

№ 24

1900 г.

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

и

профессора **Н. М. ПОПОВА** (Казань).

ТОМЪ **VIII.** ВЫП. **I.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Ф. А. Бабаровъ и Е. А. Нильсенъ. О специальной чувствительности у вызвождающихся невропатовъ.

А. Ф. Лазурскій и Н. Н. Шиповъ. Память однорольныхъ послѣдовательныхъ зрительныхъ впечатлѣній.

Д-ръ Е. Дьловъ. Результаты осмотра германскихъ и нѣкоторыхъ французскихъ заведеній для душевно-больныхъ.

Д-ръ А. Е. Яншевскій. Къ современному ученію о параличѣ Landry.

Д-ръ Брунонь Кнотте. Сущность истеріи. Къ явленіямъ иррадіаціи и антагонизма между нервными центрами.

Проф. В. М. Бехтеревъ. О суживающихъ зрачекъ и аккомодативныхъ центрахъ мозговой коры.

Критика и библиографія:

Рецензіи новыхъ книгъ. Рефераты по психіатріи и неврологіи. Письмо въ редакцію.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Отчетъ о дѣятельности Общества за 1899 годъ.

Списокъ членовъ Общества по 1 января 1900 года.

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

Объявленія.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1900.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Ф. А. Бабаровъ и Е. А. Нильсенъ. О специальной чувствительности у вырождающихся невропатовъ	1.
А. Ф. Лазурскій и Н. Н. Шиповъ. Память однородныхъ послѣдовательныхъ зрительныхъ впечатлѣній.	15.
Д-ръ Е. Дѣловъ. Результаты осмотра германскихъ и нѣкоторыхъ французскихъ заведеній для душевно-больныхъ	31.
Д-ръ А. Е. Янишевскій. Къ современному учению о параличѣ Landry	97.
Д-ръ Брунонь Бюотте. Сущность истеріи. Къ явленіямъ иррадіаціи и антагонизма между нервными центрами.	110.
Проф. В. М. Вехтеревъ. О суживающихъ зрачекъ и аккомодативныхъ центрахъ мозговой коры	207.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ	210.
Д-ръ Э. А. Гизе. О составныхъ частяхъ бѣлаго вещества спинного мозга человѣка по методу развитія. 210.— В. А. Муратовъ. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. 210.—Проф. Я. А. Анфимовъ. О невритахъ, полиневритахъ и восходящемъ параличѣ Landry въ связи съ теоріей нейроновъ. 212.	
Рефераты по психіатріи и неврологіи.	213.
Проф. В. М. Вехтеревъ. О періодической острой параноѣ, какъ особомъ видѣ періодическихъ психозовъ. 213.—Д-ръ E. Long. Les voies centrales de la sensibilité générale. 217.— Van Gehuchten. Les lésions histologiques dans la rage humaine. 220.	

Апробовано
1949 г.



КОНСТАНТИНЪ ВАСИЛЬЕВИЧЪ
ВОРОШИЛОВЪ.

(1842—1899).

Скончавшійся 3 декабря 1899 г. почетный членъ нашего Общества, профессоръ К. В. Ворошиловъ, родился 1 февраля 1842 г. О дѣтствѣ и юности покойнаго мало что мнѣ извѣстно, но надо полагать, что этотъ періодъ былъ не изъ свѣтлыхъ въ жизни К. В. Сынъ псаломщика, притомъ рано потерявшій отца, онъ росъ въ нуждѣ. Дальнѣйшее пребываніе въ семинаріи (кажется, Ярославской) было тоже суровой школой и надо удивляться, какъ этотъ періодъ не положилъ своей печати на характеръ покойнаго, всю жизнь бывшаго веселымъ, добрымъ, иногда даже чувствительнымъ. Въ 1863 г. К. В. поступилъ своекоштнымъ студентомъ въ Медико-Хирургическую Академію. Это былъ блестящій періодъ этого учрежденія, когда съ академическихъ кафедръ учили Сѣченовъ, Груберъ, Боткинъ, Рудневъ и другіе дѣятели, создавшіе цѣлую эпоху въ русской ученой жизни. Энергичный, обладавшій большими способностями и трудолюбіемъ, К. В. цѣликомъ отдался этой новой для него жизни и лучшія его воспоминанія связаны съ этимъ пе-

ріодомъ. Въ 1865 г. онъ получилъ стипендію и всецѣло отдался изученію медицины и въ частности физиологій, работая въ лабораторіи Н. М. Сѣченова. Блестяще окончивъ курсъ въ 1868 г. съ первой золотой медалью и преміей Буша, К. В. былъ оставленъ при Академіи и опредѣленъ младшимъ ординаторомъ въ Клинической Военный госпиталь для усовершенствованія. 18 декабря 1871 года онъ получилъ степень доктора медицины ¹⁾, а въ 1872 году былъ командированъ Академіей за границу, гдѣ пробылъ три года. Здѣсь въ лабораторіи С. Ludwig'a имъ была сдѣлана работа о двигательныхъ и чувствительныхъ путяхъ спинного мозга, напечатанная въ „Berichte d. K. Sächs. Akademie d. Wissenschaft“ подъ заглавіемъ: „Zur Verlauf der motorischen und sensiblen Bahnen durch das Lendenmark des Kaninchens“, доставившая ему вполне заслуженную извѣстность. Было бы излишне излагать здѣсь вошедшіе во все учебники физиологій результаты этой работы, но не лишнимъ будетъ указать на тотъ громадный трудъ, который былъ приложенъ для ея выполненія. По плану работы нужно было дѣлать частныя перерѣзки спинного мозга на выбранномъ мѣстѣ, наблюдать наступающія разстройства въ двигательной и чувствительной сферѣ и точно устанавливать локализацию разрѣза послѣдовательнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Если трудность частныхъ перерѣзокъ спинного мозга, хорошо извѣстная каждому экспериментатору, и была значительно облегчена примѣненіемъ специально придуманнаго, фиксирующаго позвоночникъ и направляющаго ножъ снаряда, то во всякомъ случаѣ оставалось еще микроскопическое изслѣдованіе, которое при необходимости имѣть серію разрѣзовъ и при той техникѣ, которая въ тѣ времена примѣнялась, представляло не легкую задачу. Не лишнимъ также будетъ напомнить, что это изслѣдованіе было произведено еще до работы Flechsig'a, слѣдовательно въ эпоху, когда о топогра-

¹⁾ Гдѣ К. В. писалъ свою диссертацию «О питательныхъ свойствахъ гороха» и чьими совѣтами онъ пользовался при выполненіи этой работы, я не знаю; кажется, это было совершенно самостоятельное изслѣдованіе.

фіи проводниковъ въ бѣломъ веществѣ спинного мозга были только кое-какія смутныя представленія. Насколько тщательно и точно наблюдалъ К. В. и насколько прочны добытые результаты—достаточно извѣстно всякому, знакомому съ дѣломъ.

По возвращеніи изъ заграницы К. В. былъ признанъ въ 1875 г. приватъ-доцентомъ М. Х. А. по кафедрѣ фізіологіи и читалъ обязательный курсъ (1875—76 уч. г.). Въ 1876 г. К. В. былъ избранъ Совѣтомъ Казанскаго Университета экстра-ординарнымъ профессоромъ фізіологіи на отдѣленіи естественныхъ наукъ фізико-математическаго факультета. По приѣздѣ въ Казань К. В. предстояло не мало труда по организаціи лабораторіи, которую надо было устраивать ab ovo, такъ какъ ея совсѣмъ не было; не было и средствъ для ея устройства. Благодаря сочувствію товарищей, дѣлившихся съ нимъ кто чѣмъ могъ, и кое-какимъ средствамъ, которыя онъ добывалъ отчасти даже читая публичный курсъ фізіологіи, привлекавшій, кстати сказать, не мало слушателей, а главнымъ образомъ благодаря своему необыкновенно хозяйственному и практическому уму, ему удалось устроить небольшую лабораторію, въ которой онъ продолжалъ начатыя за границею опыты съ кормленіемъ собакъ мылами и надъ гликогеномъ мышць. Результаты этихъ опытовъ были сообщены Общ. Естествоиспытателей при И. К. У. Въ 1878 году К. В. былъ избранъ секретаремъ факультета и оставался въ этой должности и по введеніи новаго университетскаго устава (до 1886). Кромѣ того онъ читалъ, за отсутствіемъ проф. Н. О. Ковалевскаго, курсъ фізіологіи на медицинскомъ факультетѣ (1877—78 уч. г.) и курсы на юридическомъ факультетѣ и фармацевтамъ (до 1884 г.). Въ 1886 г. (12 дек.) К. В. былъ назначенъ деканомъ фізико-математ. факультета, а въ 1889 (16 дек.) ректоромъ Имп. Каз. Унив. Хотя съ введеніемъ новаго устава средства его лабораторіи значительно улучшились и онъ довелъ ее до нѣкоторой степени удобствъ, оставивши какъ съ инструментальной стороны, такъ и другими учебными пособиями, но административная дѣятельность, которой онъ отдался

IV

съ свойственной ему энергіей и добросовѣстностью, и большое количество часовъ чтенія лекцій (К. В. преподавалъ анатомію человѣка, гистологію и фізіологію), поглощали слишкомъ много времени и сидѣлъ, чтобы онъ могъ продолжать при этихъ занятіяхъ свои научныя изслѣдованія. Тѣмъ не менѣе, какъ членъ-учредитель и членъ совѣта Общества невропатологовъ, онъ всегда въ высокой степени интересовался его дѣятельностью, принималъ живое участіе въ возникавшихъ въ засѣданіяхъ дебатахъ и чутко относился къ нуждамъ Общества, стараясь, гдѣ могъ, оказывать ему существенную поддержку. Я вполне убѣжденъ, что наше Общество достойно почтить память своего сочлена, съ великой пользою потрудившагося на поприщѣ неврологіи.

Проф. Н. Миславскій.



О специальной чувствительности у вырождающихся невропатовъ.

Ф. А. Бабарова и Е. А. Нильсена.

Важный вопросъ о вырожденіи, выдвинутый въ новѣйшее время благодаря тщательной разработкѣ ученія о наследственности, занималъ до сихъ поръ главнымъ образомъ психіатровъ и антропологовъ - криминалистовъ. Правда, многочисленныя изслѣдованія *Charcot*, *Féré*, *Möbius*'а и друг. показали, что и въ этиологіи *нервныхъ* заболѣваній патологическая наследственность играетъ весьма выдающуюся роль, и нѣкоторыя категоріи нервныхъ больныхъ, какъ, на примѣръ, падучные, истеричные и др., давно уже причислены къ большому классу вырождающихся. Однако, свойственныя вырожденію аномаліи со стороны нервныхъ функцій или, другими словами, *неврологическіе признаки вырожденія* изучены пока весьма мало и, во всякомъ случаѣ, несравненно менѣе, чѣмъ психическіе и анатомическіе (антропологическіе) его признаки, на что и обращено вниманіе прив.-доцентомъ *Л. В. Блауменау* въ недавно появившейся статьѣ: „Истерическіе стигматы и вырожденіе“¹⁾.

Въ виду только - что сказаннаго мы, по предложенію д-ра *Блауменау*, произвели нѣсколько изслѣдованій въ этомъ направленіи, избравъ предметомъ своей работы специальную

¹⁾ Неврологическій Вѣстникъ. Т. VII, вып. 2.

чувствительность у дегенерантовъ-невропатовъ. Объектами нашихъ изслѣдованій служили больные нижніе чины нервнаго отдѣленія Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя, страдавшіе дегенеративными формами неврозовъ, какъ-то: эпилепсіей, заиканіемъ, невропатическимъ недержаніемъ мочи, конституціональной неврастеніей, а также истеріей. Всѣ эти больные обладали болѣе или менѣе выраженными анатомическими признаками вырожденія въ видѣ: аномалій черепа, асиметріи лица, неправильной формы ушныхъ раковинъ, приросшихъ ушныхъ сережекъ, неправильно образованныхъ зубовъ, прогнатизма, высокаго или сѣдлообразнаго неба, чрезмѣрнаго развитія волосъ на тѣлѣ, разницы въ окраскѣ радужныхъ оболочекъ и т. п. Кромѣ того у многихъ изъ изслѣдованныхъ наблюдаемы были: синюха кистей рукъ, гипестезія всей поверхности тѣла, или преимущественно волосистой части головы, кистей и стопъ, а также ослабленіе или потеря глоточнаго и конъюнктивальнаго рефлексовъ. Эти послѣдніе симптомы настолько часто встрѣчаются у различнаго рода дегенерантовъ, что не могутъ считаться исключительной принадлежностью истеріи (см. приведенную выше статью д-ра *Блуменау*).

Такъ какъ изслѣдованія, касающіяся *зрѣнія*, были начаты нами раньше и такъ какъ въ отношеніи этого вида спеціальной чувствительности мы располагаемъ наибольшимъ матеріаломъ, то съ него мы и начнемъ теперь изложеніе нашихъ результатовъ.

Поле зрѣнія измѣрено нами у 45 эпилептиковъ, 24 недержавшихъ мочу, 12 заикъ, 10 истеричныхъ и 4 конституціональных неврастениковъ. Кромѣ того мы произвели контрольное изслѣдованіе поля зрѣнія у 10 совершенно здоровыхъ субъектовъ, не имѣвшихъ ни патологической наслѣдственности, ни явныхъ признаковъ вырожденія. Это изслѣдованіе необходимо было сдѣлать въ виду замѣтной разницы въ цифрахъ, приводимыхъ различными авторами въ качествѣ

нормальныхъ. Такъ, напримѣръ, по *Landolt*'у ¹⁾, границы нормальнаго зрѣнія соотвѣтствуютъ: кнаружи 95 градусамъ, кнутри 47°, кверху 53°, книзу 65°; по *Forster*'у ²⁾—кнаружи 70°, кнутри 60°, кверху 40°, книзу 65°; по *Крюкову* ³⁾—кнаружи 90°, кнутри 60, кверху 60°, книзу 70°. Такая разница въ результатахъ изслѣдованія периметромъ зависитъ, повидимому, отъ неполнѣ установленной методики самаго изслѣдованія, при которомъ имѣютъ немалое значеніе нѣкоторыя обстоятельства, какъ-то: величина, форма и яркость фиксируемаго, а также вводимаго въ поле зрѣнія предмета, установка головы изслѣдуемаго и другія условія, зависящія отъ наблюдателя. Кромѣ этихъ условій на величину поля зрѣнія оказываютъ вліяніе и особенности анатомическаго устройства глазъ, какъ, напримѣръ, ширина глазной щели, положеніе и величина рѣсницъ и бровей и проч. Что касается значенія рефракціи глаза и величины зрачка, то онѣ, повидимому, особой роли не играютъ, хотя мнѣнія авторовъ въ этомъ отношеніи расходятся. *Ушаковъ* ⁴⁾, *Рейхъ* ⁵⁾ и др. находятъ наибольшее поле зрѣнія у гиперметроповъ, наименьшее у міоповъ; *Mauthner* ⁶⁾ же отрицаетъ вліяніе рефракціи на ширину поля зрѣнія. *Furkinje* ⁷⁾ находилъ прямую пропорціональность между величиной зрачка и шириной поля зрѣнія, но *Ушаковъ* и *Donders* не замѣчали этого.

Въ виду вышеизложеннаго, прежде чѣмъ перейти къ изложенію своихъ изслѣдованій, мы считаемъ нужнымъ ска-

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэль. Основы физиологіи человѣка, стр. 657.

²⁾ Реальный энциклопед. словарь *Eulenburger's*. 1895 г., стр. 593.

³⁾ Курсъ глазныхъ бол. 1884 г., стр. 249.

⁴⁾ О границахъ поля зрѣнія въ глазахъ съ различной преломляемостью. Диссертація. С.-Петербургъ, 1868 г.

⁵⁾ Матер. для опредѣленія границъ поля зрѣнія и пр. В-Мед. журналъ, 1871 г.

⁶⁾ Цитир. по диссерт. Финкельштейна. Матер. къ вопросу о разстр. въ сферѣ органовъ высшихъ чувствъ и пр. С.-Петербургъ, 1887 г.

⁷⁾ Тамъ же.

зять нѣсколько словъ о примѣнявшейся нами методикѣ изслѣдованія поля зрѣнія.

Все изслѣдованія производились при дневномъ свѣтѣ, приблизительно въ одно время, около полудня. Периметръ *Förster'a* устанавливался противъ свѣта. Изслѣдуемый глазъ помѣщался на горизонтальной линіи противъ фиксируемаго предмета (бѣлый бумажный кругъ съ діаметромъ въ 1 см.). Для передвиженія по дугѣ периметра примѣнялся бѣлый бумажный квадратъ (сторона его равнялась 1 см.). Изслѣдуемый, закрывъ одинъ глазъ, фиксировалъ другимъ глазомъ бѣлый кругъ, въ то время какъ съ периферіи постепенно приближался квадратъ до тѣхъ поръ, пока изслѣдуемый не заявлялъ, что что-то бѣлѣетъ въ сторонѣ. Измѣреніе производилось обыкновенно по нѣсколько разъ, такъ какъ изслѣдуемые, будучи людьми мало интеллигентными, часто не сразу понимали, что отъ нихъ требуется, и давали сначала неправильныя показанія; только путемъ повторныхъ изслѣдованій удавалось опредѣлить у нихъ настоящія границы поля зрѣнія.

Приводимъ сначала результаты изслѣдованія поля зрѣнія у десяти здоровыхъ фельдшерскихъ учениковъ.

Т а б л и ц а I.

№ 1 № 2 № 3 № 4 № 5 № 6 № 7 № 8 № 9 № 10 Max. Min.

Кнаружи . . .	90	87	90	86	90	90	90	90	90	87	90	86
Кнутри . . .	62	65	65	65	65	63	65	65	62	60	65	60
Кверху . . .	60	60	65	52	60	62	58	60	62	55	65	52
Книзу . . .	80	80	78	80	72	75	74	72	75	78	80	72
Горизонтальн. діаметръ . . .	152	152	155	151	155	153	155	155	152	147	155	147
Вертик. — —	140	140	143	132	132	137	132	132	137	133	143	132

Среднія арифметическія будутъ: снаружи 89°, внутри 64°, кверху 59°, книзу 76°; слѣдовательно, горизонтальный діаметръ равенъ 153, а вертикальный 135. Эти цифры получены при изслѣдованіи праваго глаза, но почти точно такія же среднія цифры получились и для лѣваго глаза, почему мы и не сочли нужнымъ ихъ приводить. Сравнивая опредѣленную нами нормальную величину поля зрѣнія съ величинами другихъ авторовъ, мы видимъ, что онѣ близко подходятъ къ границамъ, указываемымъ *André*¹⁾ и *Крюковымъ*.

Переходимъ теперь къ давнымъ, полученнымъ при измѣреніи поля зрѣнія у дегенерантовъ-невропатовъ.

Считая лишнимъ приводить здѣсь исторіи болѣзней, мы ограничимся изложеніемъ общихъ результатовъ по категоріямъ больныхъ и начнемъ съ *эпилептиковъ*.

Изъ 45 изслѣдованныхъ внѣ приступовъ эпилептиковъ довольно значительное концентрическое суженіе поля зрѣнія (въ обоихъ діаметрахъ на 20 слишкомъ градусовъ противъ приведенной выше нормы) найдено у 12, незначительное суженіе (градусовъ на 10 меньше нормы)—у 13. У остальныхъ ширина поля зрѣнія была близка къ нормѣ.

Приложенная таблица (№ II) наглядно показываетъ результаты изслѣдованія эпилептиковъ.

Изслѣдованіе поля зрѣнія производилось обыкновенно при поступленіи больного въ госпиталь, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и вскорѣ послѣ бывшаго приступа. Послѣдняго рода изслѣдованія показали, что въ большинствѣ случаевъ эпилептической приступъ сопровождается временнымъ, болѣе или менѣе выраженнымъ, суженіемъ поля зрѣнія; если же такое существовало до приступа, то приступъ можетъ усилить его. Наибольшее суженіе (№№ 14, 20, 33, 35) наблюдалось

¹⁾ Снаружи 90°, внутри 60°, кверху 65°, книзу 70°. Клинический обзоръ болѣзней нервной системы, русск. пер. 1898 г., стр. 7.

Т а б л и

№ №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Число градусовъ Кнаружи	80	90	83	86	89	87	87	90	82	82	88	85	84	73	85	86	88	85	69	35
Кнутри	62	52	55	60	52	59	62	60	62	57	58	58	52	52	65	58	65	60	52	20
Кверху	60	60	50	55	60	50	62	57	62	62	50	56	56	45	54	59	52	63	55	25
Книзу	70	75	72	77	67	72	80	72	67	65	72	75	67	62	70	75	72	77	68	40
Горизонтальный діаметръ	142	142	138	146	141	146	149	150	144	139	146	143	136	125	150	144	153	145	121	55
Вертикальн. діа- метръ	130	135	122	132	127	122	142	129	129	127	122	131	123	107	124	134	124	140	123	65

у падучныхъ, одержимыхъ весьма частыми приступами (по нѣсколько приступовъ въ недѣлю).

На суженіе поля зрѣнія у эпилептиковъ указывали многіе авторы. Еще въ 1884 году *Thomsen* и *Oppenheim* ¹⁾ наблюдали суженіе поля зрѣнія послѣ приступовъ падучей, въ видѣ временнаго симптома. Подобное суженіе наблюдалось ими преимущественно у тѣхъ эпилептиковъ, у которыхъ приступы сопровождались болѣе или менѣе выраженнымъ психическимъ разстройствомъ. Кромѣ того они нашли у одной трети всѣхъ изслѣдованныхъ ими падучныхъ и стаціонарное суженіе поля зрѣнія.

Постоянное суженіе, по ихъ наблюденіямъ, замѣчалось главнымъ образомъ у слабоумныхъ эпилептиковъ. Далѣе, *Pichon* ²⁾ (въ слѣдующемъ году) тоже нашелъ стаціонарное суженіе поля зрѣнія въ $\frac{1}{3}$ изслѣдованныхъ имъ случаевъ

¹⁾ Archiv für Psych. Bd. XV.

²⁾ De l'épilepsie dans ses rapports et c. Thèse de Paris, 1885.

и а II.

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
82	85	83	89	80	83	80	70	86	86	85	80	50	72	45	75	72	80	76	70	85	60	88	83	60
60	60	57	60	65	55	57	52	60	55	52	52	43	55	38	60	44	60	52	52	55	48	55	60	40
57	55	52	57	60	52	52	47	60	52	55	50	38	45	30	52	35	50	43	31	50	38	45	47	35
70	65	69	72	65	65	70	57	70	67	70	67	41	62	34	67	45	60	55	40	52	48	65	55	42
142	145	140	149	145	138	137	122	146	141	137	132	93	127	83	135	116	140	128	122	140	108	143	143	100
127	120	121	129	125	117	122	104	130	119	125	117	79	107	64	119	80	110	98	71	102	86	110	102	77

падучей болѣзни, при чемъ у нѣкоторыхъ было сужено только цвѣтное поле зрѣнія. Другіе же, какъ d' *Abundo* ¹⁾, *Финкельштейнъ* ²⁾, *Charcot* и его школа отрицають существованіе постояннаго суженія поля зрѣнія у эпилептиковъ. При этомъ *Charcot* ³⁾ объясняетъ найденное имъ стаціонарное суженіе у 11 (изъ 74) эпилептиковъ комбинаціей въ этихъ случаяхъ эпилепсіи съ истеріей. Однако, взглядъ Сальпетріерской школы на суженіе поля зрѣнія, какъ на исключительно истерическій симптомъ, въ настоящее время мало кѣмъ поддерживается. Дѣйствительно, суженіе поля зрѣнія встрѣчалось многими и при разныхъ другихъ заболѣваніяхъ: при неврастеніи (*Thomsen* и *Oppenheim*, *Финкельштейнъ*, *Sän-*

¹⁾ Цитир. по Gilles de la Tourette: *Traité de l'hystérie*, p. 357.

²⁾ Матеріалы къ вопросу о разстр. въ сферѣ органовъ внѣшнихъ чувствъ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ нервной системы. Дисс. С.-Петербургу, 1887.

³⁾ *Leçons du Mardi*, 1889, p. 423.

ger¹⁾), при Базедовой болѣзни (*Kast* и *Wilbrandt*²⁾), при сирингоміэліи (*Déjerine*³⁾, *Morvan*), при хроническомъ алкоголизмѣ и т. п.

Но продолжимъ обзоръ нашихъ изслѣдованій и перейдемъ къ слѣдующей группѣ дегенерантовъ.

Изслѣдуя поле зрѣнія у 12 зайкъ, мы нашли у 7 изъ нихъ замѣтное концентрическое суженіе поля зрѣнія, а у остальныхъ—незначительное; слѣдовательно, у *всѣхъ изслѣдованныхъ нами зайкъ поле зрѣнія оказалось больше или меньше суженнымъ* (см. табл. III).

Т а б л и ц а III.

№ №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кнаружи . . .	84	80	87	80	75	85	60	75	58	40	75	78
Кнутри	54	55	52	50	51	47	42	60	50	37	50	60
Кверху	56	52	52	43	44	45	36	38	42	28	40	55
Книзу	68	69	75	68	65	52	39	52	40	20	45	52
Горизонтальный діаметръ	138	135	130	130	126	132	102	135	108	77	125	138
Вертикальн діам- етръ	124	121	127	111	109	97	75	90	82	48	95	107

Въ литературѣ, насколько намъ извѣстно, о суженіи поля зрѣнія у зайкъ нигдѣ не упоминается.

У лицъ, страдавшихъ *невропатическимъ недержаніемъ мочи (enuresis)*, т. е. недержаніемъ, независимымъ отъ органическихъ заболѣваній центральной нервной системы или

¹⁾ Beurtheilung der Nervenkrankheiten nach Unfall. Stuttgart. 1896.

²⁾ Congress der deutschen Neurapath. zu Baden-Baden, 1890.

³⁾ La Semaine Médic. 1890, № 30.

мочевыхъ путей, поле зрѣнія оказалось также во многихъ случаяхъ суженнымъ.

Изъ 24 изслѣдованныхъ нами энуретиковъ 8 человекъ имѣло замѣтно суженное поле зрѣнія, т. е. въ обоихъ диаметрахъ около 20 градусовъ ниже нормы, и 8—немного суженное (см. табл. IV).

Т а б л и ц а I V.

№ №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Кнаружи .	72	82	80	77	85	85	84	85	77	75	85	72	82	84	74	87	80	85	82	78	75	80	65	74
Кнутри .	63	60	62	59	64	54	67	58	50	55	65	55	62	62	57	61	60	55	60	52	60	5	42	62
Кверху .	45	57	65	61	60	52	66	55	52	50	57	50	52	55	52	42	50	55	50	43	40	40	35	44
Книзу .	65	72	75	77	74	62	75	76	62	6	6	65	62	72	67	56	60	52	58	54	46	55	47	60
Горизонтал. диаметръ .	133	142	142	136	149	139	151	143	127	130	150	127	141	146	131	148	140	140	142	130	135	138	107	136
Вертикальн. диаметръ .	110	129	140	138	134	114	141	131	114	115	125	115	114	127	119	98	110	107	108	97	86	95	82	104

О суженіи поля зрѣнія у многихъ энуретиковъ упоминаетъ д-ръ *Озерецковскій*¹⁾, который, впрочемъ, относитъ эти случаи къ истеріи. Что касается нашихъ больныхъ, то діагнозъ истеріи былъ къ нимъ не приложимъ, такъ какъ они не имѣли вовсе истерическихъ симптомовъ, если не считать наблюдавагося у нѣкоторыхъ отсутствія рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и общей гипѣстезіи, т. е. явленій, находимыхъ у многихъ дегенерантовъ, какъ было упомянуто выше; за то всѣ эти субъекты представляли рѣзко выраженные анатомическіе признаки вырожденія, обладали, по большей части, тяжелой невропатической наслѣдственностью и часто замѣтнымъ дефектомъ интеллекта, такъ что на недержание мочи въ этихъ случаяхъ приходилось смотрѣть, какъ на тяжелый дегенеративный неврозъ.

Остается еще упомянуть о результатахъ изслѣдованія неврастениковъ и истеричныхъ.

Изъ 4 лицъ, страдавшихъ конституціональной *неврастенией*, у одного поле зрѣнія оказалось замѣтно суженнымъ,

Т а б л и ц а V.

№ №	1	2	3	4
Кнаружи	65	85	80	88
Кнутри	45	56	60	37
Кверху	42	45	45	54
Книзу	63	58	72	77
Горизонтальный діаметръ	110	141	140	145
Вертикальный діаметръ	105	103	117	131

¹⁾ Къ патологіи недержанія мочи. Докладъ, читанный на 3-емъ съѣздѣ русскихъ врачей въ С.-Петербурѣ.

у 2-хъ немного суженнымъ и у одного нормальнымъ (см. табл. V).

Суженіе поля зрѣнія у неврастениковъ отмѣчалось уже нѣсколькими авторами (*Thomsen, Orpenheit, Финкельштейнъ, Singer*, и др.).

Изъ 10 изслѣдованныхъ истеричныхъ поле зрѣнія оказалось почти у всѣхъ весьма значительно суженнымъ (см. табл. VI).

Т а б л и ц а VI.

№ №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ДІАГНОЗЪ.	Hysteria: neuralgia trigemini, hyperch drosis faciei unilateralis	Hysteria: hemispasmus glossolabialis.	Hysteria, singultus	Hysteria: hemiplegia.	Hysteria: tremor manus dextrae.	Hysteria: кашель съ вдыхательнымъ крикомъ.	Hysteria: приступы одышка, globus.	Hysteria: paraplegia inferior.	Hysteria: клонусъ брюшныхъ мышцъ.	Hysteria: monoplegia superior.
Снаружи	50	37	35	87	52	75	80	65	60	34
Снутри	49	25	28	55	45	40	50	50	40	22
Кверху	38	30	37	55	32	45	50	35	46	16
Книзу	52	35	37	75	58	60	62	44	48	18
Горизонт. діаметръ . .	99	62	63	142	97	115	130	115	100	56
Вертикальн діаметръ .	90	65	74	130	90	105	112	79	94	34

Такимъ образомъ, только у одного (№ 4) изъ десяти истеричныхъ мы нашли приблизительно нормальное поле зрѣнія, въ остальныхъ же 9-ти случаяхъ, особенно въ трехъ

(№№ 2, 3 и 10), размѣры поля зрѣнія были весьма рѣзко уменьшены. Столь значительное суженіе встрѣчалось намъ до сихъ поръ только у трехъ эпилептиковъ (№№ 20, 33 и 35), у которыхъ приступы падучей повторялись по нѣсколько разъ въ недѣлю, и еще у одного заики (№ 10) съ явными признаками врожденного слабоумія.

Итакъ, мы нашли замѣтное *концентрическое суженіе поля зрѣнія въ трети разсмотрѣнныхъ нами случаевъ дегенеративныхъ неврозовъ*, какъ-то: эпилепсіи, невропатическаго недержанія мочи, заиканія и неврастенія. Въ другой трети случаевъ это явленіе было выражено въ незначительной степени. При истеріи же оно встрѣчалось гораздо чаще, чѣмъ при другихъ неврозахъ, и отличалось бѣльшими размѣрами. Мы особенно подчеркиваемъ то обстоятельство, что истеричные были выдѣлены нами въ особую группу и что въ составъ другихъ группъ входили только такіе больные, которыхъ не было основанія считать истеричными.

Перейдемъ теперь къ изслѣдованію *другихъ видовъ специальной чувствительности* у дегенерантовъ - невропатовъ. Это изслѣдованіе, предпринятое въ серединѣ нашей работы, сдѣлано лишь у части вышеприведенныхъ больныхъ. Опредѣленія слуха, вкуса, обонянія и цвѣтовыхъ ощущеній производились обычными, довольно грубыми способами, такъ какъ болѣе точныхъ методовъ для подобныхъ изслѣдованій, къ сожалѣнію, еще не выработано. Для испытанія вкуса мы примѣняли 0,2% растворъ солянокислаго хинина, 10% растворъ сахара, 0,6% растворъ поваренной соли и 3% растворъ уксусной кислоты; обоняніе изслѣдовалось при помощи *t-rae valerianae, acidi carbolicі, ol. terebinthinae*; острота слуха опредѣлялась карманными часами, а цвѣтовые ощущенія—разноцвѣтными шариками изъ шерсти..

Въ этомъ направленіи нами изслѣдовано 33 человѣка; изъ нихъ: 11 эпилептиковъ, 9 энуретиковъ, 8 заикъ, 2 одер-

жимых конституціональной неврастеніей и 3 съ врожденнымъ нистагмомъ, изъ коихъ у одного наблюдалось, кромѣ того, эссенціальное дрожаніе головы, а у другого — врожденная *atrophia bulbi oculi dextri*. *Обоняніе* оказалось притупленнымъ въ 18-ти случаяхъ, т. е. болѣе, чѣмъ у половины изслѣдованныхъ, *вкусъ* — у 16, т. е. тоже въ $\frac{1}{2}$ случаевъ, *слухъ* у 8, слѣдовательно у одной четверти, а *цветовыя ощущенія* были ослаблены у 6. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы находили только пониженіе спеціальной чувствительности. Извращенія же чувствъ нами ни разу не было замѣчено. Обоняніе и вкусъ были большею частью притуплены ко всѣмъ реагентамъ; только въ 2 случаяхъ мы замѣтили пониженіе вкусовыхъ ощущеній исключительно къ соленому, въ одномъ только къ сладкому и въ одномъ къ соленому и сладкому. При изслѣдованіи цветовыхъ ощущеній дальтонизмъ не наблюдался нами ни разу, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчалось притупленіе способности различать *свѣтлыя* цвѣта, причѣмъ изслѣдуемый называлъ голубой цвѣтъ зеленымъ, розовый сѣрымъ и т. п. Выводъ изъ этихъ изслѣдованій тотъ, что у *дегенерантовъ-невропатовъ притупленіе того или другого изъ внѣшнихъ чувствъ встрѣчается довольно часто.*

По вопросу о состояніи спеціальной чувствительности при функціональных нервныхъ заболѣваніяхъ большая часть имѣющихся въ литературѣ изслѣдованій относится къ эпилептикамъ и истеричнымъ. Разстройства со стороны органовъ чувствъ у истеричныхъ довольно общеизвѣстны и подробно описаны въ многочисленныхъ трактатахъ по истеріи (*Lichtwitz. Les anesthésies hysteriques des muqueuses et des organs des sens, Paris 1887; Gilles de la Tourette. Traité de l' hysterie, и др.*). Относительно эпилептиковъ еще *Echeverria*¹⁾ въ 1870 году указалъ на встрѣчающіяся у нихъ разстройства зрѣнія, слуха, вкуса и обонянія; затѣмъ тоже

¹⁾ Цитиров. по Финкельштейну (l. c.).

самое наблюдали *Thomsen* и *Oppenheim*, *Финкельштейнъ*, *Озериковскій*¹⁾, *Féré*²⁾ и др.

Наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ показали, что такіе же расстройства органовъ чувствъ встрѣчаются иногда и у неврастениковъ (*Frankl-Hochwart*³⁾). Но систематическихъ изслѣдованій надъ цѣлымъ рядомъ невропатовъ-дегенерантовъ, насколько намъ извѣстно, еще не имѣется.

Попытку въ этомъ родѣ и представляетъ наша работа. Кругъ нашихъ изслѣдованій, конечно, не такъ обширенъ, какъ это было бы желательнo, но все же результаты, полученные нами, кажутся намъ заслуживающими вниманія. Они показываютъ, что тѣ расстройства органовъ чувствъ, которыя въ рѣзкой степени проявляются при истеріи и служатъ, какъ извѣстно, характерными признаками этого невроза, въ меньшихъ степеняхъ свойственны и другимъ состояніямъ вырожденія. Это обстоятельство слѣдуетъ имѣть въ виду при распознаваніи истеріи.

¹⁾ Медич. Обзорѣніе. 1886, № 9. О расстройствахъ общей и специальной чувствит. у эпилептиковъ.

²⁾ *Féré*, *Batigne et Ouvri*. *Compt. rendus de la Soc. de Biologie*, 1892, juillet.

³⁾ *Die nervosen Erkr. d. Geschmacks und Geruchs*, Wien 1897. S. 41 и 78.

Изъ психологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева.

Память однородныхъ послѣдовательныхъ зрительныхъ впечатлѣній.

Д-ровъ А. Ф. Лазурскаго и Н. Н. Шипова.

Всякій изъ насъ испытывалъ на себѣ слѣдующее обыкновенное явленіе. Человѣкъ слышитъ, положимъ, бой часовъ, но не обращаетъ на него вниманія и не считаетъ числа ударовъ; каждый звукъ воспринимается (сознательно или бессознательно—это все равно) и затѣмъ тотчасъ забывается, уступая мѣсто слѣдующему. Счетъ въ общепринятомъ смыслѣ слова (разъ, два, три и т. д.), какъ сознательный, такъ и бессознательный, здѣсь совершенно отсутствуетъ; это видно изъ того, что въ первое мгновеніе по окончаніи боя часовъ субъектъ не можетъ сказать, сколько было ударовъ. Но стоитъ ему постараться припомнить число ударовъ, т. е., воспроизвести ихъ въ своемъ сознаніи, и во многихъ случаяхъ человѣкъ точно опредѣляетъ число ихъ. Этотъ простой опытъ ясно показываетъ возможность воспроизводить въ памяти и затѣмъ уже сосчитывать цѣлые ряды однородныхъ звуковыхъ впечатлѣній, слѣдовавшихъ одно за другимъ черезъ равныя промежутки времени. Аналогичныя явленія мы можемъ наблюдать и въ области зрительныхъ впечатлѣній, когда передъ нами одинъ за другимъ проходитъ цѣлый рядъ вагоновъ, или мелькаютъ столбы частотола, или рядъ за рядомъ проходятъ солдаты и т. д.

Описанное явленіе играло важную роль въ рѣшеніи вопроса объ объемѣ сознанія, т. е., о томъ, сколько впечатлѣній (или представленій) можетъ одновременно вмѣститься въ нашемъ сознаніи. Такъ какъ вопросъ этотъ стоитъ въ непосредственной связи съ нашей темой, то мы и должны остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе.

Въ прежнее время большинство философовъ, исходя изъ мысли объ единствѣ души, думали, что въ сознаніи одновременно можетъ вмѣщаться не болѣе одного представленія; и въ недавнее сравнительно время нѣкоторые еще защищали этотъ взглядъ. Однако уже въ прошломъ столѣтіи *Brown* приписываетъ нашему сознанію способность одновременно вмѣщать нѣсколько представленій, такъ какъ иначе мы не могли бы сравнивать разные предметы и явленія: „мы сравниваемъ—говорить онъ—мы избираемъ при нашемъ внутреннемъ рѣшеніи потому, что нашему уму одновременно присущи различные предметы“¹⁾. Того же мнѣнія держались *Herbart* и *Forlage*. *Hamilton* на основаніи своихъ опытовъ съ черточками и точками ограничилъ объемъ сознанія 6-ю представленіями, а *Mill* думалъ, что число ихъ можетъ быть гораздо больше.

Wundt поставилъ этотъ вопросъ на экспериментальную почву²⁾. Мы не станемъ здѣсь приводить тѣхъ соображеній, которые заставили его употребить для этой цѣли ряды однородныхъ звуковыхъ впечатлѣній, не станемъ также и описывать постановки его опытовъ; все это желающіе могутъ найти въ указанной статьѣ *Dietze* и въ „Физиологич. психологіи“ Вундта. Принципъ этихъ опытовъ состоялъ въ томъ, что испытуемый выслушиваетъ одинъ за другимъ (*не считая*) два

¹⁾ Цитировано по *Маудсли*: «Физиологія и патологія души», перев. 1891 г.

²⁾ См. статью *G. Dietze* въ *Philos. Stud.* В. II.: «*Untersuchungen über den Umfang des Bewusstseins*» и т. д., а также *Wundt*: *Physiologische Psychologie*.

ряда ударовъ метронома, при чемъ ряды или равны, или различаются на 1 ударъ. Прослушавши оба ряда, онъ долженъ сказать, были ли они равны, или нѣтъ; чтобы сдѣлать это, онъ необходимо долженъ воспроизвести оба прослушанныхъ имъ ряда въ своемъ сознаніи и сравнить ихъ другъ съ другомъ. Если внутреннее поле его сознанія настолько велико, что можетъ вмѣстить одновременно оба ряда выслушанныхъ и воспроизведенныхъ впечатлѣній, то сравненіе возможно и отвѣтъ будетъ вѣрнымъ; если же поле его сознанія настолько узко, что не вмѣщаетъ въ себѣ обоихъ рядовъ, то сравненіе рядовъ станетъ уже невозможнымъ и отвѣтъ въ большинствѣ случаевъ будетъ ошибоченъ. Такимъ образомъ становится возможнымъ измѣрять объемъ сознанія у различныхъ субъектовъ.

Подобные же опыты были произведены у насъ *В. М. Бехтеревымъ* ¹⁾ и *В. Ф. Чижемъ* ²⁾. *Бехтеревъ* нашель, что важную роль въ опытахъ играетъ извѣстная группировка впечатлѣній (по 3, по 4), которая значительно облегчаетъ воспроизведеніе и сравненіе рядовъ. *Чижь*, производившій свои опыты главнымъ образомъ надъ душевно-больными, нашель, что у слабоумныхъ объемъ сознанія уменьшенъ въ 2—3—4 раза, смотря по степени слабоумія. Ниже мы еще будемъ имѣть случаи упоминать объ этихъ работахъ.

Всѣ авторы, работавшіе до сихъ поръ надъ измѣреніемъ объема сознанія, употребляли для этого по почину *Wundt'a* звуковыя раздраженія — удары метронома. По предложенію *В. М. Бехтерева* мы рѣшили продѣлать подобные же опыты надъ зрительными ощущеніями.

Методика опытовъ.

Для достиженія этой цѣли брался обыкновенный вращающійся барабанъ, окружность котораго равнялась 42 ст.

¹⁾ *Бехтеревъ*. Сознаніе и его границы. Казань, 1898 г.

²⁾ *Чижь*. Объемъ сознанія у здоровыхъ и душевно-больныхъ. Арх. психiatr. 1887 г. 1, 2, 3.

С. 246 а

и который совершалъ полный оборотъ въ 68 сек. Вокругъ барабана обернута была полоса обыкновенной бѣлой бумаги съ нанесенными на ней двумя рядами точекъ, какъ это можно видѣть на прилагаемомъ чертежѣ:

Фиг. 1.



Точки были нанесены черниломъ, діаметръ каждой изъ нихъ равнялся приблизительно 1 мм.; промежутокъ между каждыми двумя точками въ большинствѣ опытовъ (1-я серія) = $\frac{1}{2}$ ст., а въ нѣкоторыхъ опытахъ (2-я серія) = 1 ст. Расстояние между двумя рядами было 2 ст.

Постановка опытовъ была слѣдующая. Исслѣдуемый субъектъ садился въ небольшую, совершенно темную комнату, имѣющуюся въ психологической лабораторіи; въ деревянной перегородкѣ, отдѣляющей эту комнату отъ сосѣдней, продѣлано отверстие, заклеенное плотной черной бумагой; въ бумагѣ прорѣзана вертикальная щель длиною въ 3, 2 ст., шириною въ 1 мм., въ которую и долженъ былъ смотрѣть исслѣдуемый во время опыта. По другую сторону перегородки, слѣдовательно, въ сосѣдней комнатѣ, какъ разъ передъ щелью, устанавливался описанный выше вращающійся барабанъ, освѣщенный электрической лампочкой. Бумага наклеивалась на барабанъ такъ, что ряды точекъ располагались въ горизонтальномъ направленіи. Такимъ образомъ, когда барабанъ приводился во вращеніе, точки равномерно одна за другой проходили передъ щелью, черезъ которую смотрѣлъ испытуемый и, слѣдовательно, одна за другой появлялись и исчезали въ его полѣ зрѣнія. Промежутки времени между исчезновеніемъ одной точки и появленіемъ другой всегда были одинаковы; въ первой серіи продолжительность ихъ равнялась 0,6 сек., во второй—1,2 сек. Бѣльшій промежутокъ между двумя рядами давалъ исслѣдуемому знать о томъ, когда оканчивался

одинъ рядъ и начинался другой. Горизонтальная линія *a*, начерченная карандашемъ, предшествовала точкамъ и указывала испытуемому, на какомъ мѣстѣ щели онъ долженъ сосредоточить свое вниманіе; иначе онъ принужденъ былъ бы искать глазами по всей длинѣ щели и легко могъ бы пропустить первую точку. Линія *d* (также карандашемъ), слѣдующая за 2-мъ рядомъ, указывала испытуемому на то, что опытъ оконченъ и можно отвести глаза отъ щели. Наблюдая за появляющимися и исчезающими въ полѣ зрѣнія точками, испытуемый отнюдь не долженъ былъ считать ихъ (одинъ, два, три и т. д.). Съ перваго взгляда это кажется труднымъ; но какъ опытъ всѣхъ предшествовавшихъ авторовъ, такъ и отзывы лицъ, участвовавшихъ въ нашихъ опытахъ, удостовѣряютъ, что подобный навыкъ приобрѣтается легко. Доказательствомъ справедливости этихъ отзывовъ можетъ служить слѣдующее обстоятельство: часто случалось, что при сравненіи двухъ рядовъ испытуемый вѣрно опредѣлялъ, который изъ нихъ больше, такъ что оба ряда впечатлѣній очевидно были восприняты имъ и правильно воспроизведены; между тѣмъ на просьбу точно опредѣлить число точекъ онъ отвѣчалъ ошибочно, чего очевидно не могло бы быть, если бы во время опыта онъ считалъ проходившія передъ его глазами точки.

Когда оба ряда окончились, испытуемый долженъ былъ сказать, равны ли они, и если нѣтъ, то который изъ нихъ больше. Записавъ отвѣтъ, экспериментаторъ быстро снималъ бумагу съ барабана и прикрѣплялъ къ нему (мягкимъ воскомъ) новую полосу бумаги съ новыми рядами точекъ; все это при извѣстномъ навыкѣ требовало не болѣе $\frac{1}{4}$ мин. времени; окончивши приготовленія и предупредивъ испытуемаго словомъ „начинаю“, экспериментаторъ пускалъ барабанъ и начинался слѣдующій опытъ.

Въ теченіе каждаго сеанса такихъ опытовъ ставилось около 35; общее количество ихъ было болѣе 1200; число участвовавшихъ субъектовъ—5. Продолжительность сеанса отъ $\frac{1}{2}$ до $\frac{3}{4}$ часа. Число точекъ въ каждомъ ряду было не

меньше 3-хъ и не больше 14-ти, такъ какъ при сравненіи рядовъ, содержащихъ по 2 точки, отвѣты всегда были вѣрны, а при сравненіи рядовъ, содержащихъ больше 14, вѣрные отвѣты дѣлались слишкомъ рѣдкими, являясь, повидимому, результатомъ уже простого отгадыванія. При этомъ, какъ уже выше было сказано, въ каждомъ отдѣльномъ опытѣ оба ряда были или равны (3—3, 7—7), или первый былъ больше на 1 (6—5, 14—13), или второй былъ больше на 1 (3—4, 10—11). Само собою разумѣется, что никакой правильности въ чередованіи опытовъ не было, такъ что, напр., послѣ рядовъ 5—5 слѣдовали ряды 12—11 или 7—8 и т. д.; такимъ образомъ возможность заранее догадываться о величинѣ рядовъ и отношеніи ихъ другъ къ другу совершенно устранялась,

1-е видоизмѣненіе. Кромѣ этихъ основныхъ опытовъ нами произведены были еще 2 модификаціи ихъ на основаніи слѣдующихъ соображеній. Уже выше было сказано, что при подобныхъ опытахъ—все равно, будутъ ли они произведены надъ слуховыми или надъ зрительными впечатлѣніями—память имѣетъ огромное, если не первенствующее значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, наши опыты состоятъ въ томъ, что изслѣдуемый 1) воспринимаетъ одно за другимъ впечатлѣніе отъ проходящихъ передъ нимъ точекъ, 2) воспроизводитъ рядъ ихъ въ своей памяти и 3) сравниваетъ эти ряды и судитъ объ ихъ относительной величинѣ. Какъ первая, такъ и третья задачи не представляютъ никакихъ трудностей: воспринимать (апперцепировать) точки легко, такъ какъ онѣ отчетливо выдѣляются на ярко освѣщенной бумагѣ и проходятъ передъ глазами сравнительно медленно (каждая въ теченіе 0,6 сек.); сравнивать уже воспроизведенные ряды также не трудно, такъ какъ они или равны, или разнятся только на 1. Между тѣмъ *воспроизведеніе* длинныхъ рядовъ точекъ, совершенно похожихъ другъ на друга и различающихся только по количеству,—представляетъ значительныя трудности, и здѣсь то, вѣроятно, и дѣлается большая часть ошибокъ. Поэтому мы рѣшили поставить нѣсколько опытовъ, гдѣ сравненіе рядовъ

было бы устранено и изслѣдовалось исключительно воспроизведе-
 ніе, т. е., функція памяти. Съ этою цѣлью передъ гла-
 зами изслѣдуемаго проходилъ *только одинъ рядъ* точекъ, и
 онъ, не считая, долженъ былъ затѣмъ *опредѣлить число* ихъ.
 Здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ явленіе, совершенно ана-
 логичное тому счету часовыхъ ударовъ, о которомъ говорится
 въ началѣ статьи. Постановка опытовъ была совершенно та
 же, что и раньше, только чертежъ на бумагѣ имѣлъ такой
 видъ:

Фиг. 2.



2-е видоизмѣненіе. Какъ въ нашихъ опытахъ, такъ и въ
 описанныхъ выше опытахъ *Dietze, Бехтерева, Чижя* и др.
 уже а priori является одно возраженіе, которое нельзя оста-
 вить безъ вниманія. Существуетъ, какъ извѣстно, специаль-
 ная память времени, благодаря которой мы можемъ сравни-
 вать и до извѣстной степени точно опредѣлять величину про-
 текшихъ промежутковъ времени ¹⁾. Можно предположить, что
 и въ нашихъ опытахъ изслѣдуемый сравнивалъ не два ряда
 воспринятыхъ впечатлѣній, а просто два протекшихъ проме-
 жутка времени, что конечно, совершенно не соотвѣтствовало
 бы цѣли нашихъ опытовъ.

Для провѣрки этого предположенія мы поставили рядъ
 контрольныхъ опытовъ, гдѣ методика была совершенно та же,
 что и въ основныхъ опытахъ, длина рядовъ также оставалась
 неизмѣнной, но самые ряды были замѣнены пустыми про-
 межутками, такъ что чертежъ имѣлъ слѣдующій видъ:

Фиг. 3.



¹⁾ См. Wundt, loco cit

Промежутки *b* и *c*, ограниченные каждый двумя точками, по длинѣ равняются рядамъ *b* и *e* на фиг. 1-й, такъ что время, нужное для прохождения такого промежутка передъ глазами изслѣдуемаго, равняется времени, нужному для прохождения ряда точекъ; вертикальная линія *e* предназначена для того, чтобы служить ясной границей между двумя промежутками. Когда по окончаніи подобнаго опыта изслѣдуемый долженъ будетъ сравнить оба промежутка, то къ его услугамъ уже не явятся воспроизведенные ряды впечатлѣній (т. е., точекъ), и онъ принужденъ будетъ руководиться исключительно памятью времени.

Поставленные такимъ образомъ контрольные опыты дали, какъ мы увидимъ ниже, другіе результаты, чѣмъ основные опыты.

Результаты.

А. Опыты съ однимъ рядомъ.

Разсмотримъ сначала тѣ опыты, гдѣ изслѣдовалась исключительно способность воспроизводить рядъ послѣдовательныхъ впечатлѣній, т. е., тѣ опыты, въ которыхъ передъ глазами изслѣдуемаго проходилъ *одинъ рядъ* точекъ и затѣмъ онъ долженъ былъ *опредѣлить число ихъ*. Такіе опыты были произведены надъ 4 субъектами и результаты ихъ, выраженные въ процентныхъ отношеніяхъ, приведены въ табл. I и II. Многіе авторы указываютъ на то, что $\frac{0}{100}$ вѣрныхъ отвѣтовъ въ значительной степени зависятъ отъ той скорости, съ которой впечатлѣнія слѣдуютъ одно за другимъ, при чемъ *Dietze* считаетъ наиболѣе благоприятными промежутки въ 0,3—0,5 сек. Поэтому и мы сочли нелишнимъ произвести одни и тѣ же опыты какъ съ промежутками въ 0,6 сек. (I табл.), такъ и съ промежутками въ 1,2 сек. (II табл.). Достигнуть этого было легко, измѣняя разстояніе между отдѣльными точками.

Число точекъ въ каждомъ ряду было не менѣе 3-хъ и не болѣе 14-ти; только въ опытахъ II-й таблицы употреблялись также ряды въ 15, 16 и т. д. до 20 точекъ. Такъ какъ приводить отдѣльно отвѣты на каждый рядъ заняло бы слишкомъ много мѣста, то мы и рѣшили соединить по 3 ряда

вмѣстѣ; такъ, напр., всѣ отвѣты, касающіеся рядовъ въ 3, 4 и 5 точекъ, приведены въ 1-й строчкѣ каждой таблицы (3—5); всѣ отвѣты, касающіеся рядовъ въ 6, 7 и 8 точ., приведены во 2-й строчкѣ (6—8) и т. д.

Табл. I.

Промежутки времени между отдѣльными впечатлѣніями = 0,6 сек.

Число точекъ въ ряду.	Вѣрн. отв.	Уменьшен.	Увелич.	Сомнит.	Средн. ошиб.
3—5	90,0	6,4	—	3,2	1,0
6—8	31,7	39,7	12,7	16,0	1,1
9—11	16,1	66,0	6,4	11,3	1,2
12—14	12,7	79,4	4,8	3,2	2,6

Табл. II.

Промежутки времени между отдѣльными впечатлѣніями = 1,2 сек.

Число точекъ въ ряду.	Вѣрн. отв.	Уменьшен.	Увелич.	Сомнит.	Средн. ошиб.
3—5	64,0	21	6	9	1,2
6—8	26,0	55	17	4	1,4
9—11	4,0	82	12	2	2,2
12—14	4,5	86	9,1	—	2,3
15—17	8,3	77,8	1,1	2,8	2,9
18—20	5,0	85	10	—	3,0

Сравнивая число вѣрныхъ отвѣтовъ (первый вертикальный столбецъ) въ обѣихъ таблицахъ, не трудно убѣдиться, что въ I табл. % ихъ гораздо выше (90, 31,7 и т. д.), чѣмъ въ II (64, 26 и т. д.), такъ что промежутки въ 0,6 сек. удобнѣе для запечатлѣнія въ памяти, чѣмъ промежутки въ 1,2 сек. Это въ значительной степени согласуется съ вышеупомянутыми опытами *Dietze*, хотя о полной аналогіи тутъ нельзя говорить, такъ какъ промежутковъ меньше 0,6 сек. въ нашихъ опытахъ не было.

Обратимся теперь ко 2-му и 3-му столбцу каждой таблицы, которые содержатъ въ себѣ число ошибочныхъ отвѣтовъ; при этомъ 2-й столбецъ (уменьш.) содержитъ въ себѣ тѣ случаи, когда число точекъ въ ряду казалось изслѣдуемому меньше, чѣмъ оно было на самомъ дѣлѣ (такъ, напр., вмѣсто 8 онъ говорилъ 7, вмѣсто 14—13 или 12 и т. д.); въ 3-мъ же столбцѣ мы находимъ противоположные отвѣты, когда число точекъ преувеличивалось (6 вмѣсто 5, 12 вмѣсто 11). Сравнивая между собой 2-й и 3-й столбцы, мы видимъ, что какъ въ I, такъ и во II таблицѣ число ошибокъ въ меньшую сторону рѣзко преобладаетъ. Другими словами: ошибки при воспроизведеніи обыкновенно состоятъ въ томъ, что одно или нѣсколько впечатлѣній ускользаютъ, исчезаютъ изъ сознанія, и воспроизведенный рядъ меньше дѣйствительнаго. Размѣръ этой ошибки, т. е., число впечатлѣній, исчезнувшихъ изъ памяти, колеблется отъ 1 до 2—3 и больше, но все-таки здѣсь замѣчается извѣстная правильность. Въ послѣднемъ столбцѣ обѣихъ таблицъ (средняя ошибка) приведена средняя величина этой ошибки для каждаго ряда или, вѣрнѣе, для каждаго 3-хъ сосѣднихъ рядовъ (3—5, 6—8 и т. д.). Вычислена она слѣдующимъ образомъ: взяты всѣ ошибочные опыты 2-го столбца съ рядами, положимъ, въ 3, 4 и 5 точекъ; величины ошибокъ сложены и раздѣлены на число опытовъ; полученное такимъ образомъ среднее арифметическое и представляетъ среднюю величину ошибки для данныхъ 3-хъ рядовъ.

Разсматривая этотъ столбецъ, мы убѣждаемся, что съ увеличеніемъ рядовъ увеличиваются и ошибки, т. е., чѣмъ больше впечатлѣній было воспринято, тѣмъ больше ихъ и потерялось. При этомъ во II таблицѣ, которая вообще даетъ меньшій % удачныхъ отвѣтовъ (см. выше), и величина средней ошибки также больше, чѣмъ въ I.

Еще одно заключеніе можно вывести изъ разсмотрѣнія обѣихъ таблицъ: съ увеличеніемъ числа рядовъ число вѣр-

ныхъ отвѣтовъ дѣлается все меньше и, наконецъ, на 12—14 точечныхъ рядахъ I таблицы доходить до 12,7%, т. е., сводится уже къ простому угадыванію; во II табл. уже ряды въ 9—11 точекъ даютъ только 4% вѣрныхъ отвѣтовъ, такъ что здѣсь полная невозможность точнаго воспроизведенія наступаеть еще раньше.

В. *Опыты съ двумя рядами и контрольные.*

Перейдемъ теперь ко 2-й серіи опытовъ, когда 2 ряда точекъ проходили передъ изслѣдуемымъ, который затѣмъ долженъ былъ сказать, который изъ нихъ больше. По своей постановкѣ опыты эти совершенно аналогичны тѣмъ, которые предпринимались другими авторами для изслѣдованія объема сознанія, исключая, конечно, того различія, что мы употребляли зрительныя ощущенія. Такимъ образомъ, если признавать правильной точку зрѣнія *Wundt'a* и другихъ, работавшихъ надъ этимъ вопросомъ, то величины, полученные нами, можно считать средней величиной объема сознанія для простѣйшихъ зрительныхъ впечатлѣній.

Табл. III.

Число точекъ въ ряду.	2 ряда точекъ			2 промежутка (конт- роль)		
	Вѣрн. отв.	Ложн. отв.	Сомнит.	Вѣрн. отв.	Ложн. отв.	Сомнит.
3— 5	84,6	13,4	1,7	58,9	33	8,3
6— 8	51,2	45,3	4,2	51,0	37	12
9—11	43,4	40,5	14,9	37,1	51,7	10,9
12—14	40,5	46,0	12,3	35,2	54,6	9,8

Разсматривая табл. III, въ которой приведены эти результаты, мы находимъ, что съ увеличеніемъ рядовъ число вѣрныхъ отвѣтовъ (1-й столб.) соответственно уменьшается, а число невѣрныхъ (2-й столб.) возрастаетъ. Но если обратить вниманіе на число вѣрныхъ отвѣтовъ, то мы найдемъ здѣсь уже значительное различіе по сравненію съ результатами тѣмъ авторовъ, которые работали надъ слуховыми впечатлѣніями. Въ то время какъ въ опытахъ *Dietze*, *Бехтерева*, *Чижа* и др. сознаніе могло вмѣщать 12—16 и даже 18 однородныхъ слуховыхъ впечатлѣній (считая за достаточную точность сужденія 0,7, т. е., 70% вѣрныхъ отвѣтовъ), у насъ даже при сравнительно маленькихъ рядахъ (отъ 3 до 5) число вѣрныхъ отвѣтовъ не превышало уже 84,6%, дальше оно начинало быстро падать и при рядахъ въ 12—14 точ. доходило уже до 40,5%. Здѣсь мы встрѣчаемся съ вопросомъ: какой % вѣрныхъ отвѣтовъ даетъ намъ право заключить о томъ, что всѣ воспріятыя впечатлѣнія полностью сохранились въ сознаніи, т. е., что воспріятыя ряды не превышаютъ объема сознанія? Мнѣнія авторовъ, работавшихъ надъ вопросомъ, на этотъ счетъ расходятся: нѣкоторые считаютъ достаточнымъ показателемъ ясности сознанія, если половина отвѣтовъ будетъ правильна (50% вѣрныхъ отвѣтовъ); *Бехтеревъ* же рассуждаетъ такъ: когда изслѣдуемый рѣшаетъ вопросъ объ отношеніи двухъ прошедшихъ передъ нимъ рядовъ другъ къ другу, то ему представляются 3 возможности: или 1-й рядъ больше, или 2-й рядъ больше, или ряды равны. Если устранить совершенно произвольный выборъ и предоставить дѣло случаю, то по теоріи вѣроятностей въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ опытовъ отвѣтъ получится вѣрный; $\frac{2}{3}$ же вѣрныхъ отвѣтовъ указываютъ уже на значительное участіе личнаго выбора. Такимъ образомъ, если число вѣрныхъ отвѣтовъ не превышаетъ 33%, то это значить, что отвѣтъ дѣлается наугадъ и часть полученныхъ впечатлѣній совершенно исчезла изъ сознанія; если же, наоборотъ, число вѣрныхъ отвѣтовъ превышаетъ 66% (по *Бехтереву* 70%), то всѣ воспріятыя впечатлѣнія сознаются достаточно ясно. Такъ какъ это мнѣніе намъ казалось болѣе обоснованнымъ, то мы и держались его при оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ.

Прилагая его къ нашимъ цифрамъ, мы видимъ, что только первые ряды (до 6) даютъ намъ такой % отвѣтовъ (84,6%), который свидѣтельствуетъ о совершенно ясномъ сохраненіи въ сознаніи всѣхъ воспріятыхъ впечатлѣній; начи-

ная же съ 6 и дальше всѣ остальные ряды хотя и сохраняются въ сознаниі, но уже не съ такой ясностью; однако даже при рядахъ въ 12—14 точекъ сознание воспринятыхъ впечатлѣній еще не утрачено вполне, такъ какъ $\frac{0}{0}$ вѣрныхъ отвѣтовъ (40,5 $\frac{0}{0}$) еще остается выше 33 $\frac{0}{0}$.

Въ той же III таблицѣ приведены результаты контрольных опытовъ, поставленныхъ, какъ уже выше сказано, съ цѣлью опредѣлить, какую роль въ нашихъ опытахъ играла память времени. Сравнивая $\frac{0}{0}$ вѣрныхъ отвѣтовъ (58,9 и т. д.) съ результатами основныхъ опытовъ, мы видимъ, что въ контрольныхъ опытахъ число вѣрныхъ отвѣтовъ меньше, чѣмъ въ соответствующихъ опытахъ съ двумя рядами точекъ. Такъ, напр., выше было указано, что ряды отъ 3 до 5 точекъ совершенно ясно удерживаются въ сознаниі (84,6 $\frac{0}{0}$ вѣрныхъ отвѣтовъ); между тѣмъ соответствующіе имъ промежутки времени удерживаются сознаниемъ далеко не такъ ясно, давая только 58,9 $\frac{0}{0}$ вѣрныхъ отвѣтовъ—число, стоящее, согласно мнѣнію *В. М. Бехтерева*, ниже границы яснаго сознанія. Такимъ образомъ, контрольные опыты показываютъ, что хотя память времени и играетъ извѣстную роль въ нашихъ опытахъ, но нельзя объяснить полученные результаты исключительно ею: воспроизведеніе воспринятыхъ впечатлѣній (точекъ) и сравненіе ихъ рядовъ также имѣетъ весьма существенное, если не первенствующее значеніе.

Остается отмѣтить еще одно интересное явленіе, которое наблюдалъ также и Чижъ въ своихъ опытахъ съ объемомъ сознанія. Число вѣрныхъ отвѣтовъ значительно колеблется въ зависимости отъ того, будетъ ли 1-й рядъ точекъ меньше или больше 2-го. Въ таблицѣ IV приведено число *вѣрныхъ* отвѣтовъ какъ въ 1-мъ, такъ и во 2-мъ случаѣ; въ той же таблицѣ приведены подобныя же данныя и для контрольныхъ опытовъ.

Табл. IV.

‰ вѣрныхъ отвѣтовъ при различной послѣдовательности рядовъ.

Число точекъ въ ряду.	2 ряда точекъ		2 промежутка (контроль)	
	1-й рядъ меньше	1-й рядъ больше	1-й рядъ меньше	1-й рядъ больше
3—5	79	89,7	54,2	62,5
6—8	54	48,7	60	44
9—11	43,6	40,5	50	21,3
12—14	53	38,5	56,2	12,3

Разсматривая таблицу, мы убѣждаемся, что, начиная со 2-й строчки (ряды въ 6—8 точ.) и до самаго конца таблицы, число вѣрныхъ отвѣтовъ всегда значительнѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда 1-й рядъ меньше 2-го; если же 1-й рядъ больше, то вѣрные отвѣты дѣлаются уже не такъ часты, оцѣнка величины рядовъ становится менѣ точной. Исключеніе составляетъ только 1-я строчка (ряды въ 3—5 точ.), цифры которой не поддаются подъ это обобщеніе. Совершенно подобныя отношенія встрѣчаемъ мы и въ контрольныхъ опытахъ—съ пустыми промежутками; и здѣсь также, начиная съ 2-й строчки, опыты, гдѣ 1-й рядъ меньше, даютъ большій ‰ вѣрныхъ отвѣтовъ, чѣмъ противоположныя.

Явленіе это замѣтилъ еще Чижъ ¹⁾ въ своихъ опытахъ съ рядами ударовъ метронома и объясняетъ его слѣдующимъ образомъ: 1-й рядъ воспринимается ранѣе, чѣмъ 2-й; поэтому,

¹⁾ Чижъ, loco cit.

когда приходится сравнивать ихъ, то впечатлѣнія 1-го ряда успѣли уже потерять свою живость и нѣкоторыя изъ нихъ уже исчезли изъ сознанія; отсюда является наклонность считать 1-й рядъ меньше, чѣмъ онъ былъ на самомъ дѣлѣ, уменьшать его величину по сравненію со 2-мъ рядомъ; а если это такъ, то понятно, что тѣ опыты, гдѣ 1-й рядъ дѣйствительно былъ меньше, дадутъ болѣе процентъ вѣрныхъ отвѣтовъ, чѣмъ противоположные, т. е., получится именно то, что мы наблюдаемъ на дѣлѣ.

Очень можетъ быть, что и наша IV табл. объясняется именно такимъ образомъ. Исключеніе, которое представляетъ собой 1-я строчка (ряды отъ 3 до 5), объясняется, можетъ быть, тѣмъ, что вслѣдствіе небольшого числа впечатлѣній 1-й рядъ здѣсь также хорошо удерживается въ памяти, какъ и 2-й.

Надо сказать, что аналогичныя отношенія наблюдали также Чижъ ¹⁾ при изслѣдованіи памяти звуковыхъ воспріятій, Жуковский ²⁾ при изслѣдованіи памяти мышечнаго чувства и Гервергъ ³⁾ въ своихъ опытахъ съ памятью зрительныхъ ощущеній, такъ что, повидимому, для всѣхъ, упомянутыхъ родовъ ощущенія можно признать за правило слѣдующее: *если 2 однородныхъ ощущенія слѣдуютъ одно за другимъ, то у наблюдателя всегда является наклонность первое изъ нихъ считать меньше, чѣмъ это было на дѣлѣ.*

Резюмируемъ все, сказанное выше:

1) Рядъ однородныхъ зрительныхъ впечатлѣній, слѣдовавшихъ одно за другимъ черезъ равныя промежутки времени, можетъ быть воспроизведенъ въ памяти и число впечатлѣній можетъ быть опредѣлено съ значительной степенью точности. При этомъ память времени хотя и играетъ извѣстную роль, но лишь второстепенную.

¹⁾ Чижъ. «Эксперимент. изслѣдов. памяти звуковыхъ воспр.» Обзор. психіатр. 1896 г. № 1.

²⁾ Жуковский. «О памяти пассивн. движеній». Обзор. психіатр. 1899 г. № 5.

³⁾ Гервергъ. «Эксперимент. изслѣд. памяти зрительн. воспріятій» Обзор. псих. 1899 г. № 8.

2) Чѣмъ рядъ больше, тѣмъ ошибка больше; огромное большинство ошибокъ состоитъ въ уменьшеніи ряда.

3) Промежутки между впечатлѣніями въ 0,6 сек. благоприятѣе для воспроизведенія, чѣмъ промежутки въ 1,2 сек.

4) Опыты съ 2-мя рядами однородныхъ зрительныхъ впечатлѣній (аналогичные опытамъ прежнихъ авторовъ съ опредѣленіемъ объема сознанія) показываютъ, что если промежутки времени = 0,6 сек., то ряды величиною до 6 точ. воспроизводятся и сравниваются съ полною ясностью; дальше воспроизведеніе дѣлается менѣе отчетливымъ, но даже при рядахъ величиной въ 14 точекъ оно еще не теряется вполнѣ.

5) Если сравниваются 2 ряда, слѣдовавшихъ одинъ за другимъ, то всегда обнаруживается наклонность 1-й рядъ считать меньше сравнительно со 2-мъ; явленіе это, повидимому, общее для многихъ родовъ ощущенія и объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что 1-й рядъ уже успѣлъ отчасти изгладиться изъ памяти, тогда какъ 2-й еще достаточно сохранился въ ней.

Результаты осмотра германскихъ и нѣ- которыхъ французскихъ заведеній для душевно-больныхъ.

Д-ра Е. Дѣлова.

XIX вѣкъ, ознаменовавшійся колоссальнымъ прогрессомъ во всѣхъ отрасляхъ человѣческихъ знаній, какъ и нужно было ожидать, не остался безъ вліянія въ культурныхъ странахъ на улучшеніе положенія дѣла содержанія, лѣченія и призрѣнія душевно-больныхъ. Толчекъ этому еще въ концѣ прошлаго столѣтія далъ знаменитый французскій психіатръ Пинель, снявшій цѣпи съ душевно-больныхъ, къ которымъ они были прикованы, и проповѣдывавшій гуманное обращеніе съ такими больными. Цѣлый рядъ послѣдующихъ психіатровъ во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ старались проводить въ жизнь и развивать далѣе этотъ принципъ; благодаря своимъ научнымъ изслѣдованіямъ, они подняли психіатрію, какъ науку, на то почетное мѣсто, которое она занимаетъ среди другихъ отраслей медицинскихъ знаній. Общество, разбуженное отъ охватившаго его вѣкового равнодушія къ судьбѣ своихъ заболѣвшихъ несчастныхъ собратьевъ, какъ бы сознавая за собою вину за тѣ лишенія, которыя испытывали раньше душевно-больные въ прежнихъ больницахъ - тюрьмахъ, начинаетъ мало по малу озабочиваться ихъ участіемъ, результатомъ чего, особенно въ послѣдніе годы, у насъ и во всѣхъ цивилизованныхъ государствахъ одна за другой вырастаютъ новыя психіатрическія больницы—цѣлые дворцы, гдѣ до мельчайшихъ подробностей

все предусмотрѣно, согласно новѣйшимъ взглядамъ, для рациональнаго содержанія и лѣченія населяющихъ ихъ больныхъ. Такія больницы, какъ Herzberge и Wuhlgarten возлѣ Берлина, Dziekanka возлѣ Гнезени, знаменитая колонія для душевно-больныхъ Alt-Scherbitz, клиники въ Halle и въ Heidelberg'ѣ, больницы Münsigen въ Швейцаріи и Kierling возлѣ Вѣны, поражаютъ какъ своими постройками и порядкомъ, царящими въ нихъ, такъ и достигнутыми результатами въ дѣлѣ содержанія и лѣченія душевно-больныхъ.

Въ нижеслѣдующемъ изложеніи я постараюсь по возможности описать подробно все видѣнное мною за границей за полгода своей командировки, и прежде всего начну съ описанія тѣхъ психіатрическихъ клиникъ и больницъ, которыя я посѣтилъ.

Г е р м а н і я

Берлинъ. Charité, Wuhlgarten b. Biesdorf, Herzberge b. Lichtenberg и Dalldorf.

Charité. Психіатрическая клиника Берлинскаго Университета помѣщается въ такъ называемомъ Neue Charité, которое, какъ и вообще всѣ клиническія зданія Charité, доживаютъ теперь свои послѣдніе дни. На этомъ же самомъ мѣстѣ возродятся вскорѣ новыя клиники. Правительство уже ассигновало около 9,000,000 марокъ на совершенную перестройку всѣхъ этихъ, отжившихъ свой вѣкъ, зданій, безусловно не соответствующихъ въ настоящемъ ихъ видѣ современнымъ требованіямъ науки. Съ будущаго года начнется по частямъ перестройка по совершенно новымъ планамъ всего Charité, въ томъ числѣ и психіатрической клиники, на возведеніе которой опредѣлено около 800,000 марокъ.

Настоящая психіатрическая клиника Берлинскаго Университета помѣщается, какъ я уже сказалъ выше, въ Neue Charité, въ сѣверо-западной части Берлина. Это большое четырехъэтажное зданіе, похожее скорѣе на казарму съ рядомъ длинныхъ

полутемныхъ коридоровъ и выходящихъ въ нихъ палатъ, построенное въ видѣ буквы *и*; помимо психіатрической клиники въ этомъ же зданіи помѣщается и клиника кожныхъ и сифилитическихъ болѣзней. Собственно психіатрическая клиника, рассчитанная на 200 ч. больныхъ (100 м. и 100 жен.), занимаетъ первый и второй этажи этого зданія. Больные вслѣдствіе недостаточности помѣщеній скучены, кровати, что называется, сдвинуты чуть лишь не въ плотную. Изоляторы маленькіе съ окнами въ верхней части стѣны, двери въ нихъ двойныя, внутреннія двери снабжены слуховыми окошечками для наблюденія за больными. Всѣ окна этого зданія снабжены желѣзными и деревянными рамками съ частыми переплетами. Сады для прогулокъ больныхъ крайне малы и не могутъ удовлетворять нуждъ больныхъ. Помѣщенія больныхъ вентилируются плохо, вслѣдствіе отсутствія какихъ либо вентиляціонныхъ приспособленій, кромѣ форточекъ. Отопленіе обыкновенными печами. Освѣщеніе газовое; клозеты съ автоматическимъ промываніемъ водой. При всѣхъ этихъ недостаткахъ помѣщенія дѣлаются всяческія усилія обставить больныхъ сносно. Больные по возможности распредѣлены по роду ихъ состоянія. Во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ проводится постельный режимъ. У неопрятныхъ больныхъ вмѣсто особыхъ тюфяковъ и кроватей примѣняется древесная вата, которая подкладывается подъ такого больного на обыкновенный матрацъ, закрытый клеенкой, а поверхъ ваты застилается чистая простыня. Вата крайне гигроскопична и хорошо впитываетъ въ себя влагу; мѣняется она нѣсколько разъ въ день, смотря по надобности; кромѣ того у неопрятныхъ больныхъ практикуются нѣсколько разъ въ день промывательныя, чтобы предотвратить частое мараніе больныхъ.

Въ нижнемъ этажѣ флигеля, обращеннаго къ западу, помѣщается клиническая лабораторія, занимающая всего три небольшихъ комнаты, выходящихъ въ длинный коридоръ. Одна ихъ этихъ комнатъ, самая дальняя, служитъ читальней и вмѣстѣ съ тѣмъ кабинетомъ профессора, въ двухъ другихъ

и коридорѣ размѣщены шкафы и папки съ препаратами и столы для микроскопическихъ работъ. Лабораторія снабжена достаточнымъ количествомъ микроскоповъ, разной величины микротомовъ и другихъ аппаратовъ. Особой психо-физической и анатомо-физиологической лабораторіи нѣтъ. Лабораторіей завѣдуетъ проф. Көррен.

Клиническія лекціи по психіатріи читаетъ проф. Жолли 3 раза въ недѣлю по одному часу.

Спеціальной аудиторіи при психіатрической клиникѣ нѣтъ. Заль, въ которомъ читаются лекціи въ то же время служить и столовой для покойныхъ больныхъ мужчинъ, откуда столы и лишнія скамьи на время лекціи убираются. Заль этотъ небольшой и обыкновенно не вмѣщаетъ всѣхъ слушателей, такъ что многимъ, за неимѣніемъ мѣстъ, приходится стоять вдаль въ сосѣдней передней. Кромѣ клиническихъ лекцій по психіатріи проф. Jolly читаетъ также лекціи по нервнымъ болѣзнямъ разъ въ недѣлю по 1½ часа и ведетъ приемы въ поликлиникѣ нервныхъ болѣзней по одному разу въ недѣлю.

Клиника нервныхъ болѣзней на 30 кроватей, завѣдуемая проф. Jolly, находится при 1-ой терапевтической клиникѣ, въ Alte Charité.

Ассистентами психіатрической клиники состоятъ Prof. Коеррен и Privat. Doc. D-r Westphal; первый читаетъ лекціи по судебной психіатріи и анатоміи центральной нервной системы, второй—теоретическія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ съ демонстраціей препаратовъ; кромѣ нихъ въ клиникѣ занимаются еще и другіе врачи. Ассистентомъ нервнаго отдѣленія состоитъ приват.-доц. D-r Leaehr.

Wuhlgarten b. Biesdorf.

Городская
больница для
эпилепти-
ковъ Wuhl-
garten возлѣ
Biesdorf.

Городская больница для эпилептиковъ Wuhlgarten находится въ 15 мин. ходьбы (къ востоку) отъ желѣзно-дорожной станціи Biesdorf восточной желѣз. дороги и въ получасѣ ѣзды, по желѣзной дорогѣ, отъ г. Берлина.

Открыта больница въ ноябрѣ 1893 года и разсчитана на 1000 человекъ взрослыхъ больныхъ и на 100 малолѣтнихъ идиотовъ-эпилептиковъ.

Площадь, занимаемая больницей, составляетъ 90 га, изъ которыхъ подъ постройками и садами 36 га., пахатной земли $42\frac{1}{2}$ га. и луга $11\frac{1}{2}$ га.

При постройкѣ больницы имѣлось въ виду предоставить больнымъ наибольшую свободу въ предѣлахъ ея. Предположено было, что изъ 1,000 ч. больныхъ эпилептиковъ только 240 окажутся не подходящими для такого свободнаго пользованія и потому для нихъ и выстроены два павильона по образцу закрытыхъ заведеній: одинъ для мужчинъ, другой для женщинъ. Въ этихъ павильонахъ содержатся только безпкойные и буйные больные, а также такіе, которые должны лежать въ постели. Всѣ остальные больные живутъ въ небольшимъ двухъ-этажныхъ домикахъ, имѣющихъ характеръ вилль, разбросанныхъ на довольно большой площади.

Тотчасъ при главномъ входѣ въ больницу справа помѣщается небольшой одноэтажный домикъ, въ которомъ живетъ портѣе. Идя по главной алеѣ съ лѣвой стороны ея и нѣсколько отступя, стоитъ двухъэтажное зданіе, расположенное въ видѣ четырехугольника съ внутреннимъ дворомъ — это отдѣленіе для малолѣтнихъ идиотовъ; зданіе это стоитъ совершенно въ сторонѣ отъ другихъ больничныхъ зданій. Помѣщенія для мальчиковъ отдѣлены отъ помѣщеній для дѣвочекъ и имѣютъ свои отдѣльные ходы. Въ нижнемъ этажѣ помѣщаются классныя комнаты съ соотвѣтствующей классной мебелью и учебными принадлежностями; въ верхнемъ этажѣ спальни, большая столовая и рекреаціонныя залы. Западную часть строенія составляетъ гимнастическій залъ, въ два свѣта, богато снабженный всѣми гимнастическими аппаратами. Мебель простая, но красиво сдѣланая. Кровати удѣтей желѣзныя со спинками. Въ этомъ же зданіи живутъ: инспекторъ, два учителя и двѣ учительницы; здѣсь также помѣщается

и врачебный кабинетъ для изслѣдованія дѣтей. Въ подвальномъ этажѣ находятся мастерскія.

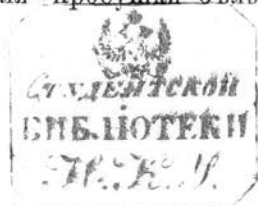
Центръ больницы составляетъ административное зданіе; по бокамъ его два большихъ двухъэтажныхъ павильона—это упомянутые выше закрытыя отдѣленія для безпокойныхъ и буйныхъ больныхъ; кромѣ того въ нихъ находится по небольшому отдѣленію, въ которое поступаютъ всѣ вновь прибывающіе, откуда уже, послѣ надлежащаго изслѣдованія и испытанія, сортируются по другимъ отдѣленіямъ.

Въ нижнихъ этажахъ этихъ павильоновъ находятся помѣщенія для дневного пребыванія больныхъ, вверху спальни; кромѣ того въ нижнихъ этажахъ въ особой пристройкѣ къ павильонамъ расположено по 8 просторныхъ и свѣтлыхъ изоляторовъ, снабженныхъ двойными дверьми и желѣзными оконными рамами съ корабельными стеклами. Полы въ изоляторахъ изъ дубоваго паркета, положеннаго на асфальтѣ. Стѣны выкрашены масляной краской, въ остальныхъ же помѣщеніямъ только до высоты 2 метровъ, а остальная часть стѣнъ выкрашена клеевой. Всѣ окна снабжены снаружи желѣзными рѣшетками и запираются особымъ ключемъ. Кровати—желѣзныя съ высокими, до $\frac{1}{2}$ метра, спинками изъ дерева; въ каждой кровати по два матраца: нижній соломенный, верхній волосяной, одна подушка, одѣяло и простыня. Въ нѣкоторыхъ помѣщеніяхъ для дневного пребыванія больныхъ, въ коридорѣ и изоляторахъ, во время моего посѣщенія, лежали матрацы, обтянутые клеенкой, прямо на полу; предназначены они для тѣхъ больныхъ, съ которыми дѣлаются припадки, и на которые больные обыкновенно переносятся.

Въ каждомъ изъ такихъ павильоновъ имѣется достаточное число ваннъ, умывальныхъ комнатъ, буфетныхъ и небольшихъ комнатъ для посѣтителей. Возлѣ этихъ павильоновъ—отдѣльные сады, огороженные высокой стѣной. Описанные павильоны, какъ показалъ опытъ, оказались сравнительно малыми въ сравненіи съ тѣмъ числомъ больныхъ, которые по своему состоянію должны содержаться въ закрытыхъ павильо-

нахъ. Скопленіе же такого большого числа больныхъ въ одномъ зданіи на дѣлѣ представляетъ и нѣкоторое неудобство въ томъ отношеніи, что, какъ извѣстно, многіе изъ эпилептиковъ совершенно безправственные люди и преступники, не желающіе подчиняться больничнымъ порядкамъ, склонные къ педерастіи (мужчины) и взаимной онаніи (женщины), къ заговорамъ, брани и ссорѣ между собою. Подобные тяжелые душевно-больные эпилептики, которые, не смотря на всѣ предпринимаемыя врачебныя мѣры, оказываются не исправимыми и даже вредными по своему вліянію на другихъ больныхъ, обыкновенно передаются въ больницу для душевно-больныхъ Dalldorf, гдѣ имѣется специальное отдѣленіе для преступныхъ душевныхъ больныхъ.

Административное зданіе расположено въ серединѣ между обоими закрытыми павильонами. Оно въ три этажа; въ нижнемъ этажѣ помѣщаются бюро, совѣщательная комната врачей, пріемная для посѣтителей, кабинеты директора и врачей; весь средній этажъ занимаетъ концертный залъ со сценой и прилегающими къ нему комнатами, въ которыхъ имѣются билиардъ и рояль. Здѣсь нѣсколько разъ въ годъ устраиваются спектакли, концерты, чтенія для больныхъ. Въ третьемъ этажѣ административнаго зданія—квартиры старшихъ врачей больницы. Противъ административнаго зданія (къ востоку), перейдя черезъ главную аллею, помѣщается лютеранская церковь, за ней секціонный домикъ, гдѣ, кромѣ залы для вскрытія труповъ, имѣются въ сосѣдствѣ еще нѣсколько комнатъ, занятыхъ подъ микроскопическую лабораторію. Съ сѣверной и съ южной стороны церкви находятся по одному дому: одинъ служитъ квартирой директора, другой—врачей и хозяйственного персонала. Позади административнаго зданія (къ западу) расположены ледникъ, а за нимъ большое хозяйственное зданіе, гдѣ помѣщается кухня, устроенная по Сенкинговской системѣ для варки пици, и механическая паровая прачешная, надъ которой въ верхнемъ этажѣ—паровая сушильня для просушки бѣлья, комнаты для про-



катки и глаженія бѣлья, что большею частью производится механическимъ путемъ. Тутъ же въ этомъ зданіи имѣются жилыя помѣщенія для кухонной прислуги и канцелярія эконома и смотрителя.

За прачешной еще болѣе къ западу идетъ котельное и машинное зданія, расположенныя въ одномъ павильонѣ. Всѣхъ котловъ, служащихъ для парового отопленія больничныхъ зданій, 10 штукъ; въ сосѣдствѣ съ помѣщеніемъ для котловъ находятся 2 динамомашинны и особое отдѣленіе для аккумуляторовъ. Возлѣ же машиннаго зданія находится и водопроводная башня. Собственно говоря, больница получаетъ воду изъ городского водопровода (Müggelsee), но такъ какъ напоръ воды становится въ больницѣ слабымъ, то пришлось устроить особую нагнетательную водопроводную башню, имѣющую резервуаръ въ 80 куб. литровъ вмѣстимостью, откуда вода по больничной водопроводной сѣти распредѣляется по отдѣльнымъ зданіямъ и павильонамъ.

Главная часть больныхъ живетъ въ такъ называемыхъ деревенскихъ домахъ (Landhäuser), расположенныхъ въ сѣверной части больничной мѣстности, причемъ въ 12 такихъ двухъэтажныхъ домахъ, расположенныхъ къ западу отъ главной алеи, живутъ больные мужчины, и въ такомъ же числѣ домовъ, расположенныхъ къ востоку, больныя женщины. Въ каждой такой виллѣ, которая по своему наружному виду и внутренней обстановкѣ ничѣмъ не отличается отъ обыкновенныхъ жилыхъ нѣмецкихъ домовъ, размѣщается по 20—30 и самое большое по 40 человекъ. Окна этихъ домовъ съ обыкновенными задвижками, двери въ теченіи всего дня открыты; запираются только на ночь. Нижніе этажи этихъ домовъ предназначены для дневного пребыванія, въ верхнихъ этажахъ—спальни; впрочемъ въ нѣкоторыхъ виллахъ имѣются небольшія спальни и въ нижнихъ этажахъ. Въ мужской половинѣ въ виллахъ имѣются два лазарета; на женской—только одинъ. Помѣщаются они въ нижнихъ этажахъ упомянутыхъ домовъ и предназначены для такихъ жильцовъ, болѣзнь кото-

рыхъ сравнительно не серьезная и не требующая долгаго лежанія въ постели. Для болѣ серьезныхъ больныхъ имѣется особый лазаретъ въ отдѣльномъ павильонѣ. Въ центрѣ расположенія виллъ находится одноэтажный большой павильонъ—это общая купальня для больныхъ, такъ какъ при помѣщеніяхъ больныхъ, у которыхъ примѣняется содержаніе по такъ называемой „системѣ открытыхъ дверей“ ваннъ и вообще какихъ либо приспособленій для купанія нѣтъ. Павильонъ—купальня имѣетъ мужскую и женскую половину съ ваннами, душами, электрическими ваннами и бассейномъ. На каждой половинѣ имѣется врачебный кабинетъ, снабженный электрическими машинами для пользованія больныхъ. Въ западной части расположенія мужскихъ домиковъ находится одноэтажный павильонъ, построенный въ формѣ креста; въ немъ помѣщаются мастерскія для больныхъ мужчинъ: кузнечная, плотничная, столярная, для плетенія корзинокъ, переплетная и др.

Въ самомъ концѣ, т. е. въ сѣверной части больницы, находится хозяйственный дворъ съ конюшнями, коровниками, различными сараями, помѣщеніями для птицы и проч.; не вдалекѣ отъ него въ двухъ павильонахъ живутъ больныя, занимающіяся хозяйственными работами. Въ сѣверо западномъ углу больничной мѣстности находится больничное кладбище. Кругомъ больничныхъ домовъ—частью сады, частью поля, огороды и луга. Вся площадь, занимаемая больницей, отгорожена низкой рѣшеткой, обсаженной живой изгородью; отдѣльные садики обнесены низкими полсадиками.

Полы во всѣхъ помѣщеніяхъ больныхъ деревянные, крашеные, за исключеніемъ изоляторовъ, гдѣ они изъ дубоваго паркета, и кухни и прачешной, гдѣ они изъ особыхъ плитъ обожженнаго кирпича; отопленіе паровое; освѣщеніе электрическое; клозеты промывающіеся водой: въ закрытыхъ павильонахъ промываются автоматически, въ остальныхъ съ обыкновенными приспособленіями. Больница имѣетъ свою телефонную сѣть, соединяющую отдѣльные павильоны другъ съ дру-

гомъ, и особую канализацію, которой промывныя воды удаляются на принадлежащія больницѣ поля орошенія. При больницѣ на случай пожара заведенъ свой пожарный обозъ.

Во главѣ всей больницѣ стоитъ директоръ (Dr. Hebold), ему подчиняются врачи и хозяйственный персоналъ. Въ свою очередь директоръ отчитывается передъ городскимъ самоуправленіемъ. Медицинскій персоналъ въ больницѣ кромѣ директора составляютъ: два старшихъ врача и 5 врачей ассистентовъ, причеиъ занятія ихъ распредѣляются такъ: одинъ старшій врачъ завѣдуетъ мужскимъ закрытымъ павильономъ и въ тоже время помогаетъ директору по администраціи и замѣщаетъ его въ его отсутствіе; два ассистента - врача завѣдуютъ женской половиной и два—мужской половиной больныхъ, живущихъ въ виллахъ; другой старшій врачъ наблюдаетъ за больными женщинами, находящимися въ закрытомъ павильонѣ, и наконецъ пятый врачъ-ассистентъ завѣдуетъ дѣтьми идиотами.

Относительно самаго болѣзненнаго процесса—эпилепсіи D. Hebold (директоръ больницы) считаетъ ее, по крайней мѣрѣ въ самородной эпилепсіи, за органической неврозъ. По его мнѣнію, всю причину эпилептического болѣзненнаго процесса нужно искать не въ мозгу, гдѣ б. частью ничего не находятъ, а въ сосудистой системѣ эпилептиковъ и обуславливаемыхъ ею разстройствахъ питанія мозга. Сосудистая система въ большинствѣ случаевъ у эпилептиковъ оказывается сильно измѣненной: сосуды основанія мозга сужены, аорта также часто бываетъ крайне мала въ своемъ обхватѣ, причеиъ послѣдній спускается иногда до 5 сант. и ниже. Въ согласіи съ этими чисто макроскопическими находками находятъ и данныя, полученныя при микроскопическомъ изслѣдованіи мозговъ эпилептиковъ, и именно: очень часто находятъ у эпилептиковъ измѣненіе одного или обоихъ Аммоніевыхъ роговъ и по преимуществу такъ называемой *gyrus Uncinatus*; процессъ состоитъ въ склерозѣ мозговой ткани и разрушеніи нервныхъ элементовъ, почти всегда опредѣленныхъ мѣстъ—

Fascia dentata и Uncus. По мнѣнію Hebold'a, эти измѣненія мозга эпилептиковъ не первичныя, а развиваются вторично вслѣдствіе недостаточнаго питанія мозга обычно недоразвитыми сосудами у эпилептиковъ и во всякомъ случаѣ эти измѣненія мозга, по тому же автору, не являются слѣдствіемъ самой эпилепсіи.

Принимая во вниманіе, что сосуды, питающіе кровью Аммоніевъ рогъ, также питаютъ ею и тотъ отдѣлъ внутренней капсулы, гдѣ проходятъ двигательные и чувствительные пути, а также то обстоятельство, что каждый эпилептический припадокъ начинается всегда судорогами сначала въ одной половинѣ тѣла соотвѣтственно противоположно измѣнному рогу (?), то, по Hebold'у, естественно принять, что въ измѣненномъ Аммоніевомъ рогѣ и есть то слабое мѣсто, откуда при нѣкоторыхъ, правда, намъ неизвѣстныхъ, условіяхъ, можетъ развиваться то болѣзненное состояніе, которое носитъ названіе эпилептического припадка.

Въ виду того, что эпилепсія въ большинствѣ случаевъ болѣзнь наслѣдственная, при которой находятъ органическія измѣненія въ сосудахъ мозга, а также и въ самомъ мозгу, трудно надѣяться на излѣченіе ея.

Лѣченіе эпилептиковъ въ больницѣ Wuhlgarten производится въ общеизвѣстныхъ рамкахъ терапіи. Большимъ подспорьемъ въ дѣлѣ лѣченія является установленіе извѣстнаго жизненнаго режима и работы больныхъ на свѣжемъ воздухѣ и на поляхъ. Нѣкоторые больные, смотря по ихъ склонностямъ къ разнымъ занятіямъ, работаютъ въ просторныхъ мастерскихъ, другія въ полѣ; больныя женщины занимаются или по хозяйству или по преимуществу руководлемъ, шитьемъ и починкою бѣлья и проч.

При выборѣ пищи имѣется въ виду, чтобы она была не тяжелой и легко питательной. Мясо и овощи мѣняются въ самыхъ разнообразныхъ формахъ; при этомъ, конечно, полное воздержаніе больныхъ отъ спиртныхъ напитковъ.

Что касается лѣкарственныхъ средствъ, употребляющихся въ этой больницѣ, то таковыя общеизвѣстны; на первомъ планѣ стоятъ бромистые препараты. Дѣлались пробы и съ другими, рекомендованными при эпилепсiи, средствами, но въ концѣ концовъ, за недѣйствительностью ихъ, приходилось возвращаться къ старымъ, испытаннымъ средствамъ. Fleischig'овскiй методъ лѣченiя эпилепсiи большими дозами опиѧ также не оправдалъ, по заявленiю больничныхъ врачей, возлагавшихся на него надеждъ. При такъ называемомъ *status epilepticus* только *Chloral hydrat* оказывалъ, по заявленiю тѣхъ же врачей, хорошия услуги. При состоянiяхъ возбужденiя и тоски практикуется примѣненiе успокаивающихъ средствъ въ видѣ *narcotica*. Рядомъ съ наркотическими въ этихъ случаяхъ примѣняется гидротерапiя въ видѣ болѣе или менѣе продолжительныхъ тепловатыхъ ваннъ, обертыванiй и обтиранiй.

Въ теченiи 1896 года въ больницѣ *Wuhlgarten* было 385 новыхъ поступленiй (289 муж. и 96 жен.). Убыло изъ больницы въ теченiи того же года 325 чел. (254 муж. и 71 ж.), въ томъ числѣ умершихъ 39 ч. (23 м. + 16 ж.) Къ концу года оставалось 813 (498 м. + 315 ж.), изъ этого числа взрослыхъ больныхъ было 724 (447 м. + 277 ж.), дѣтей 88 (51 мальч. + 38 дѣв.). По формамъ болѣзней вновь принятыя распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	муж.	жен.	мал.	дѣв.
а) эпилепсiя	207	64	23	10
б) хроническiй алкоголизмъ.				
в) истерiя	26	4		
г) истеро-эпилепсiя.	—	3		
е) Идиотизмъ, слабоумiе и др.	8	4	3	1
душев. разстр.	11	7		
ф) гемикранiя, хорей и ней-				1
растенiя		3		

Изъ вновь принятыхъ, присужденныхъ судомъ къ различнымъ наказаніямъ, было 135 челов., именно 129 муж. (50,6%) и 6 женщинъ (7%). Изъ этого числа были при-суждены: къ простому аресту 22 мужчинъ (8,9%); къ заклю-ченію въ тюрьму 89 муж. (36%) и 5 женщинъ (5,8%) и къ заключенію въ исправительную тюрьму 14 муж. (5,7%) и 1 женщ. (1,2%). Побѣговъ со стороны больныхъ въ теченіи 1896 г. было 51 (49 со стороны б. мужчинъ, 1 со стороны б. женщинъ и 1—дѣвочка). Попытокъ къ самоубійству было— 5: со стороны больныхъ мужчинъ 1 (пытался повѣситься) и 4 со стороны б. женщинъ, изъ которыхъ одна повторно пы-талась задушиться.

Поврежденія эпилептиковъ во время припадковъ были многочисленны и относились большею частью къ легкимъ. Изъ болѣе крупныхъ нужно отмѣтить слѣдующія: Одна больная получила во время припадка вывихъ плеча; двѣ другихъ—пе-реломъ большеберцовой кости. Одинъ больной мужчина въ безсознательномъ состояніи выбросился изъ окна въ клозетъ и получилъ переломъ большеберцовой кости; другой въ та-комъ же состояніи высочилъ днемъ изъ окна второго этажа виллы, получилъ переломъ костей основанія черепа и вскорѣ умеръ. Въ день моего посѣщенія одна больная въ сумереч-номъ состояніи сознанія также выбросилась изъ окна 2-го этажа и получила переломъ праваго плеча.

Упомянутые выше несчастные случаи, частью зависѣли отъ недостатка присмотра со стороны служительскаго персо-нала, съ другой стороны эти случаи неизбѣжно, къ сожалѣнію, наблюдаются и при самомъ тщательномъ уходѣ въ каждомъ лѣчебномъ заведеніи для душевно-больныхъ, а въ особенности въ заведеніяхъ для эпилептиковъ.

Въ отдѣленіи для дѣтей занималось въ школѣ 70 ч. (37 мал. + 33 дѣв.); преподавались имъ слѣдующіе предметы: Законъ Божій, ариѳметика, нѣмецкій языкъ, исторія, есте-ственная исторія, физика, географія, чистописаніе, пѣніе и гимнастика. Нѣкоторые мальчики старшаго и средняго воз-

растовъ обучались переплетному мастерству; остальные садовымъ работамъ; дѣвочки—разнымъ рукодѣліямъ. Средній возрастъ дѣтей былъ 12,1 лѣтъ, наименьшій 4 года, наистаршій—19 лѣтъ. 4 мальчика и 3 дѣвочки были конфирмованы. Въ теченіи года 3 мальчиковъ отдали въ постороннія руки для изученія ремеслу; 8 мальчиковъ и 9 дѣвочекъ переведены на половину взрослыхъ больныхъ.

Herzberge.

Берлинская
психіатриче-
ская больни-
ца «Herzber-
ge».

Городская психіатрическая больница „Herzberge“ находится за городомъ въ восточной его части, въ предмѣстьи Берлина Lichtenberg. Добраться до больницы можно двумя путями: или по восточной желѣзной дорогѣ до станціи Лихтенбергъ, а оттуда пѣшкомъ (минуть 15 ходьбы) до самой больницы или по городской желѣзной дорогѣ Nordring до станціи Francfurter Allee, оттуда до самой больницы идетъ конво-желѣзная дорога; этотъ путь самый удобный. Больница на 1050 кроватей, открыта въ 1893 году и предназначена только для бесплатныхъ больныхъ по преимуществу уроженцевъ города Берлина. Въ эту больницу направляются обыкновенно больные, живущіе въ восточной части Берлина, тогда какъ больные изъ западной половины Берлина подлежатъ поступленію въ третью городскую психіатрическую больницу Dalldorf.

Больница построена по павильонной системѣ и состоитъ изъ центрального закрытаго заведенія и изъ разбросанныхъ вблизи послѣдняго небольшихъ двухъэтажныхъ домиковъ деревенскаго типа, предназначенныхъ для больныхъ, содержащихся по системѣ открытыхъ дверей. Площадь земли, занимаемая больницей, а также садами и огородами, принадлежащими ей, составляетъ 95 га. Центръ больницы составляетъ административное зданіе; за нимъ въ одну линію къ сѣверу расположены слѣдующія зданія: павильонъ-мастерскія, купальня и хозяйственное зданіе. Справа и слѣва, т. е. къ

востоку и западу отъ административнаго зданія и немного отступя отъ него, слѣдуютъ павильоны для больныхъ, тоже располагаясь въ одну линію къ сѣверу, при чемъ павильоны, расположенные съ восточной стороны административнаго зданія, заняты больными мужчинами, павильоны расположенные къ западу — больными женщинами. Два самыхъ южныхъ павильона, т. е. ближайшіе къ административному зданію, предназначены для спокойныхъ больныхъ, слѣдующіе два за ними (къ сѣверу)—для вновь поступающихъ и беспокойныхъ, затѣмъ еще два павильона для больныхъ слабыхъ и неопытныхъ и наконецъ послѣдніе два павильона закрытаго заведенія, стоящіе въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ послѣднихъ, назначены для очень беспокойныхъ и буйныхъ больныхъ. Наружныя стороны всѣхъ этихъ павильоновъ соединены между собой кирпичной стѣной въ 2,15 метра вышиною. Стѣна, огораживающая сады обѣихъ беспокойныхъ павильоновъ, нѣсколько выше, наконецъ стѣна прежней высоты, т. е. въ 2,15 метра, проходящая между двумя павильонами для буйныхъ больныхъ и позади хозяйственнаго зданія ограничиваетъ внутренній больничный дворъ съ сѣверной стороны. Сады, прилежающіе къ больничнымъ павильонамъ обсажены живой изгородью, отъ внутренняго же больничнаго двора отгорожены низкой желѣзной рѣшеткой. Длина всего внутренняго двора центральнаго заведенія отъ административнаго зданія и до заднихъ воротъ (за хозяйственными зданіями)=340 метровъ, ширина, включая и сады=290 метровъ; вся площадь двора вмѣстѣ съ постройками=98,600 кв. метровъ.

Къ югу отъ закрытаго заведенія въ паркѣ разбросано 7 отдѣльныхъ двухъэтажныхъ домиковъ, имѣющихъ характеръ вилль, каждый на 25—40 ч. больныхъ, изъ которыхъ въ двухъ, расположенныхъ въ западной части парка и шоссе, живутъ 50 больн. женщинъ, въ 5-ти же домикахъ, расположенныхъ къ востоку — 160 ч. больныхъ мужчинъ; слѣдовательно всего больныхъ по системѣ открытыхъ дверей пользуется 210 ч.

Вблизи мужскихъ домиковъ и нѣсколько восточнѣй находится двухъэтажный домъ, служащій квартирами для чиновъ хозяйственного персонала, а далѣе за нимъ расположено хозяйственный дворъ съ конюшнями, коровниками и проч. сооружениями. Въ восточной части отъ закрытаго заведенія и въ сторонѣ расположены машинное зданіе и въ сосѣдствѣ съ нимъ секціонный домъ.

Къ сѣверу отъ центрального заведенія стоитъ совершенно отдѣльно заразный баракъ. Къ югу отъ центрального заведенія позади большой клумбы съ цвѣтами справа и слѣва шоссе расположено по одному двухъэтажному дому — это квартиры врачей и наконецъ при самомъ входѣ въ больницу, т. е. въ западной части — двухъэтажный домъ, въ которомъ живетъ директоръ больницы.

Всѣ павильоны, предназначенные для больныхъ, въ два этажа; лѣстницы въ нихъ каменные, крытыя линолеумомъ. Стѣны помѣщеній больныхъ до высоты 1,5 и 2 метровъ выкрашены масляной краской, остальная часть — клеевой; въ изоляторахъ всѣ стѣны цѣликомъ выкрашены масляной краской. Ключеты большіе, просторные — промываются водой: автоматически (въ павильонахъ для слабыхъ и буйныхъ больныхъ) или путемъ давленія на особую кнопку. На мужской половинѣ кромѣ того устроены писсуары изъ шифферныхъ досокъ и съ постояннымъ орошеніемъ; дворовые и садовые писсуары промываются также автоматически.

Умывальниками служатъ простыя фаянсовыя чашки, вѣдланная въ широкую, прикрѣпленную къ стѣнѣ, шифферную доску. Водопроводные краны, изъ которыхъ вода льется въ умывальныя чашки, открываются и запираются особыми ключами, хранящимися у прислуги.

Ванны — изъ чугуна покрыты снаружи толстымъ слоемъ цинка; въ нѣкоторыхъ изъ ваннхъ комнатъ имѣются также и души, не высокаго давленія, съ тонкими струйками воды, чтобы избѣжать сильнаго раздраженія кожи; на мужской половинѣ въ деревенскихъ домикахъ находятся только одни

души съ особыми смѣсителями для теплой и холодной воды системы Бутцке (Berlin, Ritterstrasse 15). Помимо всего этого въ закрытомъ заведеніи находится особый павильонъ, въ которомъ устроена центральная купальня; приспособленія для согрѣванія воды для ваннъ помѣщаются въ подвальныхъ этажахъ каждаго павильона. Отопленіе павильоновъ: центрального или закрытаго заведенія—паровое; квартиры служащихъ и деревенскіе домики отапливаются обыкновенными печами; въ административномъ зданіи — паро-водяное отопленіе; концертный залъ имѣетъ паро-воздушное отопленіе; мастерскія и центральная купальня—паровое; хозяйственное зданіе—паровое низкаго давленія; больничные павильоны—паро-воздушное отопленіе. Отъ котельнаго зданія проводящія паръ трубы идутъ въ особыхъ земляныхъ каналахъ шириною въ 1,2 метра и глубиною въ 2 метра, въ которыхъ расположены и главные проводники для электрическаго освѣщенія. Машины прачешной приводятся въ движеніе паромъ. Послужившій для отопленія конденсированный паръ, превращенный въ воду, въ видѣ послѣдней собирается въ особую цистерну, находящуюся возлѣ машиннаго зданія, и вновь утилизируется.

Въ каждой спальнѣ приходится 25 куб. метровъ воздуха на одного больного; въ помѣщеніяхъ, предназначенныхъ для постельнаго содержанія больныхъ—до 36 куб. метровъ на каждаго больного; въ помѣщеніяхъ для дневного пребыванія на каждаго больного приходится 5 кв. метровъ поверхности пола. Испорченный воздухъ удаляется посредствомъ особыхъ вентиляціонныхъ каналовъ, открывающихся внизу у пола; вообще воздухъ во всѣхъ помѣщеніяхъ можетъ быть возобновляемъ $1\frac{1}{2}$ —2 раза въ часъ.

Освѣщеніе больницы всюду электрическое, для каковой цѣли въ машинномъ зданіи имѣются нѣсколько паровыхъ динамомашинъ; каждая динамомашина развиваетъ электрическую энергію на 1000 лампочекъ накаливанія. Отъ машиннаго зданія ко всѣмъ больничнымъ павильонамъ идутъ мѣдные провода, проходящіе въ особыхъ каналахъ вмѣстѣ съ трубами

парового отопленія. Всѣхъ лампочекъ накаливанія, силою отъ 10—16 свѣчей, въ больницѣ насчитывается 2250, кромѣ того 18 большихъ лампъ съ Вольтовой дугой освѣщаютъ дворы, аллеи и площади больницы. Воду больница получаетъ изъ городского водопровода.

Больница имѣетъ свою отдѣльную канализацію, устроенную по типу Берлинской. Промывныя воды уносятся на принадлежащія больницѣ поля орошенія; дождевая вода съ крышъ по дренажнымъ трубамъ стекаетъ въ устроенный при больницѣ прудъ.

Для нуждъ отопленія въ котельномъ зданіи имѣется 20 котловъ. Тутъ же при машинномъ зданіи расположень угольный дворъ, покрытый бетонными плитами, откуда уголь особыми вагончиками подвозится прямо къ печамъ котловъ. При машинномъ зданіи находятся жилия помѣщенія для кочегаровъ и слесаря и ванная для нихъ, а также слесарная мастерская и особое отдѣленіе для добыванія дистиллированной воды для аккумуляторовъ и для аптеки лѣчебницы.

Отъ желѣзно-дорожной станціи Lichtenberg проложенъ къ самой больницѣ рельсовый путь для подвоза топлива.

Теперь перейду къ болѣе подробному описанію нѣкоторыхъ больничныхъ зданій.

Административное зданіе занимаетъ центръ южной части больничныхъ зданій закрытаго заведенія—оно въ три этажа. Въ нижнемъ этажѣ помѣщаются бюро, приѣмныя для посѣтителей и больныхъ—всего 10 комнатъ, затѣмъ совѣщательная комната, медицинская библіотека, особая комната для храненія инструментовъ и аптека. Въ средней части нижняго этажа въ пристройкѣ (къ сѣверу)—церковь; во второмъ этажѣ концертный залъ и другія комнаты для развлеченія больныхъ, а также столовая для холостыхъ врачей; въ этомъ же этажѣ нѣсколько квартиръ для врачей и аптекаря. Въ третьемъ этажѣ квартиры двухъ старшихъ врачей больницы.

Павильоны - мастерскія построены въ формѣ креста. Помѣщенія мастерскихъ просторныя, свѣтлыя, съ большимъ содержаніемъ воздуха, имѣютъ нѣсколько отдѣльныхъ ходовъ.

Павильонъ-купальня—одноэтажное зданіе, раздѣлено на мужскую и женскую половины; между ними общій большой бассейнъ. Какъ на той, такъ на другой половинѣ много ваннъ, душей, и по одной электрической ваннѣ. Кромѣ того на каждой половинѣ при входѣ расположены особыя ванныя комнаты для служительскаго персонала, а также по одной врачебной комнатѣ, снабженной необходимыми электрическими аппаратами для лѣченія больныхъ.

Хозяйственное зданіе въ два этажа; въ немъ кромѣ кухни и прачешной находятся рабочія комнаты, кладовыя и квартиры служащихъ по кухне. Въ кухнѣ 17 различной величины котловъ отъ 50 до 500 литровъ вмѣстимостью, большая чугунная плита съ духовою печью, аппаратъ для варки паромъ картофеля, шкафъ для нагрѣванія посуды и проч.; въ сосѣдствѣ съ кухней—помѣщенія для мытья посуды, очистки овощей и т. д.

Прачешная находится въ сѣверной части хозяйственнаго зданія и снабжена всѣми новѣйшими машинами для мытья, просушки, прокатки и глаженія бѣлья. Возлѣ прачешной находится дезинфекціонная камера. Всѣ машины прачешной приводятся въ движеніе паровой машиной, получающей паръ изъ машиннаго зданія. Переработанный этой машиной паръ идетъ на согрѣваніе воды для нуждъ прачешной. Заразный баракъ предназначенъ на случай какой либо большой эпидеміи, въ больницѣ. Мужская половина его отдѣлена отъ женской и каждая имѣетъ свои отдѣльные ходы. (Въ случаяхъ единичнаго заболѣванія больныхъ какою либо заразною болѣзнию, напр. рожей, туберкулезомъ или ангиной, такіе больные обыкновенно отдѣляются въ имѣющіяся въ пристройкахъ каждого павильона отдѣльныя комнаты). Какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ заразнаго барака имѣется по одному большому залу на 8 кроватей и по три отдѣльныхъ небольшихъ комнаты; по одной комнатѣ для прислуги и по кухнѣ. Съ другой стороны зала находятся коридоръ, клозетъ и ванная. Въ средней части заразнаго

барака имѣется комната для дезинфекціи платья, посуды и изверженій больныхъ. Бѣлье послѣ дезинфекціи въ глиняныхъ, хорошо закупоривающихся кувшинахъ поступаетъ въ дезинфекціонную камеру, находящуюся при прачешной. Возлѣ врачебнаго кабинета помѣщается небольшая комната съ ванной для переодеванія; изъ этой комнаты выходъ прямо во дворъ. Окна въ баракѣ трехстворчатыя, средняя рама открывается путемъ вращенія по средней оси, боковыя створки неподвижны. Отопленіе барака печами, которыя служатъ также и для сожиганія подметаемаго въ баракѣ сора. Полъ изъ каменныхъ плитъ. Покойницкая для вскрытія труповъ находится къ сѣверу отъ машиннаго здавія и къ востоку отъ закрытаго заведенія. Она въ два этажа; въ нижнемъ этажѣ помѣщается секціонный залъ въ три окна, посреди его вращающійся во всѣ стороны по горизонтальной плоскости столъ, верхняя доска котораго сдѣлана изъ шиффера; подоконники во всѣхъ окнахъ также изъ шиффера. Трупы до вскрытія хранятся въ погребѣ, находящемся въ подвальномъ этажѣ секціоннаго дома, откуда посредствомъ подъемной машины доставляются въ секціонный залъ для вскрытія. Рядомъ съ секціонной залой находятся двѣ комнаты: одна въ три окна, другая въ два, служащая микроскопической лабораторіей, которая снабжена всѣми инструментами и аппаратами, необходимыми для микроскопическихъ работъ. Въ двухъ комнатахъ, находящихся во 2 этажѣ секціоннаго дома, производятся различныя химическія изслѣдованія. При секціонномъ домѣ имѣется квартира для служителя; въ подвальномъ этажѣ кромѣ того имѣется небольшой приборъ для добыванія газа для потребностей лабораторіи изъ такъ наз. газоліна.

Недалеко отъ секціоннаго дома построена совершенно отдѣльно печь, въ которой сожигаются старыя повязки, соръ, солома, торфяная и древесная вата изъ подъ заразныхъ больныхъ и т. д.

Своего кладбища больница не имѣетъ; трупы умершихъ больныхъ хоронятся на городскомъ кладбищѣ, находящемся

въ разстояніи не болѣе километра къ юго-востоку отъ больницы.

Выше уже было сказано, что въ закрытомъ заведеніи больные размѣщены въ 8 большихъ двухъэтажныхъ павильонахъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга садами. Въ 4 павильонахъ помѣщаются больные мужчины, а въ другихъ 4 павильонахъ — больныя женщины. Каждый павильонъ распадается на нѣсколько другихъ отдѣленій, чаще всего на два.

Всякій вновь поступающій больной направляется въ павильонъ для вновь поступающихъ больныхъ, гдѣ въ нижнемъ этажѣ его имѣется отдѣленіе для такихъ больныхъ, состоящее изъ двухъ большихъ залъ, каждая на 11 кроватей. Предварительно такіе больные черезъ отдѣльный ходъ направляются въ приемную комнату приемнаго павильона, гдѣ имъ дѣлаютъ ванны; платье ихъ послѣ тщательнаго осмотра отсылается въ дезинфекціонную камеру, а бѣлье вымачивается въ растворѣ лизола.

Больные съ какими либо поврежденіями или съ подозрѣніемъ на какую либо заразную болѣзнь тутъ же изслѣдуются врачомъ. Изъ этой приемной комнаты, не приходя въ соприкосновеніе съ другими больными этого павильона, они направляются по коридору въ выше упомянутое отдѣленіе для вновь принятыхъ больныхъ, гдѣ и размѣщаются, при чемъ болѣе покойные больные кладутся въ залъ; расположенной ближе къ средней части этого павильона и въ приемной комнатѣ, болѣе же беспокойные размѣщаются въ сосѣдней залѣ, отдѣленной отъ первой небольшой комнатой, въ которой помѣщается наблюдающій за больными служительскій персоналъ; въ сосѣдствѣ съ этими залами для вновь поступающихъ больныхъ находится ванная комната, полъ въ которой изъ теракоцца, а стѣны — сплошь выкрашены масляной краской; эта ванная служитъ вмѣстѣ съ тѣмъ и умывальной комнатой. Кромѣ того въ самомъ концѣ этого отдѣленія расположены еще три изолятора и три небольшихъ комнаты въ одно окно съ обыкновенными рамами и стек-

лами; окна въ изоляторахъ, въ случаѣ нужды, обыкновенно защищаются посредствомъ прилаживанія къ окну рамъ съ проволочной сѣткой, что до сихъ поръ иногда примѣнялось только на женской половинѣ.

Въ отдѣленіяхъ для вновь поступающихъ больныхъ послѣдніе залеживаются недолго и скоро переводятся въ другія отдѣленія больницы: больные съ явленіями паралича, слабые, а также страдающіе хроническими общими болѣзнями направляются обыкновенно въ павильонъ для слабыхъ больныхъ, гдѣ имѣется три отдѣленія для такихъ больныхъ, каждое на 30—40 кроватей.

Больные же, требующіе продолжительнаго наблюденія и пользованія лежаніемъ въ постели, какъ то: съ легкою спутанностью, умѣренные галлюцинанты, съ психозами на почвѣ истощенія или съ интоксикаціонными психозами, а также морфинисты—переводятся обыкновенно скоро на другую половину нижняго этажа этого павильона, состоящую изъ 4 комнатъ на 28 кроватей.

Какъ скоро больные не нуждаются уже въ продолжительномъ примѣненіи постельнаго содержанія, т. е. большую часть времени проводятъ вѣдѣ постели, но которые тѣмъ не менѣе должны еще находиться подъ бдительнымъ надзоромъ особенно ночью, то таковыя располагаются во вторыхъ этажахъ павильоновъ для вновь принятыхъ больныхъ. Въ этихъ этажахъ также два отдѣленія—оба на 50 кроватей, но помѣщеній для дневного пребыванія въ нихъ соразмѣрно больше, чѣмъ въ нижнихъ этажахъ. Здѣсь помѣщаются и тѣ хронически душевно-больные, которые передъ переводомъ въ отдѣленіе для спокойныхъ больныхъ нуждаются еще въ нѣкоторомъ за собою наблюденіи, особенно ночью.

Въ обоихъ этажахъ павильона для вновь поступающихъ больныхъ и слабыхъ больныхъ имѣются электрическіе контрольные аппараты, въ другихъ отдѣленіяхъ для провѣрки прислуги ночью служатъ обыкновенныя карманныя контрольные часы.

Нижніе этажи павильоновъ для слабыхъ больныхъ состоятъ большею частью изъ большихъ залъ, на 1—12 кроватей каждая. Между двумя такими залами находится обыкновенно большая промежуточная комната, въ которой устроены: клозетъ съ автоматической промывкой, писсуаръ, ванна и умывальники.

Полы въ этихъ промежуточныхъ комнатахъ, а также частью и въ больничныхъ залахъ теракоццевые. Въ средней части нижняго этажа этого павильона имѣется комната для хирургическихъ перевязокъ съ теракоццевымъ (? ред.) поломъ и стѣнами, окрашенными масляной краской. Обильный притокъ свѣжаго воздуха въ эти отдѣленія былъ предусмотрѣнъ еще при постройкѣ. Кромѣ вентиляціонныхъ каналовъ всѣ помѣщенія для больныхъ и корридоры снабжены форточками—жалюзи, которыми вполне обеспечивается притокъ свѣжаго воздуха въ палаты.

Съ южной стороны павильона для слабыхъ больныхъ есть выходъ прямо на крытую веранду въ 50 кв. метровъ, куда можно въ теплое время выводить, а также вывозить на кроватяхъ слабыхъ больныхъ. Съ обѣихъ сторонъ этой веранды устроенъ цементированный скатъ, по которому больные съ кроватями могутъ быть выносимы или вывозимы въ прилежащій садъ.

Нужно еще упомянуть, что въ этомъ павильонѣ кромѣ большихъ залъ имѣется большое число небольшихъ комнатъ, которыя частью служатъ для одиночнаго содержанія больныхъ, частью же—спальнями для служительскаго персонала. Спальни для служительскаго персонала, работающаго въ нижнемъ этажѣ павильона, помѣщаются въ особой пристройкѣ, образующей 3-ій этажъ средней части павильона, спальни же служительскаго персонала, наблюдающаго за больными во 2 этажѣ, находятся тутъ же въблизи спаленъ больныхъ. Кромѣ того въ каждомъ большомъ больничномъ павильонѣ имѣется по одной приѣмной комнатѣ для посѣтителей и по

одной комнатѣ, служащей столовой для служительскаго персонала.

Въ каждомъ отдѣльномъ большомъ павильонѣ кромѣ старшаго надзирателя и его помощника находится еще особый служитель (Stationswärter), который долженъ слѣдить за бдительностью прислуги по отношенію къ наблюденію за больными, а также за запираніемъ оконъ и дверей.

Врачи-ассистенты живутъ въ третьихъ этажахъ каждаго павильона.

Отдѣленіе для безпокойныхъ больныхъ, или какъ въ больницѣ называютъ его „Ueberwachungshaus,“ находится въ павильонѣ, расположенномъ въ сѣверной части закрытаго заведенія. Каждый такой павильонъ (садъ его) обнесенъ высокой стѣной и большею частью предназначенъ для больныхъ хрониковъ. Болѣе безпокойные больные помѣщаются въ нижнемъ этажѣ. Въ каждомъ этажѣ имѣется нѣсколько спаленъ, въ которыхъ размѣщается не болѣе 5 больныхъ въ каждой, а затѣмъ много отдѣльныхъ небольшихъ комнатъ въ одно окно, позволяющихъ несоціальные элементы больныхъ изолировать въ широкихъ размѣрахъ. Кромѣ этого въ каждомъ этажѣ этого павильона имѣются по 4 изолятора. Въ нижнемъ этажѣ находится небольшой лазаретъ на 10 кроватей. Всѣ окна этихъ павильоновъ защищены желѣзными рѣшотками. Сады при нихъ болѣе большихъ размѣровъ, чѣмъ при другихъ павильонахъ.

Павильонъ для покойныхъ больныхъ или такъ называемый „открытый домъ“ — въ два этажа. Въ верхнемъ этажѣ помѣщаются только спальни больныхъ, въ нижнемъ же этажѣ помѣщенія для дневного пребыванія и столовая. Павильонъ этотъ состоитъ изъ двухъ отдѣленій, каждое на 50 мѣсть. Въ средней части нижняго этажа этого павильона помѣщается лазаретъ, занимающій двѣ комнаты, каждая на 6—7 кроватей; между этими двумя комнатами расположена третья комната, раздѣленная перегородкой на двое: одну половину этой комнаты занимаетъ лазаретный служитель, въ другой помѣщает-

ся ванна, переносный ночной стульчикъ и пр. Окна въ нижнемъ этажѣ обыкновенныя съ обыкновенными задвижками; въ спальняхъ же окна запираются посредствомъ особаго ключа.

Такъ называемые деревенскіе дома, разбросанные въ больничномъ паркѣ, нисколько не отличаются отъ обыкновенныхъ жилыхъ домовъ. Въ нижнихъ этажахъ ихъ обыкновенно помѣщаются комнаты для дневнаго пребыванія и столовая, верху—спальни, не болѣе какъ на 2—5 человекъ. Дома эти предназначены для выздоравливающихъ больныхъ и покойныхъ хрониковъ; особенность ихъ состоитъ въ томъ, что двери въ нихъ запираются только на ночь.

Въ общемъ нужно сказать, что въ больницѣ нѣтъ спаленъ, которыя были бы рассчитаны болѣе, чѣмъ на 12 больныхъ; тѣ же помѣщенія, въ которыхъ больные должны находиться въ кровати и днемъ, рассчитаны всего на 6—8 больныхъ.

Изоляторы въ больницѣ очень просторные, имѣютъ 13,6 — 14,7 кв. метровъ поверхности пола, расположены обыкновенно въ самыхъ боковыхъ частяхъ павильоновъ, соединяясь съ широкимъ свѣтлымъ коридоромъ въ 9 метровъ длины и 2 м. ширины. Изоляторы, предназначенные для болѣе беспокойныхъ больныхъ, снабжены двумя дверями, изъ которыхъ внутренняя имѣетъ слуховое окошечко съ толстымъ корабельнымъ стекломъ для наблюденія за больными въ изоляторѣ, при чемъ окошечко можетъ быть по надобности закрываемо посредствомъ особой пластинки. Освѣщаются изоляторы лампочками накаливанія, помѣщенными надъ дверьми въ нишѣ, защищенной толстымъ корабельнымъ стекломъ. Вентиляціонные каналы въ изоляторахъ защищены прочной проволоочной сѣткой, которая можетъ быть снимаема на случай прочистки ихъ. Окна изоляторовъ изъ желѣзныхъ рамъ съ толстыми не разбиваемыми корабельными стеклами; имѣющіяся въ окнахъ форточки отпираются ключемъ особо довѣреннымъ служителемъ. Окна въ изоляторахъ снаружи не имѣютъ никакихъ рѣшетокъ и могутъ быть замѣняемы посредствомъ шторы-жалюзи особымъ приспособленіемъ, недоступнымъ для больныхъ. Полы въ изо-

ляторахъ изъ дубоваго паркета положены на асфальтовомъ основаніи; только въ двухъ изъ нихъ находятся прикрѣпленныя неподвижно къ полу желѣзныя кровати.

Не смотря на существованіе въ больницѣ порядочнаго количества изоляторовъ, благодаря по возможности строго проводимому постельному содержанію больныхъ, къ изоляціи приходится прибѣгать рѣдко; такъ на мужской половинѣ въ 1895 году въ среднемъ приходилось ежедневно не болѣе 2,5 изоляцій на 580 ч. больныхъ; на женской половинѣ цифра эта всегда значительно больше.

Что касается мебелировки, то она хотя и проста, но прочна и изящна. Кровати желѣзныя и обыкновенно снабжены 2 тюфяками—соломеннымъ и волосянымъ. Головныя и ножныя спинки въ кроватяхъ въ большинствѣ случаевъ сдѣланы изъ ксилолита. Въ отдѣленіяхъ для вновь поступающихъ больныхъ и слабыхъ нѣкоторыя изъ кроватей снабжены боковыми откидными спинками также изъ ксилолита. Кровати эпилептиковъ съ высокими откидными боками, внутренняя сторона которыхъ обита клеенкой на ватѣ. Платье больныхъ обыкновенно на ночь на подвижныхъ вѣшалкахъ, во избѣжаніе порчи воздуха, вывозится въ сосѣднія съ спальнями помѣщенія. Верхняя доска обѣдненныхъ и ночныхъ столовъ большею частью изъ ксилолита или покрыта линолеумомъ. Комнаты для дневного пребыванія покойныхъ больныхъ уставлены мягкой и гнутой мебелью, цвѣтами, гардинами и картинами. Въ общемъ выносишь отъ осмотра этой больницы самое хорошее впечатлѣніе.

Каждая кровать этой больницы при постройкѣ обошлась въ 5050 марокъ. Содержаніе больного въ день въ среднемъ стоитъ 2,55 марокъ.

Главный хозяинъ больницы директоръ (въ настоящее время проф. Moeli); въ его непосредственномъ вѣдѣніи врачевный и хозяйственный персоналъ. Кромѣ директора при больницѣ 2 старшихъ врача (одинъ вѣдаетъ мужской половиной, другой—женской), 8 врачей-ассистентовъ и нѣсколько (не всегда постоянное число) врачей волонтеровъ, не получающихъ

жалованья, но пользующихся отъ больницы квартирой и всѣмъ содержаніемъ. Хозяйственная часть лежитъ на обязанности смотрителя и эконома.

Персональ, ухаживающій за больными состоитъ изъ 6 старшихъ надзирателей, 4 старшихъ надзирательницъ, 70 служителей и 62 сидѣлокъ, которые распредѣляются по отдѣленіямъ слѣдующимъ образомъ:

	Мужск. присл.	Женск. присл.
a) Навильонъ для вновь поступающихъ болн. (100 кров.)	19	18
b) — — — — — слабыхъ — (165 кров.)	21	20
c) — — — — — безпокойн. болн., такъ наз. «набл. домъ» (60 кров.)	12 (50 кр.)	10
d) — — — — — покойныхъ болн., т. н. «открыт. домъ» (110 кров.)	10	11
e) — Деревенскіе дома и 14 бол. въ баракѣ (164)	8+3 мастер. (50 кр.)	2
f) — Кухня	(12 кр.)	1

Старшіе надзиратели получаютъ въ годъ жалованья 1000 марокъ, надзирательницы—750; они имѣютъ квартиры, съ отдѣльными ходами, помѣщающіяся въ третьихъ этажахъ больничныхъ навильоновъ. Помощники надзирателей и такъ называемые Stationswärter'ы также живутъ особо отъ другой прислуги. Они не несутъ дежурствъ и, смотря по давности службы, получаютъ извѣстную прибавку къ содержанію.

Врачами больницы съ ухаживающимъ за больными персоналомъ ведутся правильныя занятія. Занятія эти состоятъ въ ознакомленіи служительскаго персонала съ простѣйшими формами душевныхъ болѣзней и ихъ причинами, съ уходомъ за душевно-больными и за больными вообще; въ ознакомленіи съ общеупотребительными способами обеззараживанія и съ правилами подачи первоначальной помощи въ несчастныхъ случаяхъ

Въ 1894 году всего вновь поступившихъ больныхъ было 570 (370 муж. + 200 ж.). Изъ этого числа въ теченіи года убыло б. мужчинъ 45,95%, женщинъ 38,5%. Находилось отъ больницы на пользованіи въ семьяхъ больныхъ мужчинъ 10,8%, женщинъ 12,5%; переведено въ другія психіатрическія больницы—мужчинъ 9,73% и женщинъ 11,5. Умерло

16,2% мужчинъ и 16,5% женщинъ. Оставалось къ концу года 17,3% мужчинъ и 20,5% женщинъ. Изъ умершихъ наибольшій процентъ падаетъ на паралитиковъ.

Вообще нужно сказать, что наибольшій контингентъ больныхъ въ больницѣ составляютъ алкоголики и паралитики; къ сожалѣнію, я не могу привести точныхъ данныхъ за невозможностью достать отчетовъ этой больницы за послѣдніе годы.

Извѣстное число покойныхъ и безопасныхъ больныхъ отдаются больницей для пользованія въ семьи какъ жителей города Берлина, такъ и его предмѣстій. Въ 1895 году такимъ способомъ пользовалось слишкомъ 100 человекъ больныхъ. Результаты этого содержанія по заявленію врачей довольно хороши и особенно у больныхъ женщинъ.

Городская
психіатриче-
ская больни-
ца Dalldorf.

Психіатрическая больница Dalldorf расположена въ 6 километрахъ къ сѣверу отъ г. Берлина. Сообщение больницы съ городомъ очень удобное посредствомъ конно-желѣзной дороги, которая въ какихъ нибудь 40 минутъ доставляетъ васъ въ центръ самаго города.

Останавливаться подробно на описаніи этой больницы не буду, такъ какъ она составляетъ почти точную копію съ вышеописанной лѣчебницы Herzberge (или наоборотъ), съ тою только разницею, что лѣчебница Dalldorf гораздо старѣе и не такъ удобно снаряжена, какъ первая.

Общая площадь земли, принадлежащей больницѣ Dalldorf 66 гектаровъ, большую часть которой составляетъ прекрасный тѣнистый паркъ, въ которомъ и расположены больничныя зданія въ видѣ отдѣльныхъ павильоновъ съ прилегающими къ нимъ и раздѣляющими отдѣльные павильоны другъ отъ друга садами. Точно также, какъ и въ Herzberge, здѣсь имѣются большею частью двухъэтажные павильоны для покойныхъ, слабыхъ, призрѣваемыхъ и безпокойныхъ больныхъ съ отдѣльно стоящимъ лазаретомъ для заразныхъ больныхъ. Между мужскими и женскими павильонами по средней линіи

находится административное зданіе, гдѣ помѣщаются бюро, церковь, квартиры директора и части врачей и театральнй залъ; за административнымъ зданіемъ къ сѣверу слѣдуютъ: купальня, кухня съ прачешной и машинное зданіе.

Вся больница рассчитана на 1100 больныхъ, но въ дѣйствительности ихъ всегда на 200—300 ч. больше. Районъ поступленія больныхъ въ эту больницу составляетъ западная половина Берлина.

Больные, находящіеся въ больницѣ Dalldorf, какъ и въ другихъ больницахъ (Herzberge и Wuhlgarten), составляютъ только одинъ классъ (III-й) и пользуются за счетъ города.

Обстановка помѣщеній въ больницѣ Dalldorf въ общемъ прилична, но уступаетъ таковой въ другихъ 2 больницахъ. Отапливается она парами, освѣщается газомъ. Полы во всѣхъ помѣщеніяхъ больныхъ деревянные, крашеные, за исключеніемъ изоляторовъ, гдѣ они изъ дубоваго паркета. Изоляторы ничего особеннаго не представляютъ; больнымъ, подвергающимся изоляціи, въ изоляторъ кладутъ особые изъ папье-маше или сдѣланные изъ просмоленнаго брезента горшки. Клозеты водяные, нѣкоторые съ автоматической промывкой. Воду больница получаетъ изъ городского водопровода, канализація больницы отдѣльна отъ городской.

Призрѣвавшіеся раньше въ больницѣ Dalldorf эпилептики и идіоты еще въ 1893 переведены въ Wuhlgarten, помѣщенія ихъ заняты теперь другими больными.

Особенность больницы Dalldorf составляетъ то, что при ней имѣются особыя отдѣленія для душевно-больныхъ преступниковъ, которые сюда обыкновенно переводятся и изъ другихъ Берлинскихъ больницъ. Для такихъ больныхъ предназначены два павильона, каждый въ два этажа и на 50 ч. больныхъ: одинъ для мужчинъ, другой для женщинъ. Въ нижнихъ этажахъ этихъ павильоновъ находятся помѣщенія для дневного пребыванія больныхъ, въ верху спальни и часть мастерскихъ, при каждомъ павильонѣ имѣется по 2 изолятора. Окна этихъ павильоновъ защищены прочными рѣшетками,

придающими имъ видъ тюрьмы, замки въ дверяхъ запираются особыми ключами.

Интересовавшіе меня вопросы, къ сожалѣнію, не могли быть разъяснены мнѣ сопровождавшимъ меня врачомъ, который, повидимому, самъ мало былъ знакомъ съ постановкой въ больницѣ дѣла лѣченія и призрѣнія преступныхъ душевно-больныхъ.

Кромѣ существующихъ трехъ психіатрическихъ больницъ—*Dalldorf*, *Herzberge* и *Wuhlgarten*—предполагается еще къ постройкѣ четвертая городская психіатрическая больница въ Берлинѣ, такъ какъ упомянутыя выше три больницы не въ состояніи удовлетворить нужды 2,000,000-го города. Мѣсто постройки и время ея еще не опредѣлено, но въ принципѣ этотъ вопросъ рѣшенъ городскимъ самоуправленіемъ.

Восточная Пруссія.

Dziekanka. Лѣчебница для душевно-больныхъ провинціи Позень, *Dziekanka*, возлѣ города Гнезена (*Gnesen*).

Лѣчебница для душевно-больныхъ *Dziekanka* находится въ восточной Пруссіи въ полуверстѣ къ западу отъ стариннаго польскаго города *Gnesino*, передѣланнаго нѣмцами въ Гнезень, въ 50 километрахъ къ востоку отъ г. Познани (по нѣмецки *Posen*) и въ 15 километрахъ отъ нашей русской границы. Лѣчебница эта открыта въ Октябрѣ 1894 года, богато обставлена; всѣ новѣйшія усовершенствованія нашли себѣ примѣненіе при постройкѣ этой больницы. Директоръ лѣчебницы *D. Kauser* въ высшей степени привѣтливый человѣкъ, лично показывалъ лѣчебницу, обращая мое вниманіе не только на одни хорошія достоинства больницы, но и на замѣченныя на практикѣ недостатки ея, которыхъ вообще, кстати сказать, очень мало.

Перехожу къ болѣе подробному описанію лѣчебницы. Больница для душевно-больныхъ *Dziekanka* владѣетъ площадью земли въ 492 морга, расположенной къ западу отъ города

Гнезепъ. Часть этой земли почти подходит къ городскимъ постройкамъ, другая же часть ея отдѣлена отъ города небольшимъ озеромъ Елонекъ. Больница расположена въ довольно возвышенной въ сравненіи съ городомъ мѣстности. Вся земля, принадлежащая ей, представляетъ почти ровную, слегка съ сѣвера на югъ уклоняющуюся, поверхность, которая шоссею дорогой, идущей изъ Познани въ Гнѣзно, раздѣляется на двѣ равныя половины. Часть больничной земли, граничащая съ озеромъ, круто спускается къ нему, образуя возвышенный берегъ въ 50—60 футовъ вышиною.

Собственно подъ лѣчебницей изъ 492 морговъ¹⁾ всего 86 морговъ, изъ которыхъ половина подъ постройками и внутренними садами, другая же половина составляетъ паркъ, облегающій лечебницу со всѣхъ сторонъ; паркъ огороженъ кругомъ массивной желѣзной рѣшоткой вышиной около 1,2 саж. Больница построена по павильонной системѣ; всѣхъ отдѣльных зданій въ ней 33, изъ которыхъ только 20 служатъ помѣщеніями для больныхъ; нормальное число больныхъ въ лѣчебницѣ 600 чел. (300 муж. и 300 женщ.). Больные раздѣляются по виду довольствія и содержанія на 3 класса: I-й (10 чел.), II (40 чел.) и III-й (550 чел.).

Для больныхъ I и II класса (т. наз. пансіонеры) предназначены особые павильоны; помѣщаются они вмѣстѣ. Изъ 550 больныхъ III класса 200 чел. спокойныхъ и способныхъ работать больныхъ (100 м. + 100 ж.) размѣщены въ такъ называемомъ „открытомъ заведеніи“, находящемся въ паркѣ и состоящемъ для каждаго пола изъ 3-хъ двухъэтажныхъ домовъ, ничѣмъ не загороженныхъ и съ обыкновенными окнами безъ рѣшотокъ (open-door-system). Остальные больные III класса, смотря по характеру болѣзни, размѣщены въ отдѣльных павильонахъ, которые вмѣстѣ съ павильонами для пансіонеровъ и лазаретами образуютъ такъ называемую закрытую часть больницы. Всѣхъ отдѣльных павильоновъ, соста-

¹⁾ Моргъ менѣе полудесятины.

вляющихъ закрытую часть лѣчебницы, включая сюда и лазареты, 14, по 7 съ каждой стороны, причемъ женщины размѣщены въ зданіяхъ, которыя расположены къ западу, больные же мужчины—къ востоку.

Павильоны какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ больницы распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------|
| 1) Павильоновъ для вновь поступающихъ больныхъ | 2, каждый на 40 кр.—80 мѣстъ |
| 2) — слабыхъ больныхъ | 2 — 40 кр.—80 м. |
| 3) — полуспокойн. больн. | 2 — 40 кр.—80 м. |
| 4) — эпилептиковъ | 2 — 30 кр.—60 м. |
| 5) — безпокойн. больн. | 2 — 30 кр.—60 м. |
| 6) — больн. пансіон. I и II кл. | 2 — 30 кр.—60 м. |
| 7) Заразныхъ бараконъ (лазареты) | 2, каждый на 14 больныхъ. |

Кромѣ перечисленныхъ зданій для прочихъ надобностей лѣчебницы служатъ еще слѣдующія: 1) административное зданіе, хозяйственное зданіе, церковь, жилой домъ для директора больницы, такой же для II и III врача, домъ для привратника, другой для садовника, покойницкая, ледникъ, кегельбанъ, кузница, домъ, гдѣ хранятся пожарные инструменты и наконецъ водопроводное зданіе. Находятся еще въ постройкѣ одно зданіе для 12 спокойныхъ больныхъ мужчинъ на хозяйственномъ дворѣ по open-door-system и другое для 4 семейныхъ рабочихъ. Предполагаются къ постройкѣ квартиры для семей служительскаго персонала и теплица.

При каждомъ больничномъ павильонѣ имѣется особый садикъ, отгороженный низкой желѣзной рѣшеткой и обсаженный снаружи живой изгородью. Сады же павильоновъ для безпокойныхъ больныхъ и эпилептиковъ отгорожены высокой кирпичной стѣной. Всѣ зданія построены на сводахъ изъ краснаго обожженаго кирпича. Обыкновенно всѣ помѣщенія для дневного пребыванія больныхъ расположены въ нижнихъ этажахъ, тогда какъ спальни—въ верхнихъ; только въ павильонахъ для пансіонеровъ, слабыхъ и вновь принятыхъ

больныхъ спальни находятся рядомъ съ помѣщеніями для дневного пребыванія. Полы въ закрытомъ заведеніи всюду изъ дубоваго паркета на асфальтовомъ основаніи. Стѣны во всѣхъ помѣщеніяхъ для больныхъ на 2 метра отъ пола цементированы и выкрашены масляной краской; лѣсницы всѣ каменные, окна съ двойными рамами. Цейхаузы для платья и бѣлья въ каждомъ повильонѣ обыкновенно помѣщаются въ самомъ верху подъ крышей.

Перехожу къ болѣе детальному описанію больницы.

Павильонъ для вновь поступающихъ больныхъ въ два этажа. Каждый этажъ его состоитъ изъ двухъ большихъ залъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга капитальной стѣной; дверь, продѣланная въ этой стѣнѣ, позволяетъ сообщеніе между ними. Въ одной изъ упомянутыхъ залъ находятся больные, нуждающіеся въ постоянномъ за собою наблюденіи (больные съ попытками къ самоубійству и проч.), вторая же зала предназначена для тѣхъ больныхъ, у которыхъ примѣняется постельное содержаніе. Въ обѣихъ залахъ приходится приблизительно 35 куб. метровъ воздуха на каждаго больного. Изъ каждой залы есть выходъ въ большую комнату, служащую дневнымъ пребываніемъ больныхъ, а изъ послѣдней (въ нижнемъ этажѣ) на веранду и въ садъ. Тѣ же залы имѣютъ прямое сообщеніе также съ одной стороны съ отдѣльными комнатами на 2—3 кровати, а съ другой—съ изоляторами, ванной и туалетной комнатою и клозетомъ. Тутъ же недалеко буфетная комната.

Павильонъ для пансіонеровъ также въ два этажа. Окна только по 2 этажѣ снабжены легкими желѣзными рѣшотками. Центръ каждаго этажа составляетъ салонъ, прелестно обставленный мягкой и гнутой мебелью, цвѣтами, картинами и проч.; здѣсь же стоитъ и рояль. Кругомъ салоновъ группируются столовая, спальни, туалетная и ванная комнаты, гардеробъ, клозетъ и буфетъ. Пансіонеры I класса имѣютъ въ своемъ распоряженіи, смотря по платѣ, по одной или по двѣ комнаты и отдѣльныя спальни, пансіонеры же II класса спятъ по 2—4 чел. въ одной спальнѣ.

Изъ салона есть выходъ на веранду и въ садъ (въ верхнемъ этажѣ веранда теплая, внизу—только сверху крытая). Всѣ помѣщенія пансіонеровъ оклеены обоями; отопленіе паро-водяное и паро-воздушное, обѣ системы могутъ дѣйствовать вмѣстѣ или врозь. Такой же способъ отопленія въ павильонѣ для вновь принятыхъ и слабыхъ больныхъ; павильоны для полубезпокойныхъ, безпокойныхъ и эпилептиковъ отапливаются грѣтымъ воздухомъ.

Павильонъ для полубезпокойныхъ больныхъ—двухъэтажное зданіе. Вертикальной стѣпой, проходящей черезъ середину его, дѣлится на два самостоятельныхъ отдѣленія съ совершенно отдѣльными ходами. Каждая половина зданія (отдѣленіе) рассчитано на 20 больныхъ. Въ нижнемъ этажѣ находятся помѣщенія для дневного пребыванія съ выходомъ на веранду и въ садъ, ванныя, клозеты, буфетныя комнаты и два изолятора; помѣщенія для дневного пребыванія рассчитаны на 15 к. м. содержанія воздуха на каждого больного, спальни—25 к. м. воздуха. Всѣ окна павильона снабжены легкими желѣзными рѣшотками.

Павильонъ для эпилептиковъ имѣетъ такое же расположеніе помѣщеній, какъ и павильонъ для полуспокойныхъ больныхъ, съ тою только разницею, что находящійся при этомъ павильонѣ садъ обнесенъ высокой стѣпой.

Павильонъ для слабыхъ больныхъ—одноэтажное зданіе; содержитъ въ себѣ 4 большія залы, каждая на 10 чел. больныхъ, съ содержаніемъ воздуха на каждого больного въ 30 кубическихъ метровъ, и одну большую комнату для дневного пребыванія больныхъ на 15 чел., съ расчетомъ 15 м. воздуха на каждого больного. Эта комната имѣетъ сообщеніе съ верандой и садомъ. Въ боковыхъ пристройкахъ къ этому павильону находится по два изолятора съ прилегающими къ нимъ небольшими передними. Кромѣ того въ этомъ павильонѣ имѣются еще ванныя и туалетныя комнаты, клозеты и буфеть; въ подвальномъ этажѣ цементированный резервуаръ для прополаскиванія запачканнаго экскрементами бѣлья. Окна во всѣхъ помѣщеніяхъ безъ рѣшотокъ.

Отдѣленія для безпокойныхъ больныхъ. Въ нижнемъ этажѣ въ средней его части помѣщаются: комнаты для дневного пребыванія и залъ для постельнаго содержанія больныхъ; въ боковыхъ частяхъ нижняго этажа съ каждой стороны 6 изоляторовъ съ прилегающими къ нимъ свѣтлыми коридорами, кромѣ того клозеты, ванная и буфетныя комнаты. Въ верхнемъ этажѣ спальни, каждая на 1—7 человекъ съ туалетными комнатами. Окна съ желѣзными рѣшетками; въ изоляторахъ вмѣсто рѣшотокъ желѣзныя рамы съ густымъ переплетомъ и корабельными прозрачными стеклами, въ толщѣ которыхъ, для приданія стеклу большей эластичности и гибкости, находится тонкая проволочная сѣтка. Каждый изоляторъ содержитъ 59 куб. м. воздуха, всѣ выступы въ нихъ закруглены, двери устроены такъ, что исключаютъ возможность ущемленія.

Заразный баракъ или баракъ-лазаретъ, какъ его называютъ въ больницѣ, одноэтажное зданіе безъ потолка, съ конькомъ въ крышѣ, состоитъ изъ одной большой залы на 10 кроватей и двухъ меньшихъ комнатъ, каждая на 2 кровати, для больныхъ, требующихъ особой изоляціи. Въ сосѣдствѣ съ этими помѣщеніями находится ванная, туалетная и клозетъ; съ южной стороны барака открытая веранда, ведущая въ садъ. Отапливается баракъ нагрѣваніемъ пола, выложеннаго каменными плитами, покрытыми сверху линолеумомъ. Окна снабжены желѣзными рѣшетками.

Открытое заведеніе состоитъ изъ трехъ съ каждой стороны расположенныхъ и одинаковыхъ по величинѣ двухъэтажныхъ домовъ. Въ каждомъ такомъ домѣ помѣщается 33—34 чел. больныхъ; въ спальняхъ приходится около 25 куб. метровъ воздуха на каждого больного, въ помѣщеніяхъ же для дневнаго пребыванія только 15 куб. м. Въ нижнихъ этажахъ этихъ домовъ находятся комнаты для дневнаго пребыванія, буфетныя и гардеробныя комнаты, клозеты и по одному изолятору, въ верхнихъ этажахъ спальни и туалетныя комнаты. Отопленіе этихъ домовъ печное (Борновскими печами). Въ

спальныхъ потолка нѣтъ. Полы изъ сосновыхъ досокъ, крашенныя. Окна безъ рѣшотокъ и съ обыкновенными затворами; двери запираются только на ночь. Купальни для обитателей закрытаго заведенія находятся въ хозяйственномъ зданіи и состоятъ изъ ваннъ и душей.

Административное зданіе въ три этажа; въ нижнемъ этажѣ помѣщаются бюро, пріемныя, библіотека, аптека, лабораторія, комната для фотографированія больныхъ, кабинеты директора и врачей. Во 2 этажѣ громадный залъ со сценой, бильярдная комната и комната, въ которой стоитъ рояль, въ третьемъ этажѣ квартиры для четырехъ семейныхъ служащихъ по хозяйственному отдѣлу лѣчебницы.

Хозяйственное зданіе—въ два этажа. Въ немъ помѣщаются кухня, прачешная и машинное отдѣленіе. Пища въ кухнѣ варится паромъ, для чего въ ней имѣется нѣсколько мѣдныхъ котловъ, тамъ же еще имѣются плита съ духовой печью, аппаратъ для варки паромъ картофеля, шкафъ для согрѣванія посуды и пр.; въ сосѣдствѣ съ кухней и прачешной находятся другія рабочія комнаты.

Прачешная занимаетъ среднюю часть хозяйственнаго зданія позади кухни. Въ нижнемъ этажѣ ея находится помѣщеніе для стирки бѣлья, снабженное всѣми новѣйшими усовершенствованными машинами; въ верхнемъ этажѣ паровая сушильня и комнаты для прокатки и глаженія бѣлья.

Обеззараженное въ дезинфекціонной камерѣ грязное бѣлье больныхъ поступаетъ прежде всего въ чаны съ водой, гдѣ оно тщательно вымачивается, отсюда оно съ извѣстною примѣсью раствора мыла переносится въ герметически закупоривающіеся и косо расположенные барабаны. Барабаны эти нагрѣваются паромъ, который поступаетъ и въ середину барабана, и вращаются то въ одну, то въ другую сторону (автоматически). Вымытое въ этихъ барабанахъ бѣлье переносится въ аппаратъ для прополаскиванія; это громадная лахань, въ которой часто смѣняющаяся вода приводится въ постоянное движеніе. Отсюда бѣлье переносится въ центри-

фугу, вращающуюся съ неизмѣрною быстротой, гдѣ въ теченіи 5—10 минутъ оно освобождается отъ лишней воды и дѣлается почти сухимъ; тогда оно для окончательной просушки передается по подъемной машинѣ во второй этажъ, въ паровую сушильню. Подъемная машина устроена такимъ образомъ, что дверцы, ведущія въ нее, какъ только площадка начинаетъ подниматься, запираются и остаются въ запертомъ состояніи до тѣхъ поръ, пока та же площадка вновь не опустится внизъ (въ верхнемъ этажѣ, значитъ, наоборотъ). Паровая сушильня представляетъ собою громаднѣйшую камеру, обитую снаружи войлокомъ. Внутри этой камеры, внизу и по бокамъ, расположенъ змѣевикъ трубъ, по которымъ течетъ паръ и нагреваетъ камеру. На деревянныхъ перекладинахъ бѣлье развѣшивается въ камерѣ. Посредствомъ особыхъ приспособленій происходитъ постоянная мѣна воздуха въ сушильнѣ, причемъ влажный воздухъ изъ сушильни удаляется, а свѣжій, согрѣтый и сухой притекаетъ вновь. Высушенное такимъ образомъ бѣлье, на что требуется весьма мало времени, передается въ сосѣднія комнаты, гдѣ оно прокатывается на механическихъ каткахъ и гладится. Бѣлье большого размѣра, какъ напр. простыни, утиральники, а также и платки, гладится на огромномъ большомъ утюгѣ. Послѣдній имѣетъ видъ длиннаго большого, желѣзнаго, гладкаго цилиндра, нагревающегося паромъ. Черезъ этотъ цилиндръ подъ извѣстнымъ давленіемъ проводится напр. простыня и съ другой стороны его выходитъ вполне хорошо выглаженной. Бѣлье, требующее болѣе тонкаго глаженія, гладится обыкновенными утюгами.

Всѣ машины прачешной приводятся въ движеніе электромоторомъ; въ подвальномъ этажѣ прачешной помѣщается дезинфекціонный аппаратъ (текучимъ паромъ). Какъ въ кухнѣ, такъ и въ прачешной полъ выложенъ изящными плитками съ выемками для стока воды, стѣны же въ нѣхъ до высоты 2 метровъ также выложены изразцами.

Въ хозяйственномъ зданіи во 2 этажѣ надъ кухней и прачешной находятся квартиры эконома (Hausvater), маши-

ниста, а также нѣсколько комнатъ для прислуги. За прачешной находится водопроводная башня, имѣющая на вышкѣ 2 резервуара для воды, оба вмѣстимостью въ 75 куб. метровъ, и машинное отдѣленіе. Въ послѣднемъ поставлены двѣ паровыя машины, каждая силою въ 75 лошадиныхъ силъ, и двѣ большія и одна меньшихъ размѣровъ динамомашина; въ подвальномъ этажѣ этого отдѣленія—аккумуляторы, на случай порчи динамомашинъ; рядомъ съ машиннымъ отдѣленіемъ помѣщаются 4 громадныхъ когла, каждый въсомъ въ 360 центнеровъ; въ сосѣднихъ отдѣленіяхъ различнаго рода помпы для удаленія на поля орошенія канализаціонныхъ водъ; резервуаръ для согрѣванія воды для ваннъ, купальни, помѣщающейся въ этомъ же зданіи, и проч.

Покойничьяка—небольшой одноэтажный домикъ; въ ней секціонный залъ, отдѣленіе для храненія труповъ, а также маленькая часовня, откуда трупы, послѣ отпѣванія, отправляются для погребенія на принадлежащее больницѣ собственное кладбище.

Церковь, свѣтлая и просторная, имѣетъ протестантскій и католическій алтари и 120 мѣстъ для сидѣнія.

Кегельбанъ находится въ паркѣ, крытый, зимой отапливается.

Вентиляція въ закрытой части больницы соединена съ центральнымъ отопленіемъ, при чемъ воздухъ, поступающій въ помѣщенія, предварительно согрѣвается и увлажняется, кромѣ этого имѣются и форточки. Въ заразномъ баракѣ вентиляція соединена съ отопленіемъ, а также воздухъ можетъ быть вентилируемъ посредствомъ приспособленій въ конькѣ крыши.

Освѣщеніе всей лѣчебницы—электрическое: внутри зданій—лампочками накаливанія силою въ 10—16 свѣчей; аллеи, сады и дворы—большими фонарями и Вольтовой дугой.

Воду больница получаетъ изъ трехъ глубокихъ артезіанскихъ колодцевъ, откуда она посредствомъ помпъ, приводимыхъ въ движеніе электромоторомъ, накачивается въ водо-

проводную башню, а оттуда по водопроводной сѣти распре- дѣляется по всѣмъ больничнымъ зданіямъ. Кромѣ этихъ трехъ колодцевъ въ предѣлахъ больницы имѣются еще два мень- шихъ размѣровъ колодца, откуда вода для хозяйственныхъ нуждъ получается накачиваніемъ обыкновенными ручными помпами.

Всѣ клозеты промываются водою. Больница имѣетъ свою канализацію; промывныя воды сначала собираются въ боль- шомъ цементированномъ крытомъ бассейнѣ, откуда электриче- ской помпой прогоняются по трубамъ на поля орошенія, рас- положенныя нѣсколько ниже, чѣмъ сама лѣчебница; до сихъ поръ пока орошается поле въ 40 морговъ. Всѣ зданія боль- ницы соединены между собою телефонной сѣтью и снабжены каждое громоотводомъ. Отдѣльный проводъ соединяетъ лѣ- чебницу съ общей городской телефонной сѣтью.

Въ юговосточной области больничной земли стоитъ со- вершенно отдѣльно хозяйственный дворъ съ конюшнями, ко- ровниками, сараями для телѣгъ, тутъ же больничная бойня и небольшой жилой домъ для рабочихъ.

Больница всѣ продукты для больныхъ получаетъ изъ своего имѣнія, въ которомъ имѣются свои огороды, посѣвы и проч.; въ городѣ покупается только хлѣбъ, но въ скоромъ вре- мени предполагаютъ завести и свою собственную пекарню. Мастерскія для больныхъ помѣщаются въ особой пристройкѣ къ хозяйственному зданію.

За содержаніе свое больные платятъ: пансіонеры I класса 1200—1800 марокъ, пансіонеры II класса — 600—800 марокъ и больные III класса — 300—360 марокъ.

Пансіонеры получаютъ улучшенное довольство, больные же III класса по утрамъ получаютъ кофе съ молокомъ ($\frac{1}{2}$ литра) и булочку вѣсомъ въ 120 граммъ.

Мясо дается на обѣдъ 4 раза въ недѣлю; по пятницамъ постное. На ужинъ получаютъ каждый день супъ. Хлѣба полубѣлаго выдается каждому больному = мужчинѣ 345 граммъ, женщинѣ — 230 граммъ въ сутки.

Способные къ работѣ больные мужчины частью занимаются полевыми работами, частью въ мастерскихъ и въ садахъ; больныя женщины, по преимуществу, хозяйственными работами: въ кухнѣ, прачешной и на хозяйственномъ дворѣ, а также шитьемъ, вязаніемъ и проч.

Мебелью больница обставлена простою, но практичною и изящною. Помѣщенія для пансіонеровъ обставлены соответственно лучше: тутъ и мягкая мебель, мраморные умывальники, гардины, цвѣты и проч. Кровати—всѣ желѣзныя съ проволочными пружинными матрацами, на которые кладутся еще два матраца—нижній соломенный, верхній волосяной, подушки изъ перьевъ; одѣяла байковыя. Для больныхъ съ наклоностью все рвать одѣяла сверху покрыты прочной, трудно-разрываемою, матеріей. Кровати для эпилептиковъ имѣютъ высокіе мягкіе бока, которые легко могутъ быть откидываемы. Для больныхъ неопрятныхъ примѣняется морская трава „Walgk“, отличающаяся своею мягкостью, гигроскопичностью и неспособностью горѣть. Она же примѣняется у очень буйныхъ и все рвущихъ больныхъ. Извѣстное количество травы кладется въ изоляторъ, которая въ такомъ случаѣ служить и ложемъ для больного. Достоинство этой травы, по заявленію д-ра Kayser'a, состоитъ еще въ томъ, что ею больной не можетъ себя растереть кожи, а въ случаѣ, если бы даже нѣкоторые больные вздумали ее съѣдать, она удаляется черезъ пищеварительный каналъ безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій для больного; стоимость ея значительно дешевле въ сравненіи съ другими, примѣняемыми на западѣ для этой цѣли, предметами, каковы торфяной мохъ, древесная вата и т. под.

Какъ и въ другихъ больницахъ, въ лѣчебницѣ Dziekańka устраиваются нѣсколько разъ въ годъ вечера, концерты, чтенія и спектакли, въ которыхъ также принимаютъ участіе и нѣкоторые изъ больныхъ. Благодаря энергіи и преданности больничному дѣлу директора ея, д-ра Kayser'a, дѣлается все необходимое, чтобы сдѣлать жизнь больныхъ болѣе разнообразной и плодотворной.

Лѣчебница Dziekanka служитъ для нуждъ больныхъ провинціи Познань, причемъ больные изъ округовъ Бромбергъ, Врешень, Ярочинь, Пleshень, Островъ, Шильдбергъ, Кемпенъ и Адельнау направляются въ Дзѣканку, больные же изъ другой половины провинціи Познань поступаютъ во вторую психіатрическую больницу этой провинціи, называемую Овинскъ.

Административный персоналъ больницы Dziekanka составляютъ: директоръ, два старшихъ врача, четыре врача-ассистента, смотритель и экономъ. Прислуги при трехъ старшихъ надзирателяхъ и 3 старшихъ надзирательницахъ 60 человекъ, за исключеніемъ мастеровъ, рабочихъ, кочегаровъ и проч.

Съ Октября 1894 года по Апрель 1895 года въ больницу было переведено и поступило 242 (111 муж. + 132 ж.). Убыло въ теченіи этого времени 15 ч. (11 м. + 4 ж.), въ томъ числѣ умершихъ 4 (2 м. + 2 ж.).

По роду болѣзни поступившіе распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	Мужч.	Женщ.
Mania	3	7
Melancholia	7	5
Paranoia	14	26
Psychosis hysterica	1
Alcoholismus chr.	21	2
Psychosis epileptica	7	6
Paralysis progressiva	10	2
Imbecillitas	5	3
Idiotismus	3	1
Dementia senilis	1	9
Dementia secundaria	37	67
Psychosis periodica	1	3
На испытаніи	1.	

Изъ общаго числа поступившихъ, поступившихъ въ первый разъ было.

	Муж.	Женщ.
	95	116
” второй	12	10
” третій	1	3
” четвертый	2	3

Съ тяжелой наслѣдственностью было 36 м. (32, 7⁰/₁₀) и 46 ж. (32, 7⁰/₁₀). Изъ убывшихъ больныхъ (15 ч.) 8 ч. (7 м. + 1 ж.) выписано совершенно здоровыми, 1 (1 мужч.) въ улучшенномъ состояннн, 2 (1 м. + 1 ж.) въ неизлечимомъ состояннн и 4 ч. (2 м. + 2 ж.) умерло.

Побѣговъ и несчастныхъ случаевъ за это время не было.

Лѣчебница и колонія для душевно-больныхъ Alt-Scherbitz расположена почти въ половинѣ пути по желѣзной дорогѣ изъ Лейпцига въ Галле и около двухъ километровъ отъ желѣзнодорожной станціи города Schkeuditz. Изъ Лейпцига въ Шкейдигъ 20 минутъ ѣзды по желѣзной дорогѣ, изъ Галле въ Саксонской провинціи южной Пруссіи. 25 минутъ.

Лѣчебница и колонія для душевно-больныхъ Alt-Scherbitz расположена почти въ половинѣ пути по желѣзной дорогѣ изъ Лейпцига въ Галле и около двухъ километровъ отъ желѣзнодорожной станціи города Schkeuditz. Изъ Лейпцига въ Шкейдигъ 20 минутъ ѣзды по желѣзной дорогѣ, изъ Галле въ Саксонской провинціи южной Пруссіи. 25 минутъ.

Исторія возникновенія этой по истинѣ знаменитой во всемъ мірѣ лѣчебницы такова:

До 1873 г. въ провинціи Sachsen южной Пруссіи была всего одна лѣчебница для душевно-больныхъ Nietleben, возлѣ Halle, на 400—450 кроватей. Лѣчебница эта въ концѣ концовъ вслѣдствіе крайняго наплыва больныхъ и переполненія ими оказалась недостаточной для такой большой провинціи, какъ Sachsen, и вотъ въ 1873 году рѣшено было построить въ этой провинціи вторую лѣчебницу, но не по типу такъ называемыхъ закрытыхъ заведеній, а такую, которая представляла бы закрытое заведеніе только для $\frac{1}{3}$ части всѣхъ больныхъ, остальная же часть ея должна служить для болѣе свободнаго содержанія больныхъ. Уже въ 1876 году было куплено для постройки такой лѣчебницы имѣніе, расположенное къ юго-востоку отъ г. Шкейдигъ въ округѣ Merseburg, носящее названіе „Rittergut Alt-Scherbitz“ съ мертвымъ и живымъ инвентаремъ за 1,000,000 марокъ; къ этому имѣнію

вскорѣ было прикуплено еще 12 *ha* земли, такъ что теперь вся площадь имѣнія, принадлежащаго лѣчебницѣ Alt-Scherbitz, простирается до 300 гектаровъ, изъ которыхъ поля 202¹/₂ *ha*, дуга 47 *ha*, плодоваго сада 9 *ha*, лѣса 18, остальные 12 подъ постройками, дорогами и водой. Alt-Scherbitz представляетъ собою смѣшанное учрежденіе, т. е. собственно лѣчебницу и колонію для душевно-больныхъ. Больные въ этой лѣчебницѣ, смотря по платѣ, дѣлятся на три класса, причемъ больные I и II класса носятъ названіе пансіонеровъ, больные же III класса—нормальныхъ больныхъ. Лѣчебница построена по павильонной системѣ. Павильоны лѣчебницы стоятъ каждый отдѣльно, никакихъ соединительныхъ галерей между ними нѣтъ, отдѣляются другъ отъ друга только садами. Каждый павильонъ походить скорѣе на отдѣльную дачку съ верандами и балконами.

Во избѣжаніе монотонности въ расположеніи этихъ павильоновъ, построенныхъ изъ краснаго кирпича, фасадъ ихъ смотритъ то на югъ, то на востокъ, то на западъ. Павильоны центрального заведенія имѣютъ свои отдѣльные сады, отгороженные низкой деревянной рѣшеткой. Рѣшетки эти постепенно замѣняются живой изгородью; только при павильонахъ, гдѣ размѣщены безпокойные, оставлены заборы въ 2 метра вышиною. Окна во всѣхъ почти павильонахъ закрытаго заведенія съ деревянными рамами и стеклами обыкновенныхъ размѣровъ въ ⁴/₆₀ сантиметровъ, только въ павильонахъ центрального заведенія, предназначенныхъ для несоціальныхъ элементовъ, окна хотя и деревянные, но съ болѣе густыми переплетами и съ меньшими стеклами въ ²²/₃₀ сантиметровъ величиною. Здѣсь, какъ и въ наблюдательномъ отдѣленіи, окна запираются посредствомъ особаго ключа, въ другихъ же мѣстахъ оконные затворы ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ, употребляемыхъ въ общежитіи.

Почти всѣ павильоны въ два этажа, причемъ нижній этажъ служитъ обыкновенно дневнымъ пребываніемъ больныхъ, въ верхнихъ же этажахъ помѣщаются спальни, туа-

летныя и гардеробныя комнаты, только павильоны, предназначенные для постельнаго содержанія или слабыхъ больныхъ всего въ одинъ этажъ и въ нихъ спальни и комнаты для дневнаго пребыванія помѣщаются въ сосѣдствѣ (рядомъ). Павильоны и ванны для нормальныхъ больныхъ (т. е. или совершенно безплатныхъ или платящихъ минимальную плату) рассчитаны на 30—50 больныхъ, для пансіонеровъ—на сравнительно меньшее число. Расположеніе комнатъ въ павильонахъ и виллахъ различно, съ одной стороны, чтобы избѣжать однообразія, а съ другой стороны, смотря по цѣлямъ, для которыхъ они предназначены. Въ павильонахъ для пансіонеровъ центръ всего составляетъ салонъ, имѣющій выходъ на веранду и въ полисадникъ. Вокругъ него группируются: спальни, туалетныя, клозеты, ванныя и прочія комнаты.

Павильоны и ванны, предназначенныя для нормальныхъ больныхъ, въ виду того, что обитатели ихъ большею частью люди различнаго слоя общества, отличающіеся другъ отъ друга какъ образованіемъ, такъ и привычками—состоятъ изъ большого числа комнатъ, которыя, по желанію, могутъ быть раздѣлены другъ отъ друга. И здѣсь также изъ всѣхъ комнатъ для дневнаго пребыванія есть выходъ на крытую веранду и въ садъ.

Меблировка помѣщеній больныхъ различна въ различныхъ павильонахъ въ цѣляхъ большого разнообразія. Вообще принято за правило обставлять лѣчебницу такою мебелью, чтобы помѣщеніе не носило больничнаго характера. Мебель легкая, полированного дерева, различныхъ тоновъ окраски. Въ каждомъ отдѣленіи имѣются диваны, письменные столы, ломберные столы, обыкновенно уставленные цвѣтами, шкафы, комоды и проч. Окна снабжены занавѣсями, гардинами, а снаружи—маркизами или жалюзи. Посуда обѣденная и чайная фаянсовая или стеклянная, обычно употребляемая въ обществѣ.

Помѣщенія больныхъ пансіонеровъ оклеены обоями, стѣны же помѣщеній другихъ больныхъ до высоты 2 метровъ

отъ пола выкрашены масляной краской, выше же клеевой краской свѣтлыхъ тоновъ. Обыкновенно стѣны жилыхъ помѣщеній украшены картинами, гравюрами, зеркалами и проч.

Полы въ дневныхъ помѣщеніяхъ изъ дубоваго паркета на асфальтѣ; въ спальняхъ же изъ сосновыхъ досокъ, выкрашенные желтой масляной краской. Кровати желѣзныя, выкрашенные, подѣ дерево, съ двумя матрацами (нижній соломенный, верхній волосяной), волосяной подушкой, двумя простынями и шерстянымъ одѣяломъ. Кровати для эпилептиковъ съ боковыми стѣнками, легко поднимающимися и опускающимися. На каждыя двѣ кровати полагается одинъ ночной столикъ. Платье больныхъ на ночь на подвижныхъ вѣшалкахъ увозится въ гардеробную комнату. При каждомъ отдѣленіи имѣется особая комната, предназначенная для чистки платя и сапогъ (Putzraum). Комнаты эти расположены тотчасъ при входѣ въ павильоны и служатъ для того, чтобы больные, возвращающіеся съ работъ, не занесли грязи въ жилища помѣщенія, которыя благодаря этому содержатся всегда въ необыкновенной чистотѣ. Ванныя и туалетныя комнаты имѣются при каждомъ отдѣленіи. Въ помѣщеніяхъ для пансіонероу умывальники эlegantные изъ краснаго дерева съ мраморной доской, у нормальныхъ больныхъ умывальники устроены прочно и практично. Кругомъ стѣны туалетной комнаты укрѣплена простая, широкая, некрашеная доска съ вырѣзанными въ ней отверстіями для умывальныхъ чашекъ, подѣ доской устроены выдвигающіеся ящики, гдѣ больные хранятъ свои гребенки, щетки и другія туалетныя принадлежности, надъ каждой чашкой къ стѣнѣ прибиты небольшія зеркала и тутъ же крючки для вѣшанія полотенець.

Ванны въ лѣчебницѣ большею частью желѣзныя, эмалированныя, но въ виду своей непрактичности замѣняются мѣдными. При каждой ваннѣ находится мѣдная печь въ видѣ самовара, служащая для нагрѣванія воды. Кромѣ ваннъ во многихъ ваннахъ комнатахъ находятся и души, оказывающіе незамѣнимыя услуги въ особенности лѣтомъ въ жаркую пору.

Въ каждой такой ванной комнатѣ, гдѣ есть души, устроены простой конструкціи смѣсители для воды, благодаря которымъ вода для душъ можетъ быть получена желаемой температуры. Лѣтомъ для рѣчнаго купанія устраиваются на рѣкѣ Эльстерѣ купальни.

При каждомъ павильонѣ лѣчебницы имѣются особыя буфетныя комнаты (Spülküche), служащія съ одной стороны для мытья и чистки всякаго рода посуды, а съ другой стороны для подогреванія пищи, для каковой цѣли въ каждой такой буфетной комнатѣ имѣются небольшія печи съ чугунными плитами.

Клозеты во всѣхъ помѣщеніяхъ такъ называемые торфяные и нельзя сказать, чтобы были практичны. Не смотря на обильное засыпаніе въ клозетахъ экскрементовъ торфомъ, они всегда издаютъ непріятный запахъ, въ особенности въ лѣтнее время. Экскременты собираются въ чугунный желѣзный чанъ, помѣщающійся въ нижнемъ этажѣ въ особомъ маленькомъ отдѣленіи. Чанъ этотъ поставленъ на рельсы и можетъ выдвигаться наружу. Помѣщеніе гдѣ находится чанъ, запирается герметически придѣланными дверцами. Каждый день эти чаны очищаются отъ экскрементовъ, которые вывозятся на поле для удобренія.

Особыхъ помѣщеній для прислуги нѣтъ: она живетъ и спитъ въ тѣхъ же помѣщеніяхъ, гдѣ и больные.

Способы отопленія различныхъ зданій лѣчебницы различны: административное зданіе и наблюдательныя отдѣленія отапливаются Вольпертовскими печами, изоляторы—паромъ низкаго давленія, помѣщенія пансіонеровъ—частію обыкновенными кафельными печами, частью Борновскими печами; помѣщенія нормальныхъ больныхъ—только Борновскими печами; дверцы этихъ печей запираются особымъ ключемъ. Въ помѣщеніяхъ съ паровымъ отопленіемъ кромѣ форточекъ имѣются и вентиляціонные каналы; освѣщеніе всей лѣчебницы до сихъ поръ производится керосиномъ, что не вполне безопасно; изыскиваются средства для устройства электрическаго освѣщенія.

Водоснабженіе двухъ родовъ: питьевую воду лечебница имѣетъ изъ артезіанскихъ колодцевъ, откуда вода накачивается въ водопроводную башню, изъ которой уже распредѣляется по всѣмъ зданіямъ лѣчебницы; для хозяйственныхъ надобностей и поливки садовъ воду берутъ изъ рѣки Эльстеръ. Дождевая вода, и вообще грязная вода по дренажнымъ трубамъ спускается въ Эльстеръ ниже больницы. Лѣчебница располагаетъ четырьмя паровыми машинами, двѣ въ 8—10 лошадиныхъ силъ, другія двѣ въ 18—20 такихъ же силъ. Паровыхъ котловъ всего три: два постоянно въ работѣ и одинъ запасной. Паровые котлы снабжаютъ паромъ машины прачешной и паровую сушильню, а также кухню и винокуренный заводъ.

Какъ уже было упомянуто выше, лѣчебница Alt-Scherbitz распадается на два отдѣла: центральное заведеніе и колонію для душевно-больныхъ; оба отдѣла раздѣлены другъ отъ друга посредствомъ шоссе, идущимъ изъ Галле въ Лейпцигъ, обсаженаго по обѣимъ сторонамъ высокими пирамидальными тополями. Центральное заведеніе расположено къ сѣверу и приблизительно на 110 метровъ отъ шоссе. Между шоссе и центральнымъ заведеніемъ разбитъ паркъ съ клумбами, фонтаномъ и проч. Само центральное заведеніе состоитъ изъ мужской и женской половины по 5 павильоновъ въ каждой. Эти половины отдѣлены другъ отъ друга слѣдующими зданіями, расположенными въ одну линію: спереди административнымъ зданіемъ съ прилегающимъ къ нему сзади садомъ, въ серединѣ—лазаретомъ и сзади—покойницей; отъ послѣдней къ лазарету проведена высокая кирпичная стѣна, снабженная по бокамъ крышей, и отдѣляющая вполне мужскую половину отъ женской.

Въ ближайшемъ къ административному зданію павильонѣ находится такъ наз. *наблюдательное отдѣленіе* больныхъ III класса. Это, собственно говоря, клиническое отдѣленіе лѣчебницы: здѣсь находятся такіе больные, которые, вслѣдствіе ли тѣлесныхъ болѣзней или съ попытками къ членовредительству и самоубійству, нуждаются въ заботливомъ уходѣ и по-

стоянномъ наблюденіи за собою; чрезъ это же отдѣленіе обязательно проходятъ и всѣ вновь поступающіе больные.

Изъ расположеннаго впереди этого павильона сада чрезъ веранду вы попадаете въ большую комнату, влево и вправо отъ которой находится по одной комнатѣ меньшей величины; всѣ эти три комнатки служатъ для дневного пребыванія больныхъ. Одна изъ меньшихъ комнатъ, имѣющая отдѣльный выходъ въ переднюю, служитъ также и приѣмной комнатой для посѣтителей такихъ больныхъ, которые не могутъ быть отведены въ особую комнату для посѣтителей, находящуюся въ административномъ зданіи. Изъ большой комнаты стеклянная дверь ведетъ прямо на крытую веранду; изъ этой же залы, только со стороны противоположной, другія двери ведутъ въ двѣ расположенныя рядомъ спальни. Двери, ведущія изъ залы въ спальни и изъ одной спальни въ другую, стеклянныя. Одна изъ спаленъ, находящаяся рядомъ съ ванной комнатой, предназначена для такихъ больныхъ, которые въ теченіи дня должны лежать въ постели, другая же—для такихъ, которые днемъ могутъ обходиться безъ постельнаго содержанія. Днемъ въ первой спальнѣ устанавливается особый надзоръ, ночью же надзоръ за обѣими спальнями общій. Между одной изъ небольшихъ комнатъ для дневного пребыванія и спальнями (справа) находятся рядомъ расположенныя двѣ комнаты, предназначенныя для изоляціи болѣе беспокойныхъ больныхъ. Противъ этихъ изоляціонныхъ комнатъ изъ большой комнаты, предназначенной для дневного пребыванія, ведетъ дверь въ сѣни и по небольшой лѣстницѣ въ боковой выходъ изъ этого павильона въ садъ. Съ сѣнями имѣютъ сообщеніе буфетная комната, клозетъ, чуланъ, туалетная и ванная комната, а послѣдняя съ спальней, гдѣ больные лежатъ постоянно въ постели. Благодаря существованію сообщенія ванной съ спальней, вновь поступающіе больные черезъ сѣни и принявъ ванну поступаютъ прямо въ помѣщеніе, предназначенное для постоянного содержанія больныхъ, не приходя по пути въ соприкосновеніе съ другими больными этого павильона. Въ верхнемъ этажѣ въ надстройкѣ надъ частью лѣвой половины

павильона помѣщается гардеробная и бѣльевая комната, а также квартира старшаго надзирателя или надзирательницы (на женской половинѣ).

Для развлеченія больныхъ на мужской половинѣ въ большой комнатѣ для дневного пребыванія установленъ бигардъ, женщины же занимаются рукодѣліемъ, чтеніемъ и игрой.

Окна въ этихъ павильонахъ съ большими стеклами въ $\frac{45}{60}$ сант. величиню запираются посредствомъ особыхъ ключей. Прислуга здѣсь распредѣляется слѣдующимъ образомъ: одинъ дежуритъ въ комнатѣ для дневного пребыванія больныхъ, другой наблюдаетъ за больными, лежащими въ постели, третій занятъ уборкой комнатъ и приготовленіемъ ваннъ и наконецъ четвертый—на посылкахъ и кромѣ того вѣдаетъ смѣной бѣлья, сопровождаетъ больныхъ на прогулку въ садъ или присутствуетъ во время посѣщенія ихъ родственниками или знакомыми. Чтобы избѣжать переутомленія прислуги, всѣ эти 4 человекъ въ теченіи 16 дневныхъ часовъ (съ 5 ч. утра до 9 ч. вечера) мѣняются между собою обязанностями нѣсколько разъ. Не дежурящая прислуга спитъ или вмѣстѣ съ больными или въ комнатѣ, находящейся во второмъ этажѣ этого павильона.

Мужской наблюдательный павильонъ рассчитанъ на 26 ч. больныхъ и 4 чел. прислуги, женскій—на 26 больныхъ при 3 чел. прислуги.

Наблюдательные павильоны (отдѣленіе) для больныхъ I и II класса устроены по тому же типу, какъ и вышеописанные павильоны. Вокругъ общаго салона группируется здѣсь рядъ жилыхъ комнатъ и небольшихъ спаленъ; одна часть ихъ посредствомъ стеклянныхъ дверей сообщается съ этимъ салономъ, другая часть—съ большой спальней, расположенной позади салона. Спальня эта (или наблюдательный залъ) предназначена для больныхъ, которые должны лежать въ постели. Въ сосѣдствѣ съ этими комнатами находятся клозетъ, ванная и туалетная комната, буфетъ и пр. Павильонъ этотъ въ два этажа. Окна обыкновенныя и также съ большими стеклами. Въ нижнемъ этажѣ помѣщаются болѣе воспитанные больные, въ верхнемъ же

этажѣ, который имѣеть то же расположеніе комнатъ, менѣе социальный элементъ. Кромѣ этого въ верхнемъ этажѣ мужского павильона имѣется квартира для врача-ассистента, а въ женскомъ павильонѣ — квартира старшей надзирательницы. Каждый изъ этихъ павильоновъ рассчитанъ на 26 ч. больныхъ при 4 ч. прислуги

Позади описанныхъ выше павильоновъ расположены еще съ каждой стороны по два павильона—это такъ называемыя *закртыя отдѣленія*; предназначены они для больныхъ, склонныхъ къ побѣгу и насильственнымъ дѣйствіямъ, неопрятныхъ и вообще безпокойныхъ больныхъ. Въ первомъ изъ этихъ павильоновъ помѣщаются болѣе покойные и опрятные больные. Это единственныя отдѣленія во всей лѣчебницѣ, гдѣ имѣются изоляторы. Павильонъ, предназначенный для болѣе покойныхъ больныхъ въ два этажа. Въ верхнемъ этажѣ помѣщаются спальни, внизу помѣщенія для дневного пребыванія.

При входѣ въ переднюю нижняго этажа этого павильона справа находится клозетъ и буфетная комната для чистки платья и сапогъ. За передней слѣдуетъ большой залъ, во всю ширину павильона, съ прилегающей къ нему крытой верандой. Залъ этотъ служить дневнымъ пребываніемъ больныхъ; изъ зала одна дверь ведетъ справа въ меньшей величины комнату, служащую также для дневного пребыванія больныхъ, слѣва другая дверь въ туалетную и ванную комнату. За этими двумя комнатами находится такой же большой по величинѣ, какъ и выше упомянутый, залъ, сообщающійся съ одной стороны съ прилегающей къ нему верандой, а съ другой—съ ванной и туалетной комнатой и небольшой камнатою для дневного пребыванія больныхъ. Этотъ залъ, предназначенный для больныхъ болѣе безпокойныхъ и нуждающихся въ постоянномъ наблюденіи, соединенъ еще съ двумя небольшими отдѣльными комнатами, предназначенными для изоляціи больныхъ. За наблюдательнымъ заломъ далѣе находятся три изолятора и клозетъ съ находящимся между ними свѣтлымъ коридоромъ, который имѣеть сообщеніе съ наблюдательнымъ заломъ. Такимъ образомъ нижній этажъ закрытаго павильона, соб-

ственно говоря, состоитъ изъ двухъ отдѣленій, раздѣленныхъ между собою ванной и небольшой комнатою для дневного пребыванія больныхъ. Отдѣленія эти въ случаѣ надобности могутъ быть совершенно отдѣлены другъ отъ друга. Стѣны въ изоляторахъ до высоты 2 метровъ выцементированы и выкрашены масляной краской; полъ дубоваго паркета; двери двойныя, открывающіяся кнаружи безъ окошекъ; надъ дверью находится ниша, защищенная небольшой желѣзной рамой съ корабельнымъ стекломъ; въ ней помѣщается лампа для освѣщенія изолятора; отопленіе паромъ низкаго давленія; трубы защищены прочной проволочной сѣткой. Окна въ изоляторахъ устроены по модели директора лѣчебницы д-ра Петца. Они состоятъ изъ желѣзныхъ рамъ съ такими же переплетами и снабжены толстыми, прозрачными, неразбивающимися стеклами.

Верхняя и нижняя половины окна запираются особыми замками; въ каждомъ окнѣ имѣется приспособленіе для вентиляціи въ видѣ форточки, которая отпирается тѣмъ же ключемъ, какъ и окно, и можетъ быть сдвинуто внизъ (форточка открыта) или вверхъ (закрыта). Ключъ для запиранія и отпиранія оконъ и форточекъ устроенъ такимъ образомъ, что онъ можетъ быть вынуть изъ замка только тогда, когда окно совершенно заперто. Въмѣсто ставень снаружи оконъ придѣланы особыя жалюзи, которыми изоляторы могутъ быть затемняемы въ самой различной степени—отъ полной темноты до обыкновеннаго освѣщенія. Шнуры отъ жалюзи идутъ въ особомъ закрытомъ каналѣ снаружи окна и концы ихъ открываются въ ящикѣ, находящемся подъ окномъ внутри изолятора. Ящикъ этотъ отпирается тѣмъ же ключемъ, какъ и окна.

Большею частью окна въ изоляторахъ придѣланы такъ, что ихъ внутренняя поверхность совпадаетъ съ внутренней плоскостью стѣны, чѣмъ исключено образованіе оконныхъ и подоконныхъ нишъ; тамъ, гдѣ нельзя было такимъ образомъ придѣлать окно, надоконники скошены, а углы и выступы закруглены. Мужской павильонъ рассчитанъ на 54 больныхъ при 6 ч. прислуги, женскій на 38 больныхъ при 3 сидѣлкахъ.

Второе закрытое отдѣленіе предназначено для болѣе безпкойныхъ и ненадежныхъ больныхъ; это единственные павильоны, обнесенные высокой стѣной. Въ нижнемъ этажѣ помѣщаются изоляторы и помѣщенія для дневного пребыванія, вверху спальни. Мужской такой павильонъ рассчитанъ на 39 ч. больныхъ при 5 человѣкахъ прислуги, женскій на 36 больныхъ при 4 ч. прислуги.

Если состояніе больныхъ настолько улучшилось, что они болѣе не нуждаются въ бдительномъ за собою надзорѣ, то таковыя больные передъ окончательнымъ перемѣщеніемъ въ колонію переводятся сначала въ такъ называемое испытуемое отдѣленіе, павильоны котораго устроены по принципу open-door-System. Кромѣ вышеупомянутыхъ больныхъ въ этихъ отдѣленіяхъ размѣщаются и такіе больные хроники, которые по своему психическому состоянію или вреднымъ наклонностямъ и привычкамъ не подходятъ для содержанія ихъ въ колоніи; сюда принадлежатъ: легко возбуждающіеся съ частыми припадками эпилептики, сомнительные въ половомъ отношеніи больные, слабоумные съ наклонностью къ побѣгамъ и другіе. Въ нижнихъ этажахъ павильоновъ находятся двѣ большихъ и одна меньшей величины залы, имѣющія выходъ на расположенную спереди ихъ и во всю длину павильона крытую веранду. Одна изъ большихъ залъ сообщается съ рядомъ лежащей бѣльевой и гардеробной комнатою, другая—съ передней, вокругъ которой сгруппированы: клозетъ, комната для чистки платья и сапогъ, а также буфетная, ванная и туалетная; изъ передней есть боковой выходъ въ садъ. Во второмъ этажѣ кромѣ трехъ большихъ спаленъ имѣется еще пять меньшихъ. Въ этихъ послѣднихъ обыкновенно размѣщаются больные, принадлежащіе къ лучшему классу общества, или больные, которые своимъ ночнымъ поведеніемъ могутъ беспокоить своихъ сосѣдей въ общихъ спальняхъ (громко говорящіе, стонущіе или кричащіе во снѣ больные). Отдѣленія эти, какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ, рассчитаны на 37 ч. больныхъ при 3 человѣкахъ прислуги.

Послѣднее отдѣленіе закрытаго заведенія составляетъ лазаретъ. Это—одноэтажный павильонъ, расположенный въ центрѣ закрытаго заведенія и одинаково доступный для всѣхъ павильоновъ. Павильонъ - лазаретъ состоитъ изъ двухъ совершенно обособленныхъ половинъ, каждая съ отдѣльнымъ ходомъ. Одна половина этого павильона предназначена для тѣлесно-больныхъ мужчинъ, другая—для женщинъ.

Въ средней части лазарета находится съ каждой стороны по одной передней и буфетной комнатѣ, а также по одной комнатѣ для умирающихъ больныхъ; за ними слѣдуютъ съ обѣихъ сторонъ по одной громадной залѣ, предназначенной собственно для содержанія больныхъ. Въ сосѣдствѣ съ этими залами находятся ванныя, клозеты, комнаты меньшей величины для изолированія больныхъ и наконецъ по одной комнатѣ для выздоравливающихъ, откуда есть выходъ въ садъ. Лазаретъ рассчитанъ на 18 ч. больныхъ при 2 ч. прислуги.

Административное зданіе помѣщается въ серединѣ передняго фронта зданій центральнаго заведенія. Въ нижнемъ этажѣ находится помѣщеніе для швейцара, пріемныя комнаты, бюро и кабинетъ директора, въ которомъ у стѣны подъ стекляннымъ футляромъ стоитъ рельефный планъ расположенія всей больницы и принадлежащаго ей имѣнія. Во второмъ этажѣ помѣщаются квартира старшаго врача (онъ же и помощникъ директора), совѣщательная комната для врачей, микроскопическая лабораторія, а также фотографическая комната, въ которой находятся большіе альбомы какъ отдѣльных снимковъ заведенія, такъ и снимковъ болѣе или менѣе интересныхъ больныхъ въ различныхъ фазахъ болѣзни.

Въ расположенномъ надъ этимъ этажомъ мезонинѣ въ двухъ комнатахъ помѣщается довольно обширная бібліотека лѣчебницы.

Между испытуемыми и закрытыми отдѣленіями на мужской половинѣ находится машинное зданіе, въ которомъ помѣщаются мастерскія для плетенія корзинъ и другихъ легкихъ работъ, совершаемыхъ больными закрытаго заведенія,

На женской половинѣ такой мастерской не имѣется, больныя же женщины большею частью заняты рукодѣліемъ, шитьемъ и другими домашними работами. Середина задняго фронта зданій центрального заведенія занимаетъ покойницкая; въ ней кромѣ залы для вскрытія труповъ находится еще нѣсколько другихъ рабочихъ комнатъ. Послѣ вскрытія трупы перевозятся въ часовню, находящуюся на больничномъ кладбищѣ, на которомъ, по отпѣваніи, хоронятся. Справа и слѣва покойницкой расположены сараи для провѣтриванія и просушки постельныхъ принадлежностей. Позади мужской половины центрального зданія находится водопроводная башня съ бассейномъ, откуда вода распределяется по всей лѣчебницѣ.

Къ сѣверу отъ шоссе и къ западу отъ центрального заведенія находится пріютъ для безопасныхъ хрониковъ, основанный въ память золотой свадьбы Императора Вильгельма I и императрицы Августы и носящій названіе именъ послѣднихъ. Принимаются въ пріютъ больные только извнѣ; больные же изъ лѣчебницы могутъ быть переводимы въ пріютъ въ особыхъ случаяхъ и съ особаго разрѣшенія и только тогда, когда есть много свободныхъ мѣстъ. Открытъ пріютъ въ 1885 году. Пріютъ состоитъ изъ мужской и женской половины. Для каждаго пола имѣется по одному большому павильону въ два этажа, рассчитанному на 80 ч. призрѣваемыхъ при 8 ч. прислуги. Между этими двумя павильонами и ближе къ шоссе находится жилой домъ, въ которомъ живетъ врачъ, завѣдующій пріютомъ, и смотритель.

Павильоны устроены съ примѣненіемъ къ нимъ принципа „системы открытыхъ дверей“. Жилыя помѣщенія и спальни расположены рядомъ. Переднюю часть середины павильона въ каждомъ этажѣ занимаютъ три большія залы, предназначенныя для дневного пребыванія; средняя изъ нихъ внизу имѣетъ выходъ на веранду, вверху—на балконъ. Позади этихъ залъ находится коридоръ, а позади послѣдняго клозеты, ванныя и туалетныя комнаты, отдѣльныя для каждой

половины павильона. Вправо и влѣво отъ средней части павильона въ обоихъ этажахъ имѣется по одной большой спальнѣ, а въ сосѣдствѣ съ послѣдними еще по двѣ меньшихъ комнаты. Комнаты эти также служатъ спальнями для болѣе интеллигентныхъ больныхъ; нѣкоторые же изъ нихъ заняты подъ гардеробную. Двѣ изъ этихъ рядомъ расположенныхъ комнатъ, находящихся въ нижнемъ этажѣ, постоянно заняты подъ лазаретъ; одна изъ нихъ предназначена для умирающихъ и имѣеть особый выходъ во дворъ.

Самую главную и продуктивную часть лѣчебницы Alt Scherbitz составляетъ ея колонія для душевно-больныхъ, расположенная къ югу отъ шоссе, между послѣднимъ и долиною рѣки Эльстера. Находящимся посреди колоніи хозяйственнымъ дворомъ мужская половина ея отдѣляется отъ женской. Колонія предназначена для содержанія выздоравливающихъ больныхъ, работоспособныхъ покойныхъ хрониковъ, а также нѣкоторыхъ призрѣваемыхъ. Павильоны больныхъ, находящихся въ колоніи, имѣютъ видъ красивыхъ виллъ, разбросанныхъ безъ особаго порядка въ паркѣ, стоятъ совершенно открыто, безъ всякихъ заборовъ и полисадинокъ. Принципъ open-door-system проводится въ колоніи очень строго. Двери во всѣхъ виллахъ въ теченіи всего дня до наступленія сумерокъ остаются открытыми; окна запираются на замокъ только въ верхнихъ этажахъ. Больные въ предѣлахъ колоніи пользуются полною свободою.

Женская колонія находится къ востоку и вблизи къ тѣмъ хозяйственнымъ постройкамъ, въ которыхъ по преимуществу они работаютъ, какъ то: кухня, прачешная, молочная, птичій дворъ и проч. Зданіе, въ которомъ намѣщается кухня, находится тотчасъ у шоссе. Кромѣ собственно кухни съ прилегающими къ ней рабочими комнатами (пища варится паромъ въ особыхъ котлахъ), въ этомъ же зданіи находятся рабочія комнаты инспектора (смотрителя) и завѣдующаго хозяйствомъ—эконома, а также помѣщенія для кухарокъ, судомоекъ, прачекъ и поденщицъ. Изъ кухни пища непосред-

ственно выдается только для женской колоніи, какъ ближайшей. Въ центральное заведеніе, пріютъ и въ мужскую колонію пища развозится въ вагонѣ (конструкціи директора лѣчебницы д-ра Raetz'a), въ цинковыхъ герметически закупоривающихся сосудахъ. Вагонъ устроенъ изъ плохо проводящаго теплоту матеріала и въ серединѣ состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣленій, куда вставляются сосуды съ пищей; благодаря этому вагону больные, живущіе даже въ отдаленныхъ частяхъ лѣчебницы, получаютъ вполне горячую пищу.

За кухней къ Эльстеру расположена прачешная, снабженная всѣми машинами для стирки, просушки, прокатки и глаженія бѣлья. Въ зданіи, расположенномъ спереди прачешной, находится небольшое отдѣленіе, въ которомъ живутъ 9 больныхъ женщинъ при 1 прислугѣ, работающихъ на прачешной; тутъ же въ этомъ зданіи помѣщается врачебное казино и нѣкоторыя кладовыя. За прачешной расположено машинное и котельное зданіе.

Въ женской колоніи всего 5 виллъ, изъ которыхъ двѣ населены пансіонерами, остальные три нормальными больными. Со всѣхъ виллъ открывается прелестный видъ на Эльстеръ и его лѣсистую долину. Вилла А рассчитана на 20 больныхъ и 2 чел. прислуги; вилла В на 11 больн. и 1 ч. прислуги, вила С на 26 больныхъ и 2 прислуги, вилла D на 31 больныхъ и 2 прислуги и E на 41 больныхъ и 4 чел. прислуги. При виллѣ А кромѣ того находится помѣщеніе для врача волонтера, а при виллѣ E—лазаретъ. Кромѣ этого 11 больныхъ при 1 прислугѣ живутъ при хозяйственномъ дворѣ въ старомъ домѣ. Больныя эти занимаются доеніемъ коровъ, уходомъ за домашней птицей и проч.

Въ самомъ концѣ хозяйственного двора поближе къ долинѣ р. Эльстера, находится двухъэтажный домъ, служащій квартирой директора лѣчебницы.

Мужская колонія расположена къ востоку отъ хозяйственного двора; 14 больныхъ съ 2 ч. прислуги живутъ въ другомъ хозяйственномъ домѣ. Больные эти заняты чисткой

и уборкой лошадей, уходомъ за рогатымъ скотомъ и пр. Живутъ они совершенно свободно, нѣкоторымъ изъ такихъ больныхъ довѣряютъ упряжку быковъ и управление ими. Съ восточной стороны хозяйственный дворъ примыкаетъ къ старому плодовому саду и молодому парку, въ глубинѣ которыхъ находится домъ для собраній больныхъ. Главную часть этого дома составляетъ большой залъ со сценой, уборными и помѣщеніемъ для оркестра; въ сосѣдствѣ съ большимъ заломъ находятся еще нѣсколько меньшихъ комнатъ, гдѣ помѣщаются биллиардъ, буфетъ для больныхъ и пр. Съ обѣихъ сторонъ залы имѣются выходы и клозеты.

Этотъ залъ служитъ церковью и вмѣстѣ съ тѣмъ здѣсь также устраиваются спектакли, концерты и танцевальныя вечера для больныхъ; въ сосѣдствѣ съ этимъ „собраніемъ“ находится кегельбанъ.

Еще далѣе къ югу-востоку, въ направленіи къ рѣкѣ, въ ложбинѣ, раскинута деревня Alt—Scherbitz съ 174 жителями, изъ которыхъ 57 ч. составляютъ семьи низшаго служительскаго персонала больницы, остальная часть городскіе рабочіе. Всего домовъ въ деревнѣ 23. Лѣчебница изъ этого числа домовъ приобрѣла въ полное свое пользованіе 10 деревенскихъ домовъ. Дома эти были самими же больными перестроены и отремонтированы; окна расширены, настланы новые полы, дворы очищены, устроены клозеты и канализація, такъ что въ настоящемъ ихъ видѣ деревенскіе дома, принадлежащіе больницѣ, въ гигиеническомъ отношеніи вполне удобны для жилья. Больные, размѣщенные въ этихъ домахъ, вполне довольны своимъ положеніемъ и дорожатъ имъ. Въ то время, когда больные уходятъ на работы, дома эти убираются подъ надзоромъ прислуги больными женщинами, такъ что когда обитатели послѣ работъ возвращаются въ свои жилища, то застаютъ тамъ все въ полнѣйшемъ порядкѣ. Современемъ предполагается купить и остальныя усадьбы деревни Alt—Scherbitz, заселить ихъ семьями служительскаго

персонала, которымъ и отдавать нѣкоторыхъ больныхъ на содержаніе и призрѣніе.

Въ верхней (сѣверной) части деревни находится двухъ-этажный домъ (бывшая когда-то гостинница) предназначенный теперь для квартиръ служащихъ въ лѣчебницѣ. Недалеко отъ этого дома, ближе къ рѣкѣ, расположены два зданія, въ которыхъ помѣщаются слѣдующія мастерскія: портняжная, сапожная, плотничная и столярная, обойная, шорная, каретная, слесарная и кузница.

Къ востоку отъ деревни между шоссе и рѣкой на ровномъ плато, покрытомъ тѣнистымъ паркомъ, расположены въ формѣ подковы постройки мужской колоніи—виллы. Всѣхъ виллъ здѣсь 7; три изъ нихъ заселены пансіонерами, остальные 4—больными 3 класса. Виллы для пансіонеровъ (а и в) рассчитаны на 18 ч. больныхъ при 1 прислугѣ; въ верхнемъ этажѣ третьей вилы (е) помѣщаются 5 больныхъ 1-го класса и 1 прислуга; въ нижнемъ этажѣ живетъ врачъ, завѣдующій мужской колоніей. Четыре виллы больныхъ 3 класса (с. d. f.) рассчитаны одна на 31 больн. и 2 ч. прислуги, другая на 32 б. также при 2 ч. прислуги, третья на 41 больного и 4 ч. прислуги и четвертая на 42 ч. больныхъ и также 4 ч. прислуги. Въ одной изъ этихъ виллъ (f) кромѣ того помѣщается лазаретъ.

Хозяйственный дворъ съ хозяйственными постройками занимаетъ центръ колоніи. Хозяйственные постройки расположены по бокамъ хозяйственного двора и заключаютъ въ себѣ различнаго рода амбары для склада хлѣба и овощей, конюшню, коровникъ, овчарню, бойню, винокурню, каретные сараи, сарай для храненія пожарнаго обоза, птичникъ и проч. Въ восточной части двора находится кирпичный заводъ съ большою печью для обжиганія кирпича и нѣсколькими крытыми сараями для просушки его.

Во главѣ администраціи лѣчебницы стоитъ директоръ. Онъ главный отвѣтчикъ за всѣ порядки въ лѣчебницѣ; ему одинаково подчиняются какъ медицинскій, такъ и хозяйственный персоналъ, который состоитъ изъ 5 врачей, 2 смотря-

телей и 2 смотрительницъ надъ больными, казначея (онъ же и бухгалтеръ), инспектора, эконома, секретаря и 2 письмо-водителей. Одинъ изъ врачей носить званіе старшаго врача, онъ непосредственный помощникъ директора, котораго замѣщаетъ въ его отсутствіе. Управление лѣчебницей и веденіе хозяйства ведется согласно особому положенію о ней.

Кромѣ упомянутыхъ выше лицъ при лѣчебницѣ состоятъ: больничная прислуга съ расчетомъ 1 на 10 человекъ больных, 1 машинистъ, 1 кочегаръ, 2 истопника, 1 каменщикъ и печникъ, 1 садовникъ, 1 привратникъ, 1 ночной сторожъ и 2 человекъ домашней прислуги; 1 кастелянша, 2 кухарки, судомоекъ, прачежъ и вообще работницъ 10 ч., одинъ католическій священникъ, пріѣзжающій временами изъ Halle, другой протестантскій—изъ Nietleben'a и одинъ органистъ и въ тоже время псаломщикъ — учитель изъ Schkeuditz'a, а также архитекторъ, живущій обыкновенно въ Halle, но ежедневно пріѣзжающій въ Alt-Scherbitz для осмотра ея построекъ и другихъ сооруженій

Директоръ, врачи и чины хозяйственнаго персонала, по опредѣленной выслугѣ лѣтъ, получаютъ пенсіи. Также пенсія назначается и тѣмъ изъ служителей, которые честно и безпорочно прослужили извѣстное число лѣтъ въ лѣчебницѣ. Штатные служителя, при полномъ содержаніи и квартирѣ, получаютъ жалованья въ годъ 543—753 марки, вольнонаемные 360—540 марокъ; штатныя надзирательницы 396 — 486 марокъ, вольнонаемныя 252—296 марокъ. Штатные служителя и прислужницы получаютъ черезъ каждые три года прибавку къ жалованью въ размѣрѣ 60 марокъ до тѣхъ поръ, пока ихъ жалованье не достигнетъ наивысшей нормы. Содержаніе всей лѣчебницы, включая сюда содержаніе больных, жалованіе служащихъ и расходы по хозяйству, въ среднемъ обходится около 522,000 марокъ въ годъ. Продовольствіе каждаго больного 3 класса ежегодно стоитъ около 230 марокъ, обмундировка 44,5 въ годъ, довольствіе больного II класса обходится ежегодно въ 345 марокъ и I класса въ 460 марокъ.

До 1893 года средняя общая стоимость содержанія каждаго больного не превышала 599 марокъ въ годъ.

За содержаніе и лѣченіе въ больницѣ больные I класса платятъ 1600 марокъ въ годъ, больные II класса 600—800 марокъ въ годъ и III класса 240—400 марокъ въ годъ.

Помощникомъ директора по управленію хозяйствомъ и имѣніемъ лѣчебницъ служитъ особый инспекторъ. Въ его вѣдѣніи находятся садовникъ, винокуръ, главный мастеръ кирпичнаго завода, кучеръ, овцеводъ, ночные сторожа, шесть рабочихъ и завѣдующая молочной фермой и птичной.

Инспекторъ ежедневно къ вечеру представляетъ планъ предполагаемыхъ работъ на слѣдующій день, который утверждается директоромъ. Выборъ и назначеніе на работы больныхъ производится врачами, при чемъ послѣдніе наблюдаютъ, чтобы больные не слишкомъ отягощались ими. Передъ отправленіемъ на работы всѣ больные въ извѣстный часъ собираются на хозяйственномъ дворѣ, гдѣ въ присутствіи врача и инспектора распределяются по группамъ сообразно тѣмъ работамъ, которые должны производиться, послѣ чего отправляются въ сопровожденіи служителей. Служителя должны работать вмѣстѣ съ больными и затѣмъ сопровождаютъ ихъ обратно въ лѣчебницу.

Ежегодно воздѣлывается поля приблизительно слѣдующее количество: 30—35 га озимой пшеницы, 20—30 га ржи, 20—30 га ячменя, 30—40 га овса, 40—45 га картофеля, 12—15 га свеклы, 8—10 га фасоли и бобовъ; маиса, кормовыхъ травъ, клевера и люцерны около 20 га и наконецъ огородныхъ овощей 9 га. Живой инвентарь лѣчебницы составляютъ: упряжныхъ лошадей 2, рабочихъ лошадей 19, быковъ 19, дойныхъ коровъ 80, овецъ 400—500 штукъ и кромѣ этого большое число свиней, куръ, гусей и другой живности. Лишніе продукты и скотъ лѣчебницей могутъ быть продаваемы на сторону. Каждая купля и продажа предметовъ и скота для лѣчебницы производится только съ согласія директора, для чего инспекторъ каждый разъ испрашиваетъ на этотъ

предметъ особое разрѣшеніе. Для провѣрки правильности дѣйствій инспектора полицейскимъ бюро Schkeuditz'a въ контору лѣчебницы доставляются ежемѣсячно справочныя цѣны. Директоръ въ свою очередь еженедѣльно представляетъ въ дирекцію провинці краткій отчетъ о купленныхъ и проданныхъ лѣчебницею предметахъ.

Закладка лѣчебницы Alt - Scherbitz состоялось 15 Августа 1876 года, въ окончательномъ же видѣ открыта она была 12 Сентября 1885 года, сначала на 460 мѣстъ. Съ 1889 по 1891 годъ — она была расширена возведеніемъ новыхъ построекъ и въ настоящемъ своемъ видѣ лѣчебница съ колоніей и приютомъ разсчитана на 960 больныхъ (540 мужчинъ и 420 женщинъ), изъ которыхъ въ лѣчебницѣ и колоніи помѣщается 800 больныхъ (460 муж. и 340 жен.) и въ приютѣ 160 больныхъ (80 муж. и 80 жен.).

Стоимость всѣхъ построекъ съ обстановкой лѣчебницы обошлась 1,571,807 марокъ или 1637,3 марки каждая кровать. Если еще причислить сюда 150,000 марокъ, во что обойдется предполагаемое устройство электрическаго освѣщенія, то стоимость лѣчебницы достигнетъ 1,721 807 марокъ или 1793 марки каждая кровать. Кровать больного I класса обошлась 2000 марокъ, больного II класса 1200 марокъ, III класса 750—900 марокъ, въ деревнѣ стоимость каждой кровати стала 500 марокъ. Считая же вмѣстѣ съ землей (300 га), постройка всей лѣчебницы Alt-Scherbitz обошлась въ 2,721,807 марокъ или въ 2835 марокъ каждая кровать.

Нѣсколько разъ въ году больнымъ устраиваются разнообразныя развлеченія, на которыхъ обыкновенно присутствуютъ всѣ служащіе въ больницѣ. Зимой даются концерты, спектакли, танцевальныя вечера, лѣтомъ устраиваются празднества въ аллеяхъ тѣнистаго парка лѣчебницы у р. Эльстера. При лѣчебницѣ есть свой хоръ и оркестръ изъ больныхъ.

Въ Alt - Scherbitz при лѣченіи и содержаніи душевно больныхъ самымъ строжайшимъ образомъ проводится принципъ „no restraint и open-door system“. Какъ уже было

мною упомянуто раньше, здѣсь избѣгается все, что только можетъ собою напомнить больничную обстановку, а тѣмъ болѣе прежніе сумазшавшіе дома Рѣпяховъ въ окнахъ и высокихъ заборовъ нигдѣ нѣтъ, посуда и мебель самая обыкновенная, и не смотря на это, какихъ либо опасностей и неудобствъ въ этомъ отношеніи не замѣчено.

Всякій вновь поступающій больной послѣ ванны и смѣны бѣлья обязательно укладывается въ постель. Это и видъ ряда лежащихъ другихъ больныхъ успокаиваетъ такого больного и быстро приучаетъ къ лежанію въ постели. Только ажитированныхъ меланхоликовъ, по Paetz'у, иногда бываетъ трудно удержать въ постели вслѣдствіе того, что они порываются часто срываться съ нея, но и въ такихъ случаяхъ постоянное присутствіе у кровати больного прислуги со временемъ успокаиваетъ его и больные начинаютъ покойнѣе лежать. При постельномъ содержаніи особенное вниманіе должно быть обращено на паралитиковъ, которыхъ слѣдуетъ чаще переворачивать съ бока на бокъ или сажать ихъ на короткое время въ кресла; за больными, склонными къ онанизму, долженъ быть установленъ тщательный надзоръ. Какихъ либо кроватей и другихъ приспособленій для больныхъ съ наклоностью мараться и пачкаться своими испражненіями въ Alt—Scherbitz'ѣ нѣтъ и они считаются совершенно излишними, такъ какъ такіа приспособленія только деморализуютъ прислугу, позволя ей съ меньшей бдительностью относиться къ больнымъ. Въ предупрежденіе склонности къ пачканію такимъ больнымъ дѣлаются предохранительныя промывательныя или напоминаютъ имъ почаще объ ихъ естественныхъ надобностяхъ, или болѣе часто дѣлаются ванны.

Существованіе въ Alt—Scherbitz'ѣ всевозможныхъ мастерскихъ и цѣлаго, образцово поставленнаго, богатаго сельскаго хозяйства позволяетъ привлекать больныхъ, смотря по ихъ физическому развитію, наклоностямъ и привычкамъ, къ разнообразной дѣятельности по всѣмъ отраслямъ сельскаго хозяйства. Больные мужчины воздѣлываютъ огороды и сады,

работаютъ въ оранжереѣ, пашутъ землю, засеваютъ и боронятъ ее, косятъ траву и хлѣбъ, молотятъ послѣдній, работаютъ въ мастерскихъ, ухаживаютъ за скотомъ и проч., однимъ словомъ нѣтъ такой отрасли въ хозяйствѣ, гдѣ бы не работали больные. Женщины только лѣтомъ привлекаются къ полевымъ работамъ, большею же частью они занимаются рукодѣльемъ, шитьемъ, вязаніемъ, хозяйственными работами по кухнѣ, прачешной, въ молочной фермѣ и на птичьемъ дворѣ.

Въ пользу благотворнаго вліянія работъ на свѣжемъ воздухѣ, несомнѣнно улучшающихъ сонъ больныхъ, отвлекающихъ ихъ отъ ихъ бредовыхъ идей и вообще тѣлесно укрѣпляющихъ больныхъ, краснорѣчиво говорятъ слѣдующія цифры процента больныхъ, у которыхъ въ лѣчебницѣ примѣнялись снотворныя и успокаивающія средства. Снотворныя средства примѣнялись у правильно работавшихъ больныхъ въ 1—2,5%, у неправильно или періодически работавшихъ въ 17% и у совершенно не работавшихъ въ 27,5%. Успокоительныя средства примѣнялись у правильно работавшихъ больныхъ въ 0,5%, у прочихъ же больныхъ приблизительно въ 20—27%. Приученіе больныхъ къ работѣ проводится въ Alt—Scherbitz систематически и осторожно.

Нѣкоторые больные сразу же принимаются усердно за работу, другіе берутся вяло и неохотно или даже совершенно не хотятъ работать, по большинство и изъ этихъ больныхъ, побуждаемые примѣромъ другихъ, усердно работающихъ больныхъ, постепенно и незамѣтно сами втягиваются въ работу. Весьма поощряющимъ средствомъ къ работѣ служитъ практикуемый въ лѣчебницѣ обычай отличать усердно работающихъ больныхъ. Такіе больные получаютъ лишнюю порцію пива или прибавку къ завтраку, обѣду и ужину, имъ даютъ табакъ или сигары, они имѣютъ лучшіе праздничные костюмы, ихъ одариваютъ подарками въ Рождество, переводятъ въ лучшія отдѣленія или колонію, нѣкоторымъ изъ нихъ даютъ на мелкіе расходы карманныя деньги, позволяютъ выходить изъ больницы въ ближайшія окрестности или посѣ-

щеніе концертовъ, театральныхъ представленій и ярмарки въ Лейпцигѣ, а также временами разрѣшаютъ болѣе продолжительные отпуска на родину. Средній процентъ работающихъ больныхъ въ Alt—Scherbitz'ѣ 70—80%. Количество воздѣлываемой больными земли въ среднемъ на каждаго больного приходится въ $\frac{1}{4}$ га, на каждаго же работоспособнаго больного въ 1 га.

Благодаря практикуемому постельному содержанію и работамъ, къ изоляціи больныхъ прибѣгаютъ теперь въ лѣчебницѣ въ высшей степени рѣдко, не болѣе какъ въ 2—3%; между тѣмъ какъ процентъ этотъ раньше былъ въ 8—9 разъ большій.

Съ 1879—1893 годъ вновь принятыхъ больныхъ въ лѣчебницу Alt—Scherbitz всего было 2469 ч., наибольшее число поступленій пришлось на 18⁹²/₉₃ г., когда оно достигло 260 ч. Въ періодъ времени съ 1886 г.—1893 годъ съ излѣчимыми формами было 26% общаго числа вновь принятыхъ больныхъ; изъ этого числа выписано совершенно выздоровѣвшими 49,9%, поправившимися 6,75% и 29% оставалось въ лѣчебницѣ какъ излѣчимыя формы. Выздоровѣвшіе составляютъ въ лѣчебницѣ $\frac{1}{3}$ всего числа убывшихъ больныхъ.

Умершихъ за тотъ же періодъ времени съ 1879—1893 годъ всего было 588 или 7,1%, изъ нихъ только 5 больныхъ (или 0,85% всего числа умершихъ) покончили жизнь свою самоубійствомъ (повѣсился или задушился), тогда какъ по оффиціальнымъ статистическимъ даннымъ во всѣхъ больницахъ душевно-больныхъ въ Пруссіи съ 1877—1885 годы число самоубійствъ между душевно-больными въ среднемъ составляло 1,02% общаго числа умершихъ. (Цифры эти, какъ и другія данныя почерпнуты мною изъ книги д-ра Paetz. Die Kolonisirung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System. Berlin, 1893).

Halle

Клиника душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ Halle от-^{Психиатриче-}носится къ числу новыхъ и построена сравнительно недавно ^{ская кли-} (лѣтъ шесть назадъ). Расположена она за городомъ, въ сѣ-^{ка въ Halle.}веровосточной его части и въ 20 минутахъ ходьбы отъ центра его, въ мѣстности, называемой Mühlgrain. Клиника на 120 больныхъ и служитъ исключительно научно-преподавательскимъ цѣлямъ. Она состоитъ изъ главнаго двухъэтажнаго зданія, въ которомъ помѣщаются: бюро клиники, приѣмная для посѣтителей, амбулаторіи и маленькая церковь; во второмъ этажѣ аудиторія, лабораторія и квартира для старшаго врача и ассистента. Психофизической лабораторіи при клиникѣ нѣтъ. Въ боковыхъ крыльяхъ главнаго зданія размѣщены больные спокойные, а также нервно-больные—вмѣстѣ. Сѣверное крыло занимаютъ мужчины, южное—женщины. Позади главнаго зданія (къ востоку) на большой площади, съ каждой стороны, расположены по три отдѣльныхъ павильона. По одному павильону съ каждой стороны предназначено для больныхъ пансіонеровъ (I и II класса), другіе два павильона для больныхъ III класса и наконецъ третьи два—для безпокойныхъ больныхъ. Павильоны больныхъ пансіонеровъ и больныхъ III класса въ два этажа, съ открытыми верандами и балконами. Центръ каждаго этажа составляетъ обыкновенно салонъ, возлѣ котораго группируются спальни, столовые, нѣсколько отдѣльныхъ комнатъ, клозеты, ванныя и туалетныя, буфетъ и проч. Въ нижнихъ этажахъ имѣются такъ называемые наблюдательные залы, предназначенные для больныхъ съ постельнымъ содержаніемъ. Павильоны эти, какъ и отдѣленія покойныхъ больныхъ, обставлены обыкновенною мебелью; кровати всѣ желѣзныя. Павильоны для безпокойныхъ больныхъ—одноэтажные; въ нихъ по нѣсколько изоляторовъ, но кромѣ того еще помѣщенія для дневного пребыванія, спальни, клозеты, буфеты и проч. Въ серединѣ между мужскими и женскими флигелями находится кухня и прачешная. Пища варится па-

ромъ въ особыхъ котлахъ; прачешная механическая, снабженная всѣми необходимыми машинами; рядомъ съ прачешной котельное и машинное отдѣленіе, а также небольшое отдѣленіе для динамомашинъ. Пола во всѣхъ помѣщеніяхъ изъ дубоваго паркета, стѣны помѣщеній пансіонеровъ оклеены обоями, больныхъ III класса—выкрашены частью масляной, частью клеевой краской; всѣ изоляторы съ двойными дверями выкрашены сплошь масляной краской, окна въ нихъ съ желѣзными рамами, съ болѣе густыми переплетами и корабельными стеклами. Въ остальныхъ помѣщеніяхъ больныхъ окна обыкновенныя безъ рѣшотокъ. Позади прачешной и кухни находится небольшая покойницкая и собачникъ для опытныхъ животныхъ. Освѣщеніе всей клиники электрическое, отопленіе—паровое; воду клиника получаетъ изъ городского водопровода. Ежегодныхъ поступленій бываетъ слишкомъ 100 человѣкъ. Прислуги для больныхъ рассчитано 1 на 10 ч. больныхъ.

Директоромъ клиники состоитъ профессоръ Е. Hitzig (открывшій психомоторные центры), читающій клиническія лекціи по душевнымъ и нервнымъ болѣзнямъ 4 раза въ недѣлю по часу. При клиникѣ состоятъ еще 1 старшій ассистентъ и два младшихъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

(Изъ психо-физиологической лабораторіи проф. Н. М. Пелова).

Къ современному учению о параличѣ Landry¹⁾.

Д-ра А. Е. Янишевскаго.

Ординатора психіатрической клиники Казанскаго Университета.

При опредѣленіи каждаго нервнаго заболѣванія, какъ отдѣльной нозологической единицы, современная невропатологія кладетъ въ основу три главныхъ принципа: анатомо-физиологическій, патолого-анатомическій и этиологическій. На основаніи перваго принципа невропатологъ, пользуясь фактами нормальной анатоміи и физиологіи нервной системы, опредѣляетъ въ клинической картинѣ заболѣванія уклоненія въ проявленіи дѣятельности отдѣльныхъ нервныхъ системъ, нервныхъ единицъ—нейроновъ. Опредѣляя, какія системы и какія части ихъ поражены, онъ ставитъ топическую діагностику заболѣванія. На основаніи данныхъ патологической анатоміи невропатологъ опредѣляетъ характеръ поражения, лежащаго въ основѣ заболѣванія, и наконецъ опредѣляетъ причину, вызвавшую данное заболѣваніе, обусловившую быстроту или медленность его развитія, пользуясь въ острыхъ случаяхъ данными бактеріологіи и токсикологіи. Но не смотря на успѣхи невропатологіи, существуетъ много заболѣваній, гдѣ всѣ три принципа не могутъ быть строго проведены, такъ какъ представляютъ много

¹⁾ Читано съ демонстраціей препаратовъ въ засѣданіи Общества невропатолог. и психіатровъ 12 декабря 1899 г.

еще спорнаго. Эти заболѣванія представляются симптомокомплексомъ, въ основѣ котораго могутъ лежать пораженія, чрезвычайно разнообразныя по своей локализаци, по характеру патолого-анатомическаго процесса и по этиологii. Къ числу подобнаго рода заболѣваній принадлежитъ болѣзнь, извѣстная подъ именемъ остраго восходящаго паралича Landry.

Въ описанii автора ¹⁾, имя котораго носитъ заболѣванiе, дѣло представляется въ такомъ видѣ: послѣ чувства общей слабости, парѣстезiй, иногда легкиxъ преходящихъ судорожныхъ явленiй или даже безъ всякихъ предвѣстниковъ вдругъ у больнаго развивается сначала слабость, а потомъ параличъ, который, начавшись въ нижнихъ конечностяхъ съ периферическихъ частей, распространяется къ центру, захватываетъ мышцы туловища, грудной кѣтки, верхнихъ конечностей, шеи, переходитъ на мышцы глотки, языка, лица, и больной наконецъ погибаетъ при явленiяхъ паралича дыханiя. Послѣдующiе авторы подтвердили наблюденiя Landry, но при этомъ указали, что иногда явленiя паралича начинаются не въ нижнихъ конечностяхъ, а въ мышцахъ, иннервируемыхъ продолговатымъ мозгомъ, откуда параличъ распространяется на мышцы шеи, рукъ, туловища и наконецъ нижнихъ конечностей. Такимъ образомъ для даннаго заболѣванiя въ клинической картинѣ стало считаться главнымъ не распространенiе паралича въ восходящемъ или нисходящемъ направленiи, а быстрота его развитiя съ мѣста первоначальнаго появленiя. Кромѣ явленiй паралича со стороны двигательной сферы наблюдается вялость мускулатуры при пассивныхъ движенiяхъ и въ большинствѣ случаевъ уничтоженiе сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ; тазовые органы остаются пощажеными. Въ пораженныхъ мышцахъ въ начальныхъ стадiяхъ реакцiи перерожденiя обыкновенно не открывается. Со стороны чувствительности рѣзкихъ расстройствъ, по большей части, не наблю-

¹⁾ Цитир. по Raymond'y. Clinique des maladies du système nerveux. Année 1895—1896. Болѣе ранняя литература вопроса заимствована тамъ-же.

дается, самостоятельныхъ болей въ пораженныхъ членахъ не бываетъ, а вызываются онѣ иногда при давленіи на нервныя стволы и мышцы. Сознаніе больныхъ остается незатемненнымъ, температура можетъ быть нормальной. Теченіе болѣзни очень быстрое: описаны случаи, гдѣ смерть наступала черезъ 30 часовъ послѣ заболѣванія (Piccinino ¹⁾). Однако въ очень рѣдкихъ случаяхъ распространеніе паралича можетъ остановиться и движеніе постепенно восстанавливается.

Такимъ образомъ въ клинической картинѣ заболѣванія выступаютъ на первый планъ явленія паралича, т. е. поврежденіе на протяженіи двигательнаго пути. Но вопросъ о томъ, въ какой части этого пути нужно искать поврежденіе, представляется спорнымъ. Большинство авторовъ согласны признать здѣсь поврежденіе периферическаго двигательнаго нерва. Но есть авторы, которые думаютъ объяснить двигательныя расстройства поврежденіемъ центральнаго нерва. Такъ Gowers ²⁾ предложилъ гипотезу, по которой въ настоящемъ заболѣваніи нужно признать поврежденіе концевыхъ развѣтвленій пирамидныхъ волоконъ; и такъ какъ въ этомъ случаѣ нельзя объяснить отсутствіе рефлексовъ и вялость мускулатуры, то авторъ думаетъ, что процессъ можетъ захватить элементы сѣраго вещества, соединяющіе двигательныя и чувствительныя клѣтки и необходимыя для проведенія рефлексовъ и поддержанія нормальнаго мышечнаго тонуса. Такое предположеніе, не имѣя твердо установленной фактической основы, остается только гипотезой. Авторы, признающіе въ основѣ паралича Landry поврежденіе периферическаго нерва, расходятся во взглядахъ на первоначальное мѣсто поврежденія его: въ периферическихъ-ли двигательныхъ нервахъ или въ ихъ трофическихъ центрахъ—въ

¹⁾ Piccinino. Su di un caso di paralisi del Landry. Ann. d. Neurologia, Bd. 15. Heft 1. Jahresbericht über die Leist. und Fortschr. auf dem Gebiete der Neurol. und Psych. 1897.

²⁾ G o w e r s. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы, т. I. Переводъ д-ра Орѣшкина, стр. 396

первнхъ клѣткахъ сѣраго вещества спинного мозга. Вопросъ о такой локализаци, казалось, могла бы рѣшить патологическая анатомія, такъ какъ при такомъ бурномъ заболѣваніи, ведущемъ, по большей части, къ смерти, должно было бы ожидать рѣзкихъ патолого-анатомическихъ измѣненій. Но къ удивленію первыхъ наблюдателей такихъ измѣненій вначалѣ обнаружено не было. Самъ Landry подчеркивалъ отсутствіе какого-бы то ни было замѣтнаго пораженія первой системы. Это отсутствіе патолого-анатомическихъ измѣненій было подтверждено цѣлымъ рядомъ послѣдующихъ авторовъ (Kussmaul, Pellegrino, Levi, Westphal и друг.). Если-же другіе авторы (Hayem, Locart-Clarke, Harley и др.) и находили измѣненія, то такія, которыя, согласно указаніямъ проф. Raymond'a, ничего характернаго не представляли. Однако въ 1877 году Eichorstъ въ одномъ случаѣ восходящаго паралича, развившагося на почвѣ маляріи, нашелъ явленія диффузнаго неврита, и съ тѣхъ поръ появилось весьма много изслѣдованій (Roth, Strümpell, Vierordt, Nawerk и Barth, Leiden и весьма многіе другіе), которыя указывали на параличъ Landry, какъ на проявленіе весьма быстро протекающаго множественнаго неврита. Въ противоположность такому взгляду еще при старыхъ методахъ изслѣдованія многими авторами параличъ Landry трактовался, какъ заболѣваніе сѣраго вещества спинного мозга, и такимъ путемъ это заболѣваніе ставилось въ связь съ острымъ переднимъ полиоміэлитомъ. Изъ русскихъ авторовъ измѣненія въ спинномъ мозгу нашелъ д-ръ Ивановъ. Другой русскій авторъ, д-ръ Креверъ ¹⁾, въ своей работѣ также находилъ измѣненія въ спинномъ мозгу въ видѣ гипереміи, кровоизліяній, набуханія нервныхъ волоковъ и паренхиматозной атрофіи нервныхъ клѣтокъ, однако первоначальный источникъ этихъ измѣненій онъ думаетъ видѣть въ найденномъ имъ во всѣхъ его случаяхъ хроническомъ множествен-

¹⁾ Креверъ. О патологической анатоміи и этиологіи остраго восходящаго паралича спинного мозга (Landry). Обозр. Псих. и проч. 1896, стр. 840.

номъ невритѣ: при обострѣніи воспалительный процессъ переходитъ съ периферическихъ нервовъ на спинной, а затѣмъ и на продолговатый мозгъ. Leiden, ставящій въ связь параличъ Landry съ множественнымъ невритомъ, считаетъ однако нужнымъ допустить кромѣ „невритической формы“ еще и бульбарную.

Съ появленіемъ окраски нервныхъ клѣтокъ по методу Nissl'a, при помощи котораго думали открывать тончайшія измѣненія въ жизнедѣятельности клѣтки, стали примѣнять эту окраску и для изученія патолого-анатомической картины паралича Landry. Въ 1895 году появилась работа Marinesco и Oettinger'a¹⁾, гдѣ при помощи новаго метода найдены слѣдующія измѣненія. Пораженіе было болѣе выражено при переходѣ грудной части въ поясничную. Со стороны сосудовъ было утолщеніе и набухлость сосудистыхъ стѣнокъ, ткань инфильтрирована лейкоцитами съ массой микроорганизмовъ, нервныя клѣтки представлялись набухшими съ явленіями хроматолиза, хроматофильныя зерна окрашивались плохо, тогда какъ межуточное вещество воспринимало окраску; протоплазматическіе отростки (и это подчеркивается) представлялись мѣстами разорванными, клѣтки спинно-мозгового канала были увеличены въ числѣ, слущены, налегая другъ на друга; *периферическіе нервы оставались нормальными*. Въ слѣдъ за этой работой появилось очень много изслѣдованій (таковы работы Marie et Marinesco²⁾, Thomas³⁾, Ballet⁴⁾, Remlinger⁵⁾, Hirtzt et Les-

1) Oettinger et Marinesco. De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë. La Semaine medical. 1895.

2) Marie et Marinesco. Sur un cas de paralysie de Landry avec constatation dans les centres nerveux des lésions poliomyelitiques, liées à la présence d'un microbe. La Semaine medic. 1895 p. 450.

3) Thomas. Two cases of acute ascending paralysis with autopsies. The Journ. of nerv. and ment. dis. Vol. xxiv. Nov. p. 655. Jahresbericht über die Leist. und. Fortschritte auf dem Gebiete der Neurol. und Psych. 1898.

4) Ballet. De la paralysie ascendante de Landry. La Semaine medic. 1895, p. 469.

5) Remlinger. Paralysie ascendante (Landry). Société de Biologie. 28 Mars. 1896. Обзор. псих. и проч., стр. 795.

не ¹⁾, Piccinino ²⁾ и мног. другія), которыя при помощи новаго метода подтверждали измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ сѣраго вещества, въ периферическихъ же нервахъ то находились измѣненія, то отсутствовали.

Съ развитіемъ ученія о нейронахъ, какъ самостоятельныхъ единицахъ, не стали однако придавать важнаго значенія локализациі пораженія въ отдѣльномъ нейронѣ, и теперь принимается, что при пораженіи которой бы ни было части нейрона—клѣтки или волокна—заболѣваетъ весь нейронъ. Это ученіе примѣнили проф. Raymond въ своихъ лекціяхъ и для паралича Landry. При этомъ онъ соединилъ въ одну нозологическую группу подъ названіемъ *cellulo neuritis anterior acuta* три заболѣванія: параличъ Landry, передній острый полиомиелитъ взрослыхъ и множественный двигательный невритъ. Въ основѣ всѣхъ этихъ заболѣваній лежитъ поврежденіе двигательнаго периферическаго нейрона, зависящее отъ одинаковыхъ этиологическихъ вліяній. Смотрия потому, какъ сильно и продолжительно подѣйствовало вредное начало, гдѣ оно по преимуществу обнаружило свое дѣйствіе, проявленіе этого поврежденія будетъ различно. Полное тождество между указанными заболѣваніями устанавливаетъ и проф. Анфимовъ ³⁾.

Къ такимъ положеніямъ привели положительные результаты изслѣдованій по новѣйшимъ методамъ. Однако и въ настоящее время публикуются работы, гдѣ въ случаяхъ паралича Landry, не смотря на то, что примѣнялись и новѣйшіе методы, (методъ Nissl'я, Marchi) всетаки измѣненій ни въ клѣткахъ спинного мозга ни въ периферическихъ нервахъ не найдено. Изъ болѣе новыхъ авторовъ нужно указать Goebel'я, ⁴⁾, который въ одномъ случаѣ паралича, кончившагося

¹⁾ Hirtz et Lesné. Paralyse ascendante aigue. Presse medicale № 48 1897.

²⁾ Piccinino. Loc. cit.

³⁾ Проф. Анфимовъ. О невритахъ, полиневритахъ и восходящемъ параличѣ Landry въ связи теоріей нейронъ. Харьковъ 1899 г.

⁴⁾ Общество внутренней медицины въ Берлинѣ. Засѣданіе 11 января 1898 г. Обзор. псих и проч. 1898 г. стр. 816.

смертью черезъ 17 дней, нашелъ периферическіе нервы нормальными; въ отдѣльныхъ пучкахъ *caudae equinae* наблюдалось очаговое исчезновеніе волоконъ, находились также и свѣже-перерожденныя волокна; въ спинномъ мозгу перерожденій (по *Marchi* и *Weigert*'у) не найдено; нервныя клѣтки при обработкѣ по *Nissl*'ю представлялись нормальными; въ нѣкоторыхъ мышечныхъ пучкахъ найдено разрастаніе междуточной соединительной ткани и дегенерація мышечнаго вещества. *Giraudeau et Levi* ¹⁾ въ одномъ случаѣ, кончившемся смертельно черезъ десять дней послѣ начала заболѣванія, не обнаружили абсолютно никакихъ измѣненій ни въ периферическихъ нервахъ, ни въ корешкахъ, ни въ волокнахъ, ни въ клѣткахъ спинного и продолговатаго мозга. Не найдено также никакихъ воспалительныхъ явленій со стороны сосудовъ. Головной мозгъ оставался нормальнымъ.

Эти отрицательные результаты, какъ думаютъ и сами авторы, могутъ только указывать на то, что мы даже новѣйшими методами не во всѣхъ случаяхъ можемъ обнаружить нарушеніе функціи клѣтки, ведущее подъ-часъ къ гибели организма.

Насколько еще темна анатомическая картина заболѣванія *Landry*, настолько же представляется неясной этиологія его. Наиболѣе часто эту форму наблюдали въ теченіе какого-нибудь лихорадочнаго процесса, какъ тифъ, оспа, инфлюэнца, сибирская язва и проч. Наблюдали развитіе паралича при впрыскиваніяхъ антидифтерійной сыворотки (*Veils*) и при прививкахъ противъ собачьяго бѣшенства (*Rendu*, *Анфимовъ*) Бактеріологическія изслѣдованія открывали чрезвычайно разнообразныхъ микроорганизмовъ, болѣе часто стрептококковъ. Инъекціями культуръ стрептококковъ *Remlinger* ²⁾ могъ вызвать анологичный параличъ у кролика. Кромѣ стрептококковъ находили палочку сибирской язвы (*Baumgarten*, *Marie et Ma-*

¹⁾ *Giraudeau et Levi*. Un cas de paralysie ascendante aigue sans lesion histologique des nerfs et de la moelle. *Revue neurologique* 1898. p. 669.

²⁾ *Remlinger*. Paralysie ascendante aigue experimentale. *La médecine moderne* 1897 p. 695.

ginesco) палочки тифа и друг. Но иногда бактериологическія изысканія оставались безъ результата. Въ общемъ авторы согласны признать здѣсь отравленіе. Были описаны случаи, развившіеся на почвѣ отравленія неорганическимъ ядомъ: сулемой (Ketly), алкоголемъ (Ballet) и окисью углерода (Lendet). За послѣднее время д-ръ Преображенскій ¹⁾ описалъ два случая двигательнаго паралича, развившагося одновременно у матери и сына, послѣ того какъ они, будучи вмѣстѣ въ гостяхъ, поѣли разныхъ закусокъ. Авторъ думаетъ, что въ данномъ случаѣ произошло отравленіе птомаинами изъ недоброкачественной рыбы.

Къ категоріи параличей Landry несомнѣнно слѣдуетъ отнести случай, наблюдавшійся нами въ нервномъ отдѣленіи (проф. Н. М. Попова) губернской земской больницы. Молодой татаринъ 18 лѣтъ, чернорабочій, поступилъ 15 октября 1898 года съ жалобами на параличъ рукъ и ногъ. О своемъ заболѣваніи онъ разсказалъ слѣдующее. 15 дней тому назадъ, идя по улицѣ, онъ, поскользнувшись упалъ на правый бокъ. Сознанія при этомъ не потерялъ, особенной боли также не почувствовалъ, могъ подняться и продолжалъ свой путь. Послѣ этого онъ не чувствовалъ ничего особеннаго, могъ нести тяжелую работу—носить землю. Но спустя 3 дня онъ вдругъ замѣтилъ слабость въ рукахъ: ему стало трудно поднимать руки въ плечевыхъ суставахъ; эта слабость стала усиливаться, перешла на мышцы шеи, на туловище и затѣмъ распространилась и на нижнія конечности. Другихъ какихъ-либо жалобъ на свое состояніе больной не высказывалъ. При изслѣдованіи оказалось слѣдующее. Больной средняго роста, кожные и слизистые покровы окрашены вполне нормально. Питаніе подкожнаго слоя вполне достаточное. Мускулатура развита весьма хорошо. При изслѣдованіи движенія обнаруживается слабость въ шейныхъ мышцахъ, голова нѣсколько наклонена впередъ, движеніе руками въ плечевомъ суставѣ едва возможно, нѣ-

¹⁾ Къ казуистикѣ птомаинныхъ параличей. Медицинское Обозрѣніе 1900 г. январь. стр. 92.

сколько больше движенія въ локтевомъ суставѣ, кистевомъ и пальцевыхъ, сила ихъ рѣзко ослаблена. Экскурсія грудной клѣтки замѣтно ослаблена. Въ нижнихъ конечностяхъ движеніе также ослаблено, но возможно; больной ходитъ, съ трудомъ поднимая ступни своихъ ногъ отъ полу. Въ лицѣ замѣтна ассиметрія: лѣвая носогубная складка слегка сглажена. При пассивныхъ движеніяхъ обнаруживается полная вялость мускулатуры какъ верхнихъ такъ и нижнихъ конечностей. Рефлексы сухожилій отсутствуютъ; подошвенный рефлексъ на поверхностныя и глубокія раздраженія также отсутствуетъ. Мочевой пузырь функціонируетъ правильно, со стороны гестум больной жалуется на поносъ, но дефекація не разстроена. Со стороны чувствительной сферы—жалобы на боли вполне отсутствуютъ. Эти боли не вызываются и при давленіи на нервные стволы и мышцы. При изслѣдованіи чувствительности обнаружены анестезіи на лицѣ въ видѣ пятенъ, на конечностяхъ—въ видѣ чулокъ и перчатокъ съ рѣзкими границами отъ сосѣднихъ участковъ. Анестезія отмѣчена и на слизистой оболочкѣ языка. Поле зрѣнія рѣзко сужено, тогда какъ при офтальмоскопированіи ничего ненормальнаго не найдено. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено кромѣ явленій бронхита. Температура нормальна. Не смотря на параличи, весь видъ больного съ его прекрасно развитой мускулатурой не производилъ первое время впечатлѣнія тяжести заболѣванія. Въ анамнезѣ была легкая травма, которая постоянно оставалась въ сознаніи больного, какъ причина заболѣванія. Несомнѣнные признаки истеріи въ разстройствѣ чувствительности и поля зрѣнія сначала заставили предположить здѣсь функціональное заболѣваніе—травматическій неврозъ въ видѣ міастеніи. Оставалась только странной потеря рефлексовъ, которые при истеріи обыкновенно усиливаются. 19 октября отмѣчается, что границы анестезій нѣсколько перемѣнились: анестезія пропала на лбу и правой половинѣ головы. Самочувствіе нѣсколько лучше. 20 октября больной сталъ жаловаться на одышку, и кашель. При изслѣдованіи легкихъ обнаружилось замѣтное притупленіе въ ниж-

нихъ частяхъ праваго легкаго. *При ощупываніи нервныхъ стволовъ появилась болѣзненность.* Температура утромъ нормальна, вечеромъ дала повышеніе до 39,1. 22 октября явленія одышки усилились, дыханіе очень поверхностное, въ экскурсіи грудной клѣтки участвуютъ главнымъ образомъ верхніе отдѣлы. Замѣтный носовой оттѣнокъ голоса, но глотаніе совершается нормально. Къ ночи одышка рѣзко усилилась, появился рядъ судорожныхъ движеній и больной погибъ.

При вскрытіи, произведенномъ д-ромъ П. П. Заболотнымъ, найдено: *hyperaemia passiva et oedema piae matris cerebri, maculae luteae pericardii, degeneratio parenchimatosa musculi cordis, hyperaemia passiva et infiltratio pigmentosa lienis, bronchitis catarrhalis chronica fibrosa partialis, emphysema partialis pulmonis utriusque, pneumonia catarrhalis (hypostatica) lobi inferioris dextri, oedema pulmonum, gastroenteritis catarrhalis acuta, hyperaemia passiva cum infiltrazione adiposa hepatis, hyperaemia passiva et degeneratio parenchimatosa renum.*

При изслѣдованіи спинного мозга макроскопически обнаружено инъекція сосудовъ оболочекъ, въ шейномъ отдѣлѣ нѣкоторая мягкость вещества мозга по сравненію съ другими участками, при разрѣзѣ сѣрое вещество очерчено нерѣзко, съ красноватымъ оттѣнкомъ. Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты спинной мозгъ, продолговатый, нервные стволы и мышцы. При изслѣдованіи спинного и продолговатаго мозга на срѣзахъ, окрашенныхъ эозиномъ, карминомъ и квасцовымъ гематоксилиномъ, выступаетъ рѣзкая инъекція сосудовъ, оболочекъ и вещества мозга, эта инъекція распространяется на капилляры, образуя мѣстами гемморрагіи; нѣсколько увеличенное количество лейкоцитовъ замѣтно на срѣзахъ изъ шейнаго утолщенія, на нѣкоторыхъ срѣзахъ замѣтно также ихъ скопленіе около центрального канала. При окраскѣ по Marchi въ спинномъ мозгу рѣзкихъ измѣненій не открывается. По методу Nissl'я мною изслѣдованъ только спинной мозгъ. Здѣсь многія клѣтки представляются нормальными, но въ другихъ клѣткахъ обнаруживается рѣзкій хроматолизъ, кото-

рый иногда захватываетъ периферію клѣтки, иногда обнаруживается въ центрѣ, а иногда поражаетъ одну половину клѣтки, тогда какъ на другой половинѣ хроматофильныя зерна какъ бы скучены вмѣстѣ; мѣстами на лишенныхъ хроматина участкахъ находится скопленіе желтаго пигмента. Встрѣчаются нерѣдко клѣтки съ разорванными протоплазматическими отростками, иногда такіе же разрывы находятся и въ тѣлѣ клѣтки. Нѣкоторыя клѣтки представляются въ видѣ комковъ слабо окрашенной въ синій цвѣтъ массы. Измѣненные клѣтки встрѣчаются по большей части въ переднихъ рогахъ въ наружной группѣ клѣтокъ, но ихъ можно встрѣтить и въ другихъ группахъ, а также и въ боковыхъ и заднихъ рогахъ сѣраго вещества. При изслѣдованіи периферическихъ нервовъ замѣтна также инъекція сосудовъ мѣстами съ разрывомъ и геморрагіями въ *perineurium*ѣ. При обработкѣ по Marchi открываются мѣстами черныя глыбки міэлина, занимающія отдѣльныя волокна, но процессъ дегенерации выраженъ не особенно рѣзко. Изслѣдованіе мышцъ какъ на продольныхъ, такъ и на поперечныхъ срѣзахъ не открываетъ ничего ненормальнаго.

Если разобратъ въ клинической картинѣ даннаго случая, то оказывается, что на первый планъ здѣсь выступаютъ двигательныя разстройства въ видѣ вялаго паралича съ потерей сухожильныхъ рефлексовъ, начавшагося съ верхнихъ отдѣловъ мускулатуры, распространившагося по направленію книзу и захватившаго произвольныя мышцы безъ разстройства тазовыхъ органовъ. Болей вначалѣ не было ни самопроизвольныхъ, ни при надавливаніи на нервные стволы и мышцы. Чувствительность представляла, правда, разстройства, но настолько характерныя для истеріи, что можно предположить здѣсь о существованіи великаго невроза на ряду съ органическимъ заболѣваніемъ и затемнившаго вначалѣ тяжесть его. Такая картина паралича вполне подходитъ къ описанію авторовъ паралича Landry, принявшаго здѣсь нисходящее направленіе. Если по клинической картинѣ попытаться рѣшить

вопросъ о локализациі, то несомнѣнно симметричность и общирность пораженія при отсутствіи тяжелыхъ явленій со стороны психической сферы не позволяетъ предполагать здѣсь заболѣваніе головного мозга. Въ спинномъ мозгу не можетъ быть допустимо заболѣваніе двигательнаго (пирамиднаго) пути, противъ этого говоритъ вялость паралича и отсутствіе сухожильныхъ и подошвеннаго рефлексовъ. Локализациа паралича, захватившаго въ верхнихъ конечностяхъ по преимуществу центральные отдѣлы мускулатуры со слабымъ пораженіемъ периферическихъ частей, весьма сильно напоминаетъ параличъ при поліоміелитѣ. Что касается до периферическихъ нервныхъ стволовъ, то участіе ихъ въ процессѣ вначалѣ не обнаруживалось, такъ какъ не было совершенно болѣзненности при надавливаніи на нихъ. Но въ дальнѣйшемъ теченіи эта болѣзненность выступила замѣтнымъ образомъ. На основаніи этого можно предположить, что болѣзненный процессъ вначалѣ захватилъ срое вещество спинного мозга и потомъ перешелъ на периферическіе нервные стволы.

Изслѣдуя патолого-анатомическіе объекты, мы нашли болѣе рѣзкія измѣненія въ спинномъ мозгу, но видѣли, что и нервы были захвачены процессомъ. При этомъ мы нашли замѣтное участіе сосудовъ какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ нервахъ. Это обстоятельство указываетъ, что здѣсь нельзя говорить о томъ, что въ одной части неврона—первичныя измѣненія, а въ другой—вторичныя, развившіяся *per distance*. Очевидно, здѣсь болѣзненный процессъ поразилъ тѣ и другія части первично, и только на основаніи, какъ уже упомянуто, клиническаго теченія можно предположить, что вначалѣ появилось заболѣваніе спинного мозга, а отсюда процессъ *per continuitatem* перешелъ на периферическіе нервные стволы.

Этіологія даннаго заболѣванія осталась невыясненной. Бактеріологическихъ изслѣдованій произведено не было. На основаніи микроскопическихъ картинъ можно думать, что причиной было какое-то токсическое начало.

Въ виду остраго гастроэнтерита, бывшаго у больного и обнаруженнаго при вскрытіи, можно предположить, не было ли здѣсь отравленія со стороны кишечника? Проф. Raymond въ своихъ лекціяхъ, описывая случай паралича, подчеркиваетъ желудочно-кишечныя расстройства, предшествовавшія заболѣванію. Нужно замѣтить, что на возможность интоксикаціи со стороны кишечнаго тратка мало обращается вниманія. Мнѣ кажется правъ д-ръ Преображенскій ¹⁾, говоря, что „заболѣваній, происходящихъ вслѣдствіе отравленій птомаинами гораздо больше, чѣмъ это можно думать на основаніи крайне скудной казуистики; происходитъ это вслѣдствіе того, что эти первныя заболѣванія приписываются другимъ этиологическимъ моментамъ, а не ихъ настоящей причинѣ“.

О параличѣ Landry создалась весьма обширная литература, но просматривая клиническія данныя многихъ сообщеній, нельзя, мнѣ кажется, не признать того, что многіе авторы слишкомъ злоупотребляютъ этимъ названіемъ, видя чуть не въ каждомъ случаѣ простого множественнаго неврита со смертельнымъ исходомъ, а часто и съ исходомъ въ выздоровленіе — параличъ Landry. Конечно, дѣло не въ этомъ названіи, не указывающемъ сущности пораженія и являющемся собирательнымъ, но мнѣ думается, что при постановкѣ такого діагноза нужно все-таки держаться описанія клинической картины, даннаго старыми авторами. Это дастъ, можетъ быть, возможность лучше разобраться въ генезѣ заболѣванія, которое представляетъ много еще неяснаго.

Въ заключеніе не могу не выразить признательности профессорамъ Н. М. Попову, Н. А. Миславскому и И. Г. Савченко, любезно просмотрѣвшимъ мои препараты.

¹⁾ Преображенскій. loc. cit.

СУЩНОСТЬ ИСТЕРИИ ¹⁾

(Къ явленіямъ иррадіаціи и антагонизма
между нервными центрами).

Физиолого-клиническое изслѣдованіе.

Д-ра Брунона Кнотте.

I.

Въ 1897 г. вышло въ свѣтъ сочиненіе P. Sollier подъ заглавіемъ: „Происхожденіе и природа истеріи“ ²⁾. Это—обширный трудъ въ двухъ большихъ томахъ. Весь второй томъ состоитъ изъ 20-ти подробныхъ дневниковъ болѣзней, относящихся къ лицамъ, страдавшимъ самыми тяжелыми формами истеріи и леченымъ Sollier по его особому методу съ исключительнымъ противъ всѣхъ обычныхъ способовъ леченія успѣхомъ. Этотъ 2-ой томъ имѣетъ значеніе связки документовъ по отношенію къ первому тому, въ которомъ излагается основанное на нихъ само ученіе Sollier объ истеріи. Уже одни столь крупные размѣры труда объ одной только болѣзни и то, какъ Sollier обставилъ себя въ немъ съ формальной стороны (2-ой томъ), заставляютъ насъ самымъ серьезнымъ образомъ отнестись къ ученію Sollier, несмотря на всю кажущуюся невѣроятность, почти сказочность описываемыхъ фактовъ, несмотря на всю парадоксальность самой

¹⁾ Сообщено въ Одесскомъ Обществѣ Русскихъ Врачей.— Настоящій докладъ появляется въ печати спустя годъ послѣ того, какъ онъ былъ сдѣланъ въ названномъ Обществѣ. За это время въ литературѣ появилось нѣсколько работъ, подтверждающихъ тѣ или другіе изъ высказанныхъ въ моемъ докладѣ взглядовъ. Важнѣйшіе изъ нихъ будутъ указаны въ текстѣ.

²⁾ D-r Paul Sollier. Genèse et nature de l'hysterie. 2 tomes. Paris, 1897.

теоріи. Факты подлежатъ, конечно, провѣркѣ, но мы не въ правѣ не довѣрять Sollier на томъ лишь основаніи, что сами ихъ не наблюдали. Впрочемъ, считаю долгомъ прибавить еще слѣдующее. Я лечилъ всего трехъ больныхъ по этому, крайне утомительному для самого врача, методу Sollier. Конечно, я, такимъ образомъ, не получилъ большинства явленій, описанныхъ авторомъ. Мало того, я не получилъ самаго главнаго—того феномена, который Sollier называетъ „возвратомъ личности“ (*régression de la personnalité*). Но за то все, что у меня получалось, вполне согласно съ описаніемъ Sollier. А, вѣдь, все это—явленія новыя, диковинки. Вотъ это и заставляетъ меня окончательно вѣрить и остальнымъ диковинкамъ сочиненія автора.

Совсѣмъ другое дѣло—толкованіе фактовъ, т. е. сама теорія. Мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, насколько дедукціи Sollier неправильны или, вѣрнѣе, преувеличены. Но, если въ его теоріи имѣется натяжка, неизбежная, впрочемъ, при игнорированіи тѣхъ фізіологическихъ отношеній между нервными центрами, о которыхъ будетъ рѣчь, то это есть лишь новое доказательство добросовѣстности автора, какъ наблюдателя, разъ снѣ, при всей трудности для него связать въ одно цѣлое факты, всетаки не подтасовываетъ ихъ, а оставляетъ въ сыромъ видѣ. Но, неудовлетворительно объясняемые теоріей истеріи Sollier, его факты составляютъ цѣнный матеріалъ для моихъ взглядовъ на фізіологію и патологическую фізіологію, наравнѣ съ моими собственными наблюденіями и изслѣдованіями. Вотъ почему изложеніе послѣднихъ я сочетаю съ изложеніемъ и критикой теоріи Sollier, съ которой я и начну. Я долженъ предварительно замѣтить, что, несмотря на ошибки въ дедукціяхъ, трудъ Sollier представляетъ полную новизну и громадную заслугу въ патологіи истеріи (а отчасти и въ психофізіологіи). Дѣло въ томъ, что, если не считать ничего ближе не опредѣляющаго „истощенія“ нервной системы, то всѣ предшествовавшія теоріи истеріи — разстройство представленій (Moebius, Strümpell),

раздвоеніе личности (Oppenheim, Jolly, Breuer, Freud), служеніе поля сознанія (Pick, Janet)—были лишь психологическими воззрѣніями на болѣзнь. Наоборотъ, теорія Sollier—физиологическая, а, главное, построена экспериментальнымъ путемъ. Отсюда понятно, насколько она выше, реальнѣе предъидущихъ, которыхъ мы не будемъ поэтому касаться въ настоящей статьѣ.

Вотъ къ чему сводится ученіе Sollier. Какъ извѣстно, въ ряду безчисленныхъ явленій, наблюдаемыхъ при истеріи, обыкновенно отмѣчается также пониженіе чувствительности—анэстезія. Эта анэстезія, считавшаяся до сихъ поръ лишь однимъ изъ симптомовъ истеріи, есть, наоборотъ, основное разстройство при этой болѣзни, отъ котораго и зависятъ все остальныя безъ исключенія. Потеря аппетита, отрыжка, рвота, разстройства сна, параличи, контрактуры, истерическіе приступы, наконецъ, психическія разстройства—все это обязано своимъ происхожденіемъ то болѣе, то менѣе глубокой, то здѣсь, то тамъ локализованной, то болѣе, то менѣе распространенной въ организмѣ вообще анэстезіи. Даже гиперэстезія, а съ ней все виды болей съ пресловутыми болѣзненными точками—не есть настоящее повышеніе чувствительности, а лишь особый видъ „болѣзненной анэстезіи“. Истерическая анэстезія, конечно, не периферическаго, а центрального происхожденія, т. е. анестезированы или, выражаясь словами Sollier, болѣе или менѣе усыплены и вслѣдствіе этого работаютъ лишь на половину или вовсе не работаютъ соответствующіе центры нашего мозга. Доказательства того положенія, что анэстезія есть основное разстройство въ данной болѣзни, не могутъ быть проще: каждое истерическое явленіе, въ чемъ-бы оно ни состояло, исчезаетъ сейчасъ-же, разъ мы приказываемъ больному, подъ гипнозомъ или даже безъ него, чувствовать все лучше и лучше—до полного восстановленія нормальной чувствительности—соответствующую часть тѣла (я оставляю пока въ сторонѣ практической вопрось о томъ, легко-ли этого добиться). Этимъ же путемъ

возстановленія чувствительности доказывается прежде всего новый физиологическій фактъ самаго существованія ея, но лишь въ бессознательной въ нормальныхъ условіяхъ формѣ, во всѣхъ нашихъ внутреннихъ органахъ, а затѣмъ—фактъ такого же пониженія или полного исчезанія этой чувствительности внутреннихъ органовъ, какъ причины истерическихъ разстройствъ и въ нихъ: всевозможныхъ болей, отсутствія аппетита (желудокъ), атоніи кишекъ, афазіи и афоніи (языкъ, гортань) и т. д. Это потому, что и въ этихъ органахъ исчезали всѣ патологическія явленія, когда Sollier говорилъ больнымъ: „чувствуйте лучше свой желудокъ, животъ, сердце, легкія“ и т. д. Исчезаніе анестезіи и возстановленіе нормальной функціи любого члена или органа сопровождается весьма опредѣленными для каждаго изъ нихъ и для данной степени анестезіи объективными и субъективными явленіями. Объективныя состоянія, главнымъ образомъ, въ рѣзкихъ двигательныхъ эффектахъ, какъ-то: сильныя судороги конечностей, рѣзкая перистальтика желудка и кишекъ, измѣненія сокращеній сердца и т. д., а субъективныя—въ самыхъ разнообразныхъ, крайне непріятныхъ парестетическихъ ощущеніяхъ. Но и этого еще недостаточно для полного возстановленія здоровья. Дѣло въ томъ, что самый мозгъ, наравнѣ съ остальными внутренними органами, тоже обладаетъ чувствительностью, не только въ томъ смыслѣ, что въ немъ-то и заключаются соотвѣтствующіе чувствительные центры для всего тѣла, но онъ весь обладаетъ чувствительностью, какъ всякій органъ. Причемъ и тутъ возвращеніе чувствительности, раньше, чѣмъ привести къ возстановленію функціи, сопровождалось субъективно рядомъ весьма опредѣленныхъ, крайне непріятныхъ парестетическихъ ощущеній въ головѣ, а объективно—рѣзкими движеніями ея. Вызываніе чувствительности въ тѣлѣ сопровождается еще, хотя не всегда, особымъ психическимъ эффектомъ, о которомъ я уже упомянулъ. Это, такъ называемый, возвратъ личности (значеніе его объяснено ниже).

Это одинъ рядъ фактовъ Sollier. Мы видимъ здѣсь, съ одной стороны, совершенно новый и оригинальный методъ леченія болѣзни, по которому Sollier излечивалъ самыя отчаянные случаи истеріи, гдѣ всѣ другіе терапевтическіе приемы потерпѣли фіаско. Съ другой стороны, это есть рядъ экспериментовъ, которые приводятъ къ заключенію, что вся истерія состоитъ въ большей или меньшей оцѣпенѣлости (*engourdissement*) и вслѣдствіе этого недѣятельности, словомъ, какъ бы въ усыпленіи самыхъ разнообразныхъ группъ мозговыхъ центровъ. А мы знаемъ, что такое же состояніе недѣятельности нашъ мозгъ представляетъ и во время сна.

Но вотъ еще другой рядъ фактовъ Sollier. Извѣстно, что при истеріи наблюдаются явленія такъ наз. сомнамбулизма или вигилямбулизма. Послѣдній отличается отъ перваго лишь тѣмъ, что при немъ глаза остаются открытыми. Вигилямбулизмъ и сомнамбулизмъ, какъ показываетъ само названіе послѣдняго, есть родъ сна, въ который погружаются иногда истеричные, сохраняя на видъ нѣкоторое сознаніе и частичную способность къ привычнымъ занятіямъ. Въ этомъ снѣ они остаются продолжительное время, но недѣлятъ и больше. Замѣчательно, что, пока сомнамбулизмъ или вигилямбулизмъ не пройдетъ, больные не могутъ уснуть естественнымъ сномъ. Когда-же они просыпаются отъ своего сомнамбулизма, то не помнятъ ничего изъ того, что происходило съ ними во время пережитаго состоянія. По наблюденіямъ Sollier, и внѣ сомнамбулизма, въ случаяхъ тяжелой истеріи, иногда при самомъ строгомъ контролѣ, больные положительно не засыпаютъ ни на одну минуту въ теченіе мѣсяцевъ, не испытывая при этомъ ни малѣйшей потребности сна. Въ другихъ случаяхъ, если больные и спятъ, то отнюдь не естественнымъ сномъ, а особымъ, чаще всего впадаая въ родъ аутогипноза. Вотъ это собственно впервые и навело Sollier на мысль, что всѣ истеричные суть сомнамбулисты, что всѣ они погружены въ сонъ, а потому естественнаго сна у нихъ и быть не можетъ до тѣхъ поръ, пока они не выздоровѣютъ,

т. е. пока не проснутся отъ своего хроническаго сна. Это и даетъ возможность понять, почему больные могутъ абсолютно не спать въ теченіе мѣсяцевъ, не испытывая ни малѣйшей потребности сна. Это очень просто: они не засыпаютъ и не хотятъ спать потому, что они уже спятъ. Иначе такая бессонница была бы невысказима для человѣческихъ силъ.

Чтобы провѣрить свое предположеніе, Sollier дѣлаетъ слѣдующій, простѣйшій по идеѣ и почти невѣроятный по эффекту, экспериментъ, удавшійся ему однако нѣсколько разъ. Загипнотизировавъ больную, положимъ лѣтъ 25—30, онъ даетъ ей слѣдующее приказаніе: „проснитесь совершенно, абсолютно, съ головы до ногъ“! Получается слѣдующее (я рисую общую картину). Больная открываетъ глаза и, увидѣвъ Sollier, бросается бѣжать отъ него, какъ дѣвчонка отъ незнакомаго взрослога мужчины. Она не знаетъ, гдѣ находится, хотя живетъ уже нѣсколько мѣсяцевъ въ лечебницѣ Sollier, не знаетъ, съ какихъ поръ и зачѣмъ она здѣсь, не узнаетъ другихъ больныхъ, ищетъ свою куклу и т. д. Больная удивляется, что она въ длинномъ платьѣ и такая большая. Спрошенная, сколько ей лѣтъ, больная отвѣчаетъ: 5—10—12, словомъ, столько, сколько ей было до заболѣванія истеріей. Черезъ нѣсколько дней, замѣтивъ у себя на лобкѣ волосы, она остригаетъ ихъ ножницами, чтобы „мама не узнала“, что у нея тамъ сдѣлалось. Другой разъ ее застаютъ въ слезахъ и ужасѣ: она умираетъ, она истекаетъ кровью. Оказывается, что у нея регулы. Дѣло ясно: больная дѣйствительно проснулась. Она представляетъ теперь изъ себя ту личность, какою она была до заболѣванія. Поэтому Sollier и назвалъ этотъ феноменъ возвратомъ личности (*régression de la personnalité*). Но тотъ же возвратъ личности получается, какъ я уже упоминалъ, притомъ гораздо легче, и при первомъ способѣ леченія—посредствомъ постепеннаго возстановленія чувствительности. Именно по этому-то способу у Sollier и получился однажды при застарѣлой истеріи возвратъ къ возрасту на 29 лѣтъ моложе. Въ другихъ, впрочемъ крайне рѣдкихъ,

случаяхъ при прямомъ приказаніи проснуться вмѣсто этого феномена получается возвращеніе потерянной вслѣдствіе болѣзни чувствительности, исчезаютъ всѣ симптомы, больная выздоравливаетъ, становится жизнерадостной и начинаетъ нормально спать. Конечно, для этого нужно повторить сеансъ нѣсколько разъ. Наоборотъ (я лично подчеркиваю эту разницу, мы ее вспомнимъ при обсужденіи теоріи Sollier) тамъ, гдѣ при такомъ „прямомъ пробужденіи“ больного возвратъ личности наступилъ, наблюдается лишь весьма незначительное уменьшеніе анестезій и симптомовъ (стигмъ), и дальнѣйшія простыя приказанія проснуться ни къ чему больше не приводятъ.

Сопоставляя этотъ новый рядъ фактовъ и новый способъ леченія „прямымъ пробужденіемъ“ съ первымъ рядомъ ихъ и первымъ терапевтическимъ методомъ, т. е. вызываніемъ чувствительности, Sollier констатируетъ въ обоихъ случаяхъ тождество результатовъ до феномена возврата личности включительно. И авторъ приходитъ къ весьма простому заключенію, что не чувствовать и спать—одно и тоже. И въ самомъ дѣлѣ, вѣдь и у здороваго человѣка, во время нормальнаго сна, чувствительность болѣе или менѣе теряется. Итакъ, истерія есть ничто иное, какъ сонъ, частичный или полный, т. е. распространяющійся на часть или на весь мозгъ, съ одной стороны, глубокой или легкой, съ другой. Вылечить истеричнаго субъекта—значитъ разбудить его, или вернуть ему чувствительность, *что—одно и тоже*. Когда здоровый человѣкъ просыпается, то къ нему тоже возвращается его чувствительность, причемъ просыпаніе не вызываетъ, а есть возстановленіе чувствительности, и наоборотъ. Словомъ, это — синонимы. Но только при второмъ методѣ леченія—посредствомъ приказаній проснуться—мы очевидно стремимся разбудить хронически спящій мозгъ истеричнаго весь сразу, что, конечно, мало надежно; и мы дѣйствительно видѣли, что одинъ этотъ способъ лишь крайне рѣдко доводитъ леченіе до конца. Обыкновенно-же получается лишь возвратъ личности и истезаніе истерическихъ приступовъ;

вся - же или почти вся соматическая анестезия и стигмы остаются. Наоборотъ, при первомъ методѣ—возстановленія чувствительности по органамъ—мы можемъ „будить“ отдѣльно центръ руки, центръ ноги или даже отдѣльно пальцы, кисть, предплечье и т. д. шагъ за шагомъ. Такимъ образомъ, тотъ валовой способъ общаго пробужденія въ большинствѣ случаевъ можетъ быть лишь вспомогательнымъ при основномъ методѣ постепеннаго возстановленія чувствительности по органамъ. Еще чаще приходится начинать прямо съ этого метода. И, какъ видно изъ 2-го тома труда Sollier, проходятъ мѣсяцы и годы этой борьбы съ упорствующей и рецидивирующей анестезіей множества членовъ и органовъ, какіе имѣются въ нашемъ тѣлѣ. Но это служитъ только лишнимъ доказательствомъ реальности фактовъ, описываемыхъ авторомъ. Чудеснаго на свѣтѣ нѣтъ. И однако Sollier излѣчивалъ этимъ путемъ самыя застарѣлыя случаи, оставленные всеми врачами. Возстановленіе чувствительности можетъ быть достигнуто не только фиксаціей вниманія больного (которому приказываютъ „чувствовать“ то или другое мѣсто, причемъ гипнозъ лишь способствуетъ этой фиксаціи вниманія), но и всякими возбуждающими чувствительность средствами, какъ фарадизація, холодные души и т. д. Эти механическіе способы (практикующіеся уже давно, такъ что Sollier даетъ лишь новое объясненіе изъ дѣйствія) рекомендуются даже авторомъ по преимуществу, фиксація-же вниманія, а особенно въ гипнотическомъ состояніи,—лишь какъ *ultimum refugium*, къ которому однако, по словамъ самого Sollier, приходится прибѣгать въ большинствѣ случаевъ.

Остается вопросъ: что же этотъ возвратъ личности, т. е. это выпаденіе изъ сознанія и памяти больного цѣлаго періода жизни, равнаго продолжительности болѣзни, т. е. періода очень часто многолѣтняго, это—потеря безвозвратная? Нѣтъ, ова возвращается, и это возстановленіе воспоминаній достигается все тѣмъ-же путемъ дальнѣйшаго вызыванія чувстви-

тельности, но уже главнымъ образомъ самой головы, т. е. полного пробужденія и высшихъ интеллектуальныхъ центровъ.

Такова въ общихъ чертахъ теорія Sollier. Я долженъ еще повторить за авторомъ его опасенія, что въ виду настоящей горячки нашего времени все объяснять внушеніемъ, получаемые результаты, а особенно этотъ столь убѣдительный (съ виѣшней стороны лишь, какъ увидимъ) для теоріи Sollier феноменъ возврата личности можетъ показаться не натуральнымъ этапомъ въ ходѣ леченія, а искусственнымъ эффектомъ, т. е. внушеніемъ. Нужно удивляться множеству замѣчательно дѣльныхъ доказательствъ Sollier неосновательности подобнаго взгляда. Но изъ всей массы ихъ я могъ-бы привести лишь слѣдующее, ибо, по моему, его одного уже достаточно: „я не знаю—говорить Sollier—ни одного случая, гдѣ-бы посредствомъ внушенія можно было разбудить кого-нибудь, кто не спитъ“. Однако я упомяну еще одинъ изъ этихъ аргументовъ, такъ какъ онъ уже былъ упомянутъ. Это тотъ фактъ, что возстановленіе чувствительности въ любомъ мѣстѣ тѣла, все равно—предпринято-ли оно подъ гипнозомъ или даже безъ него, сопровождается весьма опредѣленными и совершенно одинаковыми у всѣхъ больныхъ субъективными и объективными явленіями и, въ концѣ концовъ, приводитъ къ возстановленію нормальной функціи органа. „Наконецъ, говоритъ Sollier, нѣтъ ничего труднѣе, какъ устранить тотъ или другой истерическій симптомъ посредствомъ внушенія, и нѣтъ ничего легче, какъ устранить его, вызывая чувствительность“. Мы увидимъ однако въ послѣдствіи, что послѣднее замѣчаніе не всегда вѣрно.

Не касаясь другихъ, важныхъ какъ для патологіи, такъ и для фізіологіи, заслугъ работы Sollier, я остановлюсь на двухъ изъ нихъ. Во-первыхъ, авторъ доказалъ громадное значеніе, хотя только практическое, анестезіи въ иптересующей насъ болѣзни. Во-вторыхъ Sollier поселилъ въ насъ идею, и притомъ болѣе или менѣе доказанную имъ, какъ мы видѣли, экспериментально,—что сонъ есть понятіе

собирабельное, есть сумма сна всѣхъ участковъ мозга, и что, такимъ образомъ, сонъ можетъ быть частичнымъ. Хотя идея (гипотеза) парціального сна (или точнѣе: „парціального бодрствованія“) высказывалась и раньше (Fechner, Meynert), какъ фізіологическое состояніе, объясняющее процессъ вниманія, но это не касается собственно сна (ночного), который до сихъ поръ всетаки остается въ сущности психологическимъ понятіемъ, по существу своему недѣлимымъ и заключающимся въ этихъ словахъ: потеря сознанія¹⁾. Однако мы увидимъ, что первое положеніе Sollier—анестезіи, какъ основного патологическаго элемента болѣзни, преувеличено уже потому, что существуетъ и противоположный элементъ—гиперрестезія. Что-же касается второго положенія—идеи частичности сна, то самъ Sollier не подвелъ въ этомъ отношеніи яснаго итога своимъ экспериментамъ и слишкомъ мало воспользовался упомянутой идеей для своего же ученія, примѣнивъ ее лишь къ легкимъ случаямъ истеріи. Всѣ же тяжелые случаи онъ считаетъ сомнамбулизмомъ (вѣрнѣе, вигилиамбулизмомъ), причемъ, несмотря на свои данныя, Sollier, повидимому, разумѣетъ этотъ сомнамбулизмъ то какъ „полный сонъ“, то по старинному, т. е. какъ родъ сна въ недѣлимомъ (психологическомъ) смыслѣ слова. Но, самое главное, Sollier не выяснилъ происхожденія этого частичнаго сна. И мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, насколько правъ былъ Deny замѣтившій, что природа этого особаго вида сна подлежитъ еще опредѣленію.

Отъ этого краткаго резюме цитируемаго труда я перехожу къ изложенію своихъ трехъ случаевъ истеріи, въ которыхъ я примѣнялъ леченіе по методу Sollier. Я дѣлаю это отчасти потому, что, въ виду новизны метода, опубликованіе результатовъ его провѣрки уже представляетъ интересъ; по

¹⁾ Такими-же психологическими, фізіологически неопредѣленными понятіями слѣдуетъ считать «сомнамбулизмъ», «сновидныя состоянія» Pièrre'a Janet и т. д.

главнымъ образомъ затѣмъ, чтобы раньше, чѣмъ приступить къ болѣе подробному изложенію намѣченныхъ ошибокъ въ дедукціяхъ автора, прибавить къ его богатому матеріалу свой скромный собственный, ибо въ немъ всетаки имѣются нѣкоторыя особыя явленія, еще лучше освѣщающія эти ошибки и мою мысль.

У меня сохранились подробные дневники моихъ наблюдений, но приводить ихъ *in extenso*—не соотвѣтствовало-бы размѣрамъ настоящей статьи, представляющей лишь предварительное сообщеніе, и я буду кратокъ въ изложеніи этихъ случаевъ.

Преслѣдуя теоретическую цѣль—провѣрки ученія Sollier, я старался, чтобы „вызываніе чувствительности“ производилось, такъ сказать, въ самой чистой формѣ. Поэтому я употреблялъ не механическіе приемы, а прямыя приказанія „чувствовать“, причемъ по возможности—подъ гипнозомъ. Впрочемъ, это и требовалось по Sollier, по крайней мѣрѣ, для двухъ послѣднихъ моихъ наблюдений, какъ тяжелыхъ случаевъ. Съ другой стороны, я выбралъ именно такіе потому, что и Sollier экспериментировалъ надъ тяжелыми формами болѣзни.

I-ое наблюденіе. 23-лѣтняя замужняя женщина. Истерія состояла главнымъ образомъ въ сильнѣйшихъ боляхъ всѣхъ четырехъ конечностей, груди, спины и головы спереди надъ переносемъ. Эти боли были настолько сильными, что стоны больной буквально наполняли мою квартиру во время ея посѣщеній. Всякое изслѣдованіе чувствительности больной, вообще малѣйшее сосредоточеніе ея вниманія на болящихъ частяхъ, моментально усиливало боли. Желая испробовать методъ Sollier, я хотѣлъ предварительно загниотизировать больную. Усадивъ субъекта въ удобное кресло, я начинаю усмилять его по своему мирному способу предварительнаго успокаиванія, какъ-бы убаюкиванія словами. Не смотря на это, боли не только не утихаютъ, а наоборотъ усиливаются все болѣе и болѣе и завершаются легкимъ истерическимъ приступомъ, котораго не было однако у больной уже нѣкій годъ. Затѣмъ нѣсколько разъ я пытался загниотизировать больную, впрыскивая ей предварительно морфій, который, какъ извѣстно, самъ способенъ вызвать сонъ и который, какъ извѣстно, есть лучшее болеутоляющее средство. Результаты: вскорѣ послѣ впрыскиванія, еще раньше, чѣмъ больная садится въ кресло, боли усиливаются и при гипно-

тизации продолжают ожесточаться. Я пробовал также вырывать морфий и не предпринимать сеанса. Результат ожесточения болей получался тот-же. Тогда я начинаю лечение по Sollier без гипноза. Я избираю правую руку больной и, согласно предписанию автора для таких случаев, и настойчиво фиксирую на этой руке внимание субъекта, энергично и ежеминутно повторяю ему: «старайтесь лучше чувствовать свою правую руку». Через некоторое время наступает усиление болей и легкия, но все-же постепенно усиливающаяся разнообразная движения субъекта этою конечностью. Таким образом, я наблюдал субъективные и объективные явления, обязательныя по учению Sollier при этой процедуре. В течение часа такого упражнения чувствительности боль и движения руки непрерывно нарастают. Кроме того, усиление боли, а отчасти и движения иррадируют во все остальные конечности, грудь и голову. Одновременно съ этим растут и стоны больной, и въ концѣ концов она приходит въ невозможное состояніе. Не видя никакой надежды на естественный конец этой процедуры, какой описывает Sollier, т. е.—на прекращение движений, болей и возвращение нормальной чувствительности, я прерываю сеанс. Гиперестезія остается. Спустя два дня, я еще раз попытался вызвать чувствительность правой руки. На этот раз я в течение часа и двадцати минут буквально без передышки твердил больной на все лады: «думайте только о своей правой руке, чувствуйте ее лучше». У меня пересыхало въ горле. Общія боли и движения руки были еще энергичнее. Больная пришла въ еще худшее состояніе. Но под конец боль правой руки на короткое время действительно уменьшилась. После сеанса, в течение дня, кроме обычных болей, были еще различныя парестезіи и даже легкия судороги въ ногахъ и другихъ мѣстахъ. На другой день эти явления прошли, хотя невольно, но больная действительно замѣтила, что боль въ правой руке меньше, чѣмъ въ лѣвой, остальные боли процвѣтали. Однако у меня не хватило духа предпринять сейчас-же новый, крайне утомительный и для меня самого сеанс, а на слѣдующій день все уже было по прежнему. Долженъ-ли я былъ продолжать? Но какіе-же шансы имѣлъ я на успѣхъ, разъ эта канля улучшения, быть можетъ, даже случайная, такъ дорого стоившая врачу и больной, такъ легко улетучилась?

Одно время я пробовалъ еще, опять таки по учению Sollier, вызывать чувствительность той-же руки уже механическимъ путемъ, именно фарадическимъ токомъ. Какъ все, какъ самое изслѣдованіе чувствительности больной, такъ лишь усиливалъ боли, но ничего больше.

Я сталъ давать больной бромистый натръ въ большихъ дозахъ—по 6,0 въ день. Боли значительно уменьшились, и больной вообще было лучше за все время бромистаго лечения. Недѣлки черезъ двѣ отъ начала его я хотѣлъ попробовать, измѣнилась-ли также отъ брома и въ какомъ смыслѣ чувствительность. Изслѣдованіе тотчасъ-же усилило боли, и я рѣшилъ никогда больше его не повторять. Затѣмъ я потерялъ больную изъ виду. Необходимо замѣтить, что эти опыты, какъ и остальные мои наблюденія, велись мною въ то время, когда я былъ горячимъ поклонникомъ какъ

метода Sollier, такъ и его теоріи, благодаря успѣшному началу примѣненія этого метода—именно въ третьемъ изъ моихъ случаевъ, который въ хронологическомъ порядкѣ былъ первымъ. И я далеко не охотно записывалъ затѣмъ эти отрицательные результаты.

Иое наблюдение. Эту больную я пользовалъ по способу Sollier въ Одесской городской больницѣ, гдѣ она, несмотря на свой 17-ый годъ, успѣла пролежать уже полтора года. Ея состояніе можно охарактеризовать двумя словами: распространенные стаціонарные параличи и контрактуры всего тѣла. По этой причинѣ больная не можетъ не только ходить, но даже присѣсть въ своей постели, вслѣдствіе разгибательной контрактуры тазобедренныхъ суставовъ; наконецъ, она не можетъ даже поднять достаточно голову вслѣдствіе сведенія затылка, ни повернуть ея—вслѣдствіе такой же судороги *mm. sternocleidomastoideorum*. Правая рука больной есть единственный членъ, которымъ она производитъ слабыя движенія, хотя контрактуры имѣются и здѣсь. Судороги распространяются также и на брюшныя мышцы. Въ конечностяхъ эти неисчезающія тоническія судороги лишь переходятъ со сгибателей на разгибателей, и наоборотъ. Кромѣ того, въ той или другой конечности, на ряду съ тоническими, часто происходятъ еще клоническія судороги. Последнія бываютъ и въ другихъ мѣстахъ. Наконецъ, по временамъ, именно при малѣйшемъ волненіи и *особенно легко подъ гипнозомъ*, происходятъ легкія клоническія судороги всего тѣла. Съ другой стороны, тоническія судороги происходятъ несомнѣнно и во внутреннихъ органахъ, особенно въ кишкахъ, что вызываетъ не только запоры и боли, но также постоянный метеоризмъ. Этотъ метеоризмъ, боль и запоры, какъ видно изъ больничнаго скербнаго листа, были настолько рѣзкими въ первое время пребыванія субъекта въ больницѣ, что предполагался перитонитъ и назначалась операція, но судорога кишекъ, а за ней и метеоризмъ исчезали подъ хлороформомъ. Такія-же судороги бывали и въ сфинктерѣ пузыря, вызывая громадныя скопленія въ немъ мочи. Наконецъ, у больной несомнѣнно существуетъ такая-же постоянная судорога мелкихъ сосудовъ во всемъ тѣлѣ, за исключеніемъ лица, отличающагося, наоборотъ, слишкомъ живою игрой вазомоторовъ. Вслѣдствіе спазма сосудовъ существуетъ постоянная блѣдность кожи, а въ стопахъ, по временамъ, даже значительный ціанозъ. Проколъ въ любомъ мѣстѣ складки кожи насквозь не даетъ ни капли крови. Самъ проколъ почти вездѣ абсолютно безболѣзненъ для больной. Наконецъ, о такой-же судорогѣ сосудовъ мозга свидѣтельствуютъ частые обмороки субъекта.

За исключеніемъ лица, боковыхъ частей груди и нѣкоторыхъ мѣстъ внутри живота, гдѣ имѣется болевая гиперѣстезія (въ животѣ о ней свидѣтельствуетъ боль), существуетъ полная потеря всѣхъ видовъ и родовъ чувствительности, какъ кожи, такъ и глубже лежащихъ частей, въ томъ числѣ уничтоженіе мышечнаго чувства. Больная не имѣетъ понятія не только о положеніи своихъ членовъ, но отчасти и своего туловища въ постели, плохо сознавая повернуто-ли оно на право или на лѣво, и легко

валится съ кровати, если не принимать предосторожностей. Нѣтъ сомнѣнй, что можно было-бы ампутировать безъ наркоза бедро больной, и она могла бы даже не догадаться объ операціи.

Со стороны органовъ чувствъ рѣзкихъ измѣненій нѣтъ. Къ сказанному долженъ прибавить истеро-эпилептическіе припадки

Не могу не обратить вниманія на психику больной. Это — ласковый ребенокъ, но съ другой стороны, въ высшей степени впечатлительный. Эта черта еще усиливается, какъ я говорилъ, въ глубокомъ гипнозѣ, выражалась повышенной склонностью къ клоническимъ судорогамъ, — фактъ, который я подчеркиваю на ряду съ самостоятельно появляющейся въ гипнотическомъ-же состоянїи болью въ различныхъ мѣстахъ и такимъ-же самостоятельнымъ появленіемъ въ гипнозѣ тактильной чувствительности на правой рукѣ (менѣ всего анестезированной конечности). Последнее явленіе было только одинъ разъ — во время перваго сеанса, но оно было и я его подчеркиваю; заслуживаетъ вниманія удивительно туманный по временамъ взглядъ больной, хотя она устремляетъ свои расширенныя зрачки прямо на васъ; вамъ кажется, какъ будто больная видитъ васъ не реально, а какъ привидѣніе. Еще интереснѣе расстройство памяти — настоящаго и особенно прешедшаго. Больная однажды не могла, напр., вспомнить, былъ-ли у нея въ этотъ день самостоятельный стулъ, хотя это такая рѣдкость у больной, что она могла бы помнить. Но вотъ крайне интересная ея автобіографія: «10-ти или 11-ти лѣтъ» она потеряла мать. Начались преслѣдованія маичи (причина болѣзни). Я спрашиваю: «а отецъ?» — Не хотѣлъ даже смотрѣть... «Когда мнѣ было 13 или 14 лѣтъ или 15 — я не помню (а вѣдь теперь ей 17-ый) — я оставила свой домъ и пошла служить». Больная служила у какой-то хозяйки. Но какъ долго, не можетъ вспомнить. Я спрашиваю: «скажите все-таки, хоть приблизительно, на что больше похоже: что вы служили тамъ нѣсколько мѣсяцевъ или напр. два года» — Когда, я не помню теперь ничего. «Ну, хорошо, а затѣмъ что было». — Потомъ я заболѣла. «А вѣдь вы говорили когда-то, что были еще въ Бендерахъ? Вы тамъ служили у другой хозяйки, что-ли»? Больная сконфузилась. — Ахъ, да, я была. «А у другой хозяйки вы были». Больная опять не можетъ припомнить. «Ну, у которой вы были дольше, у первой или у второй?» — Да я не помню ничего. — Записавъ это и собравшись уходить изъ больницы, я подумалъ, не была-ли больная еще въ третьемъ мѣстѣ. Я вернулся и спросилъ. Она сконфузилась еще больше, вспомнивъ сейчасъ же, что дѣйствительно была еще и у третьей хозяйки. Не правда-ли, тутъ трудно отрѣшиться отъ впечатлѣнй, что больная помнитъ свое прошлое, какъ сквозь сонъ. Теченіе болѣзни она припоминаетъ лучше.

Больная въ высшей степени легко поддается гипнозу. Довольно сказать, что съ перваго же сеанса она засыпаетъ тутъ же на своей койкѣ, въ палатѣ, гдѣ лежатъ 60 больныхъ. Кто знакомъ съ тѣнотой Одесской городской больницы, тотъ можетъ судить при какой, стало быть, тишинѣ больная способна впадать въ гипнозъ. Мало того, она засыпаетъ даже въ постельтительской частъ, т. е., когда палата, сверхъ обычныхъ условій, наполнена

еще народомъ. Гипнозъ больной настоящей, глубокой, съ полной послѣдующей амнезіей. Пробужденная отъ двухчасоваго гипнотическаго сна, больная не знаетъ даже, былъ ли я при ней или нѣтъ во время сеанса. Я отмѣчаю все это потому, что, по ученію Sollier, тяжелая истерія можетъ быть излѣчена по его методу лишь въ глубокомъ гипнозѣ. Итакъ, случай вполне удовлетворялъ этому условію.

Я продѣлалъ 12 сеансовъ продолжительностью отъ 1-го до 2-хъ часовъ. Сеансы повторялись часто, вначалѣ даже каждый день. Если не считать перваго сеанса, когда я напрасно пытался разбудить весь мозгъ больной сразу, желая вызвать по Sollier возвратъ личности, и послѣдняго сеанса, когда я, разочарованный уже въ методѣ автора, перешелъ къ внушеніямъ (что больная будетъ ходить), то остается 10 продолжительныхъ сеансовъ, 9 гипнотическихъ и одинъ безъ гипноза, направленныхъ на возвращеніе чувствительности больной по частямъ, шагъ за шагомъ. Я ограничивался, конечно, постоянными приказаніями: «чувствуйте лучше». Я началъ, по примѣру Sollier, съ пальцевъ ноги, какъ глубже анестезированной части. Я выбралъ правую ногу и въ продолженіи 7 сеансовъ, старался вызвать чувствительность только ея пальцевъ. Послѣ 3—4 сеансовъ я добился того, что, въ отвѣтъ на мое приказаніе чувствовать эти пальцы, больная слегка двигала нѣкоторыми изъ нихъ, не ощущая однако сама производимыхъ движеній, вполне согласно описанію Sollier. Но въ его случаяхъ эта зародышевая фаза возврата чувствительности продолжается всего одинъ моментъ, и въ тотъ же сеансъ за ней слѣдуютъ всѣ остальные фазы. Въ данномъ же наблюденіи дѣло почти не подвинулось дальнѣе этой стадіи. Больная чувствовала, но лишь довольно сильное сжатіе пальцевъ, впрочемъ—обѣихъ ногъ. Она ощущала же и уколы на пальцахъ только правой ноги, но непостоянно и лишь въ теченіи двухъ дней. Я долженъ замѣтить, что больная однако не сознавала, въ какомъ мѣстѣ своего тѣла она получаетъ всѣ эти ощущенія. И въ сеансовъ она могла уже по желанію производить движенія нѣкоторыми пальцами этой ноги, но такія же безсознательныя (если больная не смотритъ), и часто не могла потому остановить этихъ движеній, разъ они начались. Наконецъ, я наблюдалъ интересныя вазомоторныя явленія, тоже описанныя Sollier: продѣлывая сеансы какъ разъ во время ціаноза нижнихъ пальцевъ больной, я два раза наблюдалъ на правой же сторонѣ переходъ спазма сосудовъ въ парезъ ихъ, причемъ ціанозъ смѣнялся активной гипереміей съ обильной геморрагіей изъ произведенныхъ мною легкихъ уколовъ. На дѣвой сторонѣ, наоборотъ, ціанозъ оставался. Но дальнѣйшаго прогресса, даже послѣ семи сеансовъ, направленныхъ исключительно на пальцы правой ноги, я не получилъ. Напротивъ, часть результатовъ терялась, и то безвозвратно, несмотря на продолжающіеся сеансы, напр., ощущеніе уколовъ болѣе энергичныхъ приказаній вызывали у больной слезы (въ гипнозѣ). Еще два раза, одинъ подъ гипнозомъ, а другой для сравненія безъ него, я пробовалъ вызвать чувствительность всей правой ноги, приказывая больной чувствовать ее всю, почувствовать хоть гдѣ-нибудь. Успѣха не было. Наконецъ, для 10-го

сеанса я переменял систему и, наоборот, направил свои усилия на менее всего анестезированную и нелишенную извѣстной подвижности конечность, т. е. на правую руку. Тутъ были, соответственно меньшей анестезіи, энергичные реактивные эффекты—движенія и ощущенія, но состояніе руки не улучшилось.

Итакъ, если истерія есть сонъ, то я прихожу къ заключенію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ это—сонъ непробудный. Даже при терапіи по методу Sollier.

III-е наблюденіе. Эту больную я демонстрировалъ Одесскому обществу русскихъ врачей (12 янв. 99 г.). Случай представляетъ особенный интересъ, отчасти и самъ по себѣ, въ виду одного симптома или вѣрнѣе его раздѣловъ, но главнымъ образомъ потому, что здѣсь я дѣйствительно получалъ серьезные результаты отъ примѣненія метода Sollier, именно устраненіе параличей конечностей, а между тѣмъ, то явленіе, которое было такъ сказать, гвоздемъ болѣзни (оно то и дѣлаетъ этотъ случай столь интереснымъ), если и уступало терапіи по Sollier, то лишь весьма незначительно; оно исчезло вполне, какъ разъ благодаря внушенію. Наконецъ, въ этомъ же случаѣ наблюдались особые явленія, несовмѣстимыя съ теоріей Sollier—въ томъ видѣ, какъ ее излагаетъ авторъ. Больную, о которой идетъ рѣчь, первоначально я наблюдалъ въ Одесской частной лечебницѣ д-ра Дрознеса, у котораго я служилъ въ то время. Какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, я ограничусь изложеніемъ status praesentis.

Дѣвица 21 г., интеллигентная. Паралегія нижнихъ конечностей—лишь стоны способны къ ничтожнымъ движеніямъ—и сильный паранарезъ верхнихъ: больная поднимаетъ руки не выше своего рта, и то не прямо, а хваталась пальцами за свой лѣвъ. Параличи эти существуютъ 9 мѣсяцевъ. Наоборотъ, уже два года субъектъ страдаетъ особой формой удушья, не покидающаго его ни на одну минуту, за исключеніемъ сна, продолжительность котораго отъ 3 до 6 часовъ въ сутки. По утрамъ и до обѣда дыханіе было лучше и состояло изъ болѣе свободнаго и безшумнаго вдоха, выдохъ же былъ сильно затрудненъ, удлинненъ и сопровождался особымъ звукомъ, напоминавшимъ сонніе, что зависѣло отъ постоянного судорожнаго сжатія голосовой щели. Дыханіе больной слышно было изъ сосѣдней комнаты. Къ вечеру оно еще ухудшалось и къ ночи удушье больной представляло весьма сложный механизмъ, въ которомъ трудно вполне разобраться. Къ описанному звуку присоединялся новый, вродѣ храпѣнія и глотанія, который зависѣлъ вѣроятно отъ судорожнаго сокращенія мягкаго неба. Судорога часто переходила на сжимателей челюстей, и больная не могла открыть рта, а также на языкъ, который лишился движеній. Разумѣется, при этомъ терялась рѣчь. Затѣмъ присоединялась судорога диафрагмы, т. е. икота, при которой туловище больной ежеминутно подпрыгивало. По временамъ дыханіе прекращалось совершенно. Лежачее положеніе усиливало удушье. Вообще, съ тѣхъ поръ, какъ больная стала страдать имъ, т. е. уже два года, она спитъ лишь въ сидячемъ положеніи, обыкновенно на диванѣ, не зная, что такое кровать. Рѣзкія отступленія дыханія

больной отъ нормальнаго типа особенно бросаются въ глаза на графическихъ снимкахъ (кривыхъ) дыханія субъекта¹⁾. Тамъ можно наблюдать, между прочимъ, полныя остановки, а также извращеніе дыханія въ томъ отношеніи, что брюшное и грудное дыханія, которыя у здороваго вполнѣ совпадаютъ своими фазами, здѣсь находятся иногда въ антагонизмъ: грудныя вдыхательныя движенія совпадаютъ съ брюшными выдыхательными или наоборотъ. Легко понять, каково было дышать больной при этихъ условіяхъ! Я долженъ еще прибавить значительную эмфизему и расширеніе сердца, какъ послѣдствія этого двухлѣтнаго удушья,—интересный случай органическихъ измѣненій вслѣдствіе такой функціональной болѣзни, какъ истерія. Изъ другихъ симптомовъ я ограничусь постоянными болями—головными и боковыхъ частей груди, а также очень сильными—лица, иногда и языка. Часто потеря рѣчи къ ночи и возстановленіе ея къ утру. Однажды до моего наблюденія афазія продолжалась цѣлую недѣлю. Рѣзкая анорексія. Мрачное душевное состояніе еще съ дѣтства. Потери памяти гораздо меньше, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, но замѣтна. Что касается чувствительности, то анестезіи выражены вообще несильно, но интересно, что глубже всего анестезирована была кожа, покрывающая гортань (и нѣтъ ничего нефронтнаго въ томъ, что такъ-же анестезирована была—по идеѣ Sollier—сама гортань), которая и давала самыя тяжелыя разстройства. Не трудно замѣтить въ этомъ согласіе (вышнее, какъ мы убѣдимся во II-ой главѣ) съ ученіемъ Sollier. И мы увидимъ дальше, какъ легко, въ самомъ дѣлѣ, исчезли здѣсь параличи, въ противоположность параличамъ предыдущаго случая, и наоборотъ, какъ упорнымъ оказалось удушье.

Перехожу къ исторіи леченія. Я и въ этомъ случаѣ хотѣлъ предварительно загипнотизировать больную. Даже выбирая утреннее время, когда она дышетъ лучше всего, и примѣняя опять-таки новый мирный способъ успокаиванія словами («сидите спокойно, вотъ такъ хорошо, еще спокойнѣе, совсѣмъ спокойно»), я все-таки не добиваюсь гипноза. Мало того, каждый разъ дѣло кончается ухудшеніемъ дыханія, и я прекращаю сеансъ. Но, когда я однажды, не смотря на это ухудшеніе, не прервалъ сеанса, то черезъ полтора часа отъ начала получился слѣдующій сюрпризъ. Удушье стало опять меньше, исчезло обычное сопѣніе и появилось нормальное дыханіе, на первый разъ—непродолжительное, въ послѣдующіе же сеансы оно оставалось до конца ихъ, и лишь изрѣдка больная производила одиночныя глубокіе вздохи. Но этого мало: чувствительность кожи въ области гортани самостоятельно улучшалась въ сравненіи съ тѣмъ, что было до сеанса,—фактъ, замѣченный мной случайно и констатированный затѣмъ столько разъ, сколько разъ я гипнотизировалъ больную, т. е. около 60.

Я долженъ однако замѣтить, что настоящаго гипноза все-таки не было: больная все сознавала и все помнила потомъ. Описываемые эффек-

¹⁾ Демонстрированныхъ Одесскому 0-ву русскихъ врачей, но не вошедшихъ въ настоящее предварительное сообщеніе.

ты—это, конечно, не вызывание чувствительности по Sollier, потому что я еще не приступилъ къ этой процедурѣ; это не внушеніе, потому что, повторяю, все было полнымъ сюрпризомъ, какъ для меня, такъ и для самой больной; это даже не гипнозъ, потому что больная, вѣдь, не спала. Словомъ, если у насъ есть желаніе найти здѣсь истину, то ни одно изъ этихъ трехъ положеній не годится, и намъ придется присвоить нѣчто четвертое. А между тѣмъ, если у насъ получилось исчезновеніе того состоянія (удушья), которое дѣлало больную такъ исключительно несчастной и которое не покидало ее при обычныхъ условіяхъ ни на минуту въ теченіе двухъ лѣтъ, то это доказываетъ, что тутъ произошла не пустячная перемена, а капитальная и она стоитъ того, чтобы поискать причину ея. Но къ этому мы вернемся во второй главѣ. Здѣсь-же я пока лишь подчеркиваю это прекращеніе удушья и улучшеніе чувствительности гортани, вмѣстѣ съ подчеркнутымъ уже во II-омъ наблюденіи такимъ же самопроизвольнымъ возстановленіемъ подъ гипнозомъ тактильной чувствительности въ правой рукѣ.

Послѣ сеанса удушья и анестезія въ области гортани сейчасъ же возобновлялись. Ходъ леченія былъ слѣдующій: больная ежедневно приводилась въ вышеописанное quasi-гипнотическое состояніе съ прекращеніемъ удушья, и затѣмъ, слѣдуя методу Sollier, я вызывалъ у нея чувствительность. Первые сеансы посвящены были конечностямъ. Я опять ограничивался частыми и энергичными приказаніями чувствовать лучше руку или ногу. Я продѣлывалъ тоже самое и въ сеансовъ, и съ такимъ же успѣхомъ. Пропуская реактивныя явленія со стороны конечностей, отмѣчу только ихъ наличность, согласно описанію Sollier. Сеансы, какъ сказано, производились утромъ. Уже послѣ нѣсколькихъ изъ нихъ, больная стала достаточно владѣть руками и начала ходить. Но способность къ ходьбѣ была весьма несовершенна; больная сильно хромала и часто могла пройти только по комнатѣ. Но вечерамъ это было еще труднѣе: больная должна была хвататься руками за стоявшую мебель а иногда и совсѣмъ не могла ходить вечеромъ. Тѣмъ не менѣе, я довольствовался для начала этимъ результатомъ, потому что снѣшилъ перейти къ леченію удушья. Въ томъ же quasi-гипнозѣ я приказывалъ теперь больной чувствовать лучше свою шею, главнымъ образомъ спереди, гдѣ гортань.

Въ шеѣ я почти не наблюдалъ реактивныхъ явленій—ни субъективныхъ (хотя къ нимъ можно причислить то ухудшеніе удушья, которое предшествовало обыкновенно самостоятельному прекращенію его. Аналогичное ухудшеніе бывало и передъ засыпаніемъ ночью), ни объективныхъ. Чувствительность однако еще улучшалась отъ этихъ приказаній (я сузу только о кожѣ), но послѣ сеанса удушья и анестезія возвращалась сейчасъ же. Я сталъ дѣлать внушенія—сохранять чувствительность шеи и по пробужденіи, что и получалось въ дѣйствительности, причемъ больная начала нормально дышать еще нѣсколько минутъ послѣ сеанса. Съ возстановленіемъ удушья происходило и обратное паденіе чувствительности. Затѣмъ продолжительность нормального дыханія, хотя и очень туго, но система-

тически увеличивалась послѣ каждого сеанса и мѣсяца чрезъ полтора отъ начала леченія достигла нѣсколькихъ часовъ. Однако она никогда не распространялась на вечернее время, когда удушье больной было самое жестокое. И никакія усилія моея терапіи по Sollier не имѣли дальнѣйшаго успѣха.

Однажды, въ моментъ, когда вечернее удушье было, такъ сказать, во всемъ разгарѣ, я сдѣлалъ больной подкожное впрыскиваніе морфія (0,01). Десять минутъ спустя послѣ впрыскиванія, я опять захожу въ ея комнату и застаю слѣдующее. Больная не можетъ поднять головы отъ подушки: парализовались мышцы шеи; впрочемъ чрезъ 2—3 минуты это прошло. Далѣе, больная чувствуетъ слабость, усиленіе болей въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и сонливость. Но есть еще одинъ результатъ: субъектъ дышетъ, какъ здоровый человекъ. Такъ какъ это дѣйствіе морфія можетъ быть принято нѣкоторыми за внушеніе, то считаю необходимымъ выяснитъ слѣдующее: 1) за нѣсколько дней до впрыскиванія больная просила меня во время вечерняго удушья сдѣлать что-нибудь, чтобы устранить это страданіе, и въ отвѣтъ получила отъ меня слѣдующее увѣщаніе: «нужно терпѣніе; такого средства нѣтъ, чтобы это прошло въ одну минуту». И больная помнила мои слова отлично. 2) Когда инъекція морфія уже была сдѣлана, то сначала наступили всѣ описанныя непріятныя явленія, и больная была очень недовольна впрыскиваніемъ. Затѣмъ лишь неожиданно для нея появилось нормальное дыханіе. 3) Производя впрыскиваніе, я съ своей стороны старался избѣгать внушенія и велъ себя соответственнымъ, ничего не обѣщающимъ больной образомъ. Наступившую затѣмъ ночь она снала лучше и на слѣдующій день была виѣ себя отъ счастья, такъ какъ-то былъ первый вечеръ въ теченіе двухъ лѣтъ, проведенный ею безъ удушья. И съ наступленіемъ новаго вечера видно было, что она идетъ только повторенія впрыскиванія. Но я оставилъ больную безъ него, т. е. опять съ удушьемъ, и лишь на третій вечеръ, когда жажда къ впрыскиванію еще выросла, я изъ той же банки, тѣмъ же шприцомъ, съ той же дезинфекціей въ присутствіи больной инструмента, впрыснулъ ей стерилизованную воду. Результатъ получился еще лучше, ибо возстановленіе нормальнаго дыханія не осложнялось теперь никакими побочными явленіями; въ противоположность дѣйствію морфія; наоборотъ, оно сопровождалось бодростью. И такъ какъ этотъ эффектъ отъ чистой воды былъ уже, конечно, внушеніемъ, то упомянутая сейчасъ разница составляетъ 4-е—косвенное доказательство, что успѣхъ отъ морфія имѣть не былъ. Съ тѣхъ поръ я продолжалъ утренніе сеансы, послѣ которыхъ больная дышала нормально часовъ до 4-хъ до 5-ти пополудни, а затѣмъ, какъ только начиналось удушье, я впрыскивалъ чистую воду. Такимъ образомъ, больная нормально дышала весь день. Вскорѣ и утренніе сеансы я замѣнилъ впрыскиваніями воды, дававшими тотъ-же эффектъ свободнаго дыханія до 4—5 часовъ пополудни. Тутъ дѣлалась вторая инъекція. Однажды, уже послѣ вечерняго впрыскиванія, больная чѣмъ то взволновалась, и опять появилось удушье. Боясь дискредитировать вліяніе чистой воды, я воспользовался снова впрыс-

нуть настоящий морфий. Возобновившееся удушье вновь прекратилось вследствие за применения морфия. Со временем эффект утренней инъекции воды оказывался все продолжительнее, так что вечернее впрыскивание приходилось делать все позже и позже, наконец, в нем уже вовсе не было надобности. Утреннего хватало на весь день. Потом и его приходилось делать все позже—в полдень, впоследствии лишь после обеда, наконец, еще позже, так что делалось уже собственно только одно вечернее впрыскивание. Затем и оно оказывалось нужным уже не каждый день. Наконец, у больной установилось нормальное дыхание, спустя три месяца от начала наблюдения и после 1½-месячного лечения этими впрыскиваниями. Оставались только отдельные, глубокие вздохи от времени до времени, которые наблюдались, как сказано выше, еще при временных ремиссиях удушья во время сеансов, в начале лечения. Эти загадочные вздохи продолжались полгода и затем исчезли (впрочем не вполне), отчасти под влиянием фарадизации гортани.

Состояние конечностей, хотя без дальнейшей терапии их, еще немного улучшилось, но все-таки больная ходила очень мало и очень плохо: хромая днем и хватаясь руками за мебель вечером. Я оставил службу в лечебнице д-ра Дрознеса, и больная выписалась из нее. Около 4-х месяцев она провела дома, причем состояние ее в общем оставалось тем же. Она начала спать в лежачем положении—в кровати. Неправильно физически. Изредка все-таки появлялось легкое удушье, но больной делали, по моему примеру, впрыскивание чистой воды и удушье сейчас же проходило. Под конец однако наступило резкое усиление обычных болей, особенно в беках, а в последние дни дыхание опять стало хуже. Началось легкое сонливие. Больная снова обратилась ко мне, и я пользовал ее амбулаторно еще около двух месяцев. На этот раз, после первого же обычного quasi гипнотического сеанса, без всяких внушений и без всякого вызывания чувствительности, больная опять стала дышать не слышно: сонливие исчезло. Теперь только я приступил к дальнейшей терапии ее паретических ног, причем опять-таки по Sollier. Сначала я еще производил предварительно больную в известное нам состояние покоя, но очень скоро стал манипулировать без этого. В конце курса я применял фарадический ток, который, по мнению Sollier, тоже производил ничто иное, как улучшение чувствительности (мышц). Больная очень скоро стала ходить лучше, не хватаясь за мебель и не хромая, даже вечером, так что уже можно было сказать, что субъект ходит. Боли в таких местах, как лицо, язык, почти не появляются уже давно, в других местах, они теперь уменьшились, а в ногах совсем исчезли. Сон стал гораздо продолжительнее (иногда по 12 часов), хотя больная все-таки засыпает очень поздно. Эмфизема тоже уменьшилась. Наконец, последнее время я фарадизировал также гортань через кожу—и от этого исчезали и вздохи больной. Наоборот, потеря аппетита и мрачное настроение, существовавшее у нее и до истерии, еще в детстве,—почти не изменились.

И должно отмѣтить еще два обстоятельства, имѣющихъ большое значеніе. Во-первыхъ, кожная и мышечная гиперестезія конечностей, послѣ первоначальнаго несовершеннаго устраненія параличей и парезовъ въ нихъ, перешла въ сильную гиперестезію. Въ мышцахъ эта гиперестезія (общаго чувства) выражалась отсутствовавшими во времена параличей сильными болями, какъ произвольными, такъ и при самомъ легкомъ скатаніи члена. И вотъ, тогда какъ двигательныя расстройства при вторичномъ леченіи продолжали исчезать отъ метода Sollier, эта гиперестезія, наоборотъ, обнаружилась необыкновенное упорство: мышечная стала исчезать лишь подъ самый конецъ лѣченія отъ фарадизаціи; кожная же оказалась еще упорнѣе. Назъ цѣлаго ряда продолжительныхъ сеансовъ уже безъ гипноза, направленныхъ на вызваніе чувствительности ногъ, только однажды она исчезла, и то лишь на одинъ день. Въ концѣ концовъ, я такъ и не справился съ нею. Второе обстоятельство, которое я хочу отмѣтить, состоитъ въ слѣдующемъ. Всѣ терапевтическія процедуры я направлялъ всегда только на лѣвую руку и только на правую ногу больной. За 9 мѣсяцевъ моего знакомства съ послѣдней—если считать и 4-хъ-мѣсячный перерывъ—я не занюхалъ въ терапевтическомъ смыслѣ о правой рукѣ или о лѣвой ногѣ субъекта. А между тѣмъ всѣ фазы лѣченія проходили совершенно параллельно въ обѣихъ рукахъ и въ обѣихъ ногахъ, причемъ сопровождавшія вызваніе чувствительности субъективныя и объективныя явленія—движенія и боль—всегда переходили съ лѣвой руки на правую и съ правой ноги на лѣвую. Подобныя явленія ирадіаціи терапевтическихъ результатовъ опять-таки, описаны у Sollier и вполне справедливо приводятся имъ въ числѣ доказательствъ, что его методъ не есть внушеніе. Но и у Sollier нѣтъ такихъ классическихъ примѣровъ этой ирадіаціи, какъ настоящій

Но по поводу приведенныхъ мною вообще наблюденій я ограничусь однимъ замѣчаніемъ. Успѣхъ отъ впрыскиваній чистой воды есть случай лѣченія въгипнотическимъ внушеніемъ, случай, пожалуй, интересный, какъ методическое лѣченіе подобнаго рода. Но и только. Напротивъ, меня гораздо больше интересуютъ вопросы: почему удушье больной прекращалось во время гипнотическаго или даже псевдогипнотическаго сна? Далѣе, почему оно исчезало также во время естественнаго сна (ночного) больной? Почему такое же дѣйствіе производить морфій? Наконецъ, почему въ одномъ случаѣ (въ I-омъ набл.) морфій, это знаменитое болеутоляющее средство, какъ-бы въ насмѣшку надъ фармакологіей, давало единственный результатъ—ожесточеніе болей, а въ другомъ случаѣ (III-ье набл.) тотъ-же морфій, опять-таки усиливая боли

кое-гдѣ, уничтожаетъ удущье, т. е. разстройство въ гортани, гдѣ ничего не болитъ? И почему существовала такая-же діаметральная противоположность результатовъ между двумя упомянутыми больными въ ихъ отношеніи къ одной и той же методикѣ гипнотизаціи? Этихъ фактовъ не объясняютъ намъ ни теорія Sollier, ни фармакологія, съ которыми они остаются въ прямомъ противорѣчій. Но это можетъ объяснить намъ фізіологія, именно тѣ фізіологическія отношенія между нервными центрами, которыя и составляютъ главный предметъ настоящей работы. (Рѣчь о нихъ будетъ во второй главѣ).

Резюмируя результаты своихъ опытовъ лѣченія истеріи по способу Sollier, я не отрицаю права гражданства этого способа въ медицинѣ, но не могу признать за нимъ тѣхъ исключительныхъ достоинствъ, которыя видитъ въ немъ авторъ. Это есть нѣчто, какъ всякое наше лѣченіе, нѣчто, но не Богъ вѣсть что. Я долженъ отмѣтить еще громадный техническій недостатокъ этого способа; онъ крайне утомляетъ самого врача и поглощаетъ массу времени. Уже изъ-за этого онъ не пригоденъ для такой частой болѣзни, какъ истерія. Что же касается блестящихъ успѣховъ, полученныхъ отъ него самимъ авторомъ, то я считаю эти случаи особенно счастливыми и объясняю ихъ (кромѣ еще нѣкоторыхъ причинъ) виртуозностью Sollier въ этомъ отношеніи. Но методъ, которымъ могутъ пользоваться лишь виртуозы, не есть методъ. Кромѣ того, и Sollier обязанъ этимъ блестящимъ успѣхомъ поразительной настойчивости своей въ леченіи, какъ это видно изъ дневниковъ автора. Его случаи—это гравдіозный лабораторный трудъ, но не клиника. Зато, какъ всякій лабораторный трудъ, они представляютъ громадную цѣнность въ теоретическомъ отношеніи, именно въ качествѣ богатѣйшаго матеріала не только для патологіи истеріи, но и для фізіологіи. Насколько однако самъ Sollier разработалъ этотъ матеріалъ, мы увидимъ въ слѣдующей главѣ.

II.

Критику теоріи истеріи Sollier я начну съ одной подробности, такъ какъ именно эта подробность и послужила для меня самого исходной точкой изысканій, случайно приведшихъ меня, какъ мнѣ кажется, къ одной находкѣ и, благодаря ей, къ новому взгляду на патологию истеріи, а отчасти вообще нервной системы, взгляду, дальнѣйшей блестящей иллюстраціей котораго, между прочимъ, послужить намъ, опять-таки, тотъ-же богатый матеріаль капитальнаго труда Sollier.

Какъ мы знаемъ, по ученію послѣдняго, потеря чувствительности при истеріи есть основное, первичное разстройство, которымъ и обусловливаются все физическіе и психическіе симптомы болѣзни. Изъ этого правила не составляетъ исключенія даже гиперестезія, которая есть не что иное, какъ особый видъ болѣзненной анестезіи. Въ дѣйствительности-же, гиперестезія, въ смыслѣ настоящаго изощренія какого-нибудь вида чувствительности или какого-нибудь органа чувствъ выше нормы, не существуетъ.

Вотъ съ этимъ-то мы не можемъ согласиться, несмотря на всю заманчивость теоріи Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, я не говорю уже о томъ, какъ странна рѣчь о болевой анестезіи тамъ, гдѣ больной, что нерѣдко наблюдается, подпрыгиваетъ, какъ ужаленный, отъ самыхъ легкихъ уколовъ булавкой. Но, вѣдь, факты поразительнаго утонченія у истеричныхъ слуха, зрѣнія или обонянія, которое достигаетъ иногда тонкости чутья собакъ, слишкомъ общеизвѣстны. Самъ Sollier въ двухъ изъ своихъ наблюденій отмѣчаетъ необыкновенное изощреніе органовъ чувствъ (*une acuité extraordinaire*), въ одномъ случаѣ—слуха, въ другомъ—обонянія, хотя авторъ тутъ же противорѣчитъ себѣ, утверждая, что настоящей гиперестезіи все-таки не было, и ссылается почему-то на существовавшую у обѣихъ больныхъ анестезію другихъ органовъ чувствъ и кожную. А что-же сказать про тѣ высокія степени гиперестезіи,

которыя приводятъ публику къ вѣрѣ въ „ясновидѣніе“ больныхъ и даже ученыхъ—къ ложной наукѣ о мысленныхъ внушеніяхъ (*suggestion mentale*), когда гипнотизеръ лишь задумываетъ исполняемое внушеніе, но не передаетъ его загипнотизированному? Я укажу хотя-бы на описанный недавно д-ромъ Ховринимъ въ „Вопросахъ нервно-психической медицины“ далеко не единственный случай истерической гиперестезіи (1898, кн. 2, стр. 247—291 и кн. 3—4, стр. 441—475)—тактильной и органовъ чувствъ, благодаря которой больная могла читать написанное, а также различать цвѣта окрашенной бумаги, если эти объекты были нѣсколько разъ (до 8-ми) обернуты бѣлой бумагой. Что же касается вышеупомянутыхъ мысленныхъ внушеній, то я сошлюсь хотя-бы на приведенный въ русскомъ изданіи Beaunis¹⁾ примѣръ опроверженія такихъ внушеній Bergsohn'омъ и Robinet. Эти авторы наглядно показали, что субъектъ исполняетъ якобы мысленныя внушенія, на самомъ дѣлѣ благодаря необычайной зрительной гиперестезіи. Оказалось, что онъ могъ видѣть невооруженнымъ глазомъ микроскопическій препаратъ. Конечно, опытъ производился въ гипнотическомъ состояніи субъекта. Однако, по глубокому убѣжденію самого же Sollier, всѣ явленія подъ гипнозомъ и въ частности внушаемость принадлежатъ не гипнозу, а истеріи, съ которой въ такихъ случаяхъ непременно имѣютъ дѣло.

Но я могъ бы и не приводить этихъ цитатъ, а прямо обратиться къ физиологій, какъ болѣе строгой наукѣ. Она даетъ намъ приборы для измѣренія нѣкоторыхъ видовъ чувствительности, которая, такимъ образомъ, можетъ быть выражаема въ цифрахъ. Я возьму самую старую, а потому самую надежную вещь въ этомъ отношеніи, именно т. наз. пространственное чувство кожи, для измѣренія котораго, какъ извѣстно, еще Веберъ (въ 1852 году) предложилъ свой про-

¹⁾ Бони. Гипнотизмъ. Переводъ со 2-го франц. изд. П. В. Мокіевскаго. Спб. 1888.

стѣйшій инструментъ, называемый циркулемъ Вебера. Въ настоящее-же время болѣе употребительны другіе приборы, такъ называемые эстеziометры (Sieweking'a, Eulenburg'a, Brown-Sequard'a, Leyden'a, эстеziометрическая игла Beaunis). Всѣ они—съ тѣмъ же веберовскимъ принципомъ. Чувство пространства, какъ извѣстно, измѣняется посредствомъ любого изъ этихъ инструментовъ—минимальнымъ разстояніемъ между двумя прикасающимися къ нашей кожѣ предметами, гсрр. ножками прибора, при которомъ (разстояніи) эти двѣ ножки ощущаются еще нами, какъ двѣ, а не какъ одна, т. е. не сливаются еще въ одно ощущение. Разумѣется, чѣмъ меньше это разстояніе, тѣмъ болѣе тонко пространственное чувство. Не говоря о такихъ весьма чувствительныхъ мѣстахъ, какъ концы пальцевъ, губы, языкъ, гдѣ чувство пространства равно 1 мм. и даже $\frac{1}{2}$ мм., въ остальной кожѣ оно измѣняется десятками миллиметровъ, на бедрахъ, напр., или спинѣ его считаютъ отъ 40 до 77 мм. Возьмемъ теперь хотя-бы тѣхъ же трехъ больныхъ, которыхъ я лечилъ по методу Sollier. У двухъ изъ нихъ (у I-ой, съ сильными мышечными болями, и у III-ей, страдавшей удущемъ, когда оно уже прошло) чувство пространства равнялось по всей поверхности кожи нулю: двѣ ножки эстеziометра ощущались еще, какъ двѣ, даже на спинѣ и бедрахъ, при разстояніи между этими ножками не въ 77 мм., а въ 0 мм., т. е. при полномъ сдвиганіи ножекъ (что объясняется, конечно, тѣмъ, что между ними все-таки остается извѣстное неизмѣримое разстояніе). Итакъ, это—уже цифры. И онѣ получены у двухъ больныхъ изъ трехъ. Можно-ли послѣ этого сомнѣваться въ существованіи истерической гиперестезіи, понимаемой именно, какъ способность къ воспріятію болѣе тонкихъ ощущений, какъ нѣчто, діаметрально противоположное анестезіи? Такимъ образомъ, вопреки мнѣнію Sollier, гиперестезія существуетъ.

Однако, какъ ни странно это, но, съ другой стороны, Sollier имѣетъ полное право утверждать, что гиперестезія есть анестезія. „Когда я приказывалъ—говорить онъ—боль-

нымъ, напр. съ гиперестезированной и болящей рукой, чувствовать ее лучше, то онѣ сначала таращили на меня глаза, отвѣчая: „да, вѣдь, я ее слишкомъ хорошо чувствую“. Однако, когда онѣ всетаки старались чувствовать лучше, гиперестезія и боль исчезали. Это говоритъ Sollier, но и я самъ получалъ тотъ же результатъ—правда, съ большимъ трудомъ и весьма непрочный—у обѣихъ упомянутыхъ больныхъ, причемъ у обѣихъ же безъ гипноза. Такимъ образомъ мы попали въ весьма затруднительное положеніе: мы должны признать два факта, явно противорѣчащіе другъ другу: гиперестезія есть состояніе прямо противоположное анестезіи и въ то же время—гиперестезія есть сама анестезія. Но наша логика всетаки не можетъ принять такихъ двухъ фактовъ. Очевидно тутъ гдѣ-нибудь да есть ошибка. При своихъ изслѣдованіяхъ я и задался цѣлью найти эту ошибку.

Начать съ того, что еще раньше я замѣтилъ, что если у истеричнаго субъекта чувствительность къ бумажкѣ, т. е. осязаніе лучше на правой сторонѣ тѣла, то боль отъ булавки иногда оказывается сильнѣе на лѣвой сторонѣ, или наоборотъ. Однажды во время пріема, ко мнѣ пришли три истеричныя подъ-рядъ съ такимъ расположеніемъ чувствительности. Я повторяю: это бываетъ не часто, а три такихъ больныхъ рядомъ—совсѣмъ ужъ рѣдкій случай. Тѣмъ не менѣе я тогда невольно подумалъ, что между тактильной и болевой чувствительностью какъ будто существуетъ родъ антагонизма. Затѣмъ, когда я уже поставилъ себѣ вышеупомянутую задачу, то для большей точности я сталъ почаще изслѣдовать чувствительность не бумажкой, а эстеziометромъ. И вотъ, у первой изъ двухъ упомянутыхъ сейчасъ больныхъ, у которыхъ пространственное чувство всегда равнялось нулю, однажды я замѣтилъ, что оно вдругъ понизилось до 30 или 40 мм., но затѣмъ вдругъ опять дошло до нуля. Тогда я сдѣлалъ слѣдующій опытъ. Постепенно раздвигая ножки эстеziометра (Eulenburg'a), именно увеличивая разстояніе между ними каждый разъ на одинъ миллиметръ, я постоянно пробуя чув-

ствительность больной, проходя такимъ образомъ всю скалу инструмента.. Вотъ что у меня получилось (это было на лѣвой верхней конечности):

При разстояніяхъ между ножками:	больная ощущаетъ:
отъ 0 мм. до 3 мм.	2 прикосн.
» 4 мм. » 5 мм.	1 »
» 6 мм. » 8 мм.	2 »
при 9 мм.	1 »
отъ 10 мм. до 14 мм.	2 »
при 15 мм.	ответъ больной: 1, нѣтъ, 2.
отъ 16 мм. до 27 мм.	1 прикосн.
при 28 мм.	опять отвѣтъ: 2, нѣтъ, 1.
отъ 29 мм. до 39 мм.	1 прикосн.
» 40 мм. » 43 мм.	2 »
» 44 мм. » 45 мм.	1 »
при 46 мм.	2 »
отъ 47 мм. до 61 мм.	1 »
» 62 мм. » 64 мм.	2 »
» 65 мм. » 67 мм.	1 »
» 68 мм. » 70 мм.	2 »
при 71 мм.	1 »
отъ 72 мм. до 77 мм.	2 »
при 78 мм.	1 »
отъ 79 мм. до 112 мм.	- »

Какъ видно изъ таблицы, лишь начиная съ 79 мм., больная уже до полного раздвиганія ножекъ еще дальше скалы, насколько позволяетъ приборъ, т. е. приблизительно до 112 мм., отвѣчаетъ: 2. Итакъ, больная ощущала два прикосновенія при разстояніяхъ между ножками эстезіометра въ 10, въ 6 и даже въ 0 мм.—это сильная гиперестезія. Но, съ другой стороны, больная ощущала лишь одно прикоснове- ніе при такихъ большихъ разстояніяхъ, какъ 67, 71 и 78 мм. Для верхней конечности это есть уже несомнѣнная анесте- зія. На слѣдующій день я повторилъ этотъ опытъ на другой изъ упомянутыхъ больныхъ—на правой ногѣ ея. Я считаю лишнимъ приводить опять столбецъ утомительныхъ цифръ. Замѣчу только, что и у этой больной получались точно такіа

же колебанія: 2 ощущенія при 0 мм. и одно—даже при 95 и при 101 мм.

Итакъ, недоразумѣніе найдено: ни мы не правы, ни Sollier не правъ: истерическая гиперестезія не есть, строго говоря, ни гиперестезія, ни анестезія, а постоянное чередованіе по времени—а мы увидимъ также, что и по мѣсту—гиперестезіи же съ анестезіей. Теперь намъ будутъ понятны два обстоятельства: 1) почему, дѣйствительно, возможно устранить гиперестезію, вызывая (по Sollier) чувствительность: ибо тутъ въ самомъ дѣлѣ существуетъ элементъ анестезіи; 2) въ виду однако элемента гиперестезіи, понятно также, почему Sollier ошибается даже въ практическомъ смыслѣ, считая гиперестезію лишь легкой степенью анестезіи: въ самомъ дѣлѣ, я лично могу засвидѣтельствовать (на что я обращалъ уже вниманіе въ первой главѣ) громадное упорство гиперестезіи при леченіи по методу Sollier. Мало того, такое же впечатлѣніе я вынесъ изъ дневниковъ автора. Тутъ-то я и удивлялся несбыкновенной настойчивости его въ примѣненіи своего способа. И это—тогда, когда я и не думалъ еще относиться критически къ теоріи Sollier.

Я долженъ замѣтить, что эстезіометръ любого типа, какъ назначенный для измѣренія чувства пространства (не вполне справедливо, но тѣмъ не менѣе относимаго къ осязанію), есть приборъ несовершенный. и вотъ въ какомъ смыслѣ. Такъ какъ приходится брать иногда очень малыя разстоянія, то ножки инструмента по необходимости болѣе или менѣе заострены, а потому у больныхъ, у которыхъ имѣется также сильная болевая гиперестезія, приборъ этотъ дѣйствуетъ одновременно и на ихъ болевую чувствительность. Такимъ образомъ, у послѣдней изъ экспериментированныхъ больныхъ (страдавшей удушьемъ), благодаря ея крайне болевой гиперестезіи кожи, прикосновеніе эстезіометра было настолько болѣзненно, особенно на спинѣ, что больная каждый разъ слегка вздрагивала. При уколахъ булавкой вздрагиваніе было, конечно, еще сильнѣе. Однако я воспользовался несовершен-

ствомъ этого инструмента для слѣдующаго опыта. На другой день я провѣрялъ колебанія пространственнаго чувства на спинѣ этой-же больной. Дойдя до 52 мм., я вспомнилъ свои вышеупомянутыя наблюденія, зародившія во мнѣ идею, что между тактильной и болевой чувствительностью существуетъ какъ-бы родъ антагонизма. Мнѣ пришла мысль, что быть можетъ и болевая гиперестезія подвержена такимъ-же постояннымъ колебаніямъ, какъ и тактильная; причемъ возможно, что фазы колебаній той и другой обратны по времени. Дальнѣйшій ходъ опыта я привожу прямо изъ черноваго дневника болѣзни субъекта.

„Дойдя до 52 мм., я говорю больной: „вы замѣчайте и скажите мнѣ, когда васъ больше колетъ инструмента: когда вы чувствуете одно или два прикосновенія“? Б. тотчасъ-же отвѣчаетъ: „я уже замѣтила: когда я говорю одно, такъ больше колетъ“. [Но, вѣдь, это и значить, что въ моментъ уменьшенія тактильной гиперестезіи (вѣриѣ,—чувства пространства) болевая гиперестезія усиливается]. Я продолжаю: при 60—62 мм. б. ощущаетъ 2 прикосн., при 63 мм.—1, и эстезиометръ „болитъ больше“, при 64 мм.—2, и „меньше болитъ“, при 65 мм.—1, и „больше болитъ“. Теперь я самъ замѣчаю, что движенія спины (вродѣ вздрагиванія, какъ указано выше) сильнѣе; когда б. говоритъ: „1 прикосн.“. Вторичная проба при 65 мм.—2 прик., отъ 65 мм. до 70 мм.—2, при 71—72 мм.—1. Теперь я, по реакціи спины на приборъ, самъ впередъ знаю, когда б. скажетъ „2“ и когда—„1“. При 73—75 мм.—2, при 75 мм.—1. Я положительно знаю, 1 или 2, раньше, чѣмъ б. это скажетъ. При 80 мм.—2, при 81—1, отъ 82—85 мм.—2. Теперь же не б. мнѣ, а я больной безошибочно говорю впередъ, когда она чувствуетъ 1 и когда 2 прик. Мало того, иногда, при неясныхъ для меня указаніяхъ со стороны движеній спины б—ой, я недоумѣваю, 1 или 2, оказывается, что сама б. тоже недоумѣваетъ, 1 или 2. [Она сидѣла, конечно, обращенная ко мнѣ спиной, и ни о какомъ взаимномъ психическомъ вліяніи между нами не могло быть рѣчи]. Дойдя до максимальнаго расстоянія между ножками прибора—приблизительно въ 112 мм.—я бѣгло прохожу всю схему инструмента еще разъ и опять по движенію спины каждый разъ впередъ могу сказать б—ой, сколько

прикосновеній она ощущаетъ. И лишь одинъ разъ — при 26 мм.—я ошибся [что объясняется, конечно, тѣмъ, что мое вниманіе наконецъ устало]^а.

Итакъ, этотъ опытъ наглядно показываетъ, что у больной на одномъ и томъ-же участкѣ кожи происходятъ постоянныя колебанія двухъ видовъ чувствительности, причемъ фазы этихъ колебаній прямо противоположны по времени для обоихъ видовъ: моментъ гиперестезіи тактильной чувствительности совпадаетъ съ пониженіемъ болевой, — и наоборотъ. Словомъ, между ними, дѣйствительно, существуетъ антагонизмъ. Желая провѣрить (тѣмъ-же приборомъ) эти явленія еще у одной больной, кожная чувствительность которой была скорѣе понижена, я нашелъ тотъ-же фактъ, что послѣдняя отнюдь не стоитъ все время на одной высотѣ, а находится въ такомъ же постоянномъ колебаніи (хотя въ меньшихъ предѣлахъ — не достигая гиперестезіи). Но у этой больной нельзя было признать антагонизма, тѣмъ не менѣе всетаки пришлось констатировать такую-же строгую зависимость между тактильной (пространственной) и болевой чувствительностью, но уже наоборотъ — въ смыслѣ полной синхроничности повышеній и пониженій той и другой. Такая строгость, если не въ антагонизмѣ, то въ синхроничности, есть очевидное проявленіе какой-то законсообразности. Ниже мы увидимъ, что оба эффекта — антагонизмъ и синхроничность — получаются экспериментально и у здоровыхъ, смѣняя однако другъ друга у одного лица на томъ же мѣстѣ. Но уже на основаніи данныхъ опытовъ можно сдѣлать предположеніе, что оба результата суть частные случаи одного общаго правила, а именно: у первой больной происходятъ колебанія между тактильной чувствительностью и болевой на одномъ и томъ-же мѣстѣ кожи, а у второй — колебанія чувствительности вообще (тактильный плюсъ болевой, со включеніемъ, быть можетъ, и температурнаго чувства) между однимъ участкомъ кожи и какимъ-нибудь другимъ участкомъ или вообще — другою областью тѣла. Словомъ, можно допустить, что

существуетъ общій законъ антагонизма для нашей чувствительности въ обширномъ смыслѣ слова, т. е. какъ борьба между самыми различными формами ощущеній на одномъ и томъ-же мѣстѣ, такъ и антагонизмъ между чувствительностью различныхъ мѣстъ тѣла.

Дѣйствительно, факты вполне соотвѣтствуютъ обоимъ этимъ предположеніямъ.

Начнемъ съ перваго изъ нихъ. Для тактильной и болевой чувствительности я пока и ограничусь тѣмъ, что мы уже видѣли, такъ какъ въ дальнѣйшемъ будутъ еще приведены мои опыты надъ здоровыми, подтверждающіе этотъ родъ антагонизма. Борьбу между двумя отдѣльными формами температурныхъ ощущеній, т. е. между чувствами тепла и холода, мы постоянно встрѣчаемъ и въ повседневной жизни; далѣе, самые факты отмѣчены наукой, такъ что мы не будемъ приводить примѣровъ. Психологія отдѣляется объясненіемъ этихъ фактовъ „контрастомъ“, физиологія-же, какъ увидимъ, не справляется съ ними. Я долженъ впрочемъ замѣтить, что идея борьбы, но именно только между чувствами тепла и холода, уже давно приходила въ голову Hering'у, однако она показалась ему такъ парадоксальной, что Hering отвергнулъ эту мысль сейчасъ-же, какъ только она у него зародилась. E. Weber построилъ теорію температурнаго чувства, которую впоследствии самъ онъ призналъ несостоятельной. Тогда Hering предложилъ свою теорію, которая признаетъ лишь одинъ физиологическій аппаратъ для температурной чувствительности, а не два отдѣльныхъ—для ощущеній тепла и холода. Поэтому теорія Hering'a явно противорѣчитъ закону специфическихъ энергій (который онъ отрицаетъ). Но Hering предпочелъ это потому, что, по его собственнымъ словамъ, „если-бы желали принять два различныхъ аппарата для обоихъ качествъ температурнаго ощущенія, то при этомъ пришлось-бы предположить между ними такое тѣсное функциональное отношеніе, что уменьшеніе возбудимости одного всегда должно было-бы вызывать соотвѣт-

ственное усиленіе возбудимости другого прибора“¹⁾). Такое предположеніе очевидно казалось Hering'у парадоксальнымъ. Но теперь, когда мы знаемъ, что существуетъ антагонизмъ даже между осязаніемъ и болевой чувствительностью, мы тѣмъ болѣе не должны бояться парадоксальности его для такихъ, уже по существу своему противоположныхъ, ощущеній, какъ тепло и холодъ. А съ другой стороны, положительно доказано Вліх'омъ (1885 г.) и подтверждено Goldscheider'омъ, что тактильныя, оба температурныя и болевыя ощущенія лишь кажутся намъ равномерно распределенными по поверхности кожи, въ дѣйствительности-же въ ней существуютъ отдѣльныя точки и зоны, исключительныя для каждаго изъ этихъ 4-хъ видовъ ощущеній—прикосновенія, тепла, холода и боли. Этотъ фактъ совершенно опровергаетъ теорію Hering'a, воочію доказывая какъ разъ существованіе отдѣльныхъ аппаратовъ для ощущеній тепла и холода. Такимъ образомъ намъ остается одно—признать здѣсь законъ антагонизма между этими двумя аппаратами.

Наконецъ, не трудно убѣдиться, что борьба существуетъ также между всѣми вообще видами кожной чувствительности—между двумя температурными, тактильной и болевой. Въ самомъ дѣлѣ, физиологія отмѣчаетъ, что сильное тепловое или холодное ощущеніе „переходитъ въ боль“. Такъ напримѣръ: какъ при ожогѣ, такъ и наоборотъ при отмораживаніи (мы можемъ прибавить: въ частности при мѣстномъ анестезированіи эфиромъ) мы испытываемъ уже одинаковое ощущеніе, въ первомъ случаѣ—не тепла и во второмъ—не холода, а въ обоихъ—боль²⁾). Подобные факты приводятся противниками закона специфическихъ энергій въ опроверженіе существованія отдѣльныхъ нервныхъ приборовъ для раз-

¹⁾ Руководство къ физиологіи, изд. Л. Германномъ, пер. съ нѣмецк. М. Манасеиной. СПб. 1888, стр. 648. 2-ой части III тома.

²⁾ См. Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи человѣка, перев. подъ редакц. проф. Н. Е. Введенскаго. СПб. 1899 г. т. II.

личных видовъ ощущений. Мы не будемъ перечислять здѣсь многочисленныхъ, встрѣчаемыхъ въ литературѣ, доводовъ въ пользу упомянутого закона—клиническихъ, физиологическихъ и даже анатомическихъ, какъ существованіе нѣсколькихъ отдѣльныхъ типовъ периферическихъ нервныхъ окончаній въ кожѣ, наконецъ, нахожденіе и отдѣльныхъ путей въ спинномъ мозгу для нѣкоторыхъ формъ кожныхъ ощущений. Раздѣльность и специфичность аппаратовъ для различныхъ качествъ ощущений, не исключая и болевого, въ настоящее время можетъ уже считаться достаточно доказанной въ наукѣ. Перечень доводовъ былъ-бы тѣмъ болѣе лишнимъ въ виду вышеприведенныхъ изслѣдованій Blix'a и Goldscheider'a. Все служить къ опроверженію идеи безразличія аппаратовъ, и въ пользу послѣдней серьезно говорить только этотъ рядъ явленій вродѣ сейчасъ упомянутого „перехода“ рѣзкаго тепла или холода въ боль. Но и этотъ единственный аргументъ противъ специфичности аппаратовъ (мы не говоримъ объ адекватности раздражителей) сейчасъ-же теряетъ свою силу, разъ мы взглянемъ на упомянутыя явленія, какъ на результатъ взаимной борьбы отдѣльныхъ ощущающихъ единицъ. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь въ этомъ переходѣ, напр., термическаго ощущенія въ боль при ожогѣ и отмораживаніи мы имѣемъ дѣло, опять-таки, не съ однимъ, а съ двумя эффектами: 1) прежде всего—съ пониженіемъ или потерей, словомъ, съ анестезіей соотвѣтствующей температурной чувствительности, ибо мы не ощущаемъ болѣе ни тепла, ни холода, несмотря на продолжающееся сильное дѣйствіе одного изъ этихъ раздражителей; 2)—съ болевой гиперестезіей, которая уже и ведетъ къ боли. Что здѣсь существуетъ въ основѣ этой боли именно предварительная гиперестезія соотвѣтствующей (болевой) чувствительности, это доказываетъ хотя-бы слѣдующее простое наблюденіе, въ которомъ весьма нетрудно убѣдиться. Когда мы находимся на морозѣ и послѣдній начинаетъ уже „щипать“ насъ за уши (начало упомянутого перехода), то достаточно отнюдь не ударить, а лишь слегка

задѣтъ себя по уху, чтобы тотчасъ-же получилась иногда прямо жестокая боль, тогда какъ при обыкновенныхъ условіяхъ такое прикосновеніе къ уху не дастъ намъ даже намека на болевое ощущеніе. Итакъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло, съ одной стороны, съ анестезіей чувства холода и, съ другой—съ болевою гиперестезіей, съ облегченной возможностью вызванія болей. Такая-же болѣзненность существуетъ и при мѣстной эфиризаціи раньше наступленія аналгезіи.

Но, кромѣ этого нарушенія равновѣсія, въ описываемомъ наблюденіи (на морозѣ) существуетъ еще тактильная анестезія (въ смыслѣ осязанія ухо не ощущаетъ задѣвающаго его предмета) и, наконецъ, какъ мы видѣли раньше,—тепловая гиперестезія. Словомъ, ясно, что тутъ происходитъ сложная игра антагонизма между всѣми формами чувствительности. Такую-же игру легко наблюдать и при дѣйствіи тепла. Дѣйствительно, вотъ что у меня случилось, когда я поставилъ здоровому субъекту на спивѣ горчичникъ, вызывающій, какъ извѣстно, чувство жженія, причемъ для контроля я поставилъ собственно два полугорчичника въ двухъ мѣстахъ спины. Когда кожа сильно покраснѣлась, то, снявъ горчичники, я наблюдалъ на ихъ мѣстахъ, съ одной стороны, тепловую гиперестезію: моя рука казалась этой покраснѣвшей кожѣ не холоднѣе, а теплѣе, чѣмъ остальной поверхности спины субъекта; а съ другой стороны, было пониженіе (хотя неодинаково ясно выраженное) всѣхъ трехъ остальныхъ видовъ чувствительности: самое слабое, даже сомнительное—болевой, болѣе сильное, несомнѣнное—чувства холода: металлъ казался покраснѣвшимъ участкамъ менѣе холоднымъ, чѣмъ остальной кожѣ; наконецъ, самая значительная была анестезія осязанія: прикосновенія бумажки на мѣстахъ бывшихъ горчичниковъ субъектъ не ощущалъ вовсе. Минуть черезъ двадцать тепловая гиперестезія исчезла. Оказалось, что анестезія въ холоду тоже исчезла. Наоборотъ, тактильная анестезія, хотя немного уменьшившаяся, еще оставалась; и вотъ, одновременно съ нею теперь была сильная гипераль-

гезія. Уколы булавкой были крайне болѣзненны. Этотъ опытъ показываетъ, что существуетъ болѣе близкій антагонизмъ, съ одной стороны, между обѣими формами термической чувствительности (какъ и слѣдовало ожидать), а съ другой—между осязаніемъ и общимъ чувствомъ (болевымъ). Аналогичные результаты мы находимъ и въ литературѣ. Такъ, проф. Baelz (въ Токио) находилъ въ качествѣ физиологическаго дѣйствія горячихъ водяныхъ ваннъ (отъ 38 Ц. до 42 и выше) съ одной стороны, согласно Нотнагелю и Стольнику и въ противоположность Frey'ю,—пониженіе термической чувствительности, а съ другой—повышеніе осязательной, чувства давления, а также электрической чувствительности¹⁾. Тоже наблюдалъ и студентъ Грибоѣдовъ при леченіи 38 случаевъ невралгіи электрическимъ свѣтомъ (дѣйствующимъ также своей теплотой), а именно повышеніе тактильной и болевой чувствительности, между тѣмъ какъ температурная „до извѣстной степени искажается“²⁾.

Существованіе борьбы и въ частности болѣе тѣсныхъ антагонистическихъ отношеній между указанными родами чувствительности обнаруживается еще опытами, которые я произвелъ надъ здоровыми. Объ этихъ опытахъ сейчасъ будетъ рѣчь. Но пока напрашивается весьма существенный вопросъ, представляющій большой интересъ и для патологии. Какимъ образомъ собственно происходитъ нарушеніе равновѣсія въ возбудимости отдѣльныхъ видовъ чувствительности? Которое изъ двухъ разстройствъ—гиперестезію или анестезію—слѣдуетъ считать первичной, и какъ происходитъ первичное разстройство? Такой вопросъ можетъ быть рѣшенъ опытами надъ здоровыми, если дѣйствовать лишь на одинъ какой-нибудь видъ чувствительности, разъ—такъ, чтобы стремиться получить первичную гиперестезію, другой разъ—пер-

¹⁾ F. Penzoldt и R. Stinzing. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Пер. подъ ред. д-ра Розенбаха, вып. 21. 1897.

²⁾ Обзорніе психіатріи, № 6, 1899.

вичную анестезію его. Для полученія первичной гиперэстезіи трудно составить вѣрный планъ. Но и для анестезіи существуютъ затрудненія. Дѣло въ томъ, что изъ массы извѣстныхъ въ медицинѣ анестезирующихъ средствъ, какъ общихъ (внутреннихъ), такъ и мѣстныхъ, ни одно не дѣйствуетъ, по крайней мѣрѣ, завѣдомо, лишь на опредѣленный видъ чувствительности, ибо этимъ вопросомъ до сихъ поръ не занимались. Это заставило меня выработать свою методику изслѣдованія, которая, будучи естественнымъ методомъ, привела, мнѣ кажется, къ нѣкоторымъ интереснымъ результатамъ.

Мы знаемъ, что, побуждая постоянно къ дѣятельности какой угодно механизмъ нашего тѣла, мы можемъ вызвать въ немъ въ концѣ концовъ утомленіе. И вотъ я началъ дѣлать опыты по такому плану: я производилъ продолжительное поглаживаніе бумажкой маленькихъ участковъ кожи, напр., на тыльной сторонѣ кистей, но чаще кончика пальцевъ съ ладонной стороны, чтобы вызвать въ этихъ мѣстахъ путемъ утомленія осязанія анестезію послѣдняго. И я слѣдилъ, какъ измѣнялись при этомъ какъ само осязаніе, такъ и другіе виды чувствительности. Но такъ какъ эти опыты выясняютъ еще кое-что (кромѣ констатированія антагонизма) и результаты ихъ имѣютъ общее значеніе для нервной системы, то мы вернемся къ нимъ впоследствии.

Этимъ обнаруженіемъ антагонистическихъ отношеній между отдѣльными видами кожной чувствительности мы вносимъ новую единицу въ тотъ запасъ наблюденій антагонизма между различными нервными центрами и отдѣлами мозга, какой имѣется уже въ наукѣ. Понятно, что всякая такая прибавка новаго ряда положительныхъ фактовъ увеличиваетъ наше право признать общимъ закономъ для нервной системы ту взаимную борьбу ея аппаратовъ, которая для однихъ изъ нихъ констатирована, какъ фактъ, для иныхъ высказывалась, какъ гипотеза, для нѣкоторыхъ, наконецъ, не высказывалась вовсе, несмотря на имѣющіеся, но остающіеся сырымъ матеріаломъ, факты.

Я попытаюсь обнаружить здѣсь, если еще не полную, то уже весьма значительную въ настоящее время основательность признать такой нейро-физиологическій законъ. Однако, согласно съ этой цѣлью, а также въ виду размѣровъ статьи, представляющей лишь предварительное сообщеніе, я не буду пытаться исчерпать здѣсь упомянутый запасъ фактовъ. Зато я постараюсь систематизировать ихъ по функциональнымъ нервнымъ областямъ, чтобы показать наличность антагонизма почти во всѣхъ изъ нихъ: въ сферѣ чувствительности, органовъ чувствъ, въ двигательной области (въ частности между произвольной и гладкой мускулатурой), въ вазомоторной, наконецъ въ интеллектуальной сферѣ. Затѣмъ я постараюсь показать также взаимный антагонизмъ центровъ различныхъ упомянутыхъ областей. Въ своемъ обзорѣ я буду пользоваться и кое-какими собственными наблюденіями и опытами.

Но для этого намъ нужно вернуться еще къ чувствительности. Мы остановились на антагонизмѣ отдѣльныхъ видовъ ея въ кожѣ. Однако уже выше сдѣлано было предположеніе, что этотъ родъ борьбы есть лишь частный случай закона антагонизма нервныхъ центровъ въ обширномъ смыслѣ слова. Такимъ образомъ, анестезія какого-нибудь вида чувствительности не ведетъ непременно къ гиперестезіи другихъ родовъ на томъ-же мѣстѣ; наоборотъ, она сочетается, какъ извѣстно, и притомъ еще чаще, съ анестезіей-же остальныхъ видовъ. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ эффектъ борьбы между чувствительностью (вообще) данной области и чувствительностью или даже не чувствительными, а иными центрами, какой-нибудь другой области. Придерживаясь начатаго порядка, мы перейдемъ сначала къ антагонизму чувствительности по мѣсту, т. е. между различными мѣстами кожи и вообще тѣла. Здѣсь слѣдуетъ указать прежде всего на т. наз. *anaesthesia dolorosa*, описываемую при невралгіяхъ, но встрѣчающуюся гораздо чаще при нетипичной, „нервной“ боли. *Anaesthesia dolorosa* состоитъ, какъ извѣстно, въ томъ, что на болящемъ мѣстѣ наблюдается пониженіе чувствительности, даже боле-

вой (анальгезія). Эти случаи объясняются предположеніемъ, что чувствительный нервъ ущемленъ гдѣ-нибудь въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ проходитъ сквозь суженное патологическимъ процессомъ костное или фиброзное отверстіе, и это ущемленіе, съ одной стороны, само служитъ источникомъ боли (невралгій), съ другой—мѣшаетъ проводимости раздраженій съ периферіи нерва. Не отрицая возможности такой механической причины въ нѣкоторыхъ случаяхъ, я обращаю однако вниманіе на то, что описываемое явленіе есть прежде всего вещь заурядная и именно—при истеріи. Словомъ, ради вышеприведеннаго объясненія, слишкомъ часто, чтобы не сказать на каждомъ шагу, пришлось-бы допускать органическія пораженія костныхъ и фиброзныхъ ходовъ для нервовъ. Во-вторыхъ, не трудно убѣдиться, что, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ нетипичной (въ смыслѣ невралгій) боли, анестезирована кожа, а болятъ мышцы. Очевидно, анестезія кожи связана съ гиперэстезіей общаго чувства подлежащихъ мышцъ. Обратнымъ доказательствомъ этого положенія служитъ тотъ практическій приѣмъ, на который очень часто попадаютъ въ такихъ случаяхъ сами больные, а именно—поглаживаніе или легкое давленіе на эту анестезированную кожу: возбуждая такимъ образомъ чувствительность послѣдней, уменьшаютъ на основаніи антагонизма болѣзненность подлежащей мускулатуры. Такое-же дѣйствіе производитъ всякое раздраженіе кожи—души, термокаутеризація ¹⁾. Я позволю себѣ привести одинъ примѣръ разсматриваемаго явленія, интересный по своимъ размѣрамъ (собств. наблюд.). Больная жалуется на боли во всей правой только половинѣ тѣла. Изслѣдованіе: боли эти—мышечныя; далѣе, кожная чувствительность всѣхъ четырехъ изслѣдованныхъ видовъ (осязаніе, боль, тепло, холодъ) на правой-же сторонѣ (по сравненію съ лѣвой) вездѣ понижена.

¹⁾ Въ случаяхъ такого поглаживанія говорятъ объ отвлеченіи вниманія (какъ говорятъ о внушеніи при прижиганіяхъ). Но этому противорѣчить уже одно то, что больные, крайне заинтересованные своею болью, со *всѣмъ вниманіемъ* констатируютъ фактъ уменьшенія послѣдней.

Выводъ: на правой сторонѣ тѣла больной имѣется кожная анестезія, а потому существуетъ гиперэстезія подлежащей мышечной ткани; отсюда и боль. Приведенный примѣръ, къ которому едва-ли кто-нибудь приложилъ-бы вышеупомянутое объясненіе органическими процессами въ костяхъ, показываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ, что, если при анестезіи какого-нибудь мѣста (или извѣстнаго вида чувствительности) мы не находимъ соотвѣтствующей гиперэстезіи въ другомъ мѣстѣ (или другого вида чувствительности), гдѣ мы находили ее въ подобномъ случаѣ раньше, то это нисколько не опровергаетъ закона антагонизма чувствительности вообще. Въ самомъ дѣлѣ, данная область тѣла (ниже мы найдемъ примѣры этого въ физиологiи) можетъ антагонизировать съ различными другими областями. Такъ, чувствительность даннаго участка кожи можетъ оставаться въ условіяхъ борьбы (какъ мы видѣли и сейчасъ увидимъ еще) съ подлежащей мышечной и иной тканью, но можетъ антагонизировать также съ симметричнымъ кожнымъ-же участкомъ противоположной стороны. Прекраснымъ примѣромъ послѣдняго вида антагонизма можетъ служить знаменитый „трансфертъ“, открытый Charcot у истеричныхъ. Явленіе это состоитъ въ слѣдующемъ: если приложить къ анестезированному участку кожи пластинку металла (нерѣдко лишь опредѣленнаго — Вирсго), то чувствительность здѣсь возвращается, между тѣмъ какъ на противоположной сторонѣ, гдѣ она была нормальною, получается на совершенно симметричномъ участкѣ кожи анестезія. Трансфертъ можетъ быть вызванъ также самыми различными средствами, способными возстановлять чувствительность: магнитомъ, электричествомъ, даже горчичниками. Strümpell объясняетъ трансфертъ внушеніемъ, т. е. тѣмъ удобнымъ словомъ, которое сдѣлалось въ наше время готовымъ отвѣтомъ на всѣ затруднительные вопросы въ области функціональной невропатологiи и невротерапіи. Но, вѣдь, развѣ можно сказать безъ страшной натяжки, что, вызывая чувствительность на одной сторонѣ тѣла, да еще механическимъ путемъ, мы поселяемъ

въ душѣ больного идею анестезіи на противоположной сторонѣ, и то какъ разъ такого-же участка? Наконецъ, трансфертъ получается иногда (и мы увидимъ ниже, почему лишь иногда) и въ томъ случаѣ, если приложить „эстезіогенное“ средство не къ анестезированной сторонѣ, а, наоборотъ, къ нормально ощущающей. Но теперь соответствующая анестезія, въ противоположность первому случаю, получается, стало быть, уже на сторонѣ металла, и наоборотъ, участокъ возрождающей чувствительности—на сторонѣ, къ которой эстезіогенный агентъ не прикладывался. Для объясненія обоихъ видовъ опыта внушеніемъ пришлось-бы допустить не только поселенную (?) въ сознаніи больныхъ вышеупомянутую идею, но цѣлую заученную роль. Несравненно проще поэтому признать здѣсь фізіологическое основаніе, а именно—свойство нервныхъ центровъ (сильно повышенное при истеріи) антагонизировать другъ съ другомъ, вслѣдствіе чего появленіе чувствительности тамъ, гдѣ ея не было, ведетъ къ исчезанію ея тамъ, гдѣ она была, и наоборотъ. Впрочемъ такого взгляда и придерживаются другіе авторы, особенно фізіологи (напр., Введенскій).

