

7530^a 1887

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

И

профессора Н. М. ПОПОВА (Казань).

ТОМЪ VII. ВЫП. 2.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Д-ръ Ф. Ф. Гольцингеръ. О ла-
тинизмѣ.

Д. В. Блуменау. Истерицескіе стиг-
маты и вырожденіе. (Къ вопросу объ
истеріи въ войскахъ).

Д-ръ С. А. Трушковскій. Объ от-
ношеніи пограничнаго ствола симпа-
тическаго нерва къ центральной нерв-
ной системѣ.

Проф. А. И. Смирновъ. Физиоло-
гическія и психологическія основанія
эстетики (продолженіе).

Д-ръ Д. А. Тимофеевъ. О нѣко-
рыхъ особенностяхъ строенія спин-
ныхъ и симпатическихъ узловъ у
птицъ. (Съ рисунками)

Д-ръ А. В. Герверъ. О вліяніи
бромистаго натра, бромистаго аммо-
нія и бромистаго литія на мозговое
кровообращеніе.

Проф. Н. М. Поповъ. Продолжи-
тельная контрактура жевательныхъ
мышцъ.

VII съѣздъ общества русскихъ вра-
чей въ память Н. И. Пирогова въ
Казани.

Критика и библиографія:

Рефераты по психіатріи и невро-
логіи.

Хроника и смѣсь

Лѣтопись общества невропатологовъ
и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, посту-
пившихъ въ редакцію и въ библио-
теку Общества.

Объявленія.

Приложеніе:

В. И. Воротынскій. Врачъ-психі-
атръ въ роли эксперта на судѣ.

(Рѣчь, произнесенная въ годичномъ
засѣданіи общества невропатологовъ
и психіатровъ)

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1899.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ Ф. Ф. Гольцингеръ. О латиризмѣ	1.
Д. В. Блауменау Истерическіе стигматы и вырожденіе. (Къ вопросу объ истеріи въ войскахъ	39.
Д-ръ С. А. Трушковскій. Обь отношеніи пограничнаго ствола симпатическаго нерва къ центральной нервной системѣ	55.
Проф. А. И. Смирновъ. Физиологическія и психологическія основанія эстетики (<i>продолженіе</i>).	60.
Д-ръ Д. А. Тимофеевъ. О нѣкоторыхъ особенностяхъ строенія спинныхъ и симпатическихъ узловъ у птицъ	72.
Д-ръ А. В. Герверъ. О влияніи бромистаго натра, бромистаго аммонія и бромистаго литія на мозговое кровообращеніе.	88.
Проф. Н. М. Поповъ. Продолжительная контрактура жевательныхъ мышцъ	181.
VII Съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова въ Казани.	210.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ	222.
<i>Ch. Vallon et Ar. Marie. Les aliénés en Russie. 1899.</i>	
Рефераты по гистологіи нервной системы.	224.
А. С. Доэль. Гистологическія изслѣдованія. Вып. I. Зап. Импер. Академіи Наукъ. т. VII. <i>E. Heimann. Beiträge zur Kenntniss der feineren Structur der Spinalganglien. Virchow's Archiv.; Bd. 152, H. 2. 298. E. Heimann. Ueber die feinere Structur der Spinalganglienzellen. Tortschritte der Medic. 1898. Bd. 16, № 9. Van Gehuchten и Ch. Nélis. Quelques points concernant la structure de cellules des ganglions spinaux. «La cellule», recueil de cytologie et d'hystologie generale. 1898. 2. Vladislav Kužička Untersuchungen über die feinere structur der Nervenzellen und jhrer. Tortsätze. Archiw. f. microsc. Anat. 1899. H. 4, Bd. 53</i>	

О л а т и р и з м ѣ.

Д-ра Ф. Ф. Гольцингера.

Изъ болѣзней, вызываемыхъ употребленіемъ въ пищу тѣхъ или другихъ растительныхъ веществъ, латиризмъ является одной изъ наиболѣе интересныхъ, по рѣзкости клинической картины, чистотѣ нервныхъ явленій и сравнительной несложности и стереотипности симптоматики. Болѣзнь эта далеко нерѣдкая въ нѣкоторыхъ экзотическихъ странахъ, въ прежнія времена и въ Европѣ, требовала не мало жертвъ, но въ настоящее время сравнительно рѣдко наблюдается въ нашихъ широтахъ, вслѣдствіе чего и многіе вопросы, въ особенности относительно ея патогенеза и патологической анатоміи, еще ждутъ выясненія.

Въ историческомъ отношеніи интересна справка *Huber'a* ¹⁾, согласно которой, вѣроятно, еще Гиппократу былъ извѣстенъ латиризмъ. Такъ въ одномъ изъ его сочиненій (*Lib. 2. Sect. IV, 3* и *VI, 4, 11*) говорится слѣдующее: „въ Аиносѣ женщины и мужчины, питавшіеся продолжительное время бобами, стали страдать слабостью ногъ, которая и въ послѣдствіи не проходила; также и у тѣхъ, которые питались горохомъ, появились боли въ колѣняхъ“.

¹⁾ Huber. *Friedreichs Blätter* 1886. по *Schucherd't'y Archiv f. klinische Medicin* 1887. В. 40.

По *Mingazzini* и *Buglioni* ¹⁾ о латиризмѣ упоминаютъ Виргилій, Галенъ, Dioscorides и Авиценна; по *Корневзну* ²⁾ ядовитыя свойства растенія, вызывающаго названную болѣзнь, были извѣстны также Плинію и Колумеллѣ. Изъ XVII вѣка имѣется эдиктъ герцога Георга Виртембергскаго отъ 1671 г., двоекратно подтвержденный герцогомъ Леопольдомъ въ 1705 и 1714 г., въ силу котораго запрещалось примѣшиваніе къ хлѣбу муки изъ *Lathyrus cicera*, такъ какъ употребленіе этой муки вызывало тяжелую болѣзнь, выражавшуюся въ „удивительной тугоподвижности“ нижнихъ конечностей (*George Don* ³⁾). Неоднократно также въ Италіи и южной Франціи въ 17 и 18 вѣкахъ и началѣ нашего столѣтія наблюдали болѣзнь, которая развивалась послѣ употребленія въ пищу латируса и заключалась главнымъ образомъ въ слабости и тугоподвижности нижнихъ конечностей (*Ramazzini*, *Duvernoy*, *Linget* и *Tissot*, *Puihn*, *Tozetti* и др.).

Въ новѣйшее время особенное вниманіе обратили на себя Индія и Алжиръ, гдѣ по временамъ развивались настоящія эпидеміи латиризма, и въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ больные насчитывались тысячами (*Irving* ⁴⁾, *Froust* ⁵⁾, *Astier* ⁶⁾). Отъ времени до времени, впрочемъ, и въ Европѣ продолжаютъ появляться случаи заболѣванія этой болѣзью, то спорадическіе (*Cantani* ⁷⁾), *Mingazzini* и *Buglioni* ⁸⁾), то небольшія эпидеміи, какъ напр. въ 1892 г. въ Россіи, гдѣ въ одномъ имѣніи Саратовской губ. изъ 140 человѣкъ сельскохозяйственныхъ рабочихъ, одновременно заболѣло 30 человѣкъ (*Шаб-*

¹⁾ *Mingazzini* e *Buglioni*. Riv. speriment. XXII. 1896.

²⁾ Корневзнъ. Ядовитыя растенія 1894, перев. съ франц.

³⁾ По *Schuchardt*'y. Archiv für klin. Med. 1887. Bd. 40.

⁴⁾ *Irving*. The indian annals of med. sciences Calcutta 1859. Vol. 6 и 1861 Vol. 9. и *Gazette des Hopitanx* 1861.

⁵⁾ *Proust*. Bulletin de l'academie de médecine. Paris 1883. T. 12.

⁶⁾ *Astier*. Contribution à l'étude du lathyrisme. Lyon 1883.

⁷⁾ *Cantani*. Gazette hebdomod. de med. etc. 1874. XI.

⁸⁾ l. c.

линъ ¹⁾, Семидаловъ ²⁾, Кожевниковъ ³⁾. Въ прежнія времена болѣзнь называлась: *crurum exsolutio*, *crurum impotentia*, *crura imbecillia*, *storpio del gambe* (Czarda ⁴⁾), а свое научное названіе—*Lathyrismus*,—она получила лишь въ 1874 г. по предложенію *Cantani*. Это названіе указываетъ на причинную связь болѣзни съ растеніемъ, принадлежащимъ къ роду „*Lathyrus*“.

Этотъ родъ принадлежитъ къ травянистымъ, однолѣтнимъ и многолѣтнимъ бобовымъ растеніямъ, и виды его распространены по всему сѣверному полушарію и встрѣчаются какъ въ старомъ, такъ и въ новомъ свѣтѣ. Нѣкоторые виды встрѣчаются также на горахъ въ тропической Африкѣ и въ южной Америкѣ (*Bentham* ⁵⁾, *Tauber* ⁶⁾). Извѣстны около ста, хорошо охарактеризованныхъ видовъ (*Bentham*, *Tauber*), изъ которыхъ въ Россіи встрѣчаются 33 вида (*Trautvetter* ⁷⁾).

По *Корневзну* ⁸⁾ по крайней мѣрѣ семь видовъ этого рода ядовиты, а именно: *Lath. sativus* L., *Lath. cicera* L., *Lath. odoratus* L., *Lath. purpureus*, *Lath. Aphaca*, *Lath. amoenus* и *Lath. Clymenum*. Первые три отнесены *Корневзномъ* къ воздѣлываемымъ видамъ, а послѣдніе четыре къ дикорастущимъ. *Lath. Sativus* L. съ давнихъ временъ воздѣлывается на югѣ Европы, какъ кормовая трава и отчасти на сѣмена, также и въ западной умѣренной Азіи, въ сѣверной Индіи,

¹⁾ Шабалинъ. Медиц. обозр. 1893. № 4.

²⁾ Семидаловъ. Медиц. обозрѣніе 1893. № 8.

³⁾ Кожевниковъ. Вѣстникъ психіатр. и невроп. 1894. X. 2.

⁴⁾ Czarda. Prager med. Wochenschr. 1876. № 23 и 24.

⁵⁾ у *Benthami* Hooker. Genera plantarum I. 1856. стр. 526.

⁶⁾ у *Engleru* Prantl. Die natürlichen Pflanzenfamilien. III. 3. 1894. стр. 353.

⁷⁾ v. Trautvetter. Catalogus viciearum rossicarum. Изъ «Трудовъ Императорскаго С.-Петербургскаго ботаническаго сада». Т. III.

⁸⁾ *Корневзнь*. Ядовитыя растенія 1894, перев. съ франц. стр. 223—237.

Америкѣ (*De Candolle* ¹⁾) и Абиссиніи (*Alefeld* ²⁾). *De Candolle* считаетъ вѣроятнымъ, „что этотъ видъ существовалъ, до его культуры, отъ юга Кавказа или Каспійскаго моря до сѣвера Индіи, и что онъ распространился въ Европѣ вслѣдствіе древнихъ культуръ, и, быть можетъ, въ смѣшеніи съ хлѣбными растеніями (злаками)“.

Въ Россіи этотъ видъ засѣвается на поляхъ и встрѣчается иногда между посѣвами въ Польшѣ, Подольской, Бессарабской, Екатеринославской, Курской, Харьковской, Херсонской, Таврической губерніяхъ, на Кавказѣ, въ Закавказьѣ и Туркестанѣ; дико только въ Закавказьѣ и Туркестанѣ; сорное на югѣ Россіи между посѣвами (*Шмальгаузенъ* ³⁾). Сѣверная граница распространенія *Lath. sativus* въ Россіи Курская губ. и Каспійское побережье (*Траутфеттеръ*), но по *Шабалину*, онъ, въ послѣднее время по крайней мѣрѣ, воздѣлывается также въ Саратовской губ.

Lath. cicera L. воздѣлывается въ Италіи подъ названіемъ *moschi*, во Франціи и Испаніи, далѣе начиная отъ Европейской Турціи и Египта до юга Кавказа и Вавилона. Въ Испаніи и Италіи, а также въ Нижнемъ Египтѣ этотъ видъ попадаетъ дикимъ. „Для Индіи онъ не приводится ни дикимъ ни культурнымъ и не имѣетъ также санскритскаго названія. Первоначальной родиной этого вида была, вѣроятно, область, лежащая между Испаніей и Турціей, быть можетъ также Алжиръ, а культура, не особенно древняя, распространила его въ западной Азіи“ (*De Candolle*).

Въ Россіи онъ попадаетъ сорнымъ въ южномъ Крыму и на Кавказѣ (*Шмальгаузенъ*). Сѣверная граница его распространенія южный Крымъ, Мингрелія, Имеретія и города Тифлисъ, Шемаха и Баку (*Траутфеттеръ*).

¹⁾ De Candolle. Мѣстоприсхожденіе воздѣлываемыхъ растений. Перев. съ 2-го франц. изд. Петерб. 1885, стр. 108—109.

²⁾ Alefeld. Landwirthschaftliche Flora. Berlin. 1886.

³⁾ Шмальгаузенъ. Флора средней и южной Россіи Т. I. 1895.

Lath. odoratus L. въ Россіи разводится въ садахъ подъ названіемъ душистаго гороха. Родина его южная Италія (*Шмальгаузенъ*).

Lath. aphaca L. въ средней и южной Европѣ (*Rosenthal*¹⁾); на холмахъ въ южномъ Крыму и на Кавказѣ (*Шмальгаузенъ*).

Lath. purpureus Gilib. или *Lath. latifolius L.* въ южной Европѣ и юго-западной Азіи (*v. Mueller*²⁾). Въ южной (Херсонск. Елисаветградск.) и средней Россіи одичалымъ изъ садовъ и дико (?) въ Польшѣ, Балт., въ Крыму, на Кавказѣ и Закавказьѣ (*Шмальгаузенъ*).

Lath. Clymenum L. въ Испаніи и сѣверной Африкѣ (*Rosenthal*).

Итакъ изъ видовъ, которымъ приписывается ядовитое свойство, въ Россіи встрѣчаются: *Lath. sativus L.*, *Lath. cicera L.*, *Lath. odoratus L.*, *Lath. latifolius L.* и *Lath. aphaca*. Но кромѣ того встрѣчаются еще 28 видовъ чины, изъ которыхъ нѣкоторые распространены всюду, безусловно безвредны и очень цѣнятся, какъ кормовыя травы, въ особенности *Lath. pratensis L.*, которое растетъ дико на лугахъ и между кустарниками, между прочимъ и въ Петербургской губ. (*Шмальгаузенъ*), и которое никогда не вызывало у животныхъ какихъ либо разстройствъ; далѣе *Lath. silvestris L.* (лѣсная чина), которое въ послѣднее время усиленно рекомендуется какъ кормовая трава для разведенія въ широкихъ размѣрахъ на тощихъ и глубокихъ песчаныхъ почвахъ (*Wittmack*³⁾).

На распространенность означеннаго растенія, въ достаточной мѣрѣ, впрочемъ, указываетъ и обиліе народныхъ названій, существующее для разныхъ видовъ латируса. Интересующихся этимъ вопросомъ я могу отослать къ цитированной

¹⁾ Rosenthal. Synopsis plantarum diaphoricarum Erlangen. 1862.

²⁾ Baron Frd. von Mueller. Select extra-tropical plants. Melbourne. 1891.

³⁾ Wittmack. Baron v. Mueller. l. c.

статьѣ Schuchardt'a, здѣсь же я приведу только тѣ названія, которыя на разныхъ языкахъ и нарѣчійхъ встрѣчаются въ Россіи ¹⁾:

Русскія: Гороховникъ, горохъ лѣсной, горошекъ, чина (родъ *Lathyrus* вообще); тетерка—трава, угластый горохъ (у садовниковъ), гороховникъ бараній, горохъ плоскій (*Lath. cicera*); нѣмецкій горохъ (у огородниковъ), горохъ сѣрый (*Lath. sativus*).

Польскія: *Łędwian. Łędzwiec, Lendzioj (zle). Groszek* (родъ *Lathyrus* вообще); *Soczewiczka* (*Lath. cicera*).

Финскія: *Nätkelme, Nätkin* (*Lath.* вообще).

Грузинскія: Эревинди, Бардацерцви (*Lath. sativus*).

Гурійскія, минирельск., имеретинск.: Мухудо. (*Lath. sativus*).

Киргизскія: Кунгъ (*Lath. sativus*).

Въ Саратовской губ. для *Lath. sativus* употребляется названіе: зубковый горохъ или зубецъ (*Шабалинъ*).

Что касается вопроса, который изъ видовъ латируса болѣе вреденъ, то въ этомъ отношеніи мнѣнія расходятся. *Rosenthal* ²⁾, *Karsten* ³⁾ указываютъ на опасность, сопряженную съ употребленіемъ въ пищу *Lathyrus cicera* и не упоминаютъ объ этомъ, говоря о *Lathyrus sativus*. Съ другой стороны *Fr. v. Müller* ⁴⁾ очень обстоятельно распространяется о ядовитости *Lathyrus sativus*, называя это растеніе „réellement vénéneuse“, между тѣмъ какъ этотъ авторъ относительно *Lathyrus cicera* только отмѣчаетъ, что употребленіе его „n'en est pas sans danger“. По *Корневэну* во Франціи *Lathyrus cicera* (*Gesse chiche, jarosse, jarousse*,

¹⁾ Анненковъ. Ботаническій словарь.

²⁾ *Rosenthal. Synopsis plantarum diaphoricarum. Erlangen 1862. pag. 1007.*

³⁾ *Karsten. Deutsche Flora. Pharmaceutisch - medicin. Botanik. Berlin. 1880—83. pag. 708.*

⁴⁾ *Naudin et le baron Frd. von Müller. Manuel de l'acclimatization au choix des plantes. Paris et Antibes 1887. pag. 331.*

pois breton, pois cornu, pois chabot, garonde, jarande) считают вообще болѣе ядовитымъ, чѣмъ *Lathyrus sativus* (gesse cultivée, dentelle d'Espagne, gesse à larges gousses, pois carré).

Эндемія латиризма, наблюдавшіяся въ Индіи и Алжирѣ были вызываемы то употребленіемъ въ пищу *L. sativus* (*Irving*¹⁾, *Proust*²⁾, то *L. clymenum* (*Grandjean*³⁾). Описанная Шабалинымъ, Кожевниковымъ и Семидаловымъ эндемія латиризма въ Россіи, была обусловлена употребленіемъ въ пищу *L. sativus*.

Въ Абиссиніи по преимуществу употребляется *Lat. sativus coeruleus*, который и служитъ причиною латиризма въ этой странѣ. Отсюда видно, что, вѣроятно, названные виды рода *Lathyrus ceteris paribus* въ одинаковой степени ядовиты, но весьма возможно, что климатическія условія не остаются безъ вліянія на растеніе, въ томъ смыслѣ, что видъ сравнительно безвредный въ сѣверныхъ широтахъ, становится ядовитымъ въ болѣе жаркомъ климатѣ (*Корневиз*).

Какъ уже сказано, разные виды чины служатъ преимущественно кормомъ для животныхъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ употребляются и въ пищу человѣка. Такъ на югѣ Европы чрезвычайно распространено употребленіе въ пищу сѣмянъ *Lath. cicera* L. и нѣкоторыхъ другихъ видовъ чины, напр. *Lath. Ochrus* DC., плоды котораго въ Греціи и Испаніи служатъ для печенія хлѣба (*Rosenthal*), а *Lath. cicera* въ незрѣломъ видѣ употребляется въ Италіи какъ салатъ (*Czarda*). Въ Алжирѣ чина составляетъ самую обыкновенную пищу кабилскаго населенія. Здѣсь ѣдятъ плоды растенія, имѣющіе видъ гороха, въ сушенномъ надъ огнемъ видѣ, размоченные въ соленой водѣ; изъ чиновой муки, съ болѣею или меньшею примѣсью обыкновенной муки, пекутъ лепешки или

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Grandjean. Archives de med. et d. pharm. milit. 1883. I no Schuchardt'y 1, c.

готовятъ клецки, (по кабилски—кускусу) которыя для испеченія держутъ просто въ пару. (*Proust, Astier*).

Абиссинцы употребляютъ чину, по преимуществу въ видѣ большихъ блиновъ (инджера), приготовленныхъ съ примѣсью нѣкотораго, по возможности большаго количества, обыкновенной муки.

Давно извѣстно кромѣ того примѣненіе нѣкоторыхъ видовъ чины какъ лѣкарственныхъ средствъ, напр. корневища *Lat. tuberosus L.*, т. н. *Glandes terrestres*, сѣмянъ *Lath. Ochrus Dc.*, т. н. *semina Ochri*, сѣмянъ *Lath. vernus Bernh.* или *Semina galegae nemorensis vernae* и др., которые употребляются отчасти отъ запоровъ, отчасти отъ поносовъ, какъ мочегонныя и т. д. (*Rosenthal*).

Мы видимъ, такимъ образомъ, что употребленіе разныхъ видовъ чины чрезвычайно распространено, хотя не можетъ подлежать сомнѣнію, что въ сознаніи народовъ имѣется совершенно опредѣленное представленіе о вредѣ чины и ея соотношеніи къ развитію латиризма, такъ какъ во многихъ странахъ болѣзнь называется по растенію: въ Италіи—*cicerchia*, (*cicerchina*, *cicerchiello*, *cicerchia*=чина) въ Алжирѣ—*moerd djilben* (*moerd*—болѣзнь, *djilben*—чина), въ Абиссиніи—*guója baschetá* (*guoja*—чина, *baschetá*—болѣзнь). Отчасти эта несообразность объясняется тѣмъ, что чина представляетъ собою очень легко доступный, питательный и довольно вкусный, суррогатъ хлѣба и вслѣдствіе своей нечувствительности къ метеорологическимъ вліяніемъ даетъ хорошій урожай часто тогда, когда имѣется полный недородъ хлѣба. Бѣдное населеніе тогда по нуждѣ начинаетъ питаться чиной, предпочитая болѣзнь голодной смерти.

По крайней мѣрѣ въ Абиссиніи мнѣ неоднократно приходилось слышать подобнаго рода заявленія. Дальнѣйшимъ мотивомъ для пренебреженія опасностью можетъ служить еще то, что дѣйствительно зачастую употребленіе чины остается безнаказаннымъ. Такъ напр., въ Абиссиніи цѣлыя селенія и

деревни въ голодные годы питаются чиной, но всегда заболѣваютъ лишь очень немногія лица.

Въ Алжирѣ, гдѣ кабилское населеніе постоянно употребляетъ чину, проходятъ иногда 10—15 лѣтъ безъ заболѣванія латиризмомъ, а затѣмъ вдругъ появляется масса больныхъ (*Proust*). Въ Россіи въ 1892 г., вслѣдствіе неурожая хлѣба, во многихъ большихъ экономіяхъ Саратовской губ. практиковалось примѣшиваніе къ ржаной мукѣ чины, но лишь въ одномъ имѣніи Балашовскаго уѣзда употребленіе чины вызвало эндемію латиризма, причемъ изъ 140 человѣкъ, находившихся въ совершенно одинаковыхъ условіяхъ жизни и питанія, заболѣло только 30 человѣкъ (*Шабалинъ*).

При какихъ условіяхъ собственно вызывается отравленіе чиной, почему употребленіе этого растенія въ пищу становится опаснымъ только для нѣкоторыхъ лицъ и почему, наоборотъ, питаніе этимъ растеніемъ, по крайней мѣрѣ тѣми видами его, которые признаются ядовитыми, зачастую остается безнаказаннымъ, это до сихъ поръ еще съ достовѣрностью не выяснено.

Ниже мы еще придется остановиться на нѣкоторыхъ предположеніяхъ, высказанныхъ по этому поводу, здѣсь же я укажу только на тѣ обстоятельства, которыя по наблюденію авторовъ, имѣютъ значеніе для этиологіи латиризма. У человѣка лагиризмъ развивается только послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго употребленія въ пищу чины. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ первыя болѣзненные явленія обнаруживались лишь послѣ того, какъ больные употребляли чину въ теченіе 3 до 4 мѣсяцевъ. Въ зависимости, впрочемъ, отъ болѣе или менѣе значительной примѣси чины къ обыкновенной пицѣ, этотъ срокъ колеблется между предѣлами отъ 2 мѣсяцевъ (*Brunelli*¹⁾, *Шабалинъ*, *Mingazzini e Buglioni*) съ одной стороны, и 5 мѣсяцевъ съ другой сто-

¹⁾ Brunelli. *Bullet. d. R. acad. med. di Roma* 1880 VI. № 8 и *Transact. of the seventh. session of intern med. congr. London* Vol. II.

роны (*Mingazzini e Buglioni*). По моимъ наблюденіямъ означенный срокъ даже можетъ сократиться до одного мѣсяца, если чина составляла единственную пищу больного въ теченіе этого времени (случай 4).

Вопросъ, какое количество чины необходимо для того, чтобы вызвать отравленіе, по понятнымъ причинамъ, не поддается разбору. Извѣстно только, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго времени обнаруживались признаки латиризма, количественное отношеніе чины къ остальному пищевому довольствію составляло не менѣе одной трети, (*Шабалинъ, Mingazzini e Buglioni*). Съ другой стороны, однако, несомнѣнно и то, что такое же отношеніе, зачастую не вызываетъ никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Такъ напр. въ Алжирѣ кабилское населеніе для своихъ лепешекъ и клецокъ, составляющихъ во многихъ случаяхъ единственную пищу населенія, обыкновенно употребляетъ смѣсь изъ одной части чины и двухъ частей обыкновенной муки (*Proust*), и тѣмъ не менѣе латиризмъ появляется въ этой странѣ только временами.

Несомнѣнное значеніе въ этиологіи латиризма, повидимому, имѣютъ климатическія условія, такъ какъ по наблюденіямъ громаднаго большинства авторовъ, болѣзнь развивается всегда и почти исключительно въ холодное и дождливое время года. Важную роль также играетъ полъ и возрастъ больныхъ. Болѣзнь поражаетъ по преимуществу молодыхъ людей въ возрастѣ отъ 18—35 лѣтъ, а старики и дѣти заболѣваютъ чрезвычайно рѣдко (*Georgieri*¹⁾, *Proust, Cantani, Mingazzini e Buglioni*). Равнымъ образомъ женскій полъ сравнительно мало восприимчивъ къ отравленію. По *Irving*'у, видѣвшему въ Индіи многія сотни больныхъ, женщины составляютъ лишь около 20 проц, *Proust* видѣлъ 66 больныхъ, среди которыхъ были 3 женщины. Въ числѣ 13 больныхъ, описанныхъ *Min-*

¹⁾ *Georgieri* по *Mingazzini* и *Buglioni* 1. с. и *Schuchardt* 1. с.

gazzini e Buglioni, были 3 женщины; Шабалинъ видѣлъ среди 16 больныхъ, одну женщину. Въ числѣ моихъ больныхъ (15 чел.) также была только одна женщина. Совокупность этихъ цифръ даетъ 110 больныхъ, на которыхъ приходилось 8 женщинъ. Хотя статистика для многихъ болѣзней обнаружила преобладаніе то того, то другого возраста и пола, то все-таки это явленіе весьма странно и загадочно въ виду несомнѣнно интоксикаціоннаго свойства латиризма.

Что касается соотношенія латиризма къ двумъ главнымъ источникамъ нервныхъ болѣзней вообще, то еще *Proust* обратилъ вниманіе на этотъ вопросъ и отрицалъ всякую связь между сифилисомъ и латиризмомъ. Къ такому же результату пришли *Mingazzini* и *Buglioni*, разбиравшіе этотъ вопросъ на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ собственныхъ наблюденій. Мой матеріалъ въ этомъ отношеніи не даетъ никакихъ указаній, такъ какъ чрезвычайное распространеніе сифилиса въ Абиссиніи вообще ¹⁾, не допустило бы сдѣлать какіе-либо выводы въ данномъ вопросѣ, даже при болѣе крупныхъ цифрахъ. Относительно предполагаемой роли алкоголизма въ этиологіи латиризма, вопросъ очень просто рѣшается указаніемъ на то обстоятельство, что латиризмъ болѣе всего распространенъ въ странахъ, гдѣ исповѣдуется исламъ.

Выдающееся мѣсто въ картинѣ болѣзни, какъ въ началѣ заболѣванія, такъ и на высотѣ развитія его, занимаютъ двигательныя разстройства съ характеромъ спастическаго парализа нижнихъ конечностей. Мышцы нижнихъ конечностей представляются напряженными, ригидными и обнаруживаютъ значительную тугоподвижность, какъ при пассивныхъ такъ и при активныхъ движеніяхъ. При этомъ въ разныхъ случаяхъ разныя группы мышцъ поражены въ разной степени. По *Cantani* особенно затруднено сгибаніе голеней, между тѣмъ какъ разгибаніе голеней происходитъ довольно свободно. По

¹⁾ Гольцингеръ. Душевные болѣзни въ Абиссиніи. Обзоріе Психіатріи и т. д. 1897. № 3.

Mingazzini и *Buglioni* особенно затруднены сгибательныя движенія голени и стопы. *Шабалинъ* и *Кожесвииковъ*, напротивъ того, наблюдали, что именно разгибаніе колѣннаго сустава производится съ трудомъ. Последнее подтверждается и моими наблюденіями. Въ зависимости отъ степени разстройства тѣхъ или другихъ движеній, и разстройство походки представляется разнообразнымъ. По описаніямъ нѣкоторыхъ авторовъ это разстройство заключается въ слѣдующемъ: Больные ходятъ съ трудомъ, обыкновенно упираясь на двѣ длинныя палки, которыя они переставляютъ попеременно, вмѣстѣ съ противоположной ногой; при этомъ туловище сильно наклонено впередъ, ноги не сгибаются въ колѣнныхъ суставахъ, стопа разогнута, больные дѣлаютъ очень большіе шаги и ступаютъ только носками ногъ, или же такимъ образомъ, что носокъ раньше соприкасается съ поломъ, чѣмъ пятка (*Pronst, Cantani, Mingazzini e Buglioni*). Нѣсколько иная картина получается по описанію *Шабалина*, которое я привожу дословно:

„Изъ одиннадцати больныхъ восемь вошли въ пріемную съ палками. Опираясь на нихъ руками и почти вися всѣмъ туловищемъ, больные напрягали затылочные мышцы, грудь выпячивали впередъ, а ягодицы выставляли назадъ, такъ что въ профилѣ поясничная область представлялась сѣдло-образно вогнутой. Ступали больные, прикасаясь къ полу только пальцами или вѣрнѣе плюсно-фаланговыми сочлененіями, причемъ пятка почти ни у одного не касалась пола. Ноги при стояніи и при ходѣ дугообразно изогнуты и немного разведены“.

Это описаніе согласуется въ общихъ чертахъ и съ моими наблюденіями, съ той только разницей, что больные, которыхъ я видѣлъ, ходили безъ палокъ; нѣкоторые изъ нихъ упирались на своихъ провожатыхъ; ходили они съ согнутыми и нѣсколько обращенными во внутрь колѣнами, такъ что при ходѣ одно колѣно терлось о другое; наступали только носками ногъ или вѣрнѣе метатарсо-фаланговыми сочлененіями; туловище не было наклонено впередъ, а напротивъ, голова

была нѣсколько откинута назадъ и тазъ выпячивался кзади, т. е. имѣлась склонность къ образованію лордоза. Нѣкоторые изъ больныхъ передвигались довольно быстро и не отставали отъ нормальныхъ пѣшиходовъ, не смотря на довольно рѣзко выраженное разстройство походки (см. ниже случай № 6).

Повѣстно, впрочемъ, что въ зависимости отъ степени заболѣванія, описанныя разстройства выражены то болѣе, то менѣе рѣзко. Нѣкоторые больные не въ состояніи удержаться на ногахъ даже при помощи палокъ (*Cantani, Mingazzini e Buglioni*), а другіе даже могутъ простоять нѣкоторое время на одной ногѣ (*Mingazzini e Buglioni*).

Помимо описанныхъ разстройствъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались также ригидность затылочныхъ мышцъ и параличъ спинныхъ мышцъ (*Шабалинъ*) и парезъ длинныхъ спинныхъ мышцъ (*Mingazzini e Buglioni*). *Proust* наблюдалъ у 2 изъ 20 больныхъ дрожаніе рукъ, но въ общемъ при латиризмѣ верхнія конечности остаются непораженными (*Irving*) и это обстоятельство даже до нѣкоторой степени можетъ служить характерной особенностью латиризма (ср. *Tuczek*¹⁾). Равнымъ образомъ, обыкновенно, не поражаются черепно-мозговые нервы.

Что касается электрической возбудимости мышцъ и нервовъ при латиризмѣ, то наблюденія расходятся въ значительной степени. Въ шести изъ тринадцати случаевъ описанныхъ *Mingazzini e Buglioni* возбудимость мышцъ и нервовъ была нормальна для гальваническаго и фарадическаго тока. Въ четырехъ случаяхъ и гальваническая и фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ была понижена; въ одномъ случаѣ только гальваническая возбудимость мышцъ и нервовъ была понижена; въ другомъ, реакція только нервовъ на оба тока была понижена, въ третьемъ, наконецъ, только фарадическая возбудимость нервовъ была понижена. *Cantani* наблюдалъ по-

¹⁾ *Tuczek*. у *Penzoldt und Stinzing*. Handbuch. spec. d. Therapie 1895 pag. 391—2.

ниженіе реакціи мышцъ на фарадическій токъ. По *Кожевникову* реакція мышцъ и нервовъ на оба тока понижена. Механическая возбудимость мышцъ нижнихъ конечностей почти всегда рѣзко повышена.

Трофическія разстройства въ мышцахъ относятся безусловно къ чрезвычайно рѣдкимъ явленіямъ. Только *Cantani* (въ трехъ случаяхъ) упоминаетъ о нѣкоторомъ уменьшеніи объема и дряблости икроножныхъ мышцъ. Остальные авторы единогласно утверждаютъ, что при латиризмѣ мышечныя атрофіи отсутствуютъ, такъ напр., *Mingazzini* и *Buglioni* ни въ одномъ случаѣ (изъ 13) не нашли ни полной ни частичной реакціи перерожденія.

Изъ сухожильныхъ рефлексовъ всегда рѣзко повышенъ коленный рефлексъ; весьма часто наблюдается клонусъ стопы (*Georgieri*, *Шабалинъ*, *Семидаловъ*, *Кожевниковъ*, *Mingazzini* и *Buglioni*) и, насколько показывают мои наблюденія, къ довольно постояннымъ явленіямъ относится также клонусъ коленной чашки. Остальные сухожильные рефлексy не обнаруживаютъ какихъ либо особенныхъ уклоненій отъ нормы.

Равнымъ образомъ и кожные рефлексy то понижены, то немного повышены, то нормальны, и лишь съ нѣкоторымъ постоянствомъ наблюдалось отсутствіе стопнаго рефлекса (*Bouchard* ¹⁾, *Mingazzini* и *Buglioni*).

Кожная чувствительность почти всегда во всѣхъ отношеніяхъ нормальна (*Brunelli*, *Cantani*, *Кожевниковъ*, *Mingazzini* и *Buglioni* и др.). Лишь въ видѣ исключеній наблюдались случаи съ потерей болевой чувствительности (*Proust*) и съ пониженіемъ ея (*Grandjean*), а также наоборотъ, съ повышеніемъ тактильной, болевой и термической чувствительности (*de Renzi* ²⁾).

¹⁾ Bouchard. V. Pierre Marie. Progrès medical. 1883. XI.

²⁾ По *Mingazzini* и *Buglioni* l. c.

Нерѣдко, но только въ началѣ болѣзни бываютъ субъективныя разстройства чувствительности: боли въ поясницѣ, въ большихъ пальцахъ ногъ, (*Bourlier*¹⁾, *Prengrueber*²⁾ въ голени, головныя боли (*Шабалинъ*). Парѣстезіи (*Grandjean*) относятся къ числу рѣдкихъ явленій.

Также въ началѣ болѣзни и сравнительно часто, наблюдаются разстройства со стороны тазовыхъ органовъ, а именно: недержаніе мочи и кала и ослабленіе половой способности (*Prengrueber*, *Шабалинъ*, *Семидаловъ*, *Кожевниковъ*), а также наоборотъ, задержка мочеиспусканія (*Bourlier*). Въ другихъ случаяхъ однако эти явленія совершенно отсутствовали и секреторныя и экскреторныя функціи больныхъ были вполне нормальны (*Cantani*, *Mingazzini e Buglioni*). Изъ анамнестическихъ данныхъ, относящихся къ моимъ наблюденіямъ, видно, что только трое больныхъ жаловались на пониженіе половой способности, бывшей въ началѣ болѣзни, но ни одинъ изъ нихъ не упоминалъ о разстройствахъ со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, хотя разспросы были направлены на этотъ предметъ.

Что касается психическихъ функцій, то таковыя при латиризмѣ не страдаютъ (ср. *Charcot*, *Brissaud* и *Brunelli*³⁾). Спеціальное вниманіе обратили на этотъ вопросъ *Шабалинъ*, *Mingazzini e Buglioni* и пришли къ отрицательнымъ результатамъ. Мнѣ также не удалось опредѣлить на моихъ больныхъ какихъ либо психическихъ разстройствъ. Въ равной мѣрѣ и со стороны черепно-мозговыхъ нервовъ обыкновенно не наблюдается какихъ-либо разстройствъ.

Заканчивая симптоматологію латиризма, я замѣчу еще, что несогласіе авторовъ по отношенію къ нѣкоторымъ симптомамъ латиризма и нѣкоторыя противорѣчія въ описаніяхъ болѣзни, до нѣкоторой степени объясняются тѣмъ, что болѣзнь была изучена

¹⁾ *Bourlier*. V. Pierre Marie и *Schuchardt* l. c.

²⁾ *Prengrueber*. *Proust* l. c.

³⁾ Цит. по *Mingazzini e Buglioni* l. c.

на субъектахъ въ продолженіи разнаго времени страдавшихъ болѣзною. Большинство авторовъ имѣло въ своемъ наблюденіи весьма старые случаи болѣзни, такъ напр. больные, описанные *Mingazzini e Buglioni* страдали латиризмомъ уже около 15—20 лѣтъ. Изъ новѣйшихъ авторовъ только *Шабалинъ* имѣлъ возможность наблюдать болѣзнь почти въ самомъ началѣ ея проявленія, и сравнительно свѣжіе случаи (изъ той-же группы больныхъ) видѣли *Семидаловъ* и *Кожесвииковъ*. Субъекты, относящіеся къ моимъ наблюденіямъ, были больны отъ 2—10 лѣтъ. Тѣмъ не менѣе однако явленія были у всѣхъ очень сходственны и различались только въ количественномъ отношеніи. Изъ этого можно заключить, что въ общемъ болѣзнь становится стаціонарной не позднѣе чѣмъ черезъ два года отъ начала ея, и, вѣроятно, еще гораздо раньше.

Обращаясь къ вопросу о началѣ и теченіи болѣзни, необходимо отмѣтить интересный фактъ отсутствія какихъ либо общихъ явленій отравленія, а также явленій со стороны желудочнокишечнаго канала. Изъ всѣхъ авторовъ только *Brunelli* упоминаетъ о томъ, что нѣкоторые изъ его больныхъ ощущали нѣчто въ родѣ опьяненія послѣ приема пищи, къ которой была примѣшена чина. Обыкновенно болѣзнь начинается съ того, что мало по малу у больныхъ появляется слабость въ ногахъ, которыя, какъ будто, становятся тяжелѣе, вмѣстѣ съ тѣмъ движенія становятся труднѣе и къ этой тугоподвижности присоединяется черезъ нѣкоторое время крайне тягостное для больныхъ дрожаніе нижнихъ конечностей, а иногда весьма болѣзненные судороги, особенно въ икроножныхъ мышцахъ (*Irving, Bourlier, Шабалинъ*). Бываетъ однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ и весьма острое развитіе болѣзни: субъектъ вечеромъ ложится спать здоровымъ и просыпается утромъ съ полной параплегіей нижнихъ конечностей (*Irving, Proust, Bourlier*). Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ и то, что болѣзнь развивается какъ будто, скачками (*Desparanches*¹⁾). Дальнѣйшее теченіе всегда весьма хроническое.

¹⁾ Цит. по *Mingazzini e Buglioni* l. c.

Сравнительно быстро проходятъ болѣзненные ощущенія и судороги, и возстаиваются нормальныя функціи тазовыхъ органовъ, если онѣ были разстроены, но двигательныя разстройства со стороны нижнихъ конечностей, т. е. спастическій парализъ съ повышенными сухожильными рефлексами, ригидными мышцами и клоническимъ дрожаніемъ, обнаруживаютъ лишь очень незначительную склонность къ улучшенію, и въ громадномъ большинствѣ случаевъ остаются на всю жизнь. На продолжительность послѣдней, латиризмъ непосредственнаго вліянія, какъ будто, не оказываетъ.

Этимъ опредѣляется и предсказаніе болѣзни, почти абсолютно плохое *quoad sanationem*, но хорошее *quoad vitam*.

Лечебными мѣрами, къ которымъ относятся электричество, массажъ и водолеченіе, правда достигается нѣкоторое улучшеніе (*Brunelli, Семидаловъ, Кожесниковъ, Mingazzini* и *Buglioni*), но излеченіе наступило, насколько извѣстно, только въ одномъ случаѣ (*Cantani*). Нѣкоторый успѣхъ видѣли также отъ впрыскиваній стрихнина и употребленія тонизирующихъ средствъ (*Mingazzini* и *Buglioni*). По *Brunelli* болѣзнь не только остаивается, но проходитъ, если прекратить употребленіе чины немедленно при развитіи первыхъ болѣзненныхъ явленій, но по моимъ наблюденіямъ это достигается далеко не всегда и, не смотря на прекращеніе употребленія чины, даже въ самомъ началѣ болѣзни, иногда развивается довольно тяжелая форма латиризма.

Въ распознавательномъ отношеніи сравненію съ латиризмомъ подлежатъ эрготизмъ, пеллагра и бери-бери.

При хроническомъ эрготизмѣ и, въ частности конвульсивной его формѣ (*Ergotismus spasmodicus*) кромѣ судорогъ, почти всегда наблюдаются въ началѣ болѣзни общія явленія отравленія, затѣмъ характерная парестезія, анестезія кожи, атаксія, нерѣдко падучыя приступы и психическія

разстройства (*Tuzek*¹⁾, *Siemens*²⁾, *Реформатскій*³⁾), чего, какъ мы видѣли, при латиризмѣ не бываетъ.

Съ пеллагрой латиризмъ раздѣляетъ явленіе спастическаго состоянія и повышенной механической возбудимости мышцъ, но онъ рѣзко отличается отъ этой болѣзни отсутствіемъ нѣкоторыхъ явленій, свойственныхъ пеллагрѣ, къ которымъ, между прочимъ, относятся: характерная эритема въ началѣ болѣзни, частичные парезы напр. вѣкъ, амблиопія и психическія разстройства, выраженные часто въ рѣзкой степени (*Tuszek, Walker*⁴⁾). При хроническомъ теченіи той и другой болѣзни, для пеллагры характерны временныя обостренія (*Tuszek*), не наблюдаемыя при латиризмѣ. Не безъ значенія, наконецъ, и то обстоятельство, что въ противоположность латиризму, при эрготизмѣ и пеллагрѣ поражаются равнымъ образомъ нижнія и верхнія конечности.

Что касается бери-бери, то и здѣсь равномерное пораженіе верхнихъ и нижнихъ конечностей, а также теченіе болѣзни, обычно кончающейся смертью, въ достаточной мѣрѣ обезпечиваютъ дифференціальный діагнозъ, не говоря уже о томъ, что периферическій характеръ этой болѣзни, обуславливаетъ значительную разницу въ симптоматологіи.

Обращаясь къ патологической анатоміи латиризма, мы къ сожалѣнію не можемъ привести никакихъ фактическихъ данныхъ, за отсутствіемъ анатомическихъ изслѣдованій. Насколько извѣстно, до сихъ поръ произведено только одно вскрытіе (*Grandjean*), которое однако вслѣдствіе недостаточнаго изслѣдованія, не дало какихъ либо достойныхъ упоминанія результатовъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что локализацию болѣзненнаго процесса нужно искать въ спинномъ мозгу и прежде всего,

¹⁾ Tuzek. Archiv. f. Psychiatrie XIII и XVIII.

²⁾ Siemens. Archiv f. Psychiatrie XI.

³⁾ Реформатскій. Душевное разстройство при отравленіи спорыньей. Диссертация. Москва. 1893.

⁴⁾ Walker. Archiv f. Psychiatrie XXV.

если не исключительно, въ области боковыхъ столбовъ (*Strümpell*¹⁾). На участіе другихъ системъ волоконъ, а именно заднихъ столбовъ, до нѣкоторой степени указываютъ явленія со стороны тазовыхъ органовъ, но врядь ли здѣсь можно ожидать рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій, такъ какъ означенныя разстройства являются сравнительно скоро-преходящими. *Gowers*²⁾ предполагаетъ, что токсическому влиянію при латиризмѣ, подвергаются по преимуществу окончанія волоконъ пирамидныхъ пучковъ, на подобіе того, какъ кураре дѣйствуетъ на окончанія периферическихъ нервовъ.

Какъ извѣстно, при пеллагрѣ и эрготизмѣ результаты патолого-анатомическихъ изслѣдованій представляютъ собою крайне сложную, разнообразную и нехарактерную картину. Лишь съ нѣкоторымъ постоянствомъ находили при пеллагрѣ комбинированный склерозъ въ области заднихъ и боковыхъ столбовъ (*Tuszek*), а при эрготизмѣ—склерозъ въ области заднихъ столбовъ спинного мозга. Въ виду типичности клиническихъ явленій при латиризмѣ и сравнительной несложности симптоматилогіи, слѣдовало бы, собственно, ожидать такихъ же типичныхъ и характерныхъ анатомическихъ измѣненій, но небольшое число изслѣдованій, которыя до сихъ поръ произведены на животныхъ, не оправдываетъ этихъ ожиданій. О нихъ ниже еще будетъ рѣчь, а здѣсь я замѣчу только, что совершенно отрицательные результаты этихъ изслѣдованій послужили даже поводомъ для *Mingazzini* и *Viglion* высказать слѣдующее положеніе, которое я привожу въ дословномъ переводѣ: „латиризмъ должно разсматривать какъ форму спинальнаго спастическаго псевдопаралитиса, зависящаго отъ постояннаго токсико-химическаго раздраженія конечныхъ развѣтвленій корко-спинальнаго (*corticospinali*) нейрона въ поясничной области“. Противъ этого положенія, основаннаго исключительно на данныхъ, добытыхъ на живот-

¹⁾ Strümpell. Arch. f. Klin. Medicin. 1889. XXXV.

²⁾ Gowers. Nervenkrankheiten. Bonn 1892. I. pag. 447.

ныхъ, въ настоящее время, правда, можно было бы привести только возраженіе, основанное на теоретическихъ соображеніяхъ, но во всякомъ случаѣ оно мнѣ кажется преждевременнымъ; необходимо выждать дальнѣйшихъ изслѣдованій, въ особенности на человѣкѣ, тѣмъ болѣе, что, какъ мы увидимъ ниже, теченіе отравленія у человѣка и животнаго обнаруживаетъ значительную разницу.

На ряду съ человѣкомъ и животныя подвержены заболѣванію отъ употребленія въ кормъ чины. Schuchardt и Корневанъ собрали рядъ случаевъ изъ ветеринарной литературы, которые я себѣ позволю привести со словъ названныхъ авторовъ: Gabory кормилъ 18 утокъ и 7 павлиновъ смѣсью ячменной и чиновой муки; въ тотъ же день всѣ утки пали при явленіяхъ опьяненія, вялости и паралича ногъ. При тѣхъ же явленіяхъ пали пять павлиновъ, а двое остальныхъ быстро поправились и уже на третій день были совершенно здоровы.

Cauthier въ Алжирѣ потерялъ 35 изъ 80 свиней, которыхъ онъ кормилъ чиной; смерть наступила черезъ 4—5 часовъ послѣ кормленія.

Zurcher въ Алжирѣ потерялъ 300 свиней, которыя паслись одинъ день въ чиновомъ полѣ; всѣ животныя пали въ теченіе слѣдующей ночи.

Dus описываетъ случай отравленія цѣлаго стада (125 головъ) ягнятъ, которыхъ въ теченіе двухъ съ половиной мѣсяцевъ кормили исключительно красной чиной, собранной въ зрѣломъ видѣ и еще не молотой. У всѣхъ животныхъ были парализованы переднія ноги, вслѣдствіе чего онѣ передвигались въ ползучемъ положеніи; заднія же ноги были совершенно нормальны. Послѣ того какъ перестали имъ давать прежній кормъ, ягнята стали поправляться и черезъ три недѣли совершенно выздоровѣли.

Ferrares наблюдалъ въ Абруццахъ свиней, у которыхъ, вслѣдъ за кормленіемъ чиной, были парализованы заднія ноги.

У лошадей послѣ кормленія чиной развивается довольно своеобразная картина болѣзни, которую *Kornemann*, со словъ *Baillet* и *Reynal* и *Verrier* описываетъ слѣдующимъ образомъ: „Въ спокойномъ состояніи, на конюшнѣ, лошади кажутся совершенно здоровыми. Если же онѣ выводятся изъ стойла, то обнаруживается значительная слабость и тугоподвижность заднихъ конечностей и особаго рода покачиваніе задомъ, которое съ перваго взгляда можетъ внушить мысль о поврежденіи крестца. Послѣ десяти-минутнаго движенія рысью или даже шагомъ, слышенъ рѣзкій свистъ въ верхнихъ частяхъ дыхательныхъ путей, который у нѣкоторыхъ животныхъ принимаетъ характеръ сильнѣйшаго свистащаго хрипѣнія (*soffrage*), сопровождаемаго ржаніемъ и сильною удушливою одышкой. Это происходитъ тогда, когда заставляютъ животное двигаться быстрѣе или же увеличиваютъ продолжительность движенія“. Какъ только движеніе прекращается, болѣзненные явленія начинаютъ мало по малу проходить. Понятно, описанныя явленія выражены то въ бѣльшей то въ меньшей степени. „Такъ *Verrier* передаетъ, что лошадь, уже охваченная, подѣ вліяніемъ красной чины, неполнымъ параличемъ, внезапно подверглась на конюшнѣ, и притомъ безъ всякой видимой причины, сильному приступу свистащаго хрипѣнія (*soffrage*), который продолжался не меньше трехъ часовъ и затѣмъ вновь повторился черезъ три дня, среди ночи; во время этого второго приступа наступила смерть“. Въ дальнѣйшемъ теченіи картина болѣзни можетъ ослабляться слѣдующими явленіями: сильное возбужденіе, повышенная чувствительность къ прикосновенію, свѣту и шуму, неподвижность позвоночника, дрожаніе заднихъ конечностей, расстройство желудочно-кишечнаго канала, ускореніе и ослабленіе пульса. Иногда появляется сыпь, которая, начинаясь съ области холки, распространяется дальше и захватываетъ также слизистую оболочку полости рта. На высотѣ развитія болѣзни полосы и грива выпадаютъ.

Въ большинствѣ случаевъ смерть наступаетъ отъ приступа асфиксіи. При помощи горлосѣченія удавалось иногда сохранить жизнь животныхъ и онѣ оставались годными къ работѣ (*Schuchardt*). *Verrier* особенно указываетъ на то, что асфиктические приступы, вызванные кормленіемъ чиной, рѣзко отличаются отъ обыкновеннаго свистящаго хрипа (*stridor*), никогда не достигающаго такой сильной степени, какъ первые и рѣдко лишаящаго лошадей возможности работать.

Хотя лошади весьма невыносливы къ токсическому дѣйствию чины, и чрезвычайно легко подвергаются отравленію, но всетаки у нихъ отравленіе выражается почти всегда въ видѣ болѣе или менѣе хронической болѣзни, равно какъ и болѣзнь развивается у лошадей только послѣ сравнительно продолжительнаго кормленія чиной. *Althaus*¹⁾ передаетъ слѣдующія подробности относительно одной эпизоотіи среди лошадей, наблюдавшейся въ Ливерпульѣ нѣкимъ Баррономъ (*Barron*).

Барронъ кормилъ съ октября мѣсяца 78 лошадей, въ числѣ которыхъ были 4 понни, сѣменами *Lathyrus sativus*. Повидимому лошади были совершенно здоровы, хотя конюха жаловались, что быстрота хода животныхъ уменьшилась. Когда же къ концу марта настала холодная и сырая погода, съ восточными вѣтрами, съ одной изъ лошадей на улицѣ сдѣлался приступъ горлового спазма, и животное пало. Впослѣдствіи пало еще 9 лошадей при тѣхъ же явленіяхъ, а всего заболѣло 33. Въ числѣ заболѣвшихъ животныхъ была только одна кобыла и не было ни одного понни. Къ сожалѣнію, въ статьѣ не указано, сколько было кобылъ въ общемъ числѣ лошадей.

Анатомическимъ субстратомъ асфиктическихъ приступовъ является атрофія п. *recurrentis* съ обѣихъ сторонъ

¹⁾ Althaus, Die Sclerosen des Rückenmarcks 1884.

(Kobert ¹⁾), между тѣмъ какъ при обыкновенномъ свистящемъ хрипѣ (cornage) всегда парализованъ только лѣвый п. ресиг-генов (Schuchardt). Что касается остальныхъ органовъ, и въ частности спинного мозга, то, насколько мнѣ извѣстно, для нихъ не имѣется систематическихъ изслѣдованій ²⁾; въ литературѣ приводятся, между прочимъ и Корнеліемъ, лишь результаты макроскопическихъ наблюденій при вскрытіяхъ, не представляющіе ничего существеннаго.

Помимо вышеприведенныхъ наблюденій, которыя, собственно, сдѣланы случайно, и въ большинствѣ которыхъ отсутствуетъ систематичность, существуетъ также рядъ чисто лабораторныхъ опытовъ, направленныхъ непосредственно къ выясненію вопроса о вредномъ дѣйствіи чины. Въ дѣйствительности однако эти опыты выяснили очень мало, и результаты ихъ крайне противорѣчивы. Cottureau и Caignon ³⁾ кормили чинной собакъ, кроликовъ и куръ, но эти опыты дали отрицательный результатъ. Brunelli кормилъ кроликовъ мукой изъ *Lathyrus cicera*, но они погибали до развитія хроническаго отравленія. Bourlier производилъ опыты надъ лягушками, черепахами и птицами, которымъ онъ впрыскивалъ подъ кожу эфирную и алкогольную вытяжки изъ сѣмянъ *Lathyrus cicera*. Отъ впрыскиванія нѣсколькихъ капель вытяжки лягушки и воробьи погибали въ промежутокъ времени отъ нѣсколькихъ часовъ до двухъ дней; черепахи—въ теченіе 3—4 дней. Выдающимся явленіемъ у всѣхъ отравленныхъ животныхъ былъ двигательный параличъ конечностей. Astier продолжалъ на собакахъ опыты Bourlier. Въ результатѣ онъ получилъ только

¹⁾ Kobert. Intoxicationen. Stuttgart. 1893.

²⁾ Althaus (l. c.) правда передаетъ, что Барронъ (см. выше) наблюдалъ у своихъ лошадей рѣзко выраженный склерозъ боковыхъ столбовъ и атрофію переднихъ роговъ, но это заявленіе не заслуживаетъ никакого довѣрія, такъ какъ подробности изслѣдованія не приведены Althaus'омъ, а сообщаетъ онъ означенныя свѣдѣнія просто на основаніи частнаго письма Баррона къ нему.

³⁾ По Schuchardt'у l. c.

острое отравленіе съ явленіями общаго возбужденія, паралегіи и дрожанія заднихъ конечностей. Всѣ эти явленія быстро проходили и собаки поправлялись. *Pierre Marie* впрыскивалъ морскимъ свинкамъ подъ кожу алколоидъ, извлеченный имъ совместно съ *Londe* изъ сѣмянъ *Lathyrus cicera*. Эти опыты имѣли отрицательный результатъ.

Далѣе, *Семидаловъ* кормилъ двухъ морскихъ свинокъ, кролика и собаку мукою и хлѣбомъ изъ *Lathyrus sativus*, давая имъ вмѣстѣ съ тѣмъ и другой кормъ. Свинки жили около мѣсяца, затѣмъ стали худѣть, и погибли при явленіяхъ маразма, причемъ не было замѣчено никакихъ разстройствъ со стороны нервной системы. Кролика онъ кормилъ чинной три мѣсяца, послѣ чего наступила смерть также при явленіяхъ маразма, безъ всякихъ разстройствъ со стороны нервной системы. Собака слишкомъ три мѣсяца ѣла чину и осталась здоровой.

Кожевниковъ кормилъ поросенка исключительно чинной болѣе двухъ мѣсяцевъ. Животное за это время съѣло около трехъ пудовъ чины и тѣмъ не менѣе осталось совершенно здоровымъ. Далѣе *Кожевниковъ* впрыскивалъ лягушкамъ, кролику и собакѣ подъ кожу вытяжку изъ сѣмянъ *Lathyrus sativus*, приготовленную по его просьбѣ проф. *Бульинскимъ*. Хотя эта вытяжка давала нѣкоторыя общія реакціи, свойственныя алколоидамъ, опыты дали совершенно отрицательный результатъ.

Во время моего пребыванія въ Абиссиніи я кормилъ двухъ обезьянъ въ теченіе почти двухъ мѣсяцевъ сѣменами *Lathyrus sativus* L. var. *coerulea*. Животныя весьма охотно ѣли эти сѣмена, не обнаруживая никакихъ болѣзненныхъ явленій. При отъѣздѣ моемъ изъ Абиссиніи, я просилъ одного изъ оставшихся тамъ товарищей наблюдать за этими обезьянами и узналъ отъ него впослѣдствіи, что онѣ еще три мѣсяца спустя были совершенно здоровы. Отъ туземцевъ я слышалъ, что обезьяны въ дикомъ состояніи очень охотно ѣдятъ чину, и часто опустошаютъ чинныя поля.

Счастливыѣ были *Mingazzini* и *Buglioni*. Эти авторы экспериментировали надъ морскими свинками, кроликами и одной уткой, которыхъ они кормили мукой изъ *Lath. sativus*. Вопреки Семидалову, свинки оказались до того чувствительными къ отравленію, что погибали отъ самыхъ малыхъ количествъ муки въ теченіе нѣсколькихъ дней, при явленіяхъ общей вялости, сонливости и клоническихъ судорогъ въ мышцахъ туловища и конечностей. Нѣсколько выносливыѣ оказались кролики, но тѣмъ не менѣе и эти животные погибали отъ суточного количества въ двѣ столовыя ложки муки, почти также быстро и при тѣхъ же явленіяхъ, какъ и морскія свинки. Это отнесется, однако, только къ молодымъ кроликамъ, и весьма интересно то наблюденіе названныхъ авторовъ, что старые кролики бѣли чину въ большихъ количествахъ, причемъ не обнаруживали никакихъ разстройствъ. Дальнѣйшее подтвержденіе этого наблюденія ¹⁾ было бы крайне

¹⁾ *Примѣчаніе*: Когда эта статья уже находилась въ редакціи, я началъ кормить одного молодого (приблизительно трехмѣсячнаго) кролика истолченными сѣмянами *Lath. sativus* L., выросшими въ Петербургѣ, въ саду психиатрической клиники и любезно предоставленными мнѣ проф. В. М. Бехтеревымъ. Это былъ урожай изъ того небольшого количества сѣмянъ, которыя я вывезъ изъ Абиссиніи (Шоа). Кроликъ получалъ въ теченіе первой недѣли ежедневно 5,0 чины, и такъ какъ онъ не обнаруживалъ никакихъ разстройствъ, то суточное количество чины было увеличено вдвое. Теперь прошло шесть недѣль и опытъ пришлось закончить вслѣдствіе истощенія запаса чины. Въ теченіе означеннаго времени кроликъ прибавился въ вѣсѣ на 340 грам (до опыта 760, въ концѣ опыта 1100) и, повидимому, все время чувствовалъ себя прекрасно. Приблизительно такая же прибавка въ вѣсѣ отмѣчена и для контрольнаго животнаго.

Отрицательный результатъ этого опыта, понятно, нисколько не умаляетъ значеніе наблюденій *Mingazzini* и *Buglioni*, и служитъ только дальнѣйшимъ подтвержденіемъ того, что вопросъ объ этиологіи латиризма сложенъ, чѣмъ это кажется на первый взглядъ. Кромѣ того въ настоящее время подъ моимъ наблюденіемъ находится морская свинка, которую я кормлю сѣмянами *Lathyrus adoratus* L., признаваемыми Корневэномъ также ядовитыми. Опытъ продолжается, правда, не больше трехъ недѣль, но сѣбдя въ сутки 10 грам. сѣмянъ, свинка до сихъ поръ чувствуетъ себя прекрасно.

важно въ виду аналогичныхъ наблюденій у человѣка, а также въ смыслѣ выясненія вышеуказанной противорѣчивости результатовъ опытовъ надъ животными. Какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ этотъ фактъ крайне интересенъ въ томъ отношеніи, что не только тотъ же самый видъ растенія, но и та же самая, такъ сказать, порція изслѣдуемаго вещества, на разныхъ животныхъ, даже если онѣ принадлежатъ къ тому же виду, даетъ совершенно противоположные результаты. Не удивительно поэтому, что Mingazzini и Buglioni могли кормить свою утку въ теченіе трехъ мѣсяцевъ почти исключительно чинной, причемъ эта птица не обнаруживала никакихъ расстройствъ. Продолжая свои опыты на молодыхъ кроликахъ и уменьшая постепенно суточное количество чины до одной столовой ложки, даваемой въ два приѣма, два раза въ день, авторы наконецъ смогли вызвать хроническую форму отравленія, выразившуюся въ слѣдующихъ явленіяхъ:

Въ первые дни общая вялость и угнетенность, затѣмъ только нѣкоторое ослабленіе способности къ прыганію и, наконецъ, къ концу перваго мѣсяца ясно выраженная спастическая паралегія. Этотъ опытъ былъ произведенъ на нѣсколькихъ животныхъ и постоянно съ тѣмъ же результатомъ, но лишь при условіи, что брались молодые кролики.

Изъ двухъ протоколовъ, приведенныхъ авторами, видно, что они кормили чинной одного кролика около мѣсяца, а другого около четырехъ мѣсяцевъ, послѣ чего животные были убиты. Какъ уже упомянуто выше, анатомическое изслѣдованіе поясничной области спинныхъ мозговъ дало совершенно отрицательный результатъ. На окрашенныхъ по Marchi срѣзахъ изъ спинного мозга перваго кролика, жившаго одинъ мѣсяць, найдены мельчайшія черныя точки, разсѣяныя по всему поперечнику какъ въ бѣломъ, такъ и въ сѣромъ веществѣ, но онѣ не признаны авторами за перерожденные волокна. Также и окрашенные по Pal'ю и Weigert'у срѣзы изъ спинного мозга (пояснич. обл.) другого кролика, жившаго

около четырехъ мѣсяцевъ, не обнаруживали никакихъ патологическихъ измѣненій.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ симптоматологiи отравленія животныхъ и людей, обнаруживается большое сходство, такъ какъ и здѣсь и тамъ выступаютъ на первый планъ двигательныя разстройства съ характеромъ спастической параплеги, причѣмъ и у животныхъ поражаются по преимуществу заднія конечности. Нѣкоторую особенность представляютъ правда, приступы асфиксiи у лошадей, но они составляютъ явленіе свойственное исключительно лошади и, можетъ быть, зависать отъ того, что у лошадей вообще, больше, чѣмъ у другихъ животныхъ, при разныхъ заболѣваніяхъ легко страдаетъ дыхательная дѣятельность, и въ особенности *p. recurrens* составляетъ какъ бы *locus minoris resistentiae*.

Напротивъ того, теченіе отравленія у людей совершенно иное. У людей оно протекаетъ исключительно въ видѣ крайне хронической болѣзни, на сколько извѣстно, никогда не приводитъ къ смерти и почти никогда не оканчивается выздоровленіемъ, между тѣмъ какъ у животныхъ отравленіе выражается или въ видѣ острого заболѣванія, обыкновенно со смертельнымъ исходомъ, или же въ видѣ болѣе или менѣе подострой болѣзни, кончающейся также смертью, или проходящей сравнительно скоро послѣ перемѣны корма, т. е. послѣ прекращенія кормленія животного чиною. Я считаю необходимымъ особенно подчеркнуть именно это послѣднее обстоятельство, такъ какъ я усматриваю въ немъ главное препятствіе для перенесенія на человѣка результатовъ анатомическихъ изслѣдованій, добытыхъ на животныхъ, вслѣдствіе чего и вышеупомянутые выводы *Mingazzini* и *Buglioni* мнѣ кажутся преждевременными.

Что касается токсическаго начала чины, то о его химическихъ свойствахъ мы еще ничего не знаемъ. Непостоянство его дѣйствія, вѣроятно, отчасти объясняется тѣмъ, что ядъ быстро разлагается подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ усло-

вій и превращается въ какое-либо безвредное вещество. Въ пользу такого взгляда, до нѣкоторой степени говоритъ то обстоятельство, что *Astier* дѣйствительно удалось изолировать изъ чины крайне летучее вещество, названное имъ *латириномъ*, дававшее нѣкоторыя общія реакціи алколоидовъ, но токсическія свойства котораго не были опредѣлены. Кромѣ того *Astier* указываетъ на то обстоятельство, что въ зависимости отъ способовъ приготовленія, разные пищевые препараты изъ чины имѣютъ разную степень ядовитости. Такъ напр., употребляемая въ Алжирѣ клецки (кускусу), приготовляемая при болѣе низкихъ температурахъ, чѣмъ лепешки (галеты), значительно вреднѣе послѣднихъ. Окончательное выясненіе этого вопроса будетъ зависеть отъ дальнѣйшихъ химическихъ и токсикологическихъ изслѣдованій, но во всякомъ случаѣ упомянутое толкованіе имѣетъ за собой больше правдоподобности, чѣмъ то предположеніе, что токсическое свойство чины зависитъ отъ измѣненій, происшедшихъ въ плодахъ лишь въ послѣдствіи, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ неблагоприятныхъ условій напр. сырости, гніенія и т. п., такъ какъ въ такомъ случаѣ факты отравленія скота свѣжемъ растеніемъ, въ полѣ, были бы совершенно непонятны.

Сравнительная рѣдкость случаевъ отравленія скота въ полѣ, при распространенности ядовитыхъ видовъ чины какъ кормовыхъ травъ, *Корневэнъ* объясняетъ тѣмъ, что ядъ образуется въ растеніи лишь въ сравнительно поздній періодъ его развитія, а именно лишь одновременно съ образованіемъ плодовъ, причемъ съ этого времени всѣ составныя части растенія, т. е. плоды, листья и т. д. въ одинаковой мѣрѣ становятся ядовитыми; до этого времени чина является совершенно безвредной травой. Это подтверждается до нѣкоторой степени также *von Mueller*’омъ, который утверждаетъ, что незрѣлое растеніе (*Lath. sativus* L. и *Lath. cicera* L.), особенно въ смѣси съ другимъ кормомъ, почти безвредно для животныхъ. Означенные доводы, однако, только отчасти объясняютъ удовлетворительнымъ образомъ ту кажущуюся про-

творѣчивость фактовъ, о которыхъ выше была рѣчь и пови-
димому необходимо отвести также мѣсто климатическимъ
условіямъ, обуславливающимъ вѣроятно такъ или иначе сте-
пень ядовитости растенія, а также индивидуальнымъ особен-
ностямъ людей и животныхъ, подвергающихся и подвергае-
мыхъ отравленію.

Въ заключеніе я позволю себѣ привести нѣсколько исто-
рій болѣзни, относящихся къ больнымъ, виденнымъ мною въ
Абиссиніи въ 1896 г. Въ моемъ сообщеніи „о нервныхъ болѣз-
няхъ въ Абиссиніи“ (см. Обзорѣніе психіатріи и т. д. № 6.
1897 г.) они отмѣчены мною подъ названіемъ „paraparesis spas-
tica“. Я уже тогда высказалъ предположеніе, что эта форма бо-
лѣзни вѣроятно тождественна съ латиризмомъ. Изслѣдованіе сѣ-
мянъ, вывезенныхъ мною изъ Абиссиніи, съ предупредительной
любезностью произведенное старшимъ ботаникомъ Спб. бота-
ническаго сада Н. А. Монтеверде и другомъ моимъ, приватъ-
доцентомъ Спб. Университета Р. Э. Регелемъ¹⁾, дѣйствительно
подтвердило это предположеніе, такъ какъ сѣмена оказались
принадлежащими къ роду *Lathyrus*—*L. sativus coeruleus* Alef.

Мѣстное названіе растенія—губя, по которому и болѣзнь
называется губя башетá (болѣзнь губя). Передавая мнѣ сѣ-
мена, больные прямо указывали на нихъ, какъ на причину
своей болѣзни, довольно распространенной въ странѣ и хо-
рошо извѣстной населенію. За время моего десятидневнаго
пребыванія въ Аддисъ-абабá (Шоа), я видѣлъ 15 случаевъ,
среди которыхъ была одна женщина. Для объясненія нѣкото-
рой неполноты нижеслѣдующихъ исторій болѣзни, я считаю
долгомъ замѣтить, что мой матеріалъ относится исключительно
къ амбулаторному контингенту больныхъ, и, кромѣ того, поход-
ная обстановка, при которой приходилось принимать боль-
ныхъ, не допускала строгаго клиническаго изслѣдованія. Тѣмъ

¹⁾ Приношу свою искреннюю благодарность Н. А. Монтеверде и Р. Э. Регелю.

не менѣе я полагаю, что типичность моихъ случаевъ не лишена нѣкотораго интереса въ клиническомъ отношеніи, хотя главное значеніе ихъ, заключается только въ констатированіи до сихъ поръ неизвѣстнаго факта распространенія означенной болѣзни въ Абиссиніи.

Достойно также вниманія, что въ Харарѣ, гдѣ отдѣленіе нашего отряда Краснаго Креста работало около 6 мѣсяцевъ, не оказалось ни одного случая латиризма. Это объясняется вѣроятно тѣмъ, что населеніе Харара, одного изъ крупнѣйшихъ торговыхъ центровъ континентальной Африки (Raailitschke), не находится въ такой зависимости отъ урожая своихъ полей, какъ остальное населеніе абиссинскаго государства, и въ случаѣ неурожая своего собственнаго хлѣба, имѣетъ возможность питаться привознымъ и не принуждено употреблять вредные суррогаты.

Что касается туземныхъ способовъ леченія латиризма, то кромѣ обильныхъ прижиганій кожной поверхности нижнихъ конечностей и области живота раскаленнымъ желѣзомъ, больнымъ даютъ пить растопленное сало, смазываютъ ихъ кровью, заворачиваютъ въ свѣжія шкуры только-что зарѣзанныхъ животныхъ, но все эти мѣропріятія не пользуются особеннымъ довѣріемъ населенія, которое въ общемъ считаетъ эту болѣзнь неизлѣчимой.

1) *Уакъ-Джире*. Галласъ около 23 л. Заболѣлъ 4 года тому назадъ, послѣ того какъ въ теченіе двухъ мѣсяцевъ питался лепешками, испеченными изъ смѣси ячменной и чиновой муки. Вначалѣ онъ почувствовалъ только слабость въ ногахъ, но скоро ноги стали какъ будто деревенѣть, и больной лишился возможности разгибать колѣнные суставы, такъ какъ при попыткахъ разогнуть ногу дальше нѣкотораго угла въ конечности появлялось сильное и крайне тягостное дрожаніе. Верхнія конечности все время были нормальны. Мочениспусканіе также нормально, но половая способность какъ будто

нѣсколько уменьшилась. Больной женатъ, дѣтей не имѣетъ. Отрицаетъ сифилисъ.

Status praesens. Б. среднего роста, плохого питанія. Походка рѣзко спастическая. При ходьбѣ ноги согнуты въ колѣнныхъ суставахъ и почти не сгибаются; колѣни обращены нѣсколько внутрь и при ходьбѣ одно третью о другое; пятки приподняты и больной наступаетъ только носками. Позвоночникъ обнаруживаетъ лордозъ въ поясничной области, вследствие чего тазъ нѣсколько выпячивается кзади. Активные движенія нижнихъ конечностей производятся медленно и съ очевиднымъ усиленіемъ со стороны больного. Разгибаніе колѣнныхъ суставовъ возможно только до угла около 160° . При этомъ максимальномъ разгибаніи появляется рѣзкое клоническое дрожаніе четвероглавой мышцы бедра и икроножныхъ мышцъ. При пассивныхъ движеніяхъ ощущается значительное сопротивленіе, особенно при разгибаніи колѣнныхъ суставовъ и тыльной флексіи стопъ. Пассивное разгибаніе колѣнныхъ суставовъ до указанного угла сопровождается сильнымъ клоническимъ дрожаніемъ, которое однако исчезаетъ при полномъ пассивномъ разгибаніи конечностей.

Тактильная и болевая чувствительность на всемъ тѣлѣ сохранены. Уколы локализируются съ большою точностью, но больной заявляетъ, что боль отъ укуловъ на ногахъ ему кажется нѣсколько слабѣе, чѣмъ на другихъ частяхъ тѣла. Nn. mediani и poplitei съ обѣихъ сторонъ чувствительны къ давленію, чего не наблюдается относительно другихъ большихъ нервныхъ стволовъ. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены и имѣютъ клоническій характеръ. Стопный феноменъ и феноменъ колѣнной чашки вызывается съ обѣихъ сторонъ.

Изъ кожныхъ рефлексовъ брюшной и межлопаточный ясно повышены. Атрофическихъ явленій на мышцахъ нѣтъ. Кожные покровы нижнихъ конечностей на ощупь холоднѣе, чѣмъ кожа верхнихъ конечностей.

Языкъ высовывается прямо; зрачки реагируютъ нормально. Со стороны остальныхъ черепномозговыхъ нервовъ, верхнихъ конечностей и внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не наблюдается.

2) *Антуольдъ*. Абиссинецъ около 18 лѣтъ. Заболѣлъ три года тому назадъ вследствие употребленія въ пищу чины. Питался чиной въ видѣ лепешекъ и сырого гороха около

мѣсяца, такъ какъ другой пищи не имѣлъ. Въ началѣ болѣзни появилось ощущеніе нѣкоторой тяжести въ ногахъ, скоро смѣнившейся рѣзкой тугоподвижностью, вслѣдствіе которой всѣ движенія нижнихъ конечностей производились съ трудомъ, а полное разгибаніе обоихъ колѣнныхъ суставовъ стало невозможнымъ. вмѣстѣ съ тѣмъ больной былъ принужденъ ходить на носкахъ, такъ какъ при попыткахъ разогнуть колѣнные суставы и наступить всею стопой, ноги начинали такъ сильно дрожать, что больной падалъ. Функціи верхнихъ конечностей и мочевого пузыря были все время нормальны; больной боли нигдѣ не чувствовалъ, только дрожаніе ногъ вызывало крайне тягостное ощущеніе. Со временемъ состояніе больного значительно улучшилось, дрожаніе стало слабѣе и походка свободнѣе. Больной холостъ, около года тому назадъ заразился сифилисомъ.

Status praesens. Б. средняго роста плохого питанія. Походка спастическая. При ходьбѣ ноги нѣсколько согнуты въ колѣнныхъ суставахъ, колѣни обращены нѣсколько внутрь; пятки приподняты, и больной наступаетъ только носками. Активные движенія производятся довольно свободно во всѣхъ суставахъ, только разгибаніе колѣнныхъ суставовъ и тыльная флексія стопъ затруднены. Б. однако въ состояніи активно выпрямить ноги въ колѣнныхъ суставахъ, причемъ обнаруживается только слабое клоническое дрожаніе нижнихъ конечностей.

Въ равной мѣрѣ и при пассивныхъ движеніяхъ ощущается нѣкоторое небольшое сопротивленіе при разгибаніи колѣнныхъ суставовъ и тыльной флексіи стопъ.

Со стороны чувствительности никакихъ уклоненій отъ нормы не наблюдается. Большіе нервные стволы при давленіи неболязненны.

Колѣнные рефлексы рѣзко повышены. Ни клонуса стопы, ни клонуса колѣнной чашки вызвать не удается.

Кожные рефлексы въ предѣлахъ нормы. Мышечныхъ атрофій нѣтъ. Механическая возбудимость мышцъ (четыреглавой и икроножныхъ) нѣсколько повышена, въ равной степени съ обѣихъ сторонъ.

Со стороны верхнихъ конечностей, черепно-мозговыхъ нервовъ и внутреннихъ органовъ изслѣдованіе ничего особеннаго не обнаруживаетъ. Лимфатическія железы не увеличены и никакихъ объективных слѣдовъ сифилиса не имѣется.

3) *Бачарэ*. Галласка 30 л. Больна 4 года. Не имѣла другой пищи, она въ теченіе двухъ мѣсяцевъ питалась лепешками изъ чиновой муки и перестала ѣсть чину только тогда, когда замѣтила, что ноги ея стали деревѣть. Боли она при этомъ не чувствовала, но ходьба была затруднена вслѣдствіе невозможности вполнѣ разогнуть колѣнные суставы и дрожанія нижнихъ конечностей. Головными болями не страдала, мочеиспусканіе все время было нормально. Движенія верхнихъ конечностей были совершенно свободны. Одновременно съ нею почти вся ея деревня питалась чиной, но заболѣла только она одна. Отрицаетъ сифилисъ, имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей.

Болезнь достигла апогея своего развитія въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и съ тѣхъ поръ сдѣлалась стаціонарной.

Status praesens. Больная небольшого роста и среднего питанія. При ходьбѣ ноги согнуты въ колѣнныхъ суставахъ и почти не сгибаются. Б. наступаетъ носками, пятки приподняты и при ходьбѣ не касаются земли. Активные движенія нижнихъ конечностей, въ особенности разгибаніе колѣнныхъ суставовъ и тыльная флексія стопъ производятся съ трудомъ. Попытки активно выпрямить ногу вызываютъ сильное клоническое дрожаніе въ соответствующей нижней конечности. Чрезвычайно рѣзкое клоническое дрожаніе вызывается также когда больная, сидя на стулѣ, приподнимаетъ пятку, оставляя носокъ въ прикосновеніи съ землею, или отставляетъ ноги на столько кзади, что пятки приподнимаются съ пола. Также и при пассивномъ разгибаніи колѣнныхъ суставовъ и тыльной флексіи стопъ чувствуется значительное сопротивленіе.

Движенія верхнихъ конечностей совершенно свободны.

Кожная чувствительность на всемъ тѣлѣ нормальна. Нервные стволы при давленіи неболезненны.

Колѣнные рефлексы рѣзко повышены, особенно съ правой стороны. Справа же весьма рѣзко выраженъ феноменъ колѣнной чашки, нѣсколько менѣе—слѣва.

Стопный феноменъ выраженъ слабо съ обѣихъ сторонъ.

Позвоночникъ при постукиваніи (поверхностномъ и глубокимъ) неболезненъ. Мышечныхъ атрофій нѣтъ. Языкъ при высываніи отклоняется явственно направо. Въ остальномъ со стороны черепно-мозговыхъ нервовъ, верхнихъ конечностей и внутреннихъ органовъ все въ предѣлахъ нормы.

4) *Такло-Георгисъ*. Абиссинецъ около 35 л. Боленъ 10 лѣтъ. Питался чиной (лепешки) въ теченіе одного мѣсяца.

Почувствовавъ, что его ноги начинаютъ деревѣть и слабѣть, онъ пересталъ ѣсть чину, но тѣмъ не менѣе болѣзнь стала ухудшаться, и къ слабости и тугоподвижности нижнихъ конечностей вскорѣ присоединилось дрожаніе и отъ времени до времени болѣзненные судороги въ икроножныхъ мышцахъ. Верхнія конечности все время были здоровы. Со стороны пузыря и прямой кишки все было нормально; также и на половой дѣятельности болѣзнь не отражалась. Б. женатъ, имѣетъ 3 здоровыхъ дѣтей, изъ которыхъ двое родились послѣ его заболѣванія. Многіе изъ его односельчанъ одновременно съ нимъ питались чиной, но только онъ одинъ заболѣлъ. Сифилиса не имѣлъ.

Status praesens. Больной высокаго роста, удовлетворительнаго питанія. Походка рѣзко спастическая. Б. ходитъ на носкахъ съ приподнятой пяткой, съ согнутыми и обращенными вѣсколко внутрь колѣнами. При ходьбѣ ноги почти не сгибаются. За исключеніемъ разгибанія колѣнныхъ суставовъ, которое затруднено въ значительной степени и сопряжено съ клоническимъ дрожаніемъ нижнихъ конечностей, всѣ движенія производятся хотя медленно, но съ достаточной силой. При пассивныхъ движеніяхъ нижнихъ конечностей чувствуется значительное сопротивленіе, особенно при разгибаніи колѣнныхъ суставовъ; если это движеніе доводится до нѣкотораго опредѣленнаго угла, то оно сопровождается сильнымъ клоническимъ дрожаніемъ, которое прекращается при достиженіи полного выпрямленія конечностей въ колѣнномъ составѣ.

Кожная чувствительность (тактильная и болевая) на всемъ тѣлѣ нормальна. Большіе нервные стволы нечувствительны къ давленію.

Колѣнные рефлексы рѣзко повышены съ обѣихъ сторонъ и имѣютъ клоническій характеръ. Феноменъ колѣнной чашки рѣзко выраженъ съ обѣихъ сторонъ, въ меньшей степени — клонусъ стопы. Мышечныхъ атрофій нѣтъ. Механическая возбудимость мышцъ нижнихъ конечностей повышена на икроножныхъ мышцахъ, аддукторахъ бедра и четвероглавыхъ мышцахъ обѣихъ сторонъ. Постукиваніе (поверхностное и глубокое) по позвоночнику неболезненно. Со стороны верхнихъ конечностей, черепно-мозговыхъ нервовъ и внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы не наблюдается.

5) *Шибуру*. Галласъ 26 л. Болеѣтъ около 6 лѣтъ. Въ теченіе шести мѣсяцевъ больной питался чиной, употребляя отъ времени до времени и другую пищу, когда онъ могъ ее добыть. Развитіе болѣзненныхъ явленій наступило мѣсяца черезъ четыре, но и послѣ того онъ былъ принужденъ отъ времени до времени питаться чиной, за недостаткомъ другихъ пищевыхъ продуктовъ. Б. жалуется исключительно на тугоподвижность нижнихъ конечностей, вслѣдствіе которой ходьба крайне затруднена.

Status praesens. Б. небольшого роста, плохого питанія. Походка рѣзко спастическая. Б. ходитъ на носкахъ съ приподнятой пяткой и съ согнутыми колѣнными. При ходьбѣ ноги почти не сгибаются и переставляются какъ палки. Активные движенія нижнихъ конечностей производятся медленно и съ трудомъ, какъ бы преодолевая внутреннее сопротивленіе. Особенно затруднено разгибаніе колѣнныхъ суставовъ, сопровождаемое вмѣстѣ съ тѣмъ рѣзкимъ клоническимъ дрожаніемъ. Въ той же мѣрѣ затруднены и пассивныя движенія. Если больной въ сидячемъ положеніи (на стулѣ) приподнимаетъ пятку, оставляя носокъ въ прикосновеніи съ поломъ, то немедленно вызывается клоническое дрожаніе всей конечности, для прекращенія котораго больной принужденъ руками привести ногу въ другое положеніе, такъ какъ онъ не въ состояніи произвести ногой активное движеніе пока не прекратится дрожаніе. Достаточно поставить ногу въ такое положеніе, чтобы нога упиралась всей стопой, и клонусъ немедленно прекращается.

Кожная чувствительность (тактильная и болевая) на всемъ тѣлѣ нормальна. Большіе нервные стволы неболезнены. Нѣкоторая болѣзненность обнаруживается при ощупываніи икроножныхъ мышцъ и сгибателей бедеръ. Постукиваніе по позвоночнику неболезнено. Мышечныхъ атрофій нѣтъ.

Колѣнные рефлексы рѣзко повышены, въ особенности съ лѣвой стороны и имѣютъ клоническій характеръ. Феноменъ колѣнной чашки слѣва выраженъ нѣсколько сильнѣе. Стопный клонусъ выраженъ почти въ равной мѣрѣ съ обѣихъ сторонъ и менѣе рѣзко, чѣмъ феноменъ колѣнной чашки.

Со стороны верхнихъ конечностей, черепно-мозговыхъ нервовъ и внутреннихъ органовъ все въ предѣлахъ нормы.

6) *Леманъ*. Галласъ 25 л. Однажды я посѣтилъ своего пріятеля ликоманоса Адэну. Возвращаясь домой верхомъ,

довольно быстрымъ шагомъ и отъѣхавъ шаговъ 500, я замѣтилъ въ сопровождающей меня толпѣ слугъ ликомакоса одного субъекта, который старался пробраться сквозъ толпу ближе ко мнѣ. Достаточно было одного взгляда, чтобы узнать въ немъ латирика. Разпросы подтвердили дѣйствительно, что онъ страдаетъ латиризмомъ. Я предложилъ ему явиться ко мнѣ въ амбулаторію, куда онъ и пришелъ на слѣдующій день, пѣшкомъ, безъ палки, только въ сопровожденіи одного товарища, который однако мало заботился о немъ. Я указываю на эти подробности, потому что разстояніе отъ дома больного до амбулаторіи было по крайней мѣрѣ версты четыре, такъ что больному пришлось пройти туда и обратно около 8 верстъ, что онъ и сдѣлалъ безъ особеннаго труда. Изъ анамнеза выяснилось, что онъ уже боленъ 5 лѣтъ; заболѣлъ вслѣдствіе употребленія въ пищу чины, которой питался въ теченіе 2 мѣсяцевъ, за неимѣніемъ другой пищи. Первые болѣзненные явленія, т. е. слабость ногъ и дрожаніе, появились къ концу второго мѣсяца. Кромѣ того была боль въ поясницѣ и отъ времени до времени болѣзненные судороги въ икроножныхъ мышцахъ, появляющіяся особенно при попыткахъ разогнуть ноги. Со стороны верхнихъ конечностей, мочеполовыхъ органовъ и прямой кишки разстройствъ не было.

Status praesens. Б. средняго роста, плохого питанія. Походка рѣзко спастическая, колѣни нѣсколько согнуты, пятки приподняты, такъ что больной ступаетъ только носками ногъ. Активное и пассивное разгибаніе колѣнныхъ суставовъ затруднено и при этомъ появляется рѣзкое клоническое дрожаніе. Бедренныя и икроножныя мышцы напряжены, особенно аддукторы бедеръ.

Чувствительность на всемъ тѣлѣ и во всѣхъ отношеніяхъ нормальна.

Изъ сухожильныхъ рефлексовъ рѣзко повышены колѣнный съ обѣихъ сторонъ, и имѣетъ клоническій характеръ. Клонусъ стопы и колѣнной чашки съ обѣихъ сторонъ. Изъ кожныхъ рефлексовъ, брюшные повышены, остальные въ предѣлахъ нормы. Со стороны верхнихъ конечностей, черепно-мозговыхъ нервовъ и внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не наблюдается.

Изъ приведенныхъ исторій болѣзни ясно видно какъ однообразна, несложна и съ какимъ постоянствомъ повто-

руется картина болѣзни у разныхъ больныхъ. Поэтому, чтобы не повторятся, я вкратцѣ приведу только нѣкоторыя анамнестическія данныя изъ исторій болѣзней остальныхъ больныхъ. Клиническія явленія у всѣхъ однѣ и тѣ же, и только въ количественномъ отношеніи они обнаруживаютъ нѣкоторую разницу. Спастическое состояніе мышцъ нижнихъ конечностей, въ особенности сгибателей бедра и икроножныхъ мышцъ, характерная вышеописанная походка, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, клонусъ стопы, феноменъ колѣнной чашки; далѣе, отсутствіе мышечныхъ атрофій, отсутствіе разстройствъ со стороны верхнихъ конечностей и черепно-мозговыхъ нервовъ. Только въ двухъ случаяхъ больные жаловались на нѣкоторое ослабленіе половой способности и въ одномъ случаѣ наблюдалась также отмѣченная выше болѣзненность большихъ нервныхъ стволовъ.

7) *Кора*. Галласъ около 30 л. Боленъ около четырехъ лѣтъ. Б. увѣряетъ, что онъ около полугода питался исключительно чиной, употребляя ее въ видѣ лепешекъ и въ видѣ сырого гороха. Онъ заболѣлъ въ началѣ третьяго мѣсяца, но продолжалъ ѣсть чину, такъ какъ другой пищи не имѣлъ.

8) *Тубэ*. Галласъ 33 г. Боленъ 8 лѣтъ. Питался чиной (лепешки) почти 3 мѣсяца и заболѣлъ лишь нѣкоторое время спустя послѣ того, какъ перешелъ на другую пищу.

9) *Эмана*. Абиссинецъ 24 г. Боленъ 4 года. Питался лепешками, приготовленными изъ ячменной муки съ значительной примѣсью чиновой муки. Заболѣлъ въ началѣ второго мѣсяца, послѣ чего пересталъ ѣсть чину.

10) *Таджу*. Абиссинецъ 19 л. Боленъ два года. Питался въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ чиной (между прочимъ и сырымъ горохомъ). Заболѣлъ въ концѣ перваго мѣсяца, но продолжалъ питаться чиной, предпочитая болѣзнь голодной смерти.

11) *Абду*. Абиссинецъ 35 л. Боленъ 3 года. Питался чиной (лепешки) около трехъ мѣсяцевъ и перешелъ на другую пищу въ самомъ началѣ болѣзни.

12) *Габра-Маріамъ*. Абиссинецъ 25 л. Питался чиной (лепешки) въ теченіе трехъ мѣсяцевъ. Заболѣвши на второмъ мѣсяцѣ, онъ продолжалъ ѣсть чину, за неимѣніемъ другой пищи. О дальнѣйшихъ трехъ больныхъ въ моемъ дневникѣ отмѣчено только, что они больны 4, 5 и 8 лѣтъ. Всѣ трое мужскаго пола.

Истерическіе стигматы и вырожденіе (къ вопросу объ истеріи въ войскахъ).

Л. В. Блуменау.

Въ 1889 году *P. Marie*, изслѣдуя больныхъ въ Парижскомъ Bureau central d'admission, пришелъ къ неожиданному результату, что въ низшихъ классахъ общества истерія встрѣчается очень часто и притомъ гораздо чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ ¹⁾. Немного спустя, этотъ результатъ былъ подтвержденъ и больничными наблюденіями *Souques'a* ²⁾.

Но еще раньше названныхъ авторовъ два военныхъ врача, *Lanoaille de Lachèse* ³⁾ и *Duponchel* ⁴⁾, доказали существованіе истеріи во французской арміи, а вскорѣ затѣмъ докторъ *А. И. Озерецковскій* былъ опубликованъ рядъ наблюденій надъ тою же болѣзью у нашихъ солдатъ ⁵⁾. Въ диссертациі этого автора ⁶⁾, вышедшей въ свѣтъ въ 1891 году, собрано 93 наблюденія, изъ коихъ около 70 собственныхъ. Послѣ *Озерецковскаго* отдѣльные случаи истеріи у нижнихъ чиновъ были описаны *Трапезниковымъ* ⁷⁾, *Юркевичемъ* ⁸⁾,

¹⁾ Progrès médical, 1889, n° 30.

²⁾ Archives générales de médecine, 1890, стр. 168.

³⁾ Gazette des hôpitaux, 1884.

⁴⁾ Revue de médecine, 1886, n° 6

⁵⁾ Медицинское Обозрѣніе 1886, стр. 321 и 1887, стр. 1061; докладъ на III съѣздѣ врачей въ 1889 г. и пр.

⁶⁾ Объ истеріи въ войскахъ. Москва. 1891.

⁷⁾ Врачъ 1891, стр. 381 (3 случая).

⁸⁾ Военно-Медицинскій Журналъ, 1893, кн. 11.

Максомъ Блюменау ¹⁾, Новацкимъ ²⁾, Яроцкимъ ³⁾ и др. Такимъ образомъ, по вопросу объ истеріи въ войскахъ составила цѣлая литература, и знаніе фактовъ этой категоріи сдѣлалось достояніемъ всѣхъ военныхъ врачей.

Признаніе истеріи у солдатъ, можно сказать, было не только важнымъ открытіемъ, но и настоящимъ благодѣяніемъ,—благодѣяніемъ для сотенъ и тысячъ больныхъ, которыхъ прежде наказывали и судили, какъ притворщиковъ, только потому, что болѣзнь ихъ была непонятна врачамъ. Теперь, когда діагнозъ „истерическое разстройство“ сталъ повторяться почти на каждомъ шагѣ въ медицинскихъ свидѣтельствахъ и актахъ госпитальныхъ комиссій, мы впадаемъ скорѣе въ другую крайность и приписываемъ истеріи часто то, что ей вовсе не свойственно, и что требуетъ иного объясненія.

Нечего говорить о тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по незнанію ли врача, или по излишней его осторожности, больные съ органическими пораженіями мозга признаются истеричными, потому только, что у нихъ имѣется отсутствіе глоточнаго рефлекса или другой какой-нибудь „стигматъ“. Въ такихъ случаяхъ ученіе объ истеріи въ войскахъ оказываетъ поистинѣ медвѣжьёю услугу не только больнымъ но и военному вѣдомству, такъ какъ временныя увольненія, на годъ или на шесть мѣсяцевъ, не приводятъ здѣсь ни къ чему, кромѣ лишнихъ расходовъ и затрудненій.

Случаи, на которые я хочу обратить вниманіе, совсѣмъ другого рода. Въ послѣднее время у врачей, особенно военныхъ, замѣчается склонность относить къ истеріи нѣкоторые *функціональныя* разстройства, на самомъ дѣлѣ едва ли стоящія въ связи съ нею. Таковы—недержаніе мочи, многіе случаи заиканія, нѣкоторые виды дрожанія и пр. Обыкновенно въ этихъ случаяхъ старательно ищутъ истерическихъ при-

¹⁾ Врачъ 1894 (12 случаевъ) и 1895 (2 случая).

²⁾ Врачъ 1897, стр. 593.

³⁾ Военно-Медиц. Журналъ, 1897, кн. 3.

знаковъ, и если у изслѣдуемаго находить отсутствіе глоточнаго и конъюнктивальныхъ рефлексовъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ притупленіемъ кожной чувствительности, то діагнозъ истеріи ставится безъ колебаній. Такъ же поступаютъ и съ большинствомъ испытуемыхъ по падучей болѣзни, у которыхъ не удается наблюдать приступы. Еслибъ основываться на статистикѣ военныхъ госпиталей, то настоящую эпилепсію въ нашемъ народѣ пришлось бы признать большою рѣдкостью въ сравненіи съ истеро-эпилепсіей.

Располагая обширнымъ матерьяломъ перваго отдѣленія Варшавскаго Узяздовскаго госпиталя, я занялся прежде всего случаями *недержанія мочи*. Изъ 114 такихъ случаевъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ въ теченіе прошлаго года, въ 97 недержаніе было *функциональнымъ* или, по крайней мѣрѣ, представлялось таковымъ въ данное время, въ виду отсутствія какихъ-либо органическихъ симптомовъ.

У всѣхъ этихъ 97 субъектовъ я находилъ при изслѣдованіи различныя разстройства со стороны нервныхъ функций и, прежде всего, со стороны *кожной чувствительности*. Только у 15 чувствительность кожи была всюду нормальна или слегка лишь притуплена на кистяхъ и ступняхъ, что объяснялось, впрочемъ, синюхой этихъ частей. Общая или мѣстная гиперѣстезія наблюдалась только въ 9 случаяхъ; въ остальныхъ имѣлась анестезія или, чаще, гипѣстезія, причемъ въ 27 случаяхъ она распространялась на все или почти на все тѣло, въ 24—ограничивалась одними половыми органами и сосѣдними частями бедеръ, въ 4—имѣла видъ геміанестезіи и, наконецъ, въ остальныхъ случаяхъ занимала одну или нѣсколько частей тѣла. Иногда при этомъ область анестезіи представляла рѣзкія границы на подобіе ампутаціонныхъ линій. Въ двухъ случаяхъ геміанестезіи имѣлось значительное пониженіе слуха и потеря вкуса и обонянія на той же сторонѣ тѣла. Поле зрѣнія изъ 14 изслѣдованныхъ на этотъ предметъ больныхъ оказалось значительно суженнымъ только у одного.

Замѣчательно часто встрѣчалось, далѣе, притупленіе чувствительности и ослабленіе рефлексовъ со *слизистыхъ оболочекъ* зѣва и глазныхъ яблокъ. Глоточный рефлексъ отсутствовалъ совершенно въ 27, былъ ясно ослабленъ въ 26 случаяхъ; такимъ образомъ, изъ 97 больныхъ онъ былъ хорошо выраженъ только у 44. Конъюнктивальный рефлексъ былъ ослабленъ въ 33, потерянъ въ 11 случаяхъ; у 3 больныхъ онъ былъ ослабленъ только на одной сторонѣ. Притупленіе чувствительности слизистой оболочки уретры наблюдалось почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ была анестезія половыхъ органовъ¹⁾; однако, полная нечувствительность ея къ фаралитическому току встрѣчалась очень рѣдко. Рефлекторное сокращеніе сфинктера уретры (при введеніи бужа) отсутствовало совершенно у 3 больныхъ, было замѣтно ослаблено—у 13.

Что касается кожныхъ рефлексовъ, то съ ними обстоило обыкновенно такъ, какъ описывается *Pitres'*омъ и *Gilles de la Tourette'*омъ при истерическихъ анестезіяхъ: состояніе брюшныхъ рефлексовъ, по большей части не соответствовало измѣненіямъ чувствительности кожи живота, подошвенный же рефлексъ, напротивъ, былъ обыкновенно пониженъ или даже отсутствовалъ на ногѣ, пораженной анестезіей. Мошоночные рефлексы были ослаблены въ 26 случаяхъ. Иногда замѣчалась неравномѣрность кожныхъ рефлексовъ на разныхъ сторонахъ тѣла. Сосудодвигательные рефлексы весьма нерѣдко были повышены, и у нѣкоторыхъ больныхъ существовалъ настоящій дермографизмъ.

Колѣнные рефлексы были нормальны приблизительно въ $\frac{1}{2}$ случаевъ; въ 31 случаѣ они были повышены, въ 17—понижены.

¹⁾ Считаю нужнымъ замѣтить, что анестезія въ этихъ случаяхъ не соответствовала, по своему распредѣленію, той, какая характерна для заблѣваний спинномозгового конуса. Два наблюденія, въ которыхъ такое заблѣваніе, дѣйствительно, можно было признать, описываются мною одновременно въ другомъ мѣстѣ (въ «Обзрѣніи Психіатріи»).

Затѣмъ, довольно часто (въ 46 случаяхъ) наблюдалось *дрожаніе* рукъ и ногъ. Обыкновенно оно наступало только при вытянутомъ положеніи конечностей, но иногда было замѣтно и въ спокойномъ положеніи. Ритмъ его представлялъ большое разнообразіе, но, въ общемъ, это было скорѣе частное дрожаніе.

Наконецъ, кромѣ упомянутой группы симптомовъ у больныхъ обнаруживался цѣлый рядъ функциональных, а отчасти и органическихъ, разстройствъ со стороны кровеносной системы: сплошь и рядомъ тоны сердца оказывались глухими, пульсъ учащеннымъ и слабоватымъ (у 45 больныхъ онъ давалъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ болѣе 100 ударовъ въ минуту); недостаточность периферическаго кровообращенія сказывалась *синюхой конечностей*, отмѣченной въ 55 случаяхъ. У многихъ, не смотря на молодой возрастъ, имѣлся рѣзкій склерозъ височныхъ артерій; у троихъ былъ найденъ порокъ сердца.

Упомянутыя выше анэстезіи въ области моче-половыхъ органовъ, а также въ другихъ частяхъ тѣла, у лицъ не держащихъ мочу, были описаны еще въ 1889 году д-ромъ *Озерцовскимъ* ¹⁾, который производилъ свои изслѣдованія на 40 больныхъ Московскаго военнаго госпиталя. На основаніи сходства этихъ анэстезій съ истерическими, названный авторъ высказалъ мнѣніе, что подобные случаи недержанія мочи могутъ быть поставлены въ связь съ истеріей.

Такое мнѣніе встрѣчаетъ, однако, не мало противорѣчій. Во-первыхъ, недержаніе мочи при настоящей истеріи наблюдается, какъ извѣстно, весьма рѣдко. Гораздо чаще при ней бываетъ, наоборотъ, задержаніе. По *Gilles de la Tourette*'у, *incontinentia urinae*, если и встрѣчается у истеричныхъ, то почти всегда въ связи съ параличомъ или сведеніемъ нижнихъ конечностей ²⁾, чего не было ни въ моихъ случаяхъ.

¹⁾ «Къ патологій недержанія мочи», докладъ, читанный на 3-мъ съѣздѣ русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ.

²⁾ *Traité sur l'hystérie*, t. III, p. 425.

ни въ случаяхъ д-ра *Озерецковскаго*. *Frankl-Hochwart* и *Zuckerkindl*, авторы только-что вышедшей монографіи о нервныхъ расстройствахъ мочевого пузыря ¹⁾ также совѣтуютъ соблюдать „величайшую осторожность въ вопросѣ о такъ называемомъ истерическомъ недержаніи мочи“. Въ томъ же смыслѣ и даже еще опредѣленнѣе высказывается *Guyon*, въ лекціяхъ о болѣзняхъ мочевыхъ путей ²⁾, и другіе современные авторы.

Во-вторыхъ, недержание мочи, о которомъ идетъ рѣчь, въ громадномъ большинствѣ случаевъ существуетъ у больныхъ съ ранняго дѣтства; такъ было въ 74 изъ 97 моихъ случаевъ. Между тѣмъ, по *Batault* ³⁾, истерія обнаруживается у мужчинъ чаще всего между 10 и 20 годами. *Gilles de la Tourette*, цитируя это указаніе *Batault*, прибавляетъ, что по его собственнымъ наблюденіямъ, а также по статистикѣ *Bitot*, мужская истерія развивается обыкновенно еще позднѣе, во всякомъ случаѣ позднѣе, чѣмъ истерія у женщинъ.

Въ третьихъ, ни разу, ни у одного изъ моихъ больныхъ не наблюдалось истерическихъ приступовъ, хотя бы въ легкой и неполной формѣ; у нихъ не было ни истерогенныхъ точекъ, ни контрактуръ, ни истерического темперамента. Въ психическомъ отношеніи это были почти исключительно вялые, малоспособные и малоразвитые субъекты, нѣкоторые даже были присланы въ госпиталь для испытанія по 18-ой статьѣ (тупоуміе). Физически, рядомъ съ указанными расстройствами со стороны нервной системы, у большинства ихъ имѣлись также упомянутые выше признаки недостаточнаго кровообращенія; сравнительно часто встрѣчались заболѣванія и другихъ органовъ: хроническая пневмонія, гноетеченіе изъ ушей и т. п. Въ отдѣльныхъ случаяхъ *enuresis*

¹⁾ Die nervösen Störungen der Blase. Wien, 1898, стр. 89.

²⁾ Русскій переводъ, изд. журнала «Практическая Медицина», 1898, лекція XI.

³⁾ Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Paris, 1885.

сочеталась съ падучей, съ заиканіемъ. Изъ тѣхъ 52 случаевъ въ которыхъ удалось собрать данныя относительно наслѣдственности, въ 26, т. е. въ половинѣ, родители или братья больныхъ также страдали недержаніемъ мочи; у другихъ были въ семьѣ падучные и идіоты.

Наконецъ, у всѣхъ этихъ лицъ, за исключеніемъ одного или двухъ, я находилъ рѣзкіе антропологическіе *признаки вырожденія*. Изъ 73 больныхъ, у которыхъ были сдѣланы измѣренія черепа, нормальныя цифры получены только у 14; преобладали, главнымъ образомъ, короткіе черепа (39), между ними было даже 9 ультрабрахицефалическихъ; по окружности черепа, макроцефаловъ было гораздо больше, чѣмъ малоголовыхъ. Изъ признаковъ вырожденія отмѣчу въ особенности встрѣчавшіяся сравнительно часто аномаліи въ развитіи мочеиспускательнаго канала—гипоспадію и аномальныя заслонки, на которыя обращаютъ вниманіе и другіе авторы (см. *Frankl-Hochwart* и *Zuckerkandl*, l. c., стр. 91). Эти неправильности въ образованіи уретры сами по себѣ не объясняли недержанія; онѣ интересны только какъ признаки, указывающіе, такъ сказать, на *locus majoris degenerationis* въ организмѣ разсматриваемыхъ субъектовъ.

И такъ, очевидно, что эти субъекты принадлежатъ къ числу *вырожденныхъ*, и что ихъ недержаніе мочи мы въ правѣ отнести къ функціональнымъ признакамъ вырожденія. Такого взгляда и держится большинство современныхъ, особенно французскихъ, авторовъ ¹⁾. Но, спрашивается теперь, какъ смотрѣть на другія разстройства нервныхъ отправленій, встрѣчающіяся у тѣхъ же лицъ,—на ихъ разстройства чувствительности, аномаліи рефлексовъ, дрожаніе и проч.? Слѣдуетъ ли видѣть въ нихъ, дѣйствительно, *stigmata* истеріи, или также функціональные признаки вырожденія?

¹⁾ Патогенезъ недержанія мочи будетъ рассмотрѣнъ мною подробно въ другомъ мѣстѣ, а потому я и не касаюсь здѣсь вопроса о томъ, что служить ближайшей причиной этого разстройства.

Для рѣшенія этого вопроса необходимо обратиться къ другимъ категоріямъ дегенерантовъ. Я остановлюсь на *эпилептикахъ*, потому что испытуемыхъ по эпилепсін въ госпиталѣ очень много, и при изслѣдованіи ихъ, какъ уже сказано, признаки истеріи отыскиваются весьма тщательно. Изъ большаго числа этихъ испытуемыхъ мною исключаются здѣсь всѣ тѣ, припадки которыхъ имѣли хоть нѣкоторое сходство съ истерическими; я беру только такіе случаи, гдѣ приступы наблюдались или врачами, или, по крайней мѣрѣ, другими заслуживающими довѣріе лицами, и гдѣ, судя по описанію, можно было признать настоящую падучую. Такихъ случаевъ у меня набралось 54.

Всѣ приводимыя ниже явленія относятся къ *стойкимъ*, такъ какъ наблюдались у больныхъ постоянно, независимо отъ приступовъ.

Оказывается, что и у этихъ больныхъ расстройства чувствительности встрѣчаются весьма нерѣдко. Кожная чувствительность не представляла замѣтныхъ уклоненій отъ нормы только въ 17 случаяхъ; въ 19 имѣлось общее притупленіе ея на всемъ тѣлѣ, въ 15—мѣстныя анестезіи или гипестезіи, въ 3—притупленіе чувствительности въ формѣ геміанестезіи; послѣдняя у 2 больныхъ сопровождалась рѣзкимъ пониженіемъ слуха, обонянія и вкуса на соответствующей сторонѣ. Болѣе или менѣе значительное притупленіе специальной чувствительности, напр. слуха и обонянія, встрѣчалось повидимому, вообще нерѣдко, хотя систематическаго изслѣдованія въ этомъ направленіи мною не сдѣлано. Поле зрѣнія найдено значительно суженнымъ въ одномъ случаѣ (изъ 13). Глоточный рефлексъ былъ замѣтно ослабленъ у 14 больныхъ, отсутствовалъ совершенно у 19, оказался нормальнымъ у 21; конъюнктивальный рефлексъ былъ утраченъ у 11, ослабленъ у 21, сохраненъ вполне у 22. У многихъ больныхъ отмѣчена и анестезія слизистой оболочки носа.

Коленные рефлексы найдены нормальными въ половинѣ случаевъ (27), повышенными—въ 21, пониженными—въ 6. У 12 больныхъ наблюдалось дрожаніе конечностей.

Затѣмъ, и здѣсь очень часто обращали на себя вниманіе синюха кистей и стопъ, тахикардія, преждевременный склерозъ височныхъ артерій и увеличеніе размѣровъ сердца. Въ одномъ случаѣ найдена недостаточность двустворчатого клапана.

Впрочемъ, всѣ перечисленные симптомы, въ отдѣльности или въ различныхъ сочетаніяхъ, описывались при эпилепсiи уже неоднократно. Не говоря о сосудистыхъ и сердечныхъ расстройствахъ, о которыхъ упоминается почти во всѣхъ руководствахъ, аналгезiи у эпилептиковъ съ психическимъ расстройствомъ были описаны *Smoler*-омъ еще въ 1866 году ¹⁾. Много позднѣе состояніе кожной и специальной чувствительности у падучихъ изучалось подробно *Thomsen*-омъ и *Oppenheim*-омъ ²⁾, которые, какъ извѣстно, доказали пригнѣненіе чувствительности (въ особенности специальной) и сжуженіе поля зрѣнія *послѣ приступовъ*; они наблюдали, правда, и стойкія измѣненія чувствительности, но, какъ и *Smoler*, преимущественно у психически ненормальныхъ (слабоумныхъ) эпилептиковъ. Въ 1886 году тѣмъ же вопросомъ занялся д-ръ *Озерецковскій* ³⁾; въ своихъ случаяхъ онъ находилъ нерѣдко расстройства, какъ специальной, такъ и кожной чувствительности, и не только послѣ приступовъ, но и внѣ ихъ, при чемъ особенной связи этихъ расстройствъ съ состояніемъ психической сферы больныхъ не замѣтилъ; притупленіе кожной чувствительности имѣло характеръ то общей анестезiи, то геміанестезiи, болѣе или менѣе полной, то, наконецъ, мѣстныхъ анестезiй, иногда съ очень неправильнымъ распредѣленіемъ. Дрожаніе и различныя аномалiи кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ, въ промежуткахъ между при-

¹⁾ Prager Vierteljahrschrift, 1866.

²⁾ Archiv für Psychiatrie, Bd. XV (1884).

³⁾ Медицинское Обозрѣніе, т. XXV, стр. 795. О чувствительности у эпилептиковъ писалъ также *C. Agostino* (Rivista sperimentale di Freniatria, XVI, 1890).

ступами, описаны *Browning*'омъ ¹⁾, *Féré* ²⁾ и друг. Такимъ образомъ, приводимые мною факты не представляютъ ничего новаго.

Подобныя же расстройства наблюдались мною, далѣе, и въ другихъ классахъ дегенерантовъ, а именно—довольно часто у *зайкъ*, у многихъ изъ *тупоумныхъ*, въ отдѣльныхъ случаяхъ *самороднаго дрожанія*, *односторонняго потнѣнія лица* ³⁾ и т. п.

Наконецъ, въ литературѣ, особенно итальянской (*Lombroso*, *Agostino* ⁴⁾ и друг.), описываются тѣ же расстройства чувствительности (главнымъ образомъ, гипестезіи), отсутствіе рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и проч. у *дегенерантовъ-преступниковъ*.

Очевидно, было бы слишкомъ большою натяжкой считать всѣхъ этихъ субъектовъ истеричными на томъ основаніи, что у нихъ среди различныхъ функціональных расстройствъ встрѣчаются такіе, которые представляютъ большее или меньшее сходство съ истерическими стигматами.

Съ другой стороны, у всѣхъ этихъ лицъ—недержавшихъ мочу, падучихъ, *зайкъ*, *тупоумныхъ преступниковъ* и проч.—существуетъ одно общее: то, что всѣ они, въ большей или меньшей степени, принадлежатъ къ невропатической семьѣ вырождающихся. Поэтому, и общія имъ всѣмъ аномаліи нервныхъ функцій могутъ быть поставлены въ непосредственную связь съ *вырожденіемъ*.

¹⁾ Journal of nervous and mental diseases, 1893, стр. 449 и 528.

²⁾ Comptes rendus de la Société de Biologie, 1897.

³⁾ *Teuscher* въ Neurol. Centralbl. 1897 г. (стр. 1033) описываетъ, какъ особую форму гипергидроза, *hyperhydrosis unilateralis degenerativa*, что вполне соответствуетъ и моимъ наблюденіямъ.

⁴⁾ Въ Обществѣ Психіатровъ, гдѣ мною былъ сдѣланъ (31 октября прошлаго года) докладъ по обсуждаемому здѣсь вопросу, д-ръ *Е. С. Боринъ-польскій* сообщилъ мнѣ, что отсутствіе рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и кожныя анестезіи, иногда весьма похожія на истерическія, наблюдались имъ у многихъ *идиотическихъ*, а также у нѣкоторыхъ изъ *тупоумныхъ оптей* заведенія *И. В. Маларевскаго*.

Функціональные признаки вырожденія со стороны нервной системы изучены въ настоящее время весьма недостаточно, гораздо меньше, напримѣръ, чѣмъ антропологическіе (морфологическіе) или психическіе признаки. Это объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что до сихъ поръ вопросъ о вырожденіи занималъ больше психіатровъ, чѣмъ невропатологовъ. Сальпетріерская школа, разработавшая съ такой изумительной полнотою ученіе объ истеріи, почти не касалась вопроса о нервныхъ проявленіяхъ дегенеративной конституціи. Во всякомъ случаѣ, попытка изслѣдовать эти проявленія на большомъ матеріалѣ и въ различныхъ классахъ дегенерантовъ, такая попытка еще никѣмъ не сдѣлана.

Когда отдѣльные расстройства нервныхъ отравленій у вырожденныхъ будутъ изучены въ достаточной степени, тогда явится возможность создать полную картинку того, что можетъ быть названо *дегенеративной слабостью нервной системы* или, пожалуй, болѣе общимъ терминомъ „*состояніе вырожденія*“ (*état de dégénérescence*, по *Raymond*'у). Судя по тому, что намъ извѣстно въ настоящее время, эта картина должна представляться крайне разнообразной и непостоянной. Однако, весьма вѣроятно, что будущимъ изслѣдованіямъ удастся открыть единство въ кажущемся разнообразіи; что же касается непостоянства отдѣльныхъ явленій, то надо замѣтить, что то же самое относится и къ антропологическимъ признакамъ, которые также встрѣчаются далеко не постоянно у всѣхъ и каждого дегенеранта.

Насколько можно судить теперь, однимъ изъ наиболѣе обычныхъ элементовъ картины являются симптомы, свидѣтельствующіе о недостаточности кровообращенія; такова синюха конечностей (акроціанозъ). Въ одномъ изъ моихъ наблюденій эта синюха достигала степени настоящаго синяго отека и служила, сама по себѣ, предметомъ испытанія относительно годности къ военной службѣ. О расстройствахъ сосудодвигательной иннерваціи, какъ функціональномъ признакѣ выро-

ждения, упоминается и въ нѣкоторыхъ руководствахъ, напр. у *Krafft-Ebing'a*.

Я не стану касаться здѣсь другихъ проявленій дегенеративной слабости, каковы: дрожаніе конечностей, нистагмъ, дизартрія, мѣстные поты и проч., останавлиюсь только на тѣхъ симптомахъ, которые могутъ быть приняты и, дѣйствительно, нерѣдко принимаются за истерическіе стигматы. Эти *quasi-stigmata* и составляютъ, собственно, предметъ моей статьи.

Относительно *отсутствія глоточнаго рефлекса* мнѣнія авторовъ сильно расходятся. Тогда какъ одни (*Souques, Kattwinkel* ¹⁾) считаютъ его надежнымъ и даже патогномоническимъ (*Chairou* ²⁾) признакомъ истеріи, другіе, напротивъ, не придаютъ ему никакого значенія; такъ, *Engelhardt* ³⁾ не находилъ его въ 7 случаяхъ истеріи изъ 10; между тѣмъ, изъ 200 изслѣдованныхъ имъ здоровыхъ лицъ глоточный рефлексъ отсутствовалъ у 50 и былъ ослабленъ у 34.

Потеря конъюнктивныхъ рефлексовъ рассматривается французской школой невропатологовъ вообще какъ характерный симптомъ истеріи. Такое мнѣніе было высказано еще *Briquet* и позднѣе поддерживалось *Féré* ⁴⁾. Однако, оно раздѣляется не всѣми. Въ преніяхъ, возникшихъ въ Собраніи среднегерманскихъ психіатровъ (Дрезденъ, 1898 г.) по поводу доклада *Windscheid'a* объ оваріи, *Oppenheim* высказалъ сомнѣніе относительно значенія конъюнктивныхъ рефлексовъ, такъ какъ эти рефлексy бываютъ часто ослаблены и даже утрачены и у здоровыхъ людей ⁵⁾.

На основаніи своихъ наблюденій, я склоненъ считать отсутствіе глоточнаго и отсутствіе конъюнктивныхъ рефлексовъ скорѣе дегенеративными, чѣмъ истерическими признаками. Изъ того, что ихъ находили нерѣдко у здоровыхъ,

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medicin, Bd. 57, стр. 549.

²⁾ Études cliniques sur l'hystérie, 1870.

³⁾ Ueber Pharynxreflex bei Normalen und Hysterischen. Jnaug.—Diss., Bonn, 1893. (Цитир. по реферату въ Neurolog. Centralbl. 1894, стр. 74).

⁴⁾ Archives de Neurologie, t. III (1882).

⁵⁾ См. Neurol. Centralbl., 1898, стр. 1111.

еще не слѣдуетъ, конечно, чтобъ это были явленія, лишенные всякаго патологическаго значенія. Почти любой изъ признаковъ вырожденія можетъ встрѣчаться, въ отдѣльности, у нормальныхъ людей, и это нисколько не противорѣчитъ нашему понятію объ этихъ признакахъ. Впрочемъ, еще вопросъ, было ли исключено вырожденіе въ случаѣ, о которыхъ говорятъ упомянутые наблюдатели (*Engelhard* и *Oppenheim*).

Кромѣ анестезіи слизистыхъ оболочекъ глотки и глазныхъ яблокъ, во многихъ случаяхъ я находилъ у изслѣдованныхъ мною дегенерантовъ также нечувствительность слизистой оболочки носа.

Что касается *анестезіи кожи*, то о нихъ можно сказать вообще, что въ большинствѣ моихъ случаевъ онѣ не были полными и имѣли скорѣе характеръ *ипанестезій*. Чаще всего встрѣчалось *общее притупленіе* чувствительности на всей поверхности тѣла. Геміанестезіи, которыя, по *Briquet*, наблюдаются при истеріи болѣе, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ (въ 93 изъ 240), у простыхъ дегенерантовъ бывають сравнительно рѣдко и при томъ (какъ справедливо замѣчаетъ *Озерцовскій* касательно эпилептиковъ) представляютъ собою не столько потерю, сколько притупленіе кожной (а нерѣдко и специальной) чувствительности по сравненію съ другой половиной тѣла. Замѣчу здѣсь, что въ двухъ случаяхъ, у эпилептиковъ, мнѣ удалось подтвердить наблюденіе, слѣланное *Agostino* ¹⁾: при рѣзко выраженной плягіоцефаліи чувствительность окazyвалась притупленной на сторонѣ, противоположной той половинѣ черепа, которая отстала въ развитіи. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (у эпилептика съ недержаніемъ мочи), гдѣ геміанестезія занимала правую сторону, сила правой руки была значительно уменьшена и относилась къ силѣ лѣвой, какъ 30: 43. Эти факты наводятъ, конечно, на мысль, что геміанестезіи дегенерантовъ могутъ обуславливаться органи-

¹⁾ Rivista sperimentale di Freniatria, 1890.

ческими причинами, а именно задержкой развитія или ранней атрофіей одного изъ полушарій мозга. Возможно, что подобнымъ же образомъ, т. е. недоразвитіемъ, но только частичнымъ, чувствующихъ центровъ коры объясняются и нѣкоторыя мѣстныя анестезіи, или *моноанестезіи*, дегенерантовъ. Врядъ ли, однако, такое объясненіе приложимо ко всѣмъ случаямъ, и чаще, быть можетъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ явленіемъ чисто динамическаго свойства ¹⁾.

Какъ бы то ни было, въ клиническомъ отношеніи эти мѣстныя, ограниченныя анестезіи могутъ обладать всѣми характерными качествами истерическихъ (которые, кстати сказать, самъ *Charcot* относилъ къ анестезіямъ коркового типа, „*de cause corticale*“, конечно, въ динамическомъ смыслѣ). Онѣ бываютъ сходны съ послѣдними не только своимъ сегментарнымъ распредѣленіемъ, не соотвѣтствующимъ распредѣленію нервовъ, не только сохраненіемъ при нихъ кожныхъ рефлексовъ, болевой реакціи зрачка и проч., но и своей интенсивностью, своей полнотою. Особенно часто такія полныя мѣстныя анестезіи наблюдались мною у недержавшихъ мочу въ области половыхъ органовъ и сосѣднихъ частей бедеръ и живота. Слѣдуетъ ли отнести подобные случаи къ истеріи? Я полагаю, что нѣтъ, такъ какъ во всемъ остальномъ они ничѣмъ не отличались отъ другихъ случаевъ недержанія, на основаніи же одного стигмата, хотя бы даже „настоящаго“, ставить діагнозъ истеріи было бы довольно опрометчиво, тѣмъ болѣе, что само разстройство чувствительности представляло въ моихъ случаяхъ всевозможные переходы отъ характерной истерической анестезіи до легкаго и болѣе диффузнаго притупленія, въ которомъ не было уже ничего характернаго.

¹⁾ Притупленіе чувствительности на концахъ конечностей (кистяхъ, голеняхъ и стопахъ), наблюдаемое у очень многихъ дегенерантовъ, можетъ имѣть и периферическое происхожденіе—отъ застоя крови въ этихъ частяхъ, выражающагося ихъ синюхой и пониженной температурой. Такъ же объясняется, вѣроятно, и часто встрѣчающаяся гипестезія волосистой части головы.

Съуженіе поля зрѣнія, считающееся однимъ изъ главныхъ стигматовъ истеріи, наблюдалось мною въ рѣзкой степени только 2 раза (изъ 27). Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, у энуретика, имѣлось, кромѣ того, лѣвосторонняя геміанэстезія съ участіемъ слуха, вкуса и обонянія, такъ что здѣсь діагнозъ истеріи былъ, дѣйствительно, весьма вѣроятенъ. Само недержаніе мочи появилось у этого больного въ позднемъ возрастѣ (на 19-мъ году), подъ вліяніемъ психического момента (испуга во время пожара). Это былъ, быть можетъ, единственный случай изъ всѣхъ наблюдавшихся мною, гдѣ недержаніе мочи могло быть названо истерическимъ. Въ другомъ случаѣ съуженіе поля зрѣнія было найдено у эпилептика, не представлявшего никакихъ другихъ признаковъ истеріи и не имѣвшего передъ тѣмъ приступовъ, по крайней мѣрѣ, за недѣлю.

И такъ, съуженіе поля зрѣнія (въ рѣзкихъ степеняхъ), если и встрѣчается иногда въ истеріи, какъ симптомъ простой дегенеративной слабости, то это бываетъ все же сравнительно рѣдко. Впрочемъ, въ виду недостаточности собственныхъ изслѣдованій, я не могу настаивать на этомъ выводѣ. Состояніе зрѣнія и вообще специальной чувствительности у различныхъ дегенерантовъ изучается, по моему предложенію, моими товарищами по отдѣленію, д-рами *Ф. А. Бабаровымъ* и *Е. А. Нильсеномъ*, результаты которыхъ будутъ опубликованы въ непродолжительномъ времени.

Ограничиваюсь пока слѣдующими выводами:

1) Нѣкоторые изъ такъ назыв. стигматовъ истеріи должны быть причислены скорѣе къ функціональнымъ признакамъ вырожденія, такъ какъ встрѣчаются весьма часто у различного рода дегенерантовъ. Сюда я отношу пониженіе или отсутствіе глоточнаго и конъюнктивальныхъ рефлексовъ, а также общее и мѣстное притупленіе кожной чувствительности (гипестезію).

2) Другіе симптомы, какъ-то: геміанэстезія съ участіемъ органовъ чувствъ, полная мѣстная анэстезія съ ея типичными

особенностями, съуженіе поля зрѣнія и т. п., въ общемъ, заслуживаютъ названіе стигматовъ истеріи, хотя, взятыя порознь, они могутъ встрѣчаться и при простомъ вырожденіи.

Только сочетаніе такихъ стигматовъ у одного лица даетъ право на діагнозъ истеріи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ истерическихъ приступовъ (судорогъ, сна, бреда и проч.).

Держась такого взгляда, мы избѣгнемъ опасности сдѣлать изъ истеріи слишкомъ широкое и потому слишкомъ неопредѣленное понятіе. Мы не станемъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, навязывать ей чуждыя явленія, причину которыхъ надо искать глубже, въ самомъ вырожденіи, и, вѣроятно, придемъ къ тому выводу, что истерія у мужчинъ и въ простомъ народѣ все же не чаще, чѣмъ у женщинъ.

(Изъ физиологической лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго).

Объ отношеніи пограничнаго ствола симпатическаго нерва къ центральной нервной системѣ.

Д-ра С. А. Трушковскаго.

Вопросъ объ отношеніи пограничнаго ствола симпатическаго нерва къ центральной нервной системѣ до настоящаго времени является почти совсѣмъ неразработаннымъ, и только въ послѣднее время, благодаря усовершенствованію методовъ изслѣдованія нервныхъ волоконъ, явилась возможность болѣе точной дальнѣйшей разработки этого вопроса.

Мои наблюденія по данному вопросу, произведенныя въ физиологической лабораторіи Казанскаго Университета подъ руководствомъ профессора Н. А. Миславскаго, составляютъ предметъ моего настоящаго сообщенія.

Опыты мои, основанные на методѣ вторичныхъ перерожденій, производились на собакахъ и кошкахъ и состояли изъ операцій: односторонней половинной перерѣзки спинного мозга на различныхъ уровняхъ груднаго и поясничнаго отдѣловъ и вылученія одного изъ узловъ пограничнаго ствола въ брюшной полости. Оперированныя животныя жили двѣ-три недѣли, вслѣдъ за чѣмъ убивались обезкровливаніемъ. Свѣжій мозгъ и оба пограничные симпатическіе ствола, вынутые изъ убитаго животнаго, уплотнялись въ Мюллеровской жидкости и затѣмъ подвергались дальнѣйшей обработкѣ по способу *Marchi*. Па-

параллельно симпатическій нервъ обрабатывался 1⁰/₀ водн. растворомъ осмія. Изслѣдованы мною исключительно мѣлиновые волокна.

Односторонняя половинная перерѣзка спинного мозга, нарушающая цѣлость нервныхъ волоконъ, питательные центры (кѣтки) которыхъ заложены въ спинномъ мозгу, выше перерѣзки, имѣла цѣлью выяснить ходъ нервныхъ волоконъ, идущихъ изъ спинного мозга въ симпатическій нервъ, т. е. волоконъ, выходящихъ изъ спинного мозга.

Очевидно, волокна эти, послѣ перерѣзки мозга, должны были переродиться, въ чемъ мы и убѣждаемся при микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ мозга на всемъ протяженіи ниже перерѣзки.

Кромѣ системныхъ перерожденій, представлявшихъ обычныя явленія, наблюдаемая при половинной перерѣзкѣ спинного мозга, измѣненія, обнаруживаемыя въ срѣзахъ, представляютъ перерожденные волокна, расположенныя по ходу переднихъ и отчасти заднихъ корешковыхъ волоконъ, преимущественно съ одной (оперированной) стороны.

Картины перерожденій въ срѣзахъ, взятыхъ изъ различныхъ уровней мозга, обыкновенно симметричны по мѣсту локализациі перерожденныхъ волоконъ и варьируютъ лишь той или другой интенсивностью скопленія ихъ.

Микроскопическое изслѣдованіе пограничнаго ствола оперированной стороны обнаруживаетъ, что послѣдній содержитъ перерожденные волокна по всему пути нисходящей своей части, начиная со втораго узла, ниже перерѣзки мозга. Въ восходящей части нерва перерожденныхъ волоконъ не обнаруживается.

При изслѣдованіи внѣ мозговой части корешковъ нижняго отрѣзка мозга, послѣ перерѣзки, мы только въ одномъ опытѣ удалось наблюдать не болѣе 2—3-хъ перерожденныхъ волоконъ, въ одномъ изъ ближайшихъ къ перерѣзкѣ, переднихъ корешковъ оперированной стороны. Результаты изслѣдованія другихъ корешковъ были отрицательны, тогда

какъ при контрольныхъ опытахъ съ односторонней перерѣзкой одного изъ корешковъ (передняго или задняго) всегда наблюдались перерожденные волокна въ пограничномъ стволѣ. Отсюда можно заключить, что значительная часть перерожденныхъ волоконъ, находящихся въ пограничномъ стволѣ, поступила туда, минуя корешки, иными, еще неизвѣстными намъ путями.

Очень вѣроятно въ этомъ случаѣ мнѣніе Rüdinger'a ¹⁾, что мельчайшія развѣтвленія симпатическаго нерва вступаютъ въ спинной мозгъ вмѣстѣ съ его сосудами.

Вылученіе одного изъ симпатическихъ узловъ пограничнаго ствола, вслѣдствіе чего нервныя волокна разошлись со своими клѣтками, находящимися въ симпатическихъ узлахъ, имѣло цѣлю выяснитъ ходъ симпатическихъ волоконъ обратнаго направленія, т. е. волоконъ, идущихъ отъ симпатическаго нерва къ спинному мозгу—входящихъ волоконъ. Основаніемъ для послѣдняго предположенія служатъ данныя Rotho'n'a у Cajal'a ²⁾, по которымъ имѣются входящія черезъ передніе корни волокна. Кромѣ того въ существованіи чувствительныхъ волоконъ мы неоднократно могли убѣдиться при операціяхъ съ вылученіемъ узла: въ случаѣ пробужденія отъ наркоза моментъ перерѣзки нерва обыкновенно сопровождается беспокойными движеніями и подергиваніями, зависящими отъ испытываемой животнымъ боли. Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ спинного мозга этой серіи опытовъ обнаруживаетъ перерожденные волокна въ переднихъ и отчасти заднихъ корняхъ половины мозга, соотвѣтствующей оперированному узлу. Перерожденные волокна, но въ значительно меньшемъ количествѣ наблюдаются иногда и въ переднихъ корняхъ другой половины мозга, соотвѣтствующей не оперированной сторонѣ нерва.

¹⁾ Über die Verbreitung des Sympaticus in der Animalen Röhre, dem Rückenmark und Gehirn». 1863 г. стр. 74 и 75.

²⁾ Lenhossek. «Die feinere Bau des Nerhensystems» 1895 г., стр. 258 и 259.

Участки мозга, срѣзы которыхъ даютъ означенныя картины перерожденія, составляютъ обыкновенно отдѣль мозга на протяженіи 3—4 сегментовъ внизъ отъ вылученнаго узла и 1—2 сегмента выше послѣдняго.

Исслѣдованіе нижняго отрѣзка пограничнаго ствола оперированной стороны обнаруживало обыкновенно значительное количество перерожденныхъ волоконъ на всемъ протяженіи нерва до послѣдняго поясничнаго узла, постепенно уменьшающееся по направленію книзу.

Это перерожденіе, являющееся результатомъ вылученія узла, мы должны разсматривать, какъ различныя системы мѣлиновыхъ волоконъ, имѣющихъ свое начало частью въ спинномъ мозгу, частью въ клѣткахъ оперированнаго узла.

Уменьшеніе количества перерожденныхъ волоконъ въ нисходящемъ направленіи даетъ основаніе допустить, что волокна эти проходятъ по пограничному стволу различное разстояніе, при чемъ только меньшинство ихъ спускается до послѣдняго поясничнаго узла.

Сравнивая картину перерожденія пограничнаго ствола настоящихъ опытовъ съ измѣненіями, наблюдавшимися въ пограничномъ стволѣ послѣ перерѣзки мозга, мы должны отмѣтить значительное преобладаніе количества перерожденныхъ волоконъ въ первомъ случаѣ, что вполне естественно, такъ какъ въ послѣднемъ перерождались только волокна, выходящія изъ спинного мозга.

Микроскопическое изслѣдованіе промежутковъ между 7—6 и 6—5 поясничными узлами ствола неоперированной стороны обнаруживаетъ въ нихъ почти всегда присутствіе перерожденныхъ волоконъ. На основаніи этого наблюденія мы вправѣ допустить существованіе волоконъ, переходящихъ въ области 7-го поясничнаго симпатическаго узла изъ одного пограничнаго ствола въ другой.

Восходящій отрѣзокъ симпатическаго ствола содержалъ незначительное количество перерожденныхъ волоконъ, которыя попадались только въ районѣ двухъ ближайшихъ къ оперированному узлу промежутковъ нерва.

Кромѣ того мною было произведено нѣсколько опытовъ въ области шейной части симпатическаго нерва. Опытъ съ вылученіемъ верхняго шейнаго симпатическаго узла у собаки далъ перерожденіе въ заднихъ и отчасти переднихъ корешкахъ мозга оперированной стороны, наблюдавшееся въ срѣзахъ взятыхъ изъ двухъ верхнихъ сегментовъ шейной части мозга.

При той же постановкѣ опыта произведеннаго на кошкѣ, результатъ по отношенію къ мозгу полученъ отрицательный.

Симпатическій шейный нервъ оперированной стороны въ томъ и другомъ случаѣ (у собаки и кошки) содержалъ не болѣе 2—3-хъ перерожденныхъ волоконъ.

Опыты съ резекціей средней части шейнаго симпатическаго нерва установили фактъ, что нервъ этотъ состоитъ почти исключительно изъ восходящихъ волоконъ, такъ какъ перерожденіе въ немъ сосредоточивалось главнымъ образомъ въ верхнемъ отрѣзкѣ. Изслѣдованіе мозга въ этихъ опытахъ обнаружило перерожденные волокна въ переднихъ корешкахъ соответствующей половины мозга, наблюдавшіяся на протяженіи 2-хъ верхнихъ и 1-го нижняго сегмента шейной части.

Недостатокъ количества опытовъ по вопросу о шейной части симпатическаго нерва не даетъ однако мнѣ права сдѣлать изъ нихъ какой-либо окончательный выводъ.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКІЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКІЯ ОСНОВАНІЯ ЭСТЕТИКИ.

Проф. А. И. Смирнова.

(Продолженіе) ¹⁾.

Б. Физиологическія и психологическія основанія эстетической теоріи живописи.

Отъ цвѣтовъ и красокъ мы переходимъ теперь къ формѣ предметовъ, т. е. къ изложенію эстетическихъ условій и законовъ распредѣленія и сочетанія линій, ограничивающихъ предметъ. Цвѣтъ, какъ мы видѣли, зависитъ отъ различнаго возбужденія разнаго рода волоконъ оптическаго нерва; форма зависитъ отъ числа и относительнаго положенія возбуждаемыхъ такимъ образомъ нервныхъ волоконъ. Глазъ, первоначально, можетъ воспринимать лишь протяженіе въ двухъ его измѣреніяхъ, т. е. плоскія фигуры. Это понятно, потому что оптическое изображеніе предмета рисуется на поверхности сетины, слѣдовательно, имѣетъ только два измѣренія, въ высоту и широту; отсюда и зрительное ощущеніе, составляющее результатъ нервнаго раздраженія, можетъ воспроизводить лишь форму предмета на плоскости. Такимъ образомъ, третье измѣреніе пространства, т. е. протяженіе предметовъ въ глу-

¹⁾ См. «Неврологич. Вѣстникъ» за 1893—94 гг.

бину не можетъ быть усматриваемо нами непосредственно. Спрашивается теперь: какимъ же образомъ мы видимъ вещи, какъ намъ кажется, во всѣхъ трехъ измѣреніяхъ? Вотъ это воспринятіе, это знакомство съ настоящей формой предметовъ пріобрѣтается нашимъ глазомъ мало по малу, постепенно,—является какъ бы навыкомъ, послѣдствіемъ цѣлаго ряда сложныхъ процессовъ, которые когда-то дѣйствительно должны были происходить въ опытахъ зрѣнія, которые отчасти совершаются и сейчасъ, но только безсознательно, т. е. такъ, что мы не сознаемъ ихъ.

Подробное изложеніе образованія пространственныхъ представленій потребовало бы слишкомъ много времени,—мы должны ограничиться самымъ главнымъ и существеннымъ ¹⁾).

Прежде всего мы должны себѣ представить, какимъ образомъ мы воспринимаемъ форму предметовъ, когда смотримъ на нихъ однимъ только глазомъ, т. е. посредствомъ такъ называемаго монокулярнаго зрѣнія. Какъ я замѣтилъ, въ этомъ случаѣ собственно получается плоское изображеніе предмета. Но намъ кажется все-таки, что мы видимъ предметъ не только въ двухъ, но отчасти, по крайней мѣрѣ, и въ третьемъ его измѣреніи. Напримѣръ, мы сразу отличаемъ шаръ отъ плоскаго круга, мы видимъ, что одинъ предметъ отстоитъ отъ насъ дальше, чѣмъ другой, или что предметы, изображенія которыхъ покрываются отчасти изображеніемъ другихъ предметовъ, помѣщаются за ними и т. п. Эти представленія могутъ быть даны монокулярнымъ зрѣніемъ только при помощи постороннихъ вспомогательныхъ средствъ. Мы знакомимся съ формой не однимъ только чувствомъ зрѣнія, но также посредствомъ осязанія и моторнаго чувства, т. е. чувства затраты мышечной энергіи при движеніи нашихъ членовъ, преимущественно, пальцевъ по поверхности предмета, вмѣстѣ съ дру-

¹⁾ Желающіе ближе ознакомиться съ этимъ весьма интереснымъ отдѣломъ психологіи могутъ обратиться къ сочиненію Вундта «Основанія физиологической психологіи», или всего лучше къ «Физиологической оптикѣ» Гельмгольца

гими добавочными ощущеніями, зависящими отъ перемѣщенія сухожилій и т. п. Отсюда, непосредственное зрительное впечатлѣніе тѣсно сливается съ впечатлѣніями осязательными и моторными и вызываетъ ихъ по ассоціаціи идей. Поэтому воспріятіе формы знакомыхъ намъ предметовъ и относительнаго размѣщенія ихъ въ пространствѣ совершается въ насъ безъ всякаго затрудненія. Напримѣръ, если я вижу двоихъ людей, стоящихъ другъ передъ другомъ, такъ что голова одного представляется выше головы другаго, то я сейчасъ же, въ силу уже всего моего опыта, знаю, что это два человѣка, а не одинъ съ двумя головами и т. п. Но тамъ, гдѣ намъ недостаетъ такого опыта, наши сужденія о формѣ предметовъ и величинѣ ихъ, объ удаленіи ихъ отъ насъ, о взаимныхъ ихъ разстояніяхъ, становятся шаткими и часто бываютъ ошибочными. Такъ напримѣръ, горы для непривычнаго путешественника обыкновенно кажутся и гораздо меньше и гораздо ближе, чѣмъ каковы онѣ на самомъ дѣлѣ. Ряды горъ или облаковъ, громоздящихся другъ за другомъ на значительныхъ разстояніяхъ, представляются лежащими въ одной плоскости.

Кромѣ ассоціаціи зрительныхъ впечатлѣній съ впечатлѣніями другихъ чувствъ существуютъ еще факты въ области самого зрѣнія, которые помогаютъ намъ въ опредѣленіи формы и разстояній предметовъ. Сюда относятся ходъ и направленіе линій, ограничивающихъ предметы. Прежде всего мы судимъ о разстояніи отъ насъ предмета по кажущемуся восхожденію плоскости почвы. Если основанія предметовъ скрыты отъ насъ, то и сужденіе объ ихъ относительномъ разстояніи становится неточнымъ. Такъ напримѣръ, если мы съ высокаго пункта смотримъ на массу строеній, причемъ почва отъ насъ скрыта, то намъ чрезвычайно трудно оріентироваться въ расположеніи домовъ, направленіи улицъ и т. п. Вообще, части пространства, промежуточные между нами и предметомъ, на который мы смотримъ, должны быть отмѣчены такъ или иначе; иначе онѣ будутъ сливаться между собой, и наше сужденіе о разстояніи будетъ ошибочнымъ. Предметъ, въ этомъ случаѣ, кажется

намъ гораздо ближе, чѣмъ въ дѣйствительности. Такъ разстояніе одного берега Волги отъ другого кажется гораздо ближе и, слѣдовательно, рѣка представляется гораздо уже въ томъ случаѣ, если по линіи зрѣнія нѣтъ никакихъ предметовъ, напримѣръ—судовъ, плотовъ, лодокъ, особенно такихъ, величина которыхъ намъ извѣстна.

Кромѣ того, для оцѣнки настоящей формы предметовъ, въ дѣйствительномъ ли зрѣніи или на рисункѣ, весьма много помогаютъ разныя детали и побочныя обстоятельства. Такъ напримѣръ, фигура лѣстницы, начерченная простыми линіями сдѣлается для насъ яснѣе, если изобразить еще человѣческую фигуру, взбирающуюся по этой лѣстницѣ. Особенно важное значеніе при воспріятіи положенія и формы предметовъ имѣетъ тѣнь, бросаемаемая предметами. Болѣе освѣщенныя части предмета невольно намъ представляются выпуклыми и находящимися къ намъ ближе, тогда какъ затѣненные отходятъ отъ насъ вглубь. Такимъ образомъ, кругъ нарисованный совершенно однообразно, т. е. безъ всякихъ оттѣнковъ, воспринимается нами какъ плоскость. Достаточно оттѣнить часть этого круга, противоположную падающему на него освѣщенію, и мы невольно получимъ впечатлѣніе шара. О выпуклостяхъ и углубленіяхъ на поверхности предметовъ мы судимъ, какъ уже замѣчено, по тѣнямъ, отбрасываемымъ краями этихъ неровностей. Вогнутость представляетъ тѣнь на краю, ближайшемъ къ источнику свѣта, выпуклость—на краю противоположномъ. Измѣняя искусственно это распредѣленіе свѣта и тѣни, мы можемъ вызывать совершенно иллюзорныя сужденія о поверхностяхъ. Возьмемъ обыкновенную рельефную медаль, защитимъ ее отъ свѣта со стороны окна экраномъ, освѣтимъ ее съ другой стороны посредствомъ зеркала,—тогда рельефныя мѣста покажутся углубленными.

До сихъ поръ мы говорили о воспріятіи формъ и пространственнаго размѣщенія предметовъ при такъ называемомъ *монокулярномъ зрѣніи*, т. е. при предположеніи, что это воспріятіе совершается однимъ только глазомъ. Но на самомъ

дѣлѣ, обыкновенно, мы смотримъ двумя глазами,—и вотъ это обстоятельство, что мы, собственно, имѣемъ не одно, а два оптическихъ изображенія, способствуетъ распознаванію формъ и разстояній, лучшему, болѣе точному знакомству съ ними, чѣмъ посредствомъ исключительно монокулярнаго зрѣнія, т. е. зрѣнія однимъ лишь глазомъ. Но и въ этомъ случаѣ существуетъ чрезвычайно важное различіе между зрѣніемъ предметовъ близкихъ и отдаленныхъ,—различіе, играющее весьма важную роль въ живописи, на которое, поэтому, мы должны обратить полное вниманіе. Дѣло въ томъ, что изображенія предметовъ близкихъ къ намъ, падающія на ретину праваго и лѣваго глаза, не вполне одинаковы. Положимъ, мы смотримъ на предметъ кубической формы, на ящикъ или сундукъ, въ недалекомъ отъ насъ разстояніи: лѣвымъ глазомъ мы видимъ не только сторону, прямо къ намъ обращенную, но и нѣкоторую часть лѣвой стороны, убѣгающую отъ насъ въ глубь, тогда какъ соотвѣтствующая правая сторона совсѣмъ не видна,—и наоборотъ, однимъ правымъ глазомъ мы видимъ часть уходящей въ глубину правой стороны, а соотвѣтствующую ей лѣвую не видимъ. Но если мы будемъ смотрѣть на тотъ же предметъ обоими глазами вдругъ, то эти добавочныя боковыя впечатлѣнія слагаются. Тогда мы видимъ не только изображеніе предмета по плоскости, но отчасти и обѣ стороны, уходящія въ глубину по 3-му измѣренію,—предметъ, поэтому, представляется намъ въ рельефѣ, т. е. выпуклымъ. Такимъ образомъ, зрѣніе двумя глазами можно сравнить съ зрѣніемъ двухъ наблюдателей, смотрящихъ на предметъ съ разныхъ точекъ зрѣнія и сообщающихъ другъ другу свои впечатлѣнія.

На этомъ совпаденіи двухъ нѣсколько различныхъ ретинныхъ изображеній предмета основано дѣйствіе *стереоскопа*. Стереоскопъ производитъ полную иллюзію рельефа: изображеніе, разсматриваемое чрезъ него, представляется во всѣхъ трехъ измѣреніяхъ, т. е. такъ, какъ мы видимъ вещи въ дѣйствительности. Для стереоскопа, какъ извѣстно, готовятъ

два рисунка одного и того же предмета, съ разныхъ точекъ зрѣнія, т. е. съ точки зрѣнія лѣваго и праваго глаза. Эти рисунки, такимъ образомъ, суть подражанія тѣмъ изображеніямъ, которыя отбрасываются однимъ и тѣмъ же предметомъ на сѣтчатки обоихъ глазъ. Увеличительныя стекла, чрезъ которыя мы смотримъ на эти рисунки, помѣщаются такъ, что они заставляютъ сводить глазныя оси совершенно такимъ же образомъ, какъ будто бы мы смотрѣли обоими глазами на одинъ предметъ. Если рисунки сдѣланы правильно и стекла помѣщены вѣрно, т. е. въ надлежащемъ разстояніи отъ двойной картинки, то получается совершеннѣйшая иллюзія рельефа: мы видимъ изображенные предметы, дома, улицы, людей, ландшафты, не только въ плоскости, но и въ глубину, слѣдовательно — во всѣхъ трехъ измѣреніяхъ, какъ это бываетъ въ дѣйствительности. Иллюзія бываетъ на столько сильна, что она остается, не смотря на то, что мы все время сознаемъ, что смотримъ въ стереоскопъ на картинки, а не на дѣйствительныя вещи. Это дѣйствіе стереоскопа, повторяю, происходитъ оттого, что онъ искусственно воспроизводитъ тѣ условія, которыя, естественно, имѣютъ мѣсто при бинокулярномъ воспріятіи зрѣніемъ предметовъ близкихъ къ намъ.

Что касается предметовъ отдаленныхъ, то относительно ихъ бинокулярное зрѣніе не можетъ служить вспомогательнымъ средствомъ въ опредѣленіи ихъ разстояній и положенія ихъ частей, т. е. ихъ формы. Причина заключается въ томъ, что изображенія отдаленныхъ предметовъ, падающія на сѣтчатая оболочки обоихъ глазъ, не представляютъ того различія, которое существуетъ въ изображеніяхъ предметовъ близкихъ. Слѣдовательно, здѣсь не достаетъ самаго существеннаго условія стереоскопическаго зрѣнія, — предметъ разсматривается не съ двухъ, а только съ одной точки зрѣнія, однимъ, а не двумя наблюдателями, слѣдовательно, нѣтъ дополненія и повѣрки наблюденій. Но за то здѣсь, т. е. при разсмотрѣніи предметовъ отдаленныхъ, получаютъ больше значенія разныя побочныя обстоятельства, которыя служатъ для

насъ знаками, какъ бы указателями разстояній и формъ такихъ предметовъ. Эти обстоятельства, отчасти, были уже указаны, когда мы говорили о монокулярномъ зрѣнїи. Таковы, напримѣръ, ясность, или неясность впечатлѣній и кажущаяся величина предметовъ, особенно—въ томъ случаѣ, когда дѣйствительная ихъ величина намъ уже извѣстна.

Кажущаяся величина предмета зависитъ отъ величины *угла зрѣнїя*, подъ которымъ мы смотримъ на него. Чѣмъ ближе предметъ къ глазу, тѣмъ больше и уголъ зрѣнїя, образуемый крайними его точками и глазомъ; и наоборотъ, съ постепеннымъ удаленїемъ предмета, уголъ зрѣнїя уменьшается и предметъ кажется меньше. Такимъ образомъ, кажущаяся величина предмета сравнивается нами съ дѣйствительной величиной и служитъ показанїемъ его разстоянїя отъ насъ. Относительно отдаленїя мало знакомыхъ предметовъ мы часто впадаемъ въ ошибки: напримѣръ, мы рѣдко видали въблизи тѣ кресты, которые ставятся на церквахъ и колокольняхъ, а потому думаемъ, что они дѣйствительно таковы, какими намъ кажутся; поэтому, на основанїи кажущейся величины, не можемъ опредѣлять и ихъ разстоянїя.

Объ удаленїи мало знакомыхъ предметовъ мы судимъ по сравненїю ихъ съ величиною предметовъ хорошо извѣстныхъ: людей, деревьевъ, домовъ и т. п. Такъ въ выше приведенномъ примѣрѣ, если на крестѣ колокольни мы увидимъ работника, то его кажущаяся величина, положимъ—въ трое меньше кажущейся величины креста, уже даетъ намъ возможность судить о дѣйствительной величинѣ этого послѣдняго. Когда мы въ первый разъ видимъ высокія горы, то съ значительнаго разстоянїя онѣ представляются не слишкомъ высокими. Деревья, растущія по ихъ склонамъ, легко принять за невысокій кустарникъ. Лишь послѣ, когда увидимъ въ бинокль, что это большія сосны, будемъ въ состоянїи оцѣнить и громадныя размѣры горъ, а, слѣдовательно, въ этомъ случаѣ также яснѣе сознаемъ и то, что онѣ еще весьма далеко отъ насъ находятся.

Уменьшеніе угла зрѣнія, вмѣстѣ съ удаленіемъ предмета, и направленіе его контуровъ составляютъ элементы *перспективы*. Предметы одинаковой величины представляются намъ тѣмъ меньше, чѣмъ они отъ насъ дальше. Рядъ такихъ предметовъ, убѣгающій отъ насъ въ глубину зрительной сцены, составляется, такимъ образомъ, изъ предметовъ постепенно уменьшающихся по своей кажущейся величинѣ. Двѣ параллельныя линіи, удаляющіяся отъ глаза, будутъ казаться сходящимися подъ нѣкоторымъ угломъ, потому что разстояніе между ними будетъ казаться все меньшимъ и меньшимъ, смотря по удаленію. Поэтому и два ряда предметовъ, расположенныхъ по такимъ линіямъ, будутъ казаться постепенно сближающимися.

Эти измѣненія въ видимой величинѣ предметовъ и въ направленіяхъ ихъ контуровъ составляютъ то, что называется *линейной перспективой*. Законы этихъ измѣненій,—пропорціонально величинѣ предметовъ ихъ взаимнымъ разстояніямъ между собой и отъ наблюдателя,—опредѣляются математически и должны быть соблюдаемы въ живописи и архитектурѣ, гдѣ они становятся еще сложнѣе, сообразно съ особыми условіями этихъ искусствъ. Намъ придется еще касаться линейной перспективы при болѣе подробномъ изученіи этихъ искусствъ. Теперь мы замѣтимъ лишь, что точное исполненіе законовъ перспективы заставляеть насъ невольно истолковывать всякое изображеніе на плоскости въ смыслѣ третьяго измѣренія пространства. Постепенно уменьшающійся и суживающійся рядъ предметовъ, рисующійся на плоскости сѣтчатой оболочки, намъ кажется убѣгающимъ отъ насъ въ глубину, если строго соблюдены всѣ законы линейной перспективы. Природа, т. е. дѣйствительныя вещи, видимыя нами, всегда соблюдаетъ эти законы, но въ изящныхъ искусствахъ, подражающихъ природѣ, они должны быть воспроизводимы искусственно,—и въ этомъ состоитъ одна изъ важнѣйшихъ и наиболѣе трудныхъ задачъ этихъ искусствъ, особенно, живописи. Замѣтимъ, что къ очень далекимъ предметамъ, каковы горы, облака и т. п.

условія обыкновенной перспективы неприложимы и, поэтому, эти предметы представляются въ одной плоскости. Въ такихъ случаяхъ сужденіе о разницѣ разстоянія предметовъ возможно только при помощи такъ называемой *воздушной перспективы*.

Въ воздухѣ, особенно въ его нижнихъ слояхъ, содержатся водяные пузырьки; вслѣдствіе чего предметы, при возрастающемъ удаленіи, являются менѣе ясными и, при этомъ, получаютъ еще голубой, или синеватый оттѣнокъ при небольшой силѣ свѣта, и красный—при сильномъ освѣщеніи. Такъ, горы на горизонтѣ представляются синеватыми, восходящее и заходящее солнце и окружающія его облака, а также и горныя вершины, освѣщаемыя лучами солнца, окрашиваются въ пурпурный цвѣтъ. Такимъ образомъ, воздушная перспектива находится въ зависимости отъ погоды. Если воздухъ чистъ и сухъ, свободенъ отъ тумана и паровъ, то горизонтъ кажется лежащимъ къ намъ ближе. Наоборотъ, при густомъ туманѣ предметы представляются болѣе удаленными и, вмѣстѣ съ тѣмъ, нѣсколько увеличенными.

Другое дѣйствіе атмосферы, зависящее отъ содержащагося въ ней большаго или меньшаго количества водяныхъ паровъ, состоитъ въ прибавленіи сѣроватаго оттѣнка при большемъ ихъ количествѣ и отсутствіи этого оттѣнка при меньшемъ. Въ нашихъ сѣверныхъ широтахъ, вслѣдствіе этой причины, даль рѣдко представляется чисто-синеватой; она, обыкновенно, содержитъ сѣроватый оттѣнокъ,—какъ будто бы мы смотримъ на нее сквозь вуаля, ослабляющаго свѣтъ и смягчающаго краски и тѣни. Наоборотъ, чрезвычайная чистота и отчетливость южнаго пейзажа обуславливается, именно, сравнительной чистотой и прозрачностью южной атмосферы. Художникъ обязанъ, конечно, знать эти обстоятельства, чтобы искусно пользоваться воздушной перспективой. Она служитъ для него однимъ изъ важнѣйшихъ средствъ дѣлать чувствительнымъ для зрителя третье измѣреніе пространства, показывать предметы на ихъ настоящемъ разстояніи. Она служитъ

для него средствомъ вѣрно подражать дѣйствительности и производить эффекты, совершенно аналогическіе съ тѣми, которые происходятъ въ природѣ.

До сихъ поръ, говоря о воспріятіи формы и разстояній, большею частію, мы предполагали одинъ, или оба глаза неподвижными. Только когда намъ пришлось говорить объ оцѣнкѣ разстоянія предметовъ на основаніи угла зрѣнія, зависящаго отъ конвергенціи, т. е. сведенія глазныхъ осей, то, конечно, мы приняли уже во вниманіе и *движенія глазъ*. Но эти движенія происходятъ во всѣхъ зрительныхъ актахъ и имѣютъ весьма важное значеніе во всѣхъ пространственныхъ воспріятіяхъ. Наши глаза весьма рѣдко бываютъ вполнѣ неподвижны и весьма недолго могутъ быть въ такомъ положеніи. Обыкновенно, глаза находятся въ непрерывномъ движеніи, т. е. перемѣняютъ свое положеніе, вмѣстѣ съ чѣмъ и точка фиксаціи непрерывно перемѣщается. Это обстоятельство имѣетъ чрезвычайно важное значеніе во всѣхъ пространственныхъ воспріятіяхъ. Неподвижнымъ глазомъ мы можемъ обозрѣвать лишь весьма незначительную часть зрительнаго пространства и, притомъ, съ ясностью можемъ видѣть только центральную часть его; такъ какъ лишь средняя часть сѣтчатки, обильно снабженная развѣтвленіями оптическихъ нервовъ, обладаетъ способностью яснѣйшаго зрѣнія. Но, благодаря движенію глазныхъ яблоковъ, мы можемъ перемѣщать эту центральную часть ретины и, такимъ образомъ, ясно видѣть всѣ части зрительнаго поля. Совершенно также, неподвижными глазами мы могли бы различать форму предметовъ только мелкихъ, тогда какъ при воспріятіи формы предметовъ крупныхъ требуется движеніе глаза по линіямъ, ограничивающимъ, или составляющимъ эту форму. Эти движенія совершаются съ такой быстротой, что намъ кажется, будто мы моментально, однимъ взглядомъ можемъ охватывать громадныя предметы и широкіе кругозоры.

Мы не имѣемъ возможности изложить полной теоріи движеній глаза, которыя слѣдуютъ извѣстнымъ законамъ,

строго опредѣляемымъ положеніемъ глазныхъ яблоковъ, а также расположеніемъ и сокращеніемъ глазныхъ мышцъ. Вотъ, по крайней мѣрѣ, простѣйшія, элементарныя данныя относительно этого предмета. Всѣ движенія глаза сводятся на вращенія около одной неподвижной точки, лежащей въ глазной впадинѣ. Вращеніе глаза около этой точки обусловливается шестью мышцами, изъ которыхъ каждая двѣ, дѣйствуя какъ антагонисты, образуютъ мышечную пару. Эти пары суть наружная и внутренняя прямая, верхнія и нижнія прямая, верхнія и нижнія—косыя. Нѣкоторыя движенія глаза совершаются съ помощью только одной пары глазныхъ мышцъ, другія—требуютъ участія двухъ и, наконецъ, существуютъ такія движенія, которыя могутъ происходить не иначе, какъ съ помощью всѣхъ трехъ паръ глазныхъ мышцъ.

Условія зрѣнія требуютъ, конечно, вполне приспособленныхъ для этой цѣли глазныхъ движеній. Важнѣйшій законъ этихъ движеній открытъ Листингомъ и носитъ названіе *Листингова закона*. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: существуетъ опредѣленное исходное положеніе глаза, начиная съ котораго горизонтъ сѣтчатой оболочки при всѣхъ движеніяхъ сохраняетъ свое первоначальное направленіе. Это значитъ, что глазъ, выходя изъ своего первичнаго положенія, не теряетъ первоначальнаго ориентированія, въ какомъ бы направленіи ни происходило вращеніе. Изъ этого правила вытекаетъ то механическое слѣдствіе, что всѣ движенія, имѣющія исходной точкой первичное положеніе, совершаются около постоянныхъ осей, изъ которыхъ каждая перпендикулярна, въ точкѣ вращенія, къ плоскости движенія линій зрѣнія, и что всѣ эти оси лежатъ въ одной плоскости, перпендикулярной въ точкѣ вращенія къ первичному направленію линій зрѣнія. Конечно, безъ демонстрацій и рисунковъ не легко понять сущность этого закона. Приблизительно его можно объяснить такимъ образомъ. Глаза могутъ переходить изъ одного положенія въ другое на разные способы и многими путями, но на самомъ дѣлѣ этотъ переходъ изъ одного даннаго положенія въ дру-

гое совершается всегда одинаковымъ образомъ, такъ какъ избирается исключительно одна форма движенія, наиболѣе, благопріятная для зрителя и, притомъ, такая форма, въ которой движеніе совершается съ наименьшей затратой мышечной силы.

Вотъ съ этой-то стороны, собственно, законъ Листинга и имѣетъ интересъ для эстетики, такъ какъ имъ всего лучше объясняется *эстетическое значеніе формы предметовъ*.

О нѣкоторыхъ особенностяхъ строенія спинныхъ и симпатическихъ узловъ у птицъ ¹⁾.

(Съ таблицей рисунковъ).

Д-ра Д. А. Тимоѣева.

Вопросъ о тончайшей структурѣ нервныхъ клѣтокъ за послѣдніе годы привлекъ къ себѣ вниманіе многихъ гистологовъ и невропатологовъ. Въ этомъ направленіи уже были произведены весьма интересныя изслѣдованія у различнаго вида безпозвоночныхъ и позвоночныхъ животныхъ, и только относительно птицъ, на сколько мнѣ извѣстно, не было до сихъ поръ болѣе или менѣе подробнаго изслѣдованія на эту тему. Правда, въ работахъ нѣкоторыхъ авторовъ встрѣчаются краткія указанія и по этому вопросу, но такихъ указаній очень мало и работы эти относятся почти исключительно къ періоду предшествовавшему послѣднимъ изслѣдованіямъ Nissl'я и другихъ авторовъ, пролившимъ новый свѣтъ на структуру нервныхъ клѣтокъ.

Занимаясь этимъ вопросомъ лѣтомъ нынѣшняго года въ лабораторіи проф. Lenhossék'a, я встрѣтилъ нѣкоторыя, не безынтересныя, по моему мнѣнію, для морфологіи нервной системы особенности въ строеніи нервныхъ клѣтокъ птицъ,

¹⁾ Докладъ въ засѣданіи Каз. Общества Невропатологовъ и психіатровъ 15 Ноября 1898 г.

главнымъ образомъ клѣтокъ спинныхъ и симпатическихъ узловъ, изслѣдованныхъ мною наиболѣе подробно.

Объектомъ моихъ наблюденій были куры и голуби. Для фиксированія тканей я употреблялъ различныя жидкости: 1) сублиматъ въ насыщенномъ растворѣ (по Heidenhain'у), 2) формальдегидъ 5% раст. 3) сублиматъ съ пикриновой кислотой (Rabl-Schaffer), 4) сублиматъ пополамъ съ формальдегидомъ 5) жидкость Zenker'a, 6) жидкость Hermann'a 7) жидкость Carnoy (абсол. алкоголя 6 ч., хлороформа 3 ч., ледяной уксусной кислоты 1 ч.). Изъ всѣхъ испробованныхъ мною фиксажей наилучшіе результаты мнѣ дали: смѣси Carnoy и Zenker'a. Жидкости эти имѣютъ то преимущество передъ другими, что при фиксажѣ въ нихъ протопlasма тѣла нервныхъ клѣтокъ обыкновенно сравнительно очень мало сморщивается. Такія клѣтки сохраняютъ свою нормальную форму, выполняя собою въ большинствѣ случаевъ почти всю полость капсулы и краевой поясъ у нихъ остается въ совершенной цѣлости (особенно при фиксажѣ въ жидкости Zenker'a). Этого нельзя сказать про большинство другихъ фиксирующихъ жидкостей. Жидкость Zenker'a, сохраняя лучше, сравнительно съ жидкостью Carnoy, структуру тѣла клѣтки, нѣсколько хуже фиксируетъ ядро. Послѣ жидкости Carnoy также получаются болѣе яркія окраски глыбокъ Nissl'я. Особенно хорошіе результаты давали мнѣ эти двѣ жидкости при фиксированіи нервной системы у зародышей птицъ. Жидкость Hermann'a тоже довольно хорошо фиксируетъ нервныя клѣтки, но послѣ нея окраски удаются очень плохо. Изслѣдуемые объекты я фиксировалъ въ жидкости Carnoy отъ 5 до 18 часовъ и затѣмъ передъ заключеніемъ въ парафинъ переносилъ ихъ на 2 дня въ абсолютный спиртъ. Въ жидкости Zenker'a я оставлялъ препараты на сутки и, промывъ въ проточной водѣ, обезвоживалъ въ спиртѣ, начиная съ 50% до абсолютнаго. Заключалъ въ парафинъ посредствомъ хлороформа или бергамотоваго масла (что лучше). Срѣзы толщиной отъ 3 до 8 м. наклеивалъ на предметное стекло бѣлкомъ

съ глицериномъ. При окраскѣ Нисслевскихъ глыбокъ въ нервныхъ клѣткахъ я получилъ прекрасные результаты отъ толuidинъ-блау съ эритрозиномъ (по методу Lenhossék'a). Наклеенные на предметное стекло срѣзы я помещалъ на 6—18 часовъ въ концентрированный водный растворъ толuidинъ-блау и, послѣ обмыванія въ водѣ, переносилъ ихъ на 1—2 секунды въ насыщенный водный растворъ эритрозина. Снова быстро обмывъ въ водѣ подъ краномъ водопровода, я наивозможно скорѣе обезвоживалъ ихъ въ абсолютномъ спиртѣ, просвѣтлялъ въ ксилолѣ и заключалъ въ канадскій бальзамъ.

Много труднѣе удастся окраска основного вещества тѣла нервныхъ клѣтокъ. Съ этой цѣлью мною были испробованы различные методы, предложенные авторами. Сравнительно лучшіе результаты я получилъ при примѣненіи окраски eisenhaematoxylin'омъ (по методу M. Heidenhain'a) съ послѣдующей окраской эритрозиномъ, а также при окраскѣ лѣонской синью съ сафраниномъ (по методу Mann'a). При изученіи строенія ядра нервныхъ клѣтокъ и находящихся въ немъ ядрышекъ, кромѣ вышеупомянутыхъ окрасокъ, я пользовался еще окраской по методу Ehrlich-Biondi и окраской Orpел'я (Methylgrün-Eosin-Säurefuchsin).

Для изслѣдованія у птицъ всего удобнѣе брать спинные и симпатическіе узлы изъ шейной области. Наиболѣе крупныя изъ нихъ—нижніе шейные, соотвѣтствующіе нервамъ, иннервирующимъ крылья. Въ этой области спинные узлы лежатъ очень близко къ симпатическимъ, такъ что, вырѣзавъ не отдѣленными другъ отъ друга, ихъ можно изслѣдовать на одномъ и томъ же срѣзѣ во взаимной связи. Это обстоятельство очень удобно для изученія топографическихъ отношеній обоихъ узловъ и хода пучковъ нервныхъ волоконъ, выходящихъ и входящихъ въ нихъ, особенно въ виду того, что, при окраскѣ такихъ препаратовъ по вышеуказаннымъ методамъ, удастся довольно хорошо различать пучки мякотныхъ отъ безмякотныхъ нервныхъ волоконъ, по отсутствію въ послѣднихъ мякоти и сравнительному богатству ядеръ Швановской

оболочки. На такихъ препаратахъ (рис. 1) видно, что симпатическій узелъ лежитъ впереди и кнаружи отъ спинного узла и отдѣленъ отъ него только переднимъ двигательнымъ корешкомъ спинного мозга, входящимъ между этими узлами въ общій для обоихъ корешковъ периферическій нервный стволѣкъ. Симпатическій нервный узелъ прилегаетъ непосредственно къ этому нервному стволѣку, и можно очень ясно видѣть, что изъ узла въ этотъ послѣдній входятъ пучки безмякотныхъ нервныхъ волоконъ, частью заворачивающихся въ этотъ стволѣкъ къ периферіи, частью идущихъ въ противоположномъ направленіи къ спинному узлу. Кромѣ того, изъ симпатическаго узла возникаетъ самостоятельный нервный стволѣкъ, идущій совершенно отдѣльно отъ общаго ствола и параллельно ему. Этотъ стволѣкъ состоитъ, какъ кажется, почти исключительно изъ безмякотныхъ нервныхъ волоконъ.

На нѣкоторыхъ срѣзахъ можно также видѣть, что изъ передняго корешка входятъ въ симпатическій узелъ пучки мякотныхъ волоконъ. Спинные узлы содержатъ главнымъ образомъ толстыя и тонкія мякотныя нервныя волокна, симпатическіе же—безмякотныя, съ примѣсю тонкихъ мякотныхъ волоконъ. Болѣе точное изученіе хода пучковъ нервныхъ волоконъ конечно возможно только на серіяхъ срѣзовъ изъ узловъ.

Какъ спинные, такъ и симпатическіе узлы у птицъ имѣютъ довольно тонкую соединительно-тканную оболочку, которая переходитъ на нервныя стволѣки, выходящіе изъ узловъ. Соединительно-тканная основа узловъ, сравнительно съ млекопитающими, развита крайне незначительно. Она выступаетъ особенно рѣзко при дифференціальной окраскѣ ея кислымъ фуксиномъ въ красный цвѣтъ по методу Ehrlich-Biondi или Orpel'я.

Спинные узлы птицъ представляютъ, между прочимъ, одну интересную особенность. На срѣзахъ, при соответствующихъ окраскахъ, очень часто видны посрединѣ узла, или ближе къ его периферіи различной величины скопленія лимфо-

цитовъ, круглой или овальной формы, въ видѣ настоящихъ лимфатическихъ фолликуловъ (Рис. 2). Такіе фолликулы встрѣчались мнѣ во всѣхъ изслѣдованныхъ узлахъ, и иногда ихъ было въ одномъ и томъ же узлѣ по два или по три. На тонкихъ срѣзахъ, не смотря на большое скопленіе лимфоцитовъ, можно видѣть, что послѣдніе расположены въ типической ретикулярной ткани. На периферіи такого фолликула, иногда же въ центрѣ, проходятъ кровеносные сосуды съ очень тонкими стѣнками. Сосуды эти, подходя къ фолликулу, обыкновенно образуютъ расширенія въ видѣ синусовъ. На сколько мнѣ извѣстно, подобныя образованія въ видѣ фолликуловъ не были до сихъ поръ описаны ни у одного вида животныхъ. Нѣкоторое отношеніе къ моему наблюденію, быть можетъ, имѣетъ наблюденіе Kölliker'a ¹⁾, который видѣлъ у кошки въ углу между обоими спинными корешками, слѣдовательно внѣ узла, скопленіе лимфоцитовъ, подобное лимфатическому узлу. Что при моемъ изслѣдованіи дѣло шло не о патологическихъ образованіяхъ (напр., туберкулахъ), мнѣ кажется можно судить по тому, что лимфатическіе фолликулы въ спинныхъ узлахъ были находимы мною у всѣхъ изслѣдованныхъ голубей и куръ, пріобрѣтенныхъ изъ различныхъ источниковъ.

Судя по продольнымъ срѣзамъ, нервныя клѣтки спинныхъ узловъ птицъ не сосредоточены по периферіи, какъ у нѣкоторыхъ другихъ позвоночныхъ, напр., у лягушки, а распределены довольно равномерно по всему узлу, въ видѣ небольшихъ группъ. Эти группы состоятъ или изъ продольныхъ рядовъ, расположенныхъ соотвѣтственно пучкамъ нервныхъ волоконъ, идущихъ вдоль узла, или же въ видѣ различной величины и формы скопленій клѣтокъ тамъ, гдѣ волокна въ узлѣ расходятся по различнымъ направленіямъ. Мои наблю-

¹⁾ A. Kölliker, Ueber das Vorkommen von Nervenzellen in den vorderen Wurzeln der Rückenmarksnerven der Katze. Tageblatt der 66 Versamml. deutscher Naturf. und Aerzte in Wien 1894 S 168.

денія въ этомъ отношеніи сходятся вполне съ наблюденіями Bühler'a ¹⁾, который у голубя и ворона нашелъ также диффузное распредѣленіе клѣтокъ по всему узлу, и не согласны съ данными Rawitz'a ²⁾, по которому у голубя нервные клѣтки расположены главнымъ образомъ съ одной стороны узла, соотвѣтствующей заднему корешку.

Клѣтки спинныхъ узловъ птицъ лежатъ въ очень тонкихъ соединительно-тканыхъ капсулахъ. Капсулы выстланы внутри слоемъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, ядра которыхъ нѣсколько выступаютъ въ полость, образуя вдавленія въ тѣлѣ нервной клѣтки. Ихъ бываетъ видно обыкновенно на срѣзѣ отъ 3-хъ до 5-ти и болѣе.

При хорошемъ фиксажѣ нервные клѣтки выполняютъ собою всю полость капсулы, имѣютъ рѣзко ограниченные, ровные края, за исключеніемъ вдавленій, образованныхъ ядрами эндотелія. Въ существованіи перипеллюлярнаго лимфатическаго пространства я убѣдиться никогда не могъ. Правда, даже при сравнительно хорошемъ фиксажѣ встрѣчаются нѣкоторыя клѣтки, поверхность которыхъ нѣсколько отстаетъ отъ капсулы; но я думаю, что въ виду неравномѣрности этихъ вдавленій на поверхности клѣтки, онѣ бываютъ вызваны искусственно, при предварительной обработкѣ препарата.

При незначительномъ количествѣ соединительно-тканнаго промежуточнаго вещества въ узлѣ, нервные клѣтки, находящіяся въ небольшихъ группахъ и рядахъ, большею частью очень тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, такъ что отдѣляются въ иныхъ мѣстахъ только стѣнкой капсулы. Соотвѣтственно этому круглая или овальная форма ихъ, наблюдаемая тамъ, гдѣ онѣ нѣсколько удалены другъ отъ друга, измѣняется здѣсь въ очень неправильную: трехъугольную, полулунную и пр. Нѣкоторыя клѣтки выступаютъ нѣсколько изъ спинныхъ

¹⁾ A. Bühler, Untersuchungen über den Bau der Nervenzellen. Verhandl. d. physik. medic. Gesellsch. zu Würzburg. N. t. 1898. Bd. XXXI. S. 285 и 296.

²⁾ B. Rawitz, Ueber den Bau der Spinalganglien. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXI S. 271 и 276.

узловъ въ область задняго корешка и, сдавленные пучками проходящихъ нервныхъ волоконъ, принимаютъ обыкновенно нѣсколько продолговато-овальную форму. Подобное же наблюденіе сдѣлано Lenhossék'омъ ¹⁾ ранѣе у лягушекъ.

Величина клѣтокъ въ спинныхъ узлахъ птицъ очень различна. Въ одномъ и томъ же узлѣ находятся рядомъ другъ съ другомъ большія и маленькія клѣтки. Наибольшія изъ нихъ имѣютъ въ продольномъ діаметрѣ около 40 *μ*.; самыя же малыя 8—10 *μ*. Большинство же клѣтокъ по своему размѣру занимаетъ средину между этими крайними величинами. Очень сходные результаты получилъ при своихъ измѣреніяхъ нервныхъ клѣтокъ въ спинныхъ узлахъ голубя Bühler ²⁾ (12—40 *μ*., рѣдко до 50 *μ*.). Такимъ образомъ нервныя клѣтки спинныхъ узловъ птицъ значительно уступаютъ въ величинѣ клѣткамъ человѣка и другихъ млекопитающихъ (По Lenhossék'у ³⁾ у человѣка въ среднемъ величина клѣтокъ отъ 60 до 80 *μ*., у нѣкоторыхъ млекопитающихъ, особенно быка, еще больше).

Ядро въ клѣткахъ спинныхъ узловъ бываетъ, по моимъ наблюденіямъ, всегда одно. Оно занимаетъ центральную часть клѣтки, чѣмъ и отличаются нервныя клѣтки спинныхъ узловъ птицъ отъ клѣтокъ амфибій, рептилій и рыбъ. У всѣхъ этихъ видовъ животныхъ, по даннымъ Levi ⁴⁾, ядро въ клѣткѣ лежитъ болѣе или менѣе эксцентрично.

Осевоцилиндрическій отростокъ, бывающій у птицъ, на сколько можно судить по срѣзамъ, также въ единственномъ числѣ, происходитъ большею частью съ болѣе узкой стороны клѣтки и начинается ясно выраженнымъ, свободнымъ отъ

¹⁾ M. v. Lenhossék, Untersuchungen über die Spinalganglien des Frosches. Arch. f. mikr. Anat. 1886. Bd. 26.

²⁾ Bühler. l. c. S. 297.

³⁾ Lenhossék, Ueber den Bau der Spinalganglienzellen des Menschen. Arch. f. Psychiatrie. 1897. Bd. XXIX. H. 2.

⁴⁾ v. G. Levi. Ricerche citologiche etc. Rivista di patologia nervosa e mentale. 1897. Vol. II p. 193.

Нисслевскихъ глыбокъ, т. н. кеглевиднымъ утолщеніемъ. Такое же кеглевидное утолщеніе я наблюдалъ и въ клѣткахъ спинного мозга птицъ. Выходя изъ клѣтки, осевоцилиндрическій отростокъ не образуетъ спиралевидныхъ изгибовъ, описанныхъ Retzius'омъ ¹⁾, Камковымъ ²⁾ и др. у млекопитающихъ, а идетъ въ прямомъ направленіи, что часто можно видѣть какъ на удачныхъ срѣзахъ, такъ и на изоляціонныхъ препаратахъ.

Въ симпатическихъ узлахъ пучки безмякотныхъ и тонкихъ мякотныхъ волоконъ идутъ по разнымъ направленіямъ, изгибаясь и переплетаясь между собою. Соотвѣтственно такому ходу нервныхъ волоконъ и нервныя клѣтки, лежащія между ними и разбѣяныя по всему узлу, располагаются различной величины группами, то близко прилегая, то отдѣляясь другъ отъ друга на значительное пространство. Лежатъ эти клѣтки также въ капсулахъ, выстланныхъ эндотеліемъ. Форма ихъ бываетъ еще болѣе неправильная, благодаря присутствію у нихъ протоплазматическихъ отростковъ, выходящихъ съ различныхъ сторонъ клѣтки. Число отростковъ, видимыхъ на срѣзѣ, достигаетъ до 5 и болѣе. На препаратѣ они встрѣчаются въ большинствѣ случаевъ перерѣзанными у самаго своего начала. Но у нѣкоторыхъ клѣтокъ можно видѣть ихъ на значительномъ пространствѣ, выходящими въ промежутки между сосѣдними клѣтками и отдающими боковыя вѣтви. Въ рѣдкихъ случаяхъ удается также видѣть начало осевоцилиндрическаго отростка. Онъ не образуетъ, какъ въ клѣткахъ спинныхъ узловъ, кеглевиднаго утолщенія и его удается отличить только по отсутствію въ немъ Нисслевскихъ глыбокъ и ясно выраженному фибриллярному строенію. Ядро, также какъ и въ спинныхъ, въ симпатическихъ клѣткахъ занимаетъ центральную часть ихъ. Нѣсколько разъ мнѣ удавалось наблю-

¹⁾ G. Retzius, Untersuchungen über die Nervenzellen etc. Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abt. Jahrg. 1880. S. 369.

²⁾ G. Kamkoff, Ueber den Bau des Ganglion Gasserii. Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. 1897. Bd. XIV.

дать клѣтки съ двумя ядрами. Нервные клѣтки въ этихъ узлахъ имѣютъ въ общемъ меньшую величину, чѣмъ въ спинныхъ. Наибольшія изъ нихъ бываютъ въ діаметрѣ 20—25 μ , а наименьшія 5—6 μ .

Характерной чертой строенія нервныхъ клѣтокъ у птицъ не только спинныхъ и симпатическихъ узловъ, но и спинного и головного мозга, является *обильное количество въ нихъ Нисселевскихъ глыбокъ или такъ назыв. тигроида*. При сравненіи въ этомъ отношеніи нервныхъ клѣтокъ птицъ съ млекопитающими и тѣмъ болѣе съ амфибіями и рептиліями, эта особенность строенія выступаетъ очень рѣзко. Если справедливо предположеніе, высказываемое многими авторами о роли Нисселевскихъ глыбокъ въ качествѣ питательнаго матерьяла во время функціональной дѣятельности клѣтокъ (kinetoplazma по Marinesco), то обиліе Нисселевскихъ глыбокъ у птицъ стоитъ, можетъ быть, въ связи съ болѣею энергіей ихъ жизненныхъ процессовъ, сравнительно съ хладнокровными животными. Тигроидъ въ спинныхъ и въ симпатическихъ узлахъ у птицъ распределенъ довольно равномерно по всему тѣлу клѣтокъ. Остается только не занятымъ имъ довольно узкій краевой поясъ, описанный также и у млекопитающихъ. Въ нѣкоторыхъ же, особенно небольшихъ по величинѣ клѣткахъ, не замѣтно даже и такого свѣтлаго краевого ободка. Еще болѣе узкій ободокъ въ окружности ядра наблюдается у птицъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Въ протоплазматическихъ отросткахъ симпатическихъ клѣтокъ и центральной нервной системы тоже встрѣчается постоянно тигроидъ, но въ меньшемъ сравнительно количествѣ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ Нисселевскихъ глыбокъ бываетъ такъ много, что онѣ какъ бы сливаются другъ съ другомъ, оставляя, даже на очень тонкихъ срѣзахъ, очень небольшіе промежутки. На подобныхъ срѣзахъ можно видѣть, что глыбки не однородны, а состоятъ изъ конгломерата мельчайшихъ зернышекъ. Величина глыбокъ въ одной и той же клѣткѣ бываетъ очень различна. Вообще же нѣкоторыя изъ нихъ иногда достигаютъ довольно

значительной величины, особенно на границѣ съ свѣтлымъ краевымъ поясомъ. Форма ихъ бываетъ самая разнообразная; треугольная, многоугольная, веретенообразная и пр. Края глыбокъ неровные и отъ нихъ отходятъ зернистые отростки, которыми, какъ часто можно убѣдиться, сосѣднія глыбки анастомозируютъ между собою. Такимъ образомъ получается картина сѣтевиднаго расположенія глыбокъ. Въ протоплазматическихъ отросткахъ симпатическихъ клѣтокъ глыбки имѣютъ обыкновенно веретенообразную форму и располагаются по длинѣ отростковъ.

Сѣтевидное расположеніе Нислевскихъ глыбокъ и равномерное ихъ распредѣленіе по всему тѣлу клѣтки характерно вообще для всѣхъ клѣтокъ спинныхъ и симпатическихъ узловъ птицъ. Разница, и то не особенно большая, замѣчается между отдѣльными клѣтками въ величинѣ глыбокъ и въ болѣе или менѣе тѣсномъ расположеніи ихъ относительно другъ друга.

Основное вещество протоплазмы нервныхъ клѣтокъ птицъ представляетъ, въ виду обильнаго количества въ нихъ тигроида, крайне неблагоприятный объектъ для изслѣдованія. Обыкновенно слегка окрашенное эритрозиномъ основное вещество въ свободномъ отъ тигроида краевомъ поясѣ клѣтокъ, гдѣ строеніе его является доступнѣе для наблюденія, представляется въ видѣ тончайшихъ нитей переплетающихся между собой и образующихъ густую сѣтку. Иногда мнѣ удавалось видѣть какъ въ краевомъ поясѣ, такъ и въ протоплазматическихъ отросткахъ симпатическихъ клѣтокъ болѣе длинныя нити, идущія параллельно краю клѣтки и по длинѣ отростковъ. Однако подобная структура выступаетъ не съ такой ясностью, чтобы можно рѣшить, дѣйствительно ли это изолированно проходящія фибриллы или вытянутыя въ длину петли сѣти. Въ общемъ же я получилъ впечатлѣніе, что существующіе до сихъ поръ методы дифференціальной окраски основного вещества, не въ состояніи выяснить намъ съ полнотой тончайшую его структуру.

Въ осевоцилиндрическихъ отросткахъ спинныхъ и симпатическихъ клѣтокъ, при удачной окраскѣ, можно видѣть довольно ясно фибриллярное строеніе. Фибриллы въ осевыхъ цилиндрахъ клѣтокъ спинныхъ узловъ, переходя въ кеглевидное расширеніе, постепенно теряются въ немъ. Прослѣдить переходъ ихъ въ нити основного вещества тѣла клѣтки мнѣ никогда не удавалось.

Пигментъ въ нервныхъ клѣткахъ у птицъ встрѣчается не особенно часто. Онъ располагается или вблизи начала осевоцилиндрическаго отростка, или по всей периферіи клѣтки, по ея краю. Имѣетъ онъ обыкновенно видъ мелкихъ, круглыхъ съ желтоватымъ оттѣнкомъ зернышекъ или капелекъ. Кислымъ фуксиномъ и сафраниномъ пигментъ окрашивается въ красный цвѣтъ. При окраскѣ препаратовъ толудиинъ-блау и послѣдующей обработкѣ ѣдкимъ кали, всѣ составныя части нервныхъ клѣтокъ совершенно обезцвѣчиваются и остается только окрашеннымъ въ темносиній цвѣтъ одинъ пигментъ.

Ядро въ нервныхъ клѣткахъ, какъ я уже упоминалъ, занимаетъ приблизительно центральную часть. Форма его обыкновенно круглая (шарообразная). Хотя въ большихъ клѣткахъ ядро значительно больше, чѣмъ въ маленькихъ, но величина его уменьшается не пропорціонально съ уменьшеніемъ самой клѣтки. Такъ, въ самыхъ большихъ клѣткахъ спинныхъ узловъ, имѣющихъ въ діаметрѣ до 40 μ ., величина ядра бываетъ около 10 μ .. Въ самыхъ же малыхъ 8—10 μ . въ діаметрѣ, ядро равно 4—5 μ .. Въ симпатическихъ узлахъ, въ клѣткахъ величиной отъ 15 до 20 μ ., оно бываетъ около 5 μ ., а въ клѣткахъ въ 6 μ . около 3 μ .

Какой либо разницы въ строеніи ядра между спинными и симпатическими клѣтками я не замѣчалъ. Оно обыкновенно очень рѣзко отграничивается отъ тѣла клѣтки тонкой двухконтурной оболочкой. Уже на неокрашенныхъ препаратахъ она ясно выступаетъ по своему сильному свѣтопреломленію. При двойныхъ окраскахъ оболочка красится кислыми красками; такъ напр, отъ кислаго фуксина или эритрозина принимаетъ яркочер-

ный цвѣтъ. Отъ оболочки внутрь ядра отходятъ тонкія, усаженныя мелкими зернышками нити, которыя анастомозируютъ между собою и образуютъ мелкопетлистую ядерную сѣть съ утолщеніями на мѣстахъ соединенія нитей между собою. Ядерная сѣть также какъ и оболочка ядра красится кислыми красками. Такимъ образомъ, въ виду этого свойства, у птицъ, также какъ въ нервныхъ клѣткахъ спинныхъ узловъ млекопитающихъ (Lenhossék) ¹⁾, повидимому хроматинъ въ ядерной сѣти отсутствуетъ. Хотя мельчайшія зернышки на протяженіи нитей ядерной сѣти и окрашиваются отъ *eisenhaemotoxylin'a* въ черный цвѣтъ, тогда какъ самыя нити принимаютъ блѣдно-сѣрую окраску, но зернышки эти нельзя отождествлять съ хроматиномъ, имѣющимъ, какъ извѣстно, свойство окрашиваться основными красками.

Что особенно интересно въ строеніи ядра нервныхъ клѣтокъ у птицъ, это присутствіе въ немъ двоякого рода, различно относящихся къ окраскѣ, ядрышекъ: *базофильнаго* и *ацидофильнаго*. Можно съ полнымъ правомъ ихъ назвать такъ потому, что при совмѣстной окраскѣ основными и кислыми красками (толуидинъ-блау—эритрозинъ, метиль-грюнъ—кислый фуксинъ, сафранинъ—ліонская синь и пр.) одно изъ ядрышекъ—базофильное всегда окрашивается основной краской, а другое—ацидофильное—кислой краской. (Рис. 3, 4, 5, 6).

Базофильное ядрышко соотвѣтствуетъ очевидно такимъ же ядрышкамъ, находящимся въ ядрахъ нервныхъ клѣтокъ другихъ позвоночныхъ животныхъ. Относительно же ацидофильнаго я долженъ замѣтить, что его ни въ какомъ случаѣ нельзя отождествлять съ болѣе крупными зернышками ядерной сѣти, такъ какъ ядрышко это отличается очень рѣзко отъ нихъ по своей величинѣ, правильно круглой формѣ и рѣзкимъ контурамъ. Оно, какъ и базофильное ядрышко, лежитъ въ ядрѣ совершенно изолированно отъ ядерной сѣти.

¹⁾ M. V. Lenhossék, Bemerkungen über den Bau der Spinalganglienzellen. Neurolog. Centralbl. 1898. № 13.

Въ большинствѣ ядеръ нервныхъ клѣтокъ бываетъ по одному базофильному и одному ацидофильному ядрышку. Они лежатъ посрединѣ ядра, иногда очень близко другъ къ другу, такъ что отъ взаимнаго соприкосновенія на соответствующихъ сторонахъ дѣлаются болѣе плоскими. Иногда же они удалены другъ отъ друга на значительное пространство. Нерѣдко, впрочемъ, встрѣчаются ядра съ 2-мя базофильными и однимъ ацидофильнымъ ядрышкомъ, при чемъ послѣднее обыкновенно лежитъ посрединѣ между первыми (Рис. 5). Въ одномъ и томъ же ядрѣ ядрышки болѣею частью бываютъ почти равной величины. Въ крупныхъ ядрахъ они достигаютъ величины до 2 μ ., въ мелкихъ до 1 μ .

Интересно то, что при фиксажѣ въ Негманны'овской жидкости базофильное ядрышко принимаетъ буроватую окраску, ацидофильное же остается безцвѣтнымъ. Можетъ быть эта буроватая окраска зависитъ отъ присутствія въ ядрышкѣ лецитина, отъ нахожденія котораго въ мякоти нервныхъ волоконъ послѣдняя окрашивается, какъ извѣстно, отъ осмія въ темный цвѣтъ.

Присутствіе двоякаго вида ядрышекъ для клѣтокъ спинныхъ и симпатическихъ узловъ птицъ явленіе постоянное, вполне типическое. Въ этомъ я могъ убѣдиться на хорошо фиксированныхъ препаратахъ. Препараты, на которыхъ ядро фиксировано не вполне хорошо, представляются не столь доказательными, такъ какъ на нихъ ацидофильное ядрышко теряетъ рѣзкость своихъ контуровъ и не всегда явственно выступаетъ въ окружающей его ядерной сѣти. Кромѣ того и на хорошо фиксированныхъ препаратахъ встрѣчаются клѣтки въ ядрѣ которыхъ видно на данномъ срѣзѣ только одно изъ ядрышекъ; но часто можно бываетъ убѣдиться, что другое ядрышко находится въ той же самой клѣткѣ, другая часть которой попала въ сосѣдній срѣзъ. Присутствіе двухъ ядрышекъ я наблюдалъ и въ нервныхъ клѣткахъ спинного мозга и мозжечка взрослыхъ птицъ, а также у зародышей курицы въ очень еще раннихъ періодахъ развитія (на 5 или 6 день). Базофильное ядрышко представляется обыкновенно не одно-

роднымъ по своему строенію. При обыкновенной окраскѣ толuidинъ-блау съ эритрозиномъ въ немъ замѣчается при сильномъ увеличеніи два вещества: одно—въ видѣ зеренъ или глыбокъ — окрашено бываетъ въ темно-синій цвѣтъ, другое же—основное вещество имѣетъ болѣе свѣтлый оттѣнокъ. При болѣе энергичной окраскѣ эритрозиномъ основное вещество ядрышка принимаетъ фіолетовый или даже красный цвѣтъ. Точно также при типичной окраскѣ по методу Ehrlich-Biondi базофильное ядрышко, также какъ и Нислевскія глыбки, бываетъ окрашено въ ярко-зеленый цвѣтъ метиль-грюномъ, ацидофильное же въ красный цвѣтъ кислымъ фуксиномъ. Но если послѣ окраски продержатъ препаратъ для обезвоживанія слишкомъ долго въ спирту, то получается нѣсколько иная картина. Метиль-грюнъ при этомъ быстрѣ извлекается изъ препарата, чѣмъ кислый фуксинъ и всѣ составныя части клѣтокъ ранѣе окрашенны въ зеленый цвѣтъ (Нислевскія глыбки, базофильное ядрышко) принимаютъ блѣдно-красноватый оттѣнокъ. Остаются только по прежнему окрашенными въ зеленый цвѣтъ вышеописанныя зернышки или глыбки въ базофильномъ ядрышкѣ. Такимъ образомъ получается окраска весьма сходная съ той, которую недавно описалъ Levi ¹⁾ въ ядрышкахъ нервныхъ клѣтокъ млекопитающихъ.

Изъ вышеуказаннаго можно заключить, что изъ двухъ веществъ входящихъ въ составъ базофильнаго ядрышка, зернышки или глыбки имѣютъ болѣе рѣзкія базофильныя свойства, чѣмъ основное вещество въ которомъ они находятся.

Въ противоположность базофильному, ацидофильное ядрышко представляетъ совершенно однородную структуру и всегда красится при двойныхъ окраскахъ, какъ я сказалъ, кислыми красками. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ въ томъ такъ и въ другомъ ядрышкѣ можно наблюдать свѣтлыя точки въ видѣ какъ бы вакуоль, объяснить значеніе которыхъ я затрудняюсь.

¹⁾ G. Levi. Su alcune particolarità di struttura del nucleo delle cellule nervose. Rivista di patologia nervosa e mentale 1896. Vol. I. S. 141.

Въ ядрѣ нервныхъ клѣтокъ птицъ кромѣ ядрышекъ встрѣчаются иногда рядомъ съ ними, или на нѣкоторомъ разстояніи, мелкія глыбки (рис. 4 и 6), имѣющія обыкновенно базофильныя свойства. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ подобныя глыбки достигаютъ почти половины объема ядрышка.

Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Продольный срѣзъ чрезъ спинной и симпатическій узелъ голубя. Фиксажъ въ жидкости Сапоу. Окраска толуидинъ-блау съ эритрозиномъ. Слабое увеличеніе.

1) Задній корешокъ, 2) передній корешокъ, 3) общій нервный стволѣкъ, 4) периферическая вѣтвь симпатическаго узла, 5) пучки безмякотныхъ нервныхъ волоконъ, идущихъ изъ симпатическаго узла въ общій нервный стволѣкъ (спинной нервъ) по направленію къ периферіи, 6) пучки безмякотныхъ нервныхъ волоконъ, идущіе по направленію отъ симпатическаго къ спинному узлу, 7) пучекъ мякотныхъ нервныхъ волоконъ, который перешелъ изъ передняго корешка въ симпатическій узелъ, 8) лимфатическій фолликулъ въ спинномъ узлѣ.

Рис. 2. Лимфатическій фолликулъ изъ спиннаго узла курицы. Фиксажъ сублимагомъ съ пикриновой кислотой (нервные клѣтки фиксировались плохо: онѣ сморщились, краевой поясъ ихъ мѣстами разрушенъ). Окраска лѣвской синью съ эритрозиномъ. Среднее увеличеніе. Свѣтлыя каналы представляютъ собою кровеносныя сосуды, содержащіе нѣсколько кровяныхъ тѣлецъ.

Рис. 3. Большая нервная клѣтка изъ спиннаго узла голубя. Жидкость Zenker'a. Толуидинъ-блау, эритрозинъ. Leitz. Ос. 4. Номог. Imm. $\frac{1}{12}$. Осеволиндрическій отростокъ не попалъ въ разрѣзъ. Краевой поясъ клѣтки хорошо сохранился и соприкасается на всемъ протяженіи съ капсулой. Очень много Нисслевскихъ глыбокъ. Въ ядрѣ одно базофильное, а другое ацидофильное ядрышко.

Рис. 4. Небольшая нервная клѣтка изъ спиннаго узла голубя. Фиксажъ въ жидкости Zenker'a. Окраска по Orrell'ю (метиль-грюнъ, кислый фуксинъ, эозинъ). Краевой поясъ мѣстами слегка отсталъ отъ капсулы. Въ ядрѣ вблизи ядрышка находится еще маленькое базофильное зернышко.

Осевоцилиндрическій отростокъ имѣеть ясное фибриллярное строеніе; менѣе ясно оно замѣтно въ краевомъ поясѣ клѣтки.

Рис. 5. Средней величины нервная клѣтка спинного узла голубя. Жидкость Carnoy. Толуидинъ-блау, эритрозинъ. Широкий краевой поясъ. Въ ядрѣ два базофильныхъ и одно ацидофильное ядрышко.

Рис. 6. Нервная клѣтка изъ симпатическаго узла голубя. Жидкость Carnoy. Толуидинъ-блау, эритрозинъ. Осевоцилиндрическій отростокъ не попалъ въ разрѣзъ. Два протоплазматическихъ отростка содержащихъ Нисслевскія глыбки. Въ ядрѣ два типическихъ ядрышка Leitz. Ос. 4. Ном. Imm. $\frac{1}{12}$.



Изъ фізіологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева.

О вліянні бромистаго натра, бромистаго аммонія и бромистаго литія на мозговое кровообращеніе¹⁾.

Д-ра А. В. Гервера.

Въ предыдущей своей статьѣ²⁾ я сообщилъ результаты своихъ изслѣдованій относительно вліянія бромистаго калия на мозговое кровообращеніе; въ той же статьѣ мною были приведены главные принципы тѣхъ методовъ, которыми я пользовался при своихъ экспериментахъ. Въ виду этого въ настоящей работѣ я считаю лишнимъ снова описывать эти методы и желающихъ ознакомиться съ ними отсылаю къ предшествующей моей статьѣ.

Такъ какъ теперь предметомъ моихъ изслѣдованій были три бромистыхъ соединенія (бромистый натръ, бромистый аммоній и бромистый литій), то я для удобства изложенія раздѣляю эту работу на три главы, причемъ въ каждой изъ нихъ буду говорить отдѣльно о каждой изслѣдованной мною бромистой соли, а въ заключительной главѣ постараюсь сдѣлать общій обзоръ изслѣдованныхъ мною бромидовъ.

¹⁾ Докладъ въ С.-Петербургскомъ Обществѣ психіатровъ 23-го мая 1898 г. См. Обзорніе психіатр. etc. 1898 г.

²⁾ См. ст. «Измѣненія черепно-мозгового кровообращенія подѣ вліаніемъ бромистаго калия». Неврологич. Вѣстн. 1899-й г.

ГЛАВА I-ая.

Надо сказать, что многіе долго не признавали никакого вліянія бромистаго натра на нервную систему. Однако Rabin-teau, изслѣдовавъ дѣйствіе бромистаго натра, нашель, что при введеніи его въ вену животнаго, значительно понижается рефлекторная способность и чувствительность. Rossbach замѣтилъ, что подъ вліяніемъ бромистаго натра уменьшается рефлекторная возбудимость глоточной и гортанной слизистой оболочки такъ-же, какъ и подъ вліяніемъ бромистаго калия. Manquat ¹⁾ считаетъ бромистый натръ за угнетателя рефлексовъ и средствомъ уменьшающимъ чувствительность. Насколько извѣстно, въ первый разъ бромистый натръ начали примѣнять при эпилепсіи Штаркъ и Галликъ. Nothnagel и Rossbach также наблюдали при лѣченіи падучей бромистымъ натромъ значительное улучшеніе ея; эти авторы отдають даже предпочтеніе бромистому натру предъ бромистымъ калиемъ въ виду того, что онъ не дѣйствуетъ такъ сильно на сердце, какъ калий.

Щербакъ ²⁾ изслѣдовалъ вліяніе бромистаго натра на мозговое кровообращеніе и нашель, что бромистый натръ оказываетъ прямо противоположное дѣйствіе на мозговое кровообращеніе, смотря по тому вводится-ли онъ въ желудокъ или въ вену. Въ первомъ случаѣ, говоритъ Щербакъ, наступаетъ замѣтное уменьшеніе притока крови къ мозгу и оттока ея, а во второмъ, наоборотъ продолжительное увеличеніе, лишь въ дальнѣйшихъ періодахъ переходящее въ уменьшеніе. При этомъ боковое давленіе крови въ центральномъ и периферическомъ концахъ сонной артеріи и разница между только что названными величинами не представляетъ никакихъ измѣненій. Далѣе Щербакъ, объясняя разницу въ дѣйствіи бромистаго

¹⁾ Manquat. «Traité elementaire de therapeutique etc».

²⁾ Щербакъ. «О дѣйствіи нѣкоторыхъ нервныхъ средствъ на кровообращеніе въ мозгу». Врачъ 1890 г. 921 ст.

стаго натра при введеніи въ желудокъ и въ кровь, говоритъ, что такъ какъ колебанія скорости въ данномъ случаѣ совершенно независимы отъ давленія и имѣютъ прямо противоположный характеръ при введеніи раствора соли въ кровеносную систему или въ желудокъ, то можно думать, что причина ихъ кроется въ измѣненіи физическихъ свойствъ крови, а не въ томъ или другомъ дѣйствиіи на органы кровообращенія.

Въ доказательство истины своего предположенія этотъ авторъ приводитъ слѣдующія разсужденія: впрыскивая концентрированный растворъ бромистаго натра въ вену, мы вызываемъ усиленный токъ жидкости изъ тканей въ кровь; кровь разжижается и движется по сосудамъ съ большою скоростью, хотя дѣятельность сердца и боковое давленіе остаются безъ перемѣны. При введеніи же раствора въ желудокъ—условія прямо противоположны; здѣсь наоборотъ наступаетъ сгущеніе крови, треніе при движеніи по сосудамъ увеличивается и въ результатѣ получается замедленіе кровообращенія. Опыты съ хлористымъ натромъ дали при изслѣдованіяхъ Щербака совершенно аналогичные результаты. Другихъ работъ, трактующихъ о дѣйствиіи бромистаго натра на мозговое кровообращеніе, мнѣ не пришлось встрѣтить.

При своихъ изслѣдованіяхъ я вводилъ бромистый натръ въ водномъ растворѣ въ однихъ опытахъ въ вену, въ другихъ въ желудокъ. Большинство опытовъ ставилъ по методу Hürthle; нѣкоторые изъ нихъ ставилъ по способу Gärtner'a и Wagner'a и съ внутричерепнымъ давленіемъ. Прежде всего надо сказать, что бромистый натръ оказываетъ гораздо меньшее вліяніе на сферу кровообращенія, чѣмъ бромистый калий. Въ тѣхъ дозахъ, въ какихъ бромистый калий оказываетъ сильное вліяніе на кровообращеніе и даже можетъ погубить животное, бромистый натръ совершенно не измѣняетъ картины кровообращенія. Въ дозахъ же значительно большихъ онъ уже оказываетъ вліяніе какъ на всю сферу кровообращенія вообще, такъ и на мозговое кровообращеніе въ частности.

При введеніи въ кровь 0,3—0,5 бромистаго натра на кило вѣса животнаго на кривыхъ уже ясно видны измѣненія въ давленіяхъ.

Я еще долженъ сказать, что въ нѣкоторыхъ опытахъ собаки были вполне кураризированы для того, чтобы исключить вліяніе дыханія.

Дѣлались также опыты съ перерѣзкой блуждающихъ нервовъ и перерѣзкой спинного мозга съ цѣлію точнаго выясненія характера дѣйствія бромистаго натра.

Въ теченіе одного опыта я дѣлалъ два три введенія, начиная всегда съ малыхъ дозъ, доходя до такихъ, какія вызываютъ ясный эффектъ въ сферѣ кровообращенія; между отдѣльными впрыскиваніями были промежутки часовые и болѣе.

Теперь я приведу нѣсколько таблицъ, чтобы наглядно представать измѣненія давленій въ сонныхъ артеріяхъ, наступающія послѣ введенія бромистаго натра. Въ таблицахъ вычислены абсолютныя цифры давленій, при этомъ напомнимъ въ самыхъ краткихъ чертахъ, что способъ Hürthle основанъ на измѣреніи бокового давленія крови въ двухъ концахъ сонной артеріи, причемъ по отношенію давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго судятъ о состояніи просвѣта мозговыхъ сосудовъ; уменьшеніе этого отношенія указываетъ на расширеніе мозговыхъ сосудовъ, а увеличеніе—на суженіе мозговыхъ сосудовъ.

О П Ы Т Ъ № 1.

Собака вѣсомъ 28 кило. Кураризація. Введеніе бромистаго натра въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр кон- тъ сонн. арт.	Давленіе въ периф. кон- тъ сонной артерій	Разность	Отношеніе.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	150	114	36	0,76	19	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ значи- тельно меньше.
Послѣ введенія							
0,2 BrNa чрезъ	10"	146	104	42	0,71	—	
—	20"	124	54	70	0,43	—	
—	25"	96	36	60	0,37	25	
—	35"	70	14	56	0,20	—	
—	45"	70	14	56	0,20	—	
—	55"	70	14	56	0,20	—	
—	65"	75	24	51	0,32	21	
—	85"	90	28	62	0,31	—	
—	95"	110	32	78	0,29	—	
—	105"	120	40	80	0,33	—	
—	115"	130	50	80	0,38	22	
—	125"	145	68	77	0,46	—	
—	135"	147	72	75	0,48	—	
—	145"	148	79	69	0,53	—	
—	155"	148	82	66	0,55	—	

Методъ Hürthle	Время, выраженное въ секундахъ	Давл. въ центр концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность между давл. центр. конца и давл. периф. давл. центр.	Отношеніе давл. периф. къ давл. центр.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 20 сек.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	55"	103	40	63	0,38	—	
—	65"	103	40	63	0,38	—	
—	75"	101	37	64	0,36	23	
—	85"	100	33	67	0,33	—	
—	95"	100	33	67	0,33	—	
—	105"	104	34	70	0,33	—	
—	115"	109	37	72	0,33	23	
—	125"	115	44	71	0,38	—	
—	135"	121	47	74	0,38	—	
—	145"	129	53	76	0,41	—	
—	155"	134	61	73	0,45	—	
—	165"	136	64	72	0,47	21	
—	200"	141	83	58	0,58	—	
—	300"	143	93	50	0,65	—	
—	400"	144	94	50	0,65	—	
—	500"	145	96	49	0,66	—	Пульсовые волны
—	600"	143	92	51	0,64	20	увеличиваются.
—	700"	144	93	51	0,64	—	
—	800"	146	94	52	0,64	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артер.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артер.	Разность.	Отношеніе.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ	Особыя замѣчанія.
черезъ	900"	147	95	52	0.64	19	иванія 10,0 BrNa
—	1000"	145	94	51	0.64	—	
—	1100"	148	96	52	0.64	—	
—	1200"	147	94	53	0.63	18	
На та кой высотѣ кри выя							
находи лись око ло часу .							
Послѣ слѣд ующа го впр ыск							
соба ка по гиб ла.							

О П Ы Т Ъ №. 2.

Собака вѣсомъ 31 кило. Кураризация. Введеніе бромистаго натра въ вену

Способъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн артер.	Давленіе въ периф кон-цѣ сонн артер.	Разность	Отношеніе	Разстояніе кривой венае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ	Особыя замѣчанія
До введенія за	1" — 5"	133	93	40	0,69	111	15	Амплитуда пуль- совыхъ волнъ дѣ- лается меньше.
Послѣ введенія								
4,0 BrNa чрезъ	10"	131	88	42	0,67	112	—	
—	20"	127	81	46	0,63	113	—	
—	30"	124	76	48	0,61	114	18	
—	40"	120	70	50	0,58	115	—	
—	50"	114	61	53	1,53	116	—	
—	60"	112	57	55	0,50	117	—	
—	80"	110	53	57	0,48	118	16	
—	90"	110	53	57	0,48	118	—	
—	100"	104	48	56	0,46	119	—	
—	120"	109	53	56	0,48	118	—	
—	130"	112	55	57	0,49	118	—	
—	140"	114	58	56	0,50	117	—	
—	150"	118	63	55	0,53	115	16	
—	160"	124	68	56	0,54	115	—	
—	170"	127	72	55	0,56	114	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность между давл. центр. конца и дав. периф.	Отношеніе давл. периф. къ давл. центр.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	180"	133	80	53	0,60	113	—
—	190"	130	76	54	0,58	114	—
—	200"	131	74	57	0,56	114	—
—	300"	130	76	54	0,58	114	—
—	500"	134	81	53	0,60	113	—
—	600"	132	78	54	0,59	114	—
—	800"	130	75	55	0,57	115	—
—	1000"	129	73	56	0,56	114	—
—	1200"	129	73	56	0,56	114	—
—	1500"	130	75	55	0,57	115	—
Въ такомъ по оженіи кривыя на ходятся болѣе часа.							
До введенія за	1"—5"	126	81	45	0,64	112	18
Послѣ введенія							
5,0 BrK чрезъ	5"	125	78	47	0,62	113	—
—	10"	120	70	50	0,58	114	—
—	20"	118	67	51	0,46	115	—
—	30"	113	60	53	0,52	116	22
—	40"	110	54	56	0,49	117	—
—	50"	110	54	56	0,49	117	—
							Амплитуда пульсовыхъ волнъ дѣлается меньше.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой тепле jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	60"	110	53	57	0,48	118	—	
—	70"	109	51	58	0,46	118	—	
—	80"	109	51	58	0,46	118	—	
—	90"	110	51	59	0,46	118	20	
—	100"	112	52	60	0,45	119	—	
—	110"	115	55	60	0,47	118	—	
—	120"	121	59	62	0,48	117	—	
—	130"	122	60	62	0,49	116	—	
—	140"	121	59	62	0,48	116	—	
—	150"	121	59	62	0,48	116	20	
—	160"	120	60	60	0,50	115	—	
—	170"	123	61	62	0,49	115	—	
—	180"	127	70	57	0,55	114	—	
—	190"	126	68	58	0,53	115	—	
—	200"	125	66	59	0,52	116	19	
—	300"	127	70	57	0,55	115	—	
—	400"	126	68	58	0,53	116	—	
—	500"	128	67	61	0,52	117	—	
—	600"	130	69	61	0,53	117	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. концѣ сонн артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	700"	129	68	61	0,52	117	—	
—	800"	128	66	62	0,51	117	—	
—	900"	129	68	61	0,52	116	18	
—	1000"	130	69	61	0,53	116	—	
На та кой выс отъ кривыя нахо дились								
около 50 минутъ.								

О П Ы Т Ъ № 3.

Собака вѣсомъ 25 кило. Кураризація. Введеніе бромистаго натра въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой усапе jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	143	85	58	0,59	112	17	
Послѣ введенія.								
8,0 бромистаго								
натра чрезъ	10"	143	85	58	0,59	112	—	
—	40"	143	85	58	0,59	112	—	
—	60"	142	83	59	0,58	113	18	
—	70"	142	83	59	0,58	113	—	
—	80"	140	80	60	0,57	114	—	
—	90"	138	77	61	0,55	115	—	
—	100"	135	70	65	0,51	116	—	
—	110"	132	67	65	0,50	117	—	
—	120"	132	67	65	0,50	117	—	
—	130"	132	67	65	0,50	117	19	
—	140"	131	66	65	0,50	117	—	
—	200"	131	64	67	0,48	118	—	
—	400"	134	66	68	0,49	117	—	
—	600"	133	64	69	0,48	118	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность между давл. центр. конца и дав. периф.	Отношеніе давл. периф. къ давл. центр.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	800"	135	67	68	0,49	116	17
—	1000"	137	70	67	0,51	116	—
—	1200"	139	71	68	0,51	116	—
—	1500"	138	68	70	0,49	117	—
—	1600"	140	73	67	0,52	116	16
—	1700'	141	75	66	0,53	116	—
—	1900"	140	72	68	0,51	117	—
—	2000"	139	70	69	0,50	117	—
—	2200"	140	71	69	0,50	117	—
—	2300"	141	73	68	0,51	116	—
—	2400"	141	73	68	0,51	116	—
—	2500"	142	75	67	0,52	116	—
На та кой	высотѣ	крив	ыя	нах	одились		
	еще окол о ча са						

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	138	80	58	0,57	113	19	Амплитуда пульсовыхъ волнъ уменьшается.
Послѣ введенія.								
10,0 BrNa чрезъ	5"	138	80	58	0,57	113	—	
—	20"	138	80	58	0,57	113	—	
—	30"	137	78	59	0,56	114	21	
—	40"	132	70	62	0,53	116	—	
—	70"	131	68	63	0,51	117	—	
—	80"	130	66	64	0,50	118	—	
—	100"	128	64	64	0,50	118	—	
—	160"	128	64	64	0,50	118	22	
—	200"	127	62	65	0,48	118	—	
—	260"	128	65	63	0,50	117	—	
—	300"	125	57	68	0,45	120	—	
—	350"	125	57	68	0,45	120	—	
—	400"	124	53	71	0,42	121	21	
—	600"	125	55	70	0,44	120	—	
—	700"	125	55	70	0,44	120	—	
—	800"	126	57	69	0,46	119	—	
—	900"	126	57	69	0,46	119	—	
—	1000"	128	61	67	0,47	118	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концъ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. концъ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой тепле jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	1200"	132	62	70	0,46	119	—	
—	1500"	134	63	71	0,47	118	—	
—	1800"	137	65	72	0,47	118	—	
—	2000"	137	65	72	0,47	118	—	
—	2500"	138	68	70	0,49	117	—	
—	3000"	136	65	71	0,47	118	—	
—	4000"	134	62	72	0,46	118	—	
	Послѣ	слѣд	ующаго	введенія	12,0	BrNa		
	соба	ка	погиб	ла.				

О П Ы Т Ъ № 4.

Собака вѣсомъ 20 кило. Перерѣзка обоихъ блуждающихъ нервовъ. Введеніе бромистаго натра въ вену. Кураризація.

Методъ Hürthle.	Время, черезъ которое производилось измѣреніе.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
Послѣ перерѣзки обоихъ блуждающихъ нервовъ						
До введенія за	1" — 5"	130	60	70	0,46	
Послѣ введенія						
3,0 BrNa чрезъ	12"	120	36	84	0,30	
—	20"	117	20	97	0,17	
—	40"	98	18	80	0,18	
—	70"	120	36	84	0,30	
—	100"	120	52	68	0,43	
—	200"	121	50	71	0,41	
—	300"	121	50	71	0,41	
—	400"	120	52	68	0,43	
—	500"	124	51	73	0,41	
—	600"	129	52	77	0,40	
—	700"	129	52	77	0,40	
—	800"	128	51	77	0,39	
—	900"	128	51	77	0,39	
—	1000"	129	53	76	0,41	
Въ такомъ	состояніи	кривыя	находились			
	еще около	пол часа.				

Я не привожу здѣсь другихъ таблицъ, указывающихъ на измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи подъ вліяніемъ бромистаго натра при введеніи его послѣ перерѣзки блуждающихъ нервовъ, такъ какъ онѣ ничѣмъ не отличаются отъ только что приведенныхъ.

О П Ы Т Ъ №. 5.

Собака вѣсомъ 17 кило. Перерѣзка спинного мозга и обоихъ блуждающихъ нервовъ. Введеніе бромистаго натра въ вену.

Методъ Hürthle	Время, черезъ которое производилось измѣреніе.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
Послѣ перерѣзки спинного мозга и обоихъ блуждающихъ нервовъ.						
Давленіе до введенія за	1" — 5"	51	22	29	0,43	
Послѣ введенія 3,0						
BrNa чрезъ	10"	51	22	29	0,43	
—	20"	52	23	29	0,44	
—	30"	50	20	30	0,40	
—	40"	49	21	28	0,42	
—	50"	49	20	29	0,40	
—	60"	49	20	29	0,40	
—	100"	51	22	29	0,43	
—	150"	53	25	28	0,47	
—	200"	52	22	30	0,42	
—	250"	52	22	30	0,42	
—	300"	53	23	30	0,43	

Методъ Hürthle.	Время, чрезъ которое производилось измѣрѣ- ніе.	Давленіе въ центр. кон- цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон- цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	350"	51	20	31	0,39	
—	400"	49	21	28	0,42	
—	500"	47	19	28	0,40	
—	600"	47	19	28	0,40	
—	700"	49	21	28	0,42	
—	800"	51	22	29	0,43	
—	900"	51	22	29	0,43	
—	1000"	52	23	29	0,44	
Въ такомъ	полож	еніи	кри	выя	оста	вались еще
	около	соро	ка	мину	тъ.	

О П Ы Т Ъ № 6.

Собака вѣсомъ 22 кило. Кураризація. Введеніе углекислаго натра въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, чрезъ которое производилось измѣрѣніе.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	144	83	61	0,57	
Послѣ введенія						
3,0 углекислаго натра						
чрезъ	10"	137	73	64	0,53	
—	20"	125	55	70	0,44	
—	30"	125	55	70	0,44	
—	40"	118	42	76	0,35	
—	50"	118	42	76	0,35	
—	60"	123	45	78	0,36	
—	70"	125	47	78	0,37	
—	80"	129	49	80	0,37	
—	90"	133	52	81	0,39	
—	100"	133	52	81	0,39	
—	150"	138	57	81	0,41	
—	200"	140	58	82	0,41	
—	300"	142	63	79	0,44	
—	400"	142	63	79	0,44	

Методъ Hürthle.	Время, чрезъ которое производилось измере- ние.	Давленіе въ центр. кон- цѣ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. кон- цѣ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	500"	140	58	82	0,41	
—	600"	140	58	82	0,41	
—	700"	143	65	78	0,45	
—	800"	144	71	73	0,49	
—	900"	145	74	71	0,51	
—	1000"	156	78	68	0,50	
—	1200"	145	76	69	0,52	
—	1500'	146	79	67	0,54	
Въ такомъ состо- яніи сорока	кри- сти- ны	вы- со- та	на- хо- ди- лись	около		

О П Ы Т Ъ № 7.

Собака вѣсомъ 15 кило. Кураризація. Сдѣлана тропанація въ правой теменной кости и въ трепанаціонное отверстіе ввинчена воронка для изслѣдованія внутричерепного давленія. Кровяное давленіе записывалось въ бедреной артеріи. Трахеотомія. Искусственное дыханіе. Введеніе бромистаго натра въ вену.

Способъ изслѣдованія внутричерепного давлѣнія.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Внутричерепное давлѣ- ніе.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	120	12	15	
Послѣ введенія					
BrNa чрезъ	10"	117	15	—	
—	20"	115	20	—	
—	30"	115	20	19	
—	50"	114	21	—	
—	60"	118	22	—	
—	70"	119	22	17	
—	80"	121	23	—	
—	90"	118	20	—	
—	100"	119	19	16	
—	200"	123	20	—	
—	300"	122	21	—	
—	400"	118	17	—	

Способъ изслѣдованія внутричерепного давлѣнія.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Внутричерепное давлѣ- ніе.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	500"	118	17	—	
—	600"	116	16	16	
—	700"	121	18	—	
—	800"	122	19	17	
—	900"	124	19	—	
—	1000"	123	18	18	
—	1200"	122	16	—	
—	1300"	119	15	15	
—	1400"	120	15	—	
—	1500"	121	15	15	

Я привелъ здѣсь шесть опытовъ съ введеніемъ бромистаго натра, остальные же считаю излишнимъ приводить въ виду того, что они ничѣмъ не отличаются отъ этихъ. При изученіи таблицъ приводимыхъ опытовъ намъ прежде всего бросается въ глаза то обстоятельство, что бромистый натръ вызываетъ въ сферѣ мозгового кровообращенія совершенно другія явленія, чѣмъ бромистый калий ¹⁾. Вскорѣ послѣ введенія бромистаго натра секундъ чрезъ 10 мы видимъ, что давленіе какъ въ центральномъ концѣ сонной артеріи, такъ и въ периферическомъ начинаетъ падать, при чемъ давленіе въ периферическомъ концѣ падаетъ быстрѣе, чѣмъ въ центральномъ; разность между давленіемъ центрального и периферическаго конца увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центрального значительно уменьшается.

Въ первомъ опытѣ чрезъ 10 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи опустилось съ 150 мм. до 146, а въ периферическомъ съ 114 до 104, разность между давленіями увеличилась съ 36 до 42, а отношеніе давленій уменьшилось съ 0,76 до 0,71. При дальнѣйшемъ воздѣйствіи бромистаго натра эта картина дѣлалась еще гораздо рѣзче; такъ чрезъ 55 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ опустилось до 70 мм., тогда какъ до введенія было 150, а въ периферическомъ концѣ давленіе стояло на 14 мм., а до введенія было 114. Такое низкое давленіе съ обоихъ концахъ сонной артеріи продолжалось всего 20—30 секундъ и начало потомъ довольно быстро подниматься; при этомъ давленіе въ центральномъ концѣ поднималось гораздо быстрѣе и доходило вскорѣ почти до первоначальной высоты, а давленіе въ периферическомъ поднималось очень медленно и въ теченіи полутора часа, и даже въ нѣкоторыхъ опытахъ болѣе далеко, не доходило до первоначальной высоты. Въ

¹⁾ См. мою статью «Измѣненія черепно-мозгового кровообращенія подъ вліяніемъ бромистаго калия». Неврол. Вѣстн. т. VII, в. I.

первомъ же опытѣ изъ таблицъ мы видимъ, что чрезъ 85" послѣ введенія бромистаго натра давленіе уже начинаетъ подниматься; такъ, чрезъ 65" послѣ введенія оно равнялось 75 мм., а чрезъ 85"—уже дошло до 90 мм., чрезъ 115 секундъ=130 мм., чрезъ 160 секундъ оно уже достигло первоначальной высоты, т. е. 150 мм. Напротивъ того, давленіе въ периферическомъ концѣ, опустившись чрезъ 55 секундъ послѣ введенія до 14 мм. съ 114 мм., начало подниматься чрезъ 85" и уже чрезъ 105" оно равнялось 40 мм., чрезъ 135 секундъ—72 мм., чрезъ 160 секундъ 93 мм. чрезъ 1000 секундъ оно равнялось 96 мм. и выше не поднималось около часу послѣ введенія, между тѣмъ какъ давленіе въ центральномъ концѣ стояло на первоначальной высотѣ. Разность между давленіями центральнаго и периферическаго концовъ въ теченіе часа послѣ введенія была увеличена (до введенія она была 36, а послѣ введенія вначалѣ равнялась 42, затѣмъ 80, а потомъ колебалась между 57 и 53); отношеніе же давленій было во все время дѣйствія бромистаго натра замѣтно уменьшено (такъ до введенія оно было 0,76; чрезъ 55 секундъ—0,20; чрезъ 160 секундъ оно равнялось 0,62—0,64 и въ такомъ состояніи находилось около часа).

Если мы будемъ слѣдить за измѣненіями давленій въ въ другихъ приведенныхъ мною опытахъ съ бромистымъ натромъ, то найдемъ и здѣсь аналогичныя картины.

Такъ напр., во 2-омъ опытѣ мы также видимъ, что давленіе и въ центральномъ и въ периферическомъ концѣ начинаетъ уже чрезъ 10 секундъ падать и чрезъ 100 секундъ это паденіе достигаетъ максимальныхъ цифръ (а именно въ центральномъ концѣ оно падаетъ съ 133 мм. до 104 а въ периферическомъ съ 93 мм. до 48 мм.) затѣмъ давленіе начинаетъ повышаться въ обоихъ концахъ, но опять таки въ центральномъ концѣ давленіе повышается быстрее и почти достигаетъ первоначальной высоты, а въ периферическомъ концѣ давленіе далеко не доходитъ до первоначальной высоты. Чрезъ 190 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ 130 мм.,

а въ периферическомъ 76, т. е. на 17 мм. ниже, чѣмъ было до введенія. При этомъ разность между давленіями остается очень долго увеличенной, а отношеніе уменьшеннымъ. Во второмъ опытѣ записывалось также давленіе въ наружной артерной венѣ. Оказывается, что давленіе въ венѣ послѣ введенія бромистаго натра вскорѣ чрезъ 10—15 секундъ начинаетъ быстро повышаться и остается повышеннымъ почти во все время дѣйствія бромистаго натра, при чемъ въ первомъ періодѣ повышение достигаетъ большихъ размѣровъ, чѣмъ въ дальнѣйшемъ. Эти только что разобранные опыты производились при введеніи бромистаго натра въ бедренную вену.

Нѣсколько опытовъ было произведено съ введеніемъ бромистаго натра въ желудокъ, чтобы узнать одинаково-ли дѣйствуетъ онъ при введеніи въ желудокъ и при введеніи въ кровь.

Приведенная таблица 3-го опыта ясно показываетъ намъ, что бромистый натръ при введеніи въ желудокъ дѣйствуетъ совершенно такъ же, какъ при введеніи въ кровь. Все отличие состоитъ только въ томъ, что при введеніи бромистаго натра въ желудокъ эффектъ наступаетъ немного позднѣе; эффектъ менѣе ясенъ, чѣмъ при введеніи въ кровь, и требуются для полученія эффекта большія дозы, чѣмъ при введеніи въ кровь.

Въ третьемъ опытѣ съ введеніемъ бромистаго натра въ желудокъ мы видимъ изъ таблицъ, что чрезъ минуту послѣ введенія давленіе и въ центральномъ и въ периферическомъ концѣ сонной артеріи начинаетъ медленно опускаться и опускается все ниже и ниже въ теченіе трехъ минутъ, причемъ разность между давленіемъ центрального и периферическаго концовъ увеличивается съ 58 до 97, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центрального уменьшается, доходя съ 0,58 до 0,48. Чрезъ 200 секундъ послѣ введенія опустившееся давленіе начинаетъ подниматься и въ центральномъ концѣ достигаетъ почти первоначальной высоты, а въ периферическомъ болѣе часу (около двухъ часовъ)

остается на 10—12 мм. ниже, чѣмъ было до введенія; разность между давленіями около двухъ часовъ остается увеличенной, а отношеніе уменьшеннымъ. Давленіе въ наружной яремной венѣ во все время дѣйствія бромистаго натра при введеніи въ желудокъ остается повышеннымъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что бромистый натръ вызываетъ одинаковыя измѣненія въ сферѣ мозгового кровообращенія какъ при введеніи въ кровь, такъ и при введеніи въ желудокъ.

Теперь, разобравши таблицы приведенныхъ мною опытовъ, постараемся объяснить ихъ съ физиологической точки зрѣнія. Мы видѣли, что весь эффектъ при введеніи бромистаго натра состоитъ въ томъ, что давленіе въ центральномъ и периферическомъ концахъ сонной артеріи падаетъ, разность между давленіями увеличивается, а отношеніе уменьшается. Намъ извѣстно уже, что увеличеніе разности говорить за усиленный приливъ крови къ мозгу, а уменьшеніе отношенія давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго конца указываетъ на расширеніе мозговыхъ сосудовъ. На основаніи этого мы заключаемъ, что послѣ введенія бромистаго натра наступаетъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ, а вслѣдствіе этого усиленный приливъ крови къ мозгу.

Расширеніе сосудовъ продолжается довольно большой промежутокъ времени; его можно констатировать иногда почти чрезъ два часа послѣ введенія бромистаго натра. За расширеніе мозговыхъ сосудовъ также говоритъ и повышеніе давленія въ яремной венѣ, которое наблюдается послѣ введенія бромистаго натра, такъ какъ мы знаемъ, что повышеніе давленія въ венѣ указываетъ на усиленный притокъ крови чрезъ мозгъ. Надо впрочемъ замѣтить, что повышеніе давленія въ венѣ можетъ быть и при венозномъ застоѣ, но въ нашихъ опытахъ мы не должны предполагать существованіе венознаго застоя, такъ какъ нѣтъ никакихъ расстройствъ ни со стороны сердечной дѣятельности, ни со стороны дыханія.

Конечно расширеніе мозговыхъ сосудовъ, наступающее подъ вліяніемъ бромистаго натра, имѣеть активный характеръ, т. е. оно не есть результатъ коллатеральнаго прилива, являющагося вслѣдствіе спазма периферическихъ сосудовъ тѣла, такъ какъ изъ таблицъ мы видимъ, что давленіе въ центральномъ концѣ понижается. Надо предполагать, что подъ вліяніемъ бромистаго натра мозговые сосуды расширяются вслѣдствіе того, что бромистый натръ дѣйствуетъ на центры завѣдующіе иннервацией мозговыхъ сосудовъ. Есть-ли это расширеніе сосудовъ результатъ возбужденія сосудорасширяющихъ нервовъ или слѣдствіе паралича сосудосуживателей, рѣшить къ сожалѣнію довольно трудно, но во всякомъ случаѣ, на основаніи кривыхъ мы можемъ утверждать, что расширеніе сосудовъ при введеніи бромистаго натра имѣеть самостоятельный характеръ. Такимъ образомъ, бромистый натръ вызываетъ гиперемію мозга, наступающую вслѣдствіе расширенія мозговыхъ сосудовъ. Намъ нисколько не должно удивлять то, что подъ вліяніемъ бромистаго натра наступаетъ гиперемія мозга въ то время, когда давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи падаетъ; разъ сосуды мозга расширяются, они представляютъ меньше препятствія для теченія крови и конечно способствуютъ появленію гипереміи, хотя бы давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи падало.

Какъ видно изъ приведенныхъ таблицъ, мозговые сосуды особенно сильно расширяются въ началѣ дѣйствія бромистаго натра, потомъ расширеніе это уменьшается, но сосуды все-таки около часу и болѣе послѣ введенія остаются расширенными. Слѣдовательно, бромистый натръ въ началѣ своего дѣйствія послѣ введенія оказываетъ сильное вліяніе на нервы мозговыхъ сосудовъ, но потомъ это вліяніе дѣлается меньше, хотя все-таки сосуды очень долго остаются расширенными. Перерѣзка блуждающихъ нервовъ, какъ видно изъ 4-го опыта, нисколько не измѣняетъ эффекта отъ введенія бромистаго натра; въ тѣхъ опытахъ, въ которыхъ бромистый натръ вводился собакамъ послѣ предварительной перерѣзки обонхъ блуж-

дающихъ нервовъ, также наблюдалось въ началѣ паденіе давленія какъ въ центральномъ, такъ и въ периферическомъ концѣ; при этомъ разность между давленіями увеличивалась, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго значительно уменьшалось. Послѣ перерѣзки же спинного мозга бромистый натръ почти не вызываетъ никакого эффекта въ сферѣ мозгового кровообращенія. Это прекрасно видно изъ протокола 5-го опыта. Изъ всего этого слѣдуетъ заключить, что бромистый натръ дѣйствуетъ именно на сосудодвигательные центры, заложенные въ продолговатомъ мозгу.

Опыты, поставленные съ измѣреніемъ внутричерепного давленія, какъ видно изъ 7-го опыта, указали на то, что послѣ введенія бромистаго натра внутричерепное давленіе повышается, т. е. объемъ мозга увеличивается, что опять таки говоритъ за расширеніе мозговыхъ сосудовъ. Надо впрочемъ упомянуть, что повышение внутричерепного давленія указываетъ вообще на переполненіе мозга кровью и не даетъ права заключить, какая именно система переполнена кровью артеріальная или венозная. Если же мы вспомнимъ, что въ опытахъ поставленныхъ по способу Hürthle отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго конца сонной артеріи значительно уменьшалось послѣ введенія бромистаго натра, то у насъ не должно оставаться никакого сомнѣнія въ расширеніи артеріальныхъ мозговыхъ сосудовъ подъ вліяніемъ бромистаго натра, такъ какъ мы знаемъ, что уменьшеніе отношенія давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго указываетъ на расширеніе мозговыхъ сосудовъ.

Повышеніе внутричерепного давленія, наблюдаемое послѣ введенія бромистаго натра особенно интересно въ томъ отношеніи, что оно наступаетъ въ то время, когда давленіе въ бедренной артеріи, т. е. общее кровяное давленіе, падаетъ; слѣдовательно, здѣсь не можетъ быть и рѣчи о пассивномъ расширеніи мозговыхъ сосудовъ.

Очевидно, что въ данномъ случаѣ расширеніе сосудовъ мозга есть результатъ воздѣйствія бромистаго натра на сосудистые нервы головного мозга. Чтобы выяснитъ вопросъ какая именно составная часть бромистаго натра вызываетъ описанныя измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, бромъ или натръ, я производилъ контрольные опыты съ введеніемъ углекислаго натра. Одинъ изъ подобныхъ опытовъ приведенъ мною въ таблицахъ (смотри опытъ № 6-й). Изъ этихъ таблицъ мы видимъ, что углекислый натръ въ сферѣ мозгового кровообращенія вызываетъ такія же измѣненія, какъ и бромистый натръ. Кривыя, получаемыя при введеніи углекислаго натра, поразительно напоминаютъ тѣ кривыя, которыя мы наблюдали при впрыскиваніи бромистаго натра; вычисляя эти кривыя, мы находимъ, что углекислый натръ такъ же, какъ бромистый натръ вызываетъ гиперемію мозга. Эти факты заставляютъ насъ сдѣлать предположеніе, что въ бромистомъ натрѣ металлъ, и именно, натръ, на сферу кровообращенія оказываетъ большее вліяніе, чѣмъ бромъ.

Намъ пришлось раньше указать на работу проф. Щербака. Теперь, разобравши подробно приведенныя мною таблицы, мы видимъ, что бромистый натръ, введенный въ значительныхъ дозахъ отъ 5 до 20 граммовъ, вызываетъ значительныя измѣненія въ сферѣ какъ мозгового, такъ и общаго кровообращенія. Кромѣ того, изъ моихъ опытовъ вытекаетъ, что бромистый натръ дѣйствуетъ одинаково какъ при введеніи въ кровь, такъ и при введеніи въ желудокъ. На основаніи этого мы не можемъ согласиться съ тѣмъ, что говорится въ работѣ проф. Щербака относительно вліянія бромистаго натра на мозговое кровообращеніе. Изъ таблицъ мы видимъ и измѣненія бокового давленія въ артеріяхъ и измѣненія просвѣта сосудовъ, чего проф. Щербаку не удалось констатировать. Поэтому, мнѣніе этого автора о томъ, что бромистый натръ вызываетъ химическія измѣненія крови и этимъ измѣняетъ циркуляцію крови въ мозгу, врядъ ли можно считать убѣдительнымъ.

ГЛАВА II-ая.

Въ настоящей главѣ мы изложимъ вліяніе бромистаго аммонія на мозговое кровообращеніе.

Нѣкоторые авторы (Brown-Sequard) предполагають, что бромистый аммоній обладаетъ болѣе сильными свойствами, чѣмъ другія бромистыя соли (1,8 грамма его соотвѣтствуютъ 3,0 бромистаго калия). Scheron и Fauquez ¹⁾ говорятъ, что бромистый аммоній дѣйствуетъ заразъ, какъ бромистая и какъ амміачная соль, т. е. какъ успокаивающее и какъ кратковременное возбуждающее. Онъ оживляетъ дѣятельность головного мозга, дѣлаетъ дыханіе болѣе глубокимъ, пульсъ болѣе полнымъ, а лицо болѣе окрашеннымъ, и увеличиваетъ мышечную силу.

Быстровъ ²⁾, экспериментируя надъ лягушками и кроликами съ бромистою и хлористою солью аммонія, пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ: 1) хлористый аммоній дѣйствуетъ совершенно такъ же, какъ и бромистый, 2) обѣ эти соли оказываютъ сильное вліяніе на центры головного и спинного мозга, парализуя ихъ, 3) измѣненіе дыханія и сердцебіеніе можно объяснить пораженіемъ продолговатаго мозга и 4) на мышцы и периферическія окончанія нервовъ аммоній повидимому не оказываетъ никакого дѣйствія.

¹⁾ Цитир. по Manquat. l. cit.

²⁾ Быстровъ. Reichert's und Dubois-Reymonds. Archiv. 1868.

Funke и Deahna ¹⁾ нашли, что подь вліяніемъ амміака кровяное давленіе рѣзко повышается; повышение это, по мнѣнію ихъ, обусловливается суженіемъ сосудовъ, происходящимъ отъ возбужденія амміакомъ вазомоторнаго центра; сердцебіеніе же замедляется, что авторы приписываютъ центральному раздраженію блуждающихъ нервовъ.

Boehm и Zange ²⁾ указываютъ на то, что подь вліяніемъ амміачныхъ солей кровяное давленіе послѣ легкаго паденія даетъ порядочное повышение, причемъ замѣчается ускореніе пульса.

Helm ³⁾, работавшій въ лабораторіи Binz'a, нашель, что хлористый аммоній обладаетъ возбуждающимъ дѣйствіемъ на нервную систему, увеличивая величину дыханія и повышая кровяное давленіе, но что при употребленіи большихъ количествъ этой соли слѣдуетъ опасаться судорогъ и безсознательнаго состоянія.

Просматривая литературу относящуюся къ фізіологіи вообще амміачныхъ солей и въ частности бромистаго аммонія, мы однако не встрѣчаемъ ни одной работы, посвященной изученію измѣненій въ сферѣ мозгового кровообращенія подь вліяніемъ бромистаго аммонія.

Поэтому мною былъ поставленъ цѣлый рядъ опытовъ на собакахъ, которымъ вводился или въ кровь или въ желудокъ бромистый аммоній въ водномъ растворѣ, и при этомъ изслѣдовалось мозговое кровообращеніе,

Большинство опытовъ было поставлено по методу Hürthle и нѣсколько по методу Gärtner'a и Wagner'a.

Нѣсколько опытовъ произведено на кураризированныхъ собакахъ, а иные были произведены безъ кураре.

¹⁾ Funke и Deahna. Pflüger's Archiv. IX.

²⁾ Boehm и Zange. Archiv für experim. patholog. und Pharmac. Bd. II.

³⁾ Helm. Centralblatt für Kl. medic. 1888 г. № 2.

При введеніи бромистаго аммонія въ кровь я начиналъ съ маленькихъ дозъ съ 0,05 на кило вѣса животнаго и при дозахъ 0,1 на кило получалъ уже ясныя измѣненія въ сферѣ мозгового кровообращенія; при введеніи же въ желудокъ приходилось употреблять дозы въ 0,5—1,0 гр. на кило, чтобы замѣтить ясныя измѣненія въ сферѣ кровообращенія.

Какъ въ предыдущей главѣ я приводилъ таблицы своихъ опытовъ съ бромистымъ натромъ, такъ и въ настоящей главѣ я приведу сначала таблицы нѣсколькихъ опытовъ, ясно иллюстрирующихъ всѣ измѣненія, которыя наступаютъ въ сферѣ мозгового кровообращенія подъ вліяніемъ бромистаго аммонія; затѣмъ, подробно разберемъ всѣ эти измѣненія и объяснимъ ихъ фізіологическій характеръ.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность между давл. центр. конца и дав. периф.	Отношение давл. периф. къ давл. центр.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
черезъ	800"	127	56	71	0,44	115	—
—	1000"	123	60	63	0,48	114	—
—	1200"	121	61	60	0,50	113	18
—	1500"	119	62	57	0,52	111	—
—	2000"	119	61	58	0,51	111	—
Въ та	комъ	поло	жені	и кр	ивы	я на	ходя тся
		бол	ѣе	ч а с а			
До введенія за	1" — 5"	120	58	62	0,48	114	15
Послѣ введенія							
1,0 бромистаго							
аммонія черезъ	10"	119	55	64	0,46	115	—
—	20"	116	50	66	0,42	116	—
—	30"	124	55	69	0,44	116	18
—	40"	135	57	78	0,42	119	—
—	50"	135	57	78	0,42	119	—
—	60"	136	60	76	0,44	119	—
—	70"	140	67	73	0,47	118	17
—	80"	142	68	74	0,47	118	—
—	90"	142	68	74	0,47	118	—
—	100"	140	63	77	0,45	119	—

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-пѣ сонной артер.	Давленіе въ периф. кон-пѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венae jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	150"	140	60	80	0,42	120	—	
—	200"	132	50	82	0,37	121	—	
—	300"	131	51	80	0,37	121	16	
—	400"	128	46	82	0,35	122	—	
—	500"	128	46	82	0,35	122	—	
—	600"	125	45	80	0,36	121	—	
—	700"	124	43	81	0,34	121	—	
—	800"	123	46	77	0,37	120	—	
—	900"	123	46	77	0,37	120	17	
—	1000"	124	49	75	0,39	119	—	
—	1200"	125	52	73	0,41	118	—	
—	1400"	125	53	72	0,42	117	—	
—	1600"	123	54	69	0,43	117	—	
—	1800'	123	56	67	0,45	115	—	
—	2000"	122	57	65	0,46	115	—	
Въ та	комъ	поло	жені	и кр	ивы	я на	ходи	лись
	около	соро	ка	мину	тъ.			
Послѣ	слѣду	юща	го в	пры	скив	анія	3,0	аммонія
		соба	ка	погиб	ла.			

О П Ы Т Ъ № 9.

Собака вѣсомъ 18 кило. Введеніе бромистаго аммонія въ желудокъ. Кураризація.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венеч. jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" -- 5"	135	71	64	0,52	118	15	
Послѣ введенія.								
3,0 бромистаго								
аммонія чрезъ	40"	135	71	64	0,52	118	—	
—	50"	137	70	67	0,51	118	—	
—	60"	137	70	67	0,51	118	—	
—	70"	139	70	69	0,50	119	—	
—	80"	144	72	72	0,50	119	—	
—	100"	149	74	75	0,49	119	16	
—	120"	148	70	78	0,47	121	—	Амплитуда пуль-
—	140"	147	67	80	0,45	122	—	совыхъ волнъ дѣ-
—	160"	147	67	80	0,45	122	—	ляется больше.
—	180"	145	63	82	0,42	123	—	
—	200"	144	62	82	0,43	123	—	
—	250"	141	61	80	0,43	123	—	
—	300"	141	61	80	0,43	123	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	350"	140	59	81	0,42	123	17	Амплитуда пульсовыхъ волнъ уменьшается.
—	400"	137	58	79	0,42	123	—	
—	500"	137	58	79	0,42	123	—	
—	600"	136	57	79	0,42	123	—	
—	700"	135	57	78	0,41	123	—	
—	800"	137	60	77	0,43	121	—	
—	900"	138	64	74	0,46	120	—	
—	1000"	137	63	74	0,45	120	—	
—	1200"	138	68	70	0,49	119	—	
—	1500"	139	70	69	0,50	119	—	
—	1800"	138	68	70	0,48	119	—	
—	2000"	137	69	66	0,50	119	—	
Въ такомъ положеніи кривыя на ходились около часу.								

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе	Разстояніе кривой унае jug. отъ абиссис.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	141	73	68	0,51	115	17	Амплитуда пульсовыхъ волнъ дѣлается больше.
Послѣ введенія								
5,0 бромистаго								
аммонія чрезъ	10"	141	73	68	0,51	115	17	
—	60"	145	72	73	0,49	117	—	
—	80"	148	73	75	0,49	117	18	
—	100"	152	75	77	0,49	117	—	
—	120"	152	75	77	0,49	117	—	
—	140"	155	74	81	0,47	118	—	
—	160"	154	47	80	0,48	118	—	
—	180"	156	75	81	0,48	118	17	
—	200"	150	70	80	0,46	119	—	
—	250"	150	70	80	0,46	119	—	
—	300"	148	69	79	0,46	119	—	
—	350"	146	68	78	0,46	119	17	
—	400"	143	67	76	0,46	119	—	
—	450"	143	67	76	0,46	119	—	
—	500"	142	67	75	0,46	119	—	
—	600"	141	68	73	0,48	118	—	
—	700"	142	69	73	0,48	118	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Расстояніе кривой венае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	800"	142	69	73	0,48	118	—	
—	900"	141	68	73	0,48	118	—	
—	1000"	141	69	72	0,48	118	—	
—	1200"	142	69	73	0,48	118	—	
—	1400"	142	69	73	0,48	118	—	
—	1600"	141	68	73	0,48	118	—	
—	1800"	142	70	72	0,49	117	—	
—	2000"	142	70	72	0,49	117	—	
—	2200"	142	71	71	0,50	116	—	
Въ та	комъ	поло	жені	и кр	ивы	я на	ходв	лись
		еще	окол	о ча	су.			
Послѣ	III-яго	введ	енія	бро	мис	таго	амм	онія
	15,0	соба	ка п	огиб	ла.			

О П Ы Т Ъ № 10.

Собака вѣсомъ 20 кило. Кураризация. Введеніе бромистаго аммонія въ вену.

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Разстояніе кривой тепае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	112	117	18	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ дѣлает- ся больше.
Послѣ введенія 0,9 бромистаго аммонія					
черезъ	10"	110	119	—	
—	20"	113	119	—	
—	30"	116	119	20	
—	40"	119	121	—	
—	60"	120	121	—	
—	80"	121	122	—	
—	100"	121	122	—	
—	120"	122	123	—	
—	130"	122	123	19	
—	140"	121	123	—	
—	160"	121	123	—	
—	170"	119	122	—	
—	180"	117	122	—	
—	190"	114	122	—	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ умень- шается.

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Разстояніе кривой венае jug. отъ аорты.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	200"	113	121	—	
—	250"	112	119	18	
—	300"	112	119	—	
—	400"	112	118	—	
—	500"	112	118	—	
—	600"	111	118	—	
—	700"	113	119	18	
—	800"	111	118	—	
—	900"	110	118	18	
—	1000"	111	118	—	
—	1200"	112	119	19	
—	1500"	113	119	—	
Въ такомъ	положеніи к	ривья	наход	ились	
	еще около ча	са.			

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Разстояніе кривой тепае Jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	114	118	16	
Послѣ введенія					
1,5 бромистаго аммонія	10"	115	119	—	
чрезъ	20"	119	121	—	
—	30"	124	123	18	Амплитуда пульсо-
—	50"	127	125	—	выхъ волнъ дѣ-
—	60"	129	126	—	лается больше.
—	80"	129	127	—	
—	100"	128	127	—	
—	120"	128	127	17	
—	150"	126	125	—	
—	160"	126	125	—	
—	170"	123	125	—	
—	180"	121	124	—	Амплитуда пульсо-
—	200"	118	124	—	выхъ волнъ умень-
—	300"	117	122	16	шается.
—	400"	117	122	—	
—	500"	116	122	—	
—	600"	116	122	—	
—	700"	115	121	—	

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи	Разстояніе кривой венъ въ jugul. отъ асциды.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	800"	115	121	—	
—	900"	117	122	—	
—	1000"	117	123	—	
—	1200"	116	122	17	
—	1400"	115	120	—	
—	1600"	115	120	—	
—	1800"	114	119	—	
—	2000"	115	121	—	
Въ такомъ	положеніи	кривыя	находи-		
	лись	около	часу.		
Послѣ слѣдую-	щаго	введенія	3,0	бром-	
стаго аммоні-	я соба-	ка по-	гибла.		

О П Ы Т Ъ №. 11.

Собака вѣсомъ 19 кило. Кураризация. Произведена перерѣзка обоихъ блуждающихъ нервовъ. Послѣ перерѣзки производилось введеніе бромистаго аммонія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой venas jugul отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
До введенія за (оба vagus'a перерѣз.)	1"—5"	154	66	88	0,42	130	Амплитуда пульсовыхъ волнъ увеличивается.
Послѣ введенія; 1,0 бромистаго аммонія чрезъ	12"	150	28	122	0,18	140	
—	42"	170	32	138	0,18	140	
—	60"	170	32	138	0,18	140	
—	70"	175	48	127	0,27	137	
—	80"	173	47	126	0,27	137	
—	90"	173	47	126	0,27	137	
—	100"	179	56	123	0,31	135	
—	150"	165	52	113	0,31	135	
—	200"	165	52	113	0,31	135	
—	300"	165	52	113	0,31	135	
—	400"	167	56	111	0,33	134	
—	500"	167	56	111	0,33	134	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jugul. отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	600"	165	54	111	0,32	135	
—	700"	160	53	107	0,33	135	
—	800"	160	53	107	0,33	135	
—	900"	159	53	106	0,33	135	
—	1000"	159	53	106	0,33	135	
—	1100"	157	54	103	0,34	134	
—	1200"	157	54	103	0,34	134	
—	1300"	158	59	99	0,37	133	
—	1400"	158	59	96	0,37	133	
—	1500"	159	62	97	0,38	132	

О П Ы Т Ъ № 12.

Собака вѣсомъ 15 кило. Произведена перерѣзка спинного мозга въ шейной части подъ продолговатымъ мозгомъ; перерѣзаны также оба блуждающіе нервы. Искусственное дыханіе. Введеніе бромистаго аммонія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе давл. периф. конца къ давл. центр.	Особыя замѣчанія.
До введенія (послѣ перерѣзки спинного мозга и блуждающихъ нервовъ)	1" — 5"	55	21	33	0,38	Амплитуда пульсовыхъ волнъ слегка увеличивается.
Послѣ введенія 1,0 бром. аммонія чрезъ	10"	55	21	33	0,38	
—	20"	57	23	33	0,40	
—	30"	55	21	33	0,38	
—	40"	58	23	35	0,39	
—	50"	58	22	36	0,37	
—	60"	57	21	36	0,36	
—	70"	57	22	35	0,38	
—	80"	57	22	35	0,38	
—	90"	54	20	34	0,37	
—	100"	54	20	34	0,37	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе давл. периф. конца къ давл. центр.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	200"	54	20	34	0,37	
—	300"	57	25	32	0,43	
—	400"	56	22	34	0,39	
—	500"	56	22	34	0,39	
—	700"	57	23	34	0,40	
—	900"	56	22	34	0,39	
—	1000"	55	20	35	0,36	
—	1500"	55	20	35	0,36	

О П Ы Т Ъ № 13.

Собака вѣсомъ 25 кило. Кураризация. Введеніе углекислаго аммонія и хлористаго аммонія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой venae jugul. отъ абсциссы	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1"—5"	133	78	55	0,58	120	Амплитуда пульсовыхъ волнъ увеличивается.
Послѣ введенія 0,5							
хлор. аммон. чрезъ	10"	120	60	60	0,50	129	
—	20"	120	60	60	0,50	129	
—	50"	130	65	65	0,50	129	
—	60"	134	66	68	0,49	130	
—	100"	137	67	70	0,48	131	
—	200"	135	63	72	0,46	132	
—	500"	135	62	73	0,45	133	
—	750"	136	65	70	0,47	131	
—	1000"	132	65	67	0,49	130	
Въ такомъ состояніи кривыя были еще около 25 минутъ.							

Разбирая приводимыя мною таблицы, мы видимъ, что дѣйствіе бромистаго аммонія на сферу мозгового кровообращенія напоминаетъ дѣйствіе бромистаго натра.

Тотчасъ послѣ введенія бромистаго аммонія въ вену, секундъ чрезъ десять замѣчается небольшое паденіе давленія какъ въ центральномъ, такъ и въ периферическомъ концахъ сонной артеріи; при этомъ давленіе въ периферическомъ концѣ сонной артеріи падаетъ больше, чѣмъ въ центральномъ; разность между давленіями увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается.

Такъ, въ восьмомъ опытѣ при первомъ введеніи бромистаго аммонія въ количествѣ 0,8 грамма мы находимъ, что чрезъ 10 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ опускается съ 116 до 90, а въ периферическомъ съ 60 до 32, при этомъ разность между давленіемъ центральнаго конца и давленіемъ периферическаго увеличилась съ 56 до 58, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшилось съ 0,51 до 0,35. Это паденіе давленія въ обоихъ концахъ сонной артеріи продолжалось еще 15 секундъ и чрезъ 25 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ было 84, а въ периферическомъ 24, разность между давленіями еще увеличилась до 60, а отношеніе уменьшилось до 0,28.

Вскорѣ же послѣ этого мы видимъ, что давленіе въ обоихъ концахъ сонной артеріи начинаетъ повышаться и въ центральномъ концѣ даже превышаетъ то давленіе, которое было до введенія бромистаго аммонія. Чрезъ 55 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ достигаетъ 122 мм., а въ периферическомъ концѣ давленіе остается нѣкоторое время ниже, чѣмъ было до введенія, не смотря на то, что давленіе въ центральномъ концѣ достигло уже болѣе высокихъ цифръ, чѣмъ до введенія.

Въ дальнѣйшемъ дѣйствіи бромистаго аммонія мы наблюдаемъ, что давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи

стоять (въ разбираемомъ опытѣ около 20 минутъ) нѣсколько на болѣе вышихъ цифрахъ, чѣмъ до введенія, а въ периферическомъ концѣ давленіе является главнымъ образомъ или болѣе низкимъ, чѣмъ до введенія или остается безъ измѣненія. Разность между давленіемъ центральнаго конца и давленіемъ периферическаго остается все время увеличенной, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшеннымъ. Послѣ этихъ измѣненій давленія приходятъ къ первоначальной высотѣ и другихъ измѣненій не представляютъ.

Въ томъ же восьмомъ опытѣ при второмъ введеніи 1,0 бромистаго аммонія въ вену мы находимъ аналогичныя измѣненія.

Черезъ 10—20 секундъ послѣ введенія бромистаго аммонія давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи падаетъ съ 120 до 116, а въ периферическомъ съ 58 до 50, разность между давленіемъ центральнаго конца и периферическаго увеличивается съ 62 до 66, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается съ 0,48 до 0,42.

Далѣе, черезъ 30 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ начинаетъ повышаться и дѣлается выше, чѣмъ было до введенія, а давленіе въ периферическомъ концѣ болѣею частию остается ниже, чѣмъ было до введенія, и только тогда, когда давленіе въ центральномъ концѣ дѣлается значительно выше, чѣмъ было до введенія—то и давленіе въ периферическомъ концѣ также достигаетъ болѣе высокихъ цифръ, чѣмъ до введенія; такъ напримѣръ, когда послѣ второго введенія бромистаго аммонія давленіе въ центральномъ концѣ достигло 142 мм. (а до введенія было 120),—давленіе въ периферическомъ концѣ равнялось 68 мм., но это продолжалось всего нѣсколько секундъ, и дальше въ продолженіи 20—30 минутъ давленіе въ центральномъ концѣ было слегка повышено сравнительно съ тѣмъ, каковымъ оно представлялось до введенія, а въ периферическомъ оно было ниже, чѣмъ до

введенія. Такъ чрезъ 200 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ было 132 мм., а въ периферическомъ 50 мм., чрезъ 400 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ равнялось 128 мм., а въ периферическомъ 46 мм., чрезъ 1000 секундъ— въ центральномъ концѣ—124, а въ периферическомъ—49 и т. д.

Въ такомъ положеніи давленія находились около часа и затѣмъ вернулись приблизительно къ первоначальной высотѣ. Разность между давленіемъ центральнаго конца и давленіемъ периферическаго конца при этомъ была увеличена, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго было уменьшено.

Надо еще сказать, что давленіе въ наружной яремной венѣ во все время дѣйствія бромистаго аммонія представляется повышеннымъ, причемъ это повышение начинается довольно скоро послѣ введенія, секундъ чрезъ 10—20, и такъ остается, пока давленіе въ центральномъ и периферическомъ концѣ не возвращается къ нормѣ.

Все это ясно видно изъ приведенныхъ мною таблицъ. Такъ, въ восьмомъ опытѣ послѣ перваго введенія чрезъ 25 секундъ давленіе въ наружной яремной венѣ поднялось съ 110 до 113, а чрезъ 55 секундъ даже до 115, чрезъ 500 секундъ до 116 и такъ держалось около 20 минутъ, а затѣмъ постепенно возвращалось къ первоначальной высотѣ. Послѣ втораго введенія въ восьмомъ же опытѣ давленіе въ наружной яремной венѣ также поднялось съ 114 до 122 и такъ держалось около 20 минутъ.

Въ девятомъ опытѣ я вводилъ бромистый аммоній въ желудокъ; при этомъ явленія въ сферѣ мозгового кровообращенія наступали такія же, какъ и при введеніи въ кровь; только эти явленія наступали здѣсь позже, тогда какъ при введеніи въ кровь уже чрезъ 10 секундъ послѣ введенія явленія ясно были выражены; при введеніи въ желудокъ измѣненія обнаруживались чрезъ 60—70 секундъ, причемъ эти измѣненія не были такъ рѣзки, хотя были вполне анало-

гичны съ тѣми, какія наступали при введеніи бромистаго аммонія въ кровь.

Изучая девятый опытъ съ введеніемъ бромистаго аммонія въ желудокъ мы видимъ, что въ то время, какъ давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи повышается, давленіе въ периферическомъ концѣ не только не повышается, а даже понижается въ началѣ дѣйствія бромистаго аммонія, причемъ разность между давленіемъ центральнаго конца и периферическаго конца увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается; при этомъ давленіе въ наружной яремной венѣ повышается.

Такимъ образомъ, послѣ перваго введенія бромистаго аммонія въ желудокъ въ девятомъ опытѣ мы находимъ, что чрезъ 70 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ повышается и чрезъ 140 секундъ доходить до 147 мм., а въ периферическомъ концѣ опускается до 67 мм., при этомъ разность между давленіемъ центральнаго и периферическаго конца увеличилась съ 64 до 80, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшилось съ 0,52 до 0,47. Давленіе въ наружной яремной венѣ во все время дѣйствія бромистаго аммонія было повышено, дойдя съ 118 до 123. Такія измѣненія держались около полутора часа и затѣмъ, все приблизительно возвратилось къ нормѣ.

При второмъ введеніи бромистаго аммонія въ желудокъ измѣненія получились такого же характера. Здѣсь также особенно интереснымъ является тотъ фактъ, что въ то время какъ давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи повысилось, въ периферическомъ концѣ давленіе опустилось въ началѣ опыта, потомъ въ теченіи минутъ 2 — 3-хъ давленіе слегка было выше, чѣмъ до введенія; но затѣмъ оно стало опять на болѣе низкихъ цифрахъ, чѣмъ было до введенія, хотя въ это время въ центральномъ концѣ давленіе было выше, чѣмъ до введенія. Давленіе въ наружной яремной венѣ здѣсь было повышено.

Опыты поставленные по способу Gärtner'a и Wagner'a также сопровождались довольно яснымъ повышеніемъ давленія въ наружной яремной венѣ.

При просматриваніи таблицъ 10-го опыта, поставленнаго по способу Gärtner'a и Wagner'a, мы видимъ, что въ самомъ началѣ дѣйствія бромистаго аммонія давленіе въ бедренной артеріи слегка падаетъ съ 112 мм. до 110 мм., затѣмъ, чрезъ 20—30 секундъ начинаетъ повышаться, доходя до 122 мм., при этомъ давленіе въ наружной яремной венѣ съ самаго же начала дѣйствія бромистаго аммонія повышается во все время дѣйствія бромистаго аммонія. Здѣсь въ этомъ опытѣ давленіе въ наружной яремной венѣ чрезъ 10 секундъ повысилось съ 117 до 119, а чрезъ 100 оно повысилось еще болѣе, дойдя до 122.

При вторичномъ введеніи бромистаго аммонія получились совершенно аналогичные результаты.

Не считая себя въ правѣ утомлять читателя приведеніемъ и разборомъ другихъ таблицъ моихъ опытовъ, я нахожу вполне достаточнымъ и этихъ, тѣмъ болѣе, что другіе опыты съ бромистымъ аммоніемъ ни чѣмъ не отличались отъ только что разобранныхъ.

Теперь, познакомявшись съ измѣненіями давленій центральнаго и периферическаго концовъ сонной артеріи, разберемъ, въ чемъ же собственно состоятъ измѣненія просвѣта сосудовъ головного мозга подъ вліяніемъ бромистаго аммонія и отъ чего это зависитъ.

Мы уже видѣли, что подъ вліяніемъ бромистаго аммонія въ началѣ, послѣ введенія наблюдается незначительное и весьма непродолжительное паденіе давленій въ обоихъ концахъ сонной артеріи, причемъ отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается. Затѣмъ, чрезъ нѣсколько секундъ наступаетъ подъемъ давленія въ обоихъ концахъ сонной артеріи, причемъ давленіе въ центральномъ концѣ дѣлается выше, чѣмъ было до введенія, а давленіе въ периферическомъ концѣ стоитъ на цифрахъ болѣе низкихъ,

чѣмъ до введенія; разность между давленіями, конечно, увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается.

Раньше уже указывалось нами не разъ, что уменьшеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго говоритъ за уменьшеніе сопротивленія сосудовъ головного мозга, т. е. за расширеніе ихъ. Имѣя въ виду въ нашихъ опытахъ съ бромистымъ аммоніемъ уменьшеніе этого отношенія, мы можемъ говорить, что бромистый аммоній вызываетъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ, или гиперемію мозга.

Подтвержденіемъ этого является повышеніе давленія въ наружной яремной венѣ, выносящей кровь изъ головного мозга. Это повышеніе давленія въ венѣ говоритъ за усиленный отливъ крови отъ головного мозга, т. е. что чрезъ головной мозгъ проходитъ въ опредѣленный промежутокъ времени послѣ введенія бромистаго аммонія больше крови, чѣмъ до введенія.

Такимъ образомъ, изслѣдованія измѣненій мозгового кровообращенія подъ вліяніемъ бромистаго аммонія, произведенныя какъ по способу Hürthle, такъ и по способу Gärtner'a и Wagner'a, указываютъ на то, что бромистый аммоній вызываетъ гиперемію мозга.

Мною были продѣланы также опыты съ перерѣзкой блуждающихъ нервовъ и спинного мозга, чтобы выяснитъ болѣе точно характеръ дѣйствія бромистаго аммонія на сферу мозгового кровообращенія. Въ таблицахъ я привелъ два подобныхъ опыта: одинъ съ перерѣзками блуждающихъ нервовъ, а другой съ перерѣзкой спинного мозга.

Изъ протокола одиннадцатаго опыта мы видимъ, что введеніе бромистаго аммонія послѣ перерѣзки обоихъ блуждающихъ нервовъ вызываетъ такія же точно измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, какъ и при цѣлости этихъ нервовъ. Просматривая таблицы одиннадцатаго опыта, мы находимъ, что тотчасъ послѣ введенія бромистаго аммонія при перерѣзанныхъ блуждающихъ нервахъ замѣчается въ началѣ

паденіе давленія какъ въ центральномъ, такъ и въ периферическомъ концахъ сонной артеріи, но въ послѣднемъ давленіе падаетъ значительно болѣе, разность между давленіями при этомъ увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается. Затѣмъ давленіе въ обоихъ концахъ повышается и въ центральномъ дѣлается выше, чѣмъ было до введенія, а въ периферическомъ стоитъ на цифрахъ болѣе низкихъ, чѣмъ до введенія; при этомъ разность между давленіями остается увеличенной, а отношеніе уменьшеннымъ. Изъ этихъ данныхъ мы можемъ заключить, что тѣ измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, которыя вызываетъ бромистый аммоній, не зависятъ отъ измѣненія дѣятельности центровъ блуждающихъ нервовъ. Послѣ перерѣзки же спинного мозга введеніе бромистаго аммонія почти не вызываетъ никакихъ измѣненій въ мозговомъ кровообращеніи; это ясно изъ протокола двѣнадцатаго опыта, въ которомъ была произведена перерѣзка спинного мозга въ шейной его части тотчасъ подъ продолговатымъ мозгомъ, и послѣ этого производилось введеніе бромистаго аммонія.

На основаніи этихъ фактовъ надо предполагать, что измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, обусловливаемыя введеніемъ бромистаго аммонія, зависятъ отъ дѣйствія этой соли на сосудодвигательные центры и не зависятъ отъ измѣненій дѣятельности самой сердечной мышцы.

Мы уже знаемъ, что бромистый аммоній вызываетъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ; конечно, это расширеніе зависитъ отъ измѣненія дѣятельности сосудистыхъ нервовъ и не является результатомъ коллатеральнаго прилива крови къ мозгу; этимъ я хочу сказать, что расширеніе мозговыхъ сосудовъ, наступающее подъ вліяніемъ бромистаго аммонія, имѣетъ активный, но не пассивный характеръ.

Изъ таблицъ мы видѣли, что расширеніе сосудовъ мозга при введеніи бромистаго аммонія наступаетъ и при пониженіи давленія въ центральномъ концѣ сонной артеріи; конечно,

при такихъ условіяхъ не можетъ быть и рѣчи о пассивномъ расширеніи мозговыхъ сосудовъ.

Подобно тому какъ при изслѣдованіи бромистаго натра, я старался выяснитъ, какая именно составная часть его вызываетъ описанныя измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, — при изученіи бромистаго аммонія я также произвелъ нѣсколько опытовъ съ введеніемъ другихъ амміачныхъ солей опять таки съ цѣлью точно опредѣлитъ, чему обязаны описанныя измѣненія циркуляціи крови въ мозгу — брому или аммонію. Съ этою цѣлью я вводилъ собакамъ углекислый аммоній и хлористый аммоній. Одинъ изъ подобныхъ опытовъ я привелъ въ таблицахъ тринадцатаго протокола. При изученіи этой таблицы мы видимъ, что углекислый аммоній и хлористый аммоній вызываютъ въ сферѣ мозгового кровообращенія такія же точно измѣненія, какъ и бромистый аммоній, т. е. гиперемію мозга. Это обстоятельство даетъ право думать, что въ бромистомъ аммоніи такъ же, какъ и въ бромистомъ натрѣ, металлъ оказываетъ на сферу кровообращенія большее вліяніе, чѣмъ бромъ.

ГЛАВА III-я.

Теперь послѣ изученія бромистыхъ солей натрія и аммонія приступимъ къ разбору дѣйствія бромистаго литія на мозговое кровообращеніе.

Надо сказать, что хотя въ литературѣ мы и находимъ много указаній относительно дѣйствія различныхъ солей литія, а также и бромистаго литія, на всевозможныя сферы организма, однако мы не встрѣтили изслѣдованій о вліяніи бромистаго литія на мозговое кровообращеніе.

Rabuteau ¹⁾, занимаясь изученіемъ вліянія солей литія на животный организмъ, нашель, что соли литія, какъ металла, обладающаго малымъ атомнымъ вѣсомъ, очень мало вліяютъ на организмъ. Этотъ авторъ впрыскивалъ по 4—5 граммъ сѣрнокислаго и хлористаго литія въ вену собаки и констатировалъ послѣ этого только рвоту и поносъ; о дѣйствіи же литія на сердце и нервную систему онъ ничего не говорить.

Husemann ²⁾, не соглашаясь съ мнѣніемъ Rabuteau, указываетъ, что литій дѣйствуетъ преимущественно на сердце; въ большихъ дозахъ у лягушекъ и у теплокровныхъ онъ замедляетъ пульсъ и влечетъ за собою остановку сердца въ діастолѣ.

Hesse ³⁾, много изслѣдовавшій дѣйствіе солей литія на организмъ нашель, что литій является очень сильнымъ ядомъ и превосходитъ по ядовитости даже калий; онъ уменьшаетъ частоту пульса и дѣйствуетъ на самое сердце; по изслѣдованіямъ Hesse литій также оказываетъ сильное вліяніе на нервную систему, особенно на мышцы, повышая возбудимость ихъ.

Въ 1871 году появилась во Франціи въ видѣ диссертациі работа Levy ⁴⁾ о бромистомъ литіи. По Levy бромистый литій даетъ очень хорошіе результаты при эпилепсіи, обладаетъ хорошимъ гипнотическимъ свойствомъ и не раздражаетъ кишечника. На основаніи опытовъ на собакахъ, кроликахъ и лягушкахъ Levy заключаетъ, что бромистый литій не оказываетъ вліянія на мышцы, но сильно дѣйствуетъ на чувствительные нервы и спинной мозгъ.

¹⁾ Gazette medical de Paris. 1868 г.

²⁾ Husemann, Nachrichten von der Königl. Gesellschaft der Wissensch. und der g. A. Universität zu Göttingen 1875 г. № 5.

³⁾ Hesse «Lithion». Jnangural dissert. 1876 г.

⁴⁾ Levy. «Essai sur l'action physiologique et therapeutique du bromure de Lithium». These de Paris. 1871 г.

Никаноровъ ¹⁾ въ лабораторіи С. П. Боткина обстоятельно займався изученіемъ дѣйствія различныхъ солей литія на животный организмъ и нашель, что при введеніи солей литія въ кровь собакъ появляется незначительное учащеніе сердцебіенія съ паденіемъ кровяного давленія, причемъ сердечные удары дѣлаются болѣе слабыми. Послѣ такого кратковременнаго паденія кровяного давленія и учащенія сердцебіенія быстро наступаетъ выравниваніе ихъ и, смотря по величинѣ дозы, удары сердца идутъ или съ частотою, бывшею до выпрыскиванія, или же происходитъ ихъ замедленіе. Рядомъ же съ этимъ идетъ повышеніе кровяного давленія, причемъ удары сердца дѣлаются болѣе энергичными. Особенно интересны для насъ опыты Никанорова съ изслѣдованіемъ измѣненій просвѣтовъ сосудовъ; эти опыты указали на то, что какъ только растворъ соли литія приходитъ въ соприкосновеніе съ сосудами, наступаетъ ихъ расширеніе во все время прохожденія по нимъ раствора литія. Это расширеніе сосудовъ наблюдается даже въ томъ случаѣ, когда разрушенъ общій сосудодвигательный центръ.

Надо сказать, что многіе авторы изслѣдовали отношеніе солей литія къ мочево́й кислотѣ. Lippowitz ²⁾ первый указаль на растворяющее дѣйствіе литія по отношенію къ мочево́й кислотѣ.

Затѣмъ изслѣдованія другихъ авторовъ (Schiling, Ure и Bisvanger, Garrad и др.), подтвердили воззрѣнія Lippowitz'a, и соли литія стали часто назначаться при подагрѣ и моче-кисломъ діатезѣ.

Поляковъ ³⁾ изслѣдовалъ вліяніе бромистаго литія на альбуминурію и мочеотдѣленіе при острыхъ и хроническихъ формахъ паренхиматознаго неврита и нашель, что 1) во всѣхъ

¹⁾ Никаноровъ. «Матеріалы для фармакологіи солей литія». Диссерт. Спб. 1882 г.

²⁾ Lippowitz. Annal. Chemie und pharmak. Т. 38.

³⁾ Врачъ 1895 г. 810.

случаяхъ безъ исключенія бромистый литій постепенно увеличивалъ суточное количество мочи, причемъ такое мочегонное дѣйствіе его сказывалось сильнѣе и скорѣе при острыхъ нефритахъ и медленнѣе въ хроническихъ; 2) при употребленіи солей литія моча измѣняла свои свойства, реакція мочи изъ кислой дѣлалась нейтральной и даже щелочной, кромѣ того уменьшалось и количество бѣлка.

Я долженъ еще упомянуть о работѣ моего товарища по лабораторіи д-ра Жуковского¹⁾, который занимался изученіемъ вліянія солей литія на возбудимость мозговой коры и периферическихъ нервовъ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ говоритъ, что соли литія несомнѣнно оказываютъ вліяніе на мозговую кору, вызывая повышеніе ея возбудимости какъ въ малыхъ, такъ и въ большихъ дозахъ; возбудимость периферическихъ нервовъ также оказалась повышенной послѣ введенія солей литія.

Жуковский вводилъ углекислый и хлористый литій. Что касается бромистаго литія, то опыты, произведенные Жуковскимъ, дали пониженіе возбудимости мозговой коры, но крайне незначительное, что по мнѣнію автора объясняется встрѣчей двухъ противоположныхъ явленій: съ одной стороны вліянія литія, а съ другой брома.

Изъ этого, хотя краткаго литературнаго очерка мы видимъ, что никто изъ авторовъ не занимался спеціально изученіемъ вліянія бромистаго литія на мозговое кровообращеніе.

Опыты, которые я ставилъ для изученія вліянія бромистаго литія на мозговое кровообращеніе, производились по той же программѣ, какъ и вышеописанные мною опыты. Мозговое кровообращеніе изслѣдовалось по способамъ Hürthle, Gärtner'a и Wagner'a; нѣкоторые опыты ставились на кураризированныхъ собакахъ, а въ иныхъ—кураре не употребля-

¹⁾ Жуковский. «Вліяніе солей литія на возбудимость мозговой коры и периферическихъ нервовъ». Обзоріе Психіатріи. 1897 г.

лось. Бромистый литій въ водномъ растворѣ вводился какъ въ вену, такъ и въ желудокъ; затѣмъ въ нѣкоторыхъ опытахъ дѣлалась перерѣзка блуждающихъ нервовъ и спинного мозга.

При введеніи въ кровь бромистаго литія ясный эффектъ въ сферѣ мозгового кровообращенія наступаетъ отъ дозы 0,1 на кило вѣса животнаго, а при введеніи въ желудокъ отъ дозы 0,5—0,3 на кило.

Для болѣе нагляднаго изображенія измѣненій мозгового кровообращенія подъ вліяніемъ бромистаго литія, я приведу таблицы нѣсколькихъ опытовъ съ бромистымъ литіемъ.

О П Ы Т Ъ №. 14.

Собака вѣсомъ 26 кило. Кураризація. Введеніе бромистаго литія въ вену.

Способъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе еривой успае jug. отъ абериса.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	186	134	52	0,72	120	18	Амплитуда пуль- совыхъ волнъ дѣ- лается сильнѣе.
Послѣ введенія								
1,0 бром. литія	5"	134	72	62	0,53	123	—	
черезъ	10"	133	56	78	0,42	123	—	
—	18"	116	36	80	0,31	125	15	
—	25"	130	42	88	0,32	125	—	
—	35"	150	58	92	0,38	124	—	
—	45"	170	76	94	0,44	124	15	
—	55"	180	94	86	0,52	124	—	
—	65"	190	110	80	0,57	124	—	
—	75"	192	114	78	0,59	124	—	
—	85"	192	118	74	0,61	123	—	
—	100"	196	121	75	0,63	123	—	
—	150"	202	124	78	0,62	124	—	
—	200"	202	124	78	0,62	124	16	
—	250"	194	120	74	0,61	124	16	

	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венаe измѣтл отъ абсиссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	
Методъ Hürthle.								Особыя замѣчанія.
чрезъ	300"	190	120	70	0,63	124	—	
—	350"	184	114	70	0,61	124	—	Амплитуда пульсо-
—	450"	184	120	64	0,65	123	17	выхъ волнъ умень-
—	550"	182	118	64	0,64	124	—	шается.
—	650"	183	124	57	0,68	123	—	
—	750"	180	122	58	0,67	123	—	
—	850"	180	121	59	0,67	124	—	
—	1000"	184	120	64	0,65	124	—	
—	1200"	183	118	65	0,64	124	—	
—	1500"	185	120	65	0,64	124	—	
Въ такомъ поло-	женіи	кривыя бы-	ли еще					около часа.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе	Разстояніе кривой веназъ отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	162	100	72	0,58	122	17	Амплитуда пульсовыхъ волнъ дѣлается больше.
Послѣ введенія								
1,5 бромистаго								
литія чрезъ	10"	164	88	76	0,53	123	—	
—	20"	130	58	72	0,44	126	—	
—	30"	140	52	88	0,37	0,29	14	
—	45"	160	68	92	0,42	127	—	
—	55"	180	90	90	0,50	126	14	
—	65"	184	96	88	0,52	125	—	
—	80"	190	104	86	0,57	123	—	
—	100"	184	97	87	0,52	124	—	Амплитуда пульсовыхъ волнъ уменьшается.
—	120"	180	92	88	0,51	124	—	
—	150"	180	92	88	0,51	124	—	
—	175"	177	86	91	0,48	125	15	
—	200"	175	86	89	0,48	125	15	
—	300"	178	91	87	0,51	124	—	
—	400"	175	90	85	0,50	124	—	
—	450"	175	90	85	0,50	124	—	
—	500"	178	94	84	0,52	124	—	
—	600"	179	97	82	0,54	124	—	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артер.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой веннае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	700"	178	94	84	0,52	124	26	
—	800"	181	98	83	0,54	124	—	
—	900"	180	97	83	0,53	125	—	
—	1000"	176	95	81	0,53	125	—	
—	1200"	175	93	82	0,52	126	—	
—	1300"	176	92	83	0,51	126	16	
—	1500"	175	93	71	0,53	125	16	
Послѣ литія	слѣдующа 5,0	го в соба	прысканія ка по	гиб ла.	бромистаго			

О П Ы Т Ъ №. 15.

Собака вѣсомъ 29 кило. Кураризация. Введеніе бромистаго литія въ желудокъ.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонн. артерій.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонн. артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой всае jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	164	96	64	0,60	119	16	Амплитуда пуль- совыхъ волнъ дѣ- лается больше.
Послѣ введенія.								
2,0 бромистаго								
литія чрезъ	10"	160	96	64	0,60	119	16	
—	50"	160	96	64	0,60	119	—	
—	100"	140	60	80	0,42	123	—	
—	120"	132	56	76	0,42	123	—	
—	150"	141	62	79	0,43	123	—	
—	170"	141	62	79	0,43	123	—	
—	180"	152	73	79	0,48	122	—	
—	200"	166	80	85	0,48	122	13	
—	220"	170	83	87	0,48	122	—	
—	250"	178	89	89	0,50	122	—	
—	275"	178	89	89	0,50	122	—	
—	300"	176	88	88	0,50	122	—	
—	325"	170	83	87	0,48	124	14	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венae jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
черезъ	350"	168	82	86	0,48	124	—	Амплитуда пульсовыхъ волнъ уменьшается.
—	400"	167	82	85	0,49	123	—	
—	500"	165	81	84	0,49	123	—	
—	600"	167	82	85	0,49	123	—	
—	700"	161	82	85	0,49	123	—	
—	800"	165	81	84	0,52	123	15	
—	900"	168	88	80	0,52	122	—	
—	1000"	167	87	80	0,52	122	—	
—	1200"	165	86	79	0,52	122	16	
—	1500"	164	86	78	0,52	121	—	
Въ такомъ	положеніи	кривыя	находились					еще около 40 минутъ, а затѣмъ вернулись къ нормѣ.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр концъ сонн. арт.	Давл. въ периф. концъ сонн. арт.	Разность между давл. центр. конца и дав. периф.	Отношение давл. периф. къ давл. центр.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	171	94	77	0,54	118	18
Послѣ введенія							
3,0 бромистаго							
литія чрезъ	10"	171	94	77	0,54	118	—
—	80"	171	94	77	0,54	118	—
—	120"	171	94	77	0,54	118	18
—	175"	163	84	79	0,51	123	17
—	190"	160	77	83	0,48	126	—
—	200"	168	83	85	0,49	125	—
—	225"	169	85	84	0,50	124	—
—	250"	174	86	88	0,49	125	15
—	300"	174	86	88	0,49	125	—
—	400"	178	87	91	0,43	126	—
—	500"	182	90	92	0,49	125	—
—	600"	182	90	92	0,49	125	—
—	700"	184	91	93	0,49	125	14
—	800"	182	90	92	0,49	125	—
—	900"	181	91	80	0,50	124	—
—	1000"	179	91	88	0,50	124	—

Амплитуда пуль-
совыхъ волнъ дѣ-
лается больше.

Амплитуда пуль-
совыхъ волнъ
уменьшается.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 сек.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	1200"	179	90	89	0,50	124	—	
—	1500"	178	90	88	0,50	124	15	
—	1600"	175	91	84	0,51	123	—	
—	1800"	175	91	84	0,51	123	—	
—	2000"	173	90	83	0,52	121	—	
—	2500"	172	91	81	0,52	121	16	
—	3000"	173	92	81	0,53	120	—	
—	3500"	172	91	81	0,52	120	—	
—	4000"	174	92	82	0,52	120	16	

О П Ы Т Ъ №. 16.

Собака вѣсомъ 17 кило. Кураризація. Введеніе бромистаго литія въ вену

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи	Разстояніе кривой тепае jug. отъ абсциссы	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	102	120	17	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ дѣлает- ся больше.
Послѣ введенія 1,0					
бромистаго литія					
черезъ	10"	93	123	—	
—	20"	94	124	—	
—	30"	97	126	14	
—	40"	103	126	—	
—	50"	111	126	—	
—	60"	111	126	—	
—	70"	112	126	—	
—	90"	114	126	15	
—	100"	113	126	—	
—	120"	117	125	—	
—	150"	115	124	—	
—	200"	116	123	—	
—	300"	114	124	—	
—	400"	109	123	—	

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бездрянной артеріи.	Разстояніе кривой венae jug. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчаніи.
черезъ	500"	107	122	14	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ умень- шается.
—	600"	112	123	—	
—	700"	110	122	—	
—	800"	106	122	16	
—	900"	104	121	—	
—	1000"	107	123	—	
—	1200"	108	123	—	
—	1500"	110	123	—	
—	1700"	107	122	—	
—	1900"	105	121	15	
—	2000"	104	121	—	

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи.	Разстояніе кривой уенае Jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
До введенія за	1" — 5"	108	117	19	
Послѣ введенія					
0,6 бромистаго литія					
чрезъ	10"	105	118	—	
—	20"	103	119	—	
—	30"	110	121	—	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ дѣ- лается больше.
—	50"	110	121	—	
—	60"	113	123	14	
—	70"	115	124	—	
—	80"	115	124	—	
—	90"	116	125	—	
—	100"	117	125	—	
—	120"	119	126	14	
—	150"	118	125	—	
—	175"	121	126	15	
—	200"	120	126	—	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ умень- шается.
—	250"	119	126	—	
—	300"	117	125	—	
—	400"	117	124	—	
—	500'	113	123	—	

Методъ Gärtner'a и Wagner'a.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ бедренной артеріи	Разстояніе кривой уенае jugul. отъ абсциссы.	Количество пульсовыхъ волнъ въ 10 секундъ.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	600"	115	123	16	
—	700"	115	123	—	
—	800"	114	122	—	
—	900"	117	122	—	
—	1000"	112	123	17	
—	1200"	115	122	—	
—	1500"	113	121	—	
—	1700"	112	120	16	
—	1800"	112	120	—	
—	2000"	110	120	16	
Послѣ слѣдующаго впрыскиванія 2,0 бромистаго литія собака погибла.					

О П Ы Т Ъ № 17.

Собака вѣсомъ 19 кило. Кураризация. Перерѣзаны оба блуждающіе нервы.
Послѣ перерѣзки введеніе бромистаго литія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центръ кон-цѣ сонн. арт.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артерій.	Разность	отношеніе.	Расстояніе кривой усае jugul. отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
Послѣ перерѣзки обоихъ vagus'овъ, До введенія за Послѣ введенія 1,5 бромистаго литія	1" — 5"	141	83	58	0,58	127	
чрезъ	10"	132	65	67	0,49	133	
—	20"	130	62	68	0,47	135	
—	30"	136	64	72	0,47	135	Амплитуда пульсо- выхъ волнъ увели- чивается.
—	40"	136	64	72	0,47	135	
—	60"	142	69	73	0,48	134	
—	70"	145	74	71	0,51	132	
—	80"	145	74	71	0,51	132	
—	90"	145	74	71	0,51	132	
—	100"	147	76	71	0,51	131	
—	150"	143	70	73	0,48	132	
—	200"	143	70	73	0,48	132	
—	300"	139	66	73	0,47	133	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон. цѣ сонной артерій	Давленіе въ периф. кон. цѣ сонной артер.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой венае jugul. отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
черезъ	350"	142	71	71	0,50	131	
—	400"	142	71	71	0,50	131	
—	450"	143	70	73	0,48	132	
—	500"	146	76	70	0,52	131	
—	600"	146	76	70	0,52	131	
—	700"	149	78	71	0,51	132	
—	800"	145	74	71	0,51	132	
—	900"	144	72	72	0,50	133	
—	1000"	145	77	68	0,53	130	
—	1200"	143	78	65	0,54	129	

О П Ы Т Ъ № 18.

Собака вѣсомъ 21 кило. Перерѣзка спинного мозга въ шейной части и обоихъ блуждающихъ нервовъ. Искусственное дыханіе. Введеніе бромистаго литія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
Послѣ перерѣзки спинного мозга и обоихъ блуждающихъ нервовъ						
До введенія за	1" — 5"	68	27	41	0,39	
Послѣ введенія 1,0 бром. литія чрезъ	10"	68	27	41	0,39	
—	20"	68	27	41	0,39	
—	30"	69	29	40	0,42	
—	40"	69	29	40	0,42	
—	50"	67	24	43	0,35	
—	60"	68	26	42	0,38	
—	70"	68	26	42	0,38	
—	80"	68	26	42	0,38	
—	90"	71	30	41	0,42	
—	100"	70	28	42	0,40	

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. кон-цѣ сонной артеріи.	Давленіе въ периф. кон-цѣ сонной артеріи.	Разность.	Отношеніе.	Особыя замѣчанія.
чрезъ	150"	72	33	39	0,45	
—	200"	70	29	41	0,41	
—	250"	70	29	41	0,41	
—	300"	67	25	42	0,37	
—	350"	66	25	41	0,37	
—	400"	66	25	41	0,37	
—	500"	70	28	42	0,40	
—	600"	70	28	42	0,40	
—	700"	71	29	42	0,40	
—	800"	71	29	42	0,40	
—	900"	70	27	43	0,38	
—	1000"	69	27	42	0,39	

О П Ы Т Ъ № 19.

Собака вѣсомъ 18 кило. Кураризация. Введеніе углекислаго и хлористаго литія въ вену.

Методъ Hürthle.	Время, выраженное въ секундахъ.	Давленіе въ центр. концѣ сонной артерій.	Давленіе въ периф. концѣ сонной артерій.	Разность.	Отношеніе.	Разстояніе кривой отъ ас. jugul. отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
I. До введенія за	1" — 5"	126	81	45	0,64	125	
Послѣ введенія 1,0							
хлор. литія чрезъ	10"	120	71	49	0,59	134	
—	20"	123	72	51	0,58	135	
—	30"	125	75	50	0,60	134	
—	40"	131	76	55	0,57	136	
—	50"	132	77	55	0,58	135	
—	100"	134	76	58	0,56	136	
—	200"	134	76	58	0,56	136	
—	300"	132	77	55	0,58	135	
—	500"	130	73	57	0,56	136	
—	600"	129	72	57	0,55	136	
На такой высотѣ кривыя не ходились							
		еще	около	по	луча.		

Методъ Hürthle	Время, выраженное въ секундахъ.	Давл. въ центр. концѣ сонн. арт.	Давл. въ периф. концѣ сонн. арт.	Разность.	Отношеніе давл. периф. къ давл. центр.	Разстояніе кривой venae jugul. отъ абсциссы.	Особыя замѣчанія.
Н. До введенія за	1" — 5"	124	70	54	0,56	132	
Послѣ введенія							
1,0 углекисл. литія							
черезъ	10"	118	60	58	0,50	141	
—	20"	116	56	60	0,48	143	
—	30"	123	59	64	0,47	144	
—	50"	129	62	67	0,48	142	
—	75"	129	62	67	0,48	142	
—	100"	129	62	67	0,48	142	
—	200"	128	63	65	0,49	141	
—	300"	131	65	66	0,49	141	
—	500"	132	66	66	0,50	140	
—	750"	129	65	64	0,50	140	
—	1000"	127	64	63	0,50	140	

Изучая приведенныя таблицы, мы видимъ, что дѣйствіе бромистаго литія на мозговое кровообращеніе очень подходитъ къ дѣйствию бромистаго аммонія.

Въ самомъ началѣ дѣйствія бромистаго литія замѣчается непродолжительное паденіе давленія какъ въ центральномъ, такъ и въ периферическомъ концѣ сонной артеріи, при чемъ въ периферическомъ концѣ давленіе падаетъ больше, чѣмъ въ центральномъ; поэтому разность между давленіемъ центральнаго конца и периферическаго увеличивается, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшается. Паденіе давленія, какъ я уже выше сказалъ, продолжается всего нѣсколько секундъ, и затѣмъ смѣняется повышеніемъ давленія въ центральномъ концѣ, а въ периферическомъ—давленіе, хотя и поднимается, но всетаки не доходитъ до той высоты, на которой оно стояло до введенія бромистаго литія; разность между давленіемъ центральнаго и периферическаго концовъ остается все время дѣйствія бромистаго литія увеличенной, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшеннымъ. Давленіе въ венѣ оказывается повышеннымъ,

Въ четырнадцатомъ опытѣ при первомъ введеніи бромистаго литія мы видимъ, что чрезъ десять секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ падаетъ съ 186 до 133, а въ периферическомъ съ 134 до 72, разность между давленіями увеличивается съ 52 до 62, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшилось съ 0,72 до 0,42. Чрезъ 18 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ еще упало до 116, а въ периферическомъ до 36; разность увеличилась до 80, а отношеніе уменьшилось до 0,31. Чрезъ 25 секундъ давленіе въ обоихъ концахъ сонной артеріи начало повышаться и чрезъ 65 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи уже стало 190, а въ периферическомъ 110, разность между давленіями въ это время было 80, а отношеніе 0,57.

Итакъ, почти во все время дѣйствія бромистаго литія, за исключеніемъ перваго непродолжительнаго періода давле-

ніе въ центральномъ концѣ сонной артеріи было выше, чѣмъ до введенія, а въ периферическомъ ниже; разность между давленіями была все время увеличена, а отношеніе уменьшено.

Давленіе въ наружной яремной венѣ было повышено во время дѣйствія бромистаго литія.

При второмъ введеніи бромистаго литія въ томъ-же четырнадцатомъ опытѣ мы наблюдали совершенно аналогичныя измѣненія.

При введеніи бромистаго литія въ желудокъ измѣненія въ сферѣ мозгового кровообращенія наступали совершенно такія же, какъ и при введеніи въ вену, только для полученія яснаго эффекта при введеніи въ желудокъ требовались большія дозы, чѣмъ при введеніи въ кровь.

Тогда какъ при введеніи въ кровь достаточны были дозы въ 0,05 на кило, при введеніи въ желудокъ требовались дозы въ 0,2—0,5 на кило.

Въ пятнадцатомъ опытѣ мы производили вливаніе раствора бромистаго литія въ желудокъ собаки и изъ приведенныхъ таблицъ видимъ, что вліяніе бромистаго литія стало проявляться чрезъ 100 секундъ, тогда какъ при введеніи въ кровь эффектъ сказывается чрезъ 5—10 секундъ.

Изъ этихъ-же таблицъ можно заключить, что характеръ измѣненій, наступающихъ при введеніи въ желудокъ бромистаго литія, нисколько не отличается отъ измѣненій, появляющихся при введеніи этой-же соли въ кровь. Чрезъ 100 секундъ послѣ введенія давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи опустилось съ 160 до 140, а въ периферическомъ съ 96 до 60, разность между давленіями увеличилась съ 64 до 80, а отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго уменьшилось съ 0,60 до 0,42. Чрезъ 150 секундъ послѣ введенія давленіе въ обоихъ концахъ сонной артеріи стало подниматься и чрезъ 250 секундъ давленіе въ центральномъ концѣ было уже 178 (т. е. выше, чѣмъ до введенія), а въ периферическомъ давленіе было 89 (т. е. ниже,

чѣмъ до введенія). Разность между давленіями дальше все время остается увеличенной, а отношеніе уменьшеннымъ. Давленіе въ наружной яремной венѣ при введеніи бромистаго литія въ желудокъ было также повышено.

Опыты съ введеніемъ бромистаго литія, поставленные по способу Gärtner'a и Wagner'a, также указали на то, что давленіе въ наружной яремной венѣ повышается во время дѣйствія бромистаго литія.

Здѣсь же слѣдуетъ сказать, что подъ вліяніемъ дѣйствія бромистаго литія пульсъ слегка замедляется, а амплитуда пульсовыхъ волнъ увеличивается.

Теперь, принимая во вниманіе увеличеніе разности между давленіями центральнаго и периферическаго концовъ сонной артеріи и особенно уменьшеніе отношенія давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго, мы должны предполагать, что бромистый литій вызываетъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ, которое обуславливаетъ гиперемію мозга. За гиперемію мозга говоритъ также и повышеніе давленія въ наружной яремной венѣ.

Что касается характера расширенія мозговыхъ сосудовъ, наступающаго подъ вліяніемъ бромистаго литія, то изъ таблицъ мы можемъ вывести заключеніе, что это расширеніе такъ же, какъ и расширеніе при введеніи бромистаго натра и бромистаго аммонія, не имѣетъ пассивнаго характера, т. е. оно не является результатомъ колытсральнаго прилива крови къ мозгу, а служитъ слѣдствіемъ воздѣйствія бромистаго литія на сосудистые нервы, или на самыя сосуды. Это предположеніе является очень правдоподобнымъ, такъ какъ изъ опытовъ Никанорова мы знаемъ, что соки литія, приходя въ соприкосновеніе со стѣнками сосудовъ, вызываютъ расширеніе сосудовъ даже послѣ разрушенія сосудодвигательнаго центра.

Наконецъ, за активное расширеніе мозговыхъ сосудовъ здѣсь говорятъ еще другіе факты: во-первыхъ, въ самомъ началѣ дѣйствія бромистаго литія мы видимъ паденіе давленія

какъ въ центральномъ, такъ и въ периферическомъ концахъ сонной артеріи, при чемъ отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію центральнаго значительно уменьшается, а разность между давленіями увеличивается. Конечно, здѣсь не можетъ быть и рѣчи о пассивномъ расширеніи мозговыхъ сосудовъ въ виду того, что давленіе въ периферическихъ сосудахъ тѣла понижено, слѣдовательно въ данномъ случаѣ коллатеральнаго притока быть не можетъ, и поэтому надо признать самостоятельное расширеніе мозговыхъ сосудовъ. Въ дальнѣйшемъ періодѣ дѣйствія бромистаго литія давленіе въ центральномъ концѣ сонной артеріи дѣлается выше, чѣмъ было до введенія, а давленіе въ периферическомъ ниже, чѣмъ до введенія.

Это обстоятельство также отчасти указываетъ на активное расширеніе мозговыхъ сосудовъ, такъ какъ если бы расширеніе мозговыхъ сосудовъ зависѣло отъ коллатеральнаго притока крови, то давленіе бы въ периферическомъ концѣ не было понижено, а скорѣе было бы повышено.

Чтобы точнѣе выяснитъ характеръ вліянія бромистаго литія на мозговое кровообращеніе я продѣлалъ нѣсколько опытовъ съ перерѣзками обоихъ блуждающихъ нервовъ, а также и спинного мозга. Изъ протокола семнадцатаго опыта видимъ, что перерѣзка обоихъ блуждающихъ нервовъ не вноситъ никакихъ измѣненій въ ту картину, которую обуславливаетъ введеніе бромистаго литія.

При разборѣ же восемнадцатаго опыта мы находимъ, что введеніе бромистаго литія послѣ перерѣзки спинного мозга почти не вызываетъ никакихъ измѣненій въ сферѣ мозгового кровообращенія. Эти данныя заставляютъ дѣлать предположеніе, что измѣненія мозгового кровообращенія, вызываемыя бромистымъ литіемъ, зависятъ отъ воздѣйствія его на сосудодвигательные центры.

При изученіи бромистаго литія я ставилъ такъ же, какъ и при изслѣдованіи прочихъ бромистыхъ солей, контрольные опыты съ введеніемъ другихъ солей литія, чтобы опредѣлить

бромъ или литій обусловливаютъ тѣ измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи, которыя я только что описалъ.

Изъ протокола девятнадцатаго опыта, при которомъ производилось введеніе углекислаго и хлористаго литія, мы видимъ, что и эти соли литія вызываютъ совершенно такія же измѣненія въ системѣ мозгового кровообращенія, какъ и бромистый литій. На основаніи этого, я склоненъ думать, что и въ бромистомъ литіи металлъ оказываетъ на сферу кровообращенія большее вліяніе, чѣмъ бромъ.

Такимъ образомъ на основаніи моихъ опытовъ мы видимъ, что бромистый литій вызываетъ гиперемію мозга.

ГЛАВА IV.

Послѣ того какъ мы разсмотрѣли вліяніе на мозговое кровообращеніе всѣхъ изслѣдованныхъ мною бромидовъ, постараемся теперь выяснитъ дѣйствіе каждой отдѣльной составной части бромистыхъ соединений на функціи центральной нервной системы.

Мы уже знаемъ, что бромистый калий ¹⁾ вызываетъ въ сферѣ мозгового кровообращенія совершенно другія измѣненія, чѣмъ бромистый натръ, бромистый аммоній и бромистый литій.

Въ то время какъ бромистый калий вызываетъ только въ началѣ своего дѣйствія гиперемію мозга, смѣняющуюся черезъ нѣсколько секундъ анеміей, которая и является глав-

¹⁾ См. мою статью «Измѣненія черепномозгового кровообращенія подъ вліяніемъ бромистаго калия» Неврологич. вѣстникъ 1899 г.

нымъ результатомъ вліянiя бромистаго калия на мозговое кровообращеніе, — всѣ другія изслѣдованныя мною бромистыя соли (бромистые натръ, аммоній и литій) вызываютъ гиперемію мозга, продолжающуюся сравнительно большой промежутокъ времени и не переходящую въ анемію.

Уже одинъ этотъ фактъ даетъ поводъ предполагать, что въ дѣйствиіи бромистыхъ солей на мозговое кровообращеніе главную роль играетъ металлъ, а не бромъ.

Я уже раньше указывалъ, что для болѣе подробнаго выясненiя этого вопроса при изслѣдованіи каждой бромистой соли я ставилъ контрольные опыты, которые состояли въ томъ, что животнымъ впрыскивались другія (не бромистыя) соли изучаемыхъ металловъ. Такимъ образомъ при изслѣдованіи бромистаго калия я впрыскивалъ животнымъ азотнокислый калий и углекислый калий; при изученіи бромистаго натра вводилъ углекислый натръ; при изслѣдованіи бромистаго аммоніа—хлористый и углекислый аммоній; наконецъ, при изученіи бромистаго литія впрыскивалъ углекислый и хлористый литій. На основаніи своихъ опытовъ я могъ убѣдиться, что и другія (не бромистыя) соли изслѣдованныхъ мною металловъ обуславливаютъ такія же измѣненiя въ сферѣ мозгового кровообращенiя, какъ и бромистыя соли ихъ. Такимъ образомъ, азотнокислый и углекислый калий вызываютъ въ началѣ гиперемію мозга, быстро смѣняющуюся анеміей, которую приходится констатировать спустя часъ и болѣе послѣ введенiя; гиперемія-же мозга, появляющаяся тотчасъ послѣ введенiя, продолжается не болѣе одной или двухъ минутъ. Изъ этихъ данныхъ мы видимъ, что углекислый и азотнокислый калий дѣйствуютъ на мозговое кровообращеніе совершенно такъ же, какъ и бромистый калий.

Далѣе мы видѣли, что углекислый натръ, хлористый и углекислый аммоній, хлористый и углекислый литій всѣ вызываютъ гиперемію мозга; поэтому картина, развивающаяся послѣ впрыскиванiя этихъ солей, очень напоминаетъ картину мозгового кровообращенiя при введеніи бромистыхъ солей натра, аммоніа и литія.

Всѣ эти факты говорятъ за то, что въ бромистыхъ соединеніяхъ металлъ оказываетъ на сферу кровообращенія гораздо больше вліянія, чѣмъ бромъ.

Надо сказать, что нѣкоторые изслѣдователи (Sander ¹⁾ и друг.) рассматриваютъ всѣ дѣйствія бромистаго калия, какъ простое дѣйствіе калия. Sander высказываетъ взглядъ, что хлористыя соли калия на эпилепсію оказываютъ такое же дѣйствіе, какъ и бромистый калий.

Однако болѣе тщательныя наблюденія другихъ авторовъ (Krosz ²) опровергаютъ только что высказанный взглядъ, и въ настоящее время большинство изслѣдователей предполагаютъ, что вліяніе бромистыхъ солей на возбудимость головного мозга и периферическихъ нервовъ зависитъ безусловно отъ брома; что же касается явленій въ области кровообращенія, наступающихъ при введеніи бромистыхъ солей, то, по мнѣнію многихъ, они зависятъ отъ входящихъ въ составъ ихъ металловъ. На основаніи своихъ опытовъ я могу утверждать, что въ бромистыхъ соляхъ на сферу мозгового кровообращенія металлъ оказываетъ гораздо большее вліяніе, чѣмъ бромъ.

Теперь я еще долженъ обратить вниманіе на слѣдующее обстоятельство. Мы знаемъ изъ работъ многихъ авторовъ, что всѣ бромистыя соли изученныхъ мною металловъ понижаютъ возбудимость мозговой коры, между тѣмъ въ сферѣ мозгового кровообращенія, какъ мы уже видѣли, онѣ не всѣ вызываютъ одинаковыя измѣненія; раньше мы указывали на то, что бромистый калий вызываетъ анемію головного мозга, а бромистый натръ, бромистый аммоній и бромистый литій обуславливаютъ гиперемію мозга.

Эти факты заставляютъ насъ предполагать, что измѣненія возбудимости мозговой коры не идутъ строго параллельно съ измѣненіями мозгового кровообращенія.

¹⁾ Sander. Centralblatt für die med. Wissensch. 1868 № 52.

²⁾ Krosz. «Ueber die physiolog. Wirkung des Bromkalium». Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. VI. 1877.

Въ литературѣ есть много указаній на то, что анемія мозга способствуетъ пониженію возбудимости мозговой коры, а гиперемія вызываетъ повышеніе ея.

Тархановъ ¹⁾, желая изучить вліяніе кровонаполненія мозга на возбудимость психомоторныхъ центровъ, вызывалъ у кроликовъ и морскихъ свинокъ анемию мозга, помѣщая заднюю часть тѣла въ аппаратъ съ разрѣженнымъ воздухомъ, устроенный на подобіе сапога *junod*; гиперемію же мозга онъ вызывалъ, ставя животное вертикально головою внизъ. На основаніи своихъ опытовъ авторъ пришелъ къ заключенію, что возбудимость мозговой коры при анеміи понижается, а при гипереміи повышается.

Шпанбокъ ²⁾ вызывалъ гиперемію мозга посредствомъ искусственнаго закрытія просвѣта грудной аорты и при этомъ нашелъ, что гиперемія мозга способствуетъ повышенію возбудимости мозговой коры: авторъ даже указываетъ, что возбудимость двигательной сферы нарастаетъ до извѣстнаго предѣла болѣе или менѣе прямо пропорціонально продолжительности загражденія аорты. Пытаясь опредѣлить возбудимость мозговой коры при пониженіи артеріальнаго давленія, авторъ примѣнялъ раздраженіе периферическаго конца блуждающаго нерва и нашелъ при этомъ пониженіе возбудимости мозговой коры.

Оршанскій ³⁾, изслѣдуя вліяніе анеміи на электрическую раздражительность головного мозга, пришелъ къ заключенію, что значительныя потери крови понижаютъ возбудимость мозговой коры.

Киселевъ ⁴⁾, изучая экспериментальную эпилепсію, вызывалъ искусственную анемию и гиперемію головного мозга

¹⁾ Тархановъ. «О психомоторныхъ центрахъ у новорожденныхъ животныхъ и развитіи ихъ» 1878 г.

²⁾ Шпанбокъ. «О двигательныхъ эффектахъ, получаемыхъ съ мозговой коры при повышеніи и пониженіи давленія въ артеріальной системѣ». Архивъ психіатр. etc. 1890 г.

³⁾ Оршанскій. «Ueber den Einfluss der Anämie auf die electriche Erregbarkeit des Grosshirns». Verhandl. der physiol. Gesellsch. Zu Berlin. 1882.

⁴⁾ Киселевъ. «Къ вопросу объ эксперимент. эпилепсіи». Дессерт. Сиб. 1892 г.

при вращеніи животныхъ по методу Salathé-Mendel'я. Для этихъ опытовъ собаки привязывались на кругъ въ діаметрѣ $1\frac{1}{2}$ аршина, головою къ периферіи или къ центру круга. Кругъ дѣлалъ по 110 оборотовъ въ минуту; собаки крутились по 5—10—15 до 30 минутъ по нѣскольку разъ во время опыта. При крученіи головою къ периферіи всегда наступала гиперемія мозга и его оболочекъ; крученіе же головою къ центру всегда вызывало анемію мозга. Изучая при этихъ условіяхъ состояніе возбудимости мозговой коры, Киселевъ пришелъ къ заключенію, что гиперемія мозга вызываетъ повышение возбудимости мозговой коры, а анемія сопровождается пониженіемъ возбудимости мозговой коры. Поэтому Киселевъ предполагаетъ, что измѣненіе возбудимости мозговой коры въ ту или другую сторону идетъ соотвѣтственно содержанію количества крови въ мозгу.

Многіе другіе авторы (Horsley and Spenser ¹⁾, Schiffer ²⁾, Lussana et Lemoigne ³⁾, Eckhardt ⁴⁾, Minkowsky ⁵⁾ и друг.) при своихъ изслѣдованіяхъ также констатировали пониженіе возбудимости мозговой коры при анеміи головного мозга.

Такимъ образомъ мы видимъ въ литературѣ много указаній на то, что при анеміи головного мозга наблюдается пониженіе возбудимости мозговой коры, а при гипереміи—повышеніе возбудимости.

Однако мои изслѣдованія относительно вліянія бромистыхъ солей на мозговое кровообращеніе въ свою очередь даютъ мнѣ право утверждать, что такого строгаго параллелизма между кровонаполненіемъ мозга и возбудимостью моз-

¹⁾ Horsley and Spenser. Brit. med. journal. 1889.

²⁾ Schiffer. Centralblatt für die med. Wissensch. 1869.

³⁾ Lussana et Lemoigne. Arch. de physiologie 1877.

⁴⁾ Eckhardt. Zeitschrift. f. Psychiatrie 1874.

⁵⁾ Minkowsky. «Ueber die Aender. der electrisch. Erregbarkeit des Gehirns u s. w.». Diss. Königsberg 1881.

говой коры не существуетъ. Это заключеніе можно вывести изъ того, что какъ бромистый калий, такъ и бромистый натръ, бромистый аммоній и бромистый литій всѣ вызываютъ пониженіе возбудимости мозговой коры, а въ сферѣ мозгового кровообращенія обусловливаютъ различные эффекты, а именно: бромистый калий вызываетъ анемію мозга, а другіе изслѣдованные мною бромиды (натръ, аммоній и литій) вызываютъ гиперемію мозга.

Недавно д-ръ Жуковский ¹⁾, изучая вліяніе алкоголя на возбудимость мозговой коры, получилъ аналогичные результаты. При введеніи среднихъ дозъ алкоголя (2 и 3 grm. на кило) какъ въ кровь, такъ и въ желудокъ, авторъ наблюдалъ пониженіе возбудимости мозговой коры, между тѣмъ изъ опытовъ д-ра Бейнара ²⁾, изслѣдовавшаго вліяніе алкоголя на мозговое кровообращеніе, оказывается, что при введеніи алкоголя (при дозахъ въ 2 grm. на кило) наступаетъ главнымъ образомъ, гиперемія мозга. Имѣя въ виду эти факты, Жуковский также заключаетъ, что нѣтъ полной зависимости между состояніемъ возбудимости и кровообращеніемъ въ мозгу. Такимъ образомъ высказанное мною мнѣніе объ отсутствіи строгаго параллелизма между кровенаполненіемъ мозга и состояніемъ возбудимости мозговой коры подтверждается и другими изслѣдователями.

Естественно предположить, что многія фармакологическія средства, дѣйствуя химическимъ путемъ на самыя клѣтки мозговой коры, измѣняютъ ея возбудимость; при этомъ, конечно, мозговое кровообращеніе можетъ оставаться безъ всякихъ измѣненій.

На основаніи этого я склоненъ думать, что всѣ изученныя мною бромистыя соли дѣйствуютъ одинаково на клѣтки

¹⁾ Жуковский. «О вліяніи алкоголя на возбудимость мозговой коры». Обзорѣніе психіатріи etc. 1898 г. № 11.

²⁾ Бейнаръ. «Объ измѣненіяхъ мозгового кровообращенія при остромъ алкогольномъ отравленіи». Диссерт. Спб. 1898 г.

мозговой коры, понижая ихъ физиологическую функцію, вслѣдствіе чего и наблюдается послѣ введенія этихъ солей паденіе возбудимости мозговой коры.

Это свойство бромистыхъ солей понижать возбудимость мозговой коры, повидимому, зависитъ отъ содержанія въ нихъ брома, такъ какъ другія соли этихъ-же металловъ не обладаютъ этимъ свойствомъ.

Надо еще упомянуть, что анатомическія изслѣдованія нѣкоторыхъ авторовъ указываютъ на то, что бромистый калий вызываетъ значительныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ. Такъ напримѣръ, проф. Чижевскій¹⁾ находилъ при изслѣдованіи спинныхъ мозговъ собакъ, отравленныхъ бромистымъ калиемъ, громадное количество клѣтокъ съ мутно набухшей протоплазмой, а также клѣтокъ съ многими вакуолами разнообразной величины; отростки клѣтокъ также оказывались усѣянными небольшими вакуолами; во многихъ клѣткахъ количество отростковъ было значительно уменьшено. Эти изслѣдованія доказываютъ, что бромистый калий, а также, вѣроятно, и другія бромистыя соединенія, оказываютъ большое вліяніе на функцію нервныхъ клѣтокъ.

Кромѣ того изъ нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ мы знаемъ, что при употребленіи бромистыхъ препаратовъ брома болѣе всего отлагается въ головномъ мозгу.

Такъ Cazenave и Douyon²⁾, изслѣдуя мозгъ одного падучаго, который принималъ бромистый калий довольно долго и умеръ отъ скарлатины, нашли въ головномъ мозгу брома гораздо больше, чѣмъ въ печени и въ другихъ органахъ.

Все это заставляетъ предполагать, что въ дѣйствиіи бромистыхъ соединеній на функцію мозговыхъ клѣтокъ бромъ играетъ очень важную роль.

¹⁾ Чижевскій. «Объ измѣненіяхъ спинного мозга при отравленіи морфіемъ, атропиномъ, азотнокислымъ серебромъ и бромистымъ калиемъ», Спб. 1883 г.

²⁾ Цитирую по Manquat. loc. cit.

Конечно, было-бы интересно изслѣдовать вліяніе чистаго брома (не въ видѣ его соединений) на мозговое кровообращеніе и возбудимость мозговой коры, но въ виду значительныхъ неудобствъ экспериментированія съ этимъ веществомъ, я не ставилъ опытовъ съ введеніемъ въ организмъ собаки чистаго брома, предполагая впрочемъ, что и приведенные мною опыты проливаютъ свѣтъ на функцію каждой отдѣльной составной части бромистыхъ соединений.

Въ заключеніе, основываясь на всѣхъ тѣхъ данныхъ, которыя получены мною при моихъ изслѣдованіяхъ, я позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе главные выводы изъ моей работы:

- 1) Бромистый натръ вызываетъ гиперемію мозга.
- 2) Бромистый аммоній вызываетъ гиперемію мозга.
- 3) Бромистый литій вызываетъ также гиперемію мозга.
- 4) Измѣненія, наступающія въ мозговомъ кровообращеніи послѣ введенія бромистыхъ солей, зависятъ, главнымъ образомъ, отъ дѣйствія этихъ средствъ на сосудодвигательные центры.

5) Изслѣдованныя мною бромистыя соли вызываютъ одинаковыя измѣненія въ мозговомъ кровообращеніи какъ при введеніи въ кровь, такъ и при введеніи въ желудокъ; только при введеніи въ желудокъ для полученія яснаго эффекта требуются большія дозы, чѣмъ при введеніи въ кровь.

6) Въ бромистыхъ соляхъ на сферу мозгового кровообращенія (а также и на всю кровеносную систему) металлъ оказываетъ гораздо большее вліяніе, чѣмъ бромъ; на возбудимость-же мозговой крови бромъ вліяетъ сильнѣе, чѣмъ металлъ.

7) Принимая во вниманіе, что всѣ изслѣдованные мною бромиды вызываютъ пониженіе возбудимости мозговой коры въ то время, какъ бромистый калий обуславливаетъ анемію мозга, а бромистые натръ, аммоній и литій—гиперемію мозга, можно утверждать, что нѣтъ строгаго параллелизма между кровенаполненіемъ мозга и состояніемъ возбудимости мозговой коры.

8) Различныя фармакологическія средства, дѣйствуя химическимъ путемъ на самыя клѣтки мозговой коры, могутъ измѣнять ея возбудимость, не нарушая при этомъ мозгового кровообращенія.

9) Приведенныя таблицы моихъ опытовъ ясно доказываютъ, что просвѣтъ мозговыхъ сосудовъ можетъ измѣняться самостоятельно, т. е. независимо отъ общаго кровяного давленія; это-же измѣненіе просвѣта мозговыхъ сосудовъ, повидимому, зависитъ отъ измѣненія функцій нервныхъ центровъ, заведующихъ иннервацией сосудовъ. Мои опыты также указываютъ на то, что мнѣніе авторовъ, не признающихъ самостоятельнаго расширенія сосудовъ мозга и объясняющихъ всякое расширеніе мозговыхъ сосудовъ результатомъ коллатеральнаго притока крови къ мозгу, не имѣетъ за собою точныхъ доказательствъ.

10) При терапевтическомъ назначеніи бромистыхъ солей слѣдуетъ помнить, что бромистый калий вызываетъ анемію мозга, а бромистые натръ, аммоній и литій вызываютъ гиперемію мозга. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются симптомы анеміи мозга, слѣдуетъ прибѣгать къ бромистому натру, къ бромистому аммонію или къ бромистому литію; наоборотъ, тамъ гдѣ есть указаніе на гиперемію мозга, нужно обращаться къ бромистому калию.

Заканчивая настоящую работу считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Владиміру Михайловичу Бехтереву какъ за предложеніе данной темы, такъ и за тѣ его совѣты, которыми я пользовался при исполненіи этого изслѣдованія.

Продолжительная контрактура жевательныхъ мышцъ.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

Мм. Гг.!

Среди многочисленныхъ симптомовъ, какими выражаются функціональныя и органическія пораженія нервной системы, контрактура жевательныхъ мышцъ, trismus, занимаетъ далеко не послѣднее мѣсто, возникая подъ вліяніемъ весьма различныхъ условій. Чаще всего она развивается на почвѣ общихъ невродовъ и въ такомъ случаѣ отличается по большей части скоропреходящимъ характеромъ. Нерѣдко также мы можемъ наблюдать рефлекторное происхожденіе этой контрактуры, особенно при раздраженіи чувствительныхъ вѣтвей тройничнаго нерва; извѣстны напр. случаи, когда незначительная зубная операція у нервныхъ субъектовъ имѣла своимъ послѣдствіемъ сведеніе челюстей, продолжавшееся до трехъ мѣсяцевъ (наблюденіе Travers'a). Иногда впрочемъ источникъ раздраженія локализовался и въ болѣе отдаленной области. Такъ, Romberg ¹⁾ рассказываетъ объ одномъ субъектѣ, получившемъ жестокой ударъ копытомъ въ паховую область, у котораго вскорѣ послѣ травмы развился тризмъ; послѣдній

¹⁾ Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II. 1851. S. 35.

прекратился только тогда, когда вскрылся гнойникъ на мѣстѣ удара.

Гораздо болѣе рѣдкою слѣдуетъ назвать контрактуру жевательныхъ мышцъ при органическихъ пораженіяхъ центральной нервной системы. То кратковременная, то, и рѣже, длительная эта контрактура при подобныхъ условіяхъ всегда является лишь какъ одна изъ деталей болѣе или менѣе сложной клинической картины, понять которую однако при надлежащей оцѣнкѣ отдѣльныхъ симптомовъ обыкновенно удается безъ особыхъ затрудненій. Но въ исключительныхъ случаяхъ даже органическое страданіе можетъ обусловить тризмъ, какъ изолированное явленіе, не сопровождаемое другими рѣзкими нарушеніями функцій нервныхъ центровъ.

Одинъ изъ такихъ случаевъ мы имѣемъ сегодня передъ собою.

Исторія нашего больного очень коротка. Около двухъ лѣтъ тому назадъ онъ, проснувшись утромъ, оказался не въ состояніи открыть рта, такъ какъ нижняя челюсть была крѣпко приведена къ верхней. Наканунѣ больной легъ спать совершенно здоровымъ и вообще не чувствовалъ передъ тѣмъ никакихъ признаковъ недомоганія. Къ этому разсказу больной добавилъ, что ему 36 лѣтъ отъ роду, что ранѣе онъ сильно злоупотреблялъ спиртными напитками, а десять лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ. О послѣднемъ обстоятельстве впрочемъ онъ могъ бы и не упоминать: достаточно взглянуть на огромные характерные рубцы на лбу, правой ключицѣ и лопаткѣ, чтобы убѣдиться, что у нашего пациента былъ lues и притомъ въ довольно тяжелой формѣ. На дальнѣйшіе разспросы больной сообщилъ, что никогда не страдалъ ни головными болями, ни головокруженіями, что настоящее заболѣваніе явилось совершенно неожиданно и обнаружилось точно тѣми же симптомами, которые остаются и нынѣ, съ одной лишь разницей—его лицо было сильно перекошено въ лѣвую сторону. Немедленно по заболѣваніи онъ былъ помѣщенъ въ больницу, гдѣ врачи сдѣлали попытку

разжать челюсти подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ, но безуспѣшно. Въ виду того, что введеніе пищи въ ротъ оказалось совершенно невозможнымъ, пришлось вырвать передніе рѣзцы и такимъ путемъ вливать питательныя жидкости: позднѣе больной настолько освоился съ своимъ положеніемъ, что былъ въ состояніи глотать и мелко разрубленное мясо. Пользовавшіе его врачи, принимая въ расчетъ данныя анамнеза, немедленно предприняли энергичное специфическое лѣченіе, оставшееся однако безъ всякаго результата. Въ нашей больницѣ онъ находится уже болѣе двухъ мѣсяцевъ, продѣлываетъ курсъ лѣченія впрыскиваніями ртутныхъ препаратовъ и за все это время замѣтилъ только незначительное улучшеніе, происшедшее сразу, толчкомъ: вдоль нижней челюсти слѣва онъ вдругъ почувствовалъ какъ бы бѣганіе мурашекъ и затѣмъ получилъ возможность разжать челюсти на два сантиметра. Обрадовавшись такой неожиданности, больной рѣшился прибѣгнуть къ насилію, чтобы раздвинуть челюсти еще болѣе и съ этой цѣлью началъ оттягивать нижнюю полотенцемъ, но не смотря на всѣ усилія не достигъ желаемого, а только ощутилъ сильную боль и колотье въ лѣвой половинѣ лица. На эту боль, къ которой вскорѣ присоединилось колотье въ ушахъ, онъ жалуется и до сихъ поръ.

Вотъ и все, что намъ извѣстно о началѣ заболѣванія и объ его теченіи.

Обратимся теперь къ непосредственному изслѣдованію самого больного.

Передъ Вами крѣпко сложенный, хорошо упитанный субъектъ, у котораго, кромѣ упомянутыхъ выше рубцовъ, наружный осмотръ не открываетъ ничего ненормальнаго; никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣчается и со стороны внутреннихъ органовъ. Симптомы болѣзни ограничиваются исключительно областью лица, гдѣ прежде всего можно констатировать довольно замѣтную ассиметрію: ротъ нѣсколько скошенъ въ лѣвую сторону, лѣвый уголъ рта стоитъ выше праваго, лѣвая носогубная складка выражена яснѣе. Заставивъ

больного сдѣлать нѣсколько мимическихъ движеній, Вы легко убѣждаетесь, что такая ассиметрія не зависитъ отъ пареза мышцъ правой половины лица, такъ какъ всѣ произвольныя движенія въ послѣдней выполняются вполне отчетливо и съ достаточной силой. Остается, слѣдовательно, заключить, что мы имѣемъ дѣло съ спастическимъ состояніемъ мышцъ лѣвой половины лица, и такой выводъ находитъ себѣ поддержку въ болѣе внимательномъ изученіи клинической картины. Дѣйствительно, всматриваясь пристальнѣе въ лѣвую половину лица, не трудно замѣтить, что въ мышцахъ рта и щеки время отъ времени появляются легкія клоническія судороги, а при поколачиваніи молоточкомъ по стволу лѣваго n. facialis удается вызывать гораздо болѣе ясное сокращеніе въ мышцахъ лѣвой половины рта и лѣвой щеки, чѣмъ на противоположной сторонѣ, гдѣ мышечныя сокращенія, обусловленные механическимъ раздраженіемъ ствола праваго личнаго нерва, едва уловимы.

Предложимъ, далѣе, нашему больному какъ можно шире раскрыть ротъ. Вы видите, что это ему удается въ очень незначительной степени; онъ едва въ состояніи просунуть кончикъ языка между зубами. Отыскивая причину такой ограниченности движеній, Вы прежде всего легко убѣждаетесь, что массы обѣихъ жевательныхъ мышцъ при ощупываніи представляются крайне твердыми и что при раскрытіи рта твердость ихъ ни мало не уменьшается. При послѣднемъ условіи Вы можете замѣтить также, что напряженное брюшко m. masseteris на лѣвой сторонѣ значительно большаго объема, чѣмъ на правой. Если Вы заставите больного съ силою сжимать челюсти и потомъ разжимать ихъ, то безъ труда можете констатировать еще, что при сжатіи оба mm. masseteres увеличиваются въ объемѣ, именно своими передними отдѣлами, и что такое увеличеніе замѣтнѣе на правой сторонѣ. Отсюда мы имѣемъ право заключить, что обѣ жевательныя мышцы находятся въ состояніи рѣзкой контрактуры, и что такое патологическое состояніе охватываетъ однако не

всю массу мышцъ безъ исключенія, но самые передніе участки ихъ остались пощаженными, причемъ на правой сторонѣ этотъ участокъ болѣе, чѣмъ на лѣвой. При ощупываніи височныхъ областей никакой разницы не усматривается: массы височныхъ мышцъ замѣтны весьма мало, если только больной не сжимаетъ челюстей; въ противномъ случаѣ онѣ выступаютъ одинаково отчетливо на обѣихъ сторонахъ. Эти данныя заставляютъ думать, что височныя мышцы не находятся въ состояніи контрактуры.

При поступленіи въ больницу у нашего пациента не удалось показать никакихъ ясныхъ уклоненій въ сферѣ кожной чувствительности.

Правда, иногда онъ говорилъ, что какъ бы рѣзче чувствуетъ прикосновеніе на лѣвой половинѣ лица, но эти заявленія не отличались постоянствомъ и опредѣленностью, такъ что имъ нельзя придавать значенія. Въ настоящее время послѣ попытки къ насильственному раскрытію рта онъ часто жалуется на боли въ лѣвой половинѣ лица, гдѣ изслѣдованіе легко открываетъ характерныя болѣзненные точки,—особенно чувствительною къ давленію представляется предглазничная.

Таковы данныя объективнаго изслѣдованія.

Если Вы оставите въ сторонѣ боли и болѣзненные точки, какъ случайное осложненіе, то должны будете согласиться со мною, что вся клиническая картина исчерпывается симптомами раздраженія весьма ограниченной двигательной области, области личного и тройничнаго нервовъ.

Постараемся теперь выяснитъ себѣ, какимъ патологическимъ процессомъ обусловливается это раздраженіе и гдѣ мы должны его локализовать?

Остановимся прежде всего на первомъ вопросѣ.

Изъ разсказа больного извѣстно, что заболѣваніе развилось вдругъ, безъ всякихъ предвѣстниковъ, сразу достигло своего аспе, а затѣмъ симптомы его очень медленно и постепенно начали, хотя и въ незначительной степени, сглаживаться. Но именно такими особенностями возникновенія и

теченія отличаются страданія нервной системы сосудистаго происхожденія: при нихъ почти всегда мы имѣемъ крайне быстрое развитіе, за которымъ слѣдуетъ обыкновенно медленное улучшение. На возможность въ нашемъ случаѣ допустить пораженіе сосудовъ указываютъ и данныя анамнеза. Тяжелая форма сифилиса, перенесенная больнымъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ, весьма легко могла отразиться на строеніи артеріальныхъ стѣнокъ, вызвавъ въ нихъ рядъ патологическихъ измѣненій, извѣстныхъ подъ именемъ Гейбнеровскаго перерожденія. Намъ извѣстно, далѣе, что такое перерожденіе можетъ вести къ полной облитераціи сосуда и его закупоркѣ, неизбѣжнымъ результатомъ которой, если она происходитъ въ сосудахъ, питающихъ вещество мозга, является выпаденіе функціи соотвѣтствующаго участка этого органа.

Итакъ, мы имѣемъ основаніе предполагать, что наблюдаемый нами комплексъ симптомовъ образовался благодаря закупоркѣ сосуда.

Но если рѣшеніе перваго изъ поставленныхъ выше вопросовъ оказывается такимъ образомъ довольно простымъ, то далеко нельзя сказать того же, коль скоро мы пожелаемъ выяснить, въ какой же области головного мозга должна произойти закупорка сосуда, которая могла бы обусловить всѣ констатированныя нами явленія.

Вы знаете, что *n. trigeminus* выходитъ изъ вещества моста двумя корешками, изъ которыхъ передній, меньшій—двигательный, а задній, большій—чувствительный. Если мы будемъ слѣдить за ходомъ двигательнаго корешка въ толщѣ моста, то легко убѣдимся, что почти вся масса его волоконъ беретъ начало изъ двигательнаго ядра V-ой пары, которое съ внутренней стороны прилегаетъ къ чувствующему корешку. Ходъ центральныхъ волоконъ *n. trigemini*, идущихъ отъ ядра къ корѣ большихъ полушарій, намъ пока извѣстенъ очень недостаточно, но та территория коры, которая является центромъ для мышцъ, иннервируемыхъ этимъ нервомъ, уже давно опредѣлена съ приблизительной точностью. Еще опыты надъ

животными, произведенные Ferrier и Hitzig'омъ, установили, что корковый двигательный центръ V-ой пары лежитъ вблизи передней части Сильвиевой борозды: при энергичномъ раздраженіи электрическимъ токомъ строго опредѣленнаго участка въ области ножки передней центральной извилины у обезьянъ наступали жевательныя движенія.

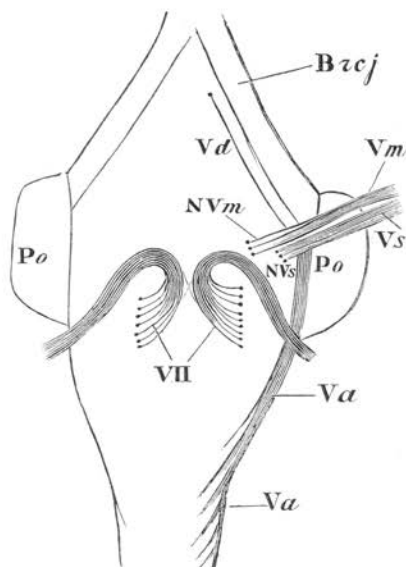
Изъ всего сейчасъ сказаннаго видно, что двигательный путь тройничнаго нерва въ головномъ мозгу—путь довольно длинный. Патологическій процессъ можетъ захватить его, конечно, въ любой точкѣ. Гдѣ же именно его слѣдуетъ искать въ нашемъ случаѣ, который, какъ Вы помните, главнымъ образомъ характеризуется явленіями раздраженія двигательныхъ вѣтвей тройничнаго нерва? Есть ли у насъ данныя, позволяющія категорически отвѣтить на этотъ вопросъ?

Передавая Вамъ рассказъ нашего пациента о самомъ началѣ заболѣванія, я упомянулъ, что вмѣстѣ съ сжатіемъ челюстей онъ замѣтилъ рѣзкое перекошеніе лица въ лѣвую сторону, а изслѣдуя его, мы встрѣтились и теперь съ явленіями раздраженія въ области нижнихъ вѣтвей лѣваго личнаго нерва. Отсюда слѣдуетъ, что симптомы пораженія VII-ой пары, развившись одновременно съ основнымъ проявленіемъ болѣзни, вызваны тѣмъ же процессомъ, который повлекъ за собою и возникновеніе тризма. Другими словами, мы должны локализовать страданіе въ томъ отдѣлѣ мозга, гдѣ V-ая и VII-ая пары находятся между собою въ наиболѣе близкомъ сосѣдствѣ. Но такимъ отдѣломъ прежде всего слѣдуетъ назвать область четвертаго желудочка. Дѣйствительно, какъ наглядно показываетъ прилагаемая схема (см. фиг. I), заимствованная мною изъ извѣстнаго руководства Obersteiner'a, здѣсь ядра и корешки тройничнаго и личнаго нервовъ весьма тѣсно соприкасаются другъ къ другу; даже незначительный фокусъ, заложенный въ этой территоріи, въ состояніи вызывать именно тѣ симптомы, которые мы констатировали у нашего больного.

Однако локализованіе процесса на днѣ IV-го желудочка влечетъ за собою и весьма существенныя возраженія.

Обратите вниманіе на схему (см. фиг. II), которая Вамъ напоминаетъ взаимное топографическое отношеніе ядеръ черепныхъ нервовъ.

Фиг. I.



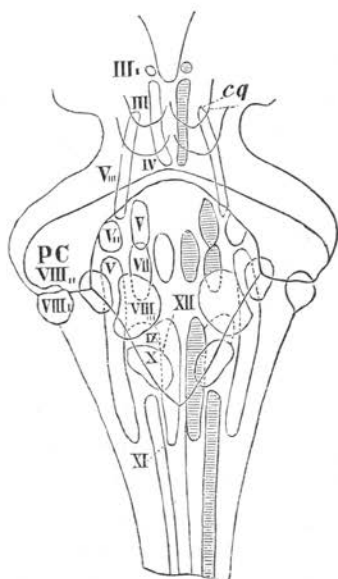
Схема, показывающая взаимное отношеніе корешковъ и ядеръ V-й и VII-й паръ.

PO—ножки моста. Brcj—brachium conjunctivum. VII—ядра и корешки VII пары. Vd—нисходящій корешокъ n. trigemini. NVm—двигательное ядро n. trigemini. Vm—двигательный корешокъ n. trigemini. NVS—чувствительное ядро n. trigemini. Va—восходящій корешокъ n. trigemini. VS—чувствующій корешокъ n. trigemini.

Вы видите, въ какой непосредственной близости заложены эти образованія. Вы помните также, что сейчасъ подъ сѣрымъ веществомъ ромбовидной ямки проходятъ между прочимъ двигательные проводники, несущіе волевые импульсы къ мышцамъ конечностей и туловища. Однимъ словомъ, на сравнительно небольшомъ пространствѣ тѣсно скучены массы

сѣраго и бѣлаго вещества, обладающія весьма разнообразными и важными функціями, нарушение которыхъ всегда рѣзко выступаетъ въ прижизненной картинѣ страданія. Отсюда уже à priori слѣдуетъ, что крайне трудно допустить такой пато-

Фиг. II.



Схема, показывающая взаимное отношеніе ядеръ черепныхъ нервовъ на днѣ IV-го желудочка (по Kaiber'у).

Bq—четверохолміе, PC—средняя мозжечковая ножка, III—ядро n. oculomotorii, III'—переднее ядро того же нерва, IV—ядро n. trochlearis, V—двигательное ядро n. trigemini, V'''—сомнительное переднее ядро того же нерва (сопровождающее его нисходящій корешокъ) V'—среднее чувствительное ядро, V''—длинное заднее чувствительное ядро, отъ котораго начинается его восходящій корешокъ, VI—ядро n. abducentis, VII—ядро n. facialis, VIII/VIII' и VIII''—ядра n. acustici, IX—ядро n. glossopharyngei, X—ядро n. vagi, XI—ядро n. accessorii, XII—ядро n. hypoglossi.

логическій процессъ, который, возникши уже два года тому назадъ, до настоящаго дня отражался бы только на функціи тройничнаго и личнаго нервовъ, да и тѣ вдобавокъ измѣнилъ лишь въ строго ограниченныхъ предѣлахъ. Не говоря уже о различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ, крово-

изліянія и тромбозѣ, даже опухоли, которыя чаще другихъ болѣзненныхъ процессовъ встрѣчаются въ этой области, даже онѣ при самомъ медленномъ ростѣ, неизбѣжно захватывали бы все болѣе и болѣе районъ и вмѣстѣ съ тѣмъ осложняли бы картину страданія новыми и новыми симптомами.

Теоретическія соображенія такого рода всецѣло находятъ себѣ поддержку и въ данныхъ клиническаго опыта.

Если мы, обратившись къ спеціальной литературѣ, оставимъ свое вниманіе на тѣхъ очень немногочисленныхъ наблюденіяхъ, гдѣ при жизни контрактура жевательныхъ мышцъ играла выдающуюся роль, то безъ труда можемъ убедиться, что симптомы тризма всегда сопровождались цѣлымъ рядомъ иныхъ проявленій болѣзни.

Характерный случай подобнаго рода описалъ, напр., Wernicke ¹⁾. Этотъ авторъ наблюдалъ больную, у которой послѣдовательно развились: головныя боли, головокруженіе, рвота, параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго лицевого нерва, контрактура лѣвой жевательной мышцы и чувствительность при надавливаніи на нее, сочетанный параличъ лѣвой отводящей и правой внутренней прямой мышцы, затрудненіе глотанія, легкій двусторонній ptosis и пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности въ области праваго тройничнаго нерва. Посмертное изслѣдованіе открыло опухоль въ области чепчика лѣвой половины моста.

Точно такими же особенностями отличаются прижизненные картины, обусловленные рѣзкими расстройствами кровообращенія, т. е. кровоизліяніемъ, тромбозомъ или эмболіей на днѣ ромбовидной ямки, съ тою лишь разницей, что въ этихъ случаяхъ весь сложный комплексъ симптомовъ развивается гораздо быстрее.

Gowers ²⁾ наблюдалъ больную, у которой предполагалось сифилитическое измѣненіе *art. basilaris*; страданіе развилось

¹⁾ Arch. f. Psychiatrie. VII. S. 513.

²⁾ Handbuch der Nervenkrankheiten 1892. Bd. II.

въ теченіе двухъ дней и затѣмъ приняло стаціонарный характеръ; самымъ выдающимся явленіемъ было судорожное сведеніе челюстей, которое позволяло разжать зубы только на четверть вершка, причемъ нижняя челюсть отодвигалась нѣсколько влѣво; разстройствъ чувствительности въ области V-ой пары нельзя было констатировать; всѣ боковыя движенія глазъ оказались уничтоженными, вертикальныя—ограниченными; въ правомъ глазу замѣчался боковой nystagmus, въ лѣвомъ—круговой; сверхъ всего этого существовалъ полный параличъ лѣвой VI-ой пары съ реакціей перерожденія и рѣзко выраженная правосторонняя гемиплегія. Тризмъ длился въ продолженіе трехъ лѣтъ; остальные симптомы улучшились хотя и крайне незначительно.

Наблюденіе Gowers'a не было закончено посмертнымъ изслѣдованіемъ, но судя по характеру клиническихъ симптомовъ здѣсь необходимо допустить довольно обширное гнѣздо пораженія, занимавшее область ромбовидной ямки; фактъ существованія судороги жевательныхъ мышцъ заставляетъ думать, что процессъ раздраженія распространялся между прочимъ на двигательные корешки и ядра V-ой пары.

Къ этой же категоріи случаевъ относится наблюденіе Romberg'a¹⁾: у больной послѣ апоплектического инсульта развилась сразу контрактура жевательныхъ мышцъ; авторъ нашелъ голову и шею больной неподвижно повернутыми на лѣвую сторону, оба глаза устремленными на одну точку; челюстей нельзя было раздвинуть даже при большомъ насиліи. Такое состояніе длилось 8 дней; на 9-ый наступила смерть, за нѣсколько часовъ до которой тризмъ прекратился. Вскрытіе показало склерозъ сосудовъ головного мозга и большое гнѣздо размягченія въ задней долѣ праваго полушарія, доходившее до крыши бокового желудочка; второе гнѣздо было найдено въ правомъ зрительномъ бугрѣ; обѣ ножки мозжечка къ мосту и корешку V-ой пары на обѣихъ сторонахъ оказа-

¹⁾ Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1851. Bd. II, S. 35.

лись размягченными; послѣдніе до такой степени, что при прикосновеніи растекались, какъ гной.

При посмертномъ изслѣдованіи особое вниманіе въ этомъ случаѣ было обращено на состояніе корешковъ V-ой пары. Однако не подлежитъ сомнѣнію, что столь обширное гнѣздо размягченія должно было затрагивать и ядра этой пары и что вслѣдствіе раздраженія корешковъ и ядеръ повидимому возникла контрактура жевательныхъ мышцъ, прекратившаяся затѣмъ, когда двигательные корешки были разрушены патологическимъ процессомъ.

Въ недавнее время проф. Raymond ¹⁾ опубликовалъ случай продолжительнаго тризма, вызванный, какъ можно думать, только раздраженіемъ корешковъ V-ой пары. Картина страданія также отличалась сложнымъ характеромъ: боли въ области лѣваго тройничнаго нерва, анэстезія лѣвой половины лица, утрата вкусовыхъ ощущеній съ лѣвой стороны, тризмъ, слюнотеченіе, лѣвая офтальмоплегія, слѣпота на лѣвый глазъ, выпячиваніе его впередъ и глухота на лѣвое ухо—вотъ какое сочетаніе симптомовъ могъ констатировать проф. Raymond. Вскрытіе показало опухоль на основаніи черепа, занимавшую все протяженіе турецкаго сѣдла и вдававшуюся преимущественно въ лѣвую среднюю черепную ямку. Къ сожалѣнію авторъ не упоминаетъ о результатахъ изслѣдованія головного мозга, почему намъ остается неизвѣстнымъ, какъ велико было разрушеніе, произведенное опухолью въ самомъ веществѣ его.

Приведенныя сейчасъ наблюденія доказываютъ, что контрактура жевательныхъ мышцъ дѣйствительно можетъ развиться, какъ одинъ изъ симптомовъ пораженія вещества моста; только въ подобныхъ случаяхъ она наступаетъ всегда въ сопровожденіи многочисленнаго ряда другихъ явленій, связанныхъ съ заболѣваніемъ этой области головного мозга.

Относительно хода центральныхъ волоконъ тройничнаго нерва наши свѣдѣнія пока еще не отличаются желательной

¹⁾ Leçons sur les maladies nerveuses. 1898. P. 44.

полнотой, тѣмъ не менѣе однако несомнѣнно, что по крайней мѣрѣ на нѣкоторомъ протяженіи, въ области внутренней капсулы, онѣ находятся въ довольно близкомъ сосѣдствѣ съ центральными волокнами VII-ой пары. Слѣдовательно, при извѣстной локализациі патологическаго процесса здѣсь на ряду съ другими симптомами страданія мы можемъ встрѣтить и явленія раздраженія какъ тройничнаго, такъ и личнаго нервовъ. Укажу для примѣра на опубликованное въ самое послѣднее время наблюденіе Tournier¹⁾: у женщины, страдавшей сифилисомъ, вдругъ начались клоническія судороги, появилось сжатіе глотки, развился параличъ лѣвой руки, тризмъ, невозможность говорить, отклоненіе на право глазныхъ яблокъ и головы, аграфія и параличъ языка; сознаніе оставалось не помраченнымъ; тризмъ, равно какъ параличъ языка и глотки, удерживались въ теченіе всей болѣзни, длившейся нѣсколько мѣсяцевъ, и только отклоненіе глазъ замѣнилось полнымъ отсутствіемъ произвольныхъ движеній. Вскрытіе показало размягченіе наружнаго членика чечевичнаго ядра и наружной капсулы въ правомъ полушаріи и размягченіе наружнаго членика *nuclei lenticularis*—въ лѣвомъ. Артеріи основанія оказались нормальными.

Не входя въ подробный разборъ случая Tournier, во многихъ отношеніяхъ очень интереснаго, я замѣчу только, что тризмъ здѣсь находитъ себѣ естественное объясненіе въ раздраженіи центральнаго пути тройничнаго нерва. Но вмѣстѣ съ этимъ симптомомъ мы видимъ еще цѣлый рядъ другихъ, такъ что передъ нами очень сложная клиническая картина, гдѣ контрактура жевательныхъ мышцъ представляетъ лишь одну изъ деталей. Впрочемъ уже а priori трудно было ожидать иного: при той близости, въ какой сосредоточены на тѣсномъ пространствѣ внутренней капсулы проводники самаго разнороднаго характера, всего естественнѣе конечно встрѣ-

¹⁾ Revue de médecine. 1893, p. 671.

тить отраженіе патологическаго процесса сразу на различныхъ функціяхъ, присущихъ этому отдѣлу головного мозга.

Итакъ, локализируя заболѣваніе, въ нашемъ случаѣ нельзя остановиться и на районѣ подкорковыхъ центровъ.

Но въ клиникѣ намъ приходится наблюдать еще тризмъ, обусловленный пораженіемъ опредѣленныхъ участковъ коры большихъ полушарій.

Lérine¹⁾ описалъ случай апоплектического инсульта съ послѣдующей лѣвосторонней гемиплегіей, афазіей и интенсивнымъ тризмомъ; послѣдній удерживался въ теченіе четырехъ дней до самой смерти. Вскрытіе показало: 1) гнѣздо размягченія въ правомъ полушаріи подъ корой островка, у основанія передней центральной извилины, разрушившее *claustrum*, *capsulam externam* и прилегающую часть *nuclei lenticularis*; 2) размягченіе коры верхней темянной извилины, сейчасъ позади задней центральной и 3) старое гнѣздо въ лѣвомъ полушаріи между височной и затылочной долями.

У больного L. v. Langer'a²⁾ послѣ перваго инсульта развилась картина правосторонней гемиплегіи съ парезомъ праваго личнаго нерва и пониженіемъ рефлексовъ и чувствительности на правой нижней конечности. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣдовалъ второй инсультъ, оставившій по себѣ афазію, парезъ лѣваго личнаго нерва и рѣзко выраженную контрактуру жевательныхъ мышцъ, которая наблюдалась около четырехъ дней, смѣнившись затѣмъ параличемъ. При вскрытіи былъ найденъ старый тромбъ въ лѣвой *art. Fossae Sylvii* и небольшой свѣжій эмболъ въ правой; большая часть первой и второй лѣвыхъ височныхъ извилинъ, прилегающій участокъ средней лобной, островка и часть полосатаго тѣла оказались размягченными. Подобныя же измѣненія, но въ меньшихъ размѣрахъ и въ меньшей степени, были открыты у верхушки правой височной доли.

¹⁾ Revue de médecine. 1882.

²⁾ Ueber Kaumuskellähmung und Trismus bei Herderkrankungen des Gehirns. Wiener med. Wochenschrift. 1886. № 5.

V. Pfungen ¹⁾ наблюдалъ больного съ гемиплегіей и другими черепномозговыми симптомами, у котораго за два дня до смерти развился тризмъ. При вскрытіи были найдены цистицерки на поверхности большихъ полушарій и между прочимъ на обѣихъ сторонахъ въ области височныхъ и затылочныхъ извилинъ.

Въ случаѣ Samt'a ²⁾ у больной черезъ восемь дней послѣ травмы черепа развился тризмъ, существовавшій въ теченіе двухъ дней до самой смерти. Вскрытіе констатировало ограниченное гнѣздо размягченія въ корѣ третьей лѣвой височной извилины, переходившее частью на вторую; рядомъ съ нимъ кпереди и внутрь замѣчался еще довольно значительный, но болѣе поверхностный, фокусъ въ корѣ передняго отдѣла первой и второй височныхъ извилинъ.

Изъ этихъ примѣровъ съ достаточной убѣдительностью вытекаетъ, что контрактура жевательныхъ мышцъ иногда вызывается поражениемъ коры большихъ полушарій мозга, если только патологическій процессъ захватываетъ между прочимъ и корковые двигательные центры V-ой пары, причемъ вся клиническая картина можетъ отличаться сравнительно меньшей сложностью. Мы имѣемъ, слѣдовательно, полное право, отбросивъ предположеніе о локализациі страданія въ области Варолиева моста, объяснять нашъ случай такимъ заболѣваніемъ мозговой коры, которое одновременно дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ какъ на центръ тройничнаго нерва, такъ и, хотя въ болѣе слабой степени, на центръ VII-ой пары. Но, спрашивается, гдѣ же именно при подобныхъ условіяхъ долженъ находиться патологическій процессъ, какіе участки коры должны обнимать собою область раздраженія? Относительно локализациі коркового центра VII-ой пары у человека мы обладаемъ вполне опредѣленными свѣдѣніями: еще Char-

¹⁾ Wiener med. Blätter. 1885.

²⁾ Zur Pathologie der Rinde. Arch. f. Psychiatrie. 1874. Bd. V.

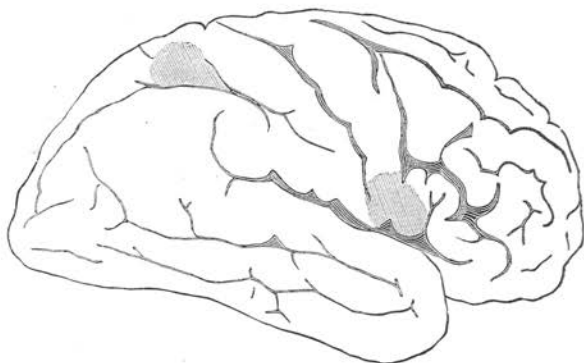
cot, Pitres, и за ними и многіе другіе показали, что онъ заложенъ въ корѣ нижняго конца центральныхъ извилинъ. Гораздо меньшей точностью отличаются наши знанія о топографическомъ расположеніи двигательнаго центра V-ой пары—фактъ, находящій себѣ естественное объясненіе въ поразительной рѣдкости разстройствъ жеванія при фокусныхъ пораженіяхъ головного мозга. На эту рѣдкость клиницисты уже давно обратили свое вниманіе, но всѣ попытки ихъ дать ей сколько-нибудь раціональную основу до сихъ поръ не могутъ быть названы вполнѣ удачными. Нѣкоторые авторы допускали, напримѣръ, что корковый жевательный центръ отличается очень слабой раздражительностью, доказательство чего видѣли въ необходимости прибѣгать къ сильнымъ токамъ, чтобы получить у животныхъ жевательныя движенія. Столь малая возбуждимость, съ своей стороны, по мнѣнію Lérine'a обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что жеваніе по существу есть актъ, требующій весьма незначительной дѣятельности головного мозга, несравненно меньшей, чѣмъ, напримѣръ, глотаніе. Недостаточная фактическая обоснованность этой гипотезы однако слишкомъ очевидна, чтобы на ней слѣдовало долго останавливаться. Совершенно иначе взглянулъ на дѣло Exner ¹⁾, который выяснилъ, что рѣдкость жевательныхъ разстройствъ при черепно-мозговомъ страданіи зависитъ отъ чисто анатомическихъ условій: жевательныя мышцы обладаютъ двусторонней иннервацией, т. е. на каждой сторонѣ онѣ находятся подъ вліяніемъ обоихъ полушарій сразу. Отсюда ясно, что для возникновенія такихъ разстройствъ необходимо всегда симметричное двустороннее пораженіе мозговой коры, такъ какъ при нарушеніи одного только центра уцѣлѣвшій принимаетъ на себя его функцію. Это объясненіе конечно можетъ быть примѣнимо къ случаямъ паралича жевательныхъ мышцъ, но имъ врядъ ли удобно пользоваться, когда рѣчь идетъ о тризмѣ—результатѣ раздраженія. Если какойнибудь

¹⁾ Untersuchungen etc. Wien. 1881.

патологическій процессъ вліяетъ раздражающимъ образомъ на двигательный центръ V-ой пары въ одномъ полушаріи, то благодаря тѣсной анатомической и физиологической связи это раздраженіе неизбежно должно передаваться и другому. Такимъ образомъ мы легко поймемъ, почему при одностороннемъ заболѣваніи наступаетъ контрактура жевательныхъ мышцъ на обѣихъ сторонахъ, и для насъ будетъ совершенно непонятно обратное, т. е. если фокусъ при данномъ условіи не вызоветъ ровно никакихъ клиническихъ симптомовъ.

Но, ограничившись указаніемъ на рѣдкость жевательныхъ расстройствъ при очаговыхъ пораженіяхъ коры головного

Фиг. III.



Случай Lérine'a (правое полушаріе)

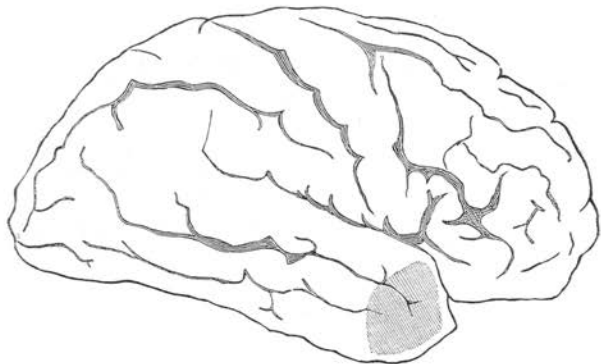
ного мозга, оставимъ разъясненіе этого факта дальнѣйшимъ наблюдателямъ. Для насъ важно пока одно: клиника ясно указываетъ, что эти расстройства могутъ являться въ числѣ другихъ симптомовъ, какими выражаются страданія мозговой коры. Спрашивается, съ заболѣваніемъ какого же именно отдѣла послѣдней онѣ связаны, въ какой именно области ея, на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ, мы должны локализовать двигательные центры V-ой пары у человѣка?

Выше мы привели наблюденіе Lérine'a, гдѣ тризмъ развился, осложняя собою картину лѣвосторонней гемиплегіи.

При вскрытіи были найдены два фокуса въ правомъ полушаріи (см. фиг. III): одинъ въ области верхней темянной извилины, непосредственно за задней центральной, другой—около основанія передней центральной. (О фокусъ въ лѣвомъ полушаріи я не упоминаю, такъ какъ онъ оказался уже стараго происхожденія и до второго инсульта не обнаруживался явленіями тризма).

Въ случаѣ L. v. Langer'a контрактура жевательныхъ мышцъ развилась непосредственно вслѣдъ за вторымъ инсультомъ, въ одно время съ афазіей и парезомъ лѣваго личнаго

Фиг. IV.



Случай v. Langer'a (правое полушаріе).

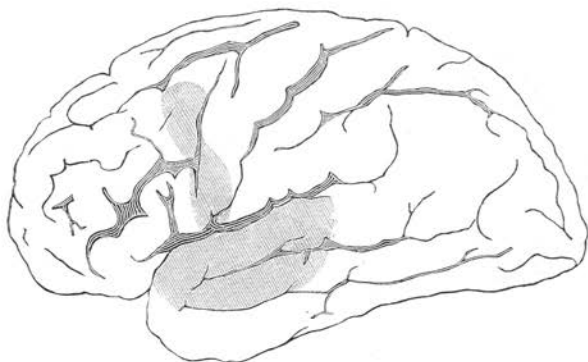
нерва. Въ правомъ полушаріи (фиг. IV) вскрытіе показало гнѣздо размягченія около верхушки височной доли. Въ лѣвомъ полушаріи (фиг. V) измѣненія достигали несравненно большихъ размѣровъ; здѣсь оказались размягченными большая часть первой и второй височныхъ извилинъ и прилегающіе къ нимъ участки средней лобной и островка.

На случаѣ Pfungen'a, приведенномъ выше, я останавливаться не буду, такъ какъ не имѣю въ своемъ распоряженіи подлинной работы, въ статьѣ же Langer'a, по которой я съ нимъ знакомъ, о топографическомъ распредѣленіи гнѣздъ

цистицерковъ говорится въ слишкомъ общихъ чертахъ. Повидимому, однако, онъ не имѣетъ для нашей цѣли большого значенія; по крайней мѣрѣ такъ заставляетъ думать многочисленность болѣзненныхъ фокусовъ, о которой упоминаетъ Langer.

Гораздо большій интересъ представляетъ наблюдение Samt'a, хотя Langer и относится къ нему очень скептически. У больного тризмъ развился черезъ 8 дней послѣ сильнаго ушиба головы. Это обстоятельство склоняетъ Langer'a къ мысли, что контрактура жевательныхъ мышцъ тутъ развилась

Фиг. V.

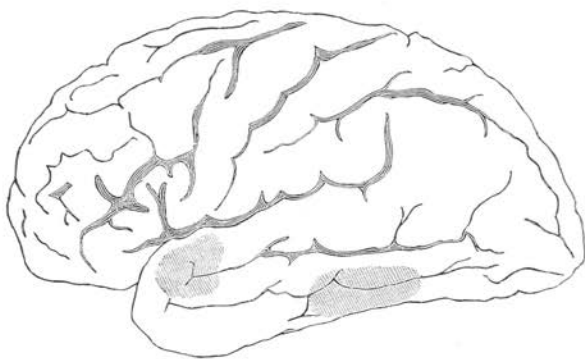


Случай v. Langer'a (лѣвое полушаріе).

въслѣдствіе общаго сотрясенія мозга, вызваннаго травмой, что, слѣдовательно, на нее можно смотрѣть по существу, какъ на эпилептическія судороги. Другими словами, по мнѣнію Langer'a, случай Samt'a не даетъ ничего для корковой локализациі жевательныхъ центровъ. Заканчивая свою статью, этотъ наблюдатель приходитъ къ общему выводу, что длительный тризмъ въ связи съ другими явленіями черепно-мозгового страданія всегда заставляетъ предполагать двустороннее пораженіе коркового центра V-ой пары. Однако если отнестись къ дѣлу безъ предвзятой мысли, то естественнѣе всего допу-

стить, что локализованныя явленія раздраженія коры, возникшія вдобавокъ не непосредственно послѣ травматическаго момента, указываютъ также на строго локализованный процессъ, тѣмъ болѣе что въ этомъ смыслѣ говорятъ и данныя посмертнаго изслѣдованія. Но относительно локализациі я тѣмъ не менѣе не могу согласиться и съ Samt'омъ. Авторъ наблюденія, опираясь на то, что патологическій процессъ рѣзче выраженъ въ заднемъ фокусѣ, ему именно и придаетъ рѣшающее значеніе, о переднемъ же гнѣздѣ размягченія упоминаетъ лишь вскользь.

Фиг. VI.



Случай Samt'a (лѣвое полушаріе).

Такой взглядъ мнѣ кажется недостаточно обоснованнымъ. Мы не имѣемъ никакого права игнорировать также область поверхностнаго размягченія; болѣе того, въ пораженіи этой области, какъ захваченной процессомъ позднѣе, по моему мнѣнію всего ближе искать причины возникновенія тризма. Вотъ почему на прилагаемой схемѣ (фиг. VI) я, въ противоположность Samt'у, считаю необходимымъ указать оба фокуса.

Сопоставьте теперь всѣ четыре схемы. Вы сразу замѣтите, что въ нихъ есть только одна общая черта: во всѣхъ

отмѣченъ болѣзненный фокусъ, локализирующійся около Сильвевой ямки. Отсюда съ большою вѣроятностью слѣдуетъ, что этотъ именно фокусъ и вызываетъ при жизни симптомы длительного раздраженія жевательныхъ мышцъ. Такимъ образомъ мы должны заключить, что центръ жеванія находится гдѣ-то около F. Sylvii. Само собою понятно однако, что подобная локализациа отнюдь не отличается желательной опредѣленностью. Да послѣдней уже и заранѣе трудно было ожидать. Дѣйствительно, имѣя дѣло съ симптомами раздраженія, вызваннаго грубымъ анатомическимъ процессомъ, мы прежде всего можемъ предположить, что этотъ процессъ развился не въ самомъ заинтересованномъ центрѣ, а вблизи его, такъ какъ въ противномъ случаѣ передъ нами были бы или однѣ явленія выпаденія функцiи, явленія паралича, или только осложненныя симптомами раздраженія. Длительная контрактура жевательныхъ мышцъ поэтому находитъ себѣ болѣе понятное объясненiе, если мы допустимъ, что источникъ раздраженія помѣщается не въ двигательномъ центрѣ V-ой пары, а лишь около него.

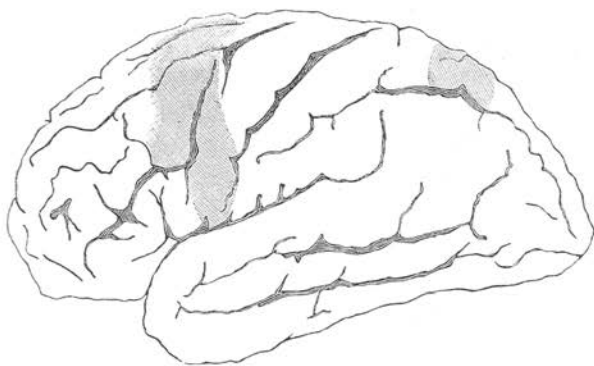
Несравненно большей важностью для точной локализации центровъ жеванія въ мозговой корѣ обладаетъ анализъ клиническихъ наблюденiй, въ которыхъ дѣло идетъ о параличѣ жевательныхъ мышцъ. Такихъ наблюденiй существуетъ нѣсколько. Къ сожалѣнiю далеко не всѣ онѣ пополнены данными патолого-анатомическаго изслѣдованiя и потому не всѣ представляются для насъ одинаково цѣнными. Въ своемъ изложенiи я ограничусь только тѣми, съ которыми могъ познакомиться по доступной мнѣ литературѣ.

Укажу прежде всего на случай Hirt'a¹⁾: у 65-лѣтней женщины, страдавшей въ теченiе восьми лѣтъ приступами боли въ лѣвой половинѣ лица, постепенно развилась слабость жевательныхъ мышцъ, которая въ двухлѣтнiй промежутокъ

¹⁾ Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen. Berl. Klin. Wochenschrift. 1887. № 27.

времени перешла въ полный параличъ; при жизни наблюдались также клоническія судороги въ мышцахъ, иннервируемыхъ лѣвымъ личнымъ нервомъ, и симптомы начального періода спинно-мозговой сухотки. При посмертномъ изслѣдованіи, кромѣ незначительнаго перерожденія заднихъ столбовъ спинного мозга, были найдены въ корѣ лѣваго большого полушарія двѣ псаомы—одна въ нижней трети передней центральной извилины и въ области основанія второй и третьей

Фиг. VII.



Случай Hirt'a (лѣвое полушаріе).

лобныхъ, другая въ области перехода лѣвой темянной извилины въ затылочную долю (см. фиг. VII).

Весьма поучительный случай паралича жевательныхъ мышцъ описанъ также Barlow'омъ ¹⁾. Въ его наблюденіи дѣло идетъ о 10 лѣтнемъ мальчикѣ, пораженномъ параличемъ правыхъ и лѣвыхъ конечностей, причемъ картина осложнялась афазіей и параличемъ жевательныхъ, губныхъ и язычныхъ мышцъ. Вскрытіе показало двустороннее симметрично расположенное гнѣздо размягченія на границѣ между сред-

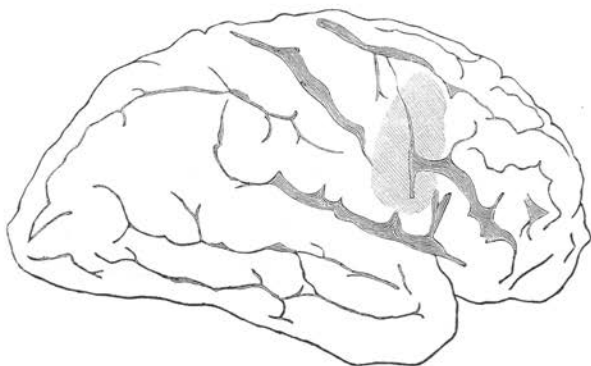
¹⁾ The british med. Journ. 1887. Не имѣя подъ руками подлинной работы, цитирую по Nothnagel'ю.

ней и нижней лобными извилинами и передней центральной (см. фиг. VIII и IX).

Кромѣ того въ спеціальной литературѣ я встрѣтилъ еще наблюденія Oulmont'a, Lérine'a и др., которые однако по причинѣ недостаточно установленной локализаци болѣзненнаго процесса не представляютъ для насъ въ данномъ случаѣ большого значенія.

Сопоставимъ теперь результаты приведенныхъ выше случаевъ Hirt'a и Barlow'a.

Фиг. VIII.



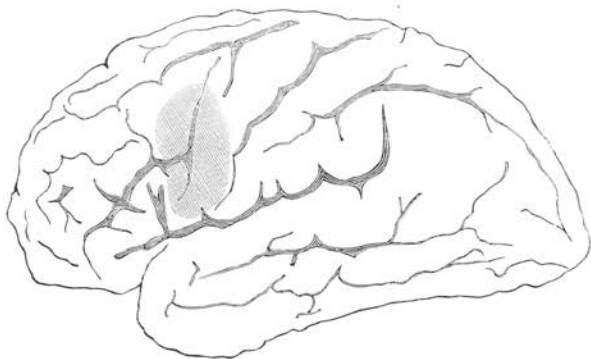
Случай Barlow'a (правое полушаріе).

Вы видите, что если при оцѣнкѣ патолого-анатомической картины въ случаяхъ тризма мы пришли къ выводу, что во всѣхъ нихъ рѣчь идетъ о процессѣ, развившемся около Сильвиевой ямки, то наблюденія послѣднихъ двухъ авторовъ категорически указываютъ намъ, что параличъ жевательныхъ мышцъ обуславливается пораженіемъ нижняго отдѣла передней центральной извилины и прилегающихъ къ нему заднихъ участковъ второй и третьей лобныхъ. Другими словами, выводы Ferrier и Hitzig'a всецѣло находятъ себѣ поддержку и въ данныхъ патологической анатоміи.

Я съ намѣреніемъ остановился нѣсколько долѣе на вопросѣ о локализациі двигательнаго центра тройничнаго нерва въ корѣ, такъ какъ въ этомъ отношеніи существуютъ еще довольно разнорѣчивые взгляды. Укажу для примѣра на недавно вышедшій III-ій томъ клиническихъ лекцій проф. Raymond'a, въ которыхъ авторъ, говоря о топической діагностикѣ черепно-мозговыхъ заболѣваній, помѣщаетъ центръ жевательныхъ мышцъ въ нижнемъ отдѣлѣ задней центральной извилины.

Обратимся теперь къ нашему больному.

Фиг. IX.



Случай Barlow'a (лѣвое полушаріе).

Приведенныя выше соображенія заставляютъ думать, что въ нашемъ случаѣ мы должны локализовать болѣзненный фокусъ въ области основанія правой передней центральной извилины и прилегающихъ къ нему участковъ II-ой и III-ей лобныхъ. Но тутъ естественно возникаетъ передъ нами рядъ новыхъ вопросовъ. Клиническое изслѣдованіе убѣждаетъ, что въ состояніи раздраженія находятся не всѣ мышцы, получающія иннервацию отъ V-ой пары: височныя мышцы обладаютъ повидимому вполне нормальными свойствами; о крыловидныхъ мышцахъ мы судить не можемъ и только жевательныя находятся въ состояніи контрактуры, да и то не во всей своей

массѣ. Эти факты заставляютъ принять, что область раздраженія мозговой коры крайне ограничена, такъ какъ она далеко не захватываетъ всей территоріи, занятой двигательнымъ центромъ тройничнаго нерва. Выше мы остановились на предположеніи, что въ основѣ страданія лежитъ по всей вѣроятности пораженіе сосудистой системы, приведшее къ тромбозу. Спрашивается, возможно-ли вообще допустить, чтобы тромбозъ ограничился лишь такой незначительной областью, какую необходимо имѣть въ виду въ нашемъ случаѣ? Далѣе, какъ бы ни былъ малъ участокъ запусѣвшихъ сосудовъ, во всякомъ случаѣ тромбозъ долженъ повлечь за собою выпаденіе функція извѣстной области коры. Почему же у нашего больного мы не констатировали на ряду съ симптомами раздраженія и симптомовъ паралича? Наконецъ, какъ мы видѣли, у больного тризмъ охватилъ обѣ жевательныя мышцы. Можно ли объяснять этотъ фактъ пораженіемъ только одного полушарія, или необходимо заключить, что передъ нами случай симметрическаго пораженія обоихъ полушарій?

Остановимся прежде всего на первомъ вопросѣ.

Еще старые авторы, изучавшіе сосудистую систему головного мозга, пришли къ выводу, что эта система отличается весьма существенными недостатками. Еще Neubner и Duret при помощи инъекцій убѣдились, что если сосуды коры и не принадлежать къ категоріи конечныхъ, то лишь весьма условно. Дѣйствительно, анастомозы между областями различныхъ артерій развиты въ далеко недостаточной степени, а между артеріями малаго калибра ихъ часто и совсѣмъ не существуетъ, такъ что послѣднія соединяются другъ съ другомъ только помощью капиллярной сѣти. Такимъ образомъ, если кровообращеніе будетъ нарушено въ одной изъ нихъ, то сосѣднія не въ состояніи снабжать кровью въ достаточномъ количествѣ тотъ участокъ мозга, который питался ею. Это обстоятельство легко даетъ намъ ключъ къ пониманію, почему такъ часто расстройство кровообращенія мозговой коры выражается строго ограниченными мѣстными или гнѣздными

симптомами; вполне удовлетворительно, по моему мнѣнію, оно объясняетъ бѣдность клиническихъ явленій и въ нашемъ случаѣ.

Несравненно менѣе понятнымъ является отсутствіе симптомовъ паралича на ряду съ симптомами раздраженія. Вся психомоторная область занята двигательными центрами, которые, какъ Вы знаете, въ значительной степени обособлены другъ отъ друга, по крайней мѣрѣ у человѣка.

Клиническая картина въ нашемъ случаѣ складывается изъ симптомовъ раздраженія V-ой и VII-ой пары съ преобладаніемъ первыхъ. Отсюда весьма естественно заключить, что гнѣздо пораженія должно находиться гдѣ-то въ районѣ двигательнаго центра тройничнаго нерва. Однако самое тщательное наблюденіе не открыло намъ даже намека на параличъ и не только въ области V-ой пары, но и вообще въ двигательной области. Для объясненія этого страннаго факта я долженъ снова напомнить Вамъ цитированныя выше изслѣдованія Exner'a, указавшаго, что жевательная мускулатура иннервируется одновременно со стороны обоихъ полушарій, и такимъ путемъ сдѣлавшаго понятною самую рѣдкость жевательныхъ разстройствъ при болѣзняхъ головного мозга.

Если принять во вниманіе эту особенность иннерваціи, то вполне естественно также будетъ допустить, что не функционирующій участокъ коркового поля въ одномъ полушаріи замѣненъ у нашего больного строго соответствующимъ въ другомъ и что, слѣдовательно, его бездѣятельность могла и не проявляться клинически. Тѣсная фізіологическая и анатомическая связь двухъ симметричныхъ центровъ удовлетворительно объясняетъ также, почему при раздраженіи одного изъ нихъ контрактура замѣчается на обѣихъ сторонахъ; она дѣлается намъ понятнымъ, отчего клиническій симптомокомплексъ, съ которымъ мы встрѣтились теперь, можетъ возникнуть и при одностороннемъ пораженіи психомоторной области.

Но здѣсь я долженъ сдѣлать весьма существенную оговорку: въ спеціальной литературѣ мы встрѣчаемъ указанія,

которыя въ значительной степени какъ-бы противорѣчатъ только что приведеннымъ соображеніямъ. Langer въ цитированной выше работѣ, обобщая извѣстные ему случаи контрактуры жевательныхъ мышцъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: нестойкіе припадки тризма, по большей части сочетанные съ другими судорогами, развиваются при различныхъ пораженіяхъ головного мозга и его оболочекъ и не даютъ права заключать ни о характерѣ, ни о локализациіи процесса. Продолжительный тризмъ въ связи съ иными явленіями мозгового страданія дѣлаетъ вѣроятнымъ двустороннее пораженіе въ области коркового центра V-ой пары. Такимъ образомъ Langer утверждаетъ, что длительный тризмъ развивается лишь при наличности двусторонняго фокуса, и этимъ обстоятельствомъ объясняетъ рѣдкость жевательныхъ расстройствъ съ одной стороны, подкрѣпляетъ фізіологическіе взгляды Exner'a съ другой.

Выше однако, приводя наблюденіе Sant'a я уже имѣлъ случай замѣтить, какъ неосновательно Langer оспариваетъ его точность, а между тѣмъ одно это наблюденіе въ состояніи опровергнуть его взглядъ на необходимость симметричнаго заболѣванія при тризмѣ. Да подобной необходимости не требуютъ, очевидно, и изслѣдованія Exner'a, такъ какъ весьма легко допустить переходъ раздраженія въ той или иной степени съ одного пункта полушарія на симметричный въ другомъ, лишь бы между ними оставалась не нарушенною анатомическая связь.

Несравненно болѣе интереса представляютъ соображенія Hirt'a (op. cit.), точно также основанныя на клиническихъ фактахъ.

Изученіе казуистики приводитъ Hirt'a къ двумъ основнымъ положеніямъ: 1) патологическіе процессы въ головномъ мозгу, вызывающіе между другими симптомами тризмъ, локализуются по преимуществу въ лѣвомъ полушаріи; 2) относящіеся сюда чисто корковыя пораженія двусторонни; это осо-

бенно слѣдуетъ сказать о параличахъ жевательныхъ мышцъ,—при нихъ поражены всегда оба иннервационные центры.

Изъ этихъ словъ ясно, что Hirt, какъ это сдѣлали и мы, довольно рѣзко отдѣляетъ случаи тризма отъ паралича жеванія: при первыхъ возможно допустить одностороннее поражение, при вторыхъ—обязательно страданіе обоихъ полушарій. Правда авторъ добавляетъ, что при тризмѣ процессъ обыкновенно захватываетъ лѣвое полушаріе, но нашъ случай категорически противорѣчитъ этому выводу, которому Hirt прилагаетъ между тѣмъ особенное значеніе. Анализируя свое наблюденіе, онъ заключаетъ, что иногда достаточно бываетъ и односторонняго фокуса, чтобы вызвать параличъ жеванія, но въ такомъ случаѣ пострадавшимъ является лѣвое полушаріе. По Hirt'у, слѣдовательно, лѣвое полушаріе обладаетъ для жеванія приблизительно такимъ же значеніемъ, какъ и для рѣчи. Съ подобнымъ взглядомъ однако врядъ ли можно согласиться. Самъ Hirt считаетъ свой случай единственнымъ въ литературѣ по особенностямъ локализации. И въ самомъ дѣлѣ, клиника убѣждаетъ насъ, что при параличѣ жеванія слѣдуетъ ожидать почти навѣрное двусторонняго фокуса. Если сопоставить съ этимъ фактомъ поразительную рѣдкость параличей жеванія вообще, по сравненію съ рѣчевыми расстройствами, не смотря на то, что очаговья заболѣванія мозговой коры въ лѣвомъ полушаріи далеко не принадлежатъ къ рѣдымъ явленіямъ, то отсюда невольно возникаетъ сомнѣніе въ той преобладающей роли лѣваго полушарія, какую ему склоненъ приписывать Hirt. Однако и наблюденіе Hirt'a, какъ бы оно ни стояло особнякомъ, нельзя игнорировать. По всей вѣроятности объясненіе ему слѣдуетъ искать въ индивидуальныхъ свойствахъ субъекта. Мы знаемъ, что развитіе тѣхъ или иныхъ центровъ коры у отдѣльныхъ лицъ представляетъ иногда существенныя отклоненія. Быть можетъ и въ случаѣ Hirt'a мы имѣемъ дѣло съ исключительнымъ развитіемъ центровъ жеванія въ лѣвомъ полушаріи. Правда, это только гипотеза, но, по нашему мнѣнію, она заслуживаетъ предпочтенія, такъ

какъ не стоитъ въ столь прямомъ противорѣчїи съ фактами клиники и физиологїи, какъ взгляды, высказанные Нirt'омъ.

Чтобы закончить свою бесѣду, мнѣ остается только сказать нѣсколько словъ о прогнозѣ.

Вы уже знаете, что въ виду бывшаго сифилиса нашему больному назначено специфическое лѣченіе. Можно ли ожидать отъ него большихъ успѣховъ? Къ сожалѣнію на этотъ вопросъ приходится отвѣтить отрицательно. Если даже допустимъ, что при самыхъ благопрїятныхъ условїяхъ стѣнки измѣненныхъ сосудовъ прїйдутъ къ нормѣ, то во всякомъ случаѣ часть мозгового вещества въ настоящее время уже подверглась некрозу и навсегда останется мертвой массой, могущей тяжко отражаться на функціи пораженныхъ центровъ. Никакая внутренняя терапія здѣсь поэтому не принесетъ исцѣленія.

Немногого можно ждать и отъ хирургическаго вмѣшательства. Вѣроятно у нѣкоторыхъ изъ Васъ явится мысль, нельзя ли удалить пожемы измѣненное мозговое вещество? На это я отвѣчу, что рубецъ, который останется послѣ операціи, въ состояніи столь же, если не болѣе, неблагопрїятно вліять на окружающую нервную ткань, какъ и удаленная часть коры. Вотъ почему улучшеніе послѣ операціи, если только оно послѣдуетъ, будетъ имѣть лишь преходящій характеръ. Пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы сказать, что вообще показанія къ хирургическому вмѣшательству при страданїяхъ центральной нервной системы пока еще очень ограничены. По моему глубокому убѣжденію нѣкоторые изъ современныхъ невропатологовъ излишне увлекаются успѣхами оперативнаго лѣченія и, конечно, рѣзко измѣнили бы свое мнѣніе, если бы дали себѣ трудъ болѣе долгое время слѣдить за своими больными. Они бы часто вспоминали тогда драгоцѣнное правило древнихъ: не посеas!

VIII Съездъ Общества Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова въ Казани.

Въ среду 28 апрѣля, во второмъ часу дня состоялось въ зданіи городского театра первое общее собраніе и торжественное открытіе VIII-го Съезда Общества Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

Предсѣдатель Организационнаго Комитета проф. *А. Г. Ге*, открывая засѣданіе, обратился съ привѣтствіемъ къ дорогимъ гостямъ, собравшимся „на великій праздникъ труда и мысли, этихъ главнѣйшихъ факторовъ умственной жизни человѣка“ и, пожелавъ полного успѣха въ предстоящихъ трудахъ, объявилъ Съездъ открытымъ. Вслѣдъ за рѣчью проф. *А. Г. Ге* былъ исполненъ народный гимнъ, послѣ чего секретаремъ Организационнаго Комитета проф. *Л. О. Даркшевичемъ* было объявлено объ избраніи Почетнымъ Предсѣдателемъ Съезда проф. *В. М. Тарновскаго*, его товарищемъ—д-ра *В. И. Долженкова*, почетными секретарями Съезда профессоровъ: *А. А. Боброва* и *О. О. Мочутковскаго*; мѣстомъ слѣдующаго Съезда *Москва*, а временемъ—*декабрь 1901 года*.

Далѣе слѣдовала рѣчь вновь избраннаго предсѣдателя, покрытая громкими аплодисментами. Прочитаны привѣтственные телеграммы отъ различныхъ медицинскихъ Обществъ и профессоровъ, послѣ чего послѣдовали привѣтственные рѣчи *Г. Казанскаго Губернатора*, *Губернскаго Предводителя Дворянства Н. Д. Сазанова* и рѣчь *Казанскаго Городскаго Головы С. В. Дьяченко*. Послѣ рѣчи г. *Городскаго Головы Почетный Предсѣдатель Съезда* сообщилъ, что членами Съезда, по ихъ собственной инициативѣ, открыта подписка въ пользу голодающихъ крестьянъ *Казанской губ.*, давая въ настоя-

щее время около 5000 рублей. Далѣе послѣдовали привѣтствія проф. Н. М. Любимова отъ Совѣта Императорскаго Казанскаго Университета и проф. Н. Н. Феноменова отъ Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ. Въ заключеніе были произнесены рѣчи профессорами А. А. Бобровымъ: „*О современной хирургіи въ дѣль врачеванія*“ и О. О. Мочутковскимъ: „*Объ этиологіи тубис*“.

Всѣ произносившіяся привѣтствія и рѣчи были встрѣчаемы членами Съѣзда и посторонней публикой съ горячимъ сочувствіемъ и долго несмолкавшими аплодисментами. Въ 3^{1/2} часа дня Почетный Предсѣдатель Съѣзда, закрывая засѣданіе, выразилъ благодарность присутствующимъ членамъ Съѣзда и въ особенности посторонней публикѣ за тотъ интересъ и вниманіе, съ которымъ она отнеслась къ происходящему на засѣданіи, не смотря на чисто спеціальный характеръ сдѣланныхъ на этомъ собраніи сообщеній.

Съ 29 Апрѣля начались занятія въ секціяхъ Съѣзда, причемъ занятія были распределены отъ 10—1 ч., отъ 2—5 ч. и отъ 8 ч. вечера.

Мы намѣрены дать лишь краткій отчетъ о засѣданіяхъ въ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, отсылая желающихъ болѣе подробно познакомиться къ протоколамъ засѣданій, помѣщенныхъ въ Дневникъ Седьмого Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

I-ое засѣданіе секціи душевныхъ и нервныхъ болѣзней (29 Апрѣля отъ 10—1 ч. дня).

Завѣдующій секціей проф. *Н. М. Поповъ*, открывая засѣданіе, сообщилъ нѣсколько словъ о характерѣ работы, которая выпадаетъ на долю данной секціи. Прежде всего должны быть подвергнуты обсужденію програмныя вопросы; далѣе, вопросъ, оставшійся отъ прошлаго Пироговскаго Съѣзда— „о душевной болѣзни, какъ поводъ къ разводу“,—для обсужденія котораго будутъ приглашены и юристы. Остальное время будетъ посвящено нѣсколькимъ случайнымъ (внѣпрограмнымъ) сообщеніямъ. Были прочитаны привѣтственные телеграммы отъ проф. С. С. Корсакова и д-ра Грейденбергъ.

Почетнымъ предсѣдателемъ засѣданія избранъ д-ръ *С. И. Штейнбергъ* (Саратовъ). Почетнымъ предсѣдателемъ слово было предоставлено проф. *В. Ф. Чижу* и д-ру *В. П. Осипову* (Петербургъ), доклады которыхъ на тему: „*Постельный*“

режимъ, его примѣненіе и терапевтическое значеніе“ были сдѣланы одинъ за другимъ.

Возраженія послѣдовали со стороны д-ра Тройнина (Н.-Новгородъ) по поводу положенія, выставленнаго проф. В. Ф. Чижемъ, „что постельное содержаніе не оказываетъ вліянія ни на теченіе, ни на исходъ душевныхъ болѣзней“. Д-ръ Тройнинъ, соглашаясь съ докладчикомъ, что постельное содержаніе не вліяетъ на исходъ заболѣванія и не сокращаетъ его продолжительности, не могъ согласиться съ тѣмъ, что постельное содержаніе не вліяетъ и на теченіе; по его личному наблюденію теченіе болѣзни дѣлается, такъ сказать, „мягче“. Кромѣ того д-ръ Тройнинъ отмѣтилъ, что постельное содержаніе должно разсматривать лишь какъ симптоматическое средство и оцѣнка его по отношенію къ извѣстной формѣ болѣзни будетъ неправильна, такъ какъ нужно имѣть въ виду симптомы, а не форму страданія. На основаніи только что высказаннаго взгляда, онъ не можетъ считать Psychosis epileptica формой, удобной для примѣненія постельнаго содержанія, какъ считаетъ проф. Чижа, а наоборотъ, при Psychosis epileptica, по его наблюденію, постельный режимъ можетъ быть примѣненъ рѣдко, если принимать во вниманіе не форму, а общую симптоматику. Возражалъ также д-ръ Тройнинъ на замѣчаніе проф. Чижа, что при Paganoja chronica постельный режимъ прямо противопоказанъ, благодаря дурному вліянію на характеръ бредовыхъ идей. Д-ръ Тройнинъ, горячо отстаивая свое основное положеніе, что нужно принимать во вниманіе симптомы, а не форму болѣзни, считаетъ совершенно неосновательнымъ выдѣлять такъ рѣзко лишь Paganoja chronica, такъ какъ постельный режимъ можетъ оказаться противопоказаннымъ и при другихъ заболѣваніяхъ въ зависимости отъ характера симптомовъ.

По адресу д-ра Осипова д-ръ Тройнинъ замѣтилъ, что докладъ д-ра Осипова можетъ служить лишь журнальной статьей, такъ какъ личныхъ наблюденій докладчикъ не выказываетъ. Помимо этого наблюденія надъ вліяніемъ постельнаго режима въ клиникахъ, гдѣ работаетъ докладчикъ, не могутъ быть полными уже потому, что производятся надъ больными, помѣщаемыми по выбору и въ большинствѣ случаевъ удобными для постельнаго содержанія; клиники „не знаютъ многихъ такихъ больныхъ, которые не рѣдко бываютъ въ земскихъ больницахъ“. Земство въ этомъ отношеніи поставлено въ инныя условія; проводить постельный режимъ „въ

глухихъ углахъ“ провинціи въ виду невѣжества и грубости служительскаго персонала и многихъ другихъ неудобствъ крайне трудно (заявленіе д-ра Целерицкаго—Вятка). Въ Вятской больницѣ продолжаетъ д-ръ Целерицкій, приходится прибѣгать къ влажнымъ обертываніямъ, правда не въ цѣляхъ „пеленанія“, только потому, что чувствуется недостатокъ воды для ваннъ.

Проф. В. Ф. Чижа въ отвѣтъ на замѣчанія д-ра Тройнина возразилъ, что „нѣкоторые“ эпилептики дѣйствительно не могутъ пользоваться постельнымъ режимомъ; что же касается вліянія режима на проявленія болѣзни, то онъ согласенъ, что проявленія болѣзни поддаются постельному содержанию. Пеленанія, по мнѣнію проф. Чижа, слѣдуетъ избѣгать, такъ какъ больные при этомъ борются, а слѣдовательно, это для нихъ является уже стѣсненіемъ.

Д-ръ В. П. Осиповъ на замѣчанія д-ра Тройнина отвѣтилъ, что докладъ его посвященъ изслѣдованію литературной стороны вопроса, но что касается собственныхъ наблюденій то, конечно, они немногочисленны, однако даютъ право на выводы; подробности можно будетъ прочесть въ его докладѣ, когда онъ будетъ напечатанъ, а также и въ вышедшей уже работѣ.

Кромѣ того въ преніяхъ принялъ участіе д-ръ *Сухановъ* (Москва), замѣтившій по адресу проф. Чижа, что постельное содержаніе можетъ имѣть въ нѣкоторыхъ случаяхъ и терапевтическое значеніе (въ положеніяхъ проф. Чижа обозначено, что постельный режимъ не можетъ считаться лечебнымъ средствомъ). Если въ настоящее время не установлено, замѣчаетъ д-ръ Сухановъ, сокращаетъ ли постельное содержаніе теченіе острыхъ психозовъ, то мы знаемъ, что оно вліяетъ на сонъ, на возбужденіе, т. е. сохраняетъ силы больныхъ, а слѣдовательно имѣетъ извѣстную степень терапевтическаго значенія.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ (Казань) по поводу докладовъ сообщилъ результаты совмѣстныхъ, непосредственныхъ наблюденій надъ вліяніемъ постельнаго режима врачей Казанской Окружной Лечебницы, имѣвшихъ по этому вопросу спеціальныя собранія и собесѣдованія.

Д-ръ *Добротворскій* (Петербургъ) указалъ, что примѣненіемъ постельнаго режима часто достигается только кажу-

щихся успокоеніе больныхъ: душевное напряженіе остается и проявляется во всякомъ удобномъ случаѣ.

Д-ръ Фридландъ (Пенза) на основаніи своихъ чисто практическихъ наблюденій заявилъ, что постельный режимъ не устраняетъ переполненіе больницъ и не даетъ возможности уменьшить количество прислуги, наоборотъ требуетъ ея увеличенія и улучшенія въ качественномъ отношеніи. Кромѣ того имъ же высказано желаніе, чтобы самый терминъ „постельный режимъ“ былъ исключенъ изъ употребленія и замѣненъ словами „постельное содержаніе“; подобное предложеніе сочувственно принято и другими, такъ какъ съ замѣной „режимъ“ „на содержаніе“ исключается до извѣстной степени представленіе о шаблонности: одного постельнаго режима безъ изоляціи въ иныхъ случаяхъ примѣнить совершенно невозможно.

Помимо выше перечисленныхъ лицъ приняли живое участіе въ преніяхъ и многіе другіе. Общее впечатлѣніе, которое пришлось вынести намъ изъ слышаннаго, такого рода, что время увеличенія постельныхъ режимомъ прошло; теперь, благодаря накопившимся наблюденіямъ и опыту можно уже отнестись къ вопросу критически; въ настоящее время, врядъ ли кто сочтетъ возможнымъ проведеніе постельнаго режима во всей его полнотѣ, режима, исключающаго вполне изоляцію. Однако положеніе постельнаго содержанія достаточно упрочено въ психіатріи, и темныя стороны его не могутъ вести къ уничтоженію режима; благодаря имъ необходимо относиться критически къ каждому случаю и принципъ индивидуализаціи долженъ стоять на первомъ планѣ.

Въ виду поздняго времени окончаніе преній было отложено на 2 мая. Засѣданіе было окончено предложеніемъ проф. О. О. Мочутковскаго послать телеграмму проф. А. Я. Кожевникову и предложеніемъ д-ра Тройнина отправить телеграмму проф. С. С. Корсакову.

II-ое засѣданіе секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней (29 Апрѣля отъ 2—5 ч. дня).

Почетнымъ Предсѣдателемъ избранъ проф. О. О. Мочутковскій. Сдѣланъ докладъ д-ромъ Сухановымъ на тему: „Къ патологической анатоміи нервной кѣтки“ (съ демонстраціей рисунковъ). Существенныхъ возраженій докладчику сдѣ-

лено не было, но былъ предложенъ рядъ вопросовъ (профессорами: В. Ф. Чижемъ, О. О. Мочутковскимъ и Л. О. Даркшевичемъ и д-рами: В. П. Осиповымъ, А. Е. Янишевскимъ, Агаповымъ и Бари) съ цѣлью выясненія нѣкоторыхъ деталей доклада.

III-е засѣданіе секціи душевныхъ и нервныхъ болѣзней (30-го Апрѣля отъ 10—1 ч. дня).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ В. Ф. Чижъ.

Сдѣланъ докладъ д-ромъ Добротворскимъ (Петербургъ) на тему: „*Острый бредъ*“. Положенія, представленныя референтомъ, не встрѣтили прямыхъ возраженій, но докладъ вызвалъ живой обмѣнъ мыслей между присутствующими. Инфекціонное происхожденіе остраго бреда нужно считать безспорнымъ; острый бредъ болѣзнь чаще встрѣчающаяся, чѣмъ полагаютъ; заболѣваніе это настолько же должно бы принадлежать вѣдѣнію психіатровъ, какъ и вѣдѣнію терапевтовъ, которыми оно наблюдается можетъ быть чаще, но не діагностируется, какъ таковое.

Второй докладъ, представленный д-ромъ И. И. Наумовымъ — „*Къ вопросу о служебно-матеріальномъ положеніи врача-психіатра*“ — вызвалъ возраженія главнымъ образомъ со стороны земскихъ психіатровъ. Прежде всего былъ подвергнутъ обсужденію взглядъ референта, что положеніе врача-психіатра несравненно тяжелѣе, чѣмъ служебно-матеріальное положеніе врача иной отрасли медицины. Трудъ психіатра своеобразенъ, — противъ этого не могло быть возраженій, — но тяжелое служебно-матеріальное положеніе его не можетъ быть разсматриваемо, какъ нѣчто особенное, такъ какъ служебно-матеріальное положеніе вообще „врача“, а земскаго въ особенности, требуетъ улучшенія. Опасности, которымъ подвергается психіатръ со стороны больныхъ, нельзя еще поставить въ доказательство исключительной тяжести положенія психіатра: опасностямъ для своей жизни подвергаются всѣ врачи, особенно земскіе, которымъ постоянно приходится рисковать своей жизнью и благосостояніемъ своей семьи въ борьбѣ съ эпидеміями, въ разъѣздахъ и проч. проч. Среди присутствующихъ нашлись конечно лица, которымъ пришлось испытать и службу земскаго участковаго врача и службу психіатра, и они то, дѣлая сопоставленіе, высказывали мнѣніе, что было бы эгоистично со стороны секціи выдѣлить какъ

нѣчто особенное положеніе лишь психіатра; вопросъ этотъ подлежитъ обсужденію на равнѣ съ другими вопросами врачебнаго быта, но не долженъ принадлежать одной секціи. Но заговоривъ о положеніи врачей-психіатровъ, нельзя было пройти молчаніемъ о положеніи высшаго медицинскаго персонала психіатрическихъ заведеній, о которомъ дѣйствительно, такъ мало заботятся. Вся тяжесть службы высшей медицинской братіи и служительскаго персонала была наглядно обрисована земскими психіатрами, и предложеніе выдвинуть этотъ вопросъ на очередь вызвало горячее сочувствіе.

Члены съѣзда были весьма благодарны докладчику, затронувшему подобный вопросъ, но высказали желаніе взглянуть на положеніе вещей шире, рассмотреть вопросъ объ улучшеніи вообще врачебнаго быта, а точно также и объ улучшеніи положенія высшаго медицинскаго персонала, на что, считаемъ долгомъ отмѣтить, и въ докладѣ д-ра Наумова обращено особенное вниманіе, и вопросы, поставленные по этому поводу, приняты были весьма сочувственно.

Въ виду поздняго времени засѣданіе было отложено до 2-го Мая.

IV-ое засѣданіе секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней (30-го Апрѣля отъ 2—5 ч.).

Почетная председательница засѣданія—П. Н. Тарновская. Докладъ проф. В. Ф. Чижана—*„Терапія Базедовой болѣзни“*, прослушанный присутствующими съ особеннымъ интересомъ, нашелъ въ своихъ выводахъ полное подтвержденіе, сдѣланное на основаніи клиническаго опыта проф. Л. О. Даркшевича и проф. Н. М. Попова.

Въ гальванизации мы имѣемъ единственное пока средство, способствующее весьма значительному улучшенію, а въ легкихъ и поправленію больныхъ. Подвергся обсужденію вопросъ о томъ, какимъ образомъ дѣйствуетъ гальванизация, путемъ ли внушенія и самовнушенія, проходитъ ли болѣзнь самостоятельно, или же всю силу дѣйствія нужно приписать гальванизации. Изъ наблюденій, сообщенныхъ по этому поводу проф. Н. М. Поповымъ и проф. Л. О. Даркшевичемъ, можно было прийти къ выводу, что въ дѣлѣ леченія Базедовой болѣзни играетъ роль исключительно *гальванизация*.

Можно сожалѣть, что это засѣданіе не могли посѣтить хирурги, наблюденія которыхъ были бы весьма цѣнны для невропатологовъ.

Далѣе слѣдоваль докладъ проф. Мочутковскаго—*„Этіологія стинной сухотки“*.

Въ виду большого интереса, представляемаго докладомъ, рѣшено было посвятить для него время отъ 2—5 ч. дня 2-го Мая, но проф. В. Ф. Чижевскій просилъ позволить слѣлать ему возраженія сейчасъ же, такъ какъ онъ долженъ до 2-го мая покинуть Казань.

Проф. В. Ф. Чижевскій заявилъ, что онъ въ основѣ уже не можетъ согласиться съ докладчикомъ, который свои выводы дѣлаетъ на ложныхъ основаніяхъ. Нельзя логически допустить, что рядъ разнообразныхъ причинъ можетъ произвести одну и ту же болѣзнь, такъ какъ каждая причина имѣетъ свое слѣдствіе, ей только принадлежащее. Возраженія проф. О. О. Мочутковскаго, что разнообразныя причины производятъ одно и тоже заболѣваніе, напр. невритъ, неврастенію, не казались убѣдительными для оппонента; онъ не могъ согласиться, что невриты, равные по этиологіи, вполне аналогичны по результатамъ воздѣйствія этихъ причинъ, а относительно неврастенія онъ лично держится единства причины при ней (половыя аномаліи), за недостаткомъ времени дальнѣйшія пренія по поводу доклада, отложены были на 2-е мая.

V-ое засѣданіе секціи душевныхъ и нервныхъ болѣзней (1-е мая отъ 10—1 ч. дня).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Д. П. Коссовъ.

Докладъ Правленія О-ства Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова VII-му съѣзду—*„О расторгженіи брака вслѣдствіе душевной болѣзни одного изъ супругов“*.

Вопросъ, предстоящій обсужденію на данномъ засѣданіи секціи, благодаря особенному интересу не только медицинскому но общественному и юридическому, привлекъ массу публики, г.г. юристовъ, специально приглашенныхъ на это засѣданіе, и членовъ Съѣзда другихъ секцій. Убѣдительныя рѣчи г.г. представителей юриспруденціи нисколько не противорѣчили тѣмъ мнѣніямъ, которыя выработаны психіатрическими Обществами о желательности расторгненія брака въ тѣхъ случаяхъ, когда съ несомнѣнностью доказано, что одинъ изъ супруговъ неизлѣчимо боленъ душевной болѣзью, когда, слѣдовательно, самый принципъ брака, какъ физическаго и ду-

ховнаго единенія, уничтоженъ. Возникали лишь разсужденія по поводу деталей поставленнаго вопроса относительно положенія разведеннаго лица, его обезпеченія, положенія дѣтей и пр. Со стороны медиковъ возникали вопросы о постановки дѣла экспертизы, о срокѣ, необходимомъ для рѣшенія вопроса объ неизлѣчимости. Относительно срока высказывались мнѣнія, что нѣтъ основанія назначать опредѣленный срокъ, 3 и 5—лѣтній; дѣло это должно быть предоставлено специалистамъ, такъ какъ рѣшеніе его болѣе или менѣе скорое всецѣло зависить отъ свойства даннаго случая.

Земскіе психіатры освѣтили вопросъ со стороны чисто житейской. Среди крестьянъ бракъ является не только физическимъ и духовнымъ союзомъ, но и союзомъ экономическимъ. Иллюстрируя свои доводы примѣрами, лично ими наблюдаемыми, когда одинъ изъ супруговъ находился у нихъ въ заведеніи, они старались доказать, что разводъ и возможно скорый необходимъ для поддержанія семьи, для дѣтей, которымъ необходима мать, для хозяйства, въ которомъ требуется работница или работникъ.

Общее мнѣніе такъ или иначе клонилось въ положительномъ смыслѣ, но проф. В. Ф. Чижъ повторилъ тоже, что имъ было сказано на VI Пироговскомъ Съѣздѣ въ Кіевѣ, а именно, что вопросъ этотъ не подлежитъ врачебному обсужденію, такъ какъ условія развода установлены догматическимъ правомъ и не могутъ быть измѣнены.

Окончательная формулировка рѣшенія было отложена на завтра.

VI-ое засѣданіе секціи душевныхъ и нервныхъ болѣзней (2 мая отъ 10—1 ч.).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ д-ръ В. П. Осиповъ.

Послѣ нѣкотораго обмѣна мыслей секціей была принята формулировка мнѣній о расторгимости брака вслѣдствіе душевной болѣзни одного изъ супруговъ, предложенная проф. Н. М. Поповымъ:

*Душевное заболѣваніе можетъ служить поводомъ къ расторженію брака, если оно неизлѣчимо и если оно уже произвело рѣзкія измѣненія въ психической личности.**

Вслѣдъ за этимъ секція по предложенію проф. Н. М. Попова нашла союзъ невропатологовъ и психіатровъ жела-

тельнымъ, вопросъ о немъ постановила сдѣлать программнымъ на будущемъ Пироговскомъ съѣздѣ и въ дополненіе къ составу комиссіи, занимающейся теперь этимъ вопросомъ, избрала проф. Н. М. Попова, д-ра Суханова и д-ра Целерицкаго.

Д-ръ И. И. Наумовъ просилъ секцію высказаться определенно по поводу его доклада: къ вопросу о служебно-матеріальномъ положеніи врача-психіатра.

Послѣ дебатовъ, во время которыхъ большинство находило неудобнымъ рѣшать вопросъ о положеніи психіатровъ въ специальной секціи, собраніе нашло желательнымъ выдвинуть этотъ вопросъ на будущемъ Пироговскомъ съѣздѣ въ секціи врачебнаго быта.

VII-ое засѣданіе секцій нервныхъ и душевныхъ болѣзней (2-ое мая отъ 2—5 ч. дня).

Почетной Предсѣдательницей засѣданія была избрана *И. Тарновская*.

Все засѣданіе было посвящено преніямъ по докладу проф. О. О. Мочутковскаго—*„Объ этиологіи спинной сухотки“*.

Чтобы дать вкратцѣ понятіе о докладѣ проф. О. О. Мочутковскаго, мы воспользуемся свѣдѣніями, полученными изъ его рѣчи, произнесенной на открытіи Съѣзда; на засѣданіи же секціи почтеннымъ докладчикомъ были представлены лишь положенія и таблицы.

Работа проф. О. О. Мочутковскаго—*„Объ этиологіи tabis“*.—готовилась къ докладу на XII международномъ Конгрессѣ въ Москвѣ въ 97 г., но за недостаткомъ времени была отложена, почему и печатается лишь въ настоящее время. Проф. Мочутковскій съ 1878 года былъ полный сторонникъ ученія Fournier о сифилитическомъ происхожденіи табеса, но съ теченіемъ времени по мѣрѣ накоплѣнія наблюденій и расширенія своего личнаго опыта, вѣра въ истинность ученія Fournier была поколеблена настолько, что докладчикъ въ 1882 году специально занялся этимъ вопросомъ, и почтенный матеріаль, имѣющійся уже въ данное время у него въ рукахъ, заставляетъ его прійти къ иному выводу. Въ таблицахъ проф. О. О. Мочутковскаго значится 15 причинъ заболѣванія, отмѣченныхъ самими больными, между которыми на первомъ мѣстѣ стоятъ половыя излишества. Если сопоставить этиоло-

гическую таблицу Erb'a, то оказывается, что половыя излишества занимаютъ 7-ое мѣсто, а сифилисъ первое, тогда какъ у проф. Мочутковскаго совершенно наоборотъ. Половыя излишества, замѣчаетъ проф. Мочутковскій, чаще всего сочетаются съ сифилисомъ и другими разрушительными условіями, обыкновенно свойственными неумѣренной жизни. Изъ числа табетиковъ (1662 ч.) сифилитиковъ несомнѣнныхъ и вѣроятныхъ однако было лишь 36,00/0. Докладчикомъ были представлены доказательства Erb'a о сифилитической причинѣ табеса и критически имъ разобраны на основаніи личныхъ наблюденій надъ занимающимъ его вопросомъ. Рѣчь свою проф. О. О. Мочутковскій закончилъ словами: „Новый свѣтъ, пролитый въ науку Fournier и усиленный Erb'омъ около 25 лѣтъ тому назадъ, не вывелъ насъ изъ лѣса на чистую поляну, наоборотъ онъ лишь сгустилъ тотъ туманъ, въ которомъ мы пребывали раньше“.—Пренія по поводу доклада происходили между проф. О. О. Мочутковскимъ и проф. Л. О. Даркшевичемъ, сторонникомъ сифилитического происхожденія табеса. Видимо раздѣляли мнѣніе докладчика проф. В. М. Тарновскій, О. В. Петерсенъ и Н. М. Поповъ.

Послѣдователь ученія Fournier-Erb'a—проф. Даркшевичъ представилъ въ своей рѣчи картину полного соотвѣтствія между этиологической причиной, теченіемъ и исходомъ tabis, теорію, по которой все объяснялось, все находило оправданіе настолько, что давало ему возможность съ кафедры говорить это своимъ ученикамъ. Если въ основѣ tabis лежитъ не сифилисъ, а нѣчто другое, то со словами „ignogamus“ мы опять уходимъ въ тотъ лѣсъ, изъ котораго могли выйти благодаря Fournier-Erb'у, мы снова должны искать объясненія тому многому, что такъ хорошо объяснялось, если признавали въ этиологіи tabis сифилитическую инфекцію.

Рядомъ съ вопросомъ объ этиологіи tabis возникъ вопросъ о дѣйствиіи при спинной сухоткѣ антисифилитическаго леченія, какъ доказательства сифилитическаго происхожденія табеса. Какъ самъ референтъ, такъ и профессора: В. М. Тарновскій, Петерсенъ и Н. М. Поповъ на основаніи своей практики доказывали, что антисифилитическое леченіе не даетъ улучшенія при табесѣ, а чаще ухудшаетъ и ускоряетъ теченіе процесса.

VIII-ое засѣданіе секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней (3-е Мая отъ 2—5 дня).

Почетный предсѣдатель—д-ръ С. А. Сухановъ.

Д-ръ П. А. Останковъ доложилъ: „Рефлексы при спинной сухоткѣ“. Основное положеніе въ докладѣ—антагонизмъ кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ при tabes; именно въ первыхъ двухъ періодахъ сухотки кожные рефлексы (брюшной и надчревный) могутъ быть повышенными, тогда какъ коленный рефлексъ и рефлексъ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ.

По поводу доклада были сдѣланы замѣчанія Осиповымъ, Клячкинымъ, Бари и проф. Мочутковскимъ.

Д-ръ В. П. Первушинъ доложилъ: „Къ вопросу о прогрессирующей формѣ неврита плечевого сплетенія. „Теченіе процесса можетъ быть въ слѣдующихъ формахъ: а) медленное улучшеніе вскорѣ послѣ начала болѣзни, б) развитіе до астме, а затѣмъ или медленное улучшеніе или остановка, и с) медленный прогрессъ болѣзни. Въ основѣ лежитъ инфекціонный процессъ.

Въ преніяхъ по поводу доклада участвовали Целерицкій, Бари, Фаворскій, Фридландъ, Агаповъ и Сухановъ.

5 Мая въ 1 ч. дня въ зданіи городского театра состоялось второе общее собраніе и торжественное закрытіе VII Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова въ Казани. Кромѣ рѣчей отъ лица Съѣзда по адресу организаціоннаго комитета, администраціи города и городского Головы и доклада товарища предсѣдателя д-ра В. И. Долженкова о результатахъ Съѣзда, произнесены были рѣчи профессоромъ К. К. Дегіо:—„Проказа и борьба съ нею“ и проф. Г. Н. Габричевскимъ—„О предохранительныхъ мѣрахъ борьбы съ дифтеріей“.

Вл. Образцовъ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Ch. Vallon et Ar. Marie. Les aliénés en Russie 1899.

Недавно въ Парижѣ появилась въ продажѣ новая книга подъ выписаннымъ заглавіемъ, составленная двумя французскими психіатрами. Одинъ изъ авторовъ (Ch Vallon) состоитъ старшимъ врачомъ больницы для душевно-больныхъ близъ Парижа (Asile d'aliénés de Villejnif), а другой (Ar. Marie)—врачемъ-директоромъ de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Оба автора были официальными делегатами на международномъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ въ 1897 году и воспользовались этимъ случаемъ, чтобы осмотрѣть всѣ главнѣйшія психіатрическія заведенія въ Россіи, тѣмъ болѣе, что эта задача также входила въ программу ихъ командировки. Настоящая книга такимъ образомъ представляетъ собою какъ бы отчетъ объ ихъ командировкѣ, причемъ этотъ отчетъ касается лишь результатовъ осмотра психіатрическихъ больницъ и клиникъ.

Нужно отдать справедливость французскимъ авторамъ въ томъ, что они отнеслись къ своему дѣлу очень добросовѣстно. Книга представляетъ собою довольно объемистый трудъ въ 387 страницъ, составлена очень умѣло, послѣдовательно и снабжена многими планами, чертежами и фотографическими снимками. Книга раздѣлена на 8 главъ. Въ первой главѣ изложена исторія развитія психіатрическаго дѣла въ Россіи. Эта глава составлена по работамъ Архангельскаго, Мержеевскаго и Роте. Вторая глава содержитъ общія указанія объ устройствѣ въ Россіи психіатрическихъ заведеній;

здѣсь приводятся свѣдѣнія о содержаніи душевно-больныхъ, о стоимости построекъ, объ отопленіи, освѣщеніи, о ватеръ-клозетахъ, далѣе о режимѣ и леченіи душевно-больныхъ, объ ихъ количествѣ, объ организаціи (медицинской и административной), о медицинскомъ персоналѣ, служителяхъ и т. д. Въ третьей главѣ описываются главнѣйшія психіатрическія заведенія Варшавы, Москвы и Петербурга. Четвертая глава посвящена провинціальнымъ заведеніямъ для душевно-больныхъ, причемъ вкратцѣ описываются слѣдующія больницы: Нижегородская, Екатеринославская, Одесская, Саратовская, Харьковская, Тамбовская, Херсонская, Тульская, Новгородская, Полтавская, Рязанская, Тверская, Казанская, Симферопольская. Въ пятой главѣ описываются психіатрическія клиники какъ столичныя, такъ и провинціальныя, причемъ излагается какъ исторія возникновенія клиникъ, такъ равно и постановка въ нихъ дѣла преподаванія. Шестая глава посвящена описанію психіатрическаго отдѣленія Николаевского Военнаго Госпиталя въ Петербургѣ. Въ седьмой главѣ даются краткія указанія о нѣкоторыхъ частяхъ психіатрическихъ заведеніяхъ Москвы и Петербурга. Наконецъ въ 8 главѣ приведены главнѣйшія законоположенія о душевно-больныхъ въ Россіи, которыя извлечены изъ судебной психопатологіи д-ра Сербскаго.

Мы должны быть благодарны нашимъ французскимъ собратамъ по профессіи, д-ру Валлону и д-ру Мари, за ихъ обстоятельный трудъ, благодаря которому иностранные психіатры могутъ получить достаточно ясное представленіе о постановкѣ въ Россіи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ, со всѣми его недостатками, особенностями и преимуществами.

Авторы особенно подробно описываютъ Московскую психіатрическую клинику и клинику душевныхъ болѣзней въ Петербургѣ, причемъ отзываются объ устройствѣ этихъ клиникъ съ большой похвалой, заявляя, что во Франціи ничего подобнаго встрѣтить нельзя. Что касается русскихъ психіатровъ, то объ нихъ авторы даютъ очень лестный отзывъ, называя ихъ весьма образованными, знающими языки и очень свѣдующими въ своей спеціальности.

За исключеніемъ немногихъ и несущественныхъ неточностей, особенно по отношенію къ провинціальнымъ психіатрическимъ лечебницамъ, въ общемъ авторы въ своей книгѣ даютъ вѣрныя и достаточно подробныя свѣдѣнія объ устрой-

ствѣ русскихъ психіатрическихъ больницъ и вообще объ организаціи въ Россіи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ.

Б. Воротынский.

Рефераты по гистологіи нервной системы.

1) А. С. Догель Гистологическія изслѣдованія. Вып. I. Зап. Импер. Академіи Наукъ, т. VII-ой

2) E. Heimann. Beiträge zur Kenntniss der feineren Structur der Spinalganglien. Virchow's Archiv., Bd. 152, H. 2., стр. 298.

3) Онъ же. Ueber die feinere Structur der Spinalganglienzellen. Fortschritte der Medic. 1898. Bd. 16, № 9.

4) Van Gehuchten и Ch. Nelis. Quelques points concernant la structure de cellules des ganglions spinaux. „La Cellule“, recueil de cytologie et d'histologie generale. 1898 2 вып.

5) Vladislav Kužička. Untersuchungen über die feinere Structur der Nervenzellen und ihrer Fortsätze. Archiv. f. microsc. Anat. 1899 г. H. 4, Bd. 53.

Къ вопросу о структурѣ нервныхъ клѣтокъ вообще А. С. Догель (1) возвращается нерѣдко и старается подойти къ рѣшенію его при помощи методовъ Ehrlich'a. Такъ и на этотъ разъ онъ изучаетъ между прочимъ структуру спинномозговыхъ ганглиевъ многихъ млекопитающихъ животныхъ. Онъ указываетъ, что нервныя клѣтки спинномозговыхъ узловъ, какъ и симпатическія, клѣтки сѣтчатки, центральной нервной системы окрашиваются далеко не всѣ, а лишь извѣстное—большее или меньшее ихъ количество. Обыкновенно въ первые 5—10' дѣйствія красящаго вещества въ каждомъ ганглиѣ окрашивается только нѣсколько клѣтокъ, затѣмъ количество ихъ постепенно возрастаетъ и ко времени фиксаціи препарата, спустя $1\frac{1}{2}$ —2— $2\frac{1}{2}$ часа отъ начала окрашивания уже многія клѣтки кажутся синими. Клѣтки красятся не всѣ одинаково: однѣ очень слабо, другія сильнѣе, третьи принимаютъ интенсивно темносиній (до фиксаціи) цвѣтъ. Окрашивается въ клѣткахъ только зернистое хромофильное вещество. Расположеніе его нѣсколько разнится въ клѣткахъ большой, средней и малой величины и выступаетъ не сразу при дѣйствіи краски, а постепенно, причемъ иногда клѣтка бываетъ

сплошь вся составлены изъ зернышекъ, за исключеніемъ основнаго промежуточнаго вещества и периферіи клѣтки. При детальномъ изслѣдованіи авторъ наблюдалъ распредѣленіе зернышекъ правильными рядами или нитями въ трехъ направленіяхъ—параллельномъ, меридіанальномъ и косомъ, пересекающемся съ первыми. Чѣмъ менѣе зернышки, тѣмъ отчетливѣе различаются расположеніе ихъ отдѣльными рядами. Въ клѣткахъ, хромофильное вещество которыхъ имѣетъ видъ зеренъ или глыбокъ, обыкновенно уже исчезаетъ такая правильность въ ихъ распредѣленіи, какая наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда оно представляется въ формѣ зернышекъ. Въ клѣткахъ малой величины глыбокъ немного, и онѣ располагаются безъ особенной правильности; въ клѣткахъ большей величины глыбки часто лежатъ рядами, тогда въ периферическомъ слоѣ клѣтокъ ряды глыбокъ идутъ циркулярно. Но вообще авторъ отмѣчаетъ, что клѣтки, въ которыхъ хромофильное вещество является въ видѣ глыбокъ, встрѣчаются въ каждомъ ганглиѣ въ очень ограниченномъ количествѣ по сравнению съ клѣтками, въ которыхъ оно имѣетъ форму мелкихъ зернышекъ.

Основное вещество спинномозговыхъ клѣтокъ остается обыкновенно совсѣмъ неокрашеннымъ метиленовой синью, или окрашивается слабо, или же принимаетъ настолько интенсивный синій цвѣтъ, что въ подобныхъ клѣткахъ лишь съ трудомъ, и то не всегда, можно разобрать присутствіе глыбокъ и ядра. Все это даетъ автору право высказать, что спинномозговья клѣтки по особенному, имъ присущему расположенію ниточекъ и зернышекъ хромофильнаго вещества, занимаютъ совершенно обособленное мѣсто среди другихъ клѣтокъ центральной нервной системы, въ томъ числѣ и двигательныхъ.

Опровергая взглядъ Held'a, авторъ высказывается, что однородный (гомогенный) видъ живой протоплазмы еще не можетъ служить доказательствомъ отсутствія въ ней различнаго рода зернышекъ, такъ какъ послѣднія вслѣдствіе одинаковой преломляемости съ основнымъ протоплазматическимъ веществомъ могутъ быть не замѣтны при обыкновенныхъ условіяхъ. Далѣе, постоянное, опредѣленное и правильное распредѣленіе зернышекъ, наблюдаемое въ протоплазмѣ спинномозговыхъ клѣтокъ, а равно опредѣленная величина ихъ и форма не могли бы имѣть мѣста, если бы зернышки являлись продуктомъ дѣйствія на извѣстныя части плазмы тѣхъ или другихъ реагентовъ. Поэтому онъ твердо убѣжденъ въ

томъ, что въ составъ, какъ спинномозговыхъ, такъ и вообще всѣхъ нервныхъ клѣтокъ входятъ: основное вещество въ видѣ мелкихъ зернышекъ и нити (фибриллы). Что же касается тѣлецъ Nissl'я, то принимая во вниманіе свои наблюденія надъ строеніемъ нервныхъ клѣтокъ сѣтчатки, авторъ допускаетъ въ видѣ предположенія, что появленіе ихъ въ клѣткахъ объясняется *длительнымъ состояніемъ послѣднихъ* или вліяніемъ на нихъ какихъ-либо другихъ условій, въ силу которыхъ зернышки собираются въ отдѣльныя группы — глыбки или тѣльца Nissl'я.

Heimann (2 и 3) обстоятельно изслѣдовалъ структуру нервныхъ клѣтокъ такъ же спинномозговыхъ узловъ, но уже по другимъ методамъ. Онъ обратилъ кромѣ того серьезное вниманіе на то, чтобы препараты брались отъ животныхъ только что убитыхъ (не позднѣе S'), ибо ему удалось выяснить, что если взять объектъ изъ трупа спустя $\frac{1}{2}$ часа, то тончайшія детали выступали уже неясно, и часто наблюдались клѣтки диффузно окрашенные, гдѣ структуру совершенно нельзя было видѣть. При такой постановкѣ дѣла авторъ отмѣчаетъ, что онъ никогда не наблюдалъ въ спинныхъ гангліяхъ хромофильныхъ клѣтокъ въ смыслѣ Nissl'я.

Для уплотненія авторъ перепробовалъ всѣ наиболѣе практикующіеся приемы фиксаціи: концентрир. растворъ сулемы, мюллеровская жидкость, спиртъ 96%, и остановился на первой. Для окраски тѣлецъ онъ примѣняетъ цѣлый рядъ красокъ. Всѣ эти наблюденія, обстоятельно описанныя, даютъ возможность вывести такое заключеніе. 1. Время отъ момента смерти до фиксаціи имѣетъ важное значеніе. Поэтому $\frac{1}{2}$ ч. времени заставляютъ уже осторожно относиться къ выводамъ о тончайшей структурѣ нервныхъ элементовъ. 2. Сулема фиксируетъ лучше алкоголя; при ней лучше выясняются структура клѣтокъ и ядра, какъ въ нормальныхъ, такъ и въ патологическихъ условіяхъ. Поэтому сулема заслуживаетъ, по автору, предпочтенія при полученіи нислевскихъ препаратовъ. 3. Тѣльца Nissl'я представляются то базофильными, то оксифильными; онѣ—амфотильны. Окраска ихъ можетъ быть произведена всѣми красками за исключеніемъ орсеина и ализарина. 4. Клѣтки спинальных узловъ показываютъ ясно фибриллярную структуру; сѣтъ не стоитъ въ непосредственной связи съ тѣлами Nissl'я.

Заинтересовавшись вопросомъ о хромотофильныхъ и хромофобныхъ нервныхъ клѣткахъ (Flemming, Flesch), авторы—

Van Gehuchten и Ch. Nelis. (4) произвели свои наблюдения надъ структурой спинномозговыхъ узловъ у кролика и получили интересныя данныя. (Для уплотнѣнія служила жидкость Flemming'a, окраски—toluidinblau). Между различными типами, входящими въ составъ спинальнаго ганглія, выдѣляются: 1. Клѣтки хромофильныя Flesch'a или клѣтки темныя (cellules obscures) Lugago. Эти клѣтки многочисленны и очень мелки. Характеристикой ихъ является полное пропитываніе тѣла хромотофильной субстанціей. 2. Клѣтки хромофобныя Flesch'a или клѣтки ясныя (cellules claires) Lugago. Онѣ отличаются отъ первыхъ объемомъ (больше); по наружному виду онѣ состоятъ изъ двухъ частей: а) хроматической и б) ахроматической субстанцій. Этотъ видъ клѣтокъ дѣлится на шесть типовъ.

А, клѣтки съ малымъ количествомъ хромотофильныхъ элементовъ, причемъ протоплазма свѣтла, структура трудно различима; въ срединѣ протоплазматическаго тѣла замѣтны хроматическія тонкія и неправильныя зернышки. В. Клѣтки въ противоположность первому типу богаты хромотофильными объемистыми элементами, которые имѣютъ веретенообразную форму и расположены концентрическими слоями вокругъ ядра. Эти хромотофильныя элементы рѣзко выдѣляются на свѣтлой протоплазмѣ. С. Клѣтки этого типа рѣдко встрѣчаются. Хромотофильные элементы объемисты и неправильны, расположены кучками вокругъ ядра—хромотофильное вокругъядерное кольцо. D. Клѣтки еще рѣже встрѣчаются и характеризуются двойнымъ расположеніемъ хромотофильныхъ элементовъ, раздѣленныхъ между собою неокрашенной протоплазмой—одна часть вокругъ ядра, другая—по периферіи клѣтки. Е и G. Эти типы встрѣчаются всего чаще. Клѣтки самыя объемистыя изъ всѣхъ свѣтлыхъ клѣтокъ. Оба они богаты хромотофильными элементами, но одинъ изъ нихъ имѣетъ объемистыя и неправильныя глыбки, которыя занимаютъ все тѣло, чѣмъ приближаются къ типу двигательныхъ клѣтокъ спинного мозга, а другой—сильно выраженную хроматическую субстанцію и мелкія глыбки, запудривающія протоплазму клѣтокъ.

Но эти типы не бываютъ всегда рѣзко разграничены въ спинальныхъ гангліяхъ, встрѣчаются и переходныя степени между ними.

Такое различіе въ морфологическомъ отношеніи у нервныхъ клѣтокъ заставляетъ автора обратить вниманіе на измѣненія, наблюдаемыя въ нихъ при отравленіяхъ и зараже-

ніяхъ. Онъ могъ наблюдать на своихъ препаратахъ такія же картины, которыя Marinesco и Lugago описали при отравленіи мышьякомъ. Авторъ не говоритъ, что препараты ихъ были нормальны, но желаетъ, чтобы экспериментаторы имѣли это обстоятельство въ виду.

Критическое отношеніе къ значенію и природѣ тѣлецъ Nissl'я уже только съ морфологической стороны развивается съ легкой руки Held'a широкой волной.

Въ своей работѣ V. Kažíčka (5) старается нѣсколько удовлетворить этому направленію. Работа его распадается на три части.

1. Онъ изслѣдовалъ узловые аппараты изъ центральной и симпатической нервной системы въ физиологическомъ растворѣ варенной соли и подобно Held'у и Bühler'у наблюдалъ въ нихъ только мелкую зернистость. Тѣлецъ Nissl'я, примѣняя фиксирующія средства (Alc. abs., Sublim. concentr.), на еще живыхъ клѣткахъ (zulebenden zellen), онъ не могъ констатировать. Провѣряя наблюденія Held'a и пользуясь Kalialcohol, авторъ дѣлаетъ выводы, не согласные съ такими же послѣднего. Сулемовые препараты, обработанные Kalialcohol съ послѣдующей окраской toluidinblau, даютъ картину обычную формировація тѣлецъ Nissl'я. Изучая дѣйствіе красящаго вещества на клѣтки, авторъ пришелъ къ выводу, что тѣльца Nissl'я выступаютъ только въ томъ случаѣ, если будетъ произведена окраска. Причемъ послѣдняя зависитъ отъ продолжительности обезцвѣчиванія: продолжительное способствуетъ полному обезцвѣчиванію препарата, короткое—неравномѣрному распредѣленію окраски.

2. Во второй главѣ авторъ изучалъ протоплазматическую структуру нервныхъ клѣтокъ спинного мозга у быка и, въ противоположность ученію Nissl'я и общепринятому, пришелъ къ выводу, что „parallelstreifiger structur“ двигательныхъ клѣтокъ совершенно отсутствовала, и, наоборотъ, выступала неправильная группировка и формировка тѣлецъ Nissl'я. Характеристика собственно структуры тѣлецъ у автора не разнится отъ описанія Held'a. Помимо клѣтокъ съ болѣе или менѣе правильнымъ распредѣленіемъ тѣлецъ встрѣчается значительное число клѣтокъ, гдѣ послѣднія не образуютъ вовсе какой-либо правильности. Встрѣчаются клѣтки съ большими тѣльцами, а иногда только съ зернистостями. Что касается формы тѣлецъ, то послѣднія сильно размятая между собой. Вообще имъ отмѣчается, что въ числѣ двигательныхъ клѣтокъ имѣется много

такихъ, которыя въ структурномъ отношеніи сильно разнятся между собой. Такія отношенія найдены имъ у собаки, морской свинки, лошади и др. Почему онъ и приходитъ къ выводу, что параллельное расположеніе тѣлецъ Nissl'я въ двигательныхъ клѣткахъ спиннаго мозга быка ничего характернаго не представляетъ, и весьма возможно, что двигательная функция можетъ въ клѣткахъ сказываться помимо параллельно-стручататаго строенія плазмы клѣтокъ. Признавъ тѣльца Nissl'я артефактами и отрицая правильность расположенія ихъ въ клѣткахъ, авторъ идетъ далѣе, и, коснувшись патологии клѣтокъ, предостерегаетъ наблюдателей замѣчаніемъ, что тѣльца Nissl'я имѣютъ только условное значеніе и собственно со структурой и функцией нервныхъ клѣтокъ онѣ ничего общаго не имѣютъ.

3. Касаясь важнаго вопроса о связи между нервными клѣтками, авторъ описываетъ соединеніе нервныхъ клѣтокъ посредствомъ анастомозовъ. Анастомозы найдены имъ пока только у клѣтокъ одной группы. Первымъ рядомъ рисунковъ авторъ старается убѣдить читателя въ томъ, что клѣтки находятся въ тѣсной связи съ окружающей гліозной тканью, что послѣдняя, посылая различнаго калибра вѣтви, окутываетъ совершенно клѣточное тѣло. Такія картины получены имъ не припомощи одного только метода. Но въ какомъ отношеніи находятся эти сѣти къ клѣточному тѣлу, авторъ не рѣшаетъ. Разбираясь далѣе въ своихъ препаратахъ, авторъ, въ согласіи съ ученіемъ Golgi, признаетъ, что дендриты и тончайшіе нервные отростки клѣтокъ путемъ соприкосновенія съ капиллярами играютъ извѣстную роль въ дѣлѣ питанія нервной клѣтки.

Б. Мурзаевъ.

Рефераты по патологии нервной системы.

G. Marinesco. Recherches sur les lésions des centres nerveux, consecutives a l'hyperthermie expérimentale et a la fièvre. Revue neurologique. Janvier 1899.

Отмѣтивъ въ началѣ своей статьи важность вопроса объ измѣненіяхъ въ нервныхъ клѣткахъ при искусственномъ перерывѣ и при лихорадочныхъ процессахъ, авторъ вкратцѣ сообщаетъ литературу по данному вопросу. Goldscheider и

Flatau, производя опыты съ искусственнымъ перегрѣваніемъ и изслѣдую нервную систему, впервые отмѣтили тотъ фактъ, что нервныя клѣтки подвергаются измѣненію, состоящему въ набуханіи клѣтки и отростковъ, раствореніи хромотофильныхъ элементовъ и въ диффузной окраскѣ клѣточного тѣла. Lugaro своими изслѣдованіями подтвердилъ изслѣдованія Goldscheider'a и Flatau, но не могъ лишь согласиться съ ними въ томъ, что хромотофильная субстанція клѣтки, будто бы не играетъ никакой роли ни въ ея жизни, ни для функціи. Авторъ статьи замѣчаетъ по этому поводу, что онъ лично уже болѣе двухъ лѣтъ придерживается взгляда на хромотофильные элементы, какъ на существенную часть клѣтки, необходимую для ея функціи. Но при измѣненіяхъ въ нервной системѣ нужно принимать во вниманіе также и количество измѣненныхъ клѣтокъ, а равно и качественную сторону измѣненій.

Цѣлый рядъ лицъ занимался вопросомъ о вліяніи на нервную систему повышенной температуры при лихорадочныхъ процессахъ у человѣка (Dejerine, Goldscheider и Flatau, Goldscheider и Brasch, Juliusburger и Meyer). Всѣ авторы, кромѣ Juliusburger'a и Meyer'a, находили измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, подобныя тѣмъ, которыя наблюдаются при искусственномъ перегрѣваніи у животныхъ.

Собственные изслѣдованія автора произведены были въ 8 случаяхъ. Но прежде чѣмъ приводить результаты этихъ наблюдений, онъ считаетъ полезнымъ сообщить результаты искусственнаго перегрѣванія, произведеннаго имъ надъ кроликами.

Въ этомъ отношеніи онъ полагаетъ, что необходимо группировать измѣненія въ зависимости отъ высоты температуры и продолжительности опыта и ставить опыты съ перегрѣваніемъ такъ, что въ первой серіи случаевъ температура животнаго была доведена до 47° in rectum, а опытъ продолжался 40 минутъ; во-второмъ рядѣ случается температура равнялась 43° — 45° , въ третьемъ 43° — 44° ; продолжительность нагрѣванія была тѣмъ больше, чѣмъ температура in rectum ниже.

Въ первой серіи опытовъ, замѣчаетъ авторъ, имъ получены измѣненія въ нервной клѣткѣ, о которыхъ не упоминаютъ ни Goldscheider и Flatau, ни Lugaro; они состоятъ въ периферическомъ раствореніи хромотофильныхъ элементовъ въ клѣткѣ. Въ остальныхъ опытахъ результаты имъ получены тѣ же, что и другими авторами. По мнѣнію дѣйствія высокой температуры

клетка теряет свой прозрачный видъ и становится темной и непрозрачной настолько, что почти невозможно различить ея структуру. Непрозрачность въ большинствѣ случаевъ бываетъ рѣзче выражена вокругъ ядра; иногда темныя мѣста бывають разбросаны по тѣлу клетки и придаютъ ей пятнистый видъ. Окончательный результатъ дѣйствія высокой температуры на клетку состоитъ въ полномъ раствореніи хроматофильныхъ элементовъ, что сказывается въ диффузной окраскѣ какъ клеточнаго тѣла, такъ и отростковъ; смерть же клетки наступаетъ, какъ полагаетъ авторъ, вслѣдствіе свертыванія протоплазмы. Но всѣ эти измѣненія и степень измѣненій, замѣчаетъ авторъ, зависятъ отъ рода животнаго, что слѣдуетъ принимать во вниманіе прежде, чѣмъ дѣлать выводы. Количество же измѣненныхъ клетокъ постоянно пропорціонально интенсивности измѣненій, а послѣднее, само собою разумѣется, стоитъ въ зависимости отъ высоты температуры и продолжительности опыта.

Далѣе авторъ переходитъ къ сообщенію результатовъ своихъ изслѣдованій надъ нервными клетками, произведенныхъ имъ у лицъ, погибшихъ съ явленіями повышенной температуры. Изъ восьми случаевъ въ трехъ имъ не найдено измѣненій, которые можно было бы поставить въ зависимость отъ повышенной температуры. Больные эти погибли при температурѣ ниже 40° . Остальные пять больныхъ, умершіе при температурѣ выше 40° , тоже не всѣ дали измѣненія въ зависимости отъ повышенной температуры; изъ нихъ авторъ останавливается лишь на двухъ, при которыхъ въ одномъ случаѣ получилась картина, весьма близкая къ той, которая получена при искусственномъ перегрѣваніи. Въ другомъ случаѣ смерти отъ тяжелаго тифа при температурѣ между $40,3-41,6$ получены измѣненія въ нервныхъ клеткахъ нѣсколько иного рода. Эти измѣненія, по словамъ автора, заключаются въ томъ, что клеточное тѣло увеличено въ объемѣ, большая часть хроматофильныхъ элементовъ растворена, но раствореніе это центральное. На мѣстахъ растворенныхъ хроматофильныхъ элементовъ клетка оказывается поблѣднѣвшей, но блѣдность эта не носитъ голубоватаго оттѣнка, какъ при искусственномъ перегрѣваніи, а скорѣе оттѣнокъ бѣлесоватый. Но кромѣ этого во многихъ клеткахъ авторомъ обнаружено присутствіе тонкаго темнаго ободка вокругъ ядра. Измѣненія открыты авторомъ не только въ спинномъ, но и головномъ мозгу. Но въ головномъ мозгу, въ парацентральной области измѣненія состоятъ

въ явленіяхъ хроматолиза и не отличаются особенно отъ тѣхъ измѣненій, которыя обнаружены были и при искусственномъ перегрѣваніи.

Является вопросъ, можно ли найденныя измѣненія отнести исключительно на счетъ дѣйствія высокой температуры. Авторъ склоненъ думать, что въ данномъ случаѣ не должно быть упущено изъ вниманія то обстоятельство, что измѣненія получены въ случаѣ весьма тяжелаго, сопровождающагося комой тифознаго заболѣванія. Разъ мы признаемъ существованіе тифозной инфекціи и допускаемъ, что инфекціонное начало циркулируетъ въ крови, то должны также признать полную возможность воздѣйствія инфекціи и на нервную ткань. Вообще вопросъ о дѣйствіи высокой лихорадочной температуры на нервную кѣтку несравненно сложнѣе, по мнѣнію автора, чѣмъ думаютъ о томъ Goldscheider и Flatau. Результаты опытовъ съ искусственнымъ перегрѣваніемъ животныхъ нельзя такъ легко переносить и въ патологию человѣка. Здѣсь мы сталкиваемся съ вліяніемъ инфекціоннаго начала, съ явленіями интоксикаціи—это съ одной стороны, а съ другой—должно принимать во вниманіе и возрастъ даннаго субъекта, такъ какъ нервная кѣтка, какъ и всякая другая, способна съ теченіемъ времени измѣняться.

Въ концѣ статьи авторъ приводитъ слѣдующіе выводы: 1, Температура ниже 40° , даже тогда когда она продолжается много часовъ, не оказывается достаточной для того, чтобы могли произойти измѣненія, подобныя тѣмъ, которыя получаютъ при искусственномъ перегрѣваніи. 2, Въ случаяхъ инфекціонныхъ лихорадокъ, гдѣ t° достигаетъ до 40° , можно открыть измѣненія, но эти послѣднія не всегда принадлежатъ повышенію температуры, такъ какъ картина измѣненій отличается отъ той, которая бываетъ при перегрѣваніи. 3, Въ случаяхъ же съ температурой въ 41° , когда она держится нѣсколько часовъ открываются измѣненія, подобныя тѣмъ, какъ и при искусственномъ перегрѣваніи; эти измѣненія похожи на тѣ, которыя получены во второй группѣ опытовъ.

Статья снабжена хорошо исполненными рисунками, поясняющими измѣненія какъ въ случаяхъ искусственнаго перегрѣванія такъ и въ случаяхъ съ лихорадочной температурой.

Вл. Образцовъ.

N. Solovtsoff. Sur les difformités congénitales du cerveau dans leurs rapports avec l'état des cellules nerveuses de la moelle. Extrait de la Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1898 г.

Описавши три случая врожденных уродств центральной нервной системы, происшедших отъ внутренней водянки головного мозга, авторъ обратилъ особенное вниманіе на клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга. Въ то время, какъ клѣтки межпозвоночныхъ ганглий не представляли ничего ненормальнаго, клѣтки переднихъ роговъ являлись рѣзко измѣненными при окраскѣ по Golgi и Nissl'ю. При обработкѣ по первому методу клѣтка не была окрашена сплошь, но центръ ея былъ прозраченъ. При обработкѣ по Nissl'ю клѣтки почти вовсе оказывались лишенными хроматина и были снабжены большими вакуолами. Подобныя измѣненія, авторъ объясняетъ недоразвитіемъ клѣтокъ переднихъ роговъ въ зависимости отъ того, что эти клѣтки въ данномъ случаѣ были лишены важныхъ стимуловъ къ развитію, которые онѣ получаютъ отъ головного мозга: во всѣхъ трехъ случаяхъ были неразвиты большія полушарія, которыя отчасти были сохранены только въ первомъ случаѣ, и здѣсь клѣтки переднихъ роговъ какъ разъ представляли менѣе значительныя измѣненія.

Чтобы подтвердить свое предположеніе относительно найденныхъ измѣненій, какъ указывающихъ на недоразвитіе нервныхъ клѣтокъ, авторъ предпринялъ изслѣдованіе клѣтокъ спинного мозга у зародышей человѣка и животныхъ (телятъ и свиней). Это изслѣдованіе подтвердило предположеніе автора и показало, что въ самыхъ раннихъ стадіяхъ большая часть клѣтокъ состоитъ только изъ ядра, протоплазма отсутствуетъ. Позднѣе появляется около ядра протоплазма (Spongionplasma), но клѣтка еще лишена хроматина. Затѣмъ въ клѣткѣ появляются неправильной формы зерна хроматина, который разсѣянъ въ безпорядкѣ на трабекулахъ и узловыхъ точкахъ спонгиоплазмы. Наконецъ хроматинъ появляется во всей клѣткѣ, и она такимъ образомъ принимаетъ нормальный видъ.

А. Янишевскій.

N. Soloutzoff. L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différents difformités congénitales du système nerveux central. Extrait de la Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

Описавши четыре случая врожденных измѣненій въ центральной нервной системѣ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

Причиной всѣхъ описанныхъ имъ врожденныхъ уродствъ центральной нервной системы являются гидроцефалія и гидромиэлія. Смотря потому, какой отдѣлъ нервной системы поражаетъ этотъ процессъ, измѣненія будутъ различны. Если гидроцефалія поражаетъ передній отдѣлъ, то вызываетъ истонченіе полушарій до степени, тонкой перепонки. Гидроцефалія, распространяющаяся на первичный глазной пузырь, вызываетъ циклопію, а переходя на п. olactorius, расширяетъ его желудочекъ. Когда поражается средній мозгъ, мы находимъ раскрытіе или только расширение Сильвиева водопровода. Весьма рѣдко процессъ поражаетъ ромбовидную ямку, въ такомъ случаѣ отсутствуетъ мозжечекъ. Если будутъ поражены пять зародышевыхъ пузырей, то черепной сводъ остается незамкнутымъ, и мозгъ представляется въ видѣ перепонки, покрывающей основаніе черепа. То же самое встрѣчается и въ спинномъ мозгу; здѣсь также процессъ можетъ начаться гидромиэліей и кончиться незамкнутіемъ позвоночнаго столба. Въ случаѣ пораженія одного какого-нибудь пузыря наблюдается слѣдующая законность: отсутствіе одного изъ центровъ вызываетъ дефектъ той системы волоконъ, которая начинается въ этомъ центрѣ и той системы, которая кончается здѣсь. Напримѣръ, отсутствіе полушарій и thalami optici влечетъ за собой отсутствіе пирамидъ и петли (ruban de Reil) которая беретъ начало въ ядрѣ задняго пучка и оканчивается въ thalamus opticus. Причина всѣхъ описанныхъ измѣненій является такимъ образомъ водянка желудочковъ мозга и спинномозгового канала; скопившаяся жидкость во время внутриутробной жизни производитъ механическія нарушенія въ мозговыхъ пузыряхъ и черезъ это препятствуетъ формированію соотвѣствующихъ частей нервной системы и даже черепа. Этиологія этой водянки лежитъ въ пораженіи хроническимъ артеріитомъ сосудовъ эпендимы. Причиной же подобнаго артеріита авторъ считаетъ сифилисъ.

А. Янишевскій.

Хроника и смѣсь.

— «Русскій Листокъ» отъ 31 марта сообщаетъ, Е. Г. Рагожина пожертвовала 3000 руб. въ больницу для душевно-больныхъ имени Алексѣева.

— Въ больницѣ Св. Пантелеймона, на станціи Удѣльной близъ Петербурга, душевно-больной крестьянинъ внезапно выломалъ доску изъ стола и ударилъ его по головѣ своего сосѣда, тоже душевно-больного, такъ сильно что несчастный черезъ нѣсколько часовъ умеръ (Новое Время, 24 марта).

— Для выясненія и разработки вопроса о призрѣніи психическихъ больныхъ Воронежскимъ губернскимъ собраніемъ была избрана особая коммиссія, которая совмѣстно съ управой, врачами губернской больницы и особо приглашенными специалистами—психіатрами Ландау и Якоби, должна была представить свои соображенія для доклада собранію. Коммиссія, изучивъ отчеты и другіе матеріалы, полученные изъ другихъ земствъ по вопросу объ организаціи психіатрическихъ заведеній, пришла къ заключенію, что какого бы рода психіатрическое заведеніе ни было проектировано губернскимъ земствомъ,—первое, что нужно будетъ для заведенія—это достаточное количество земли. Въ виду этого управой былъ подысканъ вблизи Воронежа участокъ земли около 100 десятинъ. Далѣе коммиссія рассмотрѣла и обсудила два доклада, одинъ д-ра Яковенко, посвященный вопросу о необходимости ходатайствовать объ отмѣнѣ извѣстнаго сенатскаго указа, и другой предсѣдателя губ. управы Колюбина о *patronage familial*. Въ заключеніе коммиссія постановила слѣдующее рѣшеніе:

1) Необходимо пригласить врача психіатра, не дожидаясь устройства того или другаго типа психіатрическаго заведенія. По мнѣнію коммиссіи дѣло реорганизаціи можетъ быть подвинуто только подъ руководствомъ опытнаго психіатра.

2) Предложить вновь приглашенному психіатру, вмѣстѣ съ избранной коммиссіей, при участіи управы, осмотрѣть участокъ земли, годный для психіатрическаго заведенія; по выясненію всѣхъ его достоинствъ предложить земскому собранию приобрести его. По мнѣнію коммиссіи, не имѣя участка земли, нельзя проектировать какихъ либо построекъ. Врачъ, приглашенный управой долженъ кромѣ того принять всѣ находящіеся въ настоящее время психіатрическія заведенія въ свое полное и самостоятельное вѣдѣніе.

Собрание, выслушавъ докладъ комиссiи, постановило принять его полностью, просить управу пригласить врача-психіатра, кромѣ нынѣ существующаго, съ содержаніями 3000 р. и поручить управѣ, по совѣщанію съ врачами, нынѣ же ввести систему патронажа для вывода части душевно-больныхъ, находящихся въ губернской земской больницѣ. Последнее было опротестовано губернаторомъ. (Вѣстникъ Гигіена и пр. апрѣль 1899).

— 9 апрѣля для больныхъ Казанской Окружной Лечебницы былъ данъ духовный концертъ церковнымъ хоромъ при духовной академіи. Программа концерта была составлена почти исключительно изъ великопостнаго пѣнія и пѣснопѣній на страстной седмицѣ. Больные, лишенные возможности услышать одинъ изъ лучшихъ хоровъ въ Казани, были весьма тронуты вниманіемъ къ ихъ положенію студентовъ Академіи, а равнымъ образомъ со стороны администраціи Лечебницы принесена была глубокая благодарность исполнителямъ.

— Сверхштатнымъ ординаторомъ Казанской Окружной Лечебницы назначенъ земскій врачъ Сенигилеевскаго уѣзда, Симбирской губерніи Гавріилъ Васильевичъ Сорокиковъ.

— На 13-е апрѣля въ одесскомъ окружномъ судѣ, безъ участія присяжныхъ засѣдателей, назначено, по словамъ газеты «Жизнь и Иск.», къ слушанію дѣло по обвиненію бывшаго писмоводителя въ психіатрическомъ отдѣленіи Одесской городской больницы, А. И. Жулинскаго, д-ромъ В. А. Шпаковскимъ въ клеветѣ въ печати (1535 ст. улож. о зак.). Слушаніе дѣла предполагается въ теченіе 2—3 дней. По дѣлу вызывается около 30 свидѣтелей, въ томъ числѣ ординаторы психіатрическаго отдѣленія гг. Богровъ, Бирскій, Хмѣлевскій, д-ръ Филиповичъ, фельдшерицы, надзирательницы, служительницы больницы и др. Новое Время. № 8288.

— Безконечный рядъ несчастій, происходящихъ отъ того, что опасные душевно-больные остаются на свободѣ, недавно увеличился новымъ. Въ Новороссійскѣ живетъ душевно-больной, Ф. Такъ какъ онъ буйный, то родственники его неоднократно просили отправить его въ домъ для умалишенныхъ, но всѣ просьбы не привели ни къ чему; и вотъ, 15 марта Ф. разбилъ своей женой голову камнемъ. Не смотря на то, что поврежденіе оказалось опаснымъ, несчастная женщина не рѣшилась остаться въ больницѣ, такъ какъ дома у нея 5 крошечныхъ беззащитныхъ дѣтей (Врачъ № 16).

— Нижегородская Губернская Управа хотѣла примѣнить семейное содержаніе неопасныхъ душевно-больныхъ, для чего и намѣтила города Балахну и Гарбатовъ, гдѣ многіе домохозяева соглашались принять къ себѣ на содержаніе душевно-больныхъ по 10 руб. съ человека въ мѣсяцъ. Но другіе жители Балахны испугались и обратились къ губернатору съ ходатайствомъ помѣщать губернскому земству размѣстить больныхъ въ Балахнѣ.

— Докторъ Григорьевъ сообщилъ весьма интересныя, данныя относительно употребленія спиртныхъ напитковъ въ Петербургѣ, гдѣ на 10675 домовъ имѣются 2382 кабаки, т. е. почти на каждыя 4 дома по кабаку. Годовое потребленіе водки въ 40° на каждого жителя Петербурга, безъ разли-

чія пола и возраста, составляетъ 3 ведра т. е. 36,87 литра. Если же сдѣлать расчетъ на жителей обоого пола, но только старше 20 лѣтъ, то получится до 5—5½ ведеръ на человѣка. Ежегодно въ больницахъ Петербурга лѣчать 16839 алкоголиковъ, изъ коихъ умирають 671. Всѣ эти цифры, впрочемъ, только приблизительныя; въ дѣйствительности онѣ несомнѣнно больше («Le Bulletin médical», 29 апрѣля).

— Изъ статьи Simms'a въ «Popular Scientific Monthly», въ которой сопоставлены важнѣйшія данныя относительно вѣса мозга, «Klinisch therapeutische Wochenschrift» заимствуетъ слѣдующее: самый тяжелый мозгъ принадлежалъ London'скому разносчику газетъ, который былъ слегка слабоумнѣнъ. Мозгъ этого вѣсилъ 2458 грм. Мозгъ Ruston'a невѣжественнаго и неразвитаго скандинавскаго крестьянина вѣсилъ 2420 грм., а мозгъ одной индѣйской кормилицы 2280 грм. Сколько до сихъ поръ извѣстно, ни одинъ изъ замѣчательныхъ людей не имѣлъ столь тяжелаго мозга. Изъ знаменитыхъ людей самый тяжелый мозгъ былъ у Тургенева, а именно 2130 грм. За Тургеневымъ слѣдуетъ извѣстный шотландскій врачъ Abercrombie съ 1955 грм. и американскій генералъ Buttler съ 1924 грм. Средній вѣсъ мозга челоуѣка колеблется между 1565 и 1720 грм. У очень многихъ замѣчательныхъ людей мозгъ вѣсилъ много менѣе этихъ среднихъ цифръ (Философъ Huber., голландскій юристъ Grotius, знаменитый химикъ Justus Liebig, математикъ Babbage и наконецъ Gambetta). Средній вѣсъ мозга 60 знаменитыхъ людей равнялся всего 1585 грм., тогда какъ средній вѣсъ мозга отъ десяти идиотовъ и 5 душевно-больныхъ былъ 1800 грм.

Но врядъ ли возможно лишь по абсолютному вѣсу головного мозга дѣлать заключеніе о степени умственныхъ способностей; слѣдуетъ скорѣе принимать во вниманіе отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу всего тѣла. При такого рода взвѣшиваніи можетъ быть оказалось, что относительный вѣсъ головного мозга у лицъ, стоящихъ высоко въ умственномъ отношеніи будетъ больше, чѣмъ у идиотовъ и слабоумныхъ. Подобнаго взгляда на вѣсъ мозга, какъ на мирило умств. способностей придерживаются нѣкотор. изслѣдователи.

Проф. Husemann изслѣдовалъ мозгъ Helmholtz'a, вѣсъ котораго оказался равнымъ 1440 грм. (Вѣсъ мозга Cuvier былъ 160 грм.; знаменитаго математика Gauss'a 1492 и Brauz'a Schubert'a 1420 грм.). За средній вѣсъ головного мозга принимаютъ 1358 грм. Если по вѣсу мозгъ Helmholtz'a и не отличался ничѣмъ особеннымъ, то за то извилины его были чрезвычайно обильны и разнообразны. Такъ, напр., извилины въ лобныхъ доляхъ было такъ много, что небольшія боковыя извилины, которыя обыкновенно нетрудно найти, въ мозгу Helmholtz'a едва могли быть различимы. Замѣчательно, что въ мозгу Helmholtz'a найдены ясныя слѣды воспалительнаго процесса, впрочемъ давно уже закончившагося. Самъ Helmholtz говорилъ Husemann'у, что въ дѣтствѣ страдалъ онъ водянкой головы. Понятно, что страданіе это повлекло увеличеніе давленія, которое сказалось глубокими отпечатками на внутренней поверхности черепа, а также и тѣмъ обстоятельствомъ, что Helmholtz среди полнаго здоровья страдалъ

легкими обморочными приступами. Благодаря которым его считали падучимъ, — тѣмъ болѣе, что и самъ онъ смотрѣлъ на эти приступы, какъ на падучиые. Бывшей водянкой черепа объясняется и необыкновенное растяженіе полостей въ мозгу Helmholtz'a, а также и необыкновенный объемъ его головы при не очень большомъ ростѣ. Такая же кончившаяся выздоровленіемъ головная водянка была, какъ извѣстно, найдена у Cuvier и Рубинштейна (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*).

— «*Medicine Moderne*» сообщаетъ, что къ числу данныхъ, указывающихъ на сильное развитіе пьянства во Франціи, можно присоединить еще слѣдующій фактъ:

По справкамъ, наведеннымъ въ Баниѣ, оказалось, что изъ 247 учениковъ городскихъ школъ семи-восьми лѣтняго возраста, не нашлось ни одного, который бы ни пилъ ежедневно какихъ либо спиртныхъ напитковъ—нива или сидра, а 8% пьютъ даже водку, а среди дѣвочекъ пьянство развито еще сильнѣе. (Вѣстникъ гігіены и пр.

— Борьба съ пьянствомъ въ Бельгіи проявилась, между прочимъ, проектомъ новаго закона, недавно предложеннаго сенату. Основной идеей этого проекта служить постепенное уменьшеніе мѣстъ различной продажи спиртныхъ напитковъ. Въ настоящее время къ 8 сентября прошлаго года, ихъ приходилось по одному на 30 обывателей (!). Согласно проекту, не слѣдуетъ дозволять открытіе новыхъ кабаковъ до тѣхъ поръ, пока число ихъ не уменьшится до одного на 150 чч.—въ общинахъ, имѣющихъ менѣе 10000 жителей одного на 200, въ общинахъ съ поселеніемъ 10-20000 жителей, на 250—при 20-50000 ж. и на 300—при населеніи болѣе (Med. Mod. № 10.)—Вѣстникъ Гигіены и пр.

— Количество идиотовъ въ Италіи, по изслѣдованію д-ра Garafalo, постоянно возрастаетъ и, при послѣдней переписи (въ 1881 году) равнялась 19,671, на 2358 болѣе чѣмъ въ 1871 году. Въ разныхъ частяхъ королевства относительное ихъ количество колеблется между 6,4 (Римъ) и 15,3 (Шемонъ) на 10,000 (Med. Mod. № 8.

— Изъ Melbourne'a сообщаютъ въ *The British Medical journal* что д-ра Neild, вскрывая трупъ женщины, 14 лѣтъ страдавшей слабоуміемъ и содержавшейся въ одномъ изъ мѣстныхъ домовъ для умалишенныхъ, нашелъ у нея сапожный гвоздь въ мозгу. Гвоздь плотно сидѣлъ въ темной кости, проникнувъ на $\frac{1}{2}$ дюйма въ вещество мозга. Никакихъ слѣдовъ воспалительныхъ измѣненій вокругъ гвоздя не было. Мозгъ размягченъ; но зависимости этого размягченія и душевной болѣзни отъ поврежденія мозга установить было нельзя. Тотъ же корреспондентъ передаетъ другой подобный же случай, бывший въ Melbourne'ѣ: молодой человѣкъ прошелъ около мили со стальнымъ шомполомъ отъ ружья въ черепъ. Спустя нѣсколько недѣль послѣ несчастнаго случая онъ былъ уже совершенно здоровъ; умственные способности его нисколько не пострадали. (Врачи).

— Д-ръ William Carter произнесъ въ Liverpool'ѣ рѣчь о смертности отъ пьянства. Смертность отъ пьянства по словамъ Carter'a повышается съ каждымъ годомъ; доказательство этому онъ получаетъ изъ отчетовъ Registrar-

General. Особенно сильно *парастаетъ смертность отъ пьянства среди женщинъ*. Такъ, въ 1876—1880 гг. смертей отъ непосредственнаго дѣйствія алкоголя насчитывалось 38,4 на 1 миллионъ жителя а въ 1891—95 гг. уже 68 т. е. на 80% больше. При этомъ приростъ смертей отъ пьянства для мужчинъ равнялся 42%, а для женщинъ болѣе 100%.

Въ заключеніе, д-ръ Carter отмѣчаетъ удивительное безразличное отношеніе, какъ общества, такъ и санитарныхъ властей къ смертямъ отъ пьянства, въ сравненіи съ тѣмъ, какъ они относятся къ смертности отъ заразныхъ болѣзней. Смертность въ 22,4 по 100000 отъ брюшного тифа въ 1877—81 гг. вызвали санитарныя мѣропріятія, и благодаря этому смертность была понижена въ 1896 г. до 2 на 1000000. За тѣ же 5 лѣтъ умирали отъ непосредственнаго вліянія алкоголя 43,3 на 1 миллионъ ж., и къ 1896 г. смертность поднялась уже до 91 на 1000000 (для мужчинъ).

— 3—8 апрѣля по (нов. ст.) въ Парижѣ состоялся Седьмой между-народный Сѣздъ по алкоголизму. Засѣданія Сѣзда происходили въ аудиторіяхъ медицинскаго факультета. Всего участниковъ сѣзда было болѣе тысячи человекъ. Въ числѣ членовъ сѣзда входились врачи, юристы, духовенство и др. Порядокъ занятій былъ такой: Первый день (3 апрѣля) былъ посвященъ пріему членовъ и делегатовъ; на слѣдующій день—открытие Сѣзда, избраніе бюро и распредѣленіе занятій; остальные дни были заняты засѣданіями (утренними, дневными и вечерними), въ которыхъ слушались доклады по программнымъ вопросамъ. Въ послѣдній день Сѣзда была совершена поѣздка въ Версаль, а вечеромъ былъ устроенъ прощальный чай для конгресса. Въ виду большого количества докладовъ Сѣздъ былъ рѣдѣленъ на нѣсколько секцій. Изъ докладовъ, болѣе обращающихъ на себя вниманіе, можно указать на слѣдующіе: *L'association de tempérance dans les armes anglaises* (Dillon); *Therapeutique sans alcool* (Drysdale); *Rôle de l'alcoolisme dans l'industrie de la region Normande* (Dr. Brunon); *Sur la prohibition législative du commerce des boissons alcooliques* (Fielden Thorp); *Place de la femme dans la reforme des alcooliques par l'abstinence complète* (Miss Ag. Stock); *Asiles de buveurs* (Dr. Colla); *La question des asiles pour alcoolisés incurables* (Dr. Forel); *De rapports de l'alcoolisme et de la criminalité* (Dr. Barthés); *La rôle du medecin dans la lutte contre l'alcool* (Dr. Bienfait); *Abstinence total ou modération?* (Pinlay).—Большая часть докладовъ принадлежала англійскимъ авторамъ. Русскими авторами были заявлены слѣдующіе доклады: *Le monopole russe* (Бородинъ); *L'alcoolisme à St. Petersburg* (Тригорьевъ); *Des quelques questions se rattachant à l'alcoolisme* (Осиповъ); *L'alcoolisme chez les ouvriers de Moscou* (Дриль).—Хотя сѣздъ былъ многочисленнымъ, и докладовъ было очень много, однако его нельзя признать удачнымъ въ научномъ отношеніи. Равнымъ образомъ и въ практическомъ отношеніи Сѣздъ не сдѣлалъ никакихъ постановленій и не намѣтилъ никакой опредѣленной программы для дальнѣйшей борьбы съ алкоголизмомъ. У насъ въ этомъ отношеніи работающая при Обществѣ охраненія народнаго здравія коммиссія обязана дать болѣе плодотворные результаты.

— Однимъ американскимъ врачомъ, д-ръ Evelyn'омъ изъ San Francisco, предложена сыворотка... противъ пьянства. Сыворотка эта получается авто-

ромъ отъ лошадей, приготовляемыхъ для означенной цѣли ежедневными приемами водки по 2—15 пинтъ (24—180 унцій) въ сутки въ теченія 3 мѣсяцевъ. Сыворотка эта, по увѣренію автора, обладаетъ какъ цѣлебными, такъ и предохранительными свойствами. Д-ръ Evelyn называлъ свою сыворотку «equisine». «The British Medical journal» полагаетъ, что автору не мѣшало бы изобрѣсти и сыворотку противъ глупости; такую сыворотку, по мнѣнію газеты, онъ могъ бы достать отъ осла и назвать «asinine».

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія 13 декабря 1898 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ; присутствовали гг. члены О-ва: К. А. Арнштейнъ, В. С. Болдыревъ, Б. И. Воротынский, К. В. Ворошиловъ, М. М. Маевскій, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Д. А. Тимофеевъ, Н. А. Толмачевъ, Н. Н. Топорковъ; гости: д-ръ Можайевъ, г. предсѣдатель О-ва Трезвости А. Т. Соловьевъ и около 40 человекъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія. За отсутствіемъ автора д-ра В. Д. Полумордвинова, его докладъ: «Къ морфологіи концевыхъ нервныхъ аппаратовъ въ мышцахъ произвольнаго движенія» прочиталъ В. В. Николаевъ.

По поводу доклада проф. К. А. Арнштейнъ замѣтилъ, что настоящее весьма важное и интересное сообщеніе д-ра В. Д. Полумордвинова затрогиваетъ вопросъ, дебатировавшійся и ранѣе въ виду его значенія для физиологіи. Въ поперечно-полосатыхъ мышцахъ окончанія двигательныхъ нервовъ открыты давно, хотя детали окончаній представляютъ и теперь еще спорные пункты. Что же касается окончаній чувствительныхъ нервовъ на поперечно-полосатыхъ мышцахъ, то вопросъ объ этомъ съ морфологической точки зрѣнія поставленъ неудовлетворительно: что раньше описывалось подъ названіемъ чувствительныхъ нервныхъ окончаній, то оказалось впоследствии вазомоторами. Послѣ чего начались поиски, которые и увѣнча-

лись открытіемъ чувствительныхъ нервныхъ окончаній на концахъ перехода мышцъ въ сухожиліе; подробно это описалъ впервые Гольджи, почему и нервныя окончанія называются—концевые аппараты Гольджи. Они своею главною массою принадлежать по детальному разсмотрѣнію не мышцѣ, а сухожилію. Очертанія этихъ окончаній различны, смотря по роду животнаго, у котораго они изслѣдуются, смотря по толщинѣ и ширинѣ мышцъ, служащихъ мѣстомъ окончанія нервовъ. Къ мышцѣ подходит всегда нервное мякотное волокно, которое дихотомически дѣлится, эти вѣтви въ свою очередь дѣлятся и, наконецъ, распадаются на пучекъ безмякотныхъ волоконъ съ обильнымъ распредѣленіемъ варикозныхъ утолщеній, съ характерными вставками нервныхъ концевыхъ бляшекъ и узловатой конфигураціей—пластинчатыхъ. Онѣ прекрасно красятся и, при обработкѣ хлористымъ золотомъ, ихъ легко увидать. Мышечное чувство—явленіе крайне сложное, возникаетъ первоначально при раздраженіи какъ разъ указанныхъ концовъ чувствительныхъ нервныхъ волоконъ, и потомъ лишь оцѣнивается въ центральной нервной системѣ. Болевое ощущеніе возникаетъ также на концевомъ нервномъ аппаратѣ. Послѣ открытія нервныхъ окончаній на мышечно-сухожильномъ приборѣ, анатомы, да кажется, и физиологи мало интересовались подробностями морфологической стороны дѣла. И за послѣднее время, изрѣдка лишь появляются указанія на способъ окончанія чувствительныхъ нервовъ въ поперечно-полосатыхъ мышцахъ. Послѣднимъ говорить по данному вопросу д-ръ Д. А. Тимофеевъ, который описалъ окончаніе чувствительныхъ нервовъ въ толщѣ и на поверхности мышцы—*cremaster extern.*, очень пригодной для изслѣдованія по своей тонкости и прозрачности, по расположенію мышечныхъ пучковъ правильными рядами, такъ что на значительномъ разстояніи можно слѣдить за безмякотнымъ нервнымъ волокномъ, оканчивающимся описанными концевыми аппаратами Гольджи, можно сосчитать эти нервныя аппараты. Все это крайне важно, такъ какъ всякое древовидное окончаніе разнообразно по формѣ и смотря по вѣншимъ условіямъ, то сдавлено, то широко раскинута, также и число нервныхъ концевыхъ аппаратовъ различно, между тѣмъ необходимо дифференцировать въ каждомъ случаѣ чувствительныя окончанія отъ двигательныхъ, которые очень легко смѣшать. Двигательное нервное волокно, подходя къ мышцѣ, мякотнo, затѣмъ дѣлится на безмякотныя волокна, оканчивающіяся концевымъ деревцомъ или кустикомъ съ такими же варикозными утолщеніями и пластинками, какъ и чувствительное. И Раньше назвалъ двигательное окончаніе *arborisation terminal* раньше, чѣмъ нѣмцы дали концевому чувствительному аппарату наименованіе *Endbäumchen*. Одинаковыя названія совершенно различныхъ по функціи окончаній свидѣтельствуютъ о томъ, что существенной разницы по формѣ между ними нѣтъ. Кромѣ того чувствительное и двигательное нервное окончаніе залегаетъ у млекопитающихъ въ зернистой массѣ, рыбы же и лягушки удобнѣе для работы надъ нервными окончаніями, потому что у этихъ животныхъ зернистой массы при нервныхъ окончаніяхъ нѣтъ. Чувствительное деревцо расположено по вѣнней сторонѣ сарколеммы, а относительно двигательнаго—еще не рѣшено, лежитъ ли оно прямо на мышечномъ сократительномъ веществѣ или на сарколеммѣ. Если принять послѣднее, согласно мнѣнію Келликера, то мы

не можемъ имѣть тогда критерія для различія этихъ двухъ видовъ окончаній, развѣ только то, что безмякотное чувствительное нервное волокно оканчивается концевыми аппаратами на значительномъ числѣ мышечныхъ волоконъ, между тѣмъ какъ двигательное волокно заканчивается однимъ волокномъ на одномъ мышечномъ волокнѣ. Что касается спеціальнаго описанія чувствительныхъ нервныхъ окончаній у скатовъ, сдѣланнаго д-ромъ Полумордвиновымъ, то окончательно высказаться проф. К. А. Арнштейнъ не рѣшился, такъ какъ лично не имѣлъ возможности убѣдиться по препаратамъ въ дѣйствительной разницѣ описаннаго отъ двигательнаго нервнаго окончанія. Разрабатываемая же тема еще тѣмъ интересна и въ томъ отношеніи, что чувствительное окончаніе изслѣдуется авторомъ на гладкомъ мышечномъ веществѣ.

Затѣмъ слѣдовалъ докладъ комиссіи по вопросу объ алкоголизмѣ и мѣрахъ борьбы съ нимъ. Прочитанъ д-ромъ В. И. Воротынскимъ.

Проф. Н. М. Поповъ, по окончаніи чтенія доклада, выяснилъ, что избранная О-вомъ комиссія, имѣя въ рукахъ очень обширную программу вопросовъ о мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ, предложенныхъ на обсужденіе О-вомъ охраненія народнаго здравія, ограничилось въ виду практической стороны дѣла разсмотрѣніемъ лишь одного изъ программныхъ вопросовъ, именно, о мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ отдельныхъ лицъ. Докладъ не вызвалъ возраженія. Постановлено его отпечатать, послѣ чего и отправить въ О-во народнаго здравія.

Въ административной части засѣданія заслушена просьба Правленія студенческой бібліотеки при Московскомъ Университетѣ о безплатной высылкѣ изданія О-ва за 1899 годъ и благодарность за безплатную высылку журнала за 1898 г. Постановлено просьбу удовлетворить. Доложено предложеніе редакціей «Врачебно-Санитарнаго листка Симбирской губерніи» и Правленія О-ва русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова войти во взаимный обменъ изданіями за 1899 годъ.

Предложеніе принято. Выражена благодарность проф. Н. А. Толмачеву, подарившему бібліотекѣ О-ва отдѣльный оттискъ доклада «Zur Lehre über die Niedersetzung des Caseins aus der Frauenmilch mittels Zusatz von Magnesia sulfurica. Предложены въ дѣйствительные члены О-ва д-ъ В. И. Енохинъ проф. Н. М. Поповымъ, проф. И. М. Догелемъ и д-ромъ В. В. Николаевымъ.

Протоколъ годовичнаго засѣданія 31 января 1899 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали: почетный членъ О-ва И. М. Догель и гг. дѣйствительные члены: В. С. Болдыревъ, Б. И. Воротынскій, Г. А. Клячкинъ, М. М. Маевскій, Н. А. Миславскій, И. И. Наумовъ, В. Н. Образцовъ, Л. А. Сергѣевъ, Д. А. Тимофеевъ, Н. Н. То-

порковъ, А. Е. Янишевскій и гости д-ра Калянинъ, Рымовичъ, Романовъ и человекъ около 100 публики.

Г. Предсѣдатель, открывши засѣданіе, просилъ И. І. Наумова прочесть отчетъ о дѣятельности О-ва за истекшій 1898 годъ.

По прочтеніи доклада д-ромъ Наумовымъ, Б. И. Воротынскій произнесъ рѣчь на тему «Врачъ-психіатръ въ роли эксперта на судѣ». Рѣчь покрыта аплодисментами.

Затѣмъ произведено избраніе должностныхъ лицъ О-ва на новый 1899 годъ, причемъ въ члены бюро О-ва оказались избранными: предсѣдателемъ Н. М. Поповъ (онъ же и мѣстнымъ редакторомъ журнала О-ва), товарищемъ предсѣдателя Н. А. Миславскій, секретарями—В. В. Николаевъ и В. Н. Образцовъ, бібліотекаремъ А. Е. Янишевскій, казначеемъ И. І. Наумовъ; членами Совѣта: К. В. Ворошиловъ, И. М. Догель и К. А. Ариштейнъ, членами ревизіонной коммисіи: В. И. Левчаткинъ, В. П. Газумовскій и А. О. Гебертъ.

Протоколъ засѣданія 7 марта 1899 года.

Предсѣдательствовалъ Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ, присутствовали дѣйствительные члены: К. А. Ариштейнъ, В. Н. Васяткинъ, И. М. Догель, В. Н. Долговъ, М. М. Маевскій, Н. А. Миславскій, В. Н. Образцовъ, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Д. А. Тимофеевъ, А. Е. Янишевскій, гости: д-ра Мартыновъ, Сегель, Фаворскій и человекъ около 40 публики.

Прочитаны и утверждены протоколы двухъ предыдущихъ засѣданій. Передавши предсѣдательство Н. А. Миславскому, проф. Н. М. Поповъ доложилъ: «Къ вопросу о локализациі корковыхъ центровъ жеванія у человека». (Съ демонстраціей).

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе проф. И. М. Догель, проф. Н. А. Миславскій и проф. Н. М. Поповъ.

И. М. Догель сказалъ, что прежде чѣмъ искать центръ жеванія необходимо условиться, какъ понимать—жеваніе. Что же касается далѣе самой локализациі центра жеванія, то судя по времени появленія жевательныхъ движеній у кролика во время хлороформнаго наркоза, именно въ то время когда хлороформъ крайне сильно подѣйствовалъ на животное, когда уже ритмическія движенія конечностей почти прекратились,—надо полагать, хлороформъ, подѣйствовалъ на кору, вызвалъ измѣненія еще глубже, т. е. такая картина наркоза даетъ право предполагать, что не находится ли центръ жеванія въ подкорковомъ веществѣ—ближе къ основанію мозга.

Н. М. Поповъ, приведя справку о залеганіи двигательнаго ядра V-й пары головныхъ нервовъ о его центростремительныхъ и центробѣжныхъ волокахъ, обратилъ вниманіе, что случай съ двухлѣтной контрактурой

жевательныхъ мышцъ далъ возможность, на основаніи опредѣленнаго симптомокомплекса болѣзни, исключить страданіе подкорковыхъ центровъ и остановиться на діагнозѣ развитія патологическаго процесса въ корѣ. Безцѣльное жеваніе, какъ у хлороформированнаго кролика, — симптомъ часто встрѣчающійся у прогрессивныхъ паралитиковъ, у которыхъ патологическій процессъ носитъ характеръ разлитого коркового страданія, и, конечно, случаи эти при аутопсіи не могутъ служить для опредѣленія мѣста жевательныхъ центровъ.

Н. А. Миславскій указалъ, что надо строго отличать разстройство жеванія отъ разстройствъ жевательныхъ мышцъ, такъ какъ жеваніе есть координированный актъ, участіе въ которомъ принимаетъ масса мышцъ, иннервируемыхъ не только тройничнымъ нервомъ, но кромѣ того языко-двигательнымъ и личнымъ. Такъ что если патологически измѣнена двигательная порція тройничнаго нерва, то надо говорить о разстройствѣ жеванія, а не о разстройствѣ движенія всѣхъ жевательныхъ мышцъ.

Н. М. Поповъ, соглашаясь съ оппонентомъ, выяснилъ, что онъ самъ дѣлаетъ различіе въ томъ же смыслѣ, что показываетъ и заглавіе доклада.

Затѣмъ слѣдовалъ докладъ д-ра А. Е. Янишевскаго — «Къ вопросу о нисходящихъ системахъ волоконъ въ заднихъ столбахъ спинного мозга» съ демонстраціей препаратовъ).

По прочтеніи доклада, послѣдовали пренія, между д-ромъ Фаворскимъ, проф. Н. А. Миславскимъ, студ. Е. А. Трошинымъ, проф. Н. М. Поповымъ, А. Е. Янишевскимъ.

А. В. Фаворскій, задавъ нѣсколько вопросовъ о симптомахъ болѣзни у чернорабочаго, находившагося подъ наблюденіемъ докладчика, выразилъ свое мнѣніе о необходимости изслѣдованія спинного мозга по методу Nissl'я для опредѣленія нарушенія цѣлости рефлекторной дуги, такъ какъ методъ этотъ далъ существенные результаты въ рукахъ Верзилова, Westfall'я и др., примѣнявшихъ этотъ методъ именно въ подобныхъ случаяхъ, тогда какъ карминные препараты докладчика изъ шейной и поясничной части спинного мозга не могутъ удовлетворить оппонента.

Д-ръ Янишевскій, объяснивъ, что употребилъ означенныя части мозга цѣликомъ для приготовленія серіи препаратовъ по Marchi, демонстрирующихъ вторичное перерожденіе, онъ не имѣлъ болѣе матеріала необходимаго для изготовленія препаратовъ по иному способу. Кромѣ того методъ Nissl'я врядъ ли далъ бы цѣнные результаты при обследованіи въ случаѣ докладчика такъ какъ на мозгѣ труповъ, пролежавшихъ нѣкоторое время, окраска по Nissl'ю не даетъ правдивыхъ результатовъ.

Н. А. Миславскій и Н. М. Поповъ также отрицали пригодность метода Nissl'я для изслѣдованія мозга, взятаго отъ человѣческихъ труповъ, пролежавшихъ не менѣе 24 часовъ, какъ того требуетъ законъ, послѣ смерти субъекта. Къ такимъ же выводамъ объ окраскѣ по Nissl'ю въ подобныхъ случаяхъ пришли и нѣкоторые иностранные авторы. Кромѣ того Н. А. Миславскій указалъ по поводу доклада, что при рѣшеніи вопроса о перерожденіи нисходящихъ волоконъ въ спинномъ мозгу слѣдуетъ обстоятельно

ислѣдовать кромѣ спинного мозга еще периферическую нервную систему и симпатическій пограничный стволъ, ибо результаты, навѣрно, будутъ цѣнны для выясненія хода длинныхъ волоконъ.

Студентъ Е. Я. Трошинъ находилъ, что присутствіе разбѣянныхъ по всему препарату черныхъ глыбокъ, характеризующихъ обычно перерожденные нервныя волокна, умаляетъ значеніе демонстрируемыхъ препаратовъ,—ибо нельзя судить о совершающемся процессѣ въ мозгу, когда эти черныя глыбки на препаратахъ появились, повидимому, какъ продуктъ условной обработки: продолжительнаго консервированія мозга, его вѣроятныхъ намокъ при вскрытіи и нѣкоторыхъ недостатковъ самаго метода Marchi.

Н. М. Поповъ, въ лабораторіи котораго докладчикъ работаетъ, сказалъ, что мысль объ артефактахъ на демонстрируемыхъ препаратахъ устраняется тѣмъ, что д-ръ Янишевскій основывалъ свои выводы на критической оцѣнкѣ всей серіи препаратовъ, приготовленныхъ изъ обследованнаго объекта и сохраняемыхъ въ кабинетѣ психо-физиологической лабораторіи.

Въ административной части засѣданія, по предложенію г. Предсѣдателя, О-во невропатологовъ и психіатровъ избрало Константина Васильевича Ворошилова въ почетные члены О-ва по случаю 30-лѣтняго юбилея ученой дѣятельности почтеннаго профессора, научные заслуги котораго и всегдашняя готовность помочь О-ву въ затрудненіи извѣстны каждому члену О-ва.

Представленная д-ромъ Н. І. Наумовымъ смѣта приходовъ и расходовъ О-ва на 1899 годъ утверждена.

Представленъ, присланный при отношеніи г. Ректора, одинъ экземпляръ «Положенія о сѣздахъ на всемірной выставкѣ 1900 года въ Парижѣ». Постановлено—циркулировать экземпляру между гг. членами О-ва.

Доложено «Извлеченіе изъ протоколовъ Воронежскаго медицинскаго О-ва»,—которымъ предлагается нашему О-ву примкнуть къ предложенію Воронежскаго медицинскаго О-ва издавать одинъ общій медицинскій журналъ. Постановлено: выразить желаніе имѣть отъ почтеннаго О-ва журналъ съ характеромъ нѣмецкаго журнала *Jahresberichte*, въ чемъ такъ нуждаются русская медицинская пресса, предложеніе же принять участіе въ печатаніи своихъ трудовъ, прекративши журналъ О-ва невропатологовъ, отклонить въ виду массы затрудненій, могущихъ представиться при осуществленіи предложенія Воронежскаго Медицинскаго О-ва.

Доложено отношеніе Правленія Университета объ ассигновкѣ 300 рублей по § 14 ст. 2 смѣты Министерствѣ Народнаго Просвѣщенія 1899 года на выдачу О-ву невропатологовъ и психіатровъ въ пособіе.

Заслушаны предложенія войти во взаимный обмѣнъ изданіями со стороны: 1) редакціи журнала «Врачебныя записки», 2) Одесскаго Бальнеологическаго О-ва, препровождающаго при семъ V выпускъ своихъ «отчетовъ», 3) Русскій Медицинскій Вѣстникъ», 4) Редакція «Варшавскихъ Университетскихъ извѣстій», 5) Вѣстникъ общественной гигиены, 6) Редакція *Zeitschrift f. Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik*, 7) *Revue de Psychologie*. Постановлено: изданіями обмѣниваться въ 1899 году.

Постановлено д-ру Б. И. Воротынскому, какъ пожертвованному въ пользу О-ва брошюру «Геніальность, психическая неуравновѣшенность и

преступность», отъ продажи которой О-во получило около 35 рублей,—высылать бесплатно журналъ О-ва за 1899 годъ.

Пробсбу О-ва русскихъ студентовъ въ Юрьевѣ о бесплатной высылкѣ журнала Невропатологовъ и Психіатровъ въ Казани постановлено удовлетворить.

Д-ръ Б. П. Енохинъ избранъ въ дѣйствительные члены О-ва.

Предложены въ дѣйствительные члены О-ва А. Д. Сегель (проф. Н. А. Миславскимъ, проф. Н. М. Поповымъ и д-ромъ А. Е. Янишевскимъ), д-ръ Л. А. Блауменау (проф. Н. М. Поповымъ, д-ромъ А. Е. Янишевскимъ и д-ромъ В. Н. Образцовымъ) и въ члены-сотрудники д-ра Софью Эмилиевну Фуксъ (проф. Н. А. Миславскимъ, проф. Н. М. Поповымъ и д-ромъ В. В. Николаевымъ).

Въ редакцію и библіотеку Общества поступили слѣдующія книги и брошюры.

Авраамъ Ножниковъ. Къ вопросу о строеніи артерій головного мозга и его оболочекъ. Харьковъ. 1899 г.

Проф. А. Н. Красновъ. Основы землевѣдѣнія. Вып. IV часть I. Географія растений. Законы распредѣленія растений и описаніе растительности земного шара. Харьковъ 1899 г.

І. А. Костецкій. Къ патологіи псевдо-бульбарныхъ параличей.

І. А. Костецкій. О постельномъ содержаніи возбужденныхъ душевно-больныхъ.

Nicolas Solertzoff. L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différentes difformités congénitales du système nerveux central.

В. И. Яковенко. О мѣрахъ упорядоченія призрѣнія душевно-больныхъ и необходимости дѣятельнаго участія въ этомъ дѣлѣ всей земско-медицинской организаціи. Докладъ VI Пироговскому съѣзду врачей.

Д. И. Орловъ. Къ вопросу объ организаціи участковыхъ санитарныхъ совѣтовъ. Докладъ XIV съѣзду земскихъ врачей Московской губерніи.

Докладъ Правленія VII съѣзду Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова по вопросу «о расторженіи брака вслѣдствіе душевной болѣзни одного изъ супруговъ».

Докладъ и работы комиссіи по вопросу объ объединеніи методовъ санитарно-статистическихъ изслѣдованій.

Очеркъ развитія городской медицины въ Казани. Составили думскіе врачи А. М. Селивановъ, П. А. Лопцловъ, Н. Г. Питкяненъ и В. А. Свѣшниковъ.

Протоколы засѣданій Общества психіатровъ въ С.-Петербургѣ за 1897 годъ.

Торжественное празднованіе медицинскими обществами г. Одессы столѣтняго юбилея Военно-Медицинской Академіи.

Дневникъ Выхода изъ разрывнаго 1-го съѣзда дѣятелей по климатологіи, гидрологіи и бальнеологіи.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

На 1899 г.

(седьмой годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. **В. М. Бехтерева** и проф. **Н. М. Попова**.

Въ 1899 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.



Въ книжныхъ магазинахъ Н. П. Карбасникова С.-Петербургъ:
1) Литейный, 46; 2) внутри Гостиннаго двора, кладовая № 19;
3) Невскій, противъ Гостиннаго двора, № 50; Москва: Моховая, домъ Баженова; Варшава: Новый Свѣтъ, 69; Вильна: Большая ул., домъ Гордона

ПОСТУПИЛА ВЪ ПРОДАЖУ НОВАЯ КНИГА

УЧЕБНИКЪ ПСИХІАТРІИ

для врачей и студентовъ проф. **КРЕПЕЛИНА**.

Переводъ врачей больницы св. Николая Чудотворца **В. М. Игнатъева**, **Л. Г. Оршанскаго**, **П. И. Павловскаго**, **Г. С. Сарачева**, **Н. А. Сокальскаго**, **М. Л. Фалька** и **Л. О. Финкельштейна**, съ согласіемъ и предисловіемъ автора. Съ нѣмецкаго пятаго, совершенно переработан. изд., съ 10 фотот. 13 рисунками и 13 образц. письма, въ 2 част. Цѣна 5 р., съ перес. нал. плат. 5 р. 70 к.



УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

на 1899 годъ.

ВЪ УЧЕНЪХЪ ЗАПИСКАХЪ ПОМѢЩАЮТСЯ:

I. Отдѣлъ наукъ. II. Отдѣлъ критики и библіографіи. III. Университетская лѣтопись. IV. Приложенія.

Ученныя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 15 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать въ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи Университета.

Редакторъ **Ө. М и щ е н к о.**



ПОДПИСКА НА 1899 ГОДЪ НА ЖУРНАЛЬ

„ДѢЯТЕЛЬ“.

Программа журнала слѣдующая:

1) Правительственныя распоряженія. 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія. 3) Повѣсти, разсказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія. 4) Письма изъ провинціи. 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни. 6) Изъ жизни и печати. 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений. 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ. 9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и заграницею. 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости. 11) Критика и библіографія. 12) Объявленія.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ЗА ГОДЪ 2 РУБЛЯ.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министр. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя библіотеки и читальни.

Выписывающіе за 1896, 1897 и 1898 гг. платятъ 5 рублей, причеъ 1896 годъ безъ перваго номера. Первый № принимается обратно за 50 коп.

ПОЛУГODOВАЯ ПОДПИСКА НЕ ПРИНИМАЕТСЯ.

Адресъ редакціи: Казань, типографія Императорскаго Казанскаго Университета, Черноозерская улица, собственный домъ.

Редакторъ-Издатель А. СОЛОВЬЕВЪ.

IV г. ОТКРЫВАЕТСЯ ПОДПИСКА 1899 г.
на ежемѣсячный журналъ

„СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА“

и двухнедѣльное изданіе

II г. „ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“ 1899 г.

издаваемые и редактируемые проф. М. И. АНАНЬЕВЫМЪ.

Въ отдѣлѣ оригинальномъ журнала «Современная Медицина и Гигіена» будутъ помѣщены: «Руководство къ судебной психіатріи». Для врачей и юристовъ. Проф. И. Г. Оршанскаго, нѣсколько лекцій Редактора по клинической микроскопіи и бактеріологіи и по клиникѣ внутреннихъ болѣзней и наконецъ «Обзоры и новости медицины» съ извѣстнымъ уже читателямъ характеромъ.

„ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

посвящается обзору успѣховъ терапіи по всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ и терапевтической гигиенѣ.

Программа этого журнала слѣдующая:

I. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ врачеванія.—II. Новыя врачебныя средства.—III. Новые способы леченія.—IV. Новые лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—V. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеймотерапіи, механотерапіи (массажъ и гимнастика), элект-

тротерапіи и рентгенотерапіи.—VI. Рефераты по всѣмъ медикохирургическимъ специальностямъ, внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, нервнымъ болѣзнямъ и психіатріи, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, дѣтскимъ болѣзнямъ, болѣзнямъ носа, вѣва, гортани и уха.—VII. Изъ засѣданій русскихъ медич. обществъ и съѣздовъ.—VIII. Изъ засѣданій иностранныхъ медич. обществъ и конгрессовъ.—IX. Библіографія и рецензіи.—X. Рецептныя формулы и діететическія указанія.—XI. Практическія замѣтки.—XII. Научная хроника и смѣсь. Объявленія.

Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на «Современную медицину и гигиену» 10 руб., и безъ пересылки 9 руб. Допускается разсрочка: при подпискѣ 5 руб. и въ маѣ 5 руб. или: при подпискѣ 4 руб., въ маѣ 3 руб. и въ сентябрѣ 3 руб.—Оставшіеся экземпляры журнала за 1896, 97 и 98 гг. можно получать по 10 р. безъ пересылки.

Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на «Терапевтическій Вѣстникъ» 5 руб., безъ доставки 4 руб. 50 коп. Допускается разсрочка: 3 руб. при подпискѣ и остальные 2 руб. (1 р. 50 коп.) въ маѣ. Оставшіеся экземпляры за 1868 г. можно получать за 5 р. безъ пересылки.

Подписывающіеся одновременно на «Соврем. Мед. и Гигиену» и «Терапевт. Вѣстн.» платятъ вмѣсто 15 руб. только 13 руб. съ доставкой и пересылкой и 12 руб. безъ доставки, причемъ допускается разсрочка 5 руб. при подпискѣ, 5 руб. въ маѣ и остальные 3 руб. (2 руб.) въ сентябрѣ.

Подписка принимается въ Конторѣ Редакціи «Современная Медицина и Гигиена»: Литейный просп. № 33.

Подписчики на журналъ «Соврем. Мед. и Гигиену» и на «Терапевт. Вѣстн.» пользуются 20 проц. уступки при покупкѣ въ Конторѣ редакціи Литейный пр., 33) всѣхъ ея изданій.

Редакторъ-издатель М. И. Афанасьевъ.

ЖУРНАЛЪ

РУССКАГО ОБЩЕСТВА

ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ.

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

Допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ бібліотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

«Журналъ» выходитъ ежемѣсячно книжками отъ 5 до 7 печатныхъ листовъ по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія. II. Отчеты о засѣданіяхъ отдѣловъ и секцій общества: 1-й биологической, 2-й—статистической, эпидемиологической и медицинской географіи, 3-й—общественной и частной гігіены, 4-й—гігіены дѣтскаго и школьнаго возрастовъ, 5-й—бальнеологіи и климатологіи, III. Научныя корреспонденціи. IV. Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы,—по биологіи, статистикѣ, эпидемиологіи, гігіенѣ, бальнеологіи и климатологіи. V. Критика и библіографія. VI. Хроника. VII. Частныя объявленія и публикаціи—VIII. Приложенія.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ВЪ ГОДЪ 4 РУБЛЯ СЪ ДОСТАВКОЮ И ПЕРЕСЫЛКОЮ.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: въ С.-Петербургѣ, въ канцеляріи Общества охр. нар. здравія, С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15, и въ книжныхъ магазинахъ: Рикера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина и др.

«ЖУРНАЛЪ» можетъ быть высланъ наложеннымъ платежемъ.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ, Экземляры «ЖУРНАЛА» за предыдущіе годы по 3 р. съ перес.

Редакторъ А. А. Липскій.

ВРАЧЕБНЫЯ ЗАПИСКИ

(Годъ изданія VI).

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА.

- 1) Оригинальныя статьи по научной и практической медицинѣ.
- 2) Рефераты по вопросамъ медицины изъ русской и иностранной литературы.
- 3) Критика и библіографія медицинскихъ сочиненій.
- 4) Хроника и мелкія извѣстія.
- 5) Объявленія.

Журналъ будетъ выходить въ объемѣ отъ 20 до 25 печатныхъ листовъ въ годъ, два раза въ мѣсяцъ, исключая трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ подъ редакціей О. И. Березкина, Л. Н. Варнека, О. А. Гетье, І. Д. Сарычева и С. П. Чернышева.

ЦѢНА ЗА ГОДЪ 3 РУБ. 50 КОП.

Подписка на 1899 годъ принимается въ книжныхъ магазинахъ и въ редакціи—3-я Мѣщанская, Старо-Екатерининска больница.

ВРАЧЪ-ПСИХІАТРЪ
ВЪ РОЛИ ЭКСПЕРТА НА СУДЪ.

Б. И. Воротынскаго

Приватъ-доцента Казанскаго Университета.

Рѣчь, произнесенная 31 января 1899 года въ годичномъ
засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.



КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета
1899.

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

Предсѣдатель Н. Поповъ.

Мм. 2-ни и Мм. 2-ри!

Въ каждой наукѣ, во всякій періодъ ея развитія, всегда можно найти цѣлый рядъ спорныхъ вопросовъ, которые въ данный моментъ стоятъ, такъ сказать, на очереди и ждутъ своего окончательнаго разрѣшенія. Особенно много такихъ вопросовъ возникаетъ въ то время, когда извѣстная наука вступаетъ въ новый періодъ своего развитія, когда намѣчаются новые пути въ ея поступательномъ движеніи, выдвигаются новыя теоріи, предлагаются новые методы изслѣдованія. Въ такомъ случаѣ обиліе спорныхъ вопросовъ, выступающихъ на сцену, указываетъ только на то, что прежнія положенія, господствовавшія въ наукѣ, сдѣлались несостоятельными, существовавшіе взгляды отжившими, старыя теоріи—шаткими, непригодными. Извѣстная степень оживленія въ научной работѣ наиболѣе назрѣвшихъ вопросовъ, замѣтная страстность при ихъ обсужденіи и рѣшеніи, обычная при этомъ увлеченія и ошибки—все это достаточно характеризуетъ каждое новое направленіе въ наукѣ, все это наблюдается при возникновеніи каждой новой школы.

Однако, первоначальныя ошибки и заблужденія, возникающіе споры и разногласія не служатъ еще показателемъ непригодности даннаго новаго направленія и не могутъ еще подрывать его научнаго значенія, такъ какъ мы знаемъ, что первые результаты, добытые съ помощью новыхъ методовъ изслѣдованія, рѣдко бываютъ окончательными, а обычно при дальнѣйшихъ провѣрочныхъ изслѣдованіяхъ подвергаются измѣненіямъ и исправленіямъ, перерабатываются и дополняются. Плодотворность и устойчивость каждаго новаго направленія

въ наукѣ стоитъ въ прямой зависимости отъ правильности самаго метода изслѣдованія. Разъ методъ изслѣдованія вѣренъ, точенъ и прочно обоснованъ, мы всегда и съ первыхъ же шаговъ можемъ опредѣлить и предсказать, насколько новое направленіе окажется полезнымъ и продуктивнымъ, насколько оно можетъ способствовать прогрессивному развитію данной науки. А въ области положительныхъ наукъ выборъ правильного метода изслѣдованія имѣетъ особенно важное значеніе.

Я позволилъ себѣ предпослать здѣсь эти замѣчанія въ виду того, что въ настоящее время и въ судебной психопатологіи возникаетъ цѣлый рядъ вопросовъ, которые должны быть разсмотрѣны съ иныхъ точекъ зрѣнія, должны вновь подвергнуться всестороннему обсужденію примѣнительно къ современнымъ требованіямъ жизни и при помощи новыхъ методовъ изслѣдованія. Дѣло въ томъ, что не такъ давно появившееся и уже достаточно упрочившееся новое направленіе въ наукѣ уголовного права естественнымъ образомъ должно было коснуться также и судебной психопатологіи. Это новое направленіе создало уже цѣлую школу антропологовъ-позитивистовъ, которые своими изслѣдованіями въ значительной степени способствовали успѣшному сближенію медицины съ юриспруденціей на почвѣ изученія „преступнаго человѣка“. Такъ какъ вмѣстѣ съ этимъ юристы стали больше интересоваться судебно-медицинскими вопросами, въ особенности судебно-психіатрическими, то весьма понятно, что вопросъ о психіатрической экспертизѣ, какъ вопросъ спорный и въ то же время практически очень важный, не могъ не подвергнуться вновь детальному разсмотрѣнію, не могъ не обратить на себя вниманія представителей новой школы.

Дѣйствительно, вопросъ о психіатрической экспертизѣ, имѣющій близкое отношеніе къ юриспруденціи и особенно интересующій криминалистовъ, за послѣднее десятилѣтіе замѣтно выдвинулся и сталъ горячо обсуждаться съ различныхъ точекъ зрѣнія. Въ Россіи (на съѣздахъ и въ ученыхъ обществахъ)

этотъ вопросъ также подвергался оживленнымъ дебатамъ. Для насъ всестороннее обсужденіе вопроса о психіатрической экспертизѣ въ настоящее время имѣетъ еще то исключительно важное значеніе, что въ виду проекта новыхъ уставовъ является весьма желательнымъ, чтобы въ пересмотрѣнныхъ законахъ нашли себѣ мѣсто тѣ выводы и положенія, которые выработаны и установлены современной наукой.

Имѣя въ виду эти соображенія, а также желая высказаться по одному изъ самыхъ важныхъ въ практическомъ отношеніи судебно-медицинскихъ вопросовъ, я и беру на себя смѣлость въ сегодняшнемъ засѣданіи остановить ненадолго вниманіе высокочтимаго собранія и попрошу снисходительно выслушать нѣкоторыя соображенія, которыя могутъ служить къ выясненію и правильному пониманію той роли, какую въ настоящее время призванъ играть врачъ психіатръ на судѣ, являясь въ качествѣ эксперта; вмѣстѣ съ этимъ я постараюсь указать на существующіе недостатки въ постановкѣ у насъ психіатрической экспертизы и на желательныя въ этомъ отношеніи реформы, при наличности тѣхъ данныхъ, которыя добыты въ новѣйшее время уголовной антропологіей.

Правильное разрѣшеніе вопроса о психіатрической экспертизѣ несомнѣнно имѣетъ громадное значеніе для судебной практики. Разнообразныя патологическія явленія въ жизни современнаго общества настойчиво указываютъ на необходимость возможно полнаго и глубокаго изученія какъ здоровой, такъ въ особенности больной души человѣка. Никто теперь не будетъ оспаривать той выдающейся роли, какую приобрѣла психіатрія въ наукѣ и въ жизни. Новѣйшіе выводы психіатріи дали толчокъ къ возникновенію настоящаго столь плодотворнаго позитивнаго направленія въ наукѣ уголовного права и легли въ основаніе новыхъ гуманныхъ теорій въ области этой науки. Многія положенія, заимствованныя изъ ученія о душевныхъ болѣзняхъ, способствовали правильной постановкѣ нѣкоторыхъ сложныхъ философскихъ вопросовъ и наиболѣе удачному разрѣшенію самыхъ запутанныхъ проблемъ изъ об-

ласти психологіи. Да это и понятно, такъ какъ всѣ психіатрическіе принципы взяты изъ практики, собраны въ школѣ жизни, откуда „раздаются жалобы и страданія, несчастія и вопли, завыванія и стоны“. Недаромъ еще старые авторы говорили, что „только тотъ, кто знаетъ сумасшествіе, знаетъ и человѣка“.

Само собою разумѣется, что наиболѣе трудными вопросами, съ которыми психіатру приходится встрѣчаться на судѣ, являются тѣ, когда необходимо точно распознать, правильно оцѣнить и доказать другимъ существованіе у обвиняемаго неясныхъ признаковъ душевнаго расстройства, скрытыхъ болѣзненныхъ симптомовъ, тонкихъ уклоненій отъ нормальной психической дѣятельности. Несомнѣнно, что рѣзко выраженные, типичныя формы помѣшательства, которыя являются очевидными для профана и вполне убѣдительными для судьи, не могутъ возбуждать на судѣ никакихъ недоразумѣній. Для психіатра, выступающаго экспертомъ на судѣ, трудную задачу представляютъ лишь сомнительныя душевныя состоянія, которыя вызываютъ большія разногласія между судьями, присяжными, а подчасъ даже между самими экспертами. Но именно такіе тонкіе виды душевнаго расстройства и должны въ научномъ отношеніи особенно интересовать всякаго истинно-образованнаго психіатра, анализъ такихъ случаевъ и долженъ главнымъ образомъ составлять задачу психіатрической экспертизы, какъ научнаго акта.

Къ сожалѣнію, благодаря неправильнымъ взглядамъ на экспертизу, установившимся въ судебной практикѣ, а также въ виду крупныхъ недостатковъ въ существующихъ у насъ законоположеніяхъ о душевно-больныхъ психіатру на судѣ приходится встрѣчаться съ цѣлымъ рядомъ препятствій, затрудняющихъ правильное разрѣшеніе судебно-психіатрическихъ вопросовъ, приходится сталкиваться съ массою такихъ неблагоприятныхъ условий, которыя дѣлаютъ психіатрическую экспертизу неполной, ненаучной, а потому часто неудовлетворительной.

Въ литературѣ, особенно иностранной, высказывалось много разнорѣчивыхъ взглядовъ на экспертизу вообще и въ частности на психіатрическую. Врачи и юристы по этому вопросу долго и много спорили и однако до сихъ поръ еще не пришли къ окончательному выводу: юридическія понятія объ экспертизѣ слишкомъ рѣзко расходятся съ понятіями медицинскими.

Существуетъ три главнымъ воззрѣнія на роль и значеніе экспертизы вообще.

Согласно первому воззрѣнію экспертизу считаютъ совершенно особеннымъ и самостоятельнымъ видомъ доказательства на судѣ. По второму воззрѣнію экспертиза не представляетъ собою самостоятельнаго вида доказательства, а приравнивается къ свидѣтельскимъ показаніямъ. Представители третьяго воззрѣнія смотрятъ на экспертизу не какъ на судебное доказательство, а считаютъ экспертовъ судьями фактовъ, *judices facti*.

Постараемся разобрать эти три основныхъ воззрѣнія, имѣя при этомъ постоянно въ виду по преимуществу психіатрическую экспертизу.

Первый и второй взгляды на экспертизу, по моему мнѣнію, основаны на недоразумѣніи, на неправильной постановкѣ вопроса, и потому легко могутъ быть опровергнуты, особенно по отношенію къ психіатрической экспертизѣ. По этому поводу совершенно справедливо разсуждаетъ проф. Владиміровъ¹⁾, доказывая несостоятельность двухъ первыхъ вышеупомянутыхъ воззрѣній. Проф. Владиміровъ указываетъ на то, что въ широкомъ смыслѣ слова медицинская экспертиза, пожалуй, можетъ считаться доказательствомъ, такъ какъ она всегда или подтверждаетъ какіе либо факты, возникающіе на судѣ, или отрицаетъ ихъ; но въ тѣсномъ смыслѣ слова экспертиза не есть доказательство,—она не есть доказательство въ томъ

¹⁾ Д. Владиміровъ. О значеніи врачей-экспертовъ въ уголовномъ судопроизводствѣ. Спб. 1870.

смыслѣ, какой установился за этимъ терминомъ въ судебной практикѣ и какой придаютъ этому понятію юристы.

Если мы вникнемъ въ сущность психіатрической экспертизы, то несомнѣнно найдемъ здѣсь такіе элементы, которые совершенно противорѣчатъ понятію доказательства въ юридическомъ смыслѣ. Съ понятіемъ доказательства юристы обыкновенно соединяютъ обстоятельства дѣла, имѣющія то или другое отношеніе къ данному судебному процессу, или свидѣтельскія показанія, такъ или иначе трактующія о данномъ противозаконномъ дѣйствіи, къ которому свидѣтельствующіе случайно имѣли какое либо касательство. Совсѣмъ другое представляютъ собою показанія врача-эксперта: онъ не свидѣтель фактовъ, онъ не подтверждаетъ и не отрицаетъ обстоятельствъ дѣла—онъ только принимаетъ во вниманіе эти обстоятельства, разбираетъ ихъ, словомъ—анализируетъ факты, чтобы затѣмъ высказать свое мотивированное заключеніе. Отсюда слѣдуетъ, что экспертиза не доказательство, а сужденіе о доказательствахъ, умозаключеніе, сдѣланное на основаніи имѣющихся въ дѣлѣ данныхъ.

Такимъ образомъ, роль эксперта на судѣ существенно отличается отъ роли свидѣтеля. Это различіе особенно хорошо и вѣрно устанавливаетъ Фостэнъ-Эли ¹⁾; онъ говоритъ: „свидѣтели и эксперты отправляютъ двѣ совершенно различныя функціи, которыя ни въ какомъ случаѣ не должны быть смѣшиваемы. Свидѣтелей создаетъ само преступленіе; они призываются на судъ не по чьей либо волѣ, произвольно, а самими обстоятельствами, приведшими ихъ туда, гдѣ совершенно было преступленіе, или поставившими ихъ въ какія либо отношенія съ подсудимымъ. Ихъ дѣло на судѣ изложить только факты, видѣнные или вообще имъ извѣстные. Напротивъ, экспертъ выбирается судьей; приглашеніе того или другого эксперта—произвольно, не обусловлено обстоятельствами дѣла. На судѣ они не излагаютъ фактовъ, видѣнныхъ или случайно

¹⁾ Цит. по Владимірову, I. с.

узнанныхъ, а даютъ судѣ спеціальныя свѣдѣнія, которыми обладаютъ, изслѣдуютъ и оцѣниваютъ факты, поручаемые имъ для этой цѣли правосудіемъ, и объявляютъ свое мнѣніе, сужденіе о нихъ“. Далѣе, существенное различіе заключается еще въ томъ, что свидѣтели отвѣчаютъ за свои показанія: если послѣднія не истинны, они подлежатъ наказанію за ложное свидѣтельство; эксперты же за свое заключеніе отвѣчаютъ лишь передъ судомъ своей совѣсти. А нельзя не признать, что этотъ судъ, судъ передъ своей совѣстью, и надежнѣе, и страшнѣе, и дѣйствительнѣе всякаго другого суда. Экспертъ-психіатръ, давая свое заключеніе о душевномъ состояніи подсудимаго, всегда твердо помнитъ, какую трудную и ответственную роль онъ беретъ на себя, какія послѣдствія можетъ вызвать его мнѣніе о психической дѣятельности даннаго лица. На этомъ основаніи психіатръ не можетъ внести въ свою экспертизу ничего произвольнаго, проблематичнаго, гадательнаго: онъ высказываетъ только то, въ чемъ хорошо убѣдился на основаніи своего изслѣдованія, что подсказываютъ ему его спеціальныя знанія, что диктуетъ наука.

Такимъ образомъ, критическій разборъ первыхъ двухъ воззрѣній на экспертизу привелъ насъ къ выводу, что эксперты должны являться на судѣ судьями фактовъ, *judices facti*. Этотъ нашъ выводъ какъ разъ совпадаетъ съ мнѣніемъ представителей третьяго воззрѣнія на экспертизу. Я лично стою на сторонѣ именно этого воззрѣнія и полагаю, что такой взглядъ на сущность экспертизы вообще, а тѣмъ болѣе психіатрической, только и можетъ выдержать строго научную критику и вполне отвѣчать задачамъ правосудія. Только при томъ условіи, если на эксперта будутъ смотрѣть, какъ на судью фактовъ, мы, врачи, являясь на судѣ, будемъ имѣть возможность согласовать основные психіатрическіе принципы, установленные современной наукой, съ требованіями закона, а слѣдовательно и съ требованіями, предъявляемыми намъ судебными властями.

Судья для открытія истины пользуется всѣми возможными средствами, всѣми необходимыми для его цѣли данными: обстоятельствами дѣла, осмотромъ, допросомъ свидѣтелей, рассмотрѣніемъ относящихся къ дѣлу документовъ и проч. Равнымъ образомъ и психіатръ-экспертъ для правильного опредѣленія душевнаго состоянія обвиняемаго долженъ имѣть право пользоваться всѣми тѣми данными, которыя могутъ служить къ открытію истины. Вѣдь мы должны согласиться, что въ исполненіи этого требованія столько же заинтересованъ и самъ судья, который, призвавъ себѣ помощника для разрѣшенія спеціальнаго вопроса, въ силу этого уже долженъ поставить его въ соотвѣтствующія условія, чтобы имѣть затѣмъ право требовать отъ психіатра основательной и полной экспертизы, на основаніи которой судъ могъ бы правильно примѣнить законъ къ данному лицу. Мнѣніе врача-психіатра о состояніи душевныхъ способностей подсудимаго только тогда будетъ вполнѣ научнымъ, когда оно основано на изученіи всей жизни даннаго лица, на анализѣ его поведенія до, во время и послѣ совершенія преступленія.

Вѣдь и сами юристы (Mittermayer) соглашаются съ тѣмъ, что „наилучшимъ образцомъ для способа дѣйствія эксперта, занимающагося испытаніемъ умственныхъ способностей подсудимаго, можетъ служить способъ дѣйствій, котораго держится опытный врачъ дома умалишенныхъ при изслѣдованіи душевнаго состоянія больного во время приѣма его въ это заведеніе“. А если это такъ, то врачу-психіатру должна быть предоставлена возможно полная свобода при производствѣ имъ экспертизы. Представители суда, при тѣхъ широкихъ полномочіяхъ, какія даны имъ закономъ, всегда сумѣютъ и найдутъ возможность поставить эксперта въ соотвѣтствующія условія для полученія наиболѣе надежныхъ результатовъ, какъ только они усвоятъ вполнѣ научный и правильный взглядъ на психіатрическую экспертизу.

Роль психіатра на судѣ въ значительной степени осложняется еще тѣмъ обстоятельствомъ, что сама по себѣ пси-

психиатрическая экспертиза имѣетъ свои исключительныя особенности, оцѣнить которые надлежащимъ образомъ можетъ только лицо, хорошо знакомое съ ученіемъ о душевныхъ болѣзняхъ. Несмотря на то, что представители суда, какъ учить насъ ежедневный опытъ, сталкиваясь въ своей судебной практикѣ съ психиатрическими вопросами, сплошь и рядомъ обнаруживаютъ очевидное незнаніе основъ психіатріи, они тѣмъ не менѣе въ соотвѣтствующихъ случаяхъ твердо отстаиваютъ свои права и доказываютъ, что только они, и они одни, могутъ и должны рѣшать вопросы о способности ко вмѣненію.

Такимъ образомъ, вопросъ о способности ко вмѣненію какъ будто изъѣмляется изъ вѣдѣнія медицины и становится чисто юридическимъ вопросомъ. Такой взглядъ, по крайпей мѣрѣ, установился въ нашей судебной практикѣ и, къ сожалѣнію, поддерживается даже нѣкоторыми психіатрами и судебными врачами. Однако, подобный взглядъ, по моему мнѣнію, представляется недостаточно обоснованнымъ и на практикѣ ведетъ къ печальнымъ недоразумѣніямъ.

Здѣсь очевиднымъ образомъ произошло смѣшеніе понятій вслѣдствіе отождествленія двухъ различныхъ терминовъ, а именно: *способность ко вмѣненію* и *вмѣненіе*. Терминъ „способность ко вмѣненію“ представляетъ собою лишь юридическую формулу для обозначенія извѣстнаго душевнаго состоянія даннаго субъекта, а „вмѣненіе“ есть ничто иное, какъ чисто юридическій актъ, т. е. заключеніе суда о признаніи даннаго лица виновнымъ и назначеніе ему соотвѣтствующаго наказанія. Отсюда видно, что понятія „способность ко вмѣненію“ и „вмѣненіе“ далеко не тождественны. Если мы признаемъ даннаго субъекта способнымъ ко вмѣненію, то этимъ самымъ указываемъ на то, что состояніе его умственныхъ способностей вполне позволяетъ примѣнить къ нему извѣстное наказаніе. Несомнѣнно, что опредѣленіе состоянія душевной дѣятельности есть чисто медицинскій актъ, и слѣдовательно рѣшеніе вопроса о способности ко вмѣненію должно лежать исключительно на обязанности эксперта-психіатра.

Изъ русскихъ психіатровъ этотъ взглядъ уже давно защищаль проф. Фрезе, а въ послѣднее время его горячо отстаиваетъ д-ръ Сербскій ¹⁾. Изъ юристовъ такого же мнѣнія держится Д. А. Дриль и проф. Владиміровъ. Особенно убѣдительно доказываетъ правильность и основательность такого взгляда на роль психіатра-эксперта проф. Фрезе въ своей „Судебной психологіи“. „Опредѣленіе способа и мѣры наказанія,—говоритъ онъ,—сообразно съ обстоятельствами дѣла вполнѣ принадлежитъ суду. Никто и не сомнѣвается въ томъ, что вмѣненіе составляетъ собою юридическій актъ, оканчивающійся приговоромъ или освобожденіемъ отъ суда обвиняемаго. Но изъ того, что судъ *вмѣняетъ*, далеко еще не слѣдуетъ, чтобы онъ также опредѣлялъ *способность ко вмѣненію*. Понятія „опредѣленіе способности ко вмѣненію“ и „вмѣненіе кому либо дѣянія въ вину“ нисколько не совпадаютъ одно съ другимъ уже потому, что способность ко вмѣненію есть *известное душевное состояніе* даннаго лица, а вмѣненіе состоитъ въ *умственномъ актѣ* представителей суда. Для того, чтобы судъ могъ вмѣнять или не вмѣнять, предварительно требуется опредѣленіе способности ко вмѣненію заинтересованнаго лица. Способность ко вмѣненію—это фактическое обстоятельство, которое должно быть уже признано, для того чтобы приступить ко вмѣненію“.

Разъ мы признали, что рѣшеніе вопроса о способности ко вмѣненію подсудимаго должно принадлежать эксперту-психіатру, мы тѣмъ самымъ высказали наше отношеніе къ другому очень важному въ практическомъ отношеніи вопросу, а именно къ вопросу объ обязательности мнѣнія экспертовъ для суда.

Въ самомъ дѣлѣ: психіатръ - экспертъ, какъ научный судья фактовъ, даетъ свое заключеніе о душевной дѣятельности даннаго лица на основаніи тщательнаго изученія всей его личности; несомнѣнно, что для такого изслѣдованія необходимы спеціальныя свѣдѣнія, которыми можетъ обладать

¹⁾ Судебная психопатологія. Москва, 1895.

только врачъ. Отсюда должно быть очевиднымъ, что критиковать, оцѣнивать или провѣрять научное мнѣніе эксперта можетъ лишь такое же свѣдующее лицо, или еще болѣе опытное и компетентное, но никоимъ образомъ не судья. Вполнѣ правъ Д. А. Дриль, заявляя по этому поводу слѣдующее: „Судь, призывая экспертовъ, тѣмъ самымъ самъ росписывается въ своей некомпетентности рѣшить подлежащій вопросъ по недостатку необходимыхъ для того знаній. Какъ же можетъ послѣ этого судъ оцѣнивать и провѣрять мнѣніе экспертовъ, принимать или отвергать его? Если у него прежде не было необходимыхъ знаній, то у него нѣтъ ихъ и теперь. Мнѣніе экспертовъ должно быть обязательнымъ для суда“¹⁾.

Мнѣ думается, что приведеннымъ соображеніямъ нельзя отказать въ достаточной убѣдительности, и потому для меня лично представляется непонятнымъ, почему до сихъ поръ еще приходится встрѣчать такъ много противниковъ этого положенія. Казалось бы, для всѣхъ должно быть очевиднымъ, что суду, прежде чѣмъ рѣшать вопросъ о вѣнненіи обвиняемому въ вину содѣяннаго, слѣдуетъ удостовѣриться, подлежитъ ли данное лицо его вѣдѣнію. т. е. вѣняемо ли оно, такъ какъ вѣняемость, въ юридическомъ смыслѣ, есть психологическая возможность примѣненія уголовныхъ законовъ. А этотъ вопросъ, т. е. вопросъ о способности ко вѣнненію, какъ мы старались доказать выше, всецѣло принадлежитъ вѣдѣнію медицины. Въ этомъ случаѣ экспертъ совѣмъ не вторгается въ область юриспруденціи, какъ утверждаютъ нѣкоторые: онъ рѣшаетъ здѣсь спеціально медицинскій вопросъ относительно того, существовало ли у подсудимаго душевное разстройство и можно ли это разстройство поставить въ связь съ совершеннымъ преступленіемъ. „Разъ этотъ фактический медицинскій вопросъ будетъ рѣшенъ утвердительно,—говоритъ Дриль,—остальная часть сложнаго вопроса объ уголовной виновности будетъ рѣшена уже закономъ, который скажетъ, что здѣсь

¹⁾ Труды V сѣзда русскихъ врачей.

нѣтъ мѣста уголовному вмѣненію. Суду послѣ этого, очевидно, будетъ дѣлать нечего. Ему останется только постановить о передачѣ обвиняемаго въ вѣдѣніе медицины“.

Отстаивая обязательность для суда мнѣнія психіатра-эксперта, я далека отъ мысли считать психіатрическую экспертизу, при настоящемъ состояніи нашихъ знаній, вполне безукоризненной. Напротивъ, принимая во вниманіе недостаточность нашихъ свѣдѣній по фізіологіи и патологіи центральной нервной системы, а также ограниченность нашихъ знаній о душевныхъ отправленияхъ, необходимо согласиться съ тѣмъ, что психіатру въ его судебно-медицинской практикѣ иногда приходится прибѣгать къ эмпирически-психологическому методу. Однако тотъ фактъ, что и въ настоящее время психіатръ можетъ точно діагностировать многія душевныя заболѣванія, нерѣзко выраженные, въ состояніи опредѣленно высказаться о характерѣ страданія и сдѣлать вѣрное предсказаніе о теченіи и объ исходѣ болѣзни,—уже этотъ фактъ, повторяю, обязываетъ судъ съ довѣріемъ и уваженіемъ относиться къ психіатрической экспертизѣ.

Если же въ судебно-медицинской практикѣ встрѣчаются иногда такіе случаи, когда даже опытный специалистъ становится въ затрудненіе и не рѣшается съ опредѣленностью высказаться о состояніи умственной дѣятельности подсудимаго, то это еще нисколько не доказываетъ, что психіатрическая экспертиза вообще неудовлетворительна и что довѣрять ей нельзя. Такіе факты указываютъ лишь на трудность и сложность психіатрической экспертизы. Вѣдь здоровье и нездоровье—очень растяжимыя понятія; въ особенности трудно опредѣлять границы душевнаго здоровья. А между тѣмъ психіатру на судѣ весьма нерѣдко приходится давать заключеніе о такихъ субъектахъ, которые въ предыдущей жизни только обращали на себя вниманіе общества оригинальностью и эксцентричностью своихъ поступковъ, кототые при этомъ считались даже за талантливыхъ и выдающихся людей, но которые въ то же время носили на себѣ печать болѣзненнаго темпера-

мента, обнаруживали много недочетовъ въ сферѣ чувства и вообще крупныя аномаліи психо-нервной организаціи. Такіе субъекты при извѣстныхъ условіяхъ могутъ совершать наказуемые закономъ поступки, за каковыя однако они иногда не должны подлежать отвѣтственности, вслѣдствіе своего болѣзненного состоянія.

Въ подобныхъ случаяхъ эксперту приходится рѣшать трудную задачу: ему нужно произвести глубокой психологическій анализъ личности для рѣшенія вопроса, не перешагнулъ ли такой субъектъ за границу нормального умственного здоровья. „Опытъ учить,—говоритъ великій французскій психіатръ Морель,—что кромѣ душевныхъ болѣзней собственно, какъ ихъ описываютъ въ книгахъ, наблюдаютъ въ сумасшедшихъ домахъ и понимаютъ въ общежитіи, совершается множество поступковъ, которые своей странностью, опаснымъ характеромъ и неестественностью причиняютъ судебной совѣсти мучительныя затрудненія“ ¹⁾. Въ такихъ случаяхъ иногда и наука не рѣшается произнести своего окончательнаго сужденія о томъ, имѣется ли тутъ душевная болѣзнь или нѣтъ. Но такъ какъ мнѣніе психіатра и въ этихъ случаяхъ должно служить основаніемъ для судей и присяжныхъ при окончательномъ рѣшеніи участи подсудимаго, то психіатрическая экспертиза всегда обязана подробно разобрать и выяснить всѣ характеристическія особенности душевной жизни даннаго лица, чтобы изъ такого анализа судъ могъ съ достаточной ясностью представить себѣ, насколько обвиняемый уклонялся отъ нормальнаго состоянія умственныхъ способностей, „сколько у него было возможности и поводовъ ненормально чувствовать, думать, желать и дѣйствовать“. Судья въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ предлагать эксперту болѣе конкретные вопросы и формулировать ихъ по своему усмотрѣнію—это его законное право; но психіатръ, не имѣя возможности

¹⁾ См. D-r. К. Лиманъ. Сомнительныя душевныя состоянія передъ судомъ.—Перев. съ нѣм. Спб. 1871.

высказаться болѣе опредѣленно, всегда долженъ отвѣчать на предлагаемые ему на судѣ вопросы по своему крайнему разумѣнію—это его естественное право. Мнѣніе эксперта не можетъ нисколько стѣснять судью, такъ какъ оно для него по закону не обязательно и судья можетъ не соглашаться съ выводомъ экспертизы, постановляя приговоръ по своему внутреннему убѣжденію. Однако это нисколько не говоритъ за правильность и вѣрность того взгляда, будто бы „убѣждение судьи выше, чѣмъ совѣсть врача“.

Нужно имѣть еще въ виду, что врачу-психіатру, по особенностямъ его спеціальности, какъ въ ежедневной практической дѣятельности, такъ равно и въ роли эксперта на судѣ, нерѣдко приходится считаться съ различнаго рода общественными предубѣжденіями, со всевозможными посторонними вліяніями. Каждый знаетъ, какъ подозрительно относится общество къ заключеніямъ психіатровъ, какъ скептически оно смотритъ на психіатрическую экспертизу. Несмотря на то, что общественное мнѣніе въ большинствѣ случаевъ стоитъ на сторонѣ обвиняемыхъ и что вообще общество всегда склонно снисходительно и съ сожалѣніемъ относиться къ личности преступника, тѣмъ не менѣе почти въ каждомъ случаѣ, когда психіатръ-экспертъ высказывается на судѣ въ пользу обвиняемаго, признавая его ненормальнымъ и потому невмѣняемымъ, то же общественное мнѣніе сейчасъ же измѣняетъ своему обычному настроенію, становится въ оппозицію и обвиняетъ врачей въ томъ, что они всѣхъ заподозрѣнныхъ склонны признавать душевно-больными. Само собою разумѣется, что научная экспертиза должна оставаться глухой къ голосу общественнаго мнѣнія, и психіатръ обязанъ лишь прислушиваться къ голосу своей совѣсти, слѣдовать указаніямъ науки. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ психіатру необходимо имѣть большой запасъ гражданскаго мужества, чтобы при производствѣ экспертизы отрѣшиться отъ всѣхъ постороннихъ вліяній, идти наперекоръ общественному мнѣнію и

вести на судѣ трудную и неравную борьбу съ установившимися ложными взглядами на душевныя болѣзни.

Остановившись болѣе подробно на роли психіатра-эксперта въ уголовномъ судѣ, мнѣ уже не придется много говорить о психіатрической экспертизѣ въ дѣлахъ гражданскихъ. Существующій у насъ по настоящее время порядокъ освидѣтельствѣванія признанъ уже всѣми, какъ юристами, такъ и психіатрами, совершенно неудовлетворительнымъ. Этотъ порядокъ въ общихъ чертахъ установленъ еще именнымъ указомъ Петра I въ 1722 году.

Нужно однако имѣть въ виду, что въ то время этотъ указъ преслѣдовалъ спеціальныя цѣли. Извѣстно, что многія нововведенія великаго преобразователя Россіи не встрѣчали сочувствія въ обществѣ и особенно среди дворянъ, которые, между прочимъ, систематически уклонялись отъ введенной Петромъ I обязательной государственной повинности. Не желая отдавать въ службу своихъ сыновей, дворяне обыкновенно доносили въ сенатъ, что ихъ недоросли на годятся для службы, что ихъ нельзя ничему научить, такъ какъ они дураки отъ рожденія. Подобныя заявленія поступали такъ часто, что нельзя было не заподозрить въ этомъ систематическаго обмана. Желая прекратить это намѣренное и незаконное уклоненіе отъ обязанностей службы, Петръ Великій издалъ указъ, въ которомъ повелѣлъ о дуракахъ „подавать извѣстіе въ сенатъ, а въ сенатѣ свидѣтельствовать“, причемъ самый способъ освидѣтельствѣванія предписанъ слѣдующій: „сенату спрашивать ихъ предъ собою о всякомъ домовомъ состояніи, какъ бы можно умному человѣку отвѣтъ въ томъ учинить, и ежели по вопросу отповѣди учинить не можетъ, а станетъ иное о томъ говорить, что можно изъ того дурачество познать“.

Указы Петра Великаго касались только дураковъ, т. е. слабоумныхъ отъ рожденія, и примѣнялись на практикѣ около столѣтія. Послѣдующимъ указомъ сената въ 1815 г. установлено различіе въ освидѣтельствѣваніи между безумными и сума-

шедшими, при чемъ первые попрежнему должны были высылаться для освидѣтельствованія въ Сенатъ, а вторые стали свидѣтельствоваться на мѣстѣ. Освидѣтельствованіе этихъ послѣднихъ производилось черезъ Врачебную Управу и затѣмъ о результатахъ дѣлалось донесеніе въ Сенатъ, что предписывалось слѣдующими словами указа: „... и когда по свидѣтельству сему сумасшествіе признано будетъ несомнительнымъ, тогда съ подробнымъ описаніемъ всѣхъ обстоятельствъ представлять Правительствующему Сенату на его заключеніе“. Съ 1835 года, согласно Высочайше утвержденному мнѣнію Государственнаго Совѣта, не только сумасшедшіе, но также и безумные отъ рожденія стали свидѣтельствоваться въ губернскихъ городахъ на одинаковыхъ основаніяхъ.

Такой порядокъ освидѣтельствованія душевно-больныхъ практикуется у насъ до настоящаго времени и самый способъ освидѣтельствованія носитъ тотъ же первоначальный характеръ, который былъ установленъ еще Петромъ I. Объ этомъ такъ гласитъ ст. 373, X т.: „Освидѣтельствованіе заключается въ строгомъ разсмотрѣніи отвѣтовъ на предлагаемые вопросы до обыкновенныхъ обстоятельствъ и домашней жизни относящіяся. Какъ вопросы сіи, такъ и объясненія на оныя записываются въ составляемый по сему случаю актъ“. Этотъ актъ представляется затѣмъ на заключеніе Сената.

Такимъ образомъ, на основаніи постановленнаго акта, съ приведеніемъ отвѣтовъ свидѣтельствуемаго на вопросы, „до обыкновенныхъ обстоятельствъ и домашней жизни относящіяся“, Сенатъ заочно рѣшаетъ, долженъ ли человекъ быть признанъ сумасшедшимъ или нѣтъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, и это признано уже всѣми, что такой порядокъ формальнаго освидѣтельствованія душевно-больныхъ не соответствуетъ требованіямъ науки и опыта.

Изъ всего изложеннаго мы видѣли, что по дѣйствующимъ законамъ дѣятельность психіатра-эксперта стѣснена соблюденіемъ такихъ судебно-процессуальныхъ условій, которые не только затрудняютъ правильное и вполне научное производ-

ство психіатрической экспертизы, но прямо противорѣчатъ основнымъ положеніямъ психіатріи. Неудивительно поэтому, что психіатру нерѣдко приходится въ силу необходимости уклоняться отъ прямой роли эксперта и разъяснять на судѣ самыя простыя вещи, составляющія азбуку психопатологіи. Такъ, психіатру въ залѣ суда весьма часто бываетъ необходимо трактовать о томъ, что душевная болѣзнь можетъ быть безъ бредовыхъ идей и безъ галлюцинацій, что очень нерѣдко душевно-больные обнаруживаютъ свою болѣзнь не бессмысленными рѣчами, а только странностями своихъ поступковъ; сплошь и рядомъ психіатръ бываетъ поставленъ въ необходимость доказывать судьямъ и присяжнымъ, что больные, находясь подъ вліяніемъ навязчивыхъ идей или галлюцинацій, иногда могутъ совершать ужасныя преступленія, вполнѣ сознавая въ то же время преступность и противозаконность своихъ дѣяній. Между тѣмъ, по смыслу 95 ст. дѣйствующаго Уложения, судъ только тогда не вѣрнѣе въ вину, когда обвиняемый совершилъ преступленіе, не имѣя понятія о противозаконности и свойствѣ самаго дѣянія. Поэтому, если судья будетъ слѣпо придерживаться буквы закона, то нерѣдко можетъ подвергнутъ наказанію несомнѣнно душевно-больного, поступки котораго были обусловлены болѣзненнымъ состояніемъ, были вынужденные, произвольные, а слѣдовательно — невмѣняемые.

Отсюда слѣдуетъ, насколько важно для современнаго образованнаго юриста-практика знаніе основъ психіатріи, законовъ психопатологіи. Только при этомъ условіи онъ будетъ имѣть возможность правильно оцѣнить выводы психіатрической экспертизы и согласовать ихъ съ требованіями закона. Общее правило, что законъ всегда отстаеетъ отъ науки и потому всегда имѣетъ крупныя недостатки. Въ интересахъ истины и правды психіатру на судѣ нерѣдко приходится примѣняться къ требованіямъ закона, подчасъ несогласнымъ съ требованіями науки; равнымъ образомъ и судья долженъ всегда имѣть въ виду недостатки закона и неослабно стремиться къ тому,

чтобы на практикѣ приводить его въ бѣльшее согласіе съ данными научныхъ наблюдений: этого требуетъ гуманность, справедливость и, наконецъ, здравый смыслъ.

Извѣстное душевное состояніе, признаваемое наукой бѣзненнымъ, не можетъ считаться нормальнымъ передъ лицомъ закона, и это положеніе юристамъ-практикамъ необходимо усвоить твердо. Только недостаточнымъ знакомствомъ представителей юриспруденціи съ естественно-научными методами изслѣдованія и съ выводами положительныхъ наукъ можно объяснить тотъ фактъ, что судьи еще до сихъ поръ ведутъ борьбу съ законами природы, ставя выше и предпочитая имъ законы гражданскіе и уголовные. Пока юристы будутъ поддерживать подобные взгляды, до тѣхъ поръ наше уложеніе о наказаніяхъ всегда будетъ представлять собою лишь „прейскурантъ преступлений“, какъ удачно выразился по этому поводу одинъ авторъ.

Однако хочется вѣрить, что уже безвозвратно миновало то время, когда судьи заботились только о формальномъ составленіи протокола и старались лишь возможно точнѣе подвести каждое данное преступленіе подъ опредѣленную статью закона. Новое плодотворное и гуманное направленіе въ наукѣ уголовного права обязываетъ уже теперь юриста-практика больше задумываться надъ каждымъ преступнымъ дѣяніемъ, глубже анализировать душевное состояніе cadaго подсудимаго, а не сваливать все съ такимъ удобствомъ и съ такой простотой на „злую волю“.

Современныя наши свѣдѣнія по криминологіи убѣждаютъ насъ, что преступленіе не представляетъ собою чего либо случайнаго, необъяснимаго. Преступники—это искусственный продуктъ, результатъ наслѣдственности и ненормальныхъ социальныхъ условий современной общественной жизни; преступленіе, какъ общественное зло, представляетъ собою явленіе, подчиняющееся принципу каузальности. „Пусть не говорятъ намъ,—замѣчаетъ Дриль,—что преступленіе есть явленіе, столь же естественное, какъ рожденіе и смерть: это горькій плодъ общественныхъ нестроений и зла, съ которыми бороться вполнѣ

возможно“. А если это такъ, то прямая задача науки изслѣдовать законы этихъ явленій, открыть и выяснить причины, ихъ вызывающія. Въ этомъ отношеніи совмѣстная работа юристовъ и врачей можетъ принести сугубо плодотворные результаты. На этомъ благородномъ поприщѣ соединеннаго научнаго труда, направленнаго къ открытію законовъ природы, къ изученію души человѣка, можно достигнуть при дружной работѣ блестящихъ успѣховъ. Совершенно справедливо замѣчаетъ аббатъ Moreau, духовникъ большой тюрьмы Roquette, что „мы слишкомъ много видимъ виновнаго и недостаточно видимъ больного; мы гораздо болѣе заботимся о томъ, чтобы наказать его, нежели о томъ, чтобы излечить, и послѣ этого мы еще находимъ удивительнымъ, что ненависть наполняетъ его сердце“ ¹⁾.

Поэтому не будемъ напрасно клеветать на человѣческую природу, будемъ меньше вѣрить въ зло, а больше придавать значенія болѣзни и невѣжеству: такая точка зрѣнія и гуманнѣе, и справедливѣе. Въ то же время, придерживаясь этой точки зрѣнія, мы и въ научномъ отношеніи достигнемъ гораздо большихъ результатовъ. Были времена, когда сотни невинныхъ людей предавались мучительной смерти, благодаря исключительно только невѣжеству и суевѣрію; тогда возводили на костеръ психопатовъ, истеричныхъ, галюцинантовъ и творили надъ ними судъ во славу Божію, во имя правды и справедливости. Однако наука разсѣяла этотъ мракъ, и только благодаря наукѣ человѣчество теперь спасено отъ ужасовъ пытокъ и инквизиціи. Теперь уже не повторяются тѣ времена, когда тысячи колдуновъ и одержимыхъ подвергались сожженію; прошло также безвозвратно и то время, когда утверждали, что преступныхъ душевно-больныхъ нужно лѣчить на эшафотѣ. А всего этого мы достигли, благодаря успѣхамъ патологической психологіи.

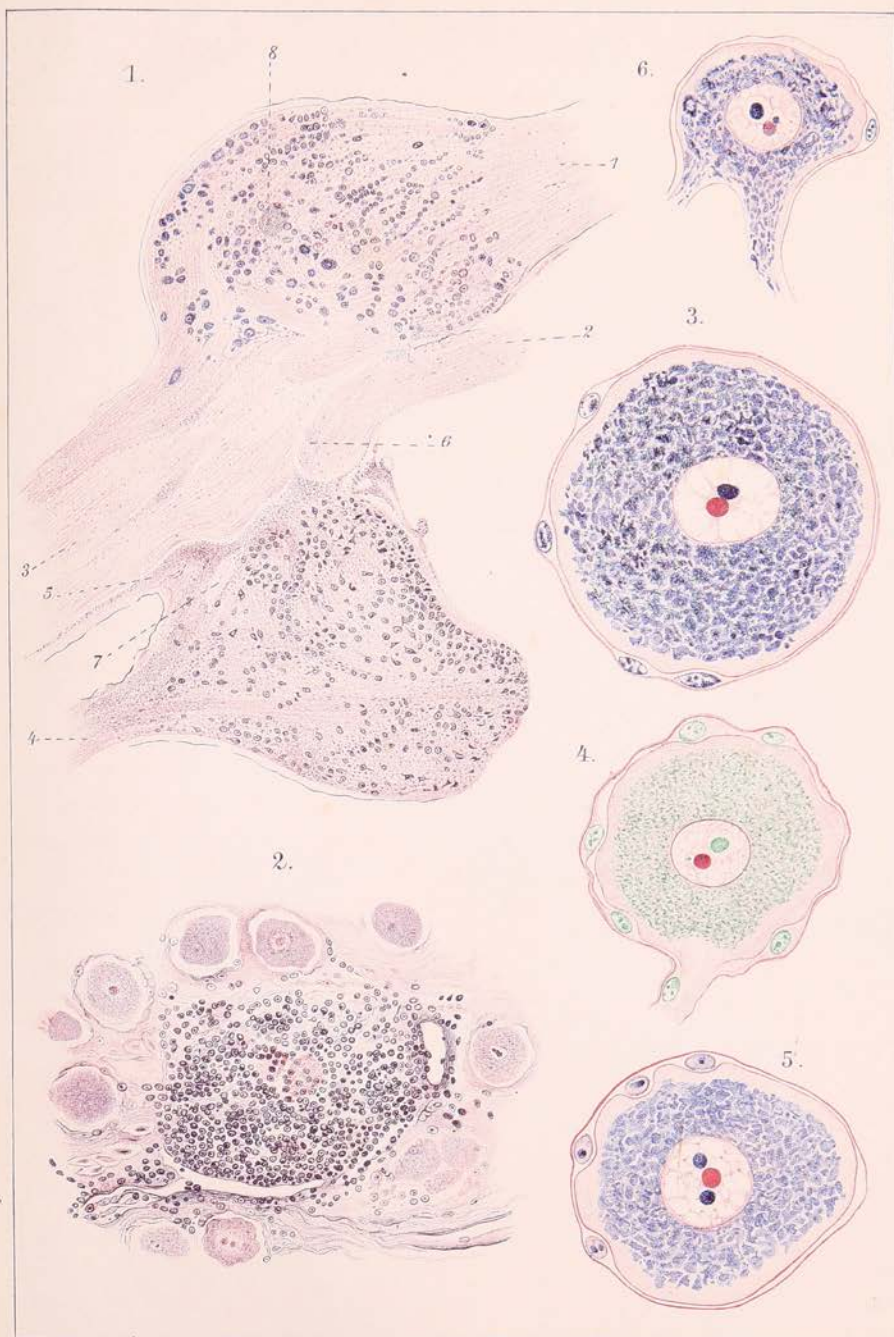
Крайне странно поэтому слышать еще въ настоящее время заявленія, что патологическая психологія будто-бы осла-

¹⁾ Moreau. Le monde de prisons. См. Д. Дриль. Психофизическіе типы.

била силу закона. Я, напротивъ, не колеблясь, хотѣлъ бы утверждать, что новѣйшія завоеванія психопатологіи могли только споспѣшествовать прогрессивному развитію законовѣдѣнія и содѣйствовать правильному примѣненію закона къ практическимъ потребностямъ жизни. Успѣхи патологической психологіи въ значительной степени упрочили и утвердили тѣ гуманные, разумные принципы, которые легли въ основу современныхъ законоположеній и благодаря которымъ наши законы по праву пользуются такимъ незыблемымъ авторитетомъ. Психопатологія, слѣдовательно, не могла ослабить силы закона, а, наоборотъ, только способствовала еще большему поднятію его авторитета.

Пусть юристы-судьи ратуютъ за расширеніе своихъ полномочій, пусть они отстаиваютъ свои права, пусть защищаютъ неприкосновенность ввѣренной имъ власти: этого требуетъ отъ нихъ сознаніе долга, который побуждаетъ представителей правосудія всегда стоять на стражѣ закона. Но и мы, врачи, въ такой же степени обязаны слѣдовать указаніямъ нашей науки, мы также призваны проводить въ жизнь трезвые взгляды и устанавливать разумные научные принципы: къ этому обязываетъ насъ данная передъ факультетомъ клятва, этого требуетъ отъ насъ наша совѣсть, къ этому побуждаетъ насъ чувство святости нашего призванія.







	<i>Стр.</i>
Рефераты по патологии нервной системы	229.
<i>G. Marinesco</i> Recherches sur les lésions des centres nerveux, consecutives à l'hyperthermie experimentale et à la fièvre. Revue neurologique. Janvier 1899. <i>N. Solovtsoff</i> . Sur les difformités congénitales du cerveau dans leurs rapports avec l'état des cellules nerveuses de la moelle. <i>N. Solovtsoff</i> . L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différents difformités congénitales du système nerveux central.	
Хроника и смѣсь	235.
Лѣтопись Общества невропатологовъ и психiatровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ	240.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ библиотеку Общества	246.
Объявленія.	
Приложеніе:	
В. И. Воротынскій Врачъ—психiatръ въ роли эксперта на судѣ.	



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

Предсѣдатель Н. 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 невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, 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 извѣстныхъ 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 количеству 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 и 1898 гг. — по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.