приводитъ главнѣйшіе результаты, полученные изслѣдователями, работавшими съ методомъ Nissl'я. Далѣе д-ръ М. даетъ описаніе собственныхъ наблюденій, причемъ вначалѣ приводится исторія болѣзни каждаго случая, затѣмъ данныя вскрытія и наконецъ результаты микроскопическаго изслѣдованія. Авторъ изслѣдовалъ кору большого мозга 12 вторично-слабоумныхъ, умершихъ въ разныхъ возрастахъ (отъ 27 до 65 лѣтъ) и отъ разныхъ болѣзней (главнымъ образомъ отъ чахотки легкихъ). Параллельно съ этими 12-ю патологическими мозгами авторъ произвелъ контрольныя изслѣдованія 6-ти нормальныхъ мозговъ отъ больныхъ, умершихъ въ возрастѣ отъ 24 до 70 лѣтъ отъ тѣхъ же приблизительно болѣзней. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Вторичное слабоуміе имѣетъ въ основѣ своей опредѣленные и постоянныя патолого-анатомическія измѣненія въ корѣ большого мозга. 2) Измѣненія эти касаются нервныхъ клѣтокъ,

волоконъ, сосудовъ и невроглии. 3) Въ клѣткахъ измѣненія состоятъ въ полномъ исчезновеніи ихъ путемъ атрофіи и пигментно-жировой дегенерации; въ волокнахъ—перерожденіе и распадъ въ ассоціаціонной системѣ; въ сосудахъ—склерозъ, атероматозъ, облитерация и жировое перерожденіе. 4) Въ невроглии во многихъ случаяхъ замѣчается размноженіе ея ядеръ; но точно опредѣлить роль невроглии въ этихъ процессахъ не представляется возможнымъ за отсутствіемъ для этой ткани хорошей окраски. 5) Находимыя при вторичномъ слабоуміи измѣненія не представляютъ специфическихъ, свойственныхъ только этому состоянію, патологическихъ явленій. 6) Характерно для вторичнаго слабоумія (какъ и для другихъ видовъ слабоумія) исчезновеніе значительнаго количества нервныхъ клѣтокъ въ мозговой корѣ, причемъ измѣненія клѣтокъ выражены въ значительно большей степени, чѣмъ измѣненія нервныхъ волоконъ. 7) Гибель клѣтокъ особенно замѣтна въ слое мелкихъ пирамидъ, на счетъ исчезновенія которыхъ происходитъ постоянно наблюдаемое увеличеніе толщины перваго (молекулярнаго) слоя коры. 8) Наиболѣе значительныя и глубокія пораженія нервныхъ элементовъ наблюдаются въ лобныхъ областяхъ коры одинаково въ обоихъ полушаріяхъ мозга. 9) Степень патологическихъ измѣненій при вторичномъ слабоуміи зависитъ главнымъ образомъ отъ степени самаго слабоумія. Продолжительность болѣзни и возрастъ больного имѣютъ второстепенное значеніе. 10) Разрушеніе нервныхъ элементовъ коры мозга совершается въ продолженіе всего теченія вторичнаго слабоумія, поддерживаемое глубокими сосудистыми измѣненіями. 11) Если этотъ фактъ будетъ доказанъ для всѣхъ случаевъ вторичнаго слабоумія, то это заключительное состояніе нельзя будетъ считать такой формой, которая можетъ имѣть исходомъ выздоровленіе или значительное улучшеніе (причемъ это будетъ справедливо до тѣхъ поръ, пока не будетъ доказана дегенерация нервныхъ клѣтокъ).—Къ работѣ приложена таблица средняго количества клѣтокъ въ разныхъ областяхъ коры въ мозгахъ нормальныхъ (контрольныхъ) и вторично-слабоумныхъ, и $\%$ отношеніе послѣднихъ къ первымъ. Кромѣ того приложены двѣ таблицы рисунковъ, очень недурно исполненныхъ.

Б. И. Воротынскій.

Prof. C. v. Monakow: Zur Anatomie und Pathologie des unteren Scheitelläppchens. (Entwicklungsgeschichtliche, experimentell—und pathologisch-anatomische Untersuchungen). Arch. f. Psych. 1899 г. Bd. 31 стр. 1—73.

Свѣдѣнія о физиологическихъ отправленияхъ нижней темянной доли сравнительно недостаточны. Изъ клиническихъ наблюдений авторъ приводитъ случай Nothnagel'я и Redlich'a, наблюдавшихъ при поврежденіи данной части мозга—разстройство мышечнаго чувства; кромѣ того при пораженіи *g. marginalis* наблюдались: геміанестезія, отклоненіе глазъ въ противоположную сторону, судороги на противоположной сторонѣ; при пораженіи *g. angularis* замѣчалось разстройство рѣчи различныхъ формъ. При экстирпации соответствующихъ участковъ мозговой коры у животныхъ находили нечувствительность соединит. оболочки глаза, разстройство движенія глазъ (Munk), разстройство зрѣнія (Fergier). Изъ позднѣйшихъ возрѣній на анатомическія отношенія нижней части темянной доли, замѣчательныя взгляды Flechsig'a; этотъ авторъ вопреки прежнимъ своимъ возрѣніямъ пришелъ къ „удивительному результату“, что нижняя темянная доля не имѣетъ проэкціонныхъ волоконъ, соединяющихъ ее съ *thalamus* и нижележащими частями мозга; она входитъ въ область задняго ассоціаціоннаго центра и состоитъ изъ волоконъ ассоціаціоннаго характера; свои выводы Flechsig основываетъ главнымъ образомъ на собственныхъ изслѣдованіяхъ надъ обложеніемъ мѣлиномъ волоконъ въ головномъ мозгу челов. зародышей и новорожденныхъ; кромѣ того Flechsig ссылается на извѣстный случай съ поврежденіемъ задней центральной извилины и послѣдующимъ перерожденіемъ петли (случай Flechsig-Hosel'я). Monakow, напротивъ, волокна петли связываетъ съ нижней темянной долей и считаетъ невѣрными какъ возрѣнія Flechsig'a на ходъ корковой петли, такъ и на отправление нижней темянной доли въ связи съ всей теоріей объ ассоціаціонныхъ центрахъ.

Въ доказательство того, что *g.g. angularis et marginalis*, какъ и всякій участокъ мозговой коры, имѣетъ проэкціонную систему, авторъ приводитъ свои изслѣдованія:

а) надъ ходомъ волоконъ въ нормальномъ челоѣч. мозгу на пространствѣ между заднимъ рогомъ бокового желудочка и частью внутренней капсулы позади *n. lenticularis*,

- b) тоже у ребенка $3\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ,
 c) тоже въ мозгахъ двухъ обезьянъ, оперированныхъ Munk'омъ,
 d) тоже въ двухъ человѣч. мозгахъ съ очагами въ области темянной доли.

Срѣзы изъ нормальнаго человѣч. мозга показываютъ, что мозговое вещество въ области задняго рога, состоящее изъ *fasc. longitud. infer.* зрительныхъ путей и *tapetum* постепенно увеличивается по направленію къ внутренней капсулѣ и притомъ нѣкоторыя волокна принимаютъ, приближаясь къ внутр. капсулѣ, косое направленіе; эти грубо-анатомическія отношенія показываютъ, что къ указанному сагиттально идущему пучку постоянно присоединяются новыя волокна изъ близъ лежащихъ участковъ коры (т. е. изъ *g. g. angularis* и *marginalis*), причемъ эти волокна поворачиваютъ къ внутренней капсулѣ и являются на фронтальныхъ срѣзахъ косо срѣзанными.

Изслѣдуя мозгъ $3\frac{1}{2}$ -мѣсячнаго ребенка, авторъ прямо видѣлъ волокна выходящія изъ *g. g. angularis* и *marginalis* (равн. обр. и изъ T_2S_3 , и *OS*); въ дальнѣйшемъ ходѣ эти волокна вступаютъ въ дорсальный этажъ *strati sagitalis externi et interni* и затѣмъ поворачиваютъ въ заднюю часть внутренней капсулы. (Здѣсь же авторъ указываетъ нѣсколько наблюдений, противорѣчащихъ тѣмъ законамъ относительно обложенія мѣлиномъ волоконъ, какіе установилъ Flechsig; такъ, напр., ассоціаціонныя волокна обложены мѣлиномъ, тогда какъ нѣкоторыя проэкціонныя волокна лишены его; затѣмъ весь невроно-комплексъ одного физиологич. значенія облагается мѣлиномъ весь сразу, а не въ строкомъ порядкѣ отъ периферіи къ центру, какъ указалъ Flechsig).

Изъ обезьянъ, мозги которыхъ изслѣдовалъ авторъ (окраска карминомъ), у одной была удалена вся зрительная область, у другой—вся двигательная; у обѣихъ обезьянъ остались безъ атрофіи: заднія вентральныя ядра *thalami* и задняя часть внутренней капсулы, т. е. проэкціонная система *g. angularis*, у обѣихъ обезьянъ оставленная безъ поврежденія.

Наконецъ, авторъ приводитъ два патолого-анатомическихъ случая: въ одномъ очагъ съ продолжительностью 6 мѣс., находился въ заднихъ отдѣлахъ вентральныхъ ядеръ лѣваго *thalami*, захватывая отчасти латеральное ядро и *pulvinar*. Вслѣдствіе разрушенія вентральныхъ ядеръ *thal.* перерож-

денныя волокна шли изъ нихъ въ ретролентиккулярную часть внутр. кап., вступали въ дорсальный этажъ *strati sagitalis ext. et interni* и достигали *g. angularis*. Въ другомъ случаѣ очагъ локализовался въ области *g. g. marginalis* и *angularis*, захватывая верхнюю треть задней центральной извилины; и здѣсь перерожденныя волокна изъ *g. g. angularis* и *marginalis* можно было прослѣдить чрезъ дорсальный этажъ *strati sagit. ext. et inter.* въ ретролентиккулярную часть внутр. капс. и отсюда въ вентральныя ядра *thalami*; эти послѣднія были тоже атрофированы; картину простой атрофіи (уточненіе волоконъ, уменьшеніе всего объема пучка) представляла лѣвая петля; при жизни больного чувствительность была понижена.

Авторъ дѣлаетъ обзоръ литературы по данному вопросу и приходитъ къ слѣд. выводамъ:

1) Проекціонныя волокна изъ нижней темянной доли есть; ихъ меньше, чѣмъ ассоціаціонныхъ.

2) Волокна изъ *g. marginalis* переходятъ чрезъ дорсальный этажъ *str. sag. int.* въ ретролентиккулярную часть внутр. капс. и вступаютъ въ вентральныя ядра *thalami*; волокна при *g. angularis* идутъ также, но вступаютъ въ латеральный отдѣлъ *pulvinaris*, въ передній отрѣзокъ наружнаго колѣнчатого тѣла и въ средне-мозговое вещество передняго 4-холмія.

3) Хотя количество ассоціаціонныхъ волоконъ въ нижней темянной долькѣ больше, чѣмъ проекціонныхъ (сравнительно съ другими участками мозга), но признать ее за ассоціаціонный центръ нельзя.

4) Волокна всѣхъ родовъ (ассоц. и проэц.) облагаются безъ особаго порядка и почти одновременно.

5) Волокна на всемъ своемъ протяженіи облагаются мѣлнымъ въ одно время.

Г. Трошинъ.

Prof. T. Flechsig: „Neue Untersuchungen über die Markbildung in den menschlichen Grosshirnklappen“. *Neurolog. Centrablatt.* 98 г. № 21.

Эта статья представляетъ отвѣтъ на предъидущую статью Монаковъа. Сначала авторъ перечисляетъ законъ, по которымъ облагаются мѣлиномъ волокна полушарій; въ общемъ это тѣ-же законы, какіе авторъ установилъ для остальной

части нервной системы. Первое появленіе мієлиновыхъ волоконъ въ полушаріяхъ относится къ $2\frac{1}{2}$ —3 мѣсяцу до рожденія; образованіе мієлина идетъ точно опредѣленными пунктами; лучше всего наблюдать этотъ процессъ у преждевременно родившихся и прожившихъ нѣкоторое время младенцевъ: преждевременное функционированіе ускоряетъ образованіе мієлина глав. обр. въ проэкціонныхъ системахъ, менѣе въ ассоціаціонныхъ. По образованію мієлина кора разбивается на участки—*entwicklungsgeschichtliche Rindfelder*; такихъ участковъ не девять, какъ прежде описывалъ авторъ, а сорокъ; причеъ и это число нельзя считать окончательно установленнымъ; нѣкоторые изъ этихъ участковъ прямо совпадаютъ съ областями физиологическихъ центровъ (двигательная зона, область зрѣнія); о большинствѣ участковъ этого сказать нельзя. Всѣ данныя *Rindfelder* по времени образованія мієлина раздѣляются на три группы: первичную, промежуточную и конечную. Первичныя области (съ 1 по 8; всѣ *Rindfelder* подъ номерами нанесены на рисунокъ въ текстѣ) получаютъ мієлинъ до созрѣванія плода, совпадаютъ главн. обр. съ *Sinnescentren* и представляютъ исключительно кортико-петальныя системы. Терминальныя (конечныя) области облагаются мієлиномъ 4— $4\frac{1}{2}$ мѣс. спустя послѣ первичныхъ, совпадаютъ съ ассоціаціонными центрами, развиваются кортико-фугально. Что касается промежуточныхъ областей (*Intermedialgebiete*), то онѣ являются созрѣвшими въ теченіе перваго мѣсяца послѣ рожденія, принадлежатъ какъ ассоціаціоннымъ центрамъ, такъ и къ центрамъ чувственныхъ воспріятій (*Sinnescentren*); ихъ авторъ подраздѣляетъ на вторичныя *Sinnescentren* и „краевыя зоны“ послѣднихъ; два послѣднихъ вида *Rindfelder* отличаются отъ собств. *Sinnescentren* временемъ полученія мієлиновой обкладки.

Вторую половину статьи авторъ отводитъ разбору тѣхъ особенностей въ порядкѣ появленія мієлиновыхъ волоконъ, которыя, будучи замѣчены другими изслѣдователями, вызвали возраженія противъ теоріи ассоціаціонныхъ центровъ; тутъ же авторъ отстаиваетъ свою теорію отъ этихъ возраженій.

Обложеніе мієлиномъ въ каждомъ мозгу имѣетъ особенности; иногда даже встрѣчается *typus inversus*; такъ, напр., зрительный путь обыкновенно ранѣе получаетъ мієлинъ, чѣмъ слуховой; но иногда бываетъ наоборотъ; можетъ быть это патологія, а можетъ быть и указаніе на индивидуальность

будущаго человѣка. Какъ на примѣръ особенно рѣзкаго разнообразія въ созрѣваніи волоконъ, авторъ указываетъ на петлю; по его изслѣдованіямъ, та часть петли, которую онъ называетъ Pyramiden-scherienbahn, можетъ имѣть 9 разновидностей въ своемъ ходѣ. Далѣе, позднее или ранее развитіе извѣстныхъ системъ (волоконъ) содѣйствуетъ, по словамъ автора, появленію бороздъ на мозговой корѣ въ томъ или иномъ участкѣ; борозды, вѣдряясь въ вещество мозга, способствуютъ тому, что въ однихъ случаяхъ извѣстная область (Rindenfeld) развита болѣе обыкновеннаго на счетъ окружающихъ областей; въ другихъ случаяхъ бываетъ наоборотъ. Всѣ эти особенности могутъ подать поводъ считать неправильными изслѣдованія автора надъ обложеніемъ мѣлиномъ волоконъ, признавши сбивчивыми установленныя имъ границы ассоціаціонныхъ центровъ и т. д.

Присутствіе проэкціонныхъ волоконъ въ ассоціаціонныхъ центрахъ, указываемое Monakow'ымъ и Dejerine, авторъ не считаетъ противорѣчіемъ въ своей теоріи; хотя такія волокна есть, но ихъ гораздо меньше, чѣмъ въ Sinnescentren; особенно—говоритъ авторъ—присутствіе волоконъ изъ ассоціаціонныхъ центровъ къ thalamus не можетъ имѣть рѣшающаго значенія; во 1-хъ, многія волокна идущія повидимому изъ g. angularis къ thalamus, только симулируютъ связь съ thalamus, на самомъ дѣлѣ они принадлежатъ или къ зрительнымъ волокнамъ или къ taretum; во 2-хъ, чтобы сказать о характерѣ связей thalami, необходимо прежде точно изучить его функцію: онъ не только представляетъ образованіе съ характеромъ интерпадіи, но несомнѣнно имѣетъ значеніе болѣе важное. Рѣшающее значеніе могли-бы имѣть вторичныя перерожденія при поврежденіи ассоціаціонныхъ центровъ; но во всей патолого-анатомической литературѣ авторъ не знаетъ ни одного случая, гдѣ бы при разрушеніи ассоц. центровъ перерождались проэкціонныя волокна; случаи, приводимые Monakow'ымъ, Dejerine, или нечисты или неправильно истолкованы. Между тѣмъ клиническія наблюденія говорятъ, что поврежденія ассоціаціонныхъ центровъ вызываютъ другія явленія, чѣмъ поврежденіе Sinnescentren.

Г. Трошинъ.

Dr. W. Otuszewski: Von der Bedeutung d. Association-centren von Flechsig zur Erforschung d. Entwicklung der Geistes, der Sprache der Psychologie der Sprache, wie auch der Lehre von der Sprachlosigkeit. *Neurolog. Centralblatt.* 98 г. № 4 и 5.

Авторъ довольно подробно передаетъ теорію Flechsig'a объ ассоціаціонныхъ центрахъ и значеніе ихъ въ психической жизни. Затѣмъ, кратко передавая свои наблюденія надъ развитіемъ человѣч. духа и рѣчи, авторъ находитъ, что эволюція того и другого происходитъ въ томъ приблизительно порядкѣ, въ какомъ происходитъ по Flechsig'у созрѣваніе (обложеніе мѣлиномъ) фізіологически и анатомически обособленныхъ областей мозговой коры; сообразно съ тѣмъ, что первыми развиваются сенсорные центры, эволюція человѣческаго духа начинается съ появленія способности къ чувственнымъ воспріятіямъ; только на 4 мѣс. появляются сложныя чувства (радость, страхъ и др.), требующія ассоціативной дѣятельности ассоціаціонныхъ центровъ; въ это-же время является сознаніе; сознаніе собственно появляется только на 2—3 году. Развитие рѣчи, начиная съ простой памяти звуковъ и кончая сознательной рѣчью, также совершается по мѣрѣ того, какъ ассоціаціонные центры обогащаются вновь и вновь образующимися ассоціаціонными путями; ранѣе всего появляется память звуковъ, затѣмъ на 8 мѣс.—способность соединять слова съ представленіями (функція задняго ассоц. центра), на 11 мѣс.—двигательная память, въ концѣ 2-го года—слуховая память (повтореніе словъ) и только когда ассоціаціонные центры развились на столько, что ребенокъ можетъ доводить до пути сознанія чувственно-двигательные образы, появляется самостоятельная рѣчь. Говоря о фізіологіи рѣчи, авторъ полагаетъ, что, какъ всякій психическій актъ, рѣчь требуетъ совмѣстной дѣятельности сенсорныхъ и ассоціаціонныхъ центровъ; различіе состоитъ въ томъ, что рѣчь кромѣ высшаго ассоціаціоннаго центра (g. g. angularis и marginalis), имѣетъ еще нисшій автоматическій (островокъ). Существованіе этого нисшаго центра (не упоминаемаго Flechsig'омъ) авторъ основываетъ на томъ, что при пораженіи высшаго задняго ассоц. центра, иногда можетъ сохраниться автоматическая безсознательная рѣчь; такая же автоматическая рѣчь, состоящая изъ безсознательнаго повто-

ренія словъ, предшествуетъ у ребенка появленію сознательной рѣчи.

Разстройства рѣчи авторъ дѣлитъ на сенсорныя афазіи (поражаются *Sinnescentren Flehsig'a*) и ассоціаціонныя афазіи (отъ пораженія ассоціаціонныхъ центровъ) и кромѣ того на органическія и функціональныя.

Къ органическимъ сенсорнымъ афазіямъ принадлежатъ:

- 1) Изолированная двигательная афазія.
- 2) Чувственная афазія (словесная глухота).
- 3) Изолированная алексія.

Къ органическимъ ассоціаціоннымъ афазіямъ относятся: при пораженіи островка—двигательная афазія, при разрушеніи задняго ассоц. центра:

- 1) Сензорная (транскортикальная) афазія—при пораженіи *g. marginalis*; больной можетъ повторять слова, читать, писать, но безъ пониманія.
- 2) Ассоціаціонная алексія—при пораженіи *g. angularis*—возможность читать слова, но не соединять ихъ съ представленіями.
- 3) Оптическая афазія.
- 4) Душевная слѣпота.

Функціональныя афазіи представляютъ тѣ-же формы, что и органическія, только менѣе рѣзко выраженныя.

Г. Трошинъ.

G. Marinesco. Etudes sur l'évolution et l'involution de la cellule nerveuse. (Revue neurologique 1899, № 20).

Цѣль автора изслѣдовать какъ развитіе, такъ и старческую инволюцію нервной клѣтки. Объектомъ изслѣдованія была нервная система людей самаго разнообразнаго возраста (отъ 5-ти мѣсячныхъ зародышей до 100-лѣтнихъ стариковъ). При изслѣдованіи авторъ пользовался, по его словамъ, новѣйшими методами.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію строенія нервной клѣтки въ различные періоды ея жизни, проф. Marinesco излагаетъ свой взглядъ на строеніе совершенно развитой нервной клѣтки. Въ ней онъ различаетъ три существенныя части: 1) Организованное основное вещество. Въ тѣлѣ клѣтки

оно имѣеть видъ фибриллярной сѣти, въ отросткахъ—сближенныхъ нитей. 2) Аморфное основное вещество, обыкновенно неокрашивающееся анилиновыми красками. 3) Организованное хроматофильное вещество, являющееся въ видѣ геометрически-правильныхъ образований.

Далѣе, проф. Marinesco высказываетъ то общее положеніе, что какъ ростъ, такъ и обратное развитіе клѣтки являются выразителями извѣстнаго отношенія между процессами усвоенія и разусвоенія. Если преобладаетъ усвоеніе, то является ростъ клѣтки, если, наоборотъ, разусвоеніе больше усвоенія—обратное развитіе. Такимъ образомъ, изслѣдуемый вопросъ является тѣсно связаннымъ съ вопросомъ о питаніи нервной клѣтки. Последнее происходитъ, по проф. Marinesco, слѣдующимъ образомъ.

Въ нервную клѣтку проникають питательныя вещества лимфы, причемъ послѣднее имѣеть мѣсто не только на поверхности собственно тѣла, но и на поверхности протоплазматическихъ отростковъ.

Ассимилированныя вещества не потребляются непосредственно въ протоплазматическихъ отросткахъ, а направляются предварительно въ тѣло клѣтки къ ея ядру, откуда устанавливается токъ питательной жидкости въ обратномъ направленіи. Предпославъ только что изложенные общіе взгляды на питаніе и строеніе нервной клѣтки, проф. Marinesco переходитъ къ изложенію своихъ изслѣдованій.

Изслѣдованіе зародышевой нервной системы дало слѣдующіе результаты. По мѣрѣ роста зародыша нервная клѣтка увеличивается во всѣхъ своихъ частяхъ, увеличивается также число протоплазматическихъ отростковъ, если таковыя свойственны данной нервной клѣткѣ. Что касается структурныхъ особенностей, то у 5-ти мѣсячнаго зародыша нервная клѣтка обладаетъ хорошо развитымъ аморфнымъ и фибриллярнымъ основнымъ веществомъ. Хроматофильное вещество является еще слабо развитымъ. Оно располагается, преимущественно, по периферіи нервной клѣтки, гдѣ имѣеть видъ неправильныхъ, плохо дифференцированныхъ глыбокъ. Въ центральной же части лишь кое-гдѣ замѣчаются небольшія зерна (грануляціи).

При изслѣдованіи зародышей старше 5 мѣсяцевъ можно убѣдиться, что есть два типа развитія хроматофильнаго вещества. По первому типу оно совершается слѣдующимъ образомъ: хроматофильныя глыбки появляются, начиная отъ периферіи все ближе и ближе къ ядру, при чемъ этотъ процессъ къ концу зародышевой жизни представляется законченнымъ, т. е., во всемъ тѣлѣ клѣтки, не исключая и перинуклеарнаго пояса мы видимъ хроматофильные элементы въ видѣ правильныхъ глыбокъ. Развитіе хроматофильнаго вещества по второму типу отличается тѣмъ, что хроматофильныя глыбки не образуются во внутренней части клѣтки. Кромѣ того дифференцированіе ихъ идетъ медленнѣе, чѣмъ въ первомъ случаѣ.

Способъ же развитія отдѣльныхъ хроматофильныхъ глыбокъ одинъ и тотъ же какъ для перваго, такъ и для втораго типа.

Въ обоихъ случаяхъ сначала появляются хроматофильныя зерна, которыя затѣмъ сливаются въ глыбки. Въ свѣжеобразованной глыбкѣ можно различить какъ зерна, входяція въ ея составъ, такъ и спаивающее вещество. Что же касается происхожденія хроматофильныхъ зеренъ, то они образуются, по мнѣнію проф. Marinesco, изъ аморфнаго основнаго вещества. Тотъ или иной типъ развитія является специфичнымъ для извѣстныхъ классовъ нервныхъ клѣтокъ. Такъ, корешковыя клѣтки спинного мозга и большая часть клѣтокъ спинныхъ узловъ развивается по первому типу. Второй типъ является характернымъ для клѣтокъ Кларковыхъ столбовъ, симпатическихъ узловъ, для столбовыхъ клѣтокъ спинного мозга и нѣкоторыхъ другихъ. Особнякомъ стоятъ большія пирамидальныя клѣтки коры большого мозга. У новорожденныхъ хроматофильное вещество въ нихъ представляется еще недифференцированнымъ. Оно имѣетъ тогда видъ мелкой зернистости. Такимъ образомъ, хроматофильныя глыбки въ Betz'овскихъ клѣткахъ образуются лишь спустя нѣкоторое время послѣ рожденія. Проф. Marinesco придаетъ послѣднему факту большое значеніе, ставя въ связь возбудимость нервной клѣтки съ присутствіемъ въ ней хроматофильныхъ глыбокъ.

Какъ мы уже упомянули, большинство нервныхъ клѣтокъ новорожденнаго представляется въ структурномъ отно-

шенія вполнѣ сформированнымъ, но на этотъ процессъ развитія ихъ не останавливается. Нервная клѣтка продолжаетъ расти вмѣстѣ съ ростомъ организма, часть котораго она составляетъ. Этотъ періодъ роста нервной клѣтки продолжается довольно долго.

Для корешковыхъ клѣтокъ спинного мозга онъ длится 25—30 лѣтъ. Для Betz'овскихъ клѣтокъ коры большого мозга до 30 лѣтъ, для клѣтокъ спинальныхъ ганглій 20—25 лѣтъ. Досигнувъ своего maximum'a развитія, нервная клѣтка сохраняетъ его нѣкоторое время, послѣ чего начинается періодъ постепеннаго упадка, старческой инволюціи.

Обратное развитіе нервной клѣтки выражается какъ уменьшеніемъ тѣла клѣтки, такъ и распадомъ хроматофильныхъ глыбокъ. Распадъ начинается въ перинуклеарной части клѣтки и постепенно затѣмъ распространяется къ периферіи, оставляя въ концѣ концовъ лишь периферическій поясъ хроматофильныхъ глыбокъ. Продуктомъ распада является слабоокрашенная зернистость. Хроматофильныя глыбки еще до распада претерпѣваютъ нѣкоторыя видоизмѣненія, сказывающіяся уменьшеніемъ ихъ объема и измѣненіемъ формы.

Послѣдняя изъ угловатой становится круглой. Характернымъ также признакомъ старѣющей нервной клѣтки представляется появленіе зеренъ пигмента. Впрочемъ, Marinesco названіе „пигментъ“ считаетъ неудачнымъ, такъ какъ оно, по его мнѣнію, предрѣшаетъ вопросъ о его природѣ. Пигментныя зерна, по Marinesco, могутъ быть подраздѣлены на 3 группы:

1) Зерна, неокрашивающіяся различными реактивами. Сюда относятся черныя пигментныя зерна, встрѣчающіяся въ нервныхъ клѣткахъ спинальныхъ ганглій.

2) Эритрофильныя зерна. При обработкѣ по способу Романовскаго окрашиваются въ рубиново-красный цвѣтъ.

3) Цианофильныя зерна, принимающія зеленый или синий цвѣтъ при обработкѣ только-что упимянутымъ способомъ.

Зерна послѣднихъ двухъ группъ представляются въ неокрашенномъ видѣ болѣе блѣдными, чѣмъ зерна первой категоріи. Что касается происхожденія пигментныхъ зеренъ, то Marinesco допускаетъ 2 возможности: во-первыхъ, они могутъ

представлять собою модифицированные продукты распада хроматофильных элементов, во-вторых, они могут происходить изъ аморфнаго основнаго вещества. Такимъ образомъ, 3 группы пигментныхъ зеренъ не представляютъ собою чего-либо совершенно обособленнаго—онѣ прежде всего имѣютъ общее происхожденіе. Кромѣ того, проф. Marinesco полагаетъ, что черныя пигментныя зерна могутъ переходить большей или меньшей частью въ желтыя.

В. Ковалевскій.

Хроника и смѣсь.

— Lachr, авторъ «Die Heil und Pflegeanstalten für psychische Kranke des Deutschen Sprachgebietes», намѣреваясь со временемъ представить многотомное изданіе полныхъ свѣдѣній о частныхъ, государственныхъ и земскихъ заведеніяхъ для душевно-больныхъ всѣхъ культурныхъ народовъ, обратился къ д-ру медицины А. И. Роте съ просьбой взять на себя трудъ доставить свѣдѣнія по исторіи психіатріи въ Россіи.

Охотно принимая на себя хлопотливую и трудную работу, д-ръ Роте обращается съ просьбой къ товарищамъ-психіатрамъ, завѣдывающимъ заведеніями для душевно-больныхъ, помочь ему, выразивъ свое соучастіе въ работѣ присылкой свѣдѣній по нижеслѣдующимъ пунктамъ:

- 1) Названіе и мѣстонахожденіе заведенія.
- 2) Годъ и мѣсяцъ, въ которомъ оно открыто.
- 3) Штатное число больныхъ мужчинъ и женщинъ во время открытія и въ настоящую минуту.
- 4) Если возможно, — стоимость заведенія.
- 5) Имя и фамилія директора, завѣдующаго и врачей во время открытія и теперь, съ указаніемъ сколько времени они состоятъ на службѣ при данномъ заведеніи.
- 6) Движеніе больныхъ въ одномъ изъ послѣднихъ годовъ, если можно въ 1897—1898.
- 7) Особенно замѣчательные случаи, такъ сказать—исторію заведенія.
- 8) Научные труды врачей заведенія.

Адресъ д-ра Роте: Варшава, Великая ул., № 54.

— «Новое Время» сообщаетъ, что старшій врачъ Больницы св. Николая Чудотворца д-ръ Томашевскій и младшій ординаторъ д-ръ Финкельштейнъ въ настоящее время находятся подъ слѣдствіемъ по дѣлу объ избіеніи одного больного другимъ. Если слѣдствіе попадетъ въ руки опытнаго человѣка, то мы не сомнѣваемся, что мѣсто на скамьѣ подсудимыхъ займутъ не наши почтенные товарищи, а члены С.-Петербургскаго Городскаго

Управления, до сихъ поръ терпящее существованіе такого учрежденія, какъ Больница св. Николая.

— Въ одномъ изъ послѣднихъ №№ «Новаго Времени» мы прочли судебное дѣло о бывшемъ старшемъ ординаторѣ Николаевского военнаго госпиталя, д-ръ И. И. Рождественскомъ, который вмѣстѣ съ смотрителемъ этого отдѣленія обвинялся въ присвоеніи казенныхъ денегъ. Оба подсудимые были признаны виновными и приговорены къ лишенію всѣхъ правъ состоянія исылкѣ въ Тобольскую губернію.

Мы лично не знаемъ д-ра Рождественскаго и незнакомы съ подробностями его процесса, но незначительность той суммы, о которой идетъ рѣчь, невольно наводитъ на мысль, что главнымъ виновникомъ здѣсь является бывший смотритель, быть можетъ злоупотреблявшій излишнимъ довѣріемъ своего начальника. Мы были бы очень рады, если подобное предположеніе нашло себѣ поддержку въ подробностяхъ процесса: иначе намъ слишкомъ тяжело было бы отмѣтить такой фактъ, кажется, единственный въ исторіи русской психіатріи.

— Мы слышали, что Директоръ Винницкой Окружной Лѣчебницы, В. П. Кузнецовъ, назначается Директоромъ вновь строящейся Окружной Лѣчебницы близъ Вильно. Такимъ образомъ, на долю глубокоуважаемаго товарища вторично выпадаетъ тяжелый трудъ организовать новую психіатрическую больницу. Отъ души желаемъ ему справиться съ своей задачей такъ же блестяще, какъ и въ Винницѣ.

— Д-ръ Грейденбергъ занялъ мѣсто завѣдующаго психіатрическимъ отдѣленіемъ Харьковской Губернской Земской Больницы. Привѣтствуя такое назначеніе, мы горячо желаемъ многоуважаемому товарищу избѣгнуть на новомъ мѣстѣ тѣхъ неприятностей, которыя пришлось ему вытерпѣть за послѣднее время въ Симферополѣ.

— Еженедѣльникъ журнала «Практическая медицина» (№ 45) сообщаетъ со словъ «Русскихъ Вѣдом.», что заслуженный ординарный профессоръ Московскаго университета, А. Я. Кожевниковъ отказался, по болѣзни, отъ преподаванія нервныхъ болѣзней и завѣдыванія нервной клиники и пріютомъ для хроническихъ нервныхъ больныхъ, а потому и то, и другое поручено сверхштатному э. о. профессору В. В. Роту.

— «Врачъ» сообщаетъ, что д-ръ И. В. Константиновскій, читавшій въ Московскомъ университетѣ въ качествѣ частнаго преподавателя судебную психіатрію вышелъ изъ числа преподавателей.

— Ч. пр. Н. А. Боткинъ (психіатръ) вышелъ изъ состава преподавателей Московскаго университета («Врачъ» № 46).

— Завѣдующимъ психіатрической больницей въ Колмовѣ назначенъ д-ръ Краинскій, извѣстный своими работами объ эпилепсін.

— Сверхштатный ординаторъ психіатрической клиники въ Казани д-ръ В. Н. Образцовъ назначенъ ординаторомъ Казанской Окружной Лѣчебницы съ оставленіемъ въ должности клиническаго ординатора.

— На должность ординатора психіатрической клиники назначается д-ръ В. П. Ковалевскій.

— Мы слышали, что въ наступившемъ учебномъ году одинъ изъ ординаторовъ Казанской Окружной Лѣчебницы Н. П. Топорковъ началъ рядъ чтеній по психіатріи въ Казанскомъ Юнкерскомъ училищѣ.

— Въ Москвѣ защитилъ диссертацию на степень доктора медицины С. А. Сухановъ («Русскій Листокъ», Обзор. псих., невр. и эксп. психолог.).

— «Медицинскій Указатель», со словъ «Одесскаго Листка», сообщаетъ слѣдующую исторію: д-ръ В. С. Грейденбергъ, такъ много потрудившійся для лучшей постановки психіатрическаго отдѣленія Симферопольскихъ Богоугодныхъ заведеній, а теперь приглашенный въ Харьковъ, передъ отъѣздомъ изъ Симферополя получилъ отъ предсѣдателя Управы Щастливцева письмо съ приказаніемъ немедленно подать прошеніе объ отставкѣ и съ угрозой, что въ противномъ случаѣ его уволятъ безъ прошенія. Д-ръ Грейденбергъ, начавшій свою службу еще при настоящихъ земцахъ, отправился для объясненія въ Управу, гдѣ членъ послѣдней Фурсенко, прочитавъ письмо Щастливцева, рѣшительно заявилъ, что ничего подобнаго Управа не постановляла, и что «предсѣдатель Управы, очевидно, еще неволиѣ ознакомившійся съ дѣломъ и съ земскимъ положеніемъ, говорилъ только отъ собственного имени». («Врачъ». «Обозр. псих., невр., эксп. психол.»).

— Служащіе въ отдѣленіи душевно-больныхъ Симферопольскихъ Богоугодныхъ заведеній снялись съ оставившимъ должность завѣдывающаго этимъ отдѣленіемъ д-ромъ В. С. Грейденбергомъ въ общей фотографической группѣ и поднесему бронзовую на черномъ мраморѣ чернильницу съ вырѣзанной на ней надписью: «На добрую память отъ служащихъ 7-го Сентября 1899 г.» («Обозр. психіатр., невр. и эксп. психол.»).

— Изъ психіатрическаго отдѣленія Кишиневской Земской Больницы недавно снова убѣжали разомъ трое арестантовъ, присланныхъ на испытаніе. («Врачъ» № 45).

— Изъ Кирилловскаго Богоугоднаго Заведенія въ Кіевѣ бѣжалъ душевно-больной арестантъ. («Врачъ» № 45).

— На средства, пожертвованныя Н. А. Сапожниковой, въ Петербургѣ на Васильевскомъ Островѣ будетъ построена больница для 20 больныхъ, страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ—10 мужчинъ и 10 женщинъ. (Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи № 10).

— Во время всемірной выставки въ Paris'ѣ въ будущемъ году состоится, между прочимъ, и Международный Съѣздъ противъ злоупотребле-

нія табакомъ. Чтобы быть членомъ съезда, нужно выслать 5 фр. председателю Съезда—E. Desroix, 20 bis, rue Saint-Benoit, Paris. Работы и доклады должны быть присланы не позже 1 мая 1900 г. Только тѣ работы, которыя будутъ присланы ранѣе этого срока, могутъ участвовать въ состязаніи на имѣющія быть выданными награды. Всѣхъ отдѣловъ съезда будетъ 7. I отдѣлъ (10 вопросовъ)—исторія, различные способы употребленія и статистика II отдѣлъ (17 вопросовъ)—химическія и физиологическія изслѣдованія табака. III отдѣлъ (17 вопросовъ)—болѣзни, причиняемыя табакомъ. IV отдѣлъ (22 вопроса) гигиѣна и социальныя вопросы. V отдѣлъ (11 вопросовъ) — результаты поученій какъ предотвращать отравленіе табакомъ. VI отдѣлъ (15 вопросовъ)—вліяніе табака на преступность. VII отдѣлъ (14 вопросовъ)—разныя другіе вопросы, не вошедшіе въ программу. («Врачъ» № 45)

— «Wiener Medizinische Blätter» (9 ноября) признаютъ «насушную потребность», чтобы вдоль главной улицы Wien'ы-Ringstrasse—былъ проложенъ особый путь для самокатчиковъ, такъ какъ «непрерывныя сотрясенія нервовъ, благодаря дурной мостовой, чрезвычайно вредны для нервной системы самокатчиковъ, дѣлая ихъ нервными. («Врачъ» № 45).

— На недавнемъ годовомъ съездѣ врачей нѣмецкаго языка, воздерживающихся отъ спиртныхъ напитковъ, проф. Bunge привелъ цифры, указывающія на замѣчательное совпаденіе между преобладаніемъ обычнаго пьянства у женщинъ, съ одной стороны, и ихъ неспособностью кормить грудью своихъ дѣтей, съ другой («Врачъ» № 45).

— Въ больницѣ Charité въ Lille'ѣ у одного больного вдругъ появился буйный бредъ. Накинувшись на студента Piégéа, исполнявшаго обязанности ординатора, больной нанесъ ему нѣсколько ударовъ ножомъ. По счастью, раны оказались неопасными. («Врачъ» № 45)

— «The New-York Medical Journal» въ одномъ изъ сентябрьскихъ №№ указалъ на переутомленіе студентовъ-медиковъ. За это «The Journal of the American Medical Association» упрекнулъ его въ отсталости, доказывая, что нужно стремиться къ уровню нѣсколько выше посредственности «The New-York Medical Journal» (21 окт.) отвѣчаетъ на это, что единственное, противъ чего онъ возмущается, это обремененіе памяти студентовъ. «Мы стараемся нагрузить его знаніями»,—говоритъ газета— «между тѣмъ какъ истинная цѣль факультетскаго преподаванія лишь показать, какъ слѣдуетъ учиться, чтобы сдѣлаться и благоразумнымъ, и свѣдущимъ. Чтобы быть хорошимъ математикомъ незначѣтъ заучивать на память таблицы логарифмовъ». («Врачъ» № 45).

— Медицинское обозрѣніе (Окт.) сообщаетъ, что въ в. Poughkeepsie (шт. Н. І.) недавно наблюдалась эпидемія дѣтскаго паралича. Болѣе 50 дѣтей были послѣдовательно поражены этимъ страданіемъ. Изслѣдованіе крови не дало результатовъ.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.*Протоколъ засѣданія 20 септября 1899 года.*

Предсѣдательствовалъ Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ; присутствовали дѣйствительные члены: К. А. Арнштейнъ, К. В. Ворошиловъ, А. Ф. Гебертъ, В. Н. Долговъ, Г. А. Клячкинъ, Н. А. Миславскій, Д. В. Полумордвиновъ, И. А. Практиктъ, В. И. Разумовскій, И. А. Савченко, А. С. Сегель, Д. А. Тимофеевъ, Н. А. Толмачевъ, А. Е. Янишевскій, гости: Г. Понечитель Казанскаго Учебнаго Округа М. М. Алексѣенко, проф. В. Я. Данилевскій, А. А. Панормовъ, Д. А. Гольдгаммеръ, М. Я. Капустинъ, П. М. Любимовъ, М. Е. Сегель, д-ра Неболюбовъ, Леицнеръ, Вормсъ, Элинсонъ, Мерингъ, Фаворскій, Ишерскій, Казанскій, Широкихъ, Лурія, Мелкихъ и около 120 человекъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Проф. В. Я. Данилевскій демонстрировалъ опыты съ электрическимъ раздраженіемъ нервовъ на разстояніи и сдѣлалъ при этомъ надлежащія разъясненія.

Докладъ единогласно покрытъ аплодисментами.

Предсѣдатель О-ва благодарилъ В. Я. Данилевскаго за его крайне интересный докладъ, проливающий свѣтъ на непонятныя доселѣ явленія, весьма важныя и въ клиническомъ отношеніи, такъ какъ ихъ приходится наблюдать между прочимъ у душевно-больныхъ во время грозы. Здѣсь на лабораторной почвѣ отчасти, съ другой стороны—выясняются причины успѣховъ электротерапіи.

Докладъ проф. Попова за позднимъ временемъ отложенъ

Административная часть засѣданія.

Обществомъ постановлено просить проф. К. А. Арнштейна произвести рѣчь въ предстоящемъ годичномъ засѣданіи.

Постановлено возбудить передъ Г. Ректоромъ ходатайство о назначеніи пособия О-ву на улучшеніе изданія Неврологическаго Вѣстника въ размѣрѣ 300 рублей изъ суммъ Министерства Народнаго Просвѣщенія.

Доложена просьба д-ра Б. И. Воротынскаго уплатить въ Университетскую типографію 4 рубля за напечатаніе брошюры «Врачъ-психіатръ въ роли эксперта на судѣ». Постановлено просьбу удовлетворить.

Заслушано отношеніе, въ которомъ Г. Ректоромъ Университета передается приглашеніе отъ Организаціоннаго комитета XII конгресса Оріенталистовъ, имѣющаго собраться въ Римѣ въ октябрѣ 1899 года, участвовать на конгрессѣ.

Доложено предложеніе Редакціи «Навана medica» обмѣниваться изданіями. Постановлено обмѣнъ производить.

Д-ръ Сорожиковъ избранъ единогласно въ дѣйствительные члены О-ва.

**Въ редакцію и бібліотечку Общества поступили слѣдующія
книги и брошюры:**

И. Д. Максимовъ. Отчетъ по психіатрической больницѣ Курскаго Губернскаго Земства за 1898 годъ.

Проф. О. О. Мочутковскій. Клинико-статистическое изслѣдованіе спинной сухотки. С. Петербургъ 1899 г.

Ө. Рыбаковъ. Экспериментальные матеріалы къ ученію о свинцовыхъ параличахъ. Патолого-гистологическое изслѣдованіе нервной системы нѣкоторыхъ животныхъ, отравленныхъ свинцомъ. Москва 1899 г.

Труды клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго Казанскаго Университета. Изданіе подъ редакціей проф. Л. О. Даркшевича. Вып. I.

Медицинскій отчетъ за первое десятилѣтіе по больницѣ душевно-больныхъ Самарскаго Губернскаго Земства въ «Томашевскомъ колѣѣ». Составилъ д-ръ С. А. Вѣляковъ.

Очеркъ исторіи оптики и исторіи оптическаго производства въ Россіи. Составилъ оптикъ Военно-Медицинской Академіи и Импер. клиническ. института Вел. Кн. Елены Павловны.