Возвращаясь еще разъ къ антагонизму между чувствительностью кожи и глубже лежащихъ тканей, мы должны остановиться на т. наз. гиперэстетическихъ или истерогенныхъ зонахъ и точкахъ. Sollier особенно тщательно изучалъ тѣ и другія съ точки зрѣнія чувствительности и пришелъ къ нѣкоторымъ интереснымъ въ теоретическомъ отношеніи общимъ взглядамъ на ихъ локализацию. Но я обращаю вниманіе лишь на тотъ, справедливо отмѣчаемый Sollier, фактъ, что эти болѣзненные мѣста расположены не въ кожѣ, а подъ нею—въ мышцахъ и внутреннихъ органахъ, тогда какъ покрывающая ихъ кожа обыкновенно бываетъ анестезирована. Мало того, въ центрѣ этого участка кожи анестезія выражена сильнѣе всего и подъ нимъ-то какъ-разъ и находится самое болѣзненное мѣсто—болевая „точка“ въ собственномъ смыслѣ. И я лично наблюдалъ такое-же напр. у III-ей изъ

своихъ больныхъ. Въ другихъ случаяхъ впрочемъ и кожа бываетъ гиперэстезирована, хотя рѣже. Мы уже знаемъ однако основанія, по которымъ послѣднее обстоятельство нисколько не противорѣчитъ закону антагонизма.

Это частое сочетаніе анестезіи съ болью и привело, конечно, Sollier къ установленію понятія „болѣзненной анестезіи“, какъ такой степени пониженія чувствительности, словомъ, такого уровня послѣдней, выше и ниже котораго, „т. е. при подъемѣ ея до нормы и при паденіи до нуля“, болѣзненности нѣтъ. Существованіе такого средняго (?) уровня, дѣйствительно, составляетъ фактъ. И тѣмъ не менѣе мы сейчасъ увидимъ, что „болѣзненная анестезія“ есть абсурдъ. Въ самомъ дѣлѣ, я считаю необходимымъ поставить вопросъ ясно: объ анестезіи какой чувствительности идетъ здѣсь рѣчь?—тактильной, мышечнаго чувства, термической или другой? Но, вѣдь, говорить о „болѣзненной“ тактильной или термической чувствительности—это все равно, что говорить о слуховомъ зрѣніи или зрительномъ обонянніи. Словомъ, понятіе болѣзненности мы можемъ соединять лишь съ одной формой чувствительности—съ болевой. Но въ такомъ случаѣ „болѣзненная анестезія“ есть такое состояніе болевой чувствительности, при которомъ особенно легко вызывается боль. А такое состояніе есть не анестезія, а гиперэстезія болевой чувствительности, и если примѣнить къ нему терминъ анестезіи (герп. анальгезіи), то какъ-же назвать противоположное состояніе, когда боли вовсе нельзя вызвать? Итакъ, чтобы выйти изъ этого затруднительнаго положенія, необходимо расчленивъ эту „анестезію“, представляющую, съ одной стороны, дѣйствительно, пониженіе возбудимости центровъ того или другого рода чувствительности (но иногда, какъ сейчасъ увидимъ, даже не чувствительныхъ, а двигательныхъ или иныхъ), а съ другой—повышеніе вслѣдствіе антагонизма, т. е. гиперэстезію общаго чувства (болевого). Доказательствомъ этого антагонизма и служить тотъ-же методъ лѣченія Sollier: возстановленіе чувствительности или, говоря опредѣленнѣе,—

чувствительности упомянутых анестезированных видовъ, всегда идетъ параллельно съ исчезаніемъ болѣзненности, т. е. болевой гиперестезіи. Вотъ этимъ выравниваніемъ возбудимости отдѣльных видовъ чувствительности только и можно объяснить исчезаніе боли у пациентовъ, которые, по ихъ же словамъ, „слишкомъ хорошо чувствуютъ“, когда Sollier, не смотря на это, приказывалъ имъ: „чувствуйте еще лучше“¹⁾. Также точно, если „будить чувствительность гиперестетической зоны, то, одновременно съ исчезаніемъ анестезіи и въ частности анемлгезіи, покрывающей зону кожи, исчезаетъ и болевая гиперестезія подлежащихъ частей.

Я сошлюсь еще на свои опыты фарадизаціи паретическихъ и въ то-же время болящихъ верхнихъ конечностей у нѣсколькихъ истеричныхъ, какъ на примѣръ антагонизма между двигательными и чувствительными центрами. Да и послѣ фарадизаціи мышечная сила руки измѣрялась динамометромъ. И вотъ, примѣненіе индуктивнаго тока давало два результата: съ одной стороны, парезъ руки уменьшался, т. е. возбудимость психомоторныхъ центровъ увеличивалась²⁾, о чемъ свидѣтельствовалъ динамометръ, показанія котораго всегда возрастали (съ 4 кило на 13, съ 4 на 6¹/₂, съ 16 на 21¹/₂— въ разное время въ III-емъ изъ моихъ наблюденій). Съ другой стороны, уменьшалась боль въ рукѣ.

Далѣе изъ дневника той-же больной я приведу одно мѣсто, гдѣ, устраняя путемъ фарадизаціи боль по близости электродовъ, я получалъ усиленіе ея въ сосѣднихъ мѣстахъ, т. е. блужданіе боли. „Когда оба электрода стоятъ на бедрѣ, больная говоритъ: „боль ушла внизъ“, т. е. въ икру; когда я оба электрода ставлю на икру, то послѣдняя совсѣмъ не болитъ, но опять болитъ немного бедро; когда я затѣмъ снова

¹⁾ Этотъ примѣръ показываетъ, между прочимъ, какъ можно объяснить терапевтическіе результаты при истеріи, обходясь безъ «внушенія».

²⁾ Объясненіе такого дѣйствія прерывистаго тока при истерическихъ параличахъ, опять-таки помимо пресловутаго внушенія, даетъ тотъ-же Sollier.

ставлю оба электрода на бедро, то теперь „болитъ выше“, т. е. въ тазо-бедренной области“.

Наконецъ среди богатаго матеріала труда Sollier находимъ весьма интересные опыты автора надъ двумя выздоровѣвшими истеричными, которымъ онъ приказывалъ въ гипнотическомъ состояніи не чувствовать ноги отъ пальцевъ до колѣна или руки—отъ пальцевъ до локтя. (Одна изъ этихъ больныхъ никогда раньше не была гипнотизирована). Получалась полная потеря чувствительности и параличъ соотвѣтствующаго отдѣла конечности, т. е.—ниже колѣна или локтя. Но выше анестезіи у обоихъ субъектовъ Sollier наблюдалъ поясъ гиперѣстезіи, ширина котораго равнялась на ногѣ 8 цент. ¹⁾ (Только Sollier, какъ мы уже знаемъ, считаетъ эту гиперѣстезію анестезіей-же). Мало того, кромѣ этого пояса, получалась гиперѣстетическая точка на головѣ, въ области соотвѣтствующей корковому центру конечности ²⁾).

Перейдемъ къ явленіямъ антагонизма въ специальныхъ органахъ чувствъ.

Въ области зрѣнія сюда относится прежде всего т. наз. явленія контраста, состоящее въ томъ, что свѣтлая фигура на темномъ фонѣ, кажется намъ еще свѣтлѣе, и наоборотъ. Hering, опровергая психологическое объясненіе этого факта Helmholtz'емъ, доказалъ, что сильное возбужденіе одного мѣста сѣтчатки вызываетъ пониженіе возбудимости остальныхъ мѣстъ, и наоборотъ. Другой фактъ, котораго уже не объясняютъ такимъ образомъ, состоитъ во взаимной борьбѣ цвѣтоощущающихъ элементовъ для различныхъ цвѣтовъ. Это т. наз. дополнительные слѣды, т. е. особенно тѣ случаи ихъ, когда послѣ продолжительной фиксаціи какой-нибудь фигуры даннаго цвѣта, мы видимъ затѣмъ ту-же фигуру, но окрашенную въ дополнительный цвѣтъ, даже при закрытыхъ глазахъ.

¹⁾ D-r Paul Sollier Genèse et nature de l' Hystérie. Tome. I, p. 69—73.

²⁾ На подобныхъ фактахъ Sollier основываетъ свой методъ изслѣдованія мозговыхъ локализаций на живомъ человѣкѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, не допуская сильной гиперэстезіи по отношенію къ этому дополнительному цвѣту, на мѣстѣ бывшей фигуры мы ровно ничего не должны видѣть при закрытыхъ глазахъ. Я оставляю въ сторонѣ объясненія этого факта, какъ по теоріи Hering'a, такъ и по теоріи Joung-Helmholtz'a, ссылаясь на слѣдующій опытъ послѣдняго, доказывающій существованіе здѣсь именно *повышенной* воспріимчивости къ дополнительному цвѣту. Если, послѣ фиксаціи какой-нибудь фигуры опредѣленнаго спектральнаго цвѣта, перевести затѣмъ зрѣніе на поверхность, равномерно окрашенную въ дополнительный къ нему цвѣтъ, то послѣдній на мѣстѣ бывшей фигуры представляется гораздо насыщеннѣе, чѣмъ въ остальномъ полѣ зрѣнія, гдѣ онъ кажется блѣднымъ¹⁾, такъ что кромѣ этой гиперэстезіи къ дополнительному цвѣту въ районѣ фигуры мы можемъ думать еще объ анестезіи къ нему остального поля. Намъ остается выяснитъ, что оптический антагонизмъ происходитъ не въ сѣтчаткѣ, а въ центрахъ (что противорѣчитъ объясненіямъ упомянутыхъ теорій). Это доказываетъ существованіе борьбы между однимъ и другимъ глазомъ: 1) т. наз. борьба зрительныхъ полей; 2) въ частности наблюденіе Feshnera, что поле зрѣнія становится свѣтлѣе при закрываніи одного глаза; 3) бинокулярные дополнительные цвѣта, то есть окраска того-же предмета въ дополнительный цвѣтъ въ другомъ глазу, если скосить глаза такъ, чтобы предметъ двоился и поставить передъ первымъ глазомъ цвѣтное стекло (Hering)²⁾; 4) ниже мы еще увидимъ одно доказательство въ опытахъ Binet et Féré. Сравнивая эти два рода антагонизма въ органахъ зрѣнія, то есть 1) борьбу возбудимости между сѣтчатками или различными мѣстами одной сѣтчатки и 2) борьбу между различными цвѣтоощущающими элементами на одномъ и томъ-же мѣстѣ

¹⁾ Рук. къ физиологіи Германна, часть 2-ая III тома; тамъ же и предшествовавшія мѣста.

²⁾ l. c. стр. 913 части 1-ой VII т.

сбѣтчатки съ разсмотрѣннымъ нами раньше антагонизмомъ чувствительности, тоже двойкаго рода: 1) между различными мѣстами тѣла и 2) между различными видами чувствительности на одномъ и томъ-же мѣстѣ,—нельзя не видѣть полной аналогіи явленій.

Другіе органы чувствъ вообще изучены гораздо хуже зрѣнія, представляя также большія затрудненія для подобныхъ изслѣдованій, а потому физиологія этихъ органовъ чувствъ не даетъ намъ такихъ доказательныхъ фактовъ. Тѣмъ не менѣе, самые факты существуютъ. Сюда относятся прежде всего тѣ-же явленія контраста.

Такъ, въ органѣ вкуса контрастъ (борьбу между различными вкусами) отмѣчаетъ Vintschgan, приводя также соотвѣтствующіе опыты Joh. Müller'a. Valentin наблюдалъ и явленія борьбы между различными вкусоощущающими мѣстами. Bidder, Valentin находили также послѣдовательные слѣды вкусовыхъ ощущеній, аналогичные съ отрицательными зрительными слѣдами въ глазу. Наконецъ, мы должны упомянуть о такъ называемомъ исправленіи одного вкуса другимъ, напр., кислаго сахаромъ (Luchtman, Brücke). Такъ какъ сахаръ не въ состояніи нейтрализовать кислоты, и такъ какъ мы не можемъ также предположить, чтобы сахаръ дѣлалъ менѣе возбудимыми по отношенію къ кислотѣ тѣ нервы, путемъ которыхъ мы получаемъ ощущеніе кислаго вкуса, то въ виду всего этого Brücke пришелъ къ заключенію, что „состоянія возбудимости должны компенсировать другъ друга среди центрального органа“. Эту компенсацію возможно понять лишь въ томъ смыслѣ, что возбужденіе одного вкусового центра умѣряетъ возбудимость другого ¹⁾.

Что касается органа слуха, то по аналогіи идея антагонизма въ немъ должна быть такова, что повышеніе восприимчивости къ одномъ у какому-нибудь тону вызываетъ пони-

¹⁾ l. c.

женіе возбудимости по отношенію къ другимъ тонамъ. А такъ какъ Кортіевъ органъ уха имѣетъ до трехъ тысячъ струвъ, (по Nuel'ю даже 60 тыс.), т. е. способенъ воспринимать такое множество различныхъ тоновъ, то трудность рѣшенія нашей задачи для слуха понятна сама собой. Тѣмъ не менѣе, и въ области этого органа можно найти указанія на антагонизмъ. Такъ Landois ¹⁾ отмѣчаетъ, что повышенная воспримчивость къ низкимъ тонамъ обыкновенно сочетается съ пониженной воспримчивостью къ высокимъ, и наоборотъ. Между прочимъ, Landois приводитъ одинъ патологическій случай Moos'a, гдѣ низкіе тоны ощущались на цѣлую треть тона выше, а высокіе тоже какъ разъ на цѣлую треть тона ниже.

Обоняніе мы пропустимъ, какъ органъ слишкомъ мало изслѣдованный вообще. Впрочемъ, явленія борьбы различныхъ мѣстъ обонятельной поверхности Valentin находилъ и здѣсь. J. Müller и Nermann предполагаютъ также существованіе обонятельныхъ слѣдовъ ²⁾.

Отъ чувствительности и органовъ чувствъ мы перейдемъ теперь къ двигательной области.

Начнемъ съ рефлексовъ спинного мозга. Возбужденіе одного рефлекторнаго центра понижаетъ возбудимость другихъ. Сѣченовъ, производя сильное раздраженіе центрального

¹⁾ Ландуа. Учебникъ физиологіи.

²⁾ Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ настоящаго доклада, въ литературѣ появились интересныя изслѣдованія G. Heumann's (Untersuchungen über psychische Hemmung.—Zeitschr. f. Psychol. und Phys. der Sinnesorgane. Bd. XXI, 1899) надъ угнетающимъ вліяніемъ одного возбудителя resp. одного ощущенія на способность къ воспріятію другихъ ощущеній тѣмъ же органомъ чувствъ. Авторомъ были произведены въ этомъ отношеніи многочисленные опыты по точнымъ методамъ надъ зрѣніемъ, вкусомъ и слухомъ, и этимъ путемъ G. Heumann констатировалъ, что при одновременномъ дѣйствіи одного возбудителя порогъ ощущенія для другихъ возбудителей повышается, т. е. воспримчивость къ другимъ ощущеніямъ понижается. Авторъ нашелъ даже, что это повышение порога (это угнетеніе) всегда прямо пропорціонально интенсивности перваго возбудителя (производящаго угнетеніе).

отрѣзка отпрепарованнаго на одной сторонѣ сѣдалищнаго нерва у обезглавленныхъ лягушекъ, наблюдалъ полное подавленіе концевыхъ рефлексовъ противоположной стороны: даже остриганіе ножницами лапокъ не сопровождалось никакими рефлексорными движеніями¹⁾. Еще раньше (1879) Введенскій нашелъ слѣдующее: если повѣсить обезглавленную-же лягушку такъ, чтобы одна половина ея получала меньше свѣта, чѣмъ другая, то на освѣщенной сторонѣ рефлексы повышаются, а на остающейся въ тѣни настолько-же приблизительно понижаются.

Аналогичное явленіе наблюдалъ Lachsinger на обезглавленномъ ужѣ, который, будучи повѣшенъ (вертикально), періодически совершаетъ нѣсколько извивательныхъ движеній въ силу какихъ-то внутреннихъ импульсовъ. Если прикоснуться къ нему слегка, то эти движенія сейчасъ-же прекращаются.

Наконецъ, раздраженіе любого центростремительнаго нерва задерживаетъ или ослабляетъ рефлексорныя движенія²⁾.

Съ другой стороны, угнетающее дѣйствіе на спинно-мозговые рефлексы наблюдается также со стороны средняго мозга. Такъ, оно извѣстно при возбужденіи пирамидальныхъ пучковъ. Далѣе, Сѣченовъ обнаружилъ его въ оптическихъ доляхъ лягушки, въ зрительныхъ буграхъ и верхнихъ частяхъ прололговатаго мозга. Наконецъ, задерживающее вліяніе на спинно-мозговые рефлексы большихъ полушарій тоже принадлежитъ къ общеизвѣстнымъ фактамъ (возможность нѣкотораго подавленія рефлексовъ болей; наоборотъ, повышение ихъ, какъ признакъ ослабленной дѣятельности полушарій, напр. при неврозахъ, во время сна). Словомъ, въ противоположность опровергнутому цѣлымъ рядомъ авторовъ (Goltz, Freisberger, Schlösser, Zion, Herzen, Schiff) взгляду Сѣче-

¹⁾ Сѣченовъ. Физиологія нервныхъ центровъ. 1891.

²⁾ Фредерикъ и Ньюэль.

нова, который видѣлъ въ упомянутыхъ большихъ мозговыхъ узлахъ особые центры, задерживающіе рефлекторную дѣятельность спинного мозга, теперь признано, что специальныхъ центровъ для этого нѣтъ, но что вообще всякое новое возбужденіе, поступающее въ спинной мозгъ со стороны головного мозга или, наоборотъ, съ периферіи, понижаетъ рефлексы. Этотъ фактъ очень важенъ съ нашей точки зрѣнія, ибо онъ, захватывая, можно сказать, всю нервную систему, показываетъ въ то-же время, что такое тормозящее дѣйствіе самыхъ разнообразныхъ центровъ не составляетъ специальной функции, а лишь общее свойство ихъ.

Но у меня есть одно наблюденіе (клинический случай), дѣлающій вѣроятнымъ существованіе и обратнаго вліянія—спинного мозга на головной. Это—истеричный больной, страдавшій между прочимъ, дрожаніемъ рукъ (случай д-ра Руднева). Такъ какъ это дрожаніе было координированное (пронаціонно-супинаціонное на обѣихъ рукахъ) и, кромѣ того, сопровождалось сильно учащеннымъ дыханіемъ, какое бываетъ послѣ бѣганія, то причина этихъ расстройствъ несомнѣнно заключалась въ головномъ мозгу—возбужденіе соответствующихъ двигательныхъ центровъ. И вотъ эти расстройства исчезли послѣ ряда вприскиваній стрихнина. О внушеніи здѣсь не можетъ быть рѣчи, потому что больному еще раньше дѣлались всевозможныя вприскиванія безъ всякаго результата. Между тѣмъ фармакологія принимаетъ, что стрихнинъ дѣйствуетъ на двигательные центры лишь спинного мозга (хотя также и на дыхательный ¹⁾). Такимъ образомъ вѣроятно, что возбужденіе двигательныхъ центровъ спинного мозга, въ свою очередь, дѣйствуетъ умѣряющимъ образомъ на одноименные центры коры. (Не этимъ-ли путемъ дѣйствуетъ стрихнинъ и при алкогольномъ дрожаніи)?

Такое же подавляющее вліяніе различныхъ центровъ наблюдается и по отношенію къ нѣкоторымъ сложнымъ реф-

¹⁾ Потнагель и Россбахъ. Руководство къ фармакологіи, 1895.

лексамъ. Такъ, напр., чиханію можно помѣшать потираніемъ носа. Сюда-же относится опытъ Paton'a, демонстрирующій тормозящее вліяніе полушарій большого мозга на „квакательный рефлексъ“, появляющійся у лягушки при поглаживаніи кожи спины лишь послѣ удаленія большихъ полушарій (Paton, Goltz, Vulpian). Съ другой стороны, квакательный рефлексъ исчезаетъ при сильномъ раздраженіи какого-нибудь чувствительнаго нерва.

Перейдемъ къ антагонизму въ собственно двигательной сферѣ, т. е. между одними двигательными центрами и другими двигательными-же. Sherrington (1893) показалъ, что въ то время, какъ при сухожильномъ рефлексѣ сокращается *m. vastus internus* (и отчасти *m. cruralis*), антагонистическая мышца (сгибатель) испытываетъ нѣкоторое расслабленіе (съ другой стороны раздраженіе чувствующихъ волоконъ, идущихъ отъ этой антагонистической мышцы, угнетаетъ тотъ-же рефлексъ). Далѣе, въ двигательной области мозговой коры найдены, по крайней мѣрѣ, для передней конечности, отдѣльные центры для сгибателей и разгибателей (Luciani, Tamburini). И вотъ, Введенскій (1896) нашелъ при непосредственномъ раздраженіи мозговой коры (я останавливаюсь пока только на этомъ), что одноименные центры одного и другого полушарія (въ смыслѣ сгибателей или разгибателей симметричныхъ мышцъ), по условіямъ возбудимости, стоятъ въ антагонистическихъ отношеніяхъ другъ къ другу. Затѣмъ Sherrington и Hering, а также Миславскій, раздражая извѣстныя точки коры, вмѣстѣ съ сокращеніемъ въ однихъ мышцахъ вызывали расслабленіе ихъ антагонистовъ (бывшихъ въ состояніи тонического сокращенія) на той-же сторонѣ. Весьма интересны далѣе наблюденія, сдѣланныя значительно раньше Бубновымъ и Heidenhain'омъ. Въ нѣкоторыхъ стадіяхъ морфійнаго наркоза, при мѣстномъ раздраженіи мозговой коры, а также рефлекторно съ периферіи, легко вызывается контрактура соответствующихъ мышцъ. И вотъ, послѣдняя тотчасъ-же прекращается, если къ той же точкѣ коры прило-

жить какое-либо слабое раздраженіе ¹⁾. Но такая контрактура исчезаетъ и при раздраженіи какой-либо другой точки коры. Мало того, она разрѣшается также, если подуть животному на морду, погладить лапу, окликнуть. Все это дѣлаетъ описанный опытъ весьма интереснымъ, какъ новое доказательство того, что въ антагонистическія отношенія къ данному центру можетъ стать масса любыхъ другихъ центровъ, не имѣющихъ никакихъ опредѣленныхъ функціональныхъ отношеній къ первому, а далеко не одни только центры антагонистическихъ мышцъ. Впрочемъ, сами Бубновъ и Heidenhain склонны были приписать происхожденіе контрактуры въ своемъ экспериментѣ двигательнымъ клѣткамъ спинного мозга. Въ такомъ случаѣ опытъ былъ бы лишь интереснымъ (въ виду новаго элемента—контрактуры) повтореніемъ видѣнныхъ уже нами примѣровъ того, насколько обширна область нервной системы, антаголирующая со спиннымъ мозгомъ.

Однако слѣдующее наблюденіе Sherrington'a въ этомъ же родѣ уже несомнѣнно относится къ головному мозгу. Послѣ перерѣзки у обезьяны *nn. oculomotorii* и *trochlearis*, оставшійся непарализованнымъ одинъ только *m. rectus externus* глаза впадаетъ въ сильное тоническое сокращеніе (глазъ поворачивается кнаружи). Эта контрактура сейчасъ же прекращается при раздраженіи различныхъ мѣстъ коры, а также—субкортикальныхъ частей. Здѣсь мы опять имѣемъ дѣло не съ вліяніемъ центра антагонистической мышцы, а съ обширной областью мозга, функціонально большею частью безразличной по отношенію къ наружной прямой мышцѣ глаза и, тѣмъ не менѣе, способной производить тормозящее вліяніе на центръ ея.

¹⁾ Если-бы кортикальное происхожденіе контрактуры въ данномъ опытѣ было установлено, то этотъ эффектъ, въ противоположность выводу Б. и Н., справедливо опровергаемому Введенскимъ (см. Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи чел. 1899), могъ-бы быть объясненъ, согласно изложенному мною ниже, совмѣстнымъ дѣйствіемъ иррадіаціи и антагонизма, составляющимъ единственное возможное объясненіе ряда другихъ фактовъ.

Изъ явленій антагонизма, относящихся къ гладкой мускулатурѣ, мы пока укажемъ тотъ общій механизмъ, что сокращеніе мышцы, сжимающей и опорожняющей какую-либо полость, сопровождается одновременнымъ расслабленіемъ сфинктера для той-же полости¹⁾.

Что касается вазомоторной сферы, то здѣсь принципъ борьбы выраженъ, быть можетъ, всего яснѣе. Я не говорю уже объ антагонистическихъ отношеніяхъ между сосудо-суживателями и сосудо-расширителями для одной и той-же области. Борьба существуетъ здѣсь между вазомоторами и отдаленныхъ областей, напр., мозга и органовъ брюшной полости (анемія перваго при гипереміи послѣднихъ). Такой-же классическій антагонизмъ извѣстенъ, съ другой стороны, между сосудодвигателями брюшныхъ органовъ и кожныхъ покрововъ. Далѣе, наряду съ суженіемъ во время сна сосудовъ мозговой коры (Durhan, Fr. Franck, Mosso), по Heger'у, существуетъ сильное расширеніе ихъ въ гангліяхъ мозгового основанія. Наконецъ, раздраженіе любого участка кожи, на ряду съ гипереміей послѣдвяго, ведетъ къ общему повышенію кровяного давленія, т. е. къ общему спазму остальной сосудистой системы.

Въ психической сферѣ антагонизмъ представляетъ настолько обыденное явленіе, что для знакомства съ нимъ вовсе не нужно быть физиологомъ или психологомъ. Едва-ли кому-нибудь не приходилось, напр., замѣтить, какъ часто новое впечатлѣніе, и притомъ совсѣмъ посторонняго содержанія, вдругъ дѣлаетъ насъ совершенно равнодушными къ тому, что за минуту передъ тѣмъ сильно волновало насъ. Другое аналогичное явленіе неразлучно сопровождаетъ всю нашу психическую жизнь, ибо относится къ процессу вниманія. Оно состоитъ въ томъ, что изъ массы представленій, „вступающихъ въ поле сознанія“, въ данный моментъ лишь одно

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи.

становится действительно сознательным, подавляя всё остальное. Ferrier, Ribot, Marillier и др. полагают, что этот процесс состоит в том, что нервное возбуждение физиологического снаряда, относящегося къ одному представлению, угнетаетъ физиологическіе снаряды, дѣятельность которыхъ состоитъ въ образованіи другихъ представлений. (Н. Ланге ¹) говорятъ, что это предположеніе хорошо объясняетъ лишь одинъ изъ факторовъ вниманія, но насъ и интересуеетъ здѣсь именно одинъ только этотъ факторъ). Конечно, упомянутое предположеніе есть лишь гипотеза, однако я думаю, что ее не слѣдуетъ высказывать особенно боязливо, если обратить вниманіе на то, сколько фактовъ антагонизма мы наблюдаемъ въ физической сферѣ. А, вѣдь, развѣ въ основѣ психическихъ явленій не лежатъ физиологическіе процессы? Разумѣется, всетаки было-бы весьма желательно убѣдиться въ этомъ антагонизмѣ снарядовъ, относящихся къ области интеллекта, экспериментально—если не путемъ непосредственныхъ манипуляцій надъ мозговой корой, то, по крайней мѣрѣ, съ периферіи: вызвавъ какъ-нибудь повышенную воспримчивость къ однимъ представленіямъ и получивъ большую или меньшую невозбудимость по отношенію къ другимъ. Мы и увидимъ ниже, что такой экспериментъ, и притомъ въ грандіознѣйшихъ размѣрахъ, уже неоднократно произведенъ Sollier на больныхъ.

Итакъ, мы сдѣлали краткій обзоръ явленій антагонизма въ самыхъ различныхъ функціональныхъ областяхъ нервной системы, и мы натыкались на него повсюду: въ сферѣ чувствительности, спеціальныхъ органовъ чувствъ, въ двигательной области (рефлексы, произвольная иннервація, гладкая мускулатура), въ сосудодвигательной, наконецъ, въ психической. Я долженъ однако замѣтить, что, какъ я ни старался производить этотъ обзоръ систематически по упомянутымъ

¹) Н. Ланге. Психологическія изслѣдованія. Законъ перцепцій. Теорія волевого вниманія. 1893.

областямъ, но это мнѣ не удалось. Причина этого заключается въ томъ, что законъ борьбы возбудимости не ограничивается элементами, принадлежащими къ одной и той-же функциональной нервной области, а распространяется также на нейроны весьма различныхъ областей. Дѣйствительно, мы видѣли (въ моихъ опытахъ надъ больными) антагонизмъ между возбудимостью психомоторныхъ центровъ и общаго чувства (болевого) тѣхъ-же мышцъ. Но мы видѣли дальше, какъ обширна вообще—и въ функциональномъ, и въ анатомическомъ отношеніи—область антагонистовъ двигательной сферы (см. выше—рефлексы спинного мозга, опыты Бубнова и Heidenhain'a, Sherrington'a).

Но я позволю себѣ прибавить еще нѣсколько примѣровъ антагонизма центровъ различныхъ областей.

Случай борьбы между сферами кожной чувствительности и специальныхъ органовъ чувствъ представляетъ языкъ. Въ самомъ дѣлѣ, послѣдній, будучи специальнымъ органомъ вкуса, снабженъ въ то-же время всѣми видами кожной чувствительности; осязаніе (собств. чувство пространства) здѣсь даже самое тонкое изъ всего тѣла. И вотъ, оказывается, что дѣйствіе на языкъ холода (Luchtman (?) , E. Weber, Guyot) и тепла (E. Weber) уменьшаетъ возбудимость вкусовыхъ нервовъ. Равнымъ образомъ вещества, дѣйствующія на общее чувство, какъ перецъ, горчица, будучи прибавлены къ собственно вкусовымъ веществамъ, вытѣсняють вкусъ послѣднихъ (Vintschgan; явленіе, впрочемъ, общеизвѣстное). Примѣромъ аналогичной борьбы между общей и специфической чувствительностью въ области обонянія можетъ служить повседневное наблюденіе, что чувство жженія, которое вызываетъ въ носу очень крѣпкая горчица, моментально проходитъ, если понюхать свѣжій хлѣбъ.

Наконецъ, для оптическаго аппарата мы отмѣтимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ амауроза, при полной потерѣ способности получать какія-бы то ни было свѣтотворныя ощущенія, у больныхъ не только продолжаетъ существовать чувство

„болѣзненнаго ослѣпленія“ и связанная съ этимъ свѣто-
боязнь, но они оказываются даже усиленными (Walter ¹⁾).

Я хотѣлъ убѣдиться, не существуетъ-ли взаимнаго анта-
гонизма между различными органами чувствъ. Выбравъ зрѣ-
ніе и слухъ, я хотѣлъ вызвать путемъ утомленія анестезію
перваго, чтобы слѣдить затѣмъ, какъ измѣнится при этомъ
тонкость слуха. Сначала я заставлялъ нѣсколькихъ здоро-
выхъ субъектовъ продолжительно смотрѣть на пламя свѣчи
или лампы. Но при этихъ условіяхъ получилась лишь мѣст-
ная борьба въ органѣ зрѣнія—какъ цвѣтовая (пламя періо-
дически принимало окраску различныхъ спектральныхъ цвѣ-
товъ, смѣнявшихъ другъ друга и затѣмъ опять слагавшихся
въ прежній цвѣтъ пламени ²⁾),—такъ и борьба съ окружающимъ
пламя полемъ зрѣнія, которое по временамъ казалось совер-
шенно чернымъ. Зато яснаго вліянія на слухъ при такой
постановкѣ опытовъ я не могъ констатировать. Наоборотъ,
вотъ-что у меня получилось, когда я однажды, переимѣнивъ
методъ изслѣдованія, заставлялъ тоже здороваго субъекта
читать въ теченіи около 1½ часа обыкновенный шрифтъ на
такомъ большомъ разстояніи отъ глазъ, на которомъ субъектъ
едва могъ разбирать напечатанное. Онъ сидѣлъ на мѣстѣ
все время опыта, производившагося въ деревнѣ (условія ти-
шины). Въ началѣ опыта предварительно изслѣдовался слухъ
субъекта, который могъ слышать тиканье моихъ часовъ на
максимальномъ разстояніи 3-хъ шаговъ отъ своего стула.
Зрѣніе вскорѣ утомилось, и тогда экспериментируемое лицо
могло слышать часы уже на разстояніи шести шаговъ. За-
тѣмъ наступилъ весьма непродолжительный періодъ такой
остроты зрѣнія, что субъектъ читалъ книгу (все также уда-
ленную отъ глазъ) уже совершенно свободно: въ этотъ мо-
ментъ отъ могъ слышать тиканье часовъ лишь на разстояніи
одного шага отъ стула. Самъ субъектъ, не знавшій, конечно,

¹⁾ Лишнее доказательство раздѣльности болевыхъ и специфическихъ
центровъ. Германнъ. Т. III, стр. 420 2-ой части.

²⁾ Явленія эти извѣстны въ физиологіи.

въ чемъ дѣло, весело замѣтилъ: „странно: читаю лучше, а слышу хуже“. Затѣмъ, до конца опыта, онъ опять читалъ хуже и лишь съ небольшими колебаніями и слышалъ часы опять на разстояніи около 6-ти шаговъ, также съ небольшими колебаніями. Слухъ изслѣдовался всякій разъ при закрытыхъ глазахъ и вообще лишь изрѣдка. Нѣсколько времени спустя послѣ опыта, зрѣніе оставалось еще безъ измѣненій: и теперь субъектъ съ прежняго мѣста слышалъ часы на разстояніи 9-ти шаговъ. Однако больше такихъ экспериментовъ я не производилъ, вслѣдствіе переѣзда изъ деревни въ городъ, гдѣ уличный шумъ лишалъ бы довѣрія результаты подобныхъ опытовъ.

Вотъ нѣкоторыя указанія на антагонизмъ между центрами произвольной и гладкой мускулатуры. Извѣстно, что начинающуюся рвоту нерѣдко можно предотвратить усиленными движеніями—моціономъ. Далѣе, когда намъ очень сильно хочется мочиться, т. е. когда произвольно-рефлекторный механизмъ иннерваціи акта мочеиспусканія перестаетъ уже подчиняться нашей волѣ, то, чтобы удержаться (въ случаѣ необходимости) отъ выведенія мочи, мы переминаемся съ ноги на ногу, энергично сокращая ножныя мышцы, иногда сжимаемъ даже кулаки и челюсти, т. е. опять совершаемъ сильный моціонъ. Весьма вѣроятно, что этимъ возбужденіемъ многочисленныхъ центровъ произвольной мускулатуры скелета мы подавляемъ центръ гладкой мускулатуры мочевого пузыря (т. наз. *detrusoris urinae*) и этимъ препятствуемъ опорожненію послѣдняго. Въ пользу этого взгляда говоритъ фактъ, что у нѣкоторыхъ животныхъ мочеиспусканіе вовсе не совершается на ходу: всѣмъ извѣстна съ этой стороны лошадь, которая, хотя испражняется на ходу, но можетъ быть загнана, а мочиться все-таки не будетъ, пока ея не задержатъ. И это одинаково относится къ лошадямъ обоего пола, такъ что врядъ-ли зависитъ отъ анатомическихъ условій. Другой аналогичный фактъ, указывающій на антагонизмъ 2-хъ родовъ мускулатуры, относится къ кишечнику. Во время

метеоризма покойное положеніе тѣла, даже несмотря на расслабленіе брюшнаго пресса, облегчаетъ отхожденіе газовъ, очевидно способствуя перистальтикѣ кишекъ. Одинъ изъ моихъ больныхъ, у котораго ослаблено было *ejaculatio seminis*, передавалъ мнѣ также, что названный актъ совершается у него легче и обильнѣе, если онъ сохраняетъ въ этотъ моментъ абсолютно покойное положеніе.

Мы должны еще остановиться на явленіи т. наз. шока, который наступаетъ не только при очень рѣзкой боли, но также при сильномъ душевномъ волненіи, и сущность котораго въ обоихъ случаяхъ сводится къ угнетенію, подъ вліяніемъ упомянутыхъ причинъ, сосудодвигательныхъ, сердечныхъ, двигательныхъ и многихъ спинномозговыхъ центровъ¹⁾.

Вліяніе коры и въ частности психики на вазомоторы, сердце, дыханіе, температуру принадлежитъ къ самымъ обыденнымъ явленіямъ. Но у насъ уже не хватитъ мѣста для обзора послѣднихъ. Мы приведемъ лишь нѣсколько примѣровъ, болѣе наглядныхъ въ смыслѣ антагонизма. Снесеніе различныхъ частей передняго отдѣла большихъ полушарій вызываетъ повышеніе температуры, наоборотъ, раздраженіе этихъ частей даетъ пониженіе ея. (Rochefontaine, Brown-Séguard, Ch. Richet). Раздраженіе извѣстныхъ мѣстъ коры вызываетъ движенія кишечнаго канала, наоборотъ, нѣкоторыя сознательныя состоянія (воля, испугъ) могутъ производить выведеніе кала и мочи (расслабленіе сфинктеровъ, сокращеніе другихъ волоконъ)²⁾.

Этотъ краткій обзоръ явленій антагонизма между нервными центрами, произведенный нами не на основаніи тщательно собранной литературы, а лишь матеріала, имѣвшагося подъ рукою³⁾, достаточно, мнѣ кажется, обнаруживаетъ

¹⁾ В. В. Подвысоцкій. Основы общей патологіи. СПб. 1894. т. I-й.

²⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Физиологія.

³⁾ Который всетаки оказался обременительнымъ для разиѣровъ предварительнаго сообщенія.

слѣдующіе факты: 1) антагонизмъ между различными центрами есть въ высшей степени распространенное явленіе, есть общій принципъ въ нервной системѣ; 2) для даннаго центра не существуетъ ограниченнаго круга его антагонистовъ; наоборотъ, антагонистическія отношенія обнаруживаются при извѣстныхъ условіяхъ между самыми отдаленными по положенію и самыми различными по профессіи центральными аппаратами.

Между прочимъ и Sollier, весьма интересующій насъ, какъ человѣкъ, который посвятилъ себя до нѣкоторой степени специальному занятію „будить центры“, пишетъ слѣдующее ¹⁾: „когда одни центры пробуждаются, то другіе усыпаютъ вслѣдствіе того или другого вліянія, которое очень часто ускользаетъ отъ насъ“. Такимъ образомъ и этотъ добросовѣстный наблюдатель замѣтилъ рассматриваемое нами явленіе, причемъ сознался, что не находилъ его причинъ. И неудивительно, разъ онъ искалъ ихъ внѣ отношеній между самыми центрами.

Однако антагонизмъ яснѣе всего бываетъ выраженъ все-таки между ближайшими по мѣсту и родственными по функціи нейронами. Такъ, мы видѣли, что центръ чувства тепла какого-нибудь участка кожи антагонизируетъ прежде всего съ центромъ чувства холода того-же мѣста кожи. Въ области зрѣнія антагонизмъ легче всего выражается отрицательными свѣтовыми и цвѣтовыми слѣдами и, конечно, прежде всего въ томъ-же глазу. Для центра какого-либо сгибателя самымъ прямымъ, постояннымъ антагонистомъ служитъ центръ соотвѣтствующаго разгибателя.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что такая-же постоянная борьба существуетъ между вдыхательнымъ и выдыхательнымъ центрами. Этотъ вопросъ заслуживаетъ вниманія, такъ какъ перемежающаяся автоматическая дѣятельность дыхательныхъ

¹⁾ D-r. Paul Sollier. Genèse et nature de l'Hystérie. T. I. p. 372—373.

центровъ остается до сихъ поръ необъясненной. Мы знаемъ, что какъ центръ вдыханія, такъ и выдыханія возбуждаются просто кровью, обычно протекающей по ихъ капиллярамъ, стало-быть, возбуждаются одновременно. Между тѣмъ, оба центра дыханія работаютъ не одновременно, а поочередно. Самая остроумная попытка объяснить это—есть теорія Hering'a и Breuer'a, что оба центра поочередно угнетаются и возбуждаются легочными вѣтвями n. vagi. Но и эта гипотеза признана несостоятельной въ виду другого физиологическаго факта, что дѣятельность дыхательнаго центра не прекращается и животное не погибаетъ, даже если перерѣзать рѣшительно всѣ проводники, подходящіе къ дыхательному центру ¹⁾. Итакъ, вопросъ остается открытымъ. Но, вѣдь, если центры вдыханія и выдыханія, будучи постоянно оба возбуждаемы кровью, работаютъ однако поочередно, и если это не зависитъ отъ вліянія остальной нервной системы, то причина явленія лежитъ въ нихъ самихъ. Мнѣ кажется, это выводъ логичный. Какая же это можетъ быть причина? Конечно,—только одна: ихъ взаимныя отношенія, которыя непременно должны быть таковы, что возбудимость одного центра ведетъ къ невозбудимости другого, и наоборотъ. (Этотъ механизмъ станетъ вполне понятнымъ лишь изъ дальнѣйшаго, когда будетъ рѣчь еще о другомъ факторѣ — иррадіаціи). Итакъ, если-бы у насъ не существовала еще идея антагонизма, то ее необходимо было-бы создать уже ради центра дыханія. Наоборотъ, признавъ заранѣе принципъ борьбы въ нервной системѣ, мы мимоходомъ заполняемъ такіе важные пробѣлы физиологіи, какъ дѣятельность дыхательнаго центра.

Но мнѣ кажется, что мы можемъ подвинуться въ этомъ направленіи нѣсколько дальше. Мы видѣли въ I-ой главѣ, что когда у моей больной (III-е набл.), страдавшей удушьемъ, послѣднее прошло, то взаимнѣе его оставалось одно замѣча-

¹⁾ Ландау. Учебникъ физиологіи. Фредерикъ и Ньюэлъ.

тельное, загадочное явление: глубокие вздохи по временамъ (разъ въ $\frac{1}{4}$ час., въ 1 часъ и рѣже), продолжавшіеся столько мѣсяцевъ. Такъ какъ у этой больной удушье состояло, главнымъ образомъ, въ затрудненномъ выдохѣ, то она въ теченіе двухъ лѣтъ болѣзни постоянно возбуждала свой центръ выдыханія силою воли. Вслѣдствіе этого возбудимость его, какъ это ясно будетъ изъ дальнѣйшаго, непремѣнно была повышена на счетъ пониженія возбудимости дыхательнаго центра. Когда же удушье (спазмъ голосовой щели) прошло, то, согласно явленіямъ, съ которыми мы познакоимся, наступило, наоборотъ, — преобладаніе возбудимости уже дыхательнаго центра; отсюда и вздохи. Но наши предположенія могутъ идти еще дальше. Мы видимъ, что кривыя дыханія больной (во время болѣзни) обнаруживали также извращеніе послѣдняго въ томъ смыслѣ, что грудныя дыхательныя движенія совпадали съ брюшными выдыхательными, и наоборотъ. Д-ръ Нечай ¹⁾ доказываетъ существованіе отдѣльныхъ центровъ для брюшнаго и груднаго дыханія. Допустивъ въ такомъ случаѣ, что у больной равновѣсіе было нарушено (а въ нарушеніи равновѣсія, какъ увидимъ, вообще и состоитъ истерія) также между брюшнымъ и груднымъ центрами, то будемъ имѣть объясненіе и этого извращенія.

Но, на ряду съ антагонизмомъ, въ той же нервной системѣ совершается, какъ извѣстно, и другой процессъ, прямо противоположнаго свойства, который мы игнорировали до сихъ поръ. Это есть иррадіація, т. е. распространеніе возбужденія съ первично раздражаемаго центра на сосѣдніе, — распространеніе, которое выражается двояко: въ формѣ возбужденія-же или только повышенной возбудимостью. Но замѣчательнѣе всего то, что иррадіація, такъ же точно, какъ и антагонизмъ, распространяется прежде всего на сосѣдніе и родственные по функціи центры. (Законъ Pflüger'a, который нужно впрочемъ понимать относительно — Введенскій, Luchsinger, Чувскій).

¹⁾ Н. Нечай, Матеріалы къ патологіи дыхательной иннерваціи.—Дисс.

Въ послѣднее время Введенскій обратилъ особое вниманіе на это различное, смотря по условіямъ,—то угнетающее, то возбуждающее вліяніе однихъ центровъ на другіе. Утверждая, что „явленія торможенія надо признавать повсемѣстно распространенными и постоянно пускаемыми въ ходъ при всѣхъ отправленіяхъ нервной системы рядомъ съ явленіями возбужденія“, Н. Введенскій высказываетъ гипотезу, что „такія двойственные вліянія комбинируются въ нормальныхъ условіяхъ извѣстнымъ цѣлесообразнымъ образомъ“, именно, что „явленія торможенія развиваются въ организмѣ рядомъ съ явленіями возбужденія въ ихъ интересахъ и въ интересахъ общей иннерваціи“¹⁾. И Введенскій, дѣйствительно, указываетъ нѣкоторые факты, свидѣтельствующіе о такой цѣлесообразности этихъ двойственныхъ отношеній. Успѣшнѣе всего онъ подтвердилъ свою гипотезу анализомъ условій произвольной иннерваціи движеній, основанномъ на опытахъ непосредственнаго раздраженія мозговой коры у животныхъ²⁾. „Если раздражать центръ для сгибателей на лѣвомъ полушаріи, то это ведетъ къ пониженію раздражительности одноименнаго центра на правомъ полушаріи и къ повышенію раздражительности центра разгибателей на томъ-же правомъ полушаріи. Относящіяся сюда явленія получаютъ разнообразныя формы и всѣ они говорятъ въ одномъ и томъ-же направленіи: въ то время, какъ раздраженіе извѣстной точки коры вызываетъ свой первичный эффектъ, вмѣстѣ съ этимъ создаются условія благопріятныя для центровъ, дѣйствующихъ обычно въ сочетаніи съ нимъ, и угнетающія вліянія для центровъ, производящихъ антагонистическіе эффекты“. Если мы сопоставимъ эти опыты Введенскаго съ вышеупомянутыми

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи человека, перев. съ 3-го франц. изд. подъ редакц. и съ дополн. проф. Введенскаго СПб. 1899, т. II-ой, стр. 504. 534 и 529.

²⁾ Тамъ же. Сообщено на III-емъ международномъ съѣздѣ Психологій въ Мюнхенѣ, 1896 г. Жур. Русск. Общ. Охр. Здравія, 1897, январь.

позднѣйшими изслѣдованіями Sherrington'a и Hering'a, которыя обнаруживаютъ тормозящее вліяніе прямого возбужденія центровъ однихъ мышцъ на центры мышцъ антагонистическихъ на томъ же полушаріи, то составитъ еще болѣе полная картина: возбужденіе центра сгибателей и угнетеніе центра разгибателей на экспериментируемой сторонѣ и обратныя отношенія—на противоположной.

Всѣ эти весьма интересныя изслѣдованія всетаки далеко не вполне разъясняютъ вопросъ. Дѣло въ томъ, что въ приведенныхъ сейчасъ наблюденіяхъ раздражаемый центръ производитъ возбуждающее вліяніе на одни центры, а тормозящее на другіе. Между тѣмъ, нерѣдко случается, что эти противоположныя отношенія существуютъ—конечно, поочередно—между одними и тѣми-же центрами. Вотъ соотвѣтствующія наблюденія, изъ которыхъ на первыя 2 обращаетъ вниманіе самъ Введенскій. Обезглавленный самецъ лягушки упорно охватываетъ передними лапками палець, прикасающійся къ кожѣ между ними,—т. наз. обнимательный рефлексъ. Этотъ рефлексъ сейчасъ-же прекращается, если сильно сдавить заднюю конечность. Однако „слабое сдавливаніе задней лапки ведетъ къ замѣтному усиленію самого обнимательнаго рефлекса“.—Несомнѣнно антагонистическія отношенія между сосудодвигателями наружныхъ покрововъ и брюшныхъ органовъ могутъ смѣниться параллельными послѣ обильнаго принятія пищи.—Если нѣсколько разъ кряду раздражали извѣстную двигательную точку коры, то, раздражая затѣмъ новый пунктъ, въ началѣ получаютъ иногда эффектъ первой точки, который затѣмъ однако подавляется.

Еще лучшей примѣръ существованія двойственныхъ отношеній, то иррадиаторныхъ, то антагонистическихъ, въ цѣлой массѣ однихъ и тѣхъ-же центровъ, дастъ намъ сопоставленіе тоническихъ и клоническихъ судорогъ при эпилепсіи у человѣка или экспериментально вызываемыхъ у животныхъ. Тоническія—состоятъ въ согласномъ (одновременномъ) возбужденія центровъ всей двигательной корковой области, вслѣдствіе

распространенія (т. е. иррадіаціи) возбужденія съ одного мѣста ея на всю область, о чемъ свидѣтельствуешь, съ одной стороны, Jackson'овская эпилепсія у человѣка (Jackson), а съ другой, такое-же распространеніе, получаемое экспериментально у животныхъ (Hitzig, Ferrier, Albertoni, Franck, Pitres). Клоническія-же судороги, по изслѣдованіямъ Введенскаго, получаютъ при одновременномъ сильномъ раздраженіи симметричныхъ двигательныхъ центровъ коры и происходятъ вслѣдствіе быстрыхъ поочередныхъ торможеній этими центрами другъ друга (это уже антагонизмъ). Но интереснѣе всего, что и при эпилепсіи, какъ извѣстно, тоническія судороги продолжаются всего $\frac{1}{2}$ —1 мин., смѣняясь затѣмъ клоническими.

Словомъ, изъ приведенныхъ примѣровъ ясно слѣдуетъ, что двойственныя отношенія, то иррадіаціи, то антагонизма, встрѣчаются также между одними и тѣми-же двумя центрами *А* и *В*. И мы можемъ предполагать, что и эта способность ихъ—мѣнять свои отношенія не только цѣлесообразно, но тоже постоянно эксплуатируется нормально работающей нервной системой—„въ интересахъ общей иннерваціи“.

Мнѣ кажется, что это предположеніе подтверждають—и притомъ совершенно случайно—тѣ опыты, которые я производилъ на здоровыхъ людяхъ съ цѣлью убѣдиться только въ существованіи антагонизма между различными формами кожной чувствительности. Вотъ почему до сихъ поръ я упоминалъ объ этихъ опытахъ лишь вскользь. Планъ ихъ, какъ замѣчено выше, состоялъ въ томъ, чтобы вызвать путемъ постояннаго возбужденія только одного какого-нибудь вида чувствительности—утомленіе его, resp.—анестезію и слѣдить затѣмъ, какъ это отразится на остальной чувствительности. Однако легко понять всю сложность такихъ опытовъ. Дѣйствительно, 1) существуетъ цѣлый рядъ отдѣльныхъ видовъ кожной чувствительности, и не легко уловить тотъ изъ нихъ, съ которымъ антагонизируетъ въ данный моментъ возбуждаемый нами видъ; 2) это затрудненіе еще увеличивается, если

принять во вниманіе, что самыя формы кожной чувствительности все еще неполнѣ установлены; такъ, напр., осязаніе обыкновенно относятъ къ чувству давленія, однако другіе авторы, и бытъ можетъ не безъ основанія, выдѣляютъ осязаніе въ отдѣльную форму, напр.,—я указываю новѣйшихъ изслѣдователей—Giovanni Boeri и Roberto de Silvestro (1898). Съ другой стороны, открываются новыя формы чувствительности, хотя не кожной, но всетаки въ кожѣ—т. наз. волосковой (трихестэзіометрія Бехтерева); 3) изслѣдованіе безъ инструментовъ, разумѣется, грубо, инструментальное-же измѣреніе различныхъ видовъ чувствительности, во-первыхъ, требуетъ много времени, въ теченіе котораго мы уже не можемъ, конечно, продолжать свое возбуждающее дѣйствіе на тотъ видъ, утомленіе котораго мы желаемъ вызвать, а во-вторыхъ,—и это самое главное—при такомъ изслѣдованіи, всегда требующемъ повторнаго прикладыванія къ кожѣ прибора, мы, стало бытъ, производимъ этими-же самыя приборами довольно продолжительное дѣйствіе на различныя, смотря по инструменту, формы чувствительности, т. е. нарушаемъ существенное условіе опыта—возбуждать постоянно только одинъ видъ ея; 4) наконецъ, для нѣкоторыхъ видовъ не достаетъ приборовъ, и, между прочимъ, для самаго удобнаго для нашихъ опытовъ—осязанія. Дѣйствительно, эстезіометры измѣряютъ, собственно, пространственное чувство, но въ послѣднемъ участвуютъ, какъ доказалъ Goldscheider, не только осязательныя точки, но и тепловыя, и холодовыя; нельзя также измѣрять осязанія барэстезіометрами, разъ мы не увѣрены, что оно тождественно съ чувствомъ давленія (мы, вѣдь, предполагаемъ антагонизмъ между нетождественными формами).

Въ виду всего этого, я предпочелъ—по крайней мѣрѣ, пока—отказаться отъ инструментовъ и пользовался просто бумажкой и булавкой, ограничившись изслѣдованіемъ отношеній между осязаніемъ и болевой чувствительностью. Клинкомъ неплотной бумаги производилось постоянное поглаживаніе мякоти пальцевъ или же небольшого участка кожи на

тыльной поверхности кисти—на одной сторонѣ тѣла, и затѣмъ по временамъ сравнивалась (посредствомъ бумажки и булавки) тактильная и болевая чувствительность обѣихъ сторонъ, на которыхъ она была нормальной до опыта. Въ одномъ случаѣ я успѣвалъ изслѣдовать каждый разъ и обѣ термическія формы (тоже путемъ сравненія съ противоположной стороной) и убѣдился, что и онѣ вовлекаются въ игру, но что ближайшимъ антагонистомъ осязанія остается всетаки болевая чувствительность (что мы видѣли и раньше). Въ другихъ опытахъ участіе температурнаго чувства заявляло себя само: бумажка казалась, напр., субъекту холодной. Число изслѣдованныхъ лицъ около 10-ти (я говорю: около, потому что не у всѣхъ опытъ былъ одинаково выдержанъ въ смыслѣ продолжительности). Лица избирались по возможности съ крѣпкой нервной системой. Возрастъ ихъ—отъ 20 до 30 лѣтъ, полъ почти исключительно мужской. Продолжительность наблюдений—отъ $\frac{1}{4}$ до $2\frac{1}{2}$ час., въ среднемъ около часа.

Результаты опытовъ сводятся къ слѣдующимъ пунктамъ.

1) Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ перемѣны въ осязаніи сейчасъ-же отражались на другихъ формахъ кожной чувствительности (констатировано вообще для болевой и обѣихъ термическихъ).

2) Стараясь утомить осязаніе, я однако ни въ одномъ случаѣ, даже продолжая опытъ $2\frac{1}{2}$ часа, не достигъ полной нечувствительности къ бумажкѣ: прикосновенія послѣдней вовсе не ощущали maximum 3 изъ 5 пальцевъ (1 разъ). Но этого мало. Наоборотъ, почти во всѣхъ случаяхъ, то очень скоро, то лишь черезъ часъ и больше, когда я думалъ уже, вотъ-вотъ наступить, наконецъ, полная тактильная анестезія, она смѣнялась какъ разъ тактильной гиперестезіей (въ рѣдкихъ случаяхъ своего примѣненія эстезіометръ обнаруживалъ утоньченіе чувства пространства). Разъ появившись, эта тактильная гиперестезія постоянно смѣнялась анестезіей, съ тѣмъ чтобы, въ свою очередь, появляться вновь.

3) Очень часто я замѣчалъ гиперестезію другихъ мѣстъ. (не желая прерывать надолго опыта, я успѣвалъ констати-

ровать лишь осязательную), именно въ самомъ непосредственномъ соудствѣ съ экспериментируемымъ участкомъ, но иногда также гиперэстезію отдаленныхъ мѣстъ, напр., въ формѣ парэстетическаго щекотанія въ локтѣ и ощущенія давленія на плечевой суставъ. Въ одномъ случаѣ я замѣтилъ гиперэстезію и на противоположной сторонѣ.

4) Что касается взаимодѣйствія разныхъ видовъ чувствительности (мы будемъ говорить только о тактильной и болевой, за которыми я и слѣдилъ по преимуществу), то чаще всего между ними сразу устанавливалась такая же игра, какую мы видѣли у III-ей изъ моихъ больныхъ, т. е. въ моменты тактильной анестезіи наблюдалась болевая гиперэстезія, и наоборотъ. Назовемъ это первымъ рядомъ опытовъ. Въ другихъ, рѣдкихъ случаяхъ, и особенно тамъ, гдѣ первоначально тактильная держалась долго, она почти все это время сопровождалась болевой анестезіей-же, затѣмъ, къ моменту перехода осязательной анестезіи въ гиперэстезію, равновѣсіе между обоими родами чувствительности нарушалось, и сейчасъ же появлялись точно такія-же постоянныя колебанія ихъ. Эти опыты мы назовемъ вторымъ рядомъ.

Я долженъ указать еще недавнія изслѣдованія, относящіяся къ различнымъ видамъ чувствительности, упомянутыхъ выше авторовъ—Giovanni Boeri и Roberto-de Silvestro. Эта итальянская работа, къ сожалѣнію, доступна мнѣ лишь въ рефератѣ. Я привожу слѣдующее мѣсто ея, имѣющее отношеніе къ нашему предмету (по реферату въ *Revue Neurologique*): „On admet quatre sortes de sensibilité (tactile, thermique, douloureuse, de pression). Les sensibilités ont des caractères physiologiques de l'une à l'autre. Lors qu'elles semblent toutes altérées dans une égale proportion, il n'est pas rare que l'on puisse déceler, par des moyens capables de donner des informations précises, de véritables dissociations“¹⁾.

¹⁾ *Revue neurologique*, 15 Janvier 1899. Мое сообщеніе сдѣлано въ Одесск. общ. русск. врачей 21-го января и 10-го февр.

Такимъ образомъ, я экспериментально у здоровыхъ вызывалъ такое-же двойное нарушеніе равновѣсія чувствительности, т. е.—между различными мѣстами или между различными видами на томъ-же мѣстѣ, какое мы видѣли у истеричныхъ. И это не будетъ игрой словъ, если я скажу, что вызывалъ экспериментально (частичную) истерію. Я получалъ именно ее—хотя и въ миниатюрѣ—такъ какъ я шелъ естественнымъ путемъ развитія этой болѣзни, т. е. производилъ постоянное раздраженіе все одного и того-же участка мозга.

Прежде чѣмъ приступить къ выводамъ изъ этихъ опытовъ, я считаю необходимымъ установить два факта. Во-первыхъ, въ этихъ экспериментахъ мы имѣемъ дѣло не съ периферическими, а съ центральными процессами¹⁾. Это доказывается тѣмъ, что колебанія происходили не только въ тактильной чувствительности, но и болевой, на которую, конечно, не могла дѣйствовать бумажка; наконецъ, они совершались также въ другихъ мѣстахъ, иногда отдаленныхъ (см. 4-ый пунктъ), которыхъ она ужъ не касалась вовсе. Къ этому можно прибавить еще замѣчательные опыты Volkmann'a съ упражненіемъ пространственнаго чувства кожи: послѣднее улучшалось и на противоположной, не упражнявшейся сторонѣ,—новое доказательство центральности процессовъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ. Во-вторыхъ, полученные нами явленія нельзя объяснять колебаніями вниманія²⁾. Дѣйствительно, прежде всего, по изслѣдованіямъ Н. Ланге³⁾, колебанія вниманія совершаются (для кожныхъ ощущеній) черезъ каждыя 2,6 сек., тогда какъ въ приведенныхъ опытахъ первоначальная анестезія смѣнялась гиперэстезіей то черезъ нѣсколько минутъ (но не секундъ), то черезъ часъ и больше. Кромѣ

¹⁾ Аналогичный выводъ сдѣланъ нами по отношенію къ сѣтчаткѣ.

²⁾ Я говорю объ этомъ, потому что такое возраженіе уже дѣлалось мнѣ въ Одесск общ. русск. врачей.

³⁾ Н. Ланге. Психологическія изслѣдованія. Законъ перцепціи. Теорія волевого вниманія.

того, если объяснять анестезію какой-нибудь чувствительности невниманіемъ, то какъ-же мы объяснимъ этимъ невниманіемъ гиперэстезію другой чувствительности?

Итакъ, перейдемъ къ анализу результатовъ нашихъ опытовъ. Если-бы за анестезіей осязанія не слѣдовала гиперэстезія ея, то мы могли-бы принять, что первая, дѣйствительно, наступила вслѣдствіе утомленія осязанія (какъ предполагалось въ планѣ опытовъ) и на основаніи антагонизма вызвала болевую гиперэстезію. Однако даже такое объясненіе годилось бы лишь для перваго ряда опытовъ и противорѣчило-бы второму ряду ихъ, гдѣ вначалѣ тактильная анестезія сопровождается болевой анестезіей-же. Но самое главное то, что мы не можемъ признать, что первоначальная анестезія осязанія наступила вслѣдствіе утомленія его. Въ самомъ дѣлѣ, если-бы это было утомленіе, то какъ понять, что при непрекращающейся работѣ утомителя, т. е. при дальнѣйшемъ непрерывномъ поглаживаніи бумажкой, анестезія переходитъ въ гиперэстезію, и переходитъ иногда лишь черезъ 1—1½ часа? Какъ понять, что поглаживаніе утомило тактильную чувствительность въ первую-же минуту и не утомило ея черезъ часъ, даже наоборотъ, черезъ часъ оно позволило ей придти въ особую бодрость—въ гиперэстезію? Итакъ, я прихожу къ заключенію, что эта анестезія не есть утомленіе. Еще болѣе убѣждаетъ меня въ томъ-же то обстоятельство, что, повидимому, чѣмъ крѣпче нервная система субъекта, тѣмъ дольше держится первоначальная анестезія, такъ что, если-бы считать ее утомленіемъ, то пришлось-бы придти къ странному выводу, что легко наступающее и продолжительное утомленіе есть преимущество здоровья.

Чтобы показать еще разъ, что колебанія возбудимости и утомляемость—вещи не только разныя, но повидимому противоположныя, я ссылаюсь на интересные и строго проведенные опыты К. Müller'a надъ зрѣніемъ, доказавшіе, что возбудимость этого органа, т. е. воспріимчивость къ свѣту, вообще, къ вечеру уменьшается весьма значительно, больше,

чѣмъ вдвое противъ утренней, а „утомляемость“, т. е. быстрота, съ какой наступаетъ пониженіе возбудимости при каждомъ отдѣльномъ раздраженіи глаза свѣтомъ,—не увеличивается къ вечеру, какъ-бы слѣдовало ожидать, а какъ разъ наоборотъ: быстрѣ всего глазъ утомляется въ первыя пять секундъ по пробужденіи ¹⁾). Такъ какъ наши жизненные силы утромъ безспорно больше, чѣмъ вечеромъ, то эти опыты еще разъ доказываютъ, что способность возбуждаемыхъ центровъ анестезироваться, ложно называемая утомляемостью, есть, наоборотъ, выраженіе благосостоянія организма, а не его слабости.

Я приведу еще одно доказательство. Изъ двухъ людей тотъ, который обладаетъ хорошимъ сномъ, всѣми признается здоровѣе того, кто страдаетъ бессонницей. А что-же такое сонъ, какъ не анестезія, какъ не пониженіе возбудимости всего мозга (по крайней мѣрѣ, головного). Далѣе признано, что женщины гораздо выносливѣе мужчинъ по отношенію бессонницы, напр. при ухаживаніи за больными. Мужчины въ сидѣлки не годятся. Такимъ образомъ и здѣсь, если говорить объ утомляемости, то пришлось-бы придти къ парадоксальному выводу, что слабый полъ крѣпче сильнаго.

Наконецъ вотъ еще крайне поучительные опыты Сѣченова, опыты, представляющіе полную аналогію съ нашими, съ тѣмъ лишь интереснымъ различіемъ, что они касаются не чувствительной, а двигательной сферы. Сѣченовъ производилъ на животныхъ (такое-же, какъ мы для чувствительности) постоянное возбужденіе продолговатаго мозга, „тетанизирова“ его со стороны отпрепарованнаго по всей длинѣ сѣдалищнаго нерва, и получалъ въ этомъ мозгу „особое состояніе угнетенной дѣятельности, съ виду похожее на переутомленіе, но не имѣющее съ нимъ ничего общаго, такъ какъ центры остаются при этомъ заряженными энергіей“ ²⁾). Наличие

¹⁾ Физиологія Германа, стр. 319 1-ой ч. III т.

²⁾ И. Сѣченовъ. Физиологія нервныхъ центровъ. 1891.

этой энергіи Сѣченовъ обнаруживалъ непосредственнымъ приложеніемъ къ продолговатому мозгу гальванометра. Мало того, продолжая тетанизацию еще дальше, Сѣченовъ получалъ возобновленіе движеній животнаго, исчезнувшихъ на время этого псевдоутомленія, какъ мы—за анестезіей получали гиперэстезію (или, по крайней мѣрѣ, значительное улучшеніе чувствительности). Такіе-же опыты и съ точно такими-же результатами произведены Сѣченовымъ и для спинного мозга.

Итакъ, наша тактильная анестезія не есть утомленіе, не есть прямой результатъ нашего дѣйствія на тактильную чувствительность. Однако мы дѣйствовали именно только на нее. Это вѣрно, но мы видѣли, что, тѣмъ не менѣе, наша работа сейчасъ-же отражалась на другихъ видахъ чувствительности, особенно болевой. Итакъ, разъ мы имѣемъ несомнѣнный фактъ передачи раздраженія съ тактильной чувствительности на болевую, то остается только установить форму этой передачи. Я думаю, что явленія будутъ объяснены лишь въ томъ случаѣ, если мы примемъ слѣдующую форму: наше раздраженіе осязанія, постоянно иррадируя въ болевой центръ, вызвало въ немъ повышеніе возбудимости—гиперэстезію; а эта гиперэстезія, на основаніи антагонизма, дала тактильную анестезію, которая представляетъ, такимъ образомъ, вторичный, а не первичный эффектъ. Когда же затѣмъ первично гиперэстезируемый болевой центръ, достигнувъ извѣстнаго напряженія, старается придти въ равновѣсіе самъ, то его повышенная возбудимость, въ свою очередь, иррадируетъ въ осязательный центръ и теперь происходитъ тѣмъ-же путемъ анестезія болевого и гиперэстезія осязательнаго. Вотъ каковъ порядокъ этихъ двоякихъ отношеній между сосѣдними центрами—иррадіація и антагонизма.

Во второмъ ряду нашихъ опытовъ, гдѣ тактильная анестезія вначалѣ сопровождалась болевой анестезіей-же, раздраженіе иррадировало очевидно въ центры другихъ видовъ чувствительности того-же кожного участка или же въ центры

другихъ мѣстѣ, вызывая тамъ гиперѣстезію (которую мы и наблюдали), и эта гиперѣстезія большей массы центровъ отнеслась антагонистически уже ко всей чувствительности нашего участка кожи, давши анестезію и болевого вида. Затѣмъ, когда эти отдаленные центры, защищая себя, пришли въ равновѣсіе, то ихъ вліяніе на нашъ участокъ кожи прекратилось, и при продолжающемся дѣйствіи бумажки начались мѣстные колебанія.

Само собою разумѣется, что чѣмъ чаще дѣйствуетъ, а также чѣмъ сильнѣе раздражитель, тѣмъ скорѣе наступитъ гиперѣстезія возбуждаемаго вида чувствительности, геср. анестезія остальныхъ видовъ, и тѣмъ сильнѣе онѣ будутъ выражены. Дѣйствительно, когда я употреблялъ горчичникъ, то, какъ мы видѣли, быстро наступила тепловая гиперѣстезія и анестезія остальныхъ видовъ, которая для нѣкоторыхъ изъ нихъ была рѣзко выражена (для осязанія, напр.—полная нечувствительность къ бумажкѣ). Такимъ образомъ, изслѣдованія надъ чувствительностью подтверждаютъ мнѣніе Goltz'a, что, когда рѣчь идетъ о рѣдкихъ и спорадическихъ возбужденіяхъ центровъ, то они оказываютъ не возбуждающее, а тормозящее вліяніе на другіе центры. Впрочемъ, это повидимому лишь до извѣстной степени, и еще болѣе сильные раздражители снова ведутъ къ угнетенію центровъ, на которые они дѣйствуютъ. Вспомнимъ „переходъ“ сильнаго термическаго ощущенія въ боль, а также „болѣзненный ослѣпительный свѣтъ“.

Чтобы показать еще разъ, что я не заблуждаюсь, принимая именно указанный механизмъ, я приведу еще нѣсколько фактовъ, изъ которыхъ одни докажутъ намъ предварительно возможность иррадіаціи между отдаленными и различными по функціи центрами, другіе-же (рѣдкіе случаи) могутъ быть объяснены единственно иррадіаціей + антагонизмъ на одномъ и томъ-же мѣстѣ, между одними и тѣми-же центрами А и В.

Изъ примѣровъ первой категоріи мы упомянемъ явленіе такъ наз. цвѣтного слуха (*audition colorée*, *Farbenhören*),

описаннаго уже столькими авторами (Flournoy, Gruber, Bleuler и Lehmann, Suarez de Mendoza, Beaunis и Binet, Galton), особенно тѣ случаи этого феномена, когда слуховое ощущение вызываетъ настоящую галлюцинацію извѣстнаго цвѣта. Еще интереснѣе нѣкоторыя рѣдкія патологическія состоянія, при которыхъ тотъ или другой центръ невозбудимъ (анестезированъ) при обыкновенныхъ условіяхъ, но онъ становится возбудимымъ въ моментъ возбужденія другихъ центровъ. Такъ, Мочутковскимъ ¹⁾ описанъ случай тяжелой истеріи, при которой обоняніе было совершенно потеряно, но если дѣйствовать на органъ вкуса больной, то, одновременно съ вкусовыми, получались извѣстныя, очень ясныя, обонятельныя ощущенія. Авторъ говоритъ, что патологія объясняетъ такіе факты переходомъ возбужденія съ нерва одного органа чувствъ на нервъ другого, при этомъ проф. Мочутковскій ссылается на опыты Landerhans'a, Бѣсядецкаго и Равы, доказывающіе возможность такого перехода. Однако рѣчь о немъ могла-бы имѣть мѣсто лишь при патологическомъ состояніи нервовъ, между тѣмъ истерію никто не считаетъ болѣзнью нервныхъ стволовъ, а мозга. Наконецъ, если-бы даже и можно было-бы допустить такой взглядъ, то, вѣдь, обонятельный и вкусовой нервы, *n. olfactorius* и *n. glosso-pharyngeus*, нигдѣ не анастомозируютъ другъ съ другомъ, ихъ пути совершенно раздѣльны, такъ что не существуетъ даже анатомическихъ условій для подобнаго толкованія. Такимъ образомъ, этотъ феноменъ можно объяснить только иррадіаціей съ центра вкуса на центръ обонянія, наступающей въ моментъ возбужденія перваго.

Но вотъ вторая категорія еще болѣе рѣдкихъ (и мы увидимъ, почему) фактовъ, о которыхъ мы сейчасъ говорили. Сюда относится прежде всего второй видъ трансферта у

¹⁾ Д-ръ О. Мочутковскій. Объ истерическихъ формахъ гипноза. Одесса. 1888.

истеричныхъ, т. е. тотъ случай, когда эстезіогенное средство прикладывается не къ анестезированной, а къ нормально ощущающей сторонѣ: вызываемое имъ возбужденіе путемъ центральной иррадіаціи ведетъ къ восстановленію чувствительности анестезированнаго симметричнаго участка противоположной стороны, который, отвѣчая на это антагонизмомъ, въ свою очередь, лишаетъ чувствительности первый участокъ.

Далѣе, Binet и Féré въ своемъ „Magnetisme animal“ говорятъ, что если у истеричнаго субъекта существуетъ полная анестезія какого-нибудь органа чувствъ, то нельзя вызывать въ гипнотическомъ состояніи и галлюцинацій въ области этого органа. Я лично убѣдился въ этомъ на одномъ истеричномъ больномъ съ полной потерей вкусовыхъ ощущеній, у котораго легко получались самыя эффектныя зрительныя галлюцинаціи, но ни разу за 15 сеансовъ, при всей настойчивости, мнѣ не удалось вызвать у этого субъекта ни одного внушеннаго или реального вкусового ощущенія, несмотря на глубокой гипнозъ. Но Binet и Féré пишутъ далѣе, что если однако у истеричной существуетъ слѣпота по отношенію лишь къ какому-нибудь одному цвѣту, то, хотя галлюцинаціи этого цвѣта нельзя вызвать прямымъ внушеніемъ, однако она удастся, если внушать галлюцинацію дополнительнаго цвѣта. Это опять означаетъ, что между центрами для обоихъ цвѣтовъ существуютъ настолько сильныя отношенія иррадіаціи и антагонизма, что при извѣстныхъ условіяхъ (гипнозъ) возбужденіе (а за нимъ и галлюцинація) переходитъ съ центра дополнительнаго цвѣта на центръ антагониста, бывшаго раньше невозбудимымъ, который опять отвѣчаетъ на это угнетеніемъ перваго центра.

Sollier, съ своей стороны, описываетъ случай истерической тактильной гиперэстезіи, при которой „самое легкое прикосновеніе къ кожѣ вызывало сильнѣйшую боль съ криками больной“, хотя изслѣдованіе обнаруживало анальгезію¹⁾. Итакъ, здѣсь тоже была центральная иррадіація съ

¹⁾ P. Sollier. Genèse et nature de l' Hystérie, t. I, p. 358.

тактильной чувствительности на болевую, которая была невозбудима съ периферіи и въ моментъ этого центрального возбужденія антагонистически угнетала осязательный центръ. Sollier не пишетъ ясно, вызывало-ли прикосновеніе къ субъекту, кромѣ боли, также ощущеніе осязанія; если вызывало, то этотъ примѣръ относится къ той-же категоріи, что и наблюденіе проф. Мочутковскаго.

Вотъ еще необыкновенный случай д-ра Якубовича, который приводится въ цитированной уже нами столько разъ обширной физиологіи Негманн'а. Дѣло шло о вкусовыхъ ощущеніяхъ. Ради экономіи мѣста, мы остановимся только на ощущеніяхъ соленого и горькаго. Больной ощущалъ соленое очень хорошо, горькаго-же не ощущалъ вовсе. Если больному давали смѣсь соленого съ горькимъ, то слѣдовало ожидать, что онъ почувствуетъ только соленое. Между тѣмъ, больной всегда ощущалъ въ такихъ случаяхъ только горькое. Это наблюденіе описано Якубовичемъ 27 лѣтъ тому назадъ, и никогда до сихъ поръ (по крайней мѣрѣ, до выхода изданія Негманн'а) не было объяснено. Между тѣмъ, оно становится легко понятнымъ съ нашей точки зрѣнія: центръ горькихъ ощущеній, анестезію котораго не могло побѣдить одно возбужденіе съ периферіи, уступалъ ему однако въ моментъ, когда возбудимость этого центра повышалась, благодаря иррадіаціи съ центра соленыхъ ощущеній. И, опять отвѣчая на нее антагонизмомъ, центръ горькаго вызывалъ анестезію центра соленого. Гдѣ иррадіація, тамъ и антагонизмъ.

Эти-же два фактора постоянно работаютъ, по моему мнѣнію, въ дыхательномъ центрѣ (я имѣю въ виду главный дыхательный центръ—въ продолговатомъ мозгу). Выше мы пришли къ заключенію, что причина попеременной дѣятельности вдыхательнаго и выдыхательнаго центровъ должна лежать въ нихъ самихъ. Но лишь теперь мы можемъ вполне уяснить себѣ этотъ механизмъ. Положимъ, что въ данный моментъ происходитъ вздохъ, т. е. возбужденіе центра вдыханія; центръ выдыханія въ это время невозбудимъ. Это воз-

бужденіе дыхательнаго центра на основаніи иррадіаціи постоянно повышаеѣтъ возбудимость центра выдыхательнаго, послѣдній-же на основаніи антагонизма также постоянно угнетаетъ возбудимость дыхательнаго центра (точь - въ - точь, какъ это мы видѣли для тактильной и болевой чувствительности). Такимъ образомъ, черезъ нѣкоторое время вся возбудимость переходитъ къ центру выдыханія, и такъ какъ возбуждитель (кровь) всегда налицо, то теперь и наступаетъ выдохъ.

Но, повторяю, всѣ вышеприведенные примѣры (разумѣется, за исключеніемъ дѣятельности дыхательнаго центра) суть явленія рѣдкія, ибо уже а priori понятно, что чѣмъ выше стоитъ уровень возбудимости одного центра надъ уровнемъ другого, т. е. чѣмъ невозбудимѣе послѣдній, тѣмъ труднѣе, конечно, и иррадіація на него съ перваго центра.

Итакъ, анестезія при длительномъ раздраженіи какого-нибудь вида чувствительности, а вѣроятно и вообще угнетеніе какого-нибудь центра (ср. приведенные опыты Сѣченова) наступаетъ не вслѣдствіе утомленія его, а путемъ сложнаго механизма иррадіаціи въ другіе центры, возрастающая возбудимость которыхъ, на основаніи антагонизма, активно угнетаетъ раздражаемый нами центръ. Я долженъ еще обратить вниманіе на то, что первоначальная анестезія осязанія въ моихъ опытахъ наступаетъ довольно быстро. Достаточно провести бумажкой по избранному кожному участку нѣсколько разъ—не больше десятка—чтобы можно уже было замѣтить эту анестезію. Но если указанный механизмъ приводитъ къ замѣтному пониженію чувствительности послѣ десятка возбужденій, то, очевидно, тотъ-же эффектъ существуетъ и при одномъ возбужденіи, лишь въ десять разъ меньшій, а потому незамѣтный. Вотъ существенный выводъ изъ этихъ опытовъ.

Въ самомъ дѣлѣ, если мы зададимся теперь вопросомъ о цѣлесообразности обнаруженнаго нами механизма, то будемъ имѣть готовый отвѣтъ. Возбужденіе, падающее на лю-

бую точку мозга, ведетъ путемъ иррадіаціи къ повышенію возбудимости сосѣднихъ центровъ, которое распространяется съ уменьшающеюся (какъ говорятъ, математической) степенью, быть можетъ, очень далеко—на все поле сознанія. А эта повышенная возбудимость ихъ, по закону антагонизма, ведетъ къ пониженію возбудимости первично задѣтой точки. Стало-быть, понижая, съ одной стороны, возбудимость только-что работавшаго центра, хотя онъ нисколько еще не утомленъ, и повышая, съ другой стороны, возбудимость смежныхъ центровъ, природа стремится къ тому, чтобы теперь легче могъ быть задѣтъ и, такимъ образомъ, приведенъ въ дѣйствіе уже какой-нибудь иной центръ. Словомъ, цѣль механизма—попеременная дѣятельность разныхъ центровъ, въ частности-же смѣна представленій, которая признается психологіей необходимымъ условіемъ сознанія

Итакъ, нервной клѣткѣ свойственны два рода дѣятельности: во-первыхъ, процессъ возбужденія, т. е. то, что собственно и принято называть функціей клѣтки, во-вторыхъ, постоянная vibraція, постоянныя колебанія ея возбудимости—„въ интересахъ общей иннерваціи“. Но, если мы все-таки продолжаемъ возбуждать и прежній участокъ мозга, то онъ сначала анестезируется все болѣе и болѣе, т. е. упомянутые сосѣдніе центры стараются отстоять свою цѣль, но, наконецъ, истощаются, и возбудимость ихъ падаетъ, переходя въ анестезію и вызывая гиперэстезію первично раздражаемаго участка. Вначалѣ эти регуляторныя силы, отдохнувши, опять начинаютъ свою работу (о чемъ свидѣтельствуютъ повторныя анестезіи раздражаемой чувствительности), но, въ концѣ концовъ, они могутъ повидимому истощаться окончательно, оставляя раздражаемый центръ гиперэстезированнымъ.

Итакъ, вотъ что утомляется, вотъ что подлежитъ порчѣ въ нашей нервной системѣ. И повидимому портится очень легко. Утомляется лишь регуляція возбудимости, но не сама возбудимость. Наоборотъ, само возбужденіе нервной клѣтки не истощаетъ ея, и я думаю, что въ этомъ смыслѣ она не-

утомима, по крайней мѣрѣ, въ весьма значительной степени. Такая идея вовсе не должна показаться странной. Я не говорю уже о нервахъ (составляющихъ нѣчто иное, какъ одно цѣлое съ клѣткой—нейронъ), для которыхъ неутомимость считается доказанной (Введенскимъ, Barditsch'емъ, Bernstei-п'омъ). Но, вѣдь, извѣстны въ нашемъ организмѣ вѣчно работающіе центры, какъ дыхательный или ганглии сердца, наконецъ, центры, работающіе даже безъ минутныхъ паузъ именно вазомоторный, центры, завѣдующіе постояннымъ тономъ сфинтеровъ, тономъ *n. vagi* (для сердца¹). Что же касается того факта, обыкновенно приводимаго въ доказательство, наоборотъ, особенной утомляемости нервной системы, а именно, что она сильно нуждается въ питательномъ матеріалѣ, то я думаю, что послѣдній какъ разъ и тратится въ такомъ количествѣ въ виду этого второго рода мозговой дѣятельности—постоянной вибраціи нейроновъ.

Въ частности этотъ матеріалъ расходуется еще на одну функцію—на нормальный сонъ. Я остановлюсь на немъ, потому что это намъ необходимо, разъ мы желаемъ оцѣнить (заслуживающій большого вниманія) трудъ Sollier, который заявилъ, что истерія есть сонъ. И здѣсь мы еще разъ убѣдимся, что и сонъ не есть пассивное состояніе утомленія, а активный процессъ торможенія мозга. Извѣстно, что физиологія сна совсѣмъ еще темная область. Введенскій вполне справедливо замѣчаетъ, что „внѣшняя картина сна хорошо объясняется предположеніемъ (Rabl-Ruckart, Duval), что въ это время становится менѣе интимнымъ соприкасаніе между различными нейронами головного мозга,—но это не указываетъ ближайшей и первичной причины“. Дѣйствительно, уже гораздо опредѣленнѣе указываетъ ее болѣе старая гипотеза

¹) Дѣйствительно, вскорѣ послѣ настоящаго доклада въ литературѣ появились интересныя изслѣдованія д-ра А. Калинина изъ лабораторіи проф. Ушинскаго (см. Обзор. псих. 1899, стр. 830), результаты которыхъ указываютъ на неутомляемость рефлекторныхъ центровъ спинного мозга.

теза Pflüger'a, что сонъ есть состояніе пониженной возбудимости мозга вслѣдствіе утомленія послѣдняго. Preyer подыскивалъ даже ближайшую причину этого и видѣлъ ее въ накопленіи въ крови молочной кислоты (вызывающей утомленіе мышцъ). Но противъ названной гипотезы, по моему мнѣнію, говоритъ слѣдующее. Если-бы сонъ былъ состояніемъ утомленія мозга, то въ такомъ случаѣ долженъ былъ-бы существовать, какъ общее правило, слѣдующій порядокъ: чѣмъ слабѣ нервная система субъекта, тѣмъ быстрѣе, конечно, она утомляется, а потому тѣмъ легче наступаетъ, тѣмъ крѣпче и тѣмъ продолжительнѣе сонъ. Между тѣмъ, въ дѣйствительности, какъ общее правило, мы наблюдаемъ какъ разъ обратное: всѣ эти качества сна есть привилегія здороваго мозга, и наоборотъ, бессонница—вѣрнѣйшій признакъ патологическаго состоянія его. Словомъ, хорошій сонъ есть очевидное проявленіе жизненныхъ силъ мозга. Мало того, даже для здоровой нервной системы это есть функція болѣе трудная, чѣмъ состояніе бодрствованія. Въ самомъ дѣлѣ, продолжительность бодрствованія можетъ быть легко увеличена (при соотвѣтствующихъ возбуждающихъ условіяхъ) на нѣсколько сутокъ, иногда даже на недѣли (несмотря на прогрессирующее утомленіе); межъ тѣмъ какъ продолжительность сна не легко увеличить даже на 2—3 часа при самой покойной обстановкѣ. Кто привыкъ спать 8 часовъ въ сутки, тотъ можетъ еще проспять 9-ый, ну 10-ый, 11-й часъ, но больше ему не удастся. Равнымъ образомъ, кто не привыкъ спать днемъ (кромѣ ночи), тотъ часто не сразу уснетъ въ дневное время: онъ долженъ выучиться этому и, если не обладаетъ достаточно здоровымъ мозгомъ, то можетъ и не успѣть въ этомъ или-же разстроить себѣ ночной сонъ. Эти повседневныя наблюденія, мнѣ кажется, достаточно говорятъ въ пользу того, что сонъ есть извѣстный активный процессъ въ нашемъ мозгу. Но я иду дальше. Съ одной стороны, мы знаемъ изъ физиологіи, что „количество фосфатовъ въ мочѣ во время сна, вмѣсто того чтобы уменьшаться, скорѣе уве-

лично¹⁾. Съ другой стороны, фармакологія, въ свою очередь, передаетъ намъ, что, по изслѣдованіямъ Ziemssen'a, снотворныя вещества (бромистый калий, хлороформъ, хлораль-гидратъ) тоже увеличиваютъ количество фосфатовъ въ мочѣ. А такъ какъ фосфоръ есть важнѣйшая составная часть мозга, то отсюда опять слѣдуетъ, что сонъ есть активный процессъ (торможенія), на который тратится, и притомъ еще въ большемъ количествѣ, то самое вещество, что и въ состояніи бодрствованія (быть можетъ, и въ этомъ состояніи фосфоръ уходитъ лишь на процессы торможенія?). Нельзя не упомянуть здѣсь еще о весьма любопытныхъ изслѣдованіяхъ д-ра Гутникова, который производилъ химическій анализъ мозга при различныхъ невросахъ и психозахъ и нашелъ значительное уменьшеніе количества фосфора въ мозгу при нѣкоторыхъ изъ нихъ (особенно при истеріи и нейрастеніи). Весьма возможно, что обѣднѣніе мозга тѣмъ матеріаломъ, который нуженъ для функціи сна, и служитъ вещественной причиною бессонницы.

Такимъ образомъ, къ тому же выводу, какой сдѣланъ нами для анестезіи въ частности, мы пришли и по отношенію къ общей невозбудимости мозга, т. е. ко сну. Итакъ, сонъ есть активный процессъ извѣстнаго угнетенія нейроновъ. Чѣмъ-же оно достигается? Мы знаемъ только одинъ нормальный источникъ торможенія (нервной) клѣтки: это есть другая клѣтка. Отсюда рождается слѣдующая гипотеза: сонъ есть такое состояніе нейроновъ, когда они, иррадируя и антагонизируя между собою въ теченіи дня, т. е. послѣ продолжительной борьбы, приходятъ, наконецъ, въ состояніе полного равновѣсія своей возбудимости, всѣ взаимно затормозивъ другъ друга въ одинаковой степени (и весьма возможно при этомъ, что съ „внѣшней стороны“ между ними дѣйствительно существуетъ, согласно гипотезѣ Rabl-Ruckart'a и Duval'я,

¹⁾ Фредерикъ и Ньюэлъ. Основы физиологіи человѣка, пер. подъ ред. проф. Введенскаго, СПб. 1899 т. II.

менѣе интимное соприкасаніе). Такимъ образомъ, сонъ есть „вооруженный миръ“ между нейронами. И, какъ всякій вооруженный миръ, онъ ведетъ къ расходамъ, хотя всетаки меньшимъ, чѣмъ война, гесп. бодрствованіе. Съ такой гипотезой остается въ полномъ согласіи тотъ фактъ, что центры важнейшихъ жизненныхъ отправления, которые не могутъ быть задержаны и должны продолжать свою дѣятельность во время сна—дыхательный, ганглии сердца и др.—работаютъ вообще, (т. е. и въ періодъ бодрствованія) не въ связи съ остальными центрами мозга, а изолированно—автоматически. Они изъяты природой изъ общаго механизма нервной дѣятельности, а нѣкоторые, какъ ганглии сердца, даже вынесены изъ состава мозга ¹⁾.

Однако изъ этой гипотезы слѣдуетъ, что сонъ не есть общее пониженіе возбудимости кѣловокъ, а лишь выравниеніе послѣдней. Но, вѣди, это какъ нельзя лучше мирится съ дѣйствительностью. Прежде всего, нѣтъ никакого сравненія между степенью потери возбудимости мозга во время нормальнаго сна и тѣмъ „усыпленіемъ центровъ“ (Sollier), какое мы встрѣчаемъ, и вдобавокъ въ бодрственномъ состояніи, при истеріи: достаточно уколоть, пощекотать или направить струю сильнаго свѣта на спящаго человѣка, чтобы разбудить его, межъ тѣмъ какъ при истеріи иногда можно рѣзать и жечь анестезированныя части и чувствительность еще не возвращается. Далѣе, антагонистическія отношенія между нейронами во время сна развиты лишь настолько, насколько это необходимо для задержанія (и притомъ лишь до извѣстной степени, какъ мы сейчасъ видѣли) иррадіацій

¹⁾ Вліяніе послѣдняго на автоматическіе центры лишь регуляторное и нисколько не противорѣчитъ сказанному. Это вліяніе—одностороннее, а не взаимное: нѣтъ никакихъ данныхъ, которыя служили-бы хоть намекомъ на то, что дѣятельность дыхательнаго центра или сердечныхъ ганглий иррадируетъ или подавляетъ другіе центры. И если-бы даже допустить это, то, при вѣчной работѣ первыхъ, что сдѣлалось-бы съ послѣдними?

между ними. Задача природы сводилась, главнымъ образомъ, не къ заторможенію нейроновъ, а къ разъединенію ихъ, потому что отдѣльно взятый нейронъ, хотя-бы и возбудимый, не дастъ мозговой дѣятельности. Взаимное угнетеніе клѣтокъ во время сна есть преимущественно лишь средство, а цѣль—изоляция ихъ. Съ другой стороны, такъ какъ сонъ есть активный процессъ, сопряженный съ расходами, то болѣе сильное торможеніе было-бы неэкономно.

Итакъ, нервная клѣтка либо приходитъ въ возбужденіе, родя свою специфическую энергію, т. е. функционируя въ собственномъ смыслѣ слова, либо завята постоянной измѣнчивостью своей возбудимости, наконецъ, даже отдыхая (во время сна), она остается въ извѣстномъ дѣятельномъ состояніи. Нервная клѣтка работаетъ вѣчно. Послѣ этого становится понятнымъ, почему нашъ мозгъ долженъ такъ усиленно питаться; почему при голоданіи, по изслѣдованіямъ Voit'a, мозгъ—*какъ и сердечная мышца, тоже работающая вѣчно*—раньше чѣмъ наступитъ смерть, поѣдаетъ остальные ткани и органы (нѣкоторыя почти цѣликомъ), самъ представляя лишь ничтожную въ сравненіи съ ними потерю въ вѣсѣ. И это—у кошекъ, resp. животныхъ, мозговая дѣятельность которыхъ сравнительно еще мало преобладаетъ надъ остальными функциями организма.

Намъ необходимо обратить вниманіе еще на одинъ результатъ нашихъ опытовъ, имѣющій практическое значеніе. Мы видѣли, что разъ равновѣсіе возбудимости между центрами нарушено, то раньше, чѣмъ оно возстановится, между ними происходятъ постоянныя колебанія: исчезающая анестезія какой-либо чувствительности переходитъ въ гиперѣстезію, а гиперѣстезированный сосѣдній центръ въ это время анестезируется.

Итакъ, соблюдающій интересы общей иннервации регуляторный механизмъ нервной системы легко истощается. А такъ какъ то, что подлежитъ утомленію, утомляется, конечно,

скорѣе у слабого пола, то вотъ почему женщины лучше мужчинъ годятся въ сидѣлки (кажутся намъ неутомимѣе) и вотъ почему онѣ гораздо чаще заболѣваютъ истеріей.

III.

Физиологическіе вопросы, разсматриваемые въ настоящей статьѣ, представляютъ, конечно, самостоятельный интересъ. Если я однако связалъ ихъ съ вопросомъ о сущности истеріи, то это потому, что эти двѣ темы взаимно поддерживаютъ другъ друга. Дѣйствительно, истерія и особенно замѣчательные эксперименты надъ нею Sollier какъ нельзя лучше иллюстрируютъ высказываемые здѣсь физиологическіе взгляды. Мы уже видѣли это отчасти. Намъ остается взглянуть на остальное.

Начнемъ съ причинъ истеріи. Боль (въ половой сферѣ при женскихъ болѣзняхъ или какая-бы то ни было), неудовлетворенность, связанная съ заболѣваніемъ той-же сферы или отъ другихъ причинъ, постоянно получаема оскорбленія, напр., въ роли домашней учительницы, ревность, наконецъ, просто скука, т. е. однообразіе впечатлѣній,—словомъ, всѣ причины истеріи имѣютъ то общее, что каждая изъ нихъ постоянно падаетъ все на одно и то-же мѣсто мозга, какъ бумажка въ нашихъ опытахъ, и даютъ тотъ-же эффектъ. До поры до времени регуляторный механизмъ, о которомъ мы говорили, анестезируетъ¹⁾, т. е. защищаетъ это мѣсто, но затѣмъ онъ истощается, оставляя раздражаемый мозговой участокъ гиперэстезированнымъ насчетъ анестезіи другихъ, болѣе или менѣе многочисленныхъ, центровъ. Мозгъ больной какъ-бы уменьшился, или, говоря языкомъ Sollier, часть мозга уснула. Теперь иррадіація съ первично заболѣваго,

¹⁾ Въ дальнѣйшемъ мы будемъ иногда употреблять слова: «анестезія» и «гиперэстезія» лишь для простоты, имѣя однако въ виду пониженіе и повышеніе возбудимости не только чувствительныхъ, на самыхъ различныхъ центровъ.

т. е. гиперэстезированного участка возможна лишь в других, еще бодрствующие центры, которые постигает та-же участь засыпания. Мозг становится, слѣдовательно, все меньше и меньше. Полученныя такимъ образомъ анестезіи, на основаніи того-же антагонизма, ведутъ вѣроятно ко вторичнымъ гиперэстезіямъ другихъ центровъ. Равновѣсіе нарушается все болѣе и болѣе.

Но истерія, какъ извѣстно, можетъ образоваться также сразу—подъ влияніемъ сильной физической или психической травмы. Въ этихъ случаяхъ центры, на которые подѣйствовала травма, вслѣдствіе сильнаго возбужденія ихъ сразу угнетаютъ другіе центры. Это можно сравнить уже съ нашимъ опытомъ не съ бумажкой, а съ горчичникомъ (а также по Goltz'у—при рѣзкомъ и спорадическомъ воздѣйствіи на центры они реагируютъ обыкновенно угнетеніемъ другихъ центровъ).

Резюмируя все изложенное въ настоящемъ сообщеніи, легко видѣть, что взглядъ Sollier на потерю и пониженіе чувствительности, какъ на альфу и омегу истеріи и какъ на понятіе, тождественное со сномъ, сильно преувеличенъ, потому что: а) кромѣ анестезіи у истеричныхъ существуетъ, какъ мы видѣли, и прямо противоположное состояніе—гиперэстезія и в) здѣсь рѣчь идетъ о подавленіи—какъ и во время нормальнаго сна—не только чувствительныхъ центровъ, но и многихъ другихъ (напр. двигательныхъ) и не черезъ посредство первыхъ, а просто вмѣстѣ съ ними (напр., при параличахъ. Далѣе, рѣчь объ истеріи, какъ о снѣ, можетъ быть принята лишь съ приведенной въ I-ой части настоящей статьи справедливой оговоркой *Deny*, что это—сонъ *sui generis*, природа котораго подлежитъ еще опредѣленію. Мнѣ кажется, что намъ и удалось опредѣлить ее ближе, а именно: какъ анестезія въ частности антагонистически обусловлена гиперэстезіей другихъ центровъ, такъ и этотъ частичный сонъ вообще, т. е. невозбудимость различныхъ центральныхъ нервныхъ частей, есть явленіе вторичное, именно угнетеніе

ихъ со стороны первично раздражаемаго (гиперэстеризованнаго) участка, и притомъ угнетеніе очень часто несравненно болѣе глубокое, чѣмъ это бываетъ въ настоящемъ снѣ. Но отсюда слѣдуетъ также, что истерія никогда не можетъ быть (не говоря уже о глубинѣ) полнымъ сномъ. Пусть „спять“ при этой болѣзни 99⁰/₀ мозга, но ни въ какомъ случаѣ не 100⁰/₀: на ряду съ угнетенными при ней никогда не отсутствуютъ центры повышенной возбудимости. Дѣйствительно, я говорилъ въ первой главѣ объ одной истеричной (II-ое набл.), почти абсолютно лишенной всякихъ движеній, съ поразительной потерей памяти и необыкновенно глубокой анестезіей всего тѣла, такъ что можно было-бы ампутировать бедро больной безъ наркоза, и она могла-бы даже не догадаться объ операціи. А между тѣмъ эта-же больная обнаруживала поразительную впечатлительность, реагируя на самые слабые мотивы слезами и судорогами, даже въ глубокомъ гипнозѣ. Кромѣ того, ея анестезія всѣхъ видовъ и родовъ кожной и глубокой чувствительности распространялась отъ пальцевъ ногъ почти до самаго лица, а на лицѣ была болевая гиперэстезія.

Въ виду сказаннаго, я думаю, что терминъ сна вовсе неудобенъ для истеріи, ибо если называть ее сномъ на основаніи угнетенія однихъ центровъ, то мы можемъ съ такимъ-же правомъ называть ее также безсонницей въ виду повышенной возбудимости другихъ центровъ. Гораздо правильнѣе, мнѣ кажется, дать этой болѣзни, согласно изложенному, слѣдующее опредѣленіе: истерія есть нарушеніе фізіологическаго (т. е. относительнаго въ бодрственномъ состояніи) равновѣсія между нервными центрами, наступающее вслѣдствіе утомленія механизма, регулирующаго возбудимость мозга. Это нарушеніе относится преимущественно къ соматической сферѣ (въ противоположность чисто-душевнымъ болѣзнямъ).

Но для того, чтобы вполне иллюстрировать этотъ взглядъ и еще лучше обнаружить несостоятельность теоріи Sollier,

намъ необходимо вникнуть въ его интересный методъ леченія истеріи, на которомъ основана сама теорія Sollier. Образовавшаяся по механизму иррадіаціи и антагонизма истерія лѣчится по способу Sollier дѣйствительно весьма раціональнымъ образомъ (теоретически)—путемъ тѣхъ-же иррадіаціи и антагонизма, но лишь направленныхъ въ обратную сторону. Въ самомъ дѣлѣ, явленія иррадіаціи въ своемъ терапевтическомъ методѣ Sollier, какъ мы видѣли, отмѣчаетъ и самъ, именно — какъ распространеніе терапевтическихъ эффектовъ—возстановленія чувствительности и другихъ функций по протяженію за предѣлы того района, на которомъ мы фиксируемъ вниманіе больного. Но особенно интересенъ въ этомъ отношеніи мой случай (III-е набл.), въ которомъ, какъ я уже говорилъ, чувствительность, словесно-ли или механически, всегда вызывалась только въ лѣвой рукѣ и только въ правой ногѣ субъекта, и за много мѣсяцевъ моего знакомства съ больною никакая терапія не коснулась даже правой руки, ни лѣвой ноги, а между тѣмъ, отъ начала до конца лѣченія, всѣ перемѣны, происходившія въ правой ногѣ, самопроизвольно распространялись на лѣвую ногу; точно также съ лѣвой руки на правую руку. Кромѣ того, какъ и въ случаяхъ Sollier, на противоположную сторону всегда переходили не только полезныя лѣчебныя результаты, но и тѣ объективныя и субъективныя феномены, т. е. невольныя движенія и боль, которыя вообще сопровождаютъ возвращеніе нормальнаго состоянія члена или органа по Sollier. Эта параллельная иррадіація, какъ полезныхъ, такъ и побочныхъ (совершенно лишннихъ, но всегда весьма опредѣленныхъ) эффектовъ, составляетъ, какъ я уже упоминалъ, одинъ изъ самыхъ вѣскихъ аргументовъ Sollier, что его методъ не есть внушеніе. И нужно быть фанатикомъ внушенія, чтобы все-таки усматривать его здѣсь. Я долженъ, наконецъ, замѣтить, что въ моемъ случаѣ этотъ переходъ всегда наступалъ роковымъ образомъ и не было никакой возможности предупредить его. Я пытался ограничивать вниманіе субъекта, вмѣсто всей

правой ноги, лишь правой стопой, даже только пальцами послѣдней, безпрерывно и настойчиво повторяя прилагательное „правый“; больная была очень послушна и дѣло было безъ гипноза, а между тѣмъ невольныя движенія и боль всетаки съ пальцевъ переходили на всю правую и затѣмъ на всю лѣвую ногу.

Такую-же иррадіацію я наблюдалъ, какъ мы видѣли, и притомъ не только у этой, но и еще у другой больной, фарадизируя верхнюю конечность на одной только сторонѣ: слабость руки уменьшалась, но динамометръ показывалъ всякій разъ увеличеніе силы мышцъ на нѣсколько килограммовъ также и въ другой, не фарадизированной рукѣ (динамометръ больнымъ не показывался, такъ что о внушеніи здѣсь тѣмъ болѣе не можетъ быть рѣчи).

Однако иррадіація при терапіи по Sollier главнымъ образомъ совершается не по протяженію, а, такъ сказать, на одномъ мѣстѣ, въ смыслѣ перехода съ одного вида центровъ на центры другихъ категорій той-же области, именно—съ чувствительныхъ на двигательные, вазомоторные (переходъ пассивнаго ціаноза ножныхъ пальцевъ въ активную гиперемію съ геморрагіей—зо II-омъ изъ моихъ наблюденій; аналогичные случаи и у Sollier) и т. д. Итакъ, вотъ какую, лишь практическую, роль играетъ во всемъ этомъ анестезія; теоретическое-же значеніе ея совершенно невинно. Что анестезія, дѣйствительно, не представляетъ ничего специфическаго для истеріи, это дсказывается, кромѣ того факта, что въ отвѣтъ на приказаніе „чувствуйте“ больная не только чувствуетъ, но и движетъ членомъ,—еще обратными фактами, напр., упражненіемъ больныхъ съ паретическими ногами въ ходьбѣ или, еще лучше, гипнотическими внушеніями—ходить. Въ этихъ случаяхъ чувствительность—даже кожная—тоже улучшается (на что обращаетъ вниманіе и Sollier, приводя также литературу), т. е., вмѣсто иррадіаціи съ чувствительныхъ центровъ на психомоторные, здѣсь уже происходитъ, наоборотъ, иррадіація съ психомоторныхъ на чувствительные.

Однако анестезія имѣеть ещё и другое практическое значеніе, будучи до извѣстной степени мѣриломъ разстройство возбудимости различныхъ, относящихся къ данному мѣсту, центровъ. Примѣръ этого мы видѣли при сравненіи успѣховъ лѣченія по Sollier параличей во II-омъ и III-емъ набл. Въ обоихъ случаяхъ неподвижность ногъ была почти одинаково полная. Но глубина анестезіи во II-омъ набл. вообще была несравненно больше, чѣмъ въ III-емъ. И вотъ отрицательный результатъ лѣченія параличей II-ой больной, въ противоположность легкому исчезновенію ихъ у III-ей, убѣждаетъ насъ, что хотя у обѣихъ не было почти никакой разницы въ неподвижности ногъ, однако на самомъ дѣлѣ параличъ второго случая (кстати, осложненный контрактурой) былъ несравненно глубже, чѣмъ—третьяго. Указаніемъ на это, а слѣдовательно и прогнозомъ и могла служить здѣсь глубина анестезіи.

Я перехожу теперь къ роли антагонизма въ этомъ раціональномъ терапевтическомъ методѣ Sollier. При истеріи мы имѣемъ анестезію и гиперестезію, вообще центры пониженной и центры повышенной возбудимости, причемъ эти два основныхъ разстройства, какъ мы видѣли, взаимно обуславливаютъ другъ друга по закону антагонизма. Но если уничтожать анестезію, то на томъ-же основаніи зависимости отъ нея, понятно, исчезаетъ и гиперестезія. Вотъ почему вполне естественно, что истерію излѣчиваетъ методъ Sollier—„будить“, хотя она и не есть сонъ: въ самомъ дѣлѣ, когда мы будимъ тѣ центры, которые „спятъ“, то, на основаніи антагонизма, одновременно приходятъ въ норму и тѣ, которые слишкомъ бодрствуютъ. Далѣе, очевидно, что чѣмъ глубже уничтожаемая нами анестезія, тѣмъ большая уничтожается заодно и гиперестезія гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ, словомъ, тѣмъ большій получится въ итогъ терапевтической эффектъ. Такимъ образомъ объясняется и раціональность правила Sollier, установленнаго имъ однако эмпирически,—начинать вызваніе чувствительности съ глубже всего анестезирован-

ныхъ частей. Далѣе мы видѣли однако, что разъ нарушено равновѣсіе возбудимости между двумя центрами, то раньше, чѣмъ оно установится вновь, между ними происходятъ колебанія: исчезающая анестезія не останавливается на уровнѣ нормальной возбудимости, но переходитъ въ гиперэстезію, антагонистически анестезируя въ то же время какой-нибудь центръ.

Указанныя сейчасъ обстоятельства даютъ намъ возможность объяснить два удивительныхъ факта, сопровождающихъ лѣченіе по Sollier, изъ которыхъ первый такъ подробно изученъ „съ внѣшней стороны“ и такъ педантически описанъ авторомъ въ его дневникахъ, хотя оставленъ имъ безъ объясненія, а второй—замѣченъ Sollier лишь отчасти. Первый фактъ—это и есть пресловутыя объективныя и субъективныя явленія, сопровождающія „вызываніе чувствительности“. Возьмемъ примѣръ: конечность вполне парализована и анестезирована. Это значить: объективно—лишена всякихъ движеній и субъективно—всякой чувствительности. Sollier приказываетъ больному чувствовать эту конечность. И вотъ, только-что бывшая парализованной, она производитъ самыя энергичныя сокращенія, какъ въ сильнѣйшихъ судорогахъ; только-что бывшая нечувствительной, она испытываетъ цѣлую бурю самыхъ жестокихъ и самыхъ разнообразныхъ ощущеній, „et on n'est pas peu surpris de la vigueur avec laquelle ces réactions peuvent se produire dans des membres tout à l'heure encore complètement anesthésiques et paralysés ou contracturés“¹⁾. Итакъ, исчезающее пониженіе возбудимости центровъ переходитъ въ повышеніе ея. Но такой переходъ, какъ мы только-что говорили, въ свою очередь, угнетаетъ другіе центры—это второй изъ названныхъ сейчасъ фактовъ. Выше я цитировалъ слова самого Sollier, что „когда одни центры пробуждаются, то другіе засыпаютъ“. Но авторъ за-

¹⁾ D-r. Paul Sollier. *Genèse et nature de l'Hystérie*, t. I, p. 74.

мѣтилъ это лишь отчасти, не зная также, какъ мы видѣли, причинъ явленія, и во всякомъ случаѣ проглядѣлъ его по отношенію къ психической сферѣ. А между тѣмъ только этой борьбой между интеллектуальными и соматическими центрами (что характерно для истеріи) и можно объяснить тотъ поразительный фактъ, что приказанія чувствовать ногу, руку, желудокъ, на ряду съ упомянутыми мѣстными эффектами въ нихъ, ведутъ къ „возврату личности“, т. е. выпаденію представленій, воспринятыхъ по мѣрѣ заболѣванія и теченія болѣзни,—тѣхъ самыхъ представленій, которыя и вызывали въ свое время угнетеніе соматическихъ центровъ—анестезіи, параличи, вообще стигмы. И пока равновѣсіе между соматической и психической сферами не возобновится, происходятъ постоянныя колебанія между обѣими. Личность больного при этомъ то молодѣетъ, то старится.

Намъ нужно еще остановиться на той рѣдкой формѣ „*régression de la personnalité*“, которая получается при прямомъ приказаніи больному—проснуться. Само собой (понятно, что она представляетъ особенный интересъ, имѣя видъ *experimenti crucis*, блестяще подтверждающаго теорію Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, разъ послѣдній говоритъ намъ, что истерія есть сонъ, и разъ авторъ, дѣйствительно, получалъ отъ простаго приказанія проснуться—„пробужденіе“ больного, возвратъ его личности къ тому времени, когда онъ былъ здоровъ, то теорія Sollier доказана. На самомъ дѣлѣ однако это не такъ. Дѣйствительно, упомянутое „пробужденіе“ не представляетъ никакого терапевтическаго успѣха: анестезіи и вообще стигмы остаются почти безъ всякаго измѣненія, и дальнѣйшія простыя приказанія проснуться, по словамъ самаго Sollier, ни къ чему больше не приводятъ (только истерическіе припадки обыкновенно перестаютъ повторяться,—замѣтимъ это еще разъ). Съ другой стороны, эта „возвращенная“ личность на самомъ дѣлѣ, какъ увидимъ ниже, есть лишь извращенная—вредный эффектъ. Я долженъ замѣтить еще, что и при методѣ вызванія чувствительности моментъ

наступленія возврата личности, которая, кстати сказать, въ этихъ случаяхъ молодѣетъ гораздо сильнѣе (на 21 годъ у одного и на 29 лѣтъ—почти 30!—у другого субъекта),—тоже не есть еще конецъ лѣченія и оставляетъ, если не всѣ, то еще многія стигмы. А между тѣмъ, если истерія есть сонъ и если Sollier будилъ истеричныхъ даже отъ тридцатилѣтняго сна, то о неудачѣ лѣченія тутъ ужъ не можетъ быть рѣчи, и въ моментъ наступленія „возврата“ больной, кажется, долженъ быть уже здоровъ.

Но всего изумительнѣе то, что выпавшія при возвратѣ личности воспоминанія вновь возвращаются къ больнымъ, если продолжать вызваніе ихъ чувствительности, т. е., по взгляду Sollier,—если, опять-таки, будить ихъ дальше. Есть ли тутъ какая-нибудь аналогія съ обыкновеннымъ сномъ? Допустимъ даже, что сознательную жизнь истеричнаго въ періодъ болѣзни (до возврата) можно сравнить со сновидѣніями спящаго здороваго человѣка, который онъ забылъ въ моментъ своего пробужденія. Ну, пусть Sollier попробуетъ будить такого проснуващагося здороваго человѣка дальше, пока онъ не вспомнитъ, что ему снилось!

Еще интереснѣе объясненіе авторомъ самаго возврата личности, т. е. того феномена, что больной какъ бы молодѣетъ на много лѣтъ, такъ что взрослая женщина превращается въ ребенка, живо интересующагося куклами. Вотъ мысль Sollier. Истерія есть сонъ. Если человѣкъ спалъ ночь, то онъ не знаетъ, что происходило за это время. Если онъ, какъ это иногда случалось, проспалъ цѣлыя сутки, то онъ не знаетъ, что календарь подвинулся впередъ на сутки, и живетъ заднимъ числомъ. Если это будутъ не сутки, а годы, то опять тоже самое. Объясненіе, дѣйствительно, очень простое, но только на первый взглядъ. Прежде всего, для такого, дѣйствительно, спавшаго человѣка ничего и не было, пока онъ спалъ: онъ не получалъ въ это время никакихъ представленій. Во-вторыхъ, не слѣдуетъ забывать, что то, что было много лѣтъ тому назадъ, было дѣйствительно много лѣтъ тому назадъ! Возьмемъ примѣръ: положимъ,

что мы теперь путешествуемъ. Будемъ ли мы по прошествіи ряда лѣтъ такъ ярко помнить всѣ путевыя впечатлѣнія, чтобы жить этимъ путешествіемъ, какъ живемъ въ настоящую минуту? Разумѣется, нѣтъ. Допустимъ теперь, что мы уснемъ сейчасъ и проспимъ нѣсколько лѣтъ.

Неужели, невозобновляемая во время сна, эти воспоминанія сохраняются лучше? Наоборотъ, еще хуже. И такъ, если Sollier получилъ у своихъ больныхъ отъ этого приказанія проснуться—такую яркость воспоминаній прежней жизни, что больные переживали ее вновь, то можно-ли сказать, что онъ не болѣе, какъ разбудилъ ихъ, не болѣе, какъ уничтожилъ анестезію соответствующихъ центровъ? Конечно, нѣтъ: онъ перевелъ эту анестезію въ гиперестезію,—да еще необыкновенно сильную—согласно выведенному нами правилу, что исчезающая анестезія переходитъ въ гиперестезію. Но мы знаемъ также, что, на основаніи антагонизма, появляющаяся гиперестезія въ одномъ мѣстѣ даетъ анестезію въ сосѣднемъ. Вотъ почему, одновременно съ оживающими съ такой силой воспоминаніями прежней жизни, усыпаютъ представленія, воспріятыя больными во время болѣзни. Вотъ это и есть тотъ замѣчательный экспериментъ антагонизма между центрами въ чисто интеллектуальной сферѣ, о которомъ и говорилъ, что онъ уже неоднократно произведенъ, а именно Sollier у больныхъ. Несомнѣнно сюда же относится такъ наз. раздвоеніе личности, т. е. патологическіе случаи существованія двухъ чередующихся личностей у одного индивида (знаменитая Mary Reynolds, случай Schüle, Попова и др.). Это чередованіе совершается по тому-же закону антагонизма. И *régression de la personnalité* есть ничто иное, какъ то-же раздвоеніе, лишь искусственно вызванное, и притомъ у той же категоріи больныхъ—у истеричныхъ, подобно тому, какъ бываетъ у нихъ-же самопроизвольный и искусственный гипнозъ.

Но теперь понятно также и то, почему наступленіе возврата, особенно послѣдовавшее за прямымъ приказаніемъ проснуться, хотя больной превосходно „разбужень“, не есть

еще конецъ лѣченія. Во-первыхъ, такъ какъ Sollier произвелъ на мѣстѣ бывшаго нарушенія равновѣсія въ интеллектуальной сферѣ лишь контръ-нарушеніе его, съ новой невозбудимостью, съ новымъ частичнымъ сномъ, то ему (Sollier) опять предстоитъ работа. Нужно уничтожить теперь, т. е., съ нашей точки зрѣнія, привести въ равновѣсіе возбудимости тѣ комбинаціи (ассоціаціи) мозговыхъ клѣтокъ, которыя составляли первичную личность больного (до заболѣванія), съ тѣми комбинаціями, которыя хранятъ представленія, воспріятыя за періодъ болѣзни, т. е. со вторичной личностью. Но мы знаемъ, что пока установится равновѣсіе между двумя выведенными изъ него центрами, они взаимно колеблются, какъ чашки вѣсовъ, постоянно перевѣшивая другъ друга. Вотъ это буквально и происходитъ, какъ я уже говорилъ, въ дѣйствительности, а именно—колебанія личности субъекта, иногда на много лѣтъ во время одного сеанса, то впередъ—къ настоящему, то назадъ—къ прошедшему. Больной то молодѣетъ, то старится.

Чѣмъ-же достигаетъ однако Sollier этого устраненія „возврата“?—Все по тому же принципу: возстановлять чувствительность, а это значитъ—„будить“, дальше. Вотъ ужъ нѣтъ ничего болѣе страннаго, чѣмъ это, если смотрѣть на болѣзнь съ точки зрѣнія Sollier. Въ самомъ дѣлѣ, если сознательная жизнь больного послѣ заболѣванія была сонъ, то, чтобы вернуть ее, нужно усыпить больного вновь, а не будить его еще. Самъ Sollier заявилъ, что, вызывая чувствительность (головы), „я былъ далекъ отъ надеждъ вернуть потерянные воспоминанія“ (относящіяся къ періоду болѣзни). Наоборотъ, нѣтъ ничего проще, если смотрѣть на дѣло съ нашей точки зрѣнія. Такъ какъ Sollier вызвалъ контръ-нарушеніе равновѣсія, новый частичный „сонъ“, то, дѣйствительно, ничего не остается, какъ будить дальше и дальше, usque ad finem, пока не наступитъ равновѣсіе.

Во-вторыхъ, наступленіе возврата, особенно достигнутаго прямымъ приказаніемъ проснуться, не есть конецъ лѣ-

ченію еще потому, что, такъ какъ выясненный сейчасъ актъ антагонизма разыгрался уже въ интеллектуальной области, то онъ и не коснулся поэтому соматической сферы, и такъ какъ дальнѣйшія простыя приказанія проснуться, оставаясь тѣмъ-же рецептомъ, продолжаютъ дѣйствовать на ту-же интеллектуальную сферу, то вотъ и понятно, почему они ни къ чему больше, т. е. ни къ какимъ измѣненіямъ въ соматической—не приводятъ.

Однако, не сопровождаясь возстановленіемъ чувствительности, ни исчезаніемъ разстройствъ вообще (стигмъ), возвратъ личности, какъ общее правило, ведетъ къ прекращенію истерическихъ приступовъ. По моему мнѣнію, этотъ фактъ составляетъ самую интересную сторону терапии Sollier. Дѣйствительно, послѣдній наглядно показалъ (въ цитируемомъ трудѣ), что въ истерическомъ припадкѣ есть двѣ фазы: первая состоитъ въ быстромъ пониженіи чувствительности (т. е., съ нашей точки зрѣнія, въ пониженіи возбудимости не только чувствительныхъ, но различныхъ центровъ)—болѣе глубоко, чѣмъ было раньше—подъ влияніемъ рѣзкаго ощущенія или душевнаго волненія; вторая—въ такомъ-же быстромъ самостоятельномъ возвращеніи этой чувствительности приблизительно къ прежнему уровню, когда прекращается дѣйствіе вызвавшей припадокъ причины (эмоціи). Это возвращеніе чувствительности и сопровождается судорогами и другими (психическими) явленіями, что и составляетъ собственно припадокъ. Это тѣ-же судороги, которыя вообще сопровождаютъ быстрое возстановленіе „чувствительности“ и которыя мы знаемъ въ качествѣ объективныхъ явленій при лѣченіи по Sollier. Итакъ, припадокъ начинается внезапнымъ пониженіемъ чувствительности подъ влияніемъ психической или физической травмы. Но это есть тотъ-же механизмъ антагонизма, по которому развивается, какъ мы видѣли, сама истерія вообще. Въ развитомъ состояніи мы имѣемъ при ней интеллектуальную сферу съ повышенной возбудимостью въ эмоціональномъ смыслѣ и, благодаря этому, съ весьма разви-

тыми антагонистическими способностями по отношенію къ остальной интеллектуальной, а также соматической сферѣ. Это и есть причина припадковъ. Но вотъ Sollier вызвалъ *régression de la personnalité*. Въ интеллектуальной сферѣ произошелъ переворотъ, ибо появилась другая личность. Тѣ комбинаціи нервныхъ клѣтокъ, старыя составляли прежнюю личность, заторможены, на ихъ мѣсто выступили другія комбинаціи, старыя (бывшія до болѣзни), не развивавшія, а потому и не развившія въ себѣ такихъ антагонистическихъ способностей по отношенію къ соматической сферѣ. Теперь припадки больше и не повторяются.

Но тутъ можетъ быть поставленъ вопросъ: если эта вторичная личность (періода болѣзни) способна антагонизировать не только съ остальной интеллектуальной сферой, герр. съ личностью передъ заболѣваніемъ, но и съ соматической областью, то почему-же пониженіе возбудимости вторичной личности (періода болѣзни) при „прямомъ пробужденіи“ (отъ приказанія проснуться) не можетъ вести путемъ того-же антагонизма къ устраненію пониженной возбудимости соматической сферы (анэстезій и т. д.), т. е. къ излѣченію ея? Напротивъ, какъ разъ и это случается (см. IV-ое наблюд. Sollier). Но въ этомъ случаѣ возвратъ уже не имѣетъ мѣста. Тутъ происходитъ сразу выравниеніе возбудимости въ мозгу безъ предварительнаго контръ-нарушенія равновѣсія въ немъ. И эти рѣдкіе случаи, когда приказаніе проснуться не „будить“, а лѣчить, слѣдуетъ, конечно, считать болѣе удачными въ терапевтическомъ смыслѣ. Объ этомъ свидѣтельствуетъ также и быстрота выздоровленія: въ упомянутомъ IV-омъ случаѣ Sollier оно наступило въ четыре сеанса, произведенныхъ въ теченіе мѣсяца. Я позволю себѣ здѣсь замѣчаніе, что, развивая свои идеи, я пользуюсь теперь результатами чужихъ опытовъ, которые производилъ человѣкъ другого взгляда, такъ что не можетъ быть рѣчи о моемъ увлеченіи, какъ экспериментатора, ибо не я производилъ эксперименты.

Но, кромѣ возврата личности, для теоріи Sollier существуетъ еще одинъ подкупающій аргументъ, котораго мы не можемъ поэтому обойти вниманіемъ. Доказательство это состоитъ въ наблюдении Sollier, что истеричные иногда не засыпаютъ (естественнымъ сномъ) ни на минуту въ теченіе мѣсяцевъ, что было-бы немислимо для человѣческихъ силъ и что, наоборотъ, весьма естественно, разъ мы предположимъ, что больные уже спятъ, потому что истерія есть сонъ. Но 1) что-же сказать про тѣ случаи, гдѣ при самой глубокой истеріи больные всетаки засыпаютъ ночью (напр., II-ая изъ моихъ больныхъ) и отнюдь не впадая даже въ аутогипнозъ, изъ котораго Sollier напрасно хочетъ сдѣлать общее правило? 2) Что-же касается безсонницы, длящейся мѣсяцами, то мы стоимъ передъ поразительнымъ фактомъ, что въ то время, какъ у здороваго человѣка то состояніе, когда онъ говоритъ, ходитъ, думаетъ и т. д.—назовите это состояніе, какъ угодно—продолжается обыкновенно не больше 16-ти часовъ кряду, съ тѣмъ чтобы смѣниться часомъ на 8 противоположнымъ состояніемъ, т. е. когда онъ не говоритъ, не ходитъ, не думаетъ и т. д., словомъ, наступаетъ отдыхъ мозга,—то у истеричныхъ это состояніе хожденія и думанія можетъ продолжаться мѣсяцы, т. е. тысячи часовъ безъ отдыха. И назовемъ-ли мы это состояніе истеричныхъ безсонницей, какъ думаютъ всѣ, или сномъ, какъ хочетъ Sollier, или придумаемъ, наконецъ, еще какое-нибудь третье названіе, то отъ перемѣны словъ поразительность факта не измѣнится. Намъ удивляетъ фактъ, а не его терминологія. Намъ остается, слѣдовательно, одно: сказать себѣ, что мы ошиблись, и то, что мы считали немислимымъ и невозможнымъ, наоборотъ, вполне возможно. Намъ остается, словомъ, придти къ заключенію (сдѣланному уже нами раньше), что наши нервныя центры сами по себѣ неутомимы, по крайней мѣрѣ, въ весьма значительной степени. Но, если у такой истеричной, на ряду съ глубокимъ сномъ одной части мозга, другая часть его настолько гиперэстезирована, настолько взвинчена, что обна-

руживааетъ предъ нами всю неутомимость центровъ, то это именно потому, что у такой больной въ конецъ утомлены тѣ нервныя силы, которыя приводятъ мозгъ въ равновѣсіе возбудимости, а это равновѣсіе, хотя бы приблизительное, есть необходимое условіе для полнаго, т. е. физиологическаго сна.

Остается послѣдній вопросъ, обращенный уже не къ теоріи Sollier, а къ моему взгляду. Если истерія есть нарушение физиологическаго равновѣсія между центрами и если повышенная возбудимость однихъ изъ нихъ и пониженная—другихъ взаимно обуславливаютъ другъ друга, то для того, чтобы вернуть всѣ эти центры къ равновѣсію, т. е. для излѣченія, долженъ быть дѣйствительнымъ и другой способъ, противоположный методу Sollier, а именно: не раздраженіе центровъ пониженной возбудимости, а, наоборотъ, успокоеніе центровъ повышенной возбудимости; словомъ, долженъ быть дѣйствительнымъ также способъ, такъ сказать,—не будить, а усыплять. Но, вѣдь, благіе результаты успокоиванія истеричныхъ, ихъ изоляціи, вообще устраненія отъ нихъ всѣхъ тѣхъ непріятностей, которыя вызвали и поддерживали гипертестезію извѣстныхъ психическихъ центровъ, — слишкомъ извѣстная истина, на которой не приходится останавливаться. Однако названное сейчасъ „усыпленіе“ оказывается дѣйствительнымъ и въ буквальномъ смыслѣ этого слова. Разительный примѣръ этого мы видѣли у III-ей изъ моихъ больныхъ, страдавшей въ теченіе двухъ лѣтъ сильнымъ удушьемъ, которое исчезало, какъ только я искусственно приводилъ больную въ состояніе, впрочемъ не сна, а полусна. И мы видѣли, что это не было внушеніемъ. Но удушье больной исчезало также отъ другого средства, дѣйствующаго въ томъ-же направленіи, именно отъ свтвornaго морфія, и притомъ уже тогда, когда больная впадала только въ сонливость, но самый сонъ еще не наступалъ. И мы опять видѣли, что дѣйствіе морфія тоже не было внушеніемъ. Наконецъ, въ теченіе двухъ лѣтъ этого страданія удушье больной исчезало *всякій разъ само по себѣ во время ея ночного сна*. Надѣюсь, что для по-

слѣднаго факта самые ярые фанатики внушенія откажутся наконецъ отъ него! Но этого мало. Прекращеніе удушья въ описанномъ quasi-гипнотическомъ состояніи больной всякій разъ сопровождалось такимъ-же самопроизвольнымъ улучшеніемъ чувствительности кожи спереди шеи (соотвѣтственно гортани), гдѣ она (кожа) представляла самую глубокую анестезію. Явленіе это замѣчено было мною случайно, несмотря на то, что до этой минуты я слѣпо вѣрилъ теоріи Sollier, съ которой оно идетъ въ разрѣзъ. И это явленіе, какъ я говорилъ, констатировано мною затѣмъ разъ 60. Такое-же самопроизвольное возстановленіе тактильной чувствительности руки въ гипнозѣ отмѣчено и во II-омъ набл. Наконецъ, Bourneville и Regnard, болѣе подробно изучавшіе разстройства сна у истеричныхъ, описываютъ, что у этихъ больныхъ передъ засыпаніемъ происходятъ подергиванія, ощущенія ползанія мурашекъ, безпокойства, и притомъ, *главнымъ образомъ, въ анестезированной половинѣ тѣла*. Но, вѣдь, это тѣ-же объективныя и субъективныя явленія (secousses, sensations de fourmillement, impatiences), которыя сопровождаютъ возстановленіе чувствительности по Sollier и которыя такъ педантически имъ-же изучены. Надо удивляться, что Sollier, цитирующий упомянутое описаніе Bourneville'я и Regnard'a, не узналъ этихъ явленій.

Итакъ, когда возбудимость значительной массы мозга понижается при засыпаніи, то разбросанные тамъ и сямъ угнетенные центры освобождаются отъ своего угнетенія. Но что должно произойти при этомъ съ другими центрами, возбудимость которыхъ повышена? Очевидно, она можетъ повыситься еще больше. Вотъ почему у I-ой изъ моихъ больныхъ, съ сильно повышенной возбудимостью болевыхъ центровъ (жестокія распространенныя боли), тѣ самыя двѣ процедуры—гипнотизація и морфій (последній какъ бы въ насмѣшку надъ фармакологіей) давали противоположный результатъ, т. е. ухудшеніе состоянія—ожесточеніе болей.

Итакъ, истерія развивается по опредѣленному физиологическому механизму. Но разъ это такъ, то мы можемъ конечно предполагать, что подобнымъ-же путемъ нарушенія нормальныхъ отношеній между нервными центрами развиваются и другія болѣзни нервной системы—неврозы и психозы.

Вообще, весьма вѣроятно, что душевныя болѣзни развиваются по тому-же механизму какъ и истерія, съ тѣмъ лишь различіемъ, что угнетеніе центровъ происходитъ въ интеллектуальной сферѣ, тогда какъ при истеріи „засыпаютъ“ преимущественно центры болѣе низкаго порядка. Я говорю: преимущественно, потому что и при истеріи бываютъ бредовыя идеи и даже—„истерическіе психозы“. Быть можетъ, со временемъ наука найдетъ способы „будить“ и эти спящіе центры у душевно-больныхъ.

О суживающихъ зрачекъ и аккомодативныхъ центрахъ мозговой коры.

Проф. В. Бехтерева.

Въ виду сдѣланнаго въ послѣднее время д-ромъ Piltz'емъ¹⁾ указанія относительно существованія въ корѣ кроликовъ особаго суживающаго зрачекъ центра въ заднемъ отдѣлѣ полушарій, полагаю не лишнимъ указать на свои уже давно производившіяся изслѣдованія надъ возбудимостью мозговой коры у обезьянъ, у которыхъ мною отмѣчены по сосѣдству съ расширяющимися зрачекъ центрами также и суживающіе зрачекъ центры.

Въ этомъ отношеніи соотвѣтствующія указанія мной были сдѣланы еще въ 1897 году въ одномъ изъ научныхъ собраній врачей клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ²⁾. Далѣе результаты вышеуказанныхъ опытовъ были вкратцѣ приведены въ нѣмецкомъ изданіи моей книги „Проводящіе пути спинного и головного мозга“³⁾, которая хотя и помѣчена 1899 годомъ, но, какъ извѣстно, вышла въ свѣтъ во второй половинѣ 1898 года. Наконецъ специальныя статьи „О корковыхъ центрахъ суженія и расширения зрачка въ заднихъ частяхъ полушарій обезьянъ“ мной были по-

¹⁾ См. *Neurol. Centr.* № 19. 1899.

²⁾ См. Обзорніе психіатріи, № 1, 1898, стр. 64 и 65 и краткій рефератъ о томъ же сообщеніи въ *Neur. Centr.* № 15. 1898, стр. 720.

³⁾ См. *Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmarck.* Leipzig. Стр. 434.

мѣщены въ іюльской книжкѣ „Обозрѣнія психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи“ за 1899 г. (слѣд. ранѣе статьи д-ра Piltz'a, помѣщенной въ № 19 (Октябрь) Neurol. Centr. 1899 г.) и въ Arch. f. Anatomie und Physiologie за тотъ же годъ. Въ этихъ статьяхъ я описываю положеніе суживающихъ и расширяющихъ зрачекъ центровъ въ заднихъ отдѣлахъ мозговой коры обезьянъ.

Что касается суживающихъ зрачекъ центровъ, то одинъ изъ такихъ центровъ помѣщается непосредственно кпереди и кнаружи отъ нижняго *gesp.* наружнаго отдѣла теменно-затылочной обезьяньей борозды; раздраженіе его даетъ рѣзкое суженіе обоихъ зрачковъ вмѣстѣ съ отклоненіемъ глазъ внизъ и кнутри, причемъ соотвѣтствующій глазъ отходитъ кнутри нѣсколько сильнѣе, чѣмъ противоположный. Съ другой стороны, въ теменной области тотчасъ кпереди отъ верхняго *gesp.* внутренняго конца Сильвіевой борозды (послѣ слиянія ея съ первой височной бороздой), слѣд. на *gyr. angularis*, имѣется другой центръ, приводящій къ суженію зрачковъ, сопровождающемуся движеніемъ глазъ вверхъ и нѣсколько въ противоположномъ направленіи. Замѣтимъ здѣсь, что оба суживающіе зрачекъ центра имѣютъ двустороннюю иннервацію, такъ какъ эффектъ обнаруживается одновременно въ зрачкѣ того и другого глаза, хотя и не всегда равномерно. Интересно, что каждый изъ этихъ центровъ въ ближайшемъ своемъ сосѣдствѣ имѣетъ центръ, приводящій къ расширенію зрачковъ, причемъ раздраженіе одного изъ этихъ центровъ, расположеннаго вблизи наружнаго конца теменно-затылочной борозды, въ моихъ опытахъ сопровождалось отклоненіемъ глазъ въ противоположномъ направленіи, раздраженіе же другого центра, расположеннаго на *gyr. angularis*, вызывало вмѣстѣ съ расширеніемъ зрачковъ расхожденіе глазныхъ осей какъ при смотрѣніи вдаль.

Очевидно, что и тѣ и другіе центры имѣютъ ближайшее отношеніе къ зрительной функціи полушарій и должны быть принимаемы въ соображеніе при обсужденіи особыхъ психи-

ческихъ рефлексовъ, описанныхъ въ недавнее время Нааб'омъ и Piltz'емъ ¹⁾).

Въ вышеуказанныхъ работахъ я упомянулъ о томъ, что мы имѣемъ основаніе думать, что съуживающій зрачки центръ, расположенный у передняго края затылочной доли, вызываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и напряженіе аккомодациі глазъ или же центръ аккомодациі находится въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ этимъ центромъ. И дѣйствительно, изслѣдованія, производимыя нынѣ въ завѣдываемой мною лабораторіи докторомъ Бѣлицкимъ, вполне подтверждаютъ это замѣчаніе. Послѣдній производилъ свои изслѣдованія надъ собаками, вставляя иглы въ боковыя части обѣихъ роговиць такимъ образомъ, что остріе иглы проникало въ оболочку хрусталика. Благодаря этому всякое аккомодативное измѣненіе формы хрусталика должно было сказаться смѣщеніемъ наружнаго конца иглы, что и давало возможность слѣдить за напряженіемъ аккомодациі глазныхъ яблокъ.

При такомъ приспособленіи съ помощью раздраженія мозговой коры фарадическимъ токомъ удалось выяснитъ, что центры аккомодациі у собаки расположены въ задней части коры полушарій, причемъ здѣсь повидимому имѣется не одна, а нѣсколько точекъ или небольшихъ площадей, приводящихъ къ сокращенію *zon. Zinnii*.



¹⁾ Naab. Der Hirnrindenreflexe der Pupille. 1891. Zürich.—Piltz. Neurol. Cent. 1899. № 1. Piltz. Neurol. Centr. 1899 г. № 11.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Д-ръ Э. А. Гизе. О составныхъ частяхъ бѣлаго вещества спинного мозга человѣка по методу развитія.—Дисс. Спб. 1899.

Работа автора произведена въ лабораторіи проф. В. М. Бехтерева и представляетъ собою весьма добросовѣстное изслѣдованіе, выполненное съ большимъ стараніемъ и рѣдкой тщательностью. Диссертация автора имѣетъ видъ обширной монографіи, посвященной изученію системъ волоконъ, входящихъ въ составъ бѣлаго вещества спинного мозга человѣка. Въ историческомъ литературномъ очеркѣ мы находимъ полную сводку всего того, что было добыто предшествовавшими авторами при помощи различныхъ методовъ изслѣдованія. Въ специальной части изложены данныя, полученныя самимъ авторомъ при изслѣдованіи зародышевыхъ мозговъ человѣка по методу развитія. Авторъ послѣдовательно изучаетъ отдѣльныя системы волоконъ, раздѣливъ ихъ предварительно на двѣ большихъ категоріи соотвѣтственно двоякому происхожденію—изъ клѣтокъ, лежащихъ въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, и изъ клѣтокъ, расположенныхъ внѣ его. Собственныя изслѣдованія автора носятъ провѣрочный характеръ и въ большинствѣ случаевъ подтверждаютъ данныя, добытыя прежними наблюденіями проф. Бехтерева. Работа иллюстрируется большимъ количествомъ рисунковъ (131 рис. и 2 табл.), очень удачно исполненныхъ; изложеніе весьма обстоятельное; изданіе прекрасное. Вообще трудъ автора производитъ очень выгодное впечатлѣніе и имѣетъ много достоинствъ, которыхъ обыкновенно лишена большая часть докторскихъ диссертаций

Б. Воротынский.

В. А. Муратовъ. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ.—Вып. 2. Москва. 1899. Цѣна 2 р.

Мы уже имѣли случай высказать свое мнѣніе о крупныхъ достоинствахъ „клиническихъ лекцій“ В. А. Муратова

при появлении 1-го ихъ выпуска. Чтеніе второго выпуска „лекцій“ положительно укрѣпило насъ въ этомъ мнѣніи и доставило намъ большое удовольствіе. „Лекціи“ автора изобличаютъ въ немъ большую наблюдательность, несомнѣнную опытность и умѣнье критически оперировать на клиническомъ и патолого-анатомическомъ матеріалѣ. Особенностью второго выпуска является соединеніе невропатологическаго матеріала съ психіатрическимъ. Принимая во вниманіе самый характеръ „лекцій“ автора, такое соединеніе, на нашъ взглядъ, представляется очень умѣстнымъ; во всякомъ случаѣ возражать противъ этого по существу нѣтъ никакихъ основаній— ни съ теоретической стороны, ни съ практической. Авторъ велъ свой практическій курсъ на *госпитальномъ* клиническомъ матеріалѣ и потому его лекціи несомнѣнно должны носить соотвѣтствующій характеръ.

Во второмъ выпускѣ, какъ и въ первомъ, авторъ останавливается лишь на тѣхъ формахъ, которыя ему пришлось самому наблюдать и изслѣдовать лично. Въ этомъ выпускѣ д-ръ Муратовъ остановился на изученіи болѣзненныхъ формъ, представляющихъ наибольшее теоретическое и практическое значеніе, причемъ занялся по преимуществу анализомъ тѣхъ вопросовъ, которые пользуются особеннымъ вниманіемъ въ современной невропатологической литературѣ. Во второмъ выпускѣ разобраны слѣдующія болѣзненные формы: воспаленія мозга и мозговой гнойникъ; паралитическое слабоуміе у дѣтей въ связи съ общей патологіей прогрессивнаго паралича; головная водянка и сирингоміэлія; насильственные движенія при мѣстныхъ заблѣваніяхъ головного мозга.

Уже изъ этого перечня видно, что авторъ оперировалъ на очень интересномъ клиническомъ матеріалѣ. При этомъ нужно замѣтить, что онъ очень удачно выдвигаетъ въ своихъ лекціяхъ на первый планъ тѣ именно вопросы, которые нуждаются еще въ дальнѣйшей разработкѣ съ теоретической стороны и въ критическомъ разборѣ — съ практической. И нужно отдать справедливость, что въ этомъ отношеніи авторъ справляется съ поставленной задачей очень умѣло, съ полнымъ знаніемъ дѣла и обнаруживаетъ въ своихъ клиническихъ анализахъ большую спеціальную эрудицію.

Б. Вортыньскій.

Проф. Я. А. Анфимовъ. О невритахъ, полиневритахъ и восходящемъ параличѣ Landry въ связи съ теоріей нейронновъ.—Харьковъ, 1899.

Проф. Анфимовъ своевременно поднимаетъ въ русской специальной литературѣ вопросъ о томъ, что ученіе о полиневритахъ въ настоящее время требуетъ полной переработки. Въ разбираемой работѣ авторъ проводитъ ту основную мысль, что такъ называемые полиневриты и восходящій параличъ Landry—одно и то же страданіе, причину котораго нужно искать въ томъ или другомъ поражении клѣтокъ (или нейроновъ) центральной нервной системы. По мнѣнію автора, множественные невриты всѣхъ видовъ представляютъ собою модулярное заболѣваніе, состоящее въ поражении соответствующихъ нейроновъ; параличъ Landry не составляетъ болѣзни *sui generis*—это острая форма тѣхъ же множественныхъ невритовъ; локальные невриты, именуемые эссенціальными, а также дискразическими (каковы подагрическіе, сахарные и др.) также спинно-мозгового происхожденія; периферическими невритами только можно считать хирургическіе невриты (травма, ожоги, отмороженія и проч.) и отчасти простудные; въ концѣ концовъ и при этихъ невритахъ послѣдовательно должны заболѣвать соответствующіе нейроны спинного мозга. Согласно съ взглядомъ проф. Raymond'a, который высказался уже довольно опредѣленно въ смыслѣ единства поражений при полиневритахъ, восходящемъ параличѣ Landry и поліоміэлитахъ, авторъ полагаетъ, что настало уже время измѣнить существующее ученіе о вышеназванныхъ заболѣваніяхъ, причемъ формулируетъ свое мнѣніе по этому вопросу въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) множественный невритъ и параличъ Landry—это одно и то же заболѣваніе, и разница между ними только количественная, именно—она касается только степени тяжести симптомовъ; 2) названныя заболѣванія, т. е. полиневритъ и параличъ Landry, будутъ первичнымъ заболѣваніемъ нейроновъ спинного мозга, слѣдовательно измѣненія, которыя могутъ быть при нихъ найдены, должны быть относимы къ Naum-Forel'евской дегенерациі; 3) если вникнуть въ этиологію той и другой формы, то ясно будетъ, что мы вездѣ найдемъ одну и ту же причину, а именно—какой-нибудь ядъ, напр. малярійный (бери-бери, как-ке, множественный эпидемическій невритъ Панамскаго канала, инфек-

ционные яды (оспа, родильная горячка, тифы, сочленовный ревматизм), растительные и минеральные яды и т. д.

Б. Воротынский.

Рефераты по психиатрии и неврологии.

Проф. *В. М. Бехтеревъ*. О периодической острой параноѣ, какъ особомъ видѣ периодическихъ психозовъ.—Обозр. псих. 1899. № 4.

Проф. Бехтеревъ, указывая на попытку проф. Ziehen'a въ 1898 г. установить, кромѣ трехъ извѣстныхъ формъ периодическихъ психозовъ (mania, melancholia, psychosis hallucinatoria periodica), еще 2 вида—периодическое неврастеническое душевное расстройство и периодическую острую простую (не галлюциаторную) параною, говоритъ, что послѣдняго вида психозъ выдѣлялся имъ уже давно, еще въ бытность его профессоромъ Казанскаго Университета. На признаніе периодической острой паранои, какъ особой формы психоза, его навелъ случай изъ практики въ Казанской Окружной Лечебницѣ въ 1892 г. Далѣе авторъ излагаетъ очень подробно 3 исторіи болѣзни одной больной, Е. И.

Я позволю себѣ передать вкратцѣ какъ предварительныя свѣдѣнія, такъ и самое теченіе болѣзни этой больной, находящейся и теперь въ нашей Лечебницѣ.

Больная Е. И. 52 лѣтъ, русская, происходитъ изъ бѣдной чиновничьей семьи, получила низшее образованіе, замужняя; семейная жизнь ея за послѣдніе годы шла очень шероховато—мужъ не имѣлъ опредѣленныхъ занятій и пьянствовалъ, со старшей дочерью произошелъ разладъ, у старшаго сына въ бытность его въ Университетѣ обнаружилась эпилепсія, на почвѣ которой развился очень тяжелый психозъ. Въ концѣ 1888 года (за нѣсколько мѣсяцевъ до перваго поступленія въ Лечебницу) у больной явилась подозрительность къ роднымъ, ей казалось, что родные покушаются на ея жизнь, далѣе больная стала высказывать убѣжденіе, что «нѣмцы» и «нигилисты» хотятъ покончить съ ней, чтобы, освободившись отъ нея, надѣлать неприяностей Россіи; больная сдѣлалась крайне раздражительной, перестала спать по ночамъ, опасаясь за свою жизнь. Относительно наследственнаго предрасположенія больной извѣстно только, что отецъ ея умеръ отъ удара, потаторомъ не былъ. Изъ 12 дѣтей у больной умерло 4 (въ томъ числѣ 3 отъ родимчика). У старшаго сына—psychosis epileptica. При физи-

ческомъ изслѣдованіи больной наблюдались слѣдующія отклоненія отъ нормы: въ языкѣ и рукахъ легкій тремор, зрачки неравномѣрно расширены—лѣвый шире праваго, колѣнные сухожильные рефлексы неравномѣрны—правый сильнѣе лѣваго, въ общемъ они повышены, кожные рефлексы слабы, слухъ справа слегка ослабленъ, а также и костная проводимость звука, обоняніе слѣва очень рѣзко понижено (справа нормально); въ остальномъ съ физической стороны ничего особеннаго не было отмѣчено.

Психическое разстройство больной проявилось тремя приступами бреда преслѣдованій и величія. 1-й приступъ, начавшись съ конца декабря 1888 г., продолжался до конца февраля 1889 г., слѣдовательно въ общемъ около 2-хъ мѣсяцевъ, причемъ окончаніе приступа совпало съ развитіемъ рожеватаго процесса на лицѣ. 2-й приступъ начался приблизительно чрезъ $\frac{1}{2}$ года послѣ перваго и продолжался около 6 мѣсяцевъ, закончившись, такъ же какъ и 1-ый, заболѣваніемъ больной рожею лица. 3-й приступъ начался чрезъ полгода послѣ втораго и закончился чрезъ 6 мѣсяцевъ, причемъ на этотъ разъ никакого физическаго осложненія не было. Такимъ образомъ оба послѣдніе приступа длились почти одинаковое время; первый же приступъ былъ значительно короче, будучи оборванъ рожеватымъ процессомъ. Заболѣваніе рожею во время втораго приступа произошло уже въ періодѣ улучшенія психическаго разстройства, когда и такъ можно было скорѣе ожидать прекращенія приступа. Самые приступы болѣзни заключались въ томъ, что больная начинала подозрѣвать окружающихъ лицъ и своихъ ближайшихъ родныхъ въ козняхъ противъ нея, опасалась даже, что мужъ убьетъ ее; находясь въ лечебницѣ, она недовольна всѣмъ окружающимъ, обвиняетъ служащихъ въ нѣрадивости къ службѣ и больнымъ, далѣе обвиняетъ ихъ въ заговорахъ противъ правительства и Россіи и т. п.; въ то же время себя больная считаетъ очень способной и одаренной всѣми талантами, она имѣетъ возможность принести пользу всей Россіи; поэтому она высказываетъ и пишетъ разнаго рода проекты, общаго цѣлью которыхъ является счастье русскаго народа. Всѣ проекты отличаются большою фантастичностью и странностями, своеобразными разсужденіями; наприм., въ одномъ проектѣ больная предлагаетъ противодействовать обмелѣнію рѣкъ устройствомъ запрудъ при впаденіи рѣкъ въ море и образованіемъ канала вдоль рѣки, причемъ каналы должны соединяться съ рѣкою въ ея устьяхъ и верховьяхъ; по убѣжденію больной вода въ этихъ каналахъ потечетъ къ верховьямъ и будетъ постоянно пополнять убыль воды въ рѣкѣ. Другой ея проектъ съ тою же цѣлью не менѣе фантастиченъ: больная рекомендуетъ проложить трубы поперекъ рѣки, въ трубы должны быть наложены камни, облитые керосиномъ; если поджечь керосинъ, камни будутъ вѣчно горѣть и чрезъ трубу нагрѣвать воду, которая закипитъ и пойдетъ вверхъ, т. е. къ верховьямъ рѣки, вслѣдствіе чего рѣка сдѣлается глубокой и исчезнутъ всякіе перекаты. Въ проектѣ объ улучшеніяхъ климата Россіи и Сибири больная предлагаетъ простое, но вѣрное, по ея мнѣнію, средство, а именно: чтобы сдѣлать климатъ теплѣе, нужно не давать замерзать водѣ въ рѣкахъ и для этого необходимо только, чтобы пароходы не прекращали навигаціи, постоянно плавали бы по рѣкамъ и своимъ движеніемъ не давали бы

образоваться льду. Въ такомъ же родѣ и остальные проэскты больной: о воздушномъ шарѣ изъ лебяжьего пуха, о леченіи всѣхъ болѣзней напатырнымъ спиртомъ, объ оживленіи мертвыхъ съ помощью того же средства и т. п.

Самочувствіе больной большею частью повышено, временами больная весела, иногда же, особенно при противорѣчіяхъ, раздражительна до степени буйства. Иллюзіи и галлюцинаціи наблюдались только эпизодически. Свѣтлые промежутки наступали не сразу и выздоровленіе шло постепенно; больная «путемъ размышленія», какъ она выражалась, приходила къ выводу, что всѣ ея проэскты нелѣпы и сама удивлялась, какъ она могла предлагать ихъ. Воспоминаніе о болѣзненныхъ поступкахъ и рѣчахъ было вполне сохранено.

Далѣе авторъ задается вопросомъ—какимъ путемъ въ данномъ случаѣ происходитъ этотъ бредъ преслѣдованія и величія. Что развитіе бреда не обусловлено обманами чувствъ—это видно изъ того, что иллюзіи и галлюцинаціи у больной являются лишь изрѣдка. Затѣмъ бредъ не зависитъ отъ того или другого душевнаго настроенія больной, такъ какъ остается неизмѣненнымъ и при возбужденіи, и при депрессіи, и при относительномъ ея спокойствіи. Бредъ не отрывочный, какъ при маниакальныхъ состояніяхъ, а отличается большею или меньшею связностью и даже склонностью къ систематизаціи. Такимъ образомъ авторъ путемъ исключенія приходитъ къ выводу, что бредъ больной какъ по своему содержанію, такъ и по своему развитію, представляется *первичнымъ*, параноическимъ, имѣющимъ въ своей основѣ *болѣзненный недостатокъ логики и критическаго отношенія къ окружающему*. Всѣ разсужденія и проэскты больной отличаются именно недостаткомъ логики и болѣзненной фантазіей. Основываясь на этихъ данныхъ, авторъ заключаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется симптомокомплексъ, вполне соответствующій параноѣ, съ той только разницей, что всѣ болѣзненныя явленія развиваются здѣсь болѣе *остро* и кромѣ того *периодически*. Такъ какъ въ промежуткахъ между приступами больная съ полной критикой относится къ бывшему у нея бреду, то нельзя сомнѣваться, что въ данномъ случаѣ были не обострѣнія хронической паранои, а вполне самостоятельныя приступы острой паранои. Наконецъ послѣдній вопросъ, который ставитъ авторъ,—это имѣется ли въ настоящемъ случаѣ повторное развитіе обыкновенной острой паранои, или же повторныя заблѣванія больной нужно отнести къ особому периодическому психозу, протекающему подъ видомъ приступовъ острой паранои.

Авторъ рѣшаетъ вопросъ въ пользу периодическаго психоза, основываясь на слѣдующихъ соображеніяхъ: 1) Всѣ приступы отличаются поразительнымъ сходствомъ между собой, какъ въ отношеніи своего развитія и теченія, такъ и въ проявленіяхъ и содержаніи бреда. Тождество въ содержаніи бреда здѣсь таково, что даетъ впечатлѣніе, какъ будто бы приступы болѣзни не прерывались свободными промежутками, а составляли одно цѣлое. 2) Приступы болѣзни развиваются въ общемъ довольно быстро и также сравнительно быстро обрываются. 3) Свѣтлые промежутки болѣзни

кратки—одинъ около полгода, другой—полтора года. 4) Приступы болѣзни развиваются безъ особыхъ внѣшнихъ моментовъ и наступаютъ какъ бы сами собой. Что касается того обстоятельства, что не все приступы длились приблизительно одинаковое время, то это замѣчаніе можетъ быть отнесено къ 1-му приступу, который протекъ въ 2 мѣсяца (остальные 2 приступа по 6-ти мѣсяцевъ). Но при этомъ нужно обратить вниманіе на то, что 1-й приступъ въ самомъ разгарѣ оборванъ рожистымъ процесомъ; не будь послѣдняго—теченіе этого приступа весьма вѣроятно было бы болѣе продолжительнымъ. Вышеуказанныя физическія разстройства у больной, а именно неравномѣрность зрачковъ, рефлексовъ и воспріятія органовъ чувствъ, указываютъ на глубокое пораженіе нервной системы, обусловленное, по всей вѣроятности, глубокой дегенераціей больной.

Заканчивая свою статью, авторъ сравниваетъ свой случай съ наблюденіемъ проф. Ziehen'a и находитъ въ обоихъ случаяхъ значительную аналогію; разница заключается только въ томъ, что въ случаѣ проф. Ziehen'a отмѣчалось полное отсутствіе галлюцинацій и существовалъ только бредъ преслѣдованія; а въ наблюденіи автора обманы чувствъ являлись эпизодически, бредъ же представлялъ болѣе полную параноическую картину, т. е. имѣлся бредъ преслѣдованія и величія. Въ заключеніе авторъ обращаетъ вниманіе въ данномъ случаѣ на довольно быстрое развитіе первичныхъ бредовыхъ идей съ началомъ cadaго приступа, вслѣдствіе чего нѣтъ возможности и основаній различать первичныя и вторичныя бредовыя идеи по большей или меньшей быстротѣ ихъ развитія, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые авторы, говорящіе, что первичныя идеи бреда развиваются всегда исподволь, хронически, а вторичныя—остро.

Больная, описанная проф. Бехтеревымъ, находится въ Казанской Окружной лечебницѣ и въ настоящее время, поэтому я считаю умѣстнымъ передать здѣсь вкратцѣ о дальнѣйшемъ теченіи ея болѣзни.

По окончаніи 3-го приступа свѣтлый промежутокъ продолжался 7 мѣсяцевъ, затѣмъ наступилъ 4-й приступъ, тянувшійся 6 мѣсяцевъ. Черезъ 3 мѣсяца свѣтлаго промежутка развился 5-й приступъ продолжительностью въ 5 мѣсяцевъ, а чрезъ 7 мѣсяцевъ свѣтлаго промежутка опять послѣдовалъ 6-ти мѣсячный приступъ болѣзни.

При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни правильность въ явленіи, развитіи и продолжительности приступовъ нарушается, появляется большее число различныхъ обмановъ чувствъ, а затѣмъ наступаютъ уже явленія вторичнаго слабоумія; извѣстная періодичность болѣзненныхъ явленій наблюдается и теперь, но въ ней нѣтъ прежней правильности, а также исчезли и вполнѣ выраженные свѣтлые промежутки; теперь больная то болѣе спокойна, добродушна и сдержанна,

(при чемъ занимается работой и ходить въ церковь), то чрезвычайно раздражительна, подозрительна, цинична и распущена. Бредъ большой отрывоченъ и мало связанъ, обуславливаясь большею частью обманами чувствъ, наприм. больная замѣчаетъ въ воздухѣ запахъ пороха и опасается общаго взрыва, или она ощущаетъ въ пищѣ различныя вредныя примѣси и обвиняетъ окружающихъ въ намѣреніи отравить ее и т. п. Что касается проявленія послѣднихъ 3-хъ приступовъ, то характеръ ихъ и содержаніе бреда представляли ту же картину, какую наблюдалъ проф. Бехтеревъ; всѣ приступы проявлялись въ формѣ такъ называемой гиперфантастической параной, больная стереотипно предлагаетъ прежніе фантастическіе проэекты, считаетъ себя обладающей многими талантами и очень могущественной—до того, что отъ нея воли зависитъ даже движеніе солнца; больная доходила до убѣжденія, что она не простого происхожденія, а царскаго рода и попала въ чужую семью благодаря проискамъ враговъ, ея мисія—всеобщее довольство не только въ Россіи, но и на всемъ свѣтѣ и т. п.

Заканчивая настоящій рефератъ, я считаю нужнымъ сказать, что случай, описанный проф. Бехтеревымъ, заслуживаетъ вниманія съ одной стороны потому, что заболѣванія острой періодической параной встрѣчаются въ нашей практикѣ настолько рѣдко, что до сихъ поръ еще нѣкоторые психіатры отрицаютъ существованіе такого заболѣванія; а съ другой стороны интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что намъ удалось прослѣдить все теченіе болѣзни, продолжавшейся многіе годы, отъ начала заболѣванія и до постепеннаго перехода явленій параной во вторичное слабоуміе. Кромѣ того, конечно, обращаетъ на себя вниманіе и фактъ купированія приступа душевнаго расстройства рожистымъ процесомъ.

И. С. Скуридинъ.

Edourd Long. Les voies centrales de la sensibilité générale (étude anatomo-clinique). Paris. 1899.

Въ первой части своей работы авторъ даетъ литературный обзоръ вопроса о центральныхъ проводникахъ общей чувствительности. Порядокъ изложенія таковъ: чувствительные пути спинного мозга, мозгового ствола, большого мозга

(отъ *thalamus opticus* до коры); въ концѣ авторъ разбираетъ доводы въ пользу той или другой локализациі сенсоріальной моторной области въ корѣ.

Отсылая за подробностями къ оригиналу, нужно замѣтить, что въ изложеніи литературныхъ данныхъ L. пользуется данными всѣхъ специальныхъ методовъ, какъ чисто анатомическихъ, такъ и чисто клиническихъ и физиологическихъ.

Резюмируя современное состояніе вопроса, Long приходитъ къ заключенію, что въ проведеніи чувствительности въ спинномъ мозгу большое значеніе имѣетъ центральное сѣрое вещество, въ которое входятъ волокна заднихъ корешковъ, связываясь съ участками центрального вещества, лежащими выше и ниже мѣста ихъ вступленія. Центральное сѣрое вещество имѣетъ многоразличныя связи съ остальными областями нервной системы, равнымъ образомъ различные этажи его связаны между собою многочисленными ассоціаціонными и комиссуральными системами выходящаго и нисходящаго характера. Периферическія раздраженія, вѣроятно модифицируясь въ спинномъ мозгу, передаются съ участка на участокъ, причемъ ни въ сѣрой субстанціи, ни въ бѣломъ веществѣ нельзя указать путей, служащихъ исключительно для общей чувствительности или для той или другой отдѣльной категоріи ея. Возможенъ частичный перекрестъ чувствительныхъ путей въ *med. spinalis*. Аналогично проводится чувствительность въ мозговомъ стволѣ: чувствительные черепные нервы кончаются въ сѣромъ веществѣ, т. е. въ ядрахъ, имѣющихъ большую высоту (сверху внизъ); здѣсь есть и длинные пути (петля) и болѣе короткія (различныя волокна *formationis retic.*); равнымъ образомъ, здѣсь нельзя указать системъ, специально назначенныхъ для общей чувствительности и для отдѣльных видовъ ея; петля Reil'я не исключительно проводитъ чувствительность; въ данной функціи принимаетъ участіе сѣрое вещество и короткія системы *formationis ret.*

Thalamus opticus принимаетъ восходящія системы покрывки (между прочимъ, петлю, кончающуюся въ наружномъ ядрѣ и *centr. med. thalami*); съ корой зрительный бугоръ связанъ волокнами, идущими отъ коры къ *thalamus* (*fibres cortico-thalamiques*) и обратно (*fibres thalamo-corticales*); для проведенія чувствительности имѣютъ значеніе послѣднія.

Въ корѣ общая чувствительность, мышечное чувство и движеніе имѣютъ одну и ту-же локализацию (сенсоріально-моторная область).

Собственные исследования Л. содержатся в двух главах. В первой приведены случаи гемиплегии, числом 41. Из них в 14 (семь свежих случаев и семь старых) не было нарушения чувствительности; в 21 случае нарушение чувствительности было; последние 6 случаев выделены в особую группу, так как при них наблюдалось нарушение стереогностического чувства.

При исследовании чувствительности нельзя было установить точную гемиагезезию: между нормальной и пораженной стороной—постепенный переход; полной гемиагезезии органических поражений (кроме тех, где была истерия) не давали; какой-нибудь правильности в нарушении того или другого вида чувствительности не наблюдалось: поражались то одно, то другое, то всё вместе; при более сильно выраженной и более продолжительной гемиплегии нарушение чувствительности было значительнее и постояннее; выравнивание чувствительности наблюдалось слабее у стариков, чем у детей и взрослых; стереогностическое чувство, не составляя независимой и отдельной функции, удобно в терминологии клинических наблюдений.

Из вышеуказанных 41 случаев автор подробно описывает 13, сопровождавшихся аутопсией. Во всех случаях исследование произведено по методу Marchi. Большинство из них имело множественные очаги; между последними можно было указать главнейшие, как причину наблюдавшегося перерождения. Очаг локализовался в 1 случае в покрышке Варолиева моста, во 2—в наружной части ножки мозга, в 3—размягчение в обоих полушариях; в правом—размягчение нижней части парietальной доли и подлежащего подкоркового вещества; в 4—тоже в левом полушарии; в 5—субкортикальный абсцесс в центре нижней конечности; в 6—размягчение сенсорально-моторной области левого полушария; в 7—размягчение коры и белого вещества вместе с *corpus lentiformis*; в 8—размягчение всей проекционной системы правого полушария; в 9—кровотечение, захватывающее наружное ядро *thalami*, задний отдел *cap. int.*, часть лучистой короны, в 10—размягчение заднего отдела *cap. int.* и *globus pallidus*; в 11—размягчение в основании лучистой короны, захватывающее моторную область и задний сегмент внутр. сумки; в 12—размягчение в *cap. int.* и внутреннем ядре *thalami*; в 13—размягчение наружной поверхности правого полушария.

Въ описаніи перерожденія констатируется, главнымъ образомъ, состояніе петли и thalami. Въ петлѣ въ случаяхъ 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 наблюдалось частичное Waller'овское перерожденіе, называемое авторомъ *res lemniscus profunde et superficiel*, обязанное перерожденію пирамидныхъ путей, отдающихъ въ область петли уклоняющіеся пучки (*faisceaux aberrantes*); иногда замѣтно было ретроградное перерожденіе петли; центральныхъ связей двигательныхъ черепныхъ нервовъ въ области петли авторъ не замѣчалъ; уклоняющіеся волокна изъ пирамидъ шли, кромѣ петли, еще въ *subst. ret.* чрезъ *garhe* (т. наз. *fibres acrifformes pre-pyramidales*) и въ сторону нижней оливы (*fibres pre-olivaires*).

Наружный пучокъ ножки мозга (Турск'овскій пучокъ) перерождается нисходяще въ область моста (случай 2) и къ проведенію чувствительности не имѣетъ отношенія. Наружное ядро thalami optici служитъ мѣстомъ, куда изъ ствола проходитъ петля (случай 1-й) и которое наполняется продуктами распада при пораженіи проэкціонной системы полушарія, главнымъ образомъ, сенсоріально-моторной зоны; въ эту область thalami перерожденіе проходитъ чрезъ весь задній отдѣлъ *cap. int.*; при пораженіи этого послѣдняго (случаи съ 9 по 12) наружное ядро thalami, какъ мѣсто окончанія петли, также наполняется продуктами распада. Этотъ распадъ зависитъ отъ перерожденія не только связей thalami съ корою, но и отъ дегенерациі волоконъ, связывающихъ с. *lentiformis* съ thalamus и *corpus Luysi* (*fibres strio-thalamiques* и *strioluysiennes*). Чувствительные пути, идущіе къ корѣ изъ thalamus (*fibres thalamo-corticales*) не скопляются въ какой-нибудь ограниченной части *caps. int.*, а разсѣяны по всей *capsula int.*, перемѣшиваясь со всѣми остальными ея системами. Геміанэстезія при пораженіи полушарій можетъ зависѣть отъ пораженія thalami (наружнаго ядра), *cap. int.*, субкортикальнаго бѣлаго вещества и самой коры.

Г. Трошинъ.

Van Gehuchten. Les lesions histologiques dans la rage humaine.—*La Semaine medicale.* 1900, № 5.

Авторъ считаетъ, что при собачьемъ бѣшенствѣ специфическимъ процесомъ поражаются межпозвоночные симпатическіе узлы. Измѣненія состоятъ въ новообразованіи ткани,

которая образуется, вѣроятно, изъ пролифераціи эндотеліальныхъ клѣтокъ капсулы, заключающихъ нервныя клѣтки. Процессъ медленно захватываетъ капсулы и ведетъ затѣмъ къ разрушенію нервныхъ элементовъ. Первой стадіи этого процесса отвѣчаетъ въ клинической картинѣ повышенная чувствительность кожи, мышцъ и сухожилій, тогда какъ разрушеніе всѣхъ нервныхъ элементовъ ведетъ къ анестезіи и параличу. Такимъ образомъ двигательный параличъ при бѣшенствѣ является слѣдствіемъ пораженія периферическаго чувствительнаго нейрона. Такого рода измѣненія авторъ съ замѣчательнымъ постоянствомъ находилъ на цѣломъ рядѣ животныхъ (кошкахъ, собакахъ и кроликахъ), отравленныхъ собачьимъ бѣшенствомъ; эти измѣненія могутъ служить даже діагностическимъ признакомъ для посмертнаго распознаванія бѣшенства. Изслѣдованіе нервной системы двухъ больныхъ, погибшихъ отъ бѣшенства, открыло такія же (хотя и не такъ рѣзко выраженныя) измѣненія въ гангліяхъ.

А. Е. Янишевскій.

Письмо въ редакцію.

Милостивый Государь,

Господинъ Редакторъ!

Не откажите напечатать въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ редактируемаго Вами изданія условія записи въ члены XIII-го Международнаго Съезда врачей, имѣющаго быть въ Парижѣ съ 2 го по 9-е августа (20—27 іюля) сего года.

1) Членами съезда могутъ быть: а) врачи и б) ученые, представленные французскимъ исполнительнымъ комитетомъ или національными иностранными комитетами.

2) Врачи, желающіе записаться въ члены съезда, могутъ обращаться для записи:

а) непосредственно въ Парижъ, посылая на имя казначея съезда, М. Duflocq (64, rue Miromesnil, Paris), 25 франковъ, визитную карточку и заявленіе съ обозначеніемъ имени, фамиліи, секціи и адреса;

б) въ Русскій національный комитетъ, къ одному изъ членовъ (предпочтительнѣе, въ видахъ сокращенія переписки, къ секретарю комитета, д-ру А. А. Лихачеву, Воскресенскій просп., 13). При записи чрезъ Русскій комитетъ записывающіеся вносятъ 10 рублей (сумма эта, превышающая 25 франковъ, назначена съ цѣлью покрыть изъ излишка почтовые и канцелярскіе расходы комитета; могущій быть остатокъ будетъ обращенъ на благотворительное дѣло) и сообщаютъ свое имя, фамилію (прилагая визитную карточку русскую или французскую), званіе, секцію, къ которой хотятъ принадлежать, предполагаемый маршрутъ и точный адресъ, по которому комитетъ вышлетъ членскій билетъ и другіе документы по полученіи ихъ изъ Парижа.

Запись чрезъ Русскій комитетъ будетъ производиться въ Петербургѣ по 1-е Мая, а въ другихъ городахъ—по 15-е Апрѣля сего года.

Составъ Русскаго національнаго комитета слѣдующій: предсѣдатель В. В. Пашутинъ; члены: В. К. Анрепъ, Н. А. Вельяминовъ, Е. А. Головинъ, В. С. Кудринъ, С. М. Лукьяновъ, Д. О. Оттъ, Л. Ф. Рагозинъ, А. А. Реммертъ, Н. В. Склифосовскій, В. В. Сутугинъ и А. А. Лихачевъ (секретарь)—въ Петербургѣ; професора: Л. Л. Левшинъ и В. К. Ротъ—въ Москвѣ; В. В. Подвысоцкій и Г. Е. Рейнтъ—въ Кіевѣ; С. В. Левашевъ и Н. А. Миславскій—въ Казани; Н. Г. Ушинскій и М. А. Васильевъ—въ Варшавѣ; Э. Г. Салищевъ и М. Н. Поповъ—въ Томскѣ; И. П. Скворцовъ и А. X. Кузнецовъ—въ Харьковѣ; В. А. Аванасьевъ и В. Ф. Чижевъ—въ Юрьевѣ; д-ра М. В. Лункевичъ и Н. А. Сахаровъ—въ Тифлисѣ (представители).

3) Членъ съѣзда, желающій сдѣлать сообщеніе, долженъ доставить до 18-го Апрѣля (1 Мая) 1900 г. заглавіе и краткій рефератъ доклада секретарю соотвѣтственной секціи въ Парижѣ.

Перечень секцій съ обозначеніемъ именъ секретарей и ихъ адресовъ въ Парижѣ.

- 1) Anatomie comparée—August Pettit, 60 rue Saint-André des Arts.
- 2) Anatomie descriptive—Rieffel, 7 rue de l'Ecole de Médecine.
- 3) Histologie et Embryologie—Retterer et Loisel, 15 rue de l'Ecole de Médecine.
- 4) Physiologie, Physique et Chimie biologiques—Dastre, à la Sorbonne; Gley, 14 rue Monsieur le Prince; Weiss, 20 avenue Jules-Janin.
- 5) Pathologie générale et Pathologie expérimentale—Charrin, 11 avenue de l'Opéra; Roger, 4 rue Perrault.
- 6) Anatomie pathologique—Letulle, 7 rue de Magdebourg.
- 7) Pathologie interne—Rendu, 28 rue de l'Université; F. Vidal, 155 boulevard Haussmann.
- 8) Médecine de l'Enfance—Marfan, 30 rue La Boétie.

- 9) Thérapeutique—**Gilbert**, 27 rue de Rome.
- 10) Pharmacologie—**Chassevant**, 70 rue de Rennes.
- 11) Matière médicale—**Chassevant**, 70 rue de Rennes.
- 12) Neurologie—**P. Marie**, 3 rue Cambacérés.
- 13) Psychiatrie—**Ant. Ritti**, Asile de Charenton, Seine.
- 14) Dermathologie et Syphiligraphie—**G. Thibierge**, 7 rue de Surénes.
- 15) Chirurgie générale—**Walther**, 21 boulevard Haussmann.
- 16) Chirurgie de l'Enfance—**A. Broca**, 5 rue de l'Université;
Villemin, 56 rue Notre-Dame des Champs.
- 17) Chirurgie urinaire—**Desnos**, 31 rue de Rome.
- 18) Ophthalmologie—**Parent**, 26 avenue de l'Opéra.
- 19) Laryngologie, Rhinologie—**Lermoyez**, 20 bis rue La Boétie.
- 20) Otologie—**Castex**, 30 avenue de Messine.
- 21) Stomatologie—**Ferrier**, 39 rue Boissy d'Anglas.
- 22) Obstétrique—**A. Bar**, 122 rue La Boétie; **Champetier de Ribes**, 28 rue de l'Université.
- 23) Gynécologie—**Hartmann**, 4 place Malesherbes.
- 24) Médecine légale—**Motet**, 161 rue de Charonne; **Thoinot**, 8 rue de l'Odéon.
- 25) Médecine et Chirurgie militaires — **Catteau**, Ministère de la Guerre.
- 26) Médecine navale—**Laugier**, Ministère de la Marine.
- 27) Médecine des Colonies—**Kermorgant**, Ministère des Colonies.

Примите увѣреніе въ совершенномъ почтеніи и преданности.

Секретарь Русскаго національнаго комитета XIII Международнаго Съѣзда врачей

А. Лихачевъ.

7 Февраля 1900 г.

Хроника и смѣсь.

— На свободную должность св.-шт. ординатора при кафедрѣ психіатріи Казанскаго Университета поступаетъ д-ръ *В. И. Малъевъ*.

— 1 февраля т. г. приватъ-доцентъ Казанскаго Университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней *Б. И. Воротынский* читалъ въ актовомъ залѣ вступительную лекцію въ курсъ судебной психопатологіи на тему «*Психо-физическія особенности преступника-дегенерата*». Съ настоящаго учебнаго года *Б. И. Воротынский* объявилъ частный курсъ судебной психопатологіи на двухъ факультетахъ—на медицинскомъ и юридическомъ.

— 4 Декабря минувшаго года исполнилось 25 лѣтъ научной и общественной дѣятельности проф. *И. И. Ковалевскаго*. Заслуги юбиляра слишкомъ хорошо извѣстны всѣмъ специалистамъ, чтобы останавливаться на нихъ. Въ настоящее время *И. И. Ковалевскій* въ качествѣ приватъ-доцента читаетъ лекціи по судебной психопатологіи въ Петербургскомъ Университетѣ, гдѣ онѣ пользуются большой популярностью и привлекаютъ массу слушателей.

— «Врачъ» сообщаетъ, что въ Декабрѣ мѣсяцѣ прошлаго года врачи и служащіе въ С.-Петербургской Городской Больницѣ для душевно-больныхъ Св. Пантелеймона праздновали 25-лѣтній юбилей служебной дѣятельности ординатора больницы *К. С. Скворцова*. Зная многоуважаемаго товарища, какъ ревностнаго труженика на поприщѣ практической психіатріи, шлемъ ему сердечный привѣтъ и поздравленіе.

— Членъ Киевской Городской Управы *И. А. Снѣжко* пожертвовалъ 200 руб. на устройство игръ и развлеченій для душевно-больныхъ въ Кирилловской Больницѣ. (Врачъ).

— «Россия» сообщаетъ, что въ селѣ Зазимовѣ Черниговской губерніи душевно-больной убилъ отца и мачиху, придя въ неистовство изъ замѣчанія отца, что въ теплое время нѣтъ надобности въ теплыхъ олучахъ.

Несчастный убійца провель три года въ домѣ для умалишенныхъ, но обществу Заимовья было не по силамъ платить въ Больницу за его содержаніе и родителямъ поневолѣ пришлось взять больного сына домой.—Старая и, къ сожалѣнію, очень часто повторяющаяся у насъ исторія.

— Во время Парижской выставки съ 27 Іюля по 1 Авг. (нов. ст.) будетъ происходить международный сѣздъ по вопросамъ электрологіи и радиологіи (Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales). За всѣми справками просятъ обращаться къ проф. E. Doumer'у (57. Nicolas-Leblanc, Lille).

— Въ «Нов Вр.» отъ 20 Іанв. читаемъ слѣдующее. Исключительный инцидентъ произошелъ въ Саратовскомъ Губ. Земскомъ собраніи. Вопреки желанію директора земской психіатрической лечебницы, д-ра Штейнберга, Собраніе почти единогласно постановило: предложить администраціи лечебницы брать всѣ медикаменты изъ аптеки Александровской больницы. Тогда д-ръ Штейнбергъ, по словамъ мѣстныхъ газетъ, сдѣлалъ слѣдующее удивительное заявленіе: «Можетъ быть, у меня это болѣзненная сторона, но я говорю то, что думаю и чувствую. Я поступилъ на службу къ вамъ при условіи взаимнаго довѣрія. Я съ уваженіемъ отношусь только къ тѣмъ лицамъ и учрежденіямъ, которымъ я вѣрю. Теперь я вамъ не вѣрю (клянется на всѣ четыре стороны), а тѣхъ, которымъ я не вѣрю, я не уважаю!... Вы, которые съ такимъ неуваженіемъ относитесь къ своимъ постановленіямъ, не внушаете мнѣ довѣрія, а потому съ уваженіемъ къ вамъ я не могу относиться... Я прошу васъ подыскать мнѣ замѣстителя, такъ какъ на службѣ у такого Земства я больше не могу оставаться».... Въ земскомъ собраніи никто ничего не возразилъ по поводу этихъ «теплыхъ словъ», сказанныхъ д-ромъ Штейнбергомъ по адресу гг. гласныхъ. Мало того: нѣкоторые гласные и члены Земской Управы, по словамъ газеты, послѣ этого инцидента искали даже примиренія и соглашенія съ д-ромъ Штейнбергомъ. Это уже отзывается чѣмъ-то совсѣмъ водевильнымъ. А, можетъ быть, д-ръ Штейнбергъ имѣлъ основанія для такого откровеннаго признанія... Будемъ ждать дальнѣйшаго выясненія этого необычнаго инцидента ¹⁾.

— Въ № 3 «Еженедѣльникъ» со словъ С. От. сообщаетъ о двухъ печальныхъ фактахъ, имѣвшихъ мѣсто въ Колмовской психіатрической больницѣ. завѣдываніе которой недавно принялъ на себя д-ръ Краинскій, ушедшій изъ Харькова послѣ всѣмъ извѣстной исторіи. Первый фактъ касается случая съ 34-лѣтнимъ крестьяниномъ, умершимъ черезъ недѣлю послѣ поступленія въ Больницу, причемъ врачи безъ вскрытія трупа констатировали, что у него были сломаны 3 ребра. Покойный похороненъ. Появившіеся въ

¹⁾ Въ № 5 «Врача» мы прочитали, что примиреніе д-ра Штейнберга съ земствомъ состоялось: земство, цѣня заслуги д-ра Штейнберга, сдѣлало нѣкоторыя уступки, и онъ вновь остался на службѣ.—Худой миръ лучше доброй ссоры.

обществѣ слухи объ этомъ случаѣ вызвали распоряженіе о вырѣтїи трупа и вскрытїи послѣдняго. Вскрытіе показало, что у покойнаго было сломано не 3, а 7 реберъ: 3 съ одной стороны и 4 съ другой. Второй печальный случай касается больной женщины, которая 1 Декабря 1899 г. отправилась въ ванную комнату и, увидѣвъ тамъ полотенце, повѣсилась на немъ.— Если все описанное такъ дѣйствительно и происходило— замѣчаетъ Еженед.— то администрація Колмоусекой больницы приметъ, конечно, всѣ возможныя мѣры къ тому, чтобы успокоить новгородцевъ и вернуть больницѣ то довѣріе, которое сквозить въ слѣдующихъ словахъ корреспондента: «мы, новгородскіе обитатели, не привыкли къ такимъ происшествїямъ въ нашей больницѣ». — Пожелаемъ и мы, чтобы новой администраціи удалось вернуть это «довѣріе къ больницѣ». Какъ часто теперь въ психіатрическомъ мірѣ стали раздаваться жалобы на «новыхъ» и сожалѣніе объ утраченныхъ «старыхъ»!

— Непорядки въ Одесской Городской психіатрической больницѣ, по видимому, приходятъ къ концу: дѣло д-ра Шнаковскаго закончилось, мѣсто старшаго врача, наконецъ, замѣщено. Врачемъ, завѣдующимъ психіатрическимъ отдѣленіемъ Одесской Городской больницы, назначенъ д-ръ Оршанскій изъ Харькова. Желаемъ новому завѣдующему оправдать довѣріе Управы и осуществить надежды администраціи. Не можемъ однако не выразить нѣкотораго недоумѣнія относительно дѣйствій Одесской Управы. На замѣщеніе должности завѣдующаго врача Управой былъ объявленъ конкурсъ, окончанія срока котораго однако Управа не дождалась и назначила на конкурсное мѣсто д-ра Оршанскаго, такъ сказать, внѣ конкурса. Такимъ образомъ объявленіе конкурса было одной лишь комедїей. По нашему мнѣнію, Управа такимъ поведеніемъ роняетъ свое достоинство. Что-либо одно: или простое назначеніе или состязательное. Къ чему, въ самомъ дѣлѣ, эта лишняя и напрасная проволочка; а главное, къ чему вводить въ заблужденіе лицъ, желающихъ конкурировать. Въ такихъ солидныхъ учрежденїяхъ, какъ городское управленіе, подобныя вещи не должны допускаться.

— Д-ръ И. И. Наумовъ, ординаторъ Казанской Окружной Лечебницы, 1 Января т. г., въ день своего дежурства, подвергся опасному нападенію со стороны одного больного. Дѣло было такъ. Нужно было изолировать больного К. вслѣдствіе его сильно возбужденнаго состоянія. Для этого необходимо было освободить изоляторъ и вывести другаго больного, нѣкоего В. Часть служителей и надзиратель держали К., а остальные служители и другой надзиратель выводили В. Въ это время больной Павелъ Г., находившійся въ отдѣленїи, вдругъ съ яростью набросился на д-ра Наумова, такъ сильно ударилъ его кулакомъ въ грудь, что д-ръ Наумовъ упалъ на полъ, послѣ чего Г. хотѣлъ еще пинать его лежащаго ногами, но былъ удержанъ служителемъ Лукояновымъ. При паденїи д-ръ Наумовъ сильно ушибъ себѣ голову, спину и лѣвую ногу. Послѣдствіемъ этого нападенія было то, что д-ръ Наумовъ долженъ былъ взять на нѣкоторое время отпускъ для поправленія своего здоровья.— Вотъ каковы радости психіатрической службы, выпадающія на

долю врачей! Съ своей стороны мы выражаемъ д-ру И. И. Наумову, который такъ давно и съ такой пользой работаетъ въ Казанской Лечебницѣ, отдавая ей свои силы и здоровье,—полное сочувствіе и сожалѣніе по поводу такого печальнаго съ нимъ случая.

— «Новости» сообщаютъ, что на нужды комисіи по вопросу объ алкоголизмѣ, учрежденной при Обществѣ Охраненія Народнаго Здравія, асигновано 15,000 руб. для разработки вопроса о физиологическомъ вліяніи алкоголя на организмъ.

— Газеты сообщаютъ, что въ той же комисіи по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ поднять вопросъ о тѣлесныхъ наказаніяхъ, какъ факторѣ, способствующемъ развитію алкоголизма. Большинство членовъ комисіи, состоящей изъ юристовъ и психіатровъ, признало существованіе тѣсной связи между тѣлеснымъ наказаніемъ и алкоголизмомъ. За отмену тѣлеснаго наказанія комисія высказалась единодушно. Предполагается возбудить соответствующее ходатайство. Комисія кромѣ того намѣрена ходатайствовать объ учрежденіи при столичныхъ университетахъ особой кафедры по алкоголизму.

— Поднятый въ прошломъ году вопросъ о соединеніи двухъ антропологическихъ обществъ въ Петербургѣ (при Университетѣ и при Военно-Мед. Академіи), какъ слышно, рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ.

— Лѣтомъ мин. года въ Казанской Окружной Лечебницѣ имѣлъ мѣсто слѣдующій печальный случай. Одинъ больной, страдающій бредовыми идеями религіознаго характера, будучи изолированъ, ночью отгрызъ себѣ нѣсколько пальцевъ и нѣкоторые изъ нихъ съѣлъ. Производя такую мучительную и вѣроятно достаточно продолжительную операцію, несчастный не издалъ ни одного стона, такъ что только утромъ служитель, войдя въ изоляторъ, замѣтилъ, въ чемъ дѣло. Этотъ фактъ, любопытенъ въ томъ отношеніи, что лишній разъ доказываетъ, какъ полна можетъ быть анагезія, нерѣдко замѣчаемая у душевно-больныхъ.

— Главный редакторъ новаго справочнаго изданія «Bibliographia medica», M. Vaudozin, директоръ библиграфическаго института въ Парижѣ, проситъ насъ сообщить, что 15 февраля т. г. появится въ свѣтъ первый номеръ этого изданія, посвященнаго международной библиографіи медицинскіхъ знаний по образцу американскаго Index Medicus. Каждый номеръ этого мѣсячнаго изданія будетъ содержать около 4 тысячъ названій (на 80 страницахъ), слѣдовательно около 50 тыс. названій въ годъ. Цѣна изданія 60 фр. (внѣ Франціи).

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.*Протоколъ засѣданія 31 октября.*

Предсѣдательствовалъ Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевъ; присутствовали дѣйствительные члены: К. А. Арнштейнъ, А. Ф. Гебертъ, В. Н. Долговъ, Г. А. Клячкинъ, Н. А. Миславскій, М. М. Маевскій, И. И. Наумовъ, В. Н. Образцовъ, Д. В. Полумордвиновъ, А. С. Сегель, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Сороковиковъ, Д. А. Тимофеевъ, Н. А. Толмачевъ, Н. Н. Топорковъ, А. Е. Янишевскій, гости: д-ра Ковалевскій, Фаворскій и около 45 человѣкъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ Д. В. Полумордвиновъ сдѣлалъ сообщеніе «О чувствительныхъ концевыхъ аппаратахъ въ мышцахъ произвольнаго движенія» (съ демонстраціей препаратовъ).

«По господствующимъ въ настоящее время возрѣніямъ, поперечно-исчерченныя мышцы лишены чувствительныхъ аппаратовъ; всѣ явленія, мышечной чувствительности будетъ ли то мышечное чувство или болевая чувствительность—объясняются, съ этой точки зрѣнія, присутствіемъ особыхъ нервныхъ аппаратовъ въ сухожильныхъ фасціяхъ, соединительнотканыхъ прослойкахъ, однимъ словомъ, въ соединительной ткани, подвергающейся механическому воздѣйствію со стороны сокращающихся мышцъ.

Изучая поперечно-исчерченныя мышцы электрическихъ скатовъ, я впервые натолкнулся на особыя формы нервныхъ окончаній, которыя представляютъ рѣзкое отличіе отъ двигательныхъ. Перенеся затѣмъ свои изслѣдованія на другихъ животныхъ—рыбъ, амфибій, млекопитающихъ, я пришелъ къ убѣжденію, что мышцы произвольнаго движенія, помимо двигательной, имѣютъ еще и чувствительную иннервацию. У электрическихъ скатовъ нервныя окончанія представляются въ формѣ кистей, расположенныхъ на мышечныхъ волокнахъ по ихъ длиннику; онѣ располагаются обыкновенно небольшими группами по 2—3—4 и всегда связаны съ очень широкимъ мякотнымъ нервнымъ волокномъ. Величина ихъ настолько значительна, что на хорошо окрашенныхъ препаратахъ они отчетливо видны невооруженнымъ глазомъ; каждая кисть представляетъ собой скопленіе очень тонкихъ варикозныхъ фибриллъ, оканчивающихся свободно. Аналогичные концевые аппараты найдены мною у другихъ морскихъ рыбъ.

У лягушекъ чувствительныя окончанія, состояція также изъ тонкихъ варикозныхъ нервныхъ нитей, расположены не на обычныхъ поперечно-исчерченныхъ мышечныхъ волокнахъ, какъ у рыбъ, а на тонкихъ мышечныхъ волокнахъ, составляющихъ Вейсмановскіе пучки мышечныхъ веретенъ.

У млекопитающихъ въ мышечныхъ же веретенахъ залегаютъ другого типа окончанія, имѣющія крайне характерный видъ. Нервныя фибриллы

мѣстами представляютъ лентообразныя расширения, которыя оплетаютъ мышечныя волокна спиральными ходами. Кромѣ нихъ имѣются фибриллы, снабженныя крупными варикозными утолщеніями.

Перерѣзки спинно-мозговыхъ корешковъ, произведенныя мною у лягушекъ, показали, что нервныя аппараты, заложенные въ мышечныхъ веретенахъ, имѣютъ *чувствительный* характеръ. Мышечныя веретена Вейсмановскихъ пучковъ снабжены, помимо чувствительныхъ, двигательными концевыми аппаратами. Такимъ образомъ, мышечныя веретена являются сложными образованіями, какъ бы вкрапленными въ массу мышцъ произвольнаго движенія. По моему мнѣнію, они представляютъ собой периферическіе нервныя аппараты мышечнаго чувства». (Ауторефератъ).

По поводу доклада послѣдовалъ обмѣнъ мыслей между Д. В. Полумордвиновымъ, Н. А. Миславскимъ и К. А. Арнштейномъ. Проф. К. А. Арнштейнъ сказалъ, что выставленные докладчикомъ препараты такъ хороши, что не оставляютъ желать ничего лучшаго и, безъ сомнѣнія, демонстрируютъ чувствительныя концевые аппараты, существованіе которыхъ давно предполагалось физиологами, но гистологически не было обнаружено доселѣ. Затѣмъ оппонентомъ былъ сдѣланъ очеркъ ученія о двигательныхъ и чувствительныхъ концевыхъ аппаратахъ въ мышцахъ амфибій и млекопитающихъ и было указано, что д-ръ Полумордвиновъ, впервые описавъ такъ подробно и характерно окончаніе чувствительныхъ нервовъ въ мышцахъ произвольнаго движенія, мышечнымъ веретенамъ, этимъ молодымъ—по Ранье—мышечнымъ образованіямъ приписываетъ особую функцию. К. А. Арнштейнъ считаетъ лишь вѣроятной двойную иннервацию мышечныхъ веретенъ, между тѣмъ какъ Д. В. Полумордвиновъ, опираясь на свои изслѣдованія, категорически утверждаетъ это.

Проф. Н. А. Миславскій указалъ, что залеганіе нервнаго окончанія подъ сарколемой, обуславливая болѣе интимную связь нерва съ мышцей, принципиально правильно по самому смыслу дѣйствія нервнаго аппарата на мышцу. Что же касается мышечныхъ веретенъ, то ихъ надо признать не за эмбриональное образованіе, а въ высокой степени сложный аппаратъ, дѣйствующій, вѣроятно, какъ регуляторное приспособленіе; такое предположеніе, конечно, требуетъ для своего подтвержденія разработки.

Предсѣдатель О-ва благодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе.

Проф. Н. М. Поповъ, передавъ предсѣдательство проф. Н. А. Миславскому, сообщилъ «Къ терапіи torticollis spastica».

Преній не послѣдовало.

Въ административной части засѣданія доложено предложеніе редакціи «Врача» обмѣниваться изданіями въ 1900 г. и 2 объявленіями. Постановлено предложеніе принять.

Доложено О-ву, по предложенію И. М. Догеля, сообщеніе комитета предстоящаго IV конгресса психологовъ въ Парижѣ въ 1900 г. о распространенія свѣдѣній о имѣющемъ быть конгрессѣ.

Постановлено: способствовать распространенію свѣдѣній о предстоящемъ конгрессѣ.

Протоколъ засѣданія 28 марта.

Предсѣдательствовали Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ; присутствовали дѣйствительные члены: И. М. Догель, Н. А. Миславскій, В. И. Левчаткинъ, М. М. Маевскій, А. Е. Янишевскій, В. Н. Образцовъ, П. С. Скуридинъ, Г. А. Клячкинъ, гости: д-ра Сегель, Фаворскій и около 30 человекъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Проф. *И. М. Догель* доложилъ: «Сосудодвигательный аппаратъ легкихъ, по преимуществу — жабниковъ».

По поводу настоящаго сообщенія проф. *Н. А. Миславскимъ* сказано, что представленные анатомическіе препараты очень поучительны, а самая работа представляетъ глубокой интересъ въ анатомическомъ отношеніи, тѣмъ болѣе, что область эта никѣмъ почти не обследована.

Проф. *Н. М. Поповъ* интересовался, не приходилось ли докладчику изслѣдовать нервы сосудовъ головного мозга. Въѣдъ на тренированномъ животномъ легко убѣдиться въ неодинаковомъ кровенаполненіи сосудовъ мозга и, ясное дѣло, нервно-мышечный аппаратъ сосудовъ долженъ принимать самое живое участіе въ ихъ игрѣ.

И. М. Догель отвѣтилъ, что обследованіемъ сосудодвигателей головного мозга ему не случалось заниматься.

Затѣмъ д-ромъ *М. М. Маевскимъ* сообщено: «Къ казуистикѣ періодическихкихъ душевныхъ расстройствъ».

Въ преніяхъ приняли участіе *Н. М. Поповъ, В. И. Левчаткинъ, П. С. Скуридинъ, Н. А. Миславскій.*

Приведа на память очень типичный случай, описанный *Рыхлинскимъ*, періодическаго душевнаго расстройства, *Н. М. Поповъ* высказалъ, что симптомы страданія больного д-ра Маевского далеко не отличаются строгой стереотипностью и что поэтому врядъ ли можно отнести этотъ случай къ группамъ періодическихкихъ психозовъ; съ другой стороны и самая клиническая картина отличается неясностью, такъ какъ для заключенія о полной періодичности явленій слѣдуетъ самому наблюдать и слѣдующій второй періодъ заболѣванія.

Д-ръ *В. И. Левчаткинъ* находитъ, что сообщеніе докладчика очень интересно и заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что представленный случай, который нельзя діагностировать ни какъ *raganoia acuta*, ни какъ *amentia chronica*, стоитъ, такъ сказать, на срединѣ, и детальное описаніе и разборъ подобныхъ случаевъ желателенъ и въ практическомъ, и теоретическомъ отношеніи.

Д-ромъ *П. С. Скуридинымъ* предложено Маевскому нѣсколько вопросовъ о проявленіяхъ сифилиса у больного, на что докладчикъ отвѣтилъ, что *lues* у больного не служитъ причиннымъ моментомъ болѣзни, такъ какъ никакихъ фокусныхъ заболѣваній не было обнаружено.

Н. А. Миславскій не находилъ возможнымъ раздѣлить взглядъ докладчика, такъ какъ у больного есть явленія со стороны зрительныхъ органовъ — ptosis, происхожденіе котораго осталось невыясненнымъ, почему lues, какъ причину душевнаго расстройства, нельзя исключить.

Д-ръ *Левчаткинъ* по этому поводу добавилъ, что кромѣ опущенія вѣка у больного наблюдалось и ясно выраженное косоглазіе.

Въ административной части засѣданія доложено предложеніе Николаевского отдѣла Русскаго О-ва Охраненія Народнаго Здравія обмѣниваться изданіями. Постановлено: до выясненія вопроса о свободномъ количествѣ экземпляровъ журнала О-ва Невропатологовъ рѣшеніе объ обмѣнѣ отложить.

Доложено, что О-во Взаимопомощи врачей, приѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, просить, доставивъ экземпляръ устава, о распространеніи свѣдѣнія о существованіи и цѣляхъ названнаго О-ва среди членовъ Казанскаго медицинскаго общества и кромѣ того просить о высылкѣ журнала О-ва Невропатологовъ въ бібліотеку О-ва Взаимопомощи врачей. Постановлено: ходатайство удовлетворить.

Баллотировались въ дѣйствительные члены О-ва д-ръ А. С. Сегель и д-ръ Л. В. Блуменау и въ члены-сотрудники д-ръ С. Э. Фуксъ. Избраны всѣ единогласно.

Предложенъ въ дѣйствительные члены О-ва д-ръ Г. В. Сорокиниковъ.

Отчетъ о дѣятельности Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1899 годъ.

Секретаря *В. В. Николаева.*

Нынѣшнимъ засѣданіемъ Общество заканчиваетъ восьмой годъ своего существованія.

Въ отчетномъ 1899 году Общество имѣло 6 научныхъ засѣданій—1 годовое и 5 очередныхъ, на которыхъ сдѣлано 10 сообщеній на слѣдующія темы: 1) Проф. Н. М. Поповъ. Къ вопросу о локализациі корковыхъ центровъ у человѣка (съ демонстраціей больного). 2) Д-ръ А. Е. Янишевскій. Къ вопросу о нисходящихъ системахъ волоконъ въ заднихъ столбахъ спинного мозга (съ демонстраціей препаратовъ). 3) Проф. И. М. Догель. Сосудодвигательный аппаратъ легкихъ по преимуществу жабниковъ. 4) Д-ръ М. М. Маевскій. Къ казуистикѣ періодическихъ душевныхъ разстройствъ. 5) Проф. В. Я. Данилевскій. Демонстрація опытовъ съ электрическимъ раздраженіемъ нервовъ на разстояніи. 6) Проф. Н. М. Поповъ. Случай своеобразнаго двигательнаго разстройства при гемиплегіи. 7) Д. В. Полумордвиновъ. О чувствительныхъ концевыхъ аппаратахъ въ мышцахъ произвольнаго движенія. 8) Проф. Н. М. Поповъ. Къ терапіи Torticollis spastica. 9) А. Е. Янишевскій. О параличѣ Landry (съ демонстраціей препаратовъ). 10) В. Н. Долговъ. Случай Tetanus (демонстрація препаратовъ).—Въ прошломъ годовомъ засѣданіи д-ромъ Б. И. Воротынскимъ была сказана рѣчь на тему:

Врачъ-психіатръ въ роли эксперта на судѣ. И кромѣ того 12-го декабря проф. Н. А. Миславскій въ очередномъ засѣданіи сказалъ нѣсколько словъ, посвященныхъ памяти усопшаго проф. К. В. Ворошилова.

Вновь поступило въ отчетномъ году въ дѣйствительные члены Общества 4 и одинъ членъ-сотрудникъ; такимъ образомъ, за выбытіемъ 1 члена на основаніи § 38 Устава Общества, къ концу отчетнаго года Общество состоитъ изъ 10 почетныхъ членовъ, 53 дѣйствительныхъ и 2 членовъ-сотрудниковъ. Изъ общаго числа членовъ — мѣстныхъ 32 и иногороднихъ 33.

Бюро Общества состояло изъ слѣдующихъ лицъ: предсѣдатель Н. М. Поповъ (онъ-же мѣстный редакторъ журнала Общества), товарищъ предсѣдателя Н. А. Миславскій, секретари В. В. Николаевъ и В. Н. Образцовъ, бібліотекарь А. Е. Янишевскій, казначей И. І. Наумовъ; члены Совѣта: К. В. Ворошиловъ, И. М. Догель и К. А. Арнштейнъ, членами ревизіонной комисіи: В. И. Левчаткинъ, В. И. Разумовскій и А. Ѳ. Гебергъ. Иногородній редакторъ журнала В. М. Бехтеревъ.

Денежныя средства Общества составлялись изъ % съ неприкосновеннаго капитала, изъ членскихъ взносов, изъ выручки по изданію „Неврологическаго Вѣстника“ и изъ суммы, поступившей въ уплату долга д-ра Смѣлова. Изъ представленнаго г. казначеемъ отчета видно, что за 1899 г. поступило: членскихъ взносов 182 р. 20 коп.; %/ % съ капитала 195 р. 8 к.; приходъ по изданію „Неврологическаго Вѣстника“ и др. изданій Общества 347 р. 85 коп.; 2 билета 4% госуд. ренты—200 р., за дипломъ—10 руб.; отъ д-ра Смѣлова въ погашеніе долга—50 р. Посobie отъ Министрства Народнаго Просвѣщенія—300 р. Итого весь доходъ по разнымъ статьямъ 1285 р. 13 коп. Расходъ за 1899 г. равняется 1054 руб. 99 к.; при чемъ по разнымъ статьямъ расходъ выразился такимъ образомъ: за освѣщеніе актовaго зала въ день годичнаго засѣданія 3 р., почтовые

расходы секретаря, казначея и по библиотекѣ 70 р. 17 коп.; за рисунки и печатаніе журнала 638 р. 85 коп.; за рефераты гонораръ 100 руб.; расходъ по приобрѣтенію $\frac{1}{10}$ бумагъ и храненіе ихъ 201 р. 97 коп.; наградныхъ служителямъ 20 руб.; вѣнокъ почетному члену К. В. Ворошилову—21 руб. Такимъ образомъ капиталъ Общества увеличился за 1899 г. на 230 р. 14 к. и къ концу настоящаго отчетнаго года состоитъ на лицо 3747 р. 82 коп. Изъ нихъ 3300 р. въ $\frac{1}{10}$ бумагахъ, 398 р. 57 коп.—по книжкѣ Сберегательной кассы Госуд. Банка и 49 р. 25 коп. на рукахъ у казначея.

Въ библиотекѣ Общества къ 1 Января 1900 года состоитъ 1626 названій различныхъ сочиненій и на разныхъ языкахъ. Въ теченіе отчетнаго года поступило всего 101 названіе. Библиотека пополнялась пожертвованіями, приобрѣтеніями, обмѣномъ на органъ Общества „Неврологическій Вѣстникъ“ и собственными изданіями. Въ 1899 г. каждый выпускъ журнала былъ разосланъ редакціей и библиотекой О-ва въ количествѣ 196 экземпляровъ. „Неврологическій Вѣстникъ“ уже 5 лѣтъ издается самимъ Обществомъ, покрывая всѣ издержки по изданію журнала, а второй годъ получаема субсидія отъ Министерства Народнаго Просвѣщенія въ размѣрѣ 300 рублей даетъ возможность улучшать и расширять журналъ.

Заканчивая отчетъ о дѣятельности Общества за 1899 годъ, я считаю своимъ долгомъ упомянуть о тяжелой и невозвратимой утратѣ, которую Общество понесло въ этомъ году въ лицѣ умершаго своего почетнаго члена Константина Васильевича Ворошилова. Покойный былъ однимъ изъ 18 членовъ-учредителей нашего Общества. Мысль объ основаніи его была горячо привѣтствована К. В. и юное Общество, конечно, сильно нуждавшееся въ матеріальной поддержкѣ въ первые годы своего существованія, нашло дѣятельнаго ходатая о своихъ нуждахъ въ лицѣ К. В., какъ Ректора университета. Научная дѣятельность Общества шла, развивалась и крѣпла также на глазахъ у Константина Васильевича; онъ принималъ въ ней самое живое участіе. Почти ни одно засѣданіе Обще-

ства не проходило безъ того, чтобы К. В. не велись дебаты по тому или другому вопросу, при чемъ замѣчанія его отличались глубиною мысли и жизненностью. К. В. всегда былъ выбираемъ въ члены Совѣта О-ва, затѣмъ ему нашимъ О-вомъ былъ поднесенъ дипломъ на званіе почетнаго члена; но все это лишь, такъ сказать, слабые знаки того глубокаго уваженія и любви, которыми пользовался покойный между членами О-ва, и память объ умершемъ надолго сохранится въ сердцахъ знавшихъ его, а имя К. В. навсегда будетъ связано съ первыми страницами лѣтописи О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ членовъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ по 1 января 1900 года.

Ч л е н ы - у ч р е д и т е л и :

- 1) Арнштейнъ Карлъ Августовичъ (Казань).
- 2) Бехтеревъ Владиміръ Михайловичъ (С.-Петербургъ).
- 3) Васильевъ Василій Ивановичъ (Москва).
- 4) Васяткинъ Василій Николаевичъ (Казань).
- 5) Гебертъ Александръ Федоровичъ (Казань).
- 6) Догель Иванъ Михайловичъ (Казань).
- 7) Левашовъ Сергій Васильевичъ (Казань).
- 8) Миславскій Николай Александровичъ (тов. предс., Казань).
- 9) Наумовъ Иванъ Іоновичъ (казначей, Казань).
- 10) Реформатскій Николай Николаевичъ (С.-Петербургъ).
- 11) Скуридинъ Павелъ Семеновичъ (Казань).
- 12) Смирновъ Алексій Ефимовичъ (Томскъ).
- 13) Смѣловъ Николай Яковлевичъ (С.-Петербургъ).
- 14) Толмачевъ Николай Александровичъ (Казань).

П о ч е т н ы е ч л е н ы :

- 15) Адамюкъ Емилианъ Валентиновичъ (Казань).
- Арнштейнъ Карлъ Августовичъ (Казань, членъ учр.).
- Бехтеревъ Владиміръ Михайловичъ (Спб., членъ учр.).
- Догель Иванъ Михайловичъ (Казань, членъ учр.).
- 16) Карпова Ольга Петровна (Нижній-Новгородъ).
- 17) Kölliker Albert (Вюрцбургъ).
- 18) Кожевниковъ Алексій Яковлевичъ (Москва).
- 19) Мержеевскій Иванъ Павловичъ (С.-Петербургъ).
- 20) Пашутинъ Викторъ Васильевичъ (С.-Петербургъ).

Д ѣ й с т в и т е л ь н ы е ч л е н ы :

- 21) Алексѣевъ Дмитрій Дмитриевичъ (Винница).
- 22) Анфимовъ Яковъ Афанасьевичъ (Харьковъ).
- 23) Блуменау Леонидъ Васильевичъ (Варшава).
- 24) Болдыревъ Василій Сергѣевичъ (Казань).
- 25) Воротынский Брониславъ Ивановичъ (Казань).

- 26) Ге Александръ Генриховичъ (Казань).
- 27) Долговъ Василий Николаевичъ (Казань).
- 28) Еврафовъ Константинъ Романовичъ (Пенза).
- 29) Енохинъ Борисъ Павловичъ (Херс. губ.).
- 30) Жестковъ Василий Ивановичъ (Пермь).
- 31) Клячкинъ Григорій Абрамовичъ (Казань).
- 32) Ковалевскій Павелъ Ивановичъ (С.-Петербургъ).
- 33) Колотинскій Сергѣй Діомидовичъ (С.-Петербургъ).
- 34) Кузнецовъ Василий Петровичъ (Винница).
- 35) Левчаткинъ Владиміръ Ивановичъ (Казань).
- 36) Линдебергъ Владиміръ Карловичъ (Казань).
- 37) Маевскій Михаилъ Михайловичъ (Казань).
- 38) Мальцевъ Александръ Феликсимовичъ (Полтава).
- 39) Мейеръ Иванъ Карловичъ (Пермь).
- 40) Муратовъ Владиміръ Александровичъ (Москва).
- 41) Николаевъ Владиміръ Васильевичъ (Казань).
- 42) Образцовъ Владиміръ Николаевичъ (Казань).
- 43) Останковъ Петръ Александровичъ (С.-Петербургъ).
- 44) Полумордвиновъ Дмитрій Владиміровичъ (Казань).
- 45) Поповъ Николай Михайловичъ (предс., Казань).
- 46) Поповъ Михаилъ Николаевичъ (Томскъ).
- 47) Потѣхинъ Александръ Николаевичъ (Казань).
- 48) Праксинъ Иванъ Александровичъ (Казань).
- 49) Разумовскій Василий Ивановичъ (Казань).
- 50) Савченко Иванъ Григорьевичъ (Казань).
- 51) Сегель Адольфъ Соломоновичъ (Казань).
- 52) Сергѣевъ Леонидъ Аггеевичъ (Казань).
- 53) Смирновъ Аполлонъ Ивановичъ (Казань).
- 54) Сорокиниковъ Гавріиль Васильевичъ (Казань).
- 55) Тимофеевъ Дмитрій Александровичъ (Казань).
- 56) Топорковъ Николай Николаевичъ (Казань).
- 57) Урванцовъ Сергѣй Николаевичъ (Уфа).
- 58) Целерицкій Константинъ Михайловичъ (Вятка).
- 59) Чижъ Владиміръ Федоровичъ (Юрьевъ).
- 60) Щербакъ Александръ Ефимовичъ (Варшава).
- 61) Феноменовъ Николай Николаевичъ (С.-Петербургъ).
- 62) Янишевскій Алексѣй Ерастовичъ (Казань).

Ч л е н ы - с о т р у д н и к и :

- 63) Рыхлинскій Карлъ Владиславовичъ (Варшава)
- 64) Фуксъ Софія Емильевна,

**Въ редакцію и бібліотечку Общества поступили слѣдующія
книги и брошюры:**

Протоколы и труды Общества врачей Енисейской губерніи за 1898—1899 годъ.

Д. Г. Гинзбургъ-Шикъ. Медико-хозяйственный отчетъ по Херсонской губернской земской лечебницѣ и колоніи для душевныхъ и нервныхъ больныхъ за 1898 годъ.

С. Суховъ. Отчетъ по больницѣ душевно-больныхъ Уфимскаго Губернскаго Земства съ 1 октября 1898 г. по 1 октября 1899 г.

Отчетъ по психіатрическому отдѣленію больницы Пензенскаго Губернскаго Земства за 1898 г.

Отчетъ главнаго управленія неокладныхъ сборовъ и казенной продажи питей за 1898 годъ.

Пріютъ для выздоравливающихъ дѣтей имени Альберта и Анны Беренштамъ.

Вѣстникъ Гомеопатической медицины. 1900 г. Январь № 1.

Серія диссертаций Военно-Медицинской академіи на степень доктора медицины за 1898—1899 учебн. годъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

На 1900 годъ

(восьмой годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА и проф. Н. М. ПОПОВА.

Въ 1900 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

Подписка принимается въ редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1900 ГОДЪ

(Пятый годъ изданія).

„ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ“.

Ежемесячный журналъ, издаваемый подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

	<i>Стр.</i>
Письмо въ редакцію	222.
Хроника и смѣсь	225
Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ	229.
Отчетъ о дѣятельности Общества за 1899 годъ	233.
Списокъ членовъ Общества по 1 янв. 1900 г.	237.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ библіотеку Общества.	239.
Объявленія.	

Въ книжныхъ магазинахъ БР. БАШМАКОВЫХЪ

(Казань, Городской Пассажъ.—С.-Петербургъ, Екатерининская, 2)

имѣются въ продажѣ слѣдующія сочиненія

Б. И. Воротынского.

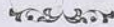
— Задачи судебной психопатологіи и современное ея значеніе для врача и юриста.—Казань, 1898. Ц. 35 к.

— Геніальность, психическая неуравновѣшенность и преступность.—Казань, 1898. Ц. 30 к.

— Душевная болѣзнь одного изъ супруговъ, какъ поводъ къ расторженію брака.—Спб. 98. Ц. 20 к.

— Врачъ-психіатръ въ роли эксперта на судѣ.—Казань, 99. ц. 25 к.

— Психо-физическія особенности преступника-дегенеранта.—Казань, 1900. Ц. 25. к.



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

Предсѣдатель П. Поповъ.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологій и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологій и эмбриологій нервной системы, нервной физиологій и психологій.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензии, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ известныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань)

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи, получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань, Университетъ). О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.

Стоимость журнала за 1893 г.—4 руб., за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898 и 1899 гг.—по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи **Б. И. Воротынской.**