

7762^a ка. х. в. 574

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

и

профессора Н. М. ПОПОВА (Казань).

ТОМЪ **VIII.** вып. **2.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Д-ръ **Е. Дѣловъ**. Результаты осмотра германскихъ и нѣкоторыхъ французскихъ заведеній для душевнобольныхъ (окончаніе).

Проф. **Н. М. Поповъ**. Paraplegia spinalis syphilitica (съ рис. въ текстѣ).

Д-ръ **В. Н. Долговъ**. Случай травматическаго столбняка (съ рис. въ текстѣ).

Д-ръ **М. А. Коносевичъ**. Вліяніе перевязки шейныхъ артеріальныхъ стволовъ въ молодомъ возрастѣ на развитіе черепа и мозга (съ 2 табл. рис.).

Д-ръ **С. А. Сухановъ**. Къ казуистикѣ сексуальныхъ извращеній.

Критика и библиографія:

Рецензіи новыхъ книгъ.

Рефераты по гистологии и эмбриологии нервной системы.

Рефераты по нервной физиологии.
Рефераты по психіатріи и невропатологии.

Хроника и смѣсь.

Некрологъ. *Сергій Сергеевичъ Корсаковъ.*

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Приложеніе:

Проф. **Б. А. Арнштейнъ**. Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей (съ табл. рис.).

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1900.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ Е. Дѣловъ . Результаты осмотра германскихъ и нѣкоторыхъ французскихъ заведеній для душевно-больныхъ (<i>окончаніе</i>) . . .	1.
Проф. Н. М. Поповъ . Paraplegia spinalis syphilitica (съ рис. въ текстѣ)	76.
Д-ръ В. Н. Долговъ . Случай травматическаго столбняка (съ рис. въ текстѣ).	99.
Д-ръ М. А. Коносевичь . Вліяніе перевязки шейныхъ артерійальныхъ стволовъ въ молодомъ возрастѣ на развитіе черепа и мозга (съ 2 табл. рис.)	111.
Д-ръ С. А. Сухановъ . Къ казуистикѣ сексуальныхъ извращеній	164.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ	169.
Д-ръ П. А. Останковъ . Вытяженіе позвоночника, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней.	
Проф. П. И. Бовалевскій . Судебная психопатологія	170.
Рефераты по гистологіи и эмбриологіи нервной системы	171.
<i>E. Holmgren</i> . Zur Kenntniss d. Spinalganglienzellen.— <i>Idem</i> . Weitere Mitteilungen über d. Bau der Nervenzellen.— <i>F. Studnicka</i> . Ueber das Vorkommen d. Kanälchen u. Alveolen im Körper d. Ganglienzellen etc.— <i>Alb. Adamkiewicz</i> . Zum Blutgefäßapparat d. Ganglienzelle.— <i>E. Holmgren</i> . Noch weitere Mitteilungen über d. Bau der Nervenzellen.— <i>Idem</i> . Einige Worte in Veranlassung der von Prof. Adamkiewicz veröffentlichten letzten Mitteilung.— <i>A. Bethe</i> . Einige Bemerkungen über die «intracellulären» Kanälchen d. Spinalganglienzellen etc.— <i>H. Соловцовъ</i> . О врожденныхъ уродствахъ центральной нервной системы.—178.	



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

Д-ра Е. Дѣлова.

(Окончаніе).

Жена.

Лѣчебница душевно-больныхъ въ Енѣ, она же и кли-
ника Енскаго Университета, не представляетъ ничего особен-
наго. Расположена она въ самой возвышенной части города Психіатриче-
ская клини-
ка въ Јенѣ.
по Ober philosopher Weg, откуда открывается превосходный
идь какъ на самый городъ, такъ и на окружающія, живо-
писно раскинутыя горы. Зданіе лѣчебницы старое, стоитъ въ
паркѣ, передъ нимъ разбитъ прекрасный цвѣтникъ. Лѣчеб-
ница состоитъ изъ трехъэтажныхъ павильоновъ, соединенныхъ
между собою крытыми коридорами; всѣ павильоны распо-
жены въ рядъ. Въ среднемъ павильонѣ помѣщаются бюро,
библіотека, врачебные кабинеты, большой залъ для развлече-
ній больныхъ, а также аудиторія, лабораторія, квартиры для
врачей и служащихъ въ больницѣ (директоръ лѣчебницы жи-
ветъ въ отдѣльномъ, расположенномъ позади лѣчебницы въ
саду, домѣ); павильонъ, расположенный къ востоку, занятъ
больными мужчинами, къ западу—женщинами. Помѣщенія
больныхъ тѣсныя, вентиляціи никакой; вообще лѣчебница об-
ставлена бѣдно. Изоляторы маленькіе. Кровати большею ча-

стью деревянныя. У больныхъ слабыхъ или имѣющихъ наклонность постоянно вставать съ постели кровати окружены густой тонкой сѣткой. Одинъ край этой сѣтки прикрепляется къ кровати рамѣ, другой, собранный вмѣстѣ, надѣвается на толстый крючокъ, вбитый высоко въ стѣну. Нельзя сказать, чтобы подобное содержаніе производило пріятное впечатлѣніе; больные точно посажены въ клѣтку и еще болѣе кажутся безпокойными. Лѣчебница рассчитана на 160 больныхъ, но въ дѣйствительности ихъ всегда больше. Обмѣнъ больныхъ въ лѣчебницѣ очень оживленный, ежегодно бываетъ до 200 новыхъ поступленій и по преимуществу съ психоневрозами, изъ которыхъ *melancholia*, по заявленіи ассистента д-ра Венеске, составляетъ главный контингентъ. Постельное содержаніе больныхъ примѣняется не во всѣхъ случаяхъ и не систематически.

Директоромъ лѣчебницы состоитъ профессоръ Іенскаго Университета *Biswanger*, читающій лекціи по клинической психіатріи 4 раза въ недѣлю по часу и одинъ разъ въ недѣлю—объ эпилепсіи и истеріи. При клиникѣ состоятъ 4 врача. Прислуги 1 чел. на 8—9 больныхъ.

Erlangen

Въ Эрлангенѣ я посѣтилъ клинику профессора *Strümpell*'я и окружающую лѣчебницу для душевно-больныхъ (она же и клиника Эрлангенскаго Университета).

Клиника проф. *Strümpell*'я помѣщается по *Krankenhausstrasse*, въ сосѣдствѣ съ другими университетскими клиниками, въ длинномъ, довольно старомъ двухъэтажномъ зданіи. Какъ въ нижнемъ, такъ и верхнемъ этажѣ этого зданія съ одной стороны во всю длину его идетъ коридоръ, сообщающійся съ комнатами, гдѣ помѣщаются больные. Клиника рассчитана на 120 больныхъ съ внутренними болѣзнями, но между ними много и нервно-больныхъ, которыми проф. *Strümpell* весьма интересуется. Несмотря на лѣтнія каникулы, я

встрѣтилъ въ клиникѣ много интересныхъ нервныхъ больныхъ, которые любезно были мнѣ продемонстрированы ассистентомъ. Во 2 этажѣ клиники находятся аудиторія и лабораторія. Последняя занимаетъ одну большую комнату и хорошо обставлена. Большинство врачей занимается патологической анатоміей центральной нервной системы. Мнѣ были показаны болѣе или менѣе интересные сръзсы изъ различныхъ отдѣловъ мозга при различныхъ формахъ нервныхъ болѣзней. Какихъ либо новыхъ способовъ окраски и вообще изслѣдованія мозговой ткани, кромѣ общезвѣстныхъ, а здѣсь не нашель.

Окружная лѣчебница для душевно-больныхъ, она же психіатрическая клиника университета въ Erlangen'ѣ, находится въ сѣверо-восточной части города, на окраинѣ его. Лѣчебница основана въ 1846 году, но послѣ этого въ разное время возведено много новыхъ построекъ, такъ что въ общемъ она имѣетъ совершенно хорошей видъ. Больныхъ въ ней 750 ч. На улицу выходитъ только административное зданіе съ расположенными впереди него подсадникомъ и цвѣтникомъ, остальные постройки лѣчебницы помѣщаются сзади административнаго зданія на большой площади (около 8 га), обсаженной деревьями. Вся площадь, принадлежащая больницѣ, обведена средней высоты каменной стѣной. Упомянутое выше административное зданіе въ два этажа; въ нижнемъ этажѣ помѣщаются: бюро, приемныя, кабинетъ директора, бібліотека и помѣщеніе швейцара; въ верхнемъ этажѣ квартира директора и лабораторія. Отъ середины этого зданія сзади тянется къ сѣверу длинное и узкое двухъэтажное зданіе, пересѣкаемое по серединѣ подъ прямымъ угломъ вторымъ такимъ же длиннымъ и узкимъ двухъэтажнымъ зданіемъ, образуя такимъ образомъ форму креста. Въ мѣстѣ пересѣченія этихъ зданій въ каждомъ этажѣ находится круглый залъ, въ который съ четырехъ сторонъ открываются длинные коридоры этихъ построекъ. Постройки эти по времени самыя старыя въ лѣчебницѣ; въ нихъ, собственно говоря, группиро-

вались вначалѣ все больные лѣчебницы. Въ каждомъ такомъ длинномъ зданіи съ одной стороны его идетъ коридоръ, сообщающійся съ комнатами для больныхъ. Въ сторонахъ этого крестообразнаго зданія къ востоку помѣщаются спокойные больные (пансіонеры мужчины), къ западу—пансіонеры женщины. (Все больные, смотря по платѣ, раздѣляются въ лѣчебницѣ на больныхъ I и II класса или пансіонеровъ и больныхъ III класса). Остальная часть этого крестообразнаго зданія служитъ квартирами ассистентовъ-врачей и другихъ служащихъ въ лѣчебницѣ.

Помѣщенія для пансіонеровъ обставлены уютно и хорошо, тутъ есть и рояль, билиардъ и другіе предметы для пользованія и развлеченія больныхъ.

Съ восточной и западной стороны отъ крестообразнаго зданія и немного отступя отъ него расположены къ сѣверу съ каждой стороны по 4 двухъэтажныхъ павильона, образующіе другія отдѣленія лѣчебницы. Все эти павильоны соединены между собою крытыми коридорами, причѣмъ павильоны, расположенные съ восточной стороны, заняты больными мужчинами, расположенные же съ западной стороны—больными женщинами.

Въ первыхъ двухъ павильонахъ, ближайшихъ къ крестообразному зданію, помѣщаются полуспокойные больные: въ нижнихъ этажахъ ихъ помѣщенія для дневного пребыванія, вверху спальни, кромѣ этого въ этомъ же отдѣленіи отведено по двѣ комнаты для такихъ больныхъ, которые должны днемъ лежать въ постели; за ними наблюдаетъ постоянно дежурящая прислуга. За этими двумя павильонами расположены 2 павильона для беспокойныхъ больныхъ. Въ каждомъ изъ нихъ имѣется по нѣсколько большихъ и свѣтлыхъ изоляторовъ съ двойными дверями и съ корабельными стеклами въ окнахъ; кромѣ изоляторовъ также комнаты и для дневного пребыванія, спальни, буфетныя, туалетныя комнаты. Слѣдующіе два павильона служатъ для больныхъ слабыхъ и неопытныхъ; въ нихъ большія комнаты, хорошо провѣтриваемыя,

съ содержаніемъ больныхъ въ каждой не болѣе 12 ч. Кровати всѣ желѣзныя, у нѣкоторыхъ больныхъ съ боковыми спинками. У очень неопытныхъ больныхъ подстилагается на матрацъ морская трава „wagek“.

Отдѣленіе это снабжено въ достаточномъ количествѣ мѣдными ваннами, помѣщеніями для дневного пребыванія, туалетными и буфетными комнатами. Самыя зданія, т. е. къ сѣверу два расположенныхъ павильона, населены спокойными больными III класса. Вверху помѣщаются спальни, клозеты, туалетныя и ванныя комнаты, внизу—комнаты для дневного пребыванія, столовыя, клозеты и буфетныя. Между мужской и женской половиной лѣчебницы помѣщается кухня, котельное и машинное зданіе и мастерскія. Въ восточной части больничной площади совершенно отдѣльно стоитъ паровая прачешная, снабженная всѣми необходимыми машинами; къ сѣверо-востоку—огородъ, воздѣлываемый обыкновенно самими же больными. Позади лѣчебницы и между отдѣльными павильонами расположены больничные сады; въ западной части больничной мѣстности помѣщается дровяной и угольный дворъ. Въ пристройкѣ, сдѣланной въ западной части крестообразнаго зданія, внизу католическая церковь, надъ нею залъ со сценой, въ которой нѣсколько разъ въ годъ устраиваются спектакли и другія развлечения для больныхъ; вмѣстѣ съ тѣмъ она служитъ и аудиторіей. Особаго лазарета нѣтъ при больницѣ, но при каждомъ отдѣленіи выдѣлено по 1—2 комнаты на случай заболѣванія больныхъ соматическими болѣзнями. Всѣ окна лѣчебницы, за исключеніемъ изоляторовъ, гдѣ желѣзныя оконныя рамы, снабжены вогнутыми желѣзными рѣшетками. Въ каждомъ больничномъ павильонѣ имѣются клозеты, ванныя, буфетныя и туалетныя комнаты. Кровати частью деревянныя (у покойныхъ больныхъ), частью желѣзныя съ двумя матрацами и одной подушкой. Одѣяла у покойныхъ больныхъ—обыкновенныя вѣмецкія перины, у другихъ—байковыя. Эпилептики имѣютъ кровати съ высокими мягкими боками. Отопленіе въ старомъ зданіи печами, въ павильо-

нахъ паровое; освѣщеніе газовое; клозеты промывные; водою лѣчебница снабжается городскимъ водопроводомъ. Прислуги приходится въ среднемъ 1 на 9—10 ч. больныхъ. Меблировка лѣчебницы ничѣмъ не отличается отъ обычной пѣмецкой, въ помѣщеніи же для пансіонероу даже комфортабельная.

Администрацію лѣчебницы составляютъ директоръ (проф. Шпехтъ), 6 или 7 врачей, смотритель и эконоу. Персональ, наблюдающій за больными, состоялъ изъ 9 служителей I класса съ жалованьемъ при всемъ готовомъ въ 540 марокъ въ годъ, 16 служителей II класса съ жалованьемъ въ 444 марокъ.

5 „ „	III класса	360 марокъ
9 служительницъ	I кл.	444 м.
15 „ „	II кл.	360 мар.
5 служ. „	III кл.	264 м.

Вновь принятыхъ больныхъ за послѣднія 7 лѣтъ было 1114 человекъ (612 муж. и 502 женщ.). Изъ этого числа за тоже время убыло 1018 (540 м. и 478 ж.), изъ нихъ 273 (130 м. + 143 ж.) совершенно выздоровѣло, умершихъ за тотъ же періодъ времени было 316 больныхъ (186 м. и 130 жев.) или 125%. Большая часть умерла отъ туберкулеза легкихъ и кишекъ. Число самоубійствъ между душевнобольными въ лѣчебницѣ было за 7 лѣтъ 4 (все повѣсились). Больные мужчины обыкновенно занимаютъ слѣдующими работами: уходомъ за домашними животными, садовыми работами, очисткою дворовъ и аллей и разнообразными ремеслами въ мастерскихъ; больныя женщины: рукодѣлемъ, шитьемъ и т. п. женскими работами, пѣкоргорья въ кухнѣ и прачешной. Процентъ работающихъ мужчинъ былъ въ среднемъ 38,75%, женщинъ—31,75%.

Heidelberg.

Психіатрическая клиника — Клиника душевныхъ болѣзней въ Heidelberg'ѣ расположена въ западной части города и на лѣвомъ берегу рѣки Neckar, рядомъ съ другими университетскими клиниками, но

стоитъ совершенно отдѣльно; при клиникѣ большой садъ и паркъ. Главное зданіе клиники фасадомъ смотритъ на Philosophenstrasse, отдѣляясь отъ послѣдней небольшимъ садикомъ. Клиника всего на 100 мѣстъ (50 муж. и 50 ж.) и служитъ исключительно научно-учебнымъ цѣлямъ. Главное зданіе клиники въ два этажа, средняя часть его предназначена для административныхъ цѣлей, боковыя крылья заняты больными: западное крыло—женщинами, восточное—мужчинами. Въ нижнемъ этажѣ средняго корпуса размѣщены пріемныя, бюро и т. п.; въ верхнемъ—аудиторія, рядомъ съ ней психофизическая лабораторія, снабженная всѣми новѣйшими аппаратами для психофизическихъ изслѣдованій, микроскопическая лабораторія и квартиры врачей. Въ аудиторія стоитъ шкафъ, въ которомъ собраны интересныя работы больныхъ и фотографическіе снимки болѣе или менѣе выдающихся случаевъ въ различныхъ фазахъ болѣзни. Кромѣ этого главнаго корпуса позади него находится по сторонамъ еще по одному небольшому одноэтажному павильону; въ каждомъ изъ нихъ по четыре изолятора, но къ которымъ въ клиникѣ очень рѣдко прибѣгаютъ. Павильоны эти предназначены для безпокойныхъ больныхъ и соединяются съ главнымъ корпусомъ клиники полукрытыми ходами. Между безпокойными отдѣленіями помещается кухня и машинное зданіе съ паровыми котлами. Отопленіе клиники паровое, освѣщеніе газомъ. Kloзеты воляные. Больные распределены просторно. Всюду видны замѣчательная чистота и порядокъ. Въ клиникѣ очень строго проводится постельное содержаніе больныхъ. У безпокойныхъ больныхъ въ широкихъ размѣрахъ примѣняются продолжительныя тепловатыя ванны. Эти ванны легко успокаиваютъ больныхъ (нужно только, чтобы больные въ нихъ сидѣли цѣлыми часами) и легче пріучаютъ затѣмъ больныхъ къ лежанію въ постели. Директоромъ клиники состоитъ профессоръ Гейдельбергскаго Университета Kräpelin, выдающійся германскій психіатръ (До преобразования Юрьевского Университета проф. Kräpelin читалъ психіатрію въ Юрьевѣ). При клиникѣ 3—4 врача

постоянныхъ и кромѣ того много временно занимающихся. Прислуга 1 на 7—8 чел. больныхъ. Къ сожалѣнію, не могу привести цифръ движенія больныхъ за неизмѣнимъ печатныхъ отчетовъ по клиникѣ.

Психіатриче-
ская клини-
ка въ Мюн-
хенѣ.

Мюнхенская окружная лѣчебница для душевно-больныхъ находится на окраинѣ г. Мюнхена, въ юго-западной его части. Лѣчебница на 500 кроватей вмѣстѣ съ тѣмъ служитъ и клинкой Мюнхенскаго Университета. Построена давно. Зданіе лѣчебницы расположено въ видѣ буквы п. Кругомъ и позади лѣчебницы большой паркъ, обнесенный высокой стѣной. Фасадомъ своимъ лѣчебница смотритъ на юго-западъ. Средняя часть передняго фронта въ три этажа; здѣсь внизу помѣщаются: бюро, пріемная, бібліотека, кабинетъ директора; 2 и 3 этажи составляютъ квартиры директора и врачей. Боковыя крылья передняго фасада заняты спокойными больными: къ востоку мужчинами, къ западу—женщинами. Въ флигеляхъ, отходящихъ отъ боковъ главнаго зданія кзади—тоже въ два этажа—размѣщаются полуспокойные, слабые и безпокойные больные. Всѣ отдѣленія сообщаются между собою внутренними коридорами. Помѣщенія больныхъ обставлены обычно мебелью, при чемъ помѣщенія больныхъ 1 и 2 класса обставлены сравнительно лучше, чѣмъ помѣщенія другихъ больныхъ. Отопленіе всей лѣчебницы паровое, освѣщеніе газовое. Всѣ окна защищены снаружи рѣшотками, въ изоляторахъ еще изнутри проволочной сѣткой. Позади средней части главнаго корпуса находится двухъэтажное зданіе, въ которомъ помѣщаются кухня и механическая прачешная. Надъ кухней 2 во этажѣ расположенъ большой залъ съ приспособленіями для сцены. Здѣсь устраиваются увеселительные вечера для больныхъ, а также читаются студентамъ лекціи; за прачешной расположена католическая церковь. Позади церкви въ одну линію съ упомянутыми зданіями внутри больничнаго двора стоитъ отдѣльное двухъэтажное небольшое зданіе; внизу его устроена купальня, вверху большая микроскопическая ла-

бораторія; еще далѣе кзади за этимъ зданіемъ находится машинное и котельное зданіе. Какъ сказано уже было выше, всѣ постройки лѣчебницы старыя и сама лѣчебница всегда бываетъ переполнена больными.

Администрацію больницы составляютъ директоръ (проф. Витт, читающій клиническую психіатрію въ Мюнхенскомъ Университетѣ), одинъ старшій и 5 младшихъ ассистентовъ-врачей, смотритель и экономъ. Прислуги вмѣстѣ съ старшими надзирателями и надзирательницами 94 человекъ (44 муж. и 40 ж.).

Движеніе больныхъ въ лѣчебницѣ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ: къ январю 1896 года всего состояло больныхъ въ лѣчебницѣ 502 (246 м. и 256 ж.), въ 1896 году поступило 225 ч. (142 м. и 83 ж.); убыло 226 ч. (142 м. и 83 ж.). Изъ вновь принятыхъ было пациентовъ 1 кл. 3 чел. (1 м. и 2 ж.), II класса 36 ч. (24 м. и 12 ж.) и больныхъ III класса 186 ч. (147 м. и 69 ж.), изъ послѣднихъ 67 пользовалось за плату и 119 ч. бесплатно. Умершихъ было 70 ч. (40 м. и 30 жеп.)—большую частью отъ прогрессивнаго паралича.

Изъ 225 вновь принятыхъ больныхъ 211 были душевнобольные, процентъ которыхъ по формамъ болѣзней распредѣляется такъ:

Простѣйшія формы душ. разстройствъ $64\frac{0}{100}$ (49,25⁰/₁₀₀ м. и 86,74⁰/₁₀₀ ж.)

Прогрессивный параличъ $24,17\frac{0}{100}$ (32,81⁰/₁₀₀ м. и 10,84 ж.)

Эпилептическое помѣшательство $0,47\frac{0}{100}$ (0,81⁰/₁₀₀ м. — ж.)

Идіотизмъ и слабоуміе $5,20\frac{0}{100}$ (7,81⁰/₁₀₀ м. и 1,21⁰/₁₀₀ ж.)

Бѣлая горячка . . . $6,16\frac{0}{100}$ (9,38⁰/₁₀₀ м. и 1,21⁰/₁₀₀ ж.).

Особенно замѣтенъ былъ за послѣдній годъ наплывъ въ лѣчебницу больныхъ преступныхъ и опасныхъ идіотовъ, число которыхъ возросло въ сравненіи съ прежними чуть ли не въ четверо. Больные эти являются чистымъ бременемъ для лѣчебницы. Одинъ изъ такихъ преступныхъ слабоумныхъ, который за неоднократные поджоги былъ водворенъ въ лѣ-

чебницу, въ октябрѣ 1896 года совершилъ побѣгъ изъ нея и въ теченіи пяти дней успѣлъ въ округѣ Tölz совершить три поджога.

На испытаніи въ лѣчебницѣ было 22 ч., изъ которыхъ 8 ч. признаны душевно-больными, остальные душевно-здоровыми.

Швейцарія. Bern. Zürich.

Въ Швейцаріи мною осмотрѣны четыре психіатрическія лѣчебницы: 2 возлѣ Берна, одна въ Цюрихѣ и одна въ кантонѣ Тургау и кромѣ того двѣ лѣчебницы для алкоголиковъ Ellikon и Nüchtern.

Психіатриче-
ская клиника
Бернского
Университ.

Въ Бернскомъ кантонѣ имѣются двѣ лѣчебницы для душевно-больныхъ: старая, она же и клиника Бернского университета, въ Waldau, и совершенно новая въ Münsingen'ѣ.

Кантональная лѣчебница Waldau расположена къ сѣверо-востоку въ 5 километрахъ отъ города Берна и въ 20 минутахъ ходьбы отъ желѣзно-дорожной станціи Ostermündingen. Соещеніе лѣчебницы съ городомъ не особенно удобное. Лѣчебница существуетъ около 40 лѣтъ и рассчитана на 450 больныхъ. Зданіе лѣчебницы (двухъэтажное) расположено въ видѣ четырехугольника съ внутреннимъ дворомъ. Фасадъ лѣчебницы обращенъ къ востоку къ снѣжнымъ Альпамъ. Средняя часть главнаго корпуса въ три этажа, здѣсь помѣщаются бюро, пріемныя, квартира директора, библіотека, лабораторія, квартиры врачей и служащихъ; остальная часть лѣчебницы занята больными, при чемъ половина ея, обращенная къ сѣверу, населена женщинами, къ югу — мужчинами. Ближе къ средней части главнаго корпуса находятся отдѣленія покойныхъ больныхъ, далѣе слабыхъ и полуспокойныхъ больныхъ и наконецъ въ заднемъ корпусѣ помѣщаются отдѣленія безпокойныхъ больныхъ съ изоляторами въ нижнемъ этажѣ. Помѣщенія для дневнаго пребыванія больныхъ внизу, сверху — спальни. Лѣчебница обставлена скромно, даже скорѣе бѣдно.

Каждое отдѣленіе имѣетъ свой отдѣльный садъ. Между обоими безпокойными отдѣленіями находится кухня, прачешная и машинное зданіе. Отопленіе всей лѣчебницы печное, за исключеніемъ безпокойныхъ отдѣленій, гдѣ отопленіе паровое низкаго давленія. Клозеты примитивныя. Освѣщеніе керосиновыми лампами. Съ сѣверной стороны къ лѣчебницѣ примыкаютъ зданія старой лѣчебницы, которымъ слишкомъ за 100 лѣтъ и сохраняются развѣ какъ исторической памятники способа давняго содержанія душевно-больныхъ. Зданія эти съ длинными коридорами, съ небольшими темными кельями, съ неимовѣрными, совершенно тюремными, затворами—производятъ ужасное впечатлѣніе. Лѣчебница со всѣхъ сторонъ окружена загороженнымъ паркомъ, а въ соедѣствіи съ послѣднимъ въ горахъ начинается лѣсъ. Къ юго-востоку отъ лѣчебницы находится ея хозяйственный дворъ съ хозяйственными постройками. Тутъ помѣщаются лошади, быки, коровы, свиньи и птицы, принадлежащая лѣчебницѣ, а также мастерскія. Лѣчебница владѣетъ большимъ участкомъ земли, который воздѣлывается большими же; такіе работающіе больные размѣщены въ трехъ одноэтажныхъ деревянныхъ домикахъ, расположенныхъ въ сѣверо-востоку отъ лѣчебницы возлѣ лѣса. Въ этихъ трехъ домахъ живутъ около 70 чел. больныхъ, пользующихся полной свободой (open-door-System).

Директоръ лѣчебницы, онъ же и профессоръ психіатріи Бернскаго университета (W. von Spath), стоитъ во главѣ ея; при лѣчебницѣ состоятъ 4—5 врачей, смотритель, эконокъ и прислуги 1 на 9—10 ч. больныхъ; одинъ старшій надзиратель и одна старшая надзирательница надъ больными и 50 ч. прислуги (24 м. и 26 ж.).

За истекшій годъ вновь принятыхъ больныхъ въ лѣчебницу было 166 чел. (86 м. и 80 ж.); всего пользовалось въ ней въ теченіи года 601 ч. (295 м. и 306 ж.), убыло 193 ч. (87 м. и 106 ж.), въ томъ числѣ 27 умершихъ. Побѣговъ изъ лѣчебницы было 17 (15 м. и 2 ж.) и всѣ они почти произошли съ полевыхъ работъ по недосмотру прислуги. Попы-

токъ къ самоубійству среди больныхъ было нѣсколько, но онѣ во время были предупреждаемы; только одного паранойка, повѣсившагося на желѣзной проволоцѣ садовой рѣшотки, не удалось возвратитъ къ жизни. Для больныхъ въ зимнее время въ лѣчебницѣ устраиваются чтенія, концерты и представленія, лѣтомъ совмѣстныя прогулки и проч.

Живой инвентарі больницы составляютъ: лошадей 8 шт., дойныхъ коровъ 61, быковъ 2, телятъ 10, свиней 49 и много разной домашней птицы.

Средняя стоимость содержанія больного обходилась въ 2,1 франка въ день. Изъ 191 юхартовъ земли лѣчебницы $\frac{2}{3}$ пахотилось подъ сѣнокосомъ и выпасомъ, $\frac{1}{6}$ подъ хлѣбомъ и картофелемъ и $\frac{1}{6}$ подъ огородами и плодовымъ садомъ.

Münsingen (Bern).

Мюнзингская
лѣчебница
для душевно
больныхъ
Бернского
кантона.

Вышеописанная лѣчебница Waldau оказалась слишкомъ малою для Бернского кантона, такъ какъ по приблизительному разсчету этотъ послѣдній нуждался по меньшей мѣрѣ въ больницѣ на 1200 душевно-больныхъ, и вотъ въ 1880 году рѣшено было кантономъ расширить лѣчебницу Waldau до 460 мѣстъ, построить новую лѣчебницу въ Münsingen'ѣ на 500 лѣстъ, для остальныхъ же 200—300 больныхъ приспособить старыя монастырскія зданія Bellelay въ Юрѣ.

По первоначальному проекту лѣчебница Münsingen должна была состоять изъ центрального заведенія, вполнѣ закрытаго, для $\frac{1}{3}$ общаго числа больныхъ и колоніи въ видѣ большого числа небольшихъ домиковъ для остальной части. Проектъ этотъ подвергся въ 1889 году измѣненію въ томъ смыслѣ, что окончательно порѣшено было выстроить лѣчебницу по павильонной системѣ главнымъ образомъ для острыхъ больныхъ и только на 45 чел. больныхъ устроить маленькую колонію. Постройку лѣчебницы начали въ 1892 году, а въ началѣ 1895 года она была окончена и открыта. Общая

стоимость лѣчебницы (зданія, мебелировка и пр.) обошлась въ 3.300,000 франковъ.

Психіатрическая лѣчебница Бернскаго кантона Münsingen находится приблизительно въ одномъ километрѣ отъ желѣзно-дорожной станціи того же имени и въ 16 километрахъ къ востоку отъ г. Берна. Расположена она въ широкомъ ущелии, на совершенно ровномъ плато; отъ желѣзно-дорожной станціи къ больницѣ проведена шоссеиная дорога. Лѣчебница состоитъ изъ центральнаго зданія и шести отдѣльных павильоновъ: 2 для пансіонеровъ, 2—для полуспокойныхъ и 2—для безпокойныхъ больныхъ. Всѣ зданія построены изъ кирпича на сводахъ. Фасадъ главнаго корпуса смотритъ на юго-востокъ; изъ всѣхъ оконъ этого корпуса открывается чудный видъ на Бернскія сѣвныя Альпы. Средняя часть его въ три этажа. Въ нижнемъ этажѣ роскошный вестибюль, бюро, приѣмная, кабинетъ директора, библіотека и лабораторія; всѣ эти помѣщенія поражаютъ богатствомъ и изяществомъ обстановки: въ остальныхъ двухъ этажахъ квартира директора, 3 врачей и смотрителя больницы; отъ этого средняго корпуса совершенно симметрично къ сѣверу и къ югу идутъ помѣщенія больныхъ, при чемъ половина центральнаго зданія, обращенная къ сѣверу, занята больными мужчинами, другая же половина его, обращенная къ югу, заселена женщинами. Сейчасъ же къ средней части главнаго корпуса примыкаютъ такъ называемыя: II отдѣленіе для пансіонеровъ II класса, рассчитанное на 26 спокойныхъ больныхъ съ каждой стороны, за нимъ слѣдуетъ III отдѣленіе на 50 спокойныхъ больныхъ съ каждой стороны, затѣмъ IV отдѣленіе съ каждой стороны на 32 вновь принятыхъ (безпокойныхъ больныхъ, эпилептиковъ и неопратныхъ) и наконецъ въ самомъ концѣ боковыхъ заднихъ крыльевъ помѣщается V отдѣленіе, каждое на 35 кроватей, для вновь принятыхъ спокойныхъ больныхъ, а также требующихъ лежанія въ постели и особаго за собою надзора. За этимъ отдѣленіемъ слѣдуетъ VI отдѣленіе. Какъ на мужской, такъ и на женской

половинѣ для нихъ предназначены особые трехъэтажные павильоны, расположенные позади главнаго зданія и въ одну линію съ его боковыми флигелями. Въ каждомъ такомъ отдѣленіи помѣщается по 52 полуспокойныхъ больныхъ. Наконецъ въ отдѣльныхъ одноэтажныхъ павильонахъ, находящихся позади безпокойнаго отдѣленія и почти въ концѣ двора лѣчебницы, размѣщены безпокойные и опасные больные, это такъ наз. VII отдѣленіе (муж. и жен.) съ 24 изоляторами въ каждомъ изъ нихъ. Изоляторы—большіе свѣтлые, полъ въ нихъ ксилолитовый, положенный на асфальтово-кирпичномъ основаніи. Окна съ желѣзными рамами и съ корабельными прозрачными стеклами, устройство дверей исключаетъ ущемленіе; единственный недостатокъ въ нихъ, по моему, тотъ, что въ каждомъ изъ нихъ установленъ неподвижный стулъ-чаекъ, который только портитъ воздухъ въ изоляторѣ и придаетъ ему некрасивый видъ, не говоря уже о томъ, что эти стулъчаки приучаютъ еще больше къ неопратности самихъ больныхъ. Для больныхъ пансіонеровъ I класса имѣются особые, находящіеся съ боку и спереди отъ главнаго зданія, павильоны; каждый такой павильонъ предназначенъ на 14 пансіонеровъ.

Помѣщенія пансіонеровъ I и II класса оклеены обоями и уставлены роскошной и элегантною мягкой и гнутой мебелью, тутъ и рояль, бархатныя гардины и проч. Помѣщенія для больныхъ III класса до высоты 2 метровъ отъ пола выкрашены масляной краской, выше этого—клеевой. Мебель здѣсь проще, но поражаетъ своимъ изяществомъ. Кровати деревянныя и желѣзныя съ проволочными матрацами и кромѣ того еще съ двумя матрацами. Кровати для эпилептиковъ съ высокими боковыми спинками. Помѣщенія для больныхъ высокія, просторныя и свѣтлыя, полы въ нихъ изъ дубоваго паркета. Всѣ окна снабжены обыкновенными рамами и, за исключеніемъ отдѣленія для покойныхъ больныхъ, защищены снаружи легкими желѣзными рѣшотками. При отдѣленіяхъ покойныхъ больныхъ имѣются отдѣльные веранды и балконы. При каж-

домъ отдѣленія буфетныя и туалетныя комнаты, клозеты и писсуары. Клозеты промываются водою.

Во дворѣ лѣчебницы позади главнаго корпуса и по средней линіи расположены слѣдующія зданія: ближе всего къ центральному зданію полуторозтажнѣй павильонъ; весь верхній этажъ его составляетъ одна громаднѣйшая зала, которая служитъ и церковью и съ другой стороны мѣстомъ, въ которомъ устраиваются большимъ вечера, концерты и проч.; большая часть нижняго этажа занята столовой для служителей, другая часть мастерскими. Значительно отступя отъ этого зданія къ западу, находится такъ называемое хозяйственное зданіе—въ два этажа. Въ нижнемъ этажѣ его спереди находится кухня съ прилегающими къ ней рабочими комнатами и кладовыми, въ кухнѣ установлено нѣсколько герметически закрывающихся мѣдныхъ котловъ; варка пищи производится паромъ; полъ и стѣны кухни обложены изящными плитками. Въ верхнемъ этажѣ, надъ кухней, жилия помѣщенія для эконома, кухарки и пр., а также небольшое отдѣленіе для больныхъ женщинъ, работающихъ постоянно въ прачешной и кухнѣ; за кухней въ этомъ же зданіи помѣщается прачешная; въ нижнемъ этажѣ помѣщенія собственно для мойки бѣлья, для чего здѣсь установлены самаго новѣйшаго образца машины; сверху помѣщается паровая сушильная, комнаты для прокатки и глаженія бѣлья; бѣлье изъ нижняго этажа въ верхній передается на подъемной машинѣ, всѣ машины прачешной приводятся въ движеніе паромъ. Непосредственно къ прачешной примыкаетъ котельное и машинное отдѣленіе, рядомъ съ которымъ находится небольшой заводъ для добыванія газа (изъ газа), позади послѣднихъ дровяной и угольный дворъ, сбоку—газометръ и ледникъ. Въ самомъ концѣ къ западу между отдѣленіями для безпокойныхъ больныхъ стоятъ два домика; въ одномъ живетъ машинистъ, другой служитъ покойницкой, гдѣ вскрываются трупы умершихъ въ лечебницѣ.

Каждому отдѣленію принадлежитъ особый садъ для прогулокъ больныхъ, снабженный бесѣдкой и отгороженный низкой

железной рѣшеткой; черезъ каждый такой садъ пробѣгаетъ отѣвъ горнаго ручейка; въ нихъ устроены писсуары; другъ отъ друга сады эти отдѣляются низкимъ деревяннымъ заборомъ, обсаженнымъ съ обѣихъ сторонъ живою изгородью. Только сады безпокойныхъ больныхъ обведены кирпичною стѣною около 3 метровъ вышиною.

Вся площадь, занятая лѣчебницей, съ боковъ и сзади обведена невысокой кирпичной стѣной, спереди же она отгораживается красивой железной рѣшеткой. Вода доставляется съ горныхъ ключей посредствомъ особаго естественнаго водопровода. Лѣчебница имѣетъ свою канализацію; клозеты въ отдѣленіяхъ слабыхъ и безпокойныхъ больныхъ промываются автоматически, въ другихъ—обыкновеннымъ образомъ; въ каждомъ отдѣленіи кромѣ клозетовъ имѣются писсуары, выложенные шифферными досками. Промывная вода и жидкія нечистоты по канализаціонной стѣи уносятся въ протекающую мимо лѣчебницы горную рѣчку Mülebach; посредствомъ особаго приспособленія канализаціонныя воды могутъ быть также спускаемы на поля для орошенія. Отопленіе всей больницы паровое, низкаго давленія, для каковой цѣли въ главномъ корпусѣ и павильонахъ установлено 12 паровыхъ котловъ.

Вентиляція связана съ отопленіемъ; помѣщенія для неопрятныхъ и безпокойныхъ больныхъ имѣютъ электрическіе вентиляторы; электричество вырабатывается небольшою динамомашинной, установленной въ машинномъ зданіи. Освѣщается лѣчебница газомъ—Ауеровскими горѣлками.

Въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ лѣчебницы къ западу стоитъ совершенно отдѣльно хозяйственный дворъ со всѣми хозяйственными постройками; лѣчебница имѣетъ 6 лошадей, 79 шт. рогатаго скота, изъ которыхъ 68 шт. дойныхъ коровъ, 51 шт. свиней и достаточное количество всевозможной птицы. На хозяйственномъ дворѣ кромѣ рабочихъ и другихъ служащихъ по хозяйству лѣчебницы живутъ 10 бол. мужчинъ и 20 такихъ же спокойныхъ больныхъ женщинъ, занимающихся постоянно различными хозяйственными работами.

Къ лѣчебницѣ принадлежитъ 217 юхартовъ земли, изъ нихъ 64 юхарта подъ пшеницей, 19 подъ картофелемъ, 132 юхарта подъ лугами и 1¹/₂ юхарта подъ огородами.

Главнымъ административнымъ лицомъ въ лѣчебницѣ является ея директоръ. Кромѣ этого имѣется особый наблюдательный комитетъ, состоящій изъ выборныхъ и администраціи кантона, который вѣдаетъ дѣлами обѣихъ кантонскихъ больницъ въ Waldau и въ Münsingen'ѣ. При больницѣ состоятъ 3 врача, инспекторъ и эконокъ; старшій надзиратель надъ больными и его помощникъ, старшая надзирательница, также съ помощницей, и 62 ч. прислуги (30 м. и 32 ж.), а также машинистъ, кочегаръ, поварь, кухарки, истопники, мастера, рабочіе, пекаръ и проч. Всѣ продукты лѣчебница закупаетъ въ Бернѣ, только хлѣбъ выпекаетъ на своей пекарнѣ. Содержаніе больного въ среднемъ обходится въ 2,67 франка въ день.

Въ теченіи перваго же года (со дня открытія лѣчебницы и до конца 1895 г.) въ лѣчебницу поступило 516 (239 м. и 277 ж.), выбыло 89 ч. (45 м. и 44 ж.), въ томъ числѣ 13 умершихъ (5 м. и 8 ж.). По формамъ душевныхъ болѣзней вновь принятые распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Съ врожденными душ. разстройствами	22 (11 м. и 11 ж)
„ наследственными формами	95 (48 м. + 47 ж)
„ приобрѣтенными формами	294 (116м и 173ж)
„ органическимъ душ. разстройств.	46 (25 м. и 21 ж)
„ эпилептическимъ психозомъ	25 (12 м. и 13 ж)
„ алкогольнымъ психозомъ	31 (25 м. + 6 ж)
Не душевно-больныхъ	3 (2 м. и 1 ж)

Въ теченіи года было 22 побѣга. Большинство больныхъ были водворяемы въ лѣчебницу вскорѣ послѣ побѣговъ, другіе черезъ нѣсколько дней. Виною побѣговъ—недосмотръ прислуги.

Z ü r i c h.

Burghölzli—такъ называется лѣчебница для душевно-больныхъ Цюрихскаго кантона, служащая вмѣстѣ съ тѣмъ и

психіатрической клиникѣ Цюрихскаго Университета. Расположена она на берегу Цюрихскаго озера, въ 3—4 километрахъ отъ центра города, съ которымъ очень удобное сообщеніе по электрическому трамваю. Лѣчебница на 370 мѣстъ, построена лѣтъ 40 тому назадъ. Зданіе лѣчебницы частію въ три, частію въ два этажа построено въ видѣ буквы *n*; отъ него какъ съ боковыхъ сторонъ, такъ и сзади отходятъ еще нѣсколько другихъ флигелей. Фасадомъ своимъ лѣчебница обращена къ югу съ видомъ на озеро и Альпы. Въ центрѣ главнаго корпуса помѣщаются: бюро, пріемныя, квартира директора, лабораторія, аудиторія, квартиры врачей. Въ боковыхъ крыльяхъ съ восточной стороны размѣщены большыя мужчины, съ западной — большыя женщины. Въ лѣчебницѣ обычныя отдѣленія для покойныхъ, полуспокойныхъ, неопятныхъ и безпокойныхъ больныхъ. Кромѣ того, какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ отведены особыя помѣщенія для содержащихся въ постели больныхъ. Всѣ отдѣленія сообщаются посредствомъ коридоровъ. Отопленіе лѣчебницы паромъ и обыкновенными печами, освѣщеніе газовое. Всѣ окна защищены рѣшотками; въ изоляторахъ окна съ желѣзными рамами. На больничномъ дворѣ помѣщаются кухня, прачешная и другія постройки. Въ общемъ нельзя сказать, чтобы больница эта производила хорошее впечатлѣніе. Зданіе старое и въ своемъ теперешнемъ видѣ не въ состояніи болѣе спосно размѣстить поступающихъ въ лѣчебницу больныхъ. Въ *Burghölzli* проводится постельное содержаніе больныхъ; по возможности здѣсь также примѣняютъ наравнѣ съ постельнымъ содержаніемъ и продолжительныя тепловатыя ванны, но, чтобы больныя не выскакивали изъ ваннъ, къ послѣднимъ придѣланы крышки, которыя, когда усаждаютъ больного въ ванну, закрываются ключемъ. Крышки эти только въ одномъ концѣ имѣютъ вырѣзки для шеи.

Нельзя сказать, чтобы на меня способъ примѣненія этихъ ваннъ произвелъ хорошее впечатлѣніе: я былъ удивленъ и пораженъ видѣннымъ зрѣлищемъ. Вы входите въ ванную комна-

ту съ 3—4 такими ваннами и видите только торчащія поверхъ крышекъ головы больныхъ, жалобно просящихъ высвободить ихъ изъ такого неудачнаго положенія. Хотя ассистентъ клиники меня и увѣрялъ, что ванны эти дѣйствуютъ успокаивающимъ образомъ на больныхъ, но мы видѣли наоборотъ: больные, находившіеся въ такихъ ваннахъ, крайне безпокоились, разхлебывали отчаянно подъ крышкой воду, которая выливалась изъ подъ краевъ крышки на полъ. Я убѣжденъ въ томъ, что продолжительныя теплыя ванны вообще дѣйствуютъ успокаивающимъ образомъ на больныхъ, но такой способъ примѣненія ихъ, какой употребляется въ Burghölzli, по моему мнѣнію, нисколько не отличается отъ такихъ насильственныхъ мѣръ, какъ надѣваніе камзоловъ, запираніе въ изоляторъ, которыя мы стараемся въ настоящее время примѣнять только въ очень рѣдкихъ и крайнихъ случаяхъ, не говоря уже о томъ, что въ такихъ ваннахъ больной, при желаніи, легко можетъ и задуться. У больныхъ съ наклонностью все рвать, употребляются костюмы изъ плотной, трудно рвущейся, ткани, застегивающіеся сзади посредствомъ особыхъ пуговокъ, которыя завинчиваются ключемъ (на манеръ металлическихъ вѣшалокъ). У неопытныхъ больныхъ примѣняется трава „варекъ“.

Движеніе больныхъ въ лѣчебницѣ Burghölzli выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

Къ 1 Января 1896 годъ состояло больныхъ 364 (178 м. и 186 ж.), въ теченіи 1896 годъ вновь пришло 243 (143 м. и 100 ж.), изъ этого числа поступившихъ въ первый разъ было 192 ч. (115 м. и 77 ж.). Ихъ числа вновь поступившихъ было:

съ алкогольными излѣчимыми психозами	55 ч. (45 м. и 10)
„ другими излѣчимыми формами	84 ч. (34 м. и 50 ж.)
„ неизлѣчимыми	81 ч. (51 м. и 30 ж.)

Въ теченіи 1896 изъ лѣчебницы убыло 228 ч. (133 муж. и 95 ж.); изъ этого числа вполне выздоровѣло 80 (52 м. и 28 ж.), поправилось, но не совсемъ выздоровѣло 52 (33 м. и 19 ж.), не поправилось 85 (46 м. и 39 ж.), умерло 20 (9 м. и 11 ж.).

Побѣговъ совершено было больными 24; одна бѣжавшая больная бросилась было въ озеро, но своевременно спасена. Стѣснительныя мѣры (камзолъ) примѣнялись въ теченіи года въ 15 случаяхъ. Привслуги на все это число больныхъ было 62 ч. (33 м. и 29 ж.). Для развлечения больныхъ разъ въ двѣ недѣли устраиваются музыкальные вечера, разъ 5—6 въ годъ концерты и спектакли, въ теченіи же лѣта нѣсколько разъ общія прогулки въ горы.

Въ теченіи года многіе больные занимаются разнообразными работами въ мастерскихъ и по хозяйству. Всѣхъ рабочихъ дней было въ общемъ сдѣлано 57,858, изъ которыхъ мужчинами 26,221 (85,9 дн.) и женщинами 31,637 (103,7 дн.).

Лѣчебница имѣетъ 3 лошади, 8 коровъ, 44 свиней, 49 кроликовъ и много птицы. Содержаніе каждаго больного обошлось: I классъ 7,76 франка, II—3,07 франка и больныхъ III класса 0,72 $\frac{1}{2}$ франка въ день.

Администрацію лѣчебницы составляютъ директоръ, онъ же профессоръ психіатріи Цюрихскаго университета (прежде былъ проф. Forel, вышедшій теперь въ отставку), 3—4 врача, смотритель и экономъ.

Münsterlingen (Thurgau).

Возлѣ ж. д. станціи Münsterlingen-Scherzlingen и въ 5 километрахъ къ востоку отъ г. Констанца, на самомъ берегу Боденскаго озера, находится лѣчебница для душевнобольныхъ кантона Тургау, именуемая Münsterlingen, построенная всего года три тому назадъ. Лѣчебница рассчитана на 300 ч. больныхъ, изъ которыхъ $\frac{2}{3}$ (т. е. 200) женщинъ и $\frac{1}{3}$ (или 100 г.) мужчинъ. Больница состоитъ изъ 12 отдѣльныхъ, большею частью двухъэтажныхъ, павильоновъ, разбросанныхъ на довольно большой площади, отгороженной кругомъ средней высоты деревянной рѣшоткой. Только 7 изъ этихъ зданій служатъ помѣщеніями для больныхъ, въ остальныхъ находятся

квартиры директора, врачей и служебнаго персонала больницы, кухня, прачешная и т. п. Мужскіе павильоны расположены къ сѣверу у самого озера и вся площадь, занимаемая ими, отдѣлена невысокой рѣшоткой. Мужчины больные помѣщаются въ двухъ зданіяхъ; покойные, неопрятные и слабые въ старомъ большомъ трехъ-этажномъ зданіи съ желѣзными рѣшотками въ окнахъ. Зданіе это единственное, оставшееся изъ числа прежнихъ больничныхъ зданій; его предполагають снести и построить новое; полуспокойные и беспокойные больные помѣщаются въ другомъ новомъ павильонѣ въ $2\frac{1}{2}$ этажа. Въ нижнемъ этажѣ этого павильона находится 18 свѣтлыхъ и просторныхъ изоляторовъ, а также комнаты для дневнаго пребыванія, столовая, буфетъ, клозеты и проч., вверху помѣщаются спальни; садъ, прилегающій къ этому павильону, обнесень высокой стѣной. За этимъ павильономъ къ югозападу расположенъ огородъ лѣчебницы, а къ юговостоку дровяной дворъ. Женскіе павильоны всѣ расположены почти въ одну линію, параллельно полотну желѣзной дороги, въ слѣдующемъ порядкѣ, идя съ запада къ востоку: павильонъ для беспокойныхъ женщинъ—средняя часть его въ два этажа, боковыя—въ одинъ этажъ; въ послѣднихъ съ каждой стороны расположено по 9 изоляторовъ; павильонъ для слабыхъ и неопрятныхъ больныхъ въ одинъ этажъ; двухъ-этажный павильонъ для полуспокойныхъ больныхъ, въ которомъ кромѣ спаленъ и дневныхъ комнатъ имѣется до 20 отдѣльныхъ комнатъ для болѣе удобнаго сортированія, а въ случаѣ нужды и изоляціи больныхъ. Павильонъ для выздоравливающихъ и покойныхъ больныхъ въ два этажа съ верандой и большимъ балкономъ, безъ рѣшотокъ и съ обыкновенными затворами, и наконецъ небольшой двухъ-этажный павильонъ для вновь поступающихъ больныхъ женщинъ, въ которомъ находится отдѣленіе для постельнаго содержанія больныхъ. У самого входа въ больницу небольшой домикъ для привратника, идя далѣе по главной аллеѣ справа находится большое зданіе, въ которомъ помѣщаются паровыя кухня и прачешная, а также машинное отдѣ-

леніе; слѣва домъ директора и другой такой же, въ которомъ живутъ врачи; за этими послѣдними помѣщается еще двухъ-этажный павильонъ, въ которомъ находятся бюро, приемныя, бібліотека, большой залъ для развлечения больныхъ и проч.

Отапливаются всѣ павильоны больныхъ паромъ, для чего въ подвальныхъ этажахъ каждаго изъ нихъ установлены соответствующія приспособленія для отопленія. Остальные павильоны и старое зданіе, въ которомъ размѣщаются больные мужчины, отапливаются печами. Окна въ изоляторахъ съ желѣзными рамами и съ болѣе частыми переплетами, стекла въ нихъ корабельныя, въ остальныхъ помѣщеніяхъ для больныхъ окна съ обыкновенными рамами и толстыми стеклами защищены снаружѣ желѣзными рѣшотками. Полы во всѣхъ помѣщеніяхъ изъ дубоваго паркета. Больница имѣетъ свой водопроводъ и свою канализацію. Въ каждомъ павильонѣ кромѣ комнаты для дневного пребыванія и спаленъ имѣются буфетныя, туалетныя, клозеты и прочія комнаты. Клозеты промывныя; въ павильонахъ для слабыхъ и безпокойныхъ больныхъ — съ автоматической промывкой. Не вдалекѣ отъ больницы расположенъ хозяйственный дворъ, гдѣ помѣщаются и мастерскія. Нѣкоторыя балныя работаютъ въ упомянутыхъ мастерскихъ и на приналежащемъ къ лѣчебницѣ полѣ. Меблировка больницы простая, ничѣмъ не отличающаяся отъ обыкновенной; какихъ либо громоздкихъ столовъ, скамей, кушетокъ и проч. я не видѣлъ. Кровати всѣ желѣзныя, какія употребляются и въ больницахъ вообще. Свѣдѣній о движеніи больныхъ въ этой лѣчебницѣ не могу дать за неизбѣжимъ возможности достать отчетъ этой больницы.

Лѣчебница для алкоголиковъ Ellikon a Thor.

Лѣчебница
для алко-
голиковъ El-
likon.

За г. Винтертуромъ въ $2\frac{1}{2}$ километрахъ отъ желѣзнодорожной станціи Islikon (около 30 километровъ къ сѣверо-востоку отъ Цюриха) находится деревушка Ellikon, на окраинѣ которой, при самомъ вѣздѣ въ нее, съ правой сторо-

ны расположена лѣчебница того же имени для алкоголиковъ. Лѣчебница эта на 41 ч. мужчинъ основана въ 1889 году по мысли профессора Фореля Цюрихскимъ обществомъ трезвости. Лѣчебница занимаетъ обыкновенную деревенскую усадьбу—это большой двухэтажный домъ; въ нижнемъ этажѣ его помѣщаются бюро, маленькая библиотечка, квартира завѣдующаго лѣчебницей и его помощника, читальня и столовая больныхъ; верхній этажъ, раздѣляющійся по срединѣ коридоромъ, состоитъ изъ различной величины отдѣльныхъ комнатъ—это спальни больныхъ, въ сосѣдствѣ съ которыми находится ванная и помѣщеніе для одного служителя. Въ каждой такой спальнѣ помѣщается, смотря по величинѣ ея, по одному, по два и не болѣе 4 человекъ въ одной комнатѣ. Больные, желающіе имѣть отдѣльную спальню, приплачиваютъ однимъ франкомъ въ сутки больше. Меблировка спальни и дневного пребыванія самая простая, но приличная; кровати желѣзныя съ двумя матрацами; въ каждой спальнѣ имѣется по платаному шкафу и по небольшому столику. Въ подвальномъ этажѣ этого дома находится кухня, кладовыя и погребъ; въ восточной части дома имѣется одноэтажная пристройка, въ которой помѣщаются плотничная, столярная и кузнечная мастерскія; за этой пристройкой къ сѣверу находится прачешная, въ подвальномъ этажѣ которой установленъ маленькій заводецъ для приготовленія шипучихъ фруктовыхъ водъ. Въ глубинѣ двора помѣщаются конюшня, сарай и коровникъ. Передъ лечебницей разбитъ небольшой садъ и цвѣтникъ, устроенные руками самихъ же больныхъ; недалеко отъ большого дома находится еще въ постройкѣ небольшое двухэтажное зданіе, куда предполагается перенести кухню, а въ верхнемъ этажѣ устроить квартиру для завѣдующаго лѣчебницей. Полы въ помѣщеніяхъ больныхъ деревянные-крашеные. Клозеть земляной. Освѣщеніе керосиновое. Вся усадьба лѣчебницы обнесена рѣшетчатымъ подисадникомъ.

Управляетъ лѣчебницей и наблюдаетъ за больными особое довѣренное отъ Цюрихскаго общества трезвости лицо,

которое обязательно должно жить въ самой лѣчебницѣ. Врачебный надзоръ за лѣчебницей поручается комитетомъ общества двумъ врачамъ, которые должны посѣщать лѣчебницу, каждый не менѣе одного раза въ два мѣсяца. Въ случаѣ заболѣванія больныхъ какими либо соматическими болѣзнями завѣдующимъ приглашается одинъ изъ мѣстныхъ врачей.

Для поступленія въ лѣчебницу требуется предварительно представить свидѣтельство отъ врача, что данный больной не страдаетъ душевной болѣзью; въ этомъ свидѣтельствѣ должны быть вкратцѣ указаны причины, вызвавшія злоупотребленіе спиртными напитками, затѣмъ письменное обязательство самого больного или его опекуна (у несовершеннолѣтнихъ), что онъ поступаетъ въ лѣчебницу добровольно на извѣстный, опредѣленный комитетомъ, срокъ и обязуется безпрекословно подчиняться всѣмъ порядкамъ больницы; если въ теченіе этого срока не послѣдовало еще прочнаго исцѣленія, то больной можетъ, по желанію, продолжать лѣченіе, давъ новую подписку. Въ случаѣ повторнаго и грубаго нежеланія со стороны больного подчиняться порядкамъ заведенія, таковой немедленно выписывается. Кромѣ полнаго воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ, правилами лѣчебницы требуется, чтобы каждый больной, смотря по роду своихъ склонностей, проводилъ бы постоянно время въ работѣ, такъ какъ въ послѣдней, какова бы она ни была, заключается лучшее средство для укрѣпленія тѣлесныхъ и душевныхъ силъ и главнымъ образомъ ослабѣвшей воли подобныхъ больныхъ. Употребленіе спиртныхъ напитковъ запрещается не только больнымъ, но и всѣмъ служащимъ въ лѣчебницѣ; лица, уличенныя въ неисполненіи этого правила, немедленно удаляются изъ заведенія. Въ случаѣ, если врачами будетъ признано съ лѣчебною цѣлію давать нѣкоторымъ больнымъ спиртные напитки или вино, то таковые даютъ не иначе, какъ въ формѣ врачебнаго рецепта съ точнымъ указаніемъ количества ихъ, выдача которыхъ производится подъ непосредственнымъ контролемъ завѣдующаго лѣчебницей. У больного при поступленіи въ лѣчебницу отбираются деньги и

всякія цѣнныя вещи и, какъ правило, никому изъ больныхъ въ теченіи первыхъ 4 мѣсяцевъ не разрѣшается какихъ-либо отпусковъ. Родственники могутъ посѣщать больныхъ, но не болѣе раза въ мѣсяцъ, предупреждая лѣчебницу за нѣскольکو дней о времени своего посѣщенія. Всѣ письма, посылки и газеты на имя больныхъ подлежатъ контролю завѣдующаго лѣчебницей.

Завѣдующій лѣчебницей, которому должны подчиняться не только служащіе, но и больные, ежедневно распредѣляетъ работы, смотря по силамъ и наклонностямъ больного, или въ полѣ, или въ мастерскихъ, или въ саду. Каждый больной проводитъ время въ работѣ не менѣе $8\frac{1}{2}$ часовъ въ день.

День въ лѣчебницѣ распредѣляется слѣдующимъ образомъ: больные встаютъ зимою въ $6\frac{1}{2}$ ч., лѣтомъ въ $7\frac{1}{4}$ ч. утра; въ $6\frac{1}{2}$ ч. утра лѣтомъ и въ 7 ч. утра зимою обыкновенно подается завтракъ; съ $\frac{1}{2}$ 8 ч. утра и до обѣда больные отправляются на работы; обѣдъ лѣтомъ и зимою въ 12 ч. дня, послѣ котораго больные могутъ заниматься чтеніемъ или другими работами, въ $3\frac{1}{2}$ ч. дня подается кофе, послѣ котораго больные вновь отправляются на работы, и въ $7\frac{1}{2}$ ч. ужинъ.

Въ теченіи всего дня до 6 ч. вечера больнымъ не разрѣшается пользоваться спальнями, разрѣшеніе это дается завѣдующимъ только въ исключительныхъ случаяхъ. Идутъ спать больные въ 9 ч. вечера, а въ $9\frac{3}{4}$ час. вечера огонь во всей лѣчебницѣ долженъ быть потушенъ и двери заперты.

Тѣ больные, которые не занимаютъ отдѣльной комнаты, каждое утро, передъ работой, должны сами убирать свои постели и по очереди также убирать и общую спальню.

Продовольствуются больные слѣдующимъ образомъ. Утромъ каждый больной получаетъ кофе и 0,6 литра молока, на обѣдъ супъ, 250 граммъ мяса и овощи; полъ вечеръ кофе, 0,5 литра молока; на ужинъ супъ съ остатками мяса и 125 граммъ сыра. Кромѣ этого на сутки выдается по 500 граммъ хлѣба каждому больному. Это такъ сказать доволь-

ствіе нормальнаго больного. Различіе въ содержаніи больныхъ въ лѣчебницѣ допускается въ томъ смыслѣ, что нѣкоторые больные, по желанію, могутъ пользоваться отдѣльной спальней и получать улучшенную пищу, въ остальномъ же эти больные нисколько не различаются отъ другихъ больныхъ и подчиняются тѣмъ же больничнымъ правиламъ.

Все бѣлье больные должны имѣть свое. Стирка бѣлья производится разъ въ двѣ недѣли. Носильное бѣлье мѣняется разъ въ недѣлю, постельное рѣже.

Теперь посмотримъ, какихъ же результатовъ достигла лѣчебница въ дѣлѣ лѣченія алкоголиковъ.

Изъ отчета этой лѣчебницы за 1896 годъ видно, что къ 1-му Января 1896 въ лѣчебницѣ состояло 38 ч. больныхъ, въ теченіи года вновь прибыло 68, убыло 69; къ 1-му января 1897 оставалось 37 человекъ. Заявленій относительно поступленій въ лѣчебницу за годъ было прислано 287. Изъ числа (68) вновь поступившихъ: 10 больныхъ находились подъ опекою, 14 ч. больныхъ прислано администраціей и 54 чел. поступили въ лѣчебницу добровольно. Изъ этихъ послѣднихъ дали обязательство оставаться въ лѣчебницѣ въ теченіи 12 мѣсяцевъ 2 чел., въ теченіи 9 м. 2 ч., въ теченіи 6 мѣсяцевъ 48 больныхъ, въ теченіи 5 мѣсяцевъ 1 больной и въ теченіи 4 мѣсяцевъ 1 б.

По роду дѣятельности больные вновь поступившіе раздѣлялись: земледѣльцевъ 10 ч., ремесленниковъ 14 ч., рабочихъ 12 ч., купцовъ 20 ч., помѣщиковъ 11, инженеровъ, техниковъ и учителей всего 11 ч.

По возрасту они распредѣлялись такъ:

До 20 лѣтъ	1.
Отъ 20—25	2.
„ 25—30	11.
„ 30—40	33.
„ 40—50	17.
„ 50—55	5.

По роду спиртныхъ напитковъ, которыми злоупотребляли, вновь принятые больные распредѣляются такъ:

Одно вино	1.
Вино и пиво	9.
Вино и фруктовыя вина	1.
Вино, пиво и фруктовое вино	6.
Одно пиво	3.
Вино и ликеръ	12.
Вино, ликеръ и пиво	15.
Вино, пиво, фруктовое вино и ликеръ	10 ч.
Пиво, вино и водка	8 ч.
Вино, водка	1 ч.
Вино, водка, спиртъ и керосинъ	1 ч.
Одна водка	1 ч.

По характеру злоупотребленія спиртными напитками вновь принятые различались такъ: Простой запой 14 ч.

Хроническій алкоголизмъ безъ бреда	11.
„ „ съ бредомъ	11.
„ „ съ алкогольной эпилепсіей	3.
„ „ съ эпилепсіей	1.
„ „ психопатіей (?)	6.
„ „ тяжелой невропатіей	1.
„ „ нравственнымъ дефектомъ	2.
„ „ галлюцинаторнымъ бредомъ	1.
„ „ врожденнымъ слабоуміемъ	2.
Дипсоманія съ бредомъ или безъ него	3.
Запой съ психопатіей	4.
„ нравственнымъ дефектомъ	4.
„ тяжелой наследственностью	3.
„ слабоуміемъ	1.
Душевно-больной	1.

Результаты лѣченія въ 1896 году получились весьма благопріятны: изъ 69 выписанныхъ больныхъ, если исключить 11 человекъ, которые частью выписались по собственному желанію, частью бѣжали (4 ч.), или правильнѣе изъ 58 вы-

писанныхъ больныхъ совершенно перестали пить	46 ч., что составляетъ	79,3 ⁰ / ₁₀₀
меньше пьютъ	6	104 ⁰ / ₁₀₀
не поправились	6	103 ⁰ / ₁₀₀

Общій же результатъ лѣченія въ лечебницѣ Ellikon со дня ея основанія, т. е. съ 1889 и по 1896 г. виденъ изъ слѣдующаго:

Всѣхъ писанныхъ за это время было	296 ч., изъ нихъ	
совершенно перестали пить	129 ч. =	43,6 ⁰ / ₁₀₀
стали болѣе умеренно пить	74 =	25 ⁰ / ₁₀₀
не поправились	93 =	31,4 ⁰ / ₁₀₀

По наблюденіямъ лѣчебницы продолжительность пребыванія больныхъ въ заведеніи, потребная для болѣе прочнаго излѣченія болѣзни, колеблется въ среднемъ между 9 и 12 мѣсяцами полнаго воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ.

Nüchtern.

Лѣчебница
для алкого-
ликовъ Nüch-
tern возлѣ
Берна.

Вторая лѣчебница да алкоголиковъ, которая была мною посѣщена, находится въ деревнѣ Kirchlindach, въ 7¹/₂ километрахъ къ сѣверозападу отъ Берна, и называется Nüchtern. Лѣчебница эта предназначена исключительно для больныхъ мужчинъ и рассчитана на 18 человекъ. Главный контингентъ больныхъ въ ней бѣдные ремесленники. Лѣчебница помѣщается въ простомъ крестьянскомъ домѣ. Въ общемъ лѣчение и здѣсь ведется по тому же принципу, какъ и въ вышеописанной лѣчебницѣ Ellikon, но ⁰/₁₀₀ вполне выздоровѣвшихъ здѣсь ниже. По словамъ завѣдующаго этой лѣчебницей, ⁰/₁₀₀ выздоровѣвшихъ вполне колеблется между 30 и 40⁰/₁₀₀ общаго числа выписанныхъ. Помѣщенія больныхъ въ лѣчебницѣ Nuchtern тѣсны и плохо обставлены. За содержаніе свое въ лѣчебницѣ больные уплачиваютъ отъ 80 сантимовъ до 2 франковъ въ сутки.

В ѣ н а.

Психіатрическая клиника Вѣнскаго Университета, директоромъ которой состоитъ извѣстный психіатръ, профессоръ Krafft-Ebing, расположена въ IX участкѣ г. Вѣны Alsergrund, въ такъ называемомъ Allgemeine Krankenhaus. Allgemeine Krankenhaus—это громаднѣйшая больница на 2000 кроватей, занимающая площадь земли въ 10 ha. Кромѣ длинныхъ двухъ-этажныхъ зданій этой больницы, выходящихъ на Alsergrundstrasse и Spitalgasse, во дворѣ ея находится много другихъ продольныхъ и поперечныхъ зданій, раздѣляющихъ всю площадь, занимаемую больницей, на нѣсколько внутреннихъ дворовъ. Въ одномъ изъ такихъ дворовъ, расположенномъ въ сѣверозападной части больницы, находится и психіатрическая клиника Вѣнскаго университета, помѣщающаяся въ сѣверной и восточной части четырехъугольнаго двухъ-этажнаго зданія, образующаго этотъ дворъ. Нормальное число кроватей въ клиникѣ 100. Помѣщенія клиники тѣсны и стары, какъ и всѣ зданія Allgemeine Krankenhaus. Клиника эта выглядываетъ еще непригляднѣе, чѣмъ даже Берлинская клиника. Больные скучены, во время моего посѣщенія лежали не только въ палатахъ, но и въ коридорахъ; вентиляціи никакой, во всѣхъ помѣщеніяхъ больныхъ царилъ душливый воздухъ. Изоляторы небольшіе, примитивнаго устройства. Вообще отъ посѣщенія этой клиники выносишь самое тяжелое воспоминаніе. Какъ Берлинъ, такъ и Вѣна въ отношеніи своихъ психіатрическихъ клиникъ далеко отстали даже отъ многихъ провинціальныхъ городовъ. Но тѣмъ не менѣе, не смотря на всѣ эти внѣшніе недостатки Вѣнской психіатрической клиники, преклоняешься передъ тѣми научными трудами врачей этой клиники, матеріаломъ для которыхъ она послужила.

Психіатрическая клиника Вѣнскаго Университета.

Niederösterreichische Irrenanstalt zu Wien.

Недалеко отъ психіатрической клиники Вѣнскаго университета, если свернуть съ Spitalgasse на Lazaretgasse, по этой послѣдней справа находится входъ въ паркъ,

Вѣнская больница для душевно больныхъ.

въ глубинѣ котораго помѣщается громадное зданіе Вѣнскаго больницы для душевно-больныхъ. Вся площадь, занимаемая больницей, вмѣстѣ съ окружающимъ паркомъ, равняется около 15 гектаровъ. Средняя часть больницы образована длиннымъ трехъэтажнымъ зданіемъ, расположеннымъ въ видѣ четырехъугольника съ внутреннимъ дворомъ. Передняя сторона его или фасадъ смотритъ къ юговостоку, въ нижнемъ этажѣ послѣдняго находятся пріемныя, бюро и другія помѣщенія, въ среднемъ этажѣ кабинетъ директора, квартира его и лабораторія; въ верхнемъ — квартиры врачей и служащихъ. Въ боковыхъ флигеляхъ главнаго корпуса размѣщены больные: къ сѣверовостоку женщины, къ югозападу — мужчины. Въ заднемъ флигелѣ главнаго корпуса, расположенномъ съ сѣверозападной его стороны — клиническое отдѣленіе, которымъ завѣдуетъ второй профессоръ психіатріи Вѣнскаго Университета Dr. J. Wagner von Jauregg, гдѣ послѣдній читаетъ и лекціи по психіатріи студентамъ Вѣнскаго университета; справа и слева отъ клиническаго флигеля и въ одну линію съ нимъ находятся еще по одному длинному трехъ-этажному флигелю, которые непосредственно соединены съ упомянутымъ клиническимъ зданіемъ; въ этихъ флигеляхъ помѣщаются полуспокойные и слабые больные. Для безпокойныхъ больныхъ предназначены особые двухъэтажные павильоны, соединенные корридормъ съ только-что упомянутыми флигелями. Съ боковъ главнаго корпуса помѣщаются кухня и прачешная. Къ сѣверу отъ мужского безпокойнаго отдѣленія находится двухъэтажный павильонъ специально для слабыхъ паралитиковъ мужчинъ: тутъ же не вдалекѣ и лазаретъ для заразныхъ больныхъ, въ которомъ главнымъ образомъ размѣщаются больные съ острой трахомой, которыхъ въ больницѣ очень много. Больница хотя построена и давно, но, благодаря ежегодно дѣлаемымъ передѣлкамъ, имѣетъ сносный видъ, хотя значительно уступаетъ другимъ мною видѣннымъ лѣчебницамъ для душевно-больныхъ. Больные, какъ вообще во всѣхъ нѣмецкихъ больницахъ, по вносимой платѣ дѣлятся на уже извѣстныхъ 3 класса. Помѣщенія

больныхъ просторныя и свѣтлыя, при каждомъ отдѣленіи имѣются большіе тѣнистые сады; клозеты водяные, отопленіе паровое, освѣщается лѣчебница газомъ. Мебель и посуда больницы никакихъ особенностей не представляютъ. Административный персоналъ лѣчебницы составляютъ директоръ (Тилковскій), 6—7 врачей, смотритель, экономъ и нѣсколько чиновъ хозяйственнаго персонала. Клиническимъ отдѣленіемъ на 50 мѣсть завѣдуетъ профессоръ Вагнеръ при двухъ ассистентахъ. Движеніе больныхъ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ. Къ январю 1894 года въ больницу состояло 876 чел. (476 м. и 400 ж.), въ теченіи года прибыло 906 ч. (591 м. и 315 ж.); наиболѣе выдающіяся формы у вновь принятыхъ больныхъ были:

Alcoholismus chronicus	249	(237 м. и 12 ж.)
Paralysis progressiva	161 ч.	(132 м. и 29 ж.)
Paranoia	129	(52 м. и 77 ж.)
Psychoneurosen	126 м.	(38 м. и 88 ж.)

Всѣхъ убывшихъ въ теченіи 1896 г. было 1095 чел. (740 м. и 355.). Изъ этого числа было: умершихъ 133 ч. (85 м. и 48 ж.), переведенныхъ въ другія больницы 453 ч. (326 м. и 127 ж.), отдано на попеченіе роднымъ и др. лицамъ въ улучшенномъ и непоправившемся состояніи 226 ч. (125 м. и 101 ж.), совершенно выздоровѣвшихъ 283 ч. (204 и 79 ж.).

Изъ 133 умершихъ главной причиной смерти былъ прогрессирующий параличъ—73 ч. (57 м. и 16 ж.), въ остальныхъ случаяхъ причиной смерти были разнообразныя саматическія болѣзни. Изоляція примѣнялась у 392 больныхъ, частію на короткое, частію на болѣе продолжительное время.

Мѣры стѣсненія (куртка, камзолъ, перчатки) примѣнялись въ теченіи года у 43 больныхъ, по преимуществу въ хирургическихъ случаяхъ.

Домашними работами и въ мастерскихъ занималось 595 больныхъ. Побѣговъ было 14, покушеній на самоубійство 4—всѣ окончились благополучно: получившихъ тѣ или другія механическія поврежденія было 28 (по преимуществу эпилептики).

Лѣчебница
Kierling-Gug-
ging.

Niederösterreichische Irrenanstalt Kierling Gugging.

Въ 5 километрахъ къ западу отъ станціи желѣзной дороги Klosterneuburg-Kierling, въ ущелии небольшой рѣчки Kierling-Altbach, находится лѣчебница для душевно-больныхъ Kierling-Gugging на 400 кроватей. Лѣчебница построена восемь лѣтъ назадъ, состоитъ изъ отдѣльныхъ, на большой площади раскинутыхъ по склону горы двухъэтажныхъ павильоновъ. Окружающая мѣстность крайне живописна, всюду горы, покрытыя лѣсомъ. При лѣчебницѣ имѣется особое отдѣленіе для малолѣтнихъ слабоумныхъ, эпилептиковъ и идиотовъ. Между больничными павильонами разбитъ паркъ, а вся площадь лѣчебницы отгорожена низкой деревянной рѣшеткой, обсаженной живою изгородью. Тотчасъ при входѣ въ паркъ лѣчебницы справа находится административный павильонъ—это длинное двухъэтажное зданіе, въ которомъ помѣщаются бюро, приемная, бібліотека, лабораторія и квартиры директора, врачей и другого врачебнаго персонала. Слѣва отъ входа въ паркъ въ нѣкоторомъ отдаленіи—механическая прачешная. За административнымъ зданіемъ къ сѣверу и позади находящагося здѣсь небольшого пруда—трехъэтажный павильонъ, въ которомъ частью живутъ служащіе лѣчебницы, другая же часть его занята отдѣленіемъ для покойныхъ больныхъ женщинъ; съ боку и къ востоку отъ пруда—двухъэтажный павильонъ для полуспокойныхъ больныхъ женщинъ. Въ верхнемъ этажѣ его размѣщены болѣе покойные больныя, въ нижнемъ—требующія лежанія въ постели, тутъ же въ нижнемъ этажѣ имѣется шесть изоляторовъ, по три съ каждой стороны. Соответственно этому павильону, но только по другую сторону главной аллеи лѣчебницы, въ глубинѣ парка находится совершенно такой же павильонъ съ 5 изоляторами для безпокойныхъ больныхъ и паралитиковъ мужчинъ. Къ сѣверу отъ только-что описаннаго павильона, поднявшись нѣсколько въ гору, находится большое двухъэтажное зданіе на 100 покойныхъ мужчинъ безъ рѣшетокъ и вообще безъ всякихъ предохранительныхъ приспособленій въ окнахъ (ореп-

door-system), въ немъ два изолятора; если подниматься вверху по главной аллеѣ лѣчебницы, то, пройдя павильонъ покойныхъ женщинъ, слѣва мы встрѣчаемъ кухню, возлѣ нея ледникъ, сарай и проч., далѣе слѣдуютъ въ одну линію два павильона: одинъ—для 45 безпокойныхъ мужчинъ съ 13 изоляторами, другой на такое же число безпокойныхъ женщинъ съ 16 изоляторами.

За безпокойными отдѣленіями, подвигаясь еще выше, находится павильонъ-мастерскія и наконецъ въ самомъ концѣ—хозяйственный дворъ, на которомъ въ особомъ домѣ живутъ 15 чел. больныхъ мужьянъ, пользующихся полной свободой въ предѣлахъ лѣчебницы и занимающихся различными хозяйственными работами. Къ западу отъ хозяйственного двора въ самой возвышенной части больничной мѣстности стоитъ совершенно отдѣльно павильонъ въ 2½ этажа, въ которомъ помѣщается 180 слабоумныхъ, эпилептиковъ и idiotsъ-дѣтей.

Въ нижнемъ этажѣ этого павильона находятся: пріемная, врачебный кабинетъ, кухня съ кладовыми, помѣщенія для прислуги, мастерскія, кладовая для бѣлья, купальня; въ подвалѣ—котлы для отопленія, ледникъ и погребъ; во второмъ этажѣ въ средней части большая столовая, въ боковыхъ же крыльяхъ помѣщенія для дѣтей; мальчики помѣщаются съ одной стороны, дѣвочки съ другой стороны павильона. Больныя дѣти разбиты на группы въ 10 ч., составляющія какъ бы отдѣльныя семьи. Жилыя помѣщенія каждой такой группы дѣтей состоятъ изъ большой спальни, комнаты для дневного пребыванія и одной общей для каждаго двухъ группъ умывальной комнаты и клозета. Въ третьемъ этажѣ этого павильона въ средней его части находится квартира старшей сестры и залъ, въ которомъ дѣти собираются на молитву; въ боковыхъ частяхъ жилыя помѣщенія больныхъ дѣтей. Во 2 этажѣ кромѣ жилыхъ помѣщеній имѣются еще два изолятора. Въ каждой половинѣ второго и третьяго этажа помѣщается по 5 группъ дѣтей, т. е. по 50 ч. За каждой такой группой дѣтей наблюдаетъ особая сестра милосердія, на обязанности

которой лежить вести также и школьныя занятія дѣтей. Возлѣ павильона для дѣтей устроенъ гимнастическій залъ; еще выше дѣтскаго павильона и далеко за нимъ находится баракъ для заразныхъ больныхъ. Наконецъ между павильономъ для спокойныхъ больныхъ мужчинъ и дѣтскимъ павильономъ расположена католическая церковь и возлѣ нея покойницкая. Къ больницѣ принадлежитъ небольшой участокъ земли, который воздѣлывается обыкновенно больными. Всѣ павильоны лѣчебницы соединены между собою телефонами. Полы въ помѣщеніяхъ для больныхъ изъ дубоваго паркета. Окна большею частью защищены легкими желѣзными рѣшотками; въ изоляторахъ оконныя рамы желѣзныя съ частыми переплетами и съ корабельными стеклами.

Клозеты промываются водой. Писсуары на мужской половинѣ сдѣланы изъ шифферныхъ досокъ, смазанныхъ особымъ составомъ, называемымъ Uginol. Отопленіе павильоновъ паровое и печное. Освѣщается лѣчебница керосиновыми лампами, но предполагается завести электрическое освѣщеніе. Больные, какъ и въ другихъ больницахъ, дѣлятся на 3 класса. Мебель въ помѣщеніяхъ больныхъ и посуда нисколько не отличаются отъ тѣхъ, которыя употребляются въ общежитіи. Вообще лѣчебница эта производитъ самое хорошее впечатлѣніе. Директоръ ея, D-г Крауатсч, въ высшей степени привѣтливый, энергичный и любящій свое дѣло человѣкъ. Система не стѣсненія и постельное содержаніе проводятся въ лѣчебницѣ самымъ строжайшимъ образомъ, къ изоляціи больныхъ прибѣгаютъ крайне рѣдко.

Администрацію лѣчебницы составляютъ Директоръ (D-г Крауатсч), 4 врача, смотритель и экономъ. Прислуги приходится 1 на 7—8 больныхъ. Привожу нѣкоторыя данныя о движеніи больныхъ въ этой лѣчебницѣ:

Къ Январю 1894 г. въ лѣчебницѣ состояло 404 ч. больныхъ (234 муж. и 170 ж.), въ теченіи 1894 г. вновь поступило 86 ч. (65 м. и 22 ж.), убыло 130 ч. (104 м. и 26 ж.), въ томъ числѣ умершихъ 26 ч. (20 м. и 6 ж.).

Изъ 130 ч., выбывшихъ изъ лѣчебницы, 11 ч. (10 м. и 1 ж.) совершенно выздоровѣли, взято на попеченіе 30 ч. (22 м. и 8 ж.), переведено въ другія больницы 62 (51 м. и 11 ж.), умерло 26, бѣжало 1. Изъ общаго числа всѣхъ пользовавшихся въ теченіи 1894 года больныхъ выдающіяся по числу были слѣдующія формы:

Paranoia	152	(84 м. и 68 ж.)
Dementia secundaria.	113	(48 м. и 65 ж.)
Psychosis epileptica	55	(44 м. и 11 ж.)
Jdiotismus	52	(32 м. и 20 ж.)
Alcoholismus chr.	31	(30 м. и 1 ж.)
Paralysis progr	30	(22 м. и 8 ж.)
Jmbecillitas	29	(20 м. и 6 ж.)

Изъ 26 смертныхъ случаевъ въ 16 изъ нихъ причиною былъ прогрессивный параличъ. Побѣговъ въ теченіи года больными было совершено 8, всѣ бѣжавшіе вскорѣ были водворены вновь въ больницу.

И закончу описаніе нѣмецкихъ психіатрическихъ лѣчебныхъ заведеній описаніемъ Гиссенской психіатрической клиники. Психіатрическая клиника въ Gissen'ѣ построена всего около 3 лѣтъ (открыта 25 февраля 1896 г.) въ юго-западной части города, на небольшой горкѣ, называемой Seltenberg, въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ внутренней и женской университетскими клиниками, отъ которыхъ отдѣляется зданіями, занятыми гигиеническимъ и патологическимъ институтами. Построена она всего на 70 кроватей.

Не смотря на свое близкое сосѣдство съ другими университетскими клиниками, тѣмъ не менѣ Гиссенская психіатрическая клиника имѣетъ свое независимое управленіе, особую кухню и отопленіе, и только электрическую энергію для освѣщенія и медикаменты она получаетъ изъ общаго съ другими клиниками источника.

Психіатрическая клиника построена по павильонной системѣ, при чемъ павильоны, предназначенные для болѣе труд-

ныхъ больныхъ, соединены между собою короткими крытыми галереями. Павильоны большею частью въ два этажа, построены изъ кирпича. Вся клиника загорожена высокой желѣзной рѣшоткой. Центръ клиники составляетъ главное зданіе въ два этажа; позади главнаго зданія и въ нѣкоторомъ отдаленіи помѣщается въ особомъ павильонѣ кухня. Съ обѣихъ сторонъ только-что упомянутыхъ павильоновъ расположено еще по 4 павильона съ каждой стороны, служащіе помѣщеніями для больныхъ, при чемъ павильоны, находящіеся сирава и слѣва отъ главнаго зданія, предназначены для покойныхъ больныхъ и пансіонеровъ; въ павильонахъ, находящихся съ обѣихъ сторонъ отъ кухни, размѣщаются также покойные больные и такіе, которые требуютъ постоянного за собою наблюденія. Съ боку отъ послѣднихъ находится съ каждой стороны еще по одному павильону въ два этажа для больныхъ безпокойныхъ и требующихъ за собою усиленнаго надзора и наконецъ позади послѣднихъ еще по одному одноэтажному павильону, соединенному съ предыдущими крытыми корридорами. Эти павильоны предназначены для больныхъ буйныхъ и состоятъ почти исключительно изъ изоляторовъ.

Перейдемъ теперь къ болѣе детальному описанію клиники.

Въ нижнемъ этажѣ главнаго или административнаго зданія направо отъ вестибюля помѣщается амбулаторія, состоящая изъ трехъ комнатъ: одна служитъ пріемной, двѣ другія — для изслѣдованія больныхъ. Здѣсь имѣется все для точнаго клиническаго изслѣдованія больныхъ, особенно же достоинъ вниманія аппаратъ для измѣренія величины зрачковъ, дающій цифры измѣреній съ точностью до сотыхъ миллиметра. Тутъ же мнѣ былъ показанъ графическій аппаратъ для записыванія дрожанія. Аппаратъ этотъ, видоизмѣненный проф. Зоммеромъ, имѣетъ то преимущество передъ другими, что въ одно и то же время отмѣчаетъ на барабанѣ всѣ роды дрожанія — какъ горизонтальные, такъ вертикальные и передне-задніе. Въ сосѣдствѣ съ амбулаторіей помѣщается аптека, а противъ нея черезъ корридоръ — небольшая лабораторія, служащая для изслѣдованія секретовъ

и экскретовъ приходящихъ больныхъ. Съ лѣвой стороны отъ вестибюля въ нижнемъ же этажѣ помѣщаются: бюро, столовая врачей и квартира одного изъ ассистентовъ. Середину второго этажа главнаго зданія занимаетъ прекрасно устроенная аудиторія, справа отъ нея или къ западу (надъ амбулаторіей) находятся химическая и патолого-анатомическая лабораторія, а также фотографическій кабинетъ; слѣва отъ аудиторіи—кабинетъ директора, комната для больныхъ, психофизическая лабораторія и залъ для научныхъ собраній врачей клиники. Всѣ лабораторіи клиники обставлены прекрасно. Директоръ клиники, проф. Зоммеръ, еще молодой и въ высшей степени энергичный человекъ, старается обставить свою клинику всѣми новѣйшими аппаратами для научнаго и точнаго изслѣдованія больныхъ. При клиникѣ имѣется специальный физическій мастеръ, который, по указанію проф. Зомера, дѣлаетъ различные усовершенствованные аппараты.

Клиническая кухня помѣщается, какъ сказано выше, позади административнаго зданія. Кромѣ собственно кухни и разнаго рода кладовыхъ и рабочихъ комнатъ въ этомъ же павильонѣ имѣются квартиры для кухарки и другой кухонной прислуги. Покойныя больныя женщины также привлекаются къ работамъ на кухнѣ.

Павильоны, расположенные справа и слѣва отъ кухни и предназначенные для больныхъ покойныхъ, имѣютъ видъ небольшихъ виллъ въ два этажа; въ нижнихъ этажахъ ихъ помѣщаются наблюдательный залъ, комната ассистента, большой залъ для дневнаго пребыванія больныхъ, по двѣ небольшихъ отдѣльныхъ комнаты, ванная и буфетныя комнаты и клозетъ; въ верхнихъ этажахъ—спальни.

Павильоны, въ которыхъ помѣщаются безпокойные больные, тоже въ два этажа и имѣютъ въ нижнихъ этажахъ по одной большой залъ, предназначенной для постельнаго содержанія больныхъ, каждая на 10 ч. больныхъ, съ ванной и клозетомъ въ сосѣдствѣ; въ другомъ же концѣ нижнихъ этажей имѣется по большой палатѣ для дневнаго пребыванія боль-



ныхъ, помѣщеніе для старшаго надзирателя и надзирательницы (на женской половинѣ), далѣе врачебный кабинетъ для изслѣдованія больныхъ, снабженный всѣми необходимыми инструментами и аппаратами: тутъ и фонографъ, и аппаратъ для психофизическихъ изслѣдованій, фотографическій аппаратъ и другіе. Въ верхнихъ этажахъ только-что упомянутыхъ павильоновъ размѣщены полуспокойные больные, требующіе особаго за собою наблюденія. Наибольшую часть этихъ этажей занимаетъ большой залъ, предназначенный для дневного пребыванія больныхъ; въ сосѣдствѣ съ ними находятся по двѣ большихъ спальни и по двѣ изоляціонныхъ комнаты съ туалетной и ванной комнатками. Павильоны, предназначенные для больныхъ буйныхъ, — въ одинъ этажъ, въ каждомъ изъ нихъ имѣется по 4 изолятора, двери которыхъ выходятъ въ расположенный вдоль ихъ корридоръ, и по одной большой комнатѣ для постельнаго содержанія больныхъ, съ ванной и клозетомъ въ сосѣдствѣ. Отопленіе всей клиники паровое низкаго давленія, освѣщеніе электрическое, клозеты водяные.

Такимъ образомъ изъ выше приведеннаго описанія видно, что ядро или важный пунктъ всей клиники сосредоточенъ на отдѣленіи, предназначенномъ для постельнаго содержанія (*Wachabtheilung*), которое находится всегда подъ непосредственнымъ контролемъ. Эти отдѣленія снабжены всевозможными приспособленіями. Боковыя части наблюдательныхъ залъ отдѣлены отъ средней ихъ части большими гардинами, придающими имъ видъ домашнихъ комнатъ. Электрическія лампы расположены здѣсь не вверху, какъ въ другихъ помѣщеніяхъ клиники, а возлѣ кроватей въ углахъ и немного выше уровня роста человѣка, при чемъ онѣ защищены снаружи колпакомъ изъ толстаго корабельнаго стекла. Такое расположеніе здѣсь источниковъ свѣта даетъ возможность къ болѣе легкому и удобному осмотру больныхъ.

Полы въ клиникѣ изъ дубоваго паркета; въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ и корридорахъ покрыты линолеумомъ. Окна во всѣхъ павильонахъ, за исключеніемъ буйныхъ отдѣленій, съ

обыкновенными рамами и стеклами, въ буйныхъ же отдѣленіяхъ оконныя рамы желѣзныя съ толстыми корабельными стеклами.

Администрацію больницы составляютъ: директоръ (проф. Зоммеръ, онъ же читаетъ лекціи по психіатріи), три врача-ассистента, смотритель и писмоводитель. Прислуги 1 на 8—9 человѣкъ больныхъ.

Въ общемъ Гиссенская клиника производитъ наилучшее впечатлѣніе изъ всѣхъ мною видѣнныхъ заграницей клиникъ.

Движеніе больныхъ въ Гиссенской клиникѣ за 1896 годъ выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ: въ теченіи 96 года вновь принято 184 ч. (79 м. и 105 ж.), къ 1-му Марта 1897 года осталось 51 (20 м. и 31 ж.) И числа выбывшихъ 133 ч. (59 м. и 74 ж.) совершенно выздоровѣли 54 ч. (23 м. и 31 жен.), не поправились 44 (17 м. и 27 жен.), на испытаніи было 12 (10 м. и 2 ж.), умерло 18 (9 м. и 9 ж.)—главнымъ образомъ отъ прогрессирующаго паралича помѣшанныхъ.

По формамъ болѣзней вновь принятыя больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Съ душевными болѣзнями на почвѣ органическаго пораженія мозга 18 ч. (8 м. и 10 ж.); интоксикаціонныя и аутоинтоксикаціонныя психозы—15 ч. (10 м. и 5 ж.); душевныя болѣзни, какъ слѣдствіе инфекціонныхъ болѣзней, 4 (2 м. и 2 ж.); эпилептическія психозы—23 (16 м. и 7 ж.); функціональныя психозы—112 (42 муж. и 70 ж.).

Въ Швейцаріи мною были осмотрѣны психіатрическія клиники въ Женевѣ (проф. Martin) и Лозаннѣ. Женевская клиника помѣщается въ старой кантональной больницѣ на окраинѣ города. Больница эта въ будущемъ году должна будетъ закрыться, а больныхъ переведутъ въ строящуюся вновь вблизи Женевы психіатрическую больницу, которая, по рассказамъ ассистента, должна быть во всѣхъ отношеніяхъ прекрасной.

Психіатрическая клиника въ Лозаннѣ расположена въ 6 километрахъ къ востоку отъ города, при ней имѣется и колонія для больныхъ. Больница эта устроена прекрасно, но за неизбѣимъ подъ руками отчетовъ обѣихъ клиникъ не могу дать подробнаго описанія ихъ.

Въ Италіи я посѣтилъ клинику душевно-больныхъ въ Туринѣ (проф. Ломброзо). Клиника помѣщается въ городской больницѣ „Manicomio“, находящейся на окраинѣ. Къ больницѣ этой принадлежатъ еще и колонія для душевно-больныхъ, находящаяся за городомъ. Въ больницѣ и колоніи всегда около 500 ч. больныхъ, изъ нихъ въ колоніи находятся около 40 ч. Больница помѣщается въ старомъ зданіи, содержимомъ грязно; гуманнаго содержанія больныхъ повидимому не производится; въ больницѣ я видѣлъ здѣсь много камзолированныхъ больныхъ или привязанныхъ къ кровати при посредствѣ особыхъ практикуемыхъ здѣсь наручниковъ. Помѣщенія всѣ сильно переполнены больными, такъ что въ общемъ получается отъ больницы впечатлѣніе не совсѣмъ пріятное. Тутъ же при больницѣ имѣется клиническая лабораторія, обставленная бѣдно, въ сосѣдствѣ съ которой находится аудиторія, гдѣ читаетъ свои лекціи Ломброзо.

Послѣ осмотра вышеуказанныхъ заведеній я пріѣхалъ во Францію и именно въ Парижъ, какъ центръ лучшихъ медицинскихъ силъ всей Франціи. Изъ городскихъ и общественныхъ психіатрическихъ больницъ г. Парижа и его окрестностей мною осмотрѣны слѣдующія: Maison nationale Charenton; Asile clinique S-te Anne (въ Парижѣ); Asile de Vaucluse, commune d'Epinau sur Orge (Seine et Oise); Asile de Ville-Evrard, commune de Neuilly sur Marne (Seine et Oise); Asile de Villejuif (Seine въ Парижѣ), Hospice de Bicêtre, commune de Gentilly (возлѣ Парижа), Hospice de la Salpêtrière (въ Парижѣ) и много другихъ частныхъ заведеній для нервныхъ и душевныхъ больныхъ.

Въ нижеслѣдующемъ относительно нѣкоторыхъ больницъ и заведеній я постараюсь дать болѣе подробное описаніе.

Hospice de Bicêtre представляет собою громадную богадельню-больницу исключительно для мужчинъ. Она находится въ южной части Парижа, тотчасъ за его фортификаціями въ коммунахъ Gentilly.

Bicêtre ведетъ свою исторію приблизительно съ 1250 года. На мѣстѣ теперешней больницы находился прежде красивый замокъ, переходившій изъ рукъ въ руки разныхъ владѣльцевъ изъ знатныхъ французскихъ семействъ. Нѣсколько разъ замокъ этотъ былъ конфискованъ въ казну и затѣмъ французскими королями дарился новымъ лицамъ. Въ 1414 году Bicêtre былъ сожженъ мятежниками и руины его долгое время оставались въ запустѣніи, служа пристанищемъ бродягъ и другого темнаго Парижскаго люда. Въ 1263 (?) году руины Bicêtre'a вновь переходятъ въ королевскую казну, причемъ Ришелье предполагалъ передѣлать ихъ въ богадельню, предназначавшуюся для инвалидовъ офицеровъ и солдатъ, но планъ этотъ не былъ приведенъ въ исполненіе. При Людовикѣ XIV на мѣстѣ бывшихъ развалинъ Bicêtre'a была построена богадельня и рядомъ съ нею тюрьма, куда обыкновенно водворялись нищіе, бродяги, несовершеннолѣтніе преступники и венерическіе больные обо-его пола.

По свѣдѣніямъ, относящимся къ 1716 году Bicêtre имѣлъ слѣдующій контингентъ больныхъ и призраемыхъ: душевнобольные, эпилептики и идіоты; венерики, паралитики, слѣпые, калѣки, подкидыши и т. д. Уже тогда въ Bicêtre'ѣ было 5 отдѣленій, изъ которыхъ такъ называвшееся „maison de force“ служило тюрьмой для водворенія приговоренныхъ къ подобному заключенію. Нечего и говорить, что какъ больные, такъ и помѣщенія ихъ содержались въ то время въ отвратительномъ и ужасномъ видѣ. Во всѣхъ отдѣленіяхъ, по выраженію Мирабо, больные были набиты, какъ невольники-негры на Африканскомъ кораблѣ. Кроватей и вообще постельныхъ принадлежностей не хватало на больныхъ и нерѣдко больные валялись прямо на полу. Для венерическихъ больныхъ срокъ пребыванія въ больницѣ былъ установленъ въ шесть недѣль; вылѣчивались

ли они въ этотъ срокъ или нѣтъ—по тогдашнимъ больничнымъ порядкамъ подобныя больные должны были по истеченіи этихъ 6 недѣль покидать больницу, при чемъ ихъ почти всегда наказывали какъ при вступленіи, такъ и при выпискѣ изъ больницы. Для душевно-больныхъ при Bicêtre'ѣ было особое отдѣленіе. Оно состояло изъ одного сравнительно большого павильона и III небольшихъ домиковъ-хижинъ, расположенныхъ въ нѣсколько улицъ. Душевно-больные располагались здѣсь хуже животныхъ, оставленные на полный произволъ только одной прислуги, которая, по замѣчанію современниковъ, устраивала себѣ изъ больныхъ даровыя развлечения, всячески раздражая ихъ.

Въ 1792 году венерическіе больные были переведены изъ Bicêtre'a въ госпиталь капуциновъ. Приблизительно къ этому же времени былъ назначенъ главнымъ врачомъ Bicêtre'a знаменитый Pinel, который съ настойчивостью принялся за улучшеніе содержанія всѣхъ больныхъ вообще. Онъ первый во Франціи сталъ проводить здѣсь въ исполненіе свои гуманитарныя реформы въ дѣлѣ содержанія и лѣченія душевныхъ больныхъ. Въ этой трудной гуманитарной работѣ непосредственнымъ помощникомъ ему былъ Pussin.

Послѣ революціи, когда всѣ общественныя больницы поступили въ вѣдѣніе особой больничной комиссіи, Bicêtre съ каждымъ годомъ сталъ улучшаться, дойдя до того состоянія, въ которомъ онъ находится въ настоящее время.

Во время Франко-Прусской войны всѣ больные и прирѣзаемые Bicêtre'a были эвакуированы въ провинціальныя больницы, а самъ Bicêtre поступилъ въ вѣдѣніе Военнаго министерства, устроившаго въ немъ временный военный госпиталь, въ которомъ пользовались по преимуществу оспенные больные. Изъ 1876 г. пользованныхъ оспенныхъ больныхъ умерло 1314 человѣкъ.

Въ настоящее время богадѣльня-больница Bicêtre владѣетъ въ общемъ 215,756 кв. метровъ земли, изъ нихъ подъ постройками 2 гектара 12 аровъ и 85 сантіаровъ, не включая

сюда новыхъ зданій, въ которыхъ размѣщены больные эпилептики и идіоты дѣти. Больница стоитъ совершенно изолированно отъ другихъ построекъ жителей этой мѣстности и граничить съ сѣвера улицей l'Annexion, съ юга такъ наз. врачебной дорогой, съ востока т. наз. стратегической дорогой и улицами Kremlin и du Fort.

Все населеніе Bicêtr'a къ 1-му мая 1895 года состояло изъ 3520 душъ, которые распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Призрѣваемыхъ стариковъ	1752
Пансіонеровъ	66
Душевно-больныхъ	1091
Эпилептиковъ взрослыхъ и дѣтей не душевно-больныхъ	93
Служебный больничный персоналъ	445
Семействъ ихъ	235
Другихъ лицъ (прислуга б. и проч.)	53

Въ больницѣ имѣется 5 отдѣленій, первая четыре изъ нихъ составляютъ собственно богадѣльню.

Первое отдѣленіе дѣлится на два подотдѣленія, изъ которыхъ первое, состоящее изъ 4 палатъ, предназначено для болѣе дряхлыхъ и слабыхъ. Второе отдѣленіе, имѣющее 5 палатъ, также предназначено для здоровыхъ стариковъ; третье отдѣленіе въ своемъ первомъ подотдѣленіи имѣетъ 4 палаты и отдѣльныя помѣщенія для пансіонеровъ, второе подотдѣленіе имѣетъ 8 палатъ, изъ которыхъ въ семи помѣщаются слабые и дряхлые призрѣваемые, а восьмая специально предназначена для раковыхъ больныхъ. Четвертое отдѣленіе составляетъ собственно лазаретъ или больницу (infirmerie) Bicêtr'a; въ четырехъ палатахъ ея размѣщаются обыкновенные больные и по преимуществу нервныя (отдѣленіе профессора Marie), а въ пятой—хирургическіе больные.

Наконецъ пятое отдѣленіе Bicêtr'a есть собственно отдѣленіе для душевно-больныхъ т. наз. Asyle des aliénés. Это отдѣленіе распадается на 4 подотдѣленія, изъ которыхъ въ

первомъ, состоящемъ изъ 12 палатъ, располагается 230 ч. больныхъ. Во второмъ подъяотдѣленіи, состоящемъ изъ десяти палатъ на 3—60 кроватей каждая при 20 изолятрахъ, размѣщаются 232 ч. больныхъ. Третье подъяотдѣленіе предназначено специально для взрослыхъ душевно и не душевно больныхъ эпилептиковъ на 189 ч. Наконецъ четвертое и послѣднее подъяотдѣленіе на 532 чел. дѣтей (идіотовъ, слабоумныхъ, паралитиковъ, эпилептиковъ и истеричныхъ).

Больницей или лазаретомъ Bicêtre'a завѣдуетъ проф. Marie и одинъ врачъ-хирургъ; кромѣ того въ распоряженіи ихъ нѣсколько интерновъ.

Въ отдѣленіи для душевно-больныхъ всего пять врачей, между которыми-извѣстный врачъ Bougneville, завѣдующій отдѣленіемъ дѣтей-идіотовъ и эпилептиковъ. Въ помощь этимъ врачамъ имѣется 8 интерновъ—это студенты старшихъ курсовъ, исполняющіе во всѣхъ больницахъ Франціи обязанности нашихъ ординаторовъ. Для полученія званія интерна во Франціи, которое дается по конкурсному экзамену, нужно сначала получить званіе экстерна, которое также дается по конкурсному экзамену, различному для каждой специальности, въ какомъ званіи нужно пробыть извѣстное число лѣтъ (3—4 года); получить же званіе экстерна можетъ всякій студентъ-медикъ, начиная съ 2 семестра.

Въ Bicêtre'ѣ имѣется большая бібліотека для больныхъ, а также медицинская бібліотека въ 4000 томовъ и фармацевтическая (450 томовъ). Кромѣ того имѣется патолого-анатомическій музей, основанный въ 1880 по мысли д-ра Bougneville'a.

Хозяйственный персоналъ больницы составляютъ директоръ и экономъ, 7 другихъ служащихъ, 2 старшихъ надзирателя, 3 школьныхъ учителя, 1 учитель пѣнія, 1 учитель пѣнія для дѣтей; 21 надзирателей надъ больными и надзирательница, 30 помощниковъ и помощницъ надзирателей и надзирательницъ и 286 ч. служителей и сидѣлокъ и вообще другой

больничной прислуги и 9 мастеровъ. Въ кухнѣ, прачешной и по водопроводу 32 ч. прислуги.

Общая стоимость содержанія Bicêtre'a въ 1895 году простиралась въ 2,172,630 франковъ. При больницѣ имѣется особая школа для обученія служительскаго персонала больницы и кромѣ того 18 различныхъ мастерскихъ, въ которыхъ работаютъ больные, согласно своему ремеслу.

Отопленіе Bicêtre'a—частію печами, частію калориферами; освѣщеніе газомъ.

Канализація больницы почти вся сплавная. Водой Bicêtre снабжается для питья и варки пищи изъ большого колодца, находящагося въ районѣ больницы и вырытаго еще въ 1733 году. Колодезь этотъ даетъ въ сутки около 217,000 литровъ воды, которая паровой машиной накачивается въ особые резервуары, откуда уже распредѣляется по всѣмъ зданіямъ Bicêtre'a, вода же для другихъ надобностей больницы получается изъ Сенскаго водопровода.

Вблизи и по сосѣдству съ Bicêtre'омъ имѣется участокъ земли въ 6 ha, принадлежащій больницѣ, гдѣ устроенъ огородъ и находится хозяйственный дворъ.

Всѣхъ поступленій въ Bicêtre за 1894 годъ было:

- а) призрѣваемыхъ стариковъ и пансіонеровъ . . . 734
- б) душевно-больныхъ и эпилептиковъ взрослыхъ . . 220
- с) дѣтей-идіотовъ и эпилептиковъ. 131

За тотъ же 1894 годъ убыло:

- а) призрѣваемыхъ и пансіонеровъ. 405
- б) душевно-болн. и эпилептиковъ взрослыхъ . . . 149
- с) дѣтей-эпилептиковъ и идіотовъ. 76

Умершихъ изъ этого числа было 399.

Теперь перейдемъ къ болѣе подробному описанію Bicêtre'a.

Выѣхавши за фортификаціи Парижа черезъ такъ наз. Итальянскія ворота (въ южной части Парижа), тогчасъ съ правой стороны виднѣется холмъ, на склонѣ котораго стоитъ

громадное двухэтажное зданіе съ мансардами, фасадомъ смотрящее по направленію къ городу Парижу; зданіе это и есть больница-богадѣльня Bicêtre. Нѣсколько спереди и ниже отъ зданія, также по направленію къ Парижу, находятся другія постройки, расположенныя параллельно къ предыдущему, носящія названіе Сибирскихъ (de Siberie) потому, что вслѣдствіе открытаго своего положенія здѣсь бываетъ зимою гораздо холоднѣе. Эти послѣднія соединены съ главнымъ зданіемъ друмя другими поперечными павильонами, изъ которыхъ въ одномъ помѣщены раковые больные, въ другомъ—бѣльевой цейхаузь. Постройки эти къ сѣверу граничатъ съ полукруглой площадью, загороженной и засаженной сиренью, гдѣ находится прежній входъ въ Bicêtre, на фасадѣ котораго имѣется надпись слѣдующаго содержанія:

a Saint Jean-Baptiste
Hôpital Général
1668.

Впереди этихъ прежнихъ воротъ Bicêtre'a и т. наз. Сибирскаго зданія находится треугольная площадь, занимаемая садомъ, деревяннымъ дворомъ и газовымъ заводомъ; въ вершинѣ этого треугольника находится часовня.

Теперешній главный входъ въ Bicêtre (ворота его) находится позади и сбоку и съ восточной стороны вышеописаннаго главнаго зданія. Спереди отъ главнаго хода разбитъ скверъ. Съ каждой стороны отъ главнаго больничнаго входа тянется съ сѣвера на югъ по одному одноэтажному длинному зданію, въ которыхъ находятся квартиры больничнаго служебнаго персонала. Эти постройки, примыкающія (извнѣ къ востоку) къ расположенному спереди отъ нихъ саду-скверу, сзади (къ западу) ограничиваютъ такъ называемый первый больничный дворъ, образуемый съ трехъ другихъ сторонъ двухэтажными зданіями, въ которыхъ размѣщены призрѣваемые старики, а также тутъ находятся мастерскія и библиотека. Этотъ первый больничный дворъ посредствомъ арокъ

соединяется съ другимъ дворомъ, расположеннымъ сзади отъ перваго (къ западу) и носящимъ названіе церковнаго двора (cour de l'église), гдѣ въ нижнемъ этажѣ главнаго зданія находится большой залъ для собраній больныхъ и важное отдѣленіе для призрѣваемыхъ; какъ разъ прямо находится большое зданіе, въ которомъ находится лазаретъ Bicêtr'a; хирургическіе больные помѣщаются въ нижнемъ этажѣ этого зданія; прочіе больные, по преимуществу нервныя, въ 2 и 3 этажахъ; въ нижнемъ этажѣ кромѣ того помѣщается столовая для больныхъ и аптека.

Съ лѣвой стороны въ церковномъ дворѣ находится довольно обширная церковь, рядомъ съ которой такъ наз. прежній священнической домъ, въ которомъ теперь живутъ экономъ и другіе служащіе по хозяйственной части больницы. Тутъ же вблизи находятся мастерскія для больныхъ Bicêtr'a, бакалейная и табачная лавочки, большой колодець и водопроводная башня.

Изъ церковнаго двора черезъ арку, продѣланную въ лазаретномъ зданіи (infirmerie), попадаемъ въ третій больничный дворъ, гдѣ въ зданіяхъ, расположенныхъ прямо противъ, находятся: бюро дирекціи больницы и кухня съ кладовыми, справа все еще продолженіе описаннаго выше главнаго зданія Bicêtr'a; слѣва павильонъ въ два этажа (остатокъ прежней тюрьмы), служащій квартирами для интерновъ, тутъ же помѣщается и медицинская библіотека. Пройдя черезъ этотъ третій дворъ между кухней и бюро больницы дальше и слѣва-находятся больничныя конюшни и сарай, съ правой—хозяйственные постройки, наконецъ позади нихъ—больничный огородеъ.

Чтобы попасть въ отдѣленіе для душевно-больныхъ Bicêtr'a (Asyle des aliénés), необходимо пройти всѣ три двора больницы и повернуть впереди больничнаго бюро въ улицу налѣво, гдѣ тотчасъ прямо передъ Вами находится входъ въ отдѣленіе для душевно-больныхъ, справа изъ той же улочки ведутъ ворота, за которыми слѣдуетъ другая небольшая улица, спускающаяся книзу къ такъ наз. Sûrètè.

Отдѣленіе
для душевно-
больныхъ
Bicêtr'a.

Дворъ отдѣленія для душевно-больныхъ ограниченъ слѣва зданіемъ, въ которомъ помѣщаются кабинетъ врачей, бюро и приемная, а съ другой стороны—навильономъ, назыв. *de la force* (остатокъ нѣкогда бывшей здѣсь тюрьмы); съ правой стороны видно 2-е подьотдѣленіе, предназначенное для большихъ возбужденныхъ.

Въ концѣ улицы, ведущей въ отдѣленіе для душевно-больныхъ, прямо виднѣется такъ называемое 2-е подьотдѣленіе, навѣо первое подьотдѣленіе, а направо входъ въ 4 подьотдѣленіе (для дѣтей). Помѣщенія всѣхъ подьотдѣленій, за исключеніемъ четвертаго, хотя и содержатся чисто, но сами зданія *Bicêtre*'а стары, больные размѣщены въ нихъ довольно скучено и вообще эти зданія нуждаются въ коренной перестройкѣ.

Самое лучшее впечатлѣніе получается отъ душевно-больныхъ идиотовъ и дѣтей. Отдѣленіе это въ *Bicêtre*'ѣ возникло недавно (въ 1892 году), благодаря настоянію д-ра *Voignevill*'а, обставлено оно прекрасно во всѣхъ отношеніяхъ, а по благоустройству и рациональному веденію дѣла можетъ быть поставлено въ числѣ первыхъ подобныхъ заведеній Европы.

Въ эпоху 1857—1859 годовъ душевно-больные эпилептики и идиоты-дѣти помѣщались въ *Bicêtre*'ѣ вмѣстѣ съ взрослыми душевно-больными, занимая первый этажъ т. наз. навильона эпилептиковъ (3 подьотдѣленіе), гдѣ за недостаткомъ помѣщенія физически здоровыя-дѣти эпилептики и идиоты размѣщались съ таковыми же дѣтьми физически больными, нерѣдко даже страдающими заразными болѣзнями, какъ корью, скарлатиной, паршами и т. д. Тутъ же были и безпокойныя больныя дѣти, привязываемыя обыкновенно къ столбамъ или къ своимъ кроватямъ; помѣщенія эти служили какъ для дневного, такъ и для ночного пребыванія больныхъ дѣтей. Еще въ 1857 г. *Delasiauve*, завѣдывавшій этими дѣтьми, указывалъ на ненормальность подобнаго положенія вещей и настоятельно требовалъ у больничной комиссіи улучшенія въ размѣщеніи больныхъ дѣтей, но эта его просьба осталась безъ результата. Его преемники, доктора *A. Voisin* и *I. Falret*, также не могли добиться

какого либо улучшенія въ этомъ дѣлѣ. Только д-ру Bourneville'ю, благодаря его настойчивости, удалось добиться того, чего тщетно въ теченіи столькихъ лѣтъ добивались его предшественники. Въ своемъ отчетѣ въ Assistance publique за 1878/79 гг. д-ръ Bourneville между прочимъ указывалъ, что такое положеніе вещей становится невозможнымъ и служитъ позоромъ для администраціи и города Парижа и вмѣстѣ съ тѣмъ ходатайствовалъ о полномъ раздѣленіи больныхъ дѣтей отъ взрослыхъ, для чего проектировалъ устройство особаго заведенія для душевно-больныхъ дѣтей. Въ 1882 году ассигнована была сумма въ 1,560,000 fr. для постройки первыхъ павильоновъ спеціальнаго отдѣленія для душевно-больныхъ дѣтей, проектированнаго по планамъ, выработаннымъ д-ромъ Bourneville'емъ; въ 1887 году было доассигновано еще 337,312 fr. на меблировку и устройство изоляторовъ и наконецъ въ 1892 году было отпущено еще 409.002,92 fr. на устройство послѣднихъ павильоновъ. Всѣ постройки были закончены въ томъ же 1892 году, каковой годъ и считается годомъ открытія этого отдѣленія. Такимъ образомъ общая стоимость всѣхъ построекъ отдѣленія для дѣтей въ Bicêtr'ѣ обошлась въ 2,217,727 франковъ.

Отдѣленіе для душевно-больныхъ идиотовъ и эпилептиковъ дѣтей расположено въ западной части больничной территоріи Bicêtr'a, на отлогости холма, господствующаго надъ Бievрской долиной и общиной Gentilly. Чтобы попасть сюда, необходимо пройти всѣ три больничныхъ двора Bicêtr'a, свернуть влѣво впереди больничной конторы. Пройдя немного мимо второго подъяотдѣленія, вправо виднѣется небольшая аллея, ведущая въ это достойное вниманія отдѣленіе для больныхъ нервныхъ, идиотовъ и эпилептиковъ дѣтей.

Всѣ больныя дѣти этого 4 подъяотдѣленія квартала для душевно-больныхъ эпилептиковъ Bicêtr'a раздѣлены на три большія группы: 1) идиоты, неопятныя и эпилептики физически больные или слабые; 2) дѣти-идиоты неопятныя или нѣтъ, но физически здоровыя и 3) опятныя и здоровыя слабоумныя, тупоумныя и вообще физически и психически отсталыя, пороч-

ныя, эпилептики и истеричныя или нѣтъ. Первая группа дѣтей въ свою очередь подраздѣляется на двѣ категоріи: первая, состоящая изъ дѣтей полныхъ идіотовъ, не умѣющихъ ходить, либо говорить, т. е. въ полномъ смыслѣ беспомощныхъ. Ихъ обучаютъ здѣсь стоять при помощи особыхъ параллельныхъ подставокъ, ходить, то вода ихъ подъ руки, то при помощи особыхъ съ перилами тѣлежекъ, за которыя больныя дѣти держатся, укрѣпляютъ ихъ конечности, заставляя продѣлывать или различныя упражненія въ различныхъ суставахъ (упражненія суставовъ), дѣлаютъ возбуждающія обтиранія и проч. Въ 1897 году 4 дѣтей научились ходить, 6 стали опрятными и 4 научились ѣсть безъ посторонней помощи. Всякое дитя, умѣющее уже ходить безъ посторонней помощи, посылается въ малую школу сначала только по утрамъ, а затѣмъ и на цѣлый день, смотря по физическимъ силамъ дѣтяти. Вторая категорія состоитъ изъ идіотовъ совершенно беспомощныхъ и эпилептиковъ, сдѣлавшихся слабоумными подъ вліяніемъ припадковъ. Дѣти-идіоты (неопрятныя или опрятныя) и эпилептики, но физически здоровыя или такъ наз. II группа—образуютъ малую школу (*petite école*). Здѣсь ихъ обучаютъ быть чистоплотными, для чего послѣ каждаго принятія пищи ихъ помѣщаютъ на особо устроенные стульчики, учатъ одѣваться и умываться, упражняютъ различныя органы чувствъ, учатъ говорить, заставляютъ продѣлывать ихъ небольшія гимнастическія упражненія и проч., учатъ различать различные предметы домашняго обихода, цвѣты, овощи и т. д. Кромѣ этой малой школы есть еще, за переполненіемъ ея, т. наз. дополнительная малая школа на 50 дѣтей. Въ малой школѣ въ 1897 году было 187 дѣтей, изъ нихъ въ теченіе этого года 10 умерло, 8 выбыло, 2 переведено въ большую школу. Изъ 159 дѣтей, оставшихся въ малой школѣ къ 31 декабря 1897 года, 3 совершенно не умѣли ѣсть одни, 80 могли пользоваться только ложкой, 46 знали употребленіе ложки и вилки, 30 умѣли пользоваться вилкой, ножомъ и ложкой. Восемь дѣтей изъ этой группы сдѣлались чистоплотными, 4 научились чи-

тять. Двадцать дѣтей изъ малой школы и изъ таковой же дополнительной регулярно производили упражненія большой гимнастики, 20 дѣтей работали въ различныхъ мастерскихъ: портняжной, сапожной, столярной, слесарной и проч.

Изъ дѣтей дополнительной малой школы въ теченіи 1897 года 3 стали чистоплотными, 9 стали лучше говорить и 2 научились читать. Чистоплотные и здоровые слабоумные и вообще психически отсталые, порочные, эпилептики или истеричные и упомянутая выше III группа дѣтей составляютъ такъ называемую большую школу. Въ этой школѣ въ теченіи 1897 года было 183 ч. Почти всѣ, за исключеніемъ 7 ч., которые не могли работать, работали группами въ различныхъ мастерскихъ. Дѣтей этой группы кромѣ различныхъ наукъ обучаютъ пѣнію, танцамъ, игрѣ на различныхъ инструментахъ, различнымъ играмъ и проч.

Теперь вернемся къ общему описанію этого отдѣленія, которое мы выше оставили. Войдя въ калитку упомянутого выше входа въ отдѣленіе для дѣтей и переступивъ ее, мы попадаемъ въ большой просторный, четырехугольный дворъ, въ которомъ какъ разъ передъ вашими глазами находится одноэтажное большое зданіе—это манежъ, гдѣ дѣти ежедневно группами производятъ различныя гимнастическія упражненія подъ руководствомъ особаго учителя гимнастики. Въ хорошую погоду дѣти занимаются гимнастикой въ упомянутомъ выше дворѣ, гдѣ поставлены всѣ необходимыя гимнастическія приспособленія. Одновременно со мной, когда я посѣтилъ это отдѣленіе, было еще двое русскихъ, одинъ врачъ изъ Москвы и оттуда же одна учительница, пріѣхавшая спеціально познакомиться съ постановкой школьнаго дѣла. Намъ провели прежде всего въ гимнастическій манежъ, гдѣ были уже собраны дѣти и гдѣ, какъ только мы вошли, они начали продѣлывать различныя гимнастическія упражненія. Гимнастика производилась попеременно то подъ бой барабана, то подъ звуки оркестра духовой и струнной музыки, составленнаго изъ самихъ же дѣтей. Подъ гимнъ музыки и барабана

дѣти производили разнообразнѣйшія движенія всѣми частями тѣла, при чемъ не была забыта ни одна изъ болѣе или менѣе важныхъ группъ мышцъ, для которыхъ придуманы особыя спеціальныя движенія. Приблизительно въ серединѣ гимнастическихъ упражненій вошелъ въ мавезь д-ръ Bourneville—этотъ низенькій, довольно полный, весьма симпатичный на видъ старичекъ. При входѣ его дѣти шумно и весело его привѣтствовали. Поздоровавшись съ дѣтьми, д-ръ Bourneville подошелъ къ намъ; послѣ представленія ему мы вмѣстѣ продолжали слѣдить за гимнастикой дѣтей. За гимнастикой слѣдовали танцы; нужно было видѣть, съ какою непринужденностью, увлеченіемъ и удовольствіемъ плясали дѣти. Послѣ танцевъ больныя дѣти выстроились въ ряды и подъ звуки музыки направились въ свои помѣщенія. Д-ръ Bourneville любезно сталъ показывать намъ помѣщенія дѣтей, школу, мастерскія и проч., съ особой предупредительностью разъясняя интересовавшіе насъ вопросы. Прежде всего мы направились въ мастерскія. Мастерскія эти помѣщаются какъ разъ противъ упомянутаго выше гимнастическаго музея, почти у самого входа въ отдѣленіе для дѣтей, занимая довольно большой двухэтажный флигель. Всѣхъ мастерскихъ здѣсь семь: сапожная, портняжная, столярная, слесарная, карзиночная, шеточная, типографія и для плетенія издѣлій изъ соломы. Мастерскія эти служатъ для нуждъ отдѣленія и вообще всей больницы Bicêtre'a, но лишнія вещи продаются и на сторону. Въ типографіи набираютъ и печатаютъ также больныя дѣти. Тутъ намъ показывали образцы всѣхъ печатныхъ и литографскихъ издѣлій, которые отличались въ высшей степени изящной отдѣлкой. Всѣ городскія больницы отдають сюда свои заказы, но кромѣ того типографія выполняетъ и частные заказы. Занятія въ мастерскихъ распределяются слѣдующимъ образомъ: работающія дѣти раздѣлены на двѣ партіи: одна утренняя, работающая отъ 7—10 ч. у. лѣтомъ и отъ 8—11 ч. зимою, при чемъ эти дѣти школу посѣщаютъ уже вечеромъ; другая вечерняя, работающая отъ 1—5 ч. лѣтомъ и отъ 1 ч.

до сумерокъ зимою и посѣщающая школу утромъ. Партія эти чередуются между собою каждый день. Слѣдующая таблица показываетъ число учениковъ, работавшихъ въ каждой изъ мастерскихъ съ оцѣнкой произведенныхъ работъ (за 1897 г.).

Столярная мастерская	24	5112 фр.
Слесарная	14	3806 фр.
Корзиночная	12	2070 fr. 35 с.
Плетенія издѣлій изъ соломы	2	203 fr. —
Швальня	51	6226 fr. —
Сапожная	28	3545 fr. 50 с.
Щеточная	10	4842 fr. 60 с.
Типографія	9	5438 fr. 45 с.

Къ западу отъ помѣщенія мастерскихъ находится большое одноэтажное зданіе—это столовая дѣтей. Помѣщенія столовыхъ обширныя, свѣтлыя съ большимъ содержаніемъ воздуха. Пройдя зданіе столовыхъ, попадаешь во второй дворъ отдѣленія, въ т. наз. школьный дворъ, ограививаемый съ востока только что упомянутыми столовыми, а съ другихъ 3-хъ сторонъ—школьнымъ и ваннымъ зданіемъ и отдѣленіемъ для неопрятныхъ дѣтей. За школьнымъ дворомъ слѣдуютъ павильоны, служащіе спальнями для больныхъ; они идутъ въ два ряда къ западу по 6 павильоновъ въ каждомъ ряду, длинной своей осью вытягиваясь съ сѣвера на югъ. За этими павильонами еще далѣе къ западу находятся особый павильонъ для слабыхъ и неопрятныхъ больныхъ, павильонъ-лазаретъ и отдѣльно стоящій баракъ для заразныхъ больныхъ и наконецъ также отдѣльно стоящій павильонъ съ изоляторами. Эти четыре павильона составляютъ госпитальный отдѣлъ отдѣленія для дѣтей, другіе же павильоны, какъ школа, столовая, мастерскія образуютъ школьный и профессиональный отдѣлъ отдѣленія для дѣтей. Находящіяся между отдѣльными павильонами площади во многихъ мѣстахъ превращены въ сады, служащіе также для школьныхъ дѣтей, такъ напр. имѣются: садъ гео-

метрическихъ фигуръ (зеленые кусты обстрижены въ видѣ кубовъ и проч.; садъ площадей (небольшія лужайки, обсаженныя низкимъ кустарникомъ въ формѣ треугольника, квадрата, прямоугольника, круга и проч.; садъ-цвѣтникъ; огородъ; фруктовый садъ. Кромѣ того при отдѣленіи имѣются небольшое хлѣбное поле и травяное поле, виноградникъ и небольшой паркъ-лѣсъ.

Всѣ зданія этого отдѣленія изъ кирпича, на сводахъ въ полтора этажа, за исключеніемъ двухъ, имѣющихъ всего одинъ этажъ (павильонъ для слабыхъ и неопытныхъ дѣтей и школьный павильонъ). Одну половину послѣдняго занимаютъ школьный музей и классныя комнаты, другую же—патолого-анатомическій музей. Въ нижнихъ этажахъ павильоновъ находятся парикмахерскія, помѣщенія для платья и обуви, особыя отдѣленія для чистки обуви, одѣванія, ножныхъ ваннъ и проч.

Клозеты во всѣхъ помѣщеніяхъ англійскіе съ гидравлическими затворами, освѣщеніе газовое. Пищу отдѣленіе получаетъ изъ общей кухни больницъ *Vicétra*, стирка бѣлья производится также на общей больничной прачешной.

Павильоны отдѣленія для дѣтей носятъ имена извѣстныхъ французскихъ врачей, послужившихъ дѣлу обученія и лѣченія дѣтей эпилептиковъ и идиотовъ; для нѣкоторыхъ изъ павильоновъ пока выбраны слѣдующія имена: *Behomme, Delasiauve, Falret (Ed.-P.), Ferrus, Gugenbühl, Wilbur, Seguin, Voisin F.*

Школьное дѣло въ отдѣленіи поставлено въ высшей степени рационально. Я уже сказалъ раньше, что въ отдѣленіи имѣется двѣ школы: малая и большая. Въ первой дѣтей обучаютъ опрятности, ходить, стоять, ѣсть; развиваютъ у нихъ всѣ органы чувствъ, заставляя ихъ то узнавать самыя употребительныя предметы, то отличать различные цвѣта и фигуры, опредѣлять разницу между мягкими и болѣе жесткими тѣлами. Для каждаго органа чувствъ имѣются извѣстные предметы для упражненій. Дѣло это требуетъ въ высокой степени много терпѣнія, труда и настойчивости со стороны

ухаживающаго за дѣтьми персонала, но за то здѣсь же вочію вы видите, какихъ блестящихъ результатовъ здѣсь достигаютъ. Вторая или большая школа (*grande école*) предназначена для дѣтей, склонныхъ къ обученію; нѣкоторыя изъ нихъ, пройдя эту школу, выдерживаютъ полный экзамень низшихъ народныхъ школъ. Здѣсь же д-ромъ Bourneville'емъ были намъ демонстрированы 4 кретина, у которыхъ была примѣняема органотерапія съ очевиднымъ успѣхомъ. Осмотрѣвъ эти школы и познакомившись съ способами преподаванія въ нихъ, д-ръ Bourneville провелъ насъ въ патолого-анатомическій музей, основанный имъ же, обладающій достаточнымъ количествомъ интересныхъ экземпляровъ и обогащающійся съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе; тутъ масса череповъ и полныхъ скелетовъ бывшихъ питомцевъ заведенія эпилептиковъ и идіотовъ и ихъ мозговъ. Такъ въ 1897 году этотъ музей обладалъ слѣдующими предметами:

Гипсовыхъ слѣпковъ череповъ и друг.	444
Цѣлыхъ скелетовъ	49
Череповъ	184
Черепныхъ покрывекъ	226
Мозговъ идіотовъ и эпилептиковъ (взрослыхъ и дѣтей)	325.

По осмотрѣ патолого-анатомическаго музея мы направились въ педагогическій музей, находящійся рядомъ, и гдѣ собрано все касающееся дѣла обученія дѣтей.

Свой обходъ докторъ Bourneville закончилъ, привелъ насъ въ залъ, гдѣ обыкновенно дѣти занимаются обученіемъ музыкѣ и пѣнію. Здѣсь уже былъ собранъ мужской и женскій хоръ и какъ только мы вошли дѣти подъ руководствомъ учителя пѣнія пропѣли нѣсколько народныхъ пѣсень. Послѣ послѣдней пѣсни д-ръ Бурневиль всталъ съ своего стула и обнажилъ голову; мы, не зная, что должно произойти, послѣдовали его примѣру. Дирижеръ взмахнулъ рукой и вдругъ для насъ пріятно-неожиданно раздались звуки нашего рус-

скаго народнаго гимна, исполняемаго дѣтскимъ хоромъ подъ аккомпаниментъ фисгармоніи; за русскимъ гимномъ была исполнена марсельеза, послѣ чего дѣти стали расходиться. Само собою разумѣется, что мы русскіе отъ души поблагодарили д-ра Bougnevillе за оказанную намъ честь.

Изъ вспомогательныхъ учрежденій отдѣленія заслуживаютъ также вниманія ванны и душевыя отдѣленія, снабженныя всѣми новѣйшими приспособленіями для примѣненія гигротерапевтическихъ мѣръ, столь важныхъ, какъ вспомогательныя средства при лѣченіи подобныхъ больныхъ.

Для развлеченія больныхъ дѣтей устраиваются въ отдѣленіи довольно часто разнообразныя вечера; кромѣ этого лѣтомъ, а также и въ другое время года совершаются съ ними различныя экскурсіи какъ въ г. Парижѣ, такъ и въ его окрестностяхъ.

Всѣмъ отдѣленіемъ, какъ сказано уже было выше, завѣдуетъ д-ръ Bougnevillе при трехъ интервахъ. Для обученія и присмотра за дѣтьми имѣются четыре учителя-педагога, по одному учителю гимнастики, пѣнія и фехтованія и кромѣ того около 80 ч. прислуги, включая сюда надзирателей и надзирательницъ надъ больными.

Движеніе больныхъ въ 1897 году выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ. Къ 1-му января 1897 г. всѣхъ больныхъ дѣтей было 483 г. (собственно все отдѣленіе рассчитано на 400 б. дѣтей), изъ нихъ 458 идиотовъ, слабоумныхъ и эпилептиковъ и 25 не душевно-больныхъ; изъ этого общаго числа (483) 3 были одержимы глухонѣмотой, 7 слѣпотой, 28 постоянной жвачкой, 9 болѣзною Littl'я, 54 полупараличныхъ, 62 слюнявыхъ, 42 поѣдавшихъ ногти и 5 рвущихъ ногти. Въ теченіе 1897 вновь прибыло 53 дѣтей, убыло 73 и къ 1-му января 1898 года оставалось 473 дѣтей. Изъ числа убывшихъ (73 ч.) 17 умерло, 27 отдано въ семьи (какъ излѣчившіяся или въ улучшенномъ состояніи,) 2 бѣжало, остальныя частью переведены въ отдѣленіе для взрослыхъ, частью въ другія психіатрическія лечебницы. Наибольшей причиной

смерти у умершихъ дѣтей были туберкулезъ легкихъ и общее истощеніе. Несчастныхъ случаевъ было 3: два перелома предплечья и 1 переломъ ключицы, происшедшія отъ паденія во время эпилептическихъ припадковъ.

Кромѣ только что описаннаго заведенія для эпилептиковъ и идіотовъ мальчиковъ рядомъ съ послѣднимъ, но совершенно отдѣльно, въ Bicêtre имѣется другое подобное же заведеніе, но только для больныхъ дѣвочекъ, называемое „Fondation Valée“. Оно устроено по тому же типу, какъ и предыдущее, больныя разбиты на тѣ же категоріи и ими завѣдуетъ тотъ же д-ръ Bourneville.

Движеніе больныхъ въ Fondation Valée въ 1897 году было слѣдующее:

эпилептиковъ.	39
истеричныхъ	1
идіотовъ или слабоумныхъ	122
<hr/>	
Всего.	162

Изъ это числа 56 было неопятныхъ, 3 одержимы глухонѣмотой, 6 слѣпыхъ, 28 побѣдители ногтей, 2 съ жвачкой, 4 полупараличныхъ. Въ теченіи 1897 года вновь прибыло 68 дѣвочекъ, убыло за это время 46, осталось къ 1-му января 1898 года 184 ч. Изъ числа убывшихъ 19 умерло болѣею частью отъ чахотки и общаго истощенія. Побѣговъ и несчастныхъ случаевъ не было.

Что касается до другихъ 3-хъ подѣлѣній квартала душевно-больныхъ Bicêtre'a (для взрослыхъ), то устройство ихъ заставляетъ желать много лучшаго. Больные размѣщены въ старыхъ постройкахъ довольно скученно, поэтому на описаніи ихъ я не буду останавливаться.

Заслуживаетъ особаго вниманія въ Bicêtre также отдѣленіе проф. Marie, гдѣ можно видѣть всѣ формы нервныхъ болѣзней, даже очень рѣдкія. Отдѣленіе это для невропатолога и психіатра крайне интересно.

Hospice de la Salpêtrière.

Вторая громадная богадельня-больница въ Парижѣ, такая же, какъ и предыдущая, по специально предназначенная для женщинъ—это такъ назыв. Hospice de la Salpêtrière. Она знаменита тѣмъ, что здѣсь зародилась, благодаря Charcot, знаменитая его школа невропатологовъ, которая и носить названіе Сальпетріерской.

Hospice de la Salpêtrière, при которой находится и нервная клиника Парижскаго медицинскаго факультета, носящая имя Charcot, расположена въ южной части Парижа—по бульвару de l'Hopital, рядомъ съ Орлеанскимъ вокзаломъ. Передъ больницей между ней и бульваромъ разбитъ довольно большой скверъ, въ серединѣ котораго поставленъ памятникъ знаменитому психіатру Пинелю. Передъ самымъ входомъ въ больницу съ лѣвой стороны стоитъ памятникъ Charcot, прислоненный къ самой стѣнѣ зданія, открытый 4-го Декабря 1898 года въ присутствіи министра народнаго просвѣщенія и многочисленныхъ учениковъ Charcot, а также и другихъ Парижскихъ врачей.

Salpêtrière относится къ довольно старымъ больницамъ. Она основана въ 1653 году и передѣлана изъ прежде существовавшей здѣсь фабрики для выдѣлки селитры, отъ каковой и получила свое названіе (salpêtre значитъ селитра). Предназначена она была для призрѣванія бѣдныхъ женщинъ. Прежде бывшія фабричныя зданія передѣланы были въ помѣщенія для призрѣваемыхъ. Изъ этихъ прежнихъ зданій въ настоящее время остался въ своемъ прежнемъ видѣ только такъ наз. „batiment Humeu“, всѣ остальные больничныя сооруженія болѣе позднѣйшаго времени. Въ самомъ началѣ предполагалось построить Hospice de la Salpêtrière въ видѣ громаднаго зданія въ формѣ четырехугольника съ внутреннимъ дворомъ, но въ послѣдствіи отступили отъ этого плана и выстроили только два громадныхъ трехэтажныхъ павильона: одинъ, расположенный къ сѣверу и названный въ честь Mazarin его именемъ, т. наз. „batiment Mazarin“, и другой, распо-

женный болѣе къ югу, долго называвшійся „batiment S-t Clair, а теперь носящій названіе „batiment Montyon“.

Въ 1669 году по повелѣнію короля Людовика XIV маленькая больничная часовня перестроена въ обширную церковь, занимающую теперь центръ больничныхъ зданій Salpêtrière'a. Къ востоку отъ этой церкви въ одну линію съ ея переднимъ фасадомъ вытянутъ уже упомянутый выше павильонъ Мазарини, а къ западу такой же величины трехъэтажный флигель (павильонъ) „batiment Lassay“, названный именемъ маркиза Lassay, который пожертвовалъ въ 1756 году необходимую для постройки его сумму денегъ.

Около 1684 г. въ центрѣ Salpêtrière была выстроена тюрьма, въ которую заключались женщины распутнаго поведенія и за другіе проступки; теперь въ этомъ зданіи носящемъ названіе „Vincent de Paul“, размѣщаются прирѣваемые женщины. Во дворѣ этой тюрьмы въ 1792 году было казнено много жертвъ Сентябрьской революціи: 35 несчастныхъ заключенныхъ женщинъ были гильотинированы, а 52 приговорены къ вѣчному содержанію въ тюрьмѣ. Впослѣдствіи послѣднія были выпущены на свободу.

Въ 1780 году Salpêtrière была расширена постройкой еще новыхъ зданій рядомъ съ больничной церковью. Содержалась тогда эта богадѣльня-больница крайне скверно и грязно. Осматривавшая ее въ началѣ XIX столѣтія особая комисія называетъ ее ужасной клоакой. Съ этого времени на Salpêtrière было обращено вниманіе и улучшенія слѣдовали не только въ общихъ отдѣленіяхъ, но также коснулись быта душевно-больныхъ, помѣщавшихся здѣсь отдѣльно и составлявшихъ значительно меньшую часть общаго числа больныхъ.

До 1791 года всѣ душевно-больные Парижа помѣщались только въ больницу „Hotel Dieu“, гдѣ они, собственно говоря, никѣмъ не лѣчились, были поручены уходу только сестеръ милосердія. Тѣ изъ душевно-больныхъ, которые признавались здѣсь неизлѣчимыми, переводились обыкновенно въ Hospice de

la Salpêtrière. Здѣсь они размѣщались или скорѣе скучивались въ низкихъ полутемныхъ помѣщеніяхъ, не имѣвшихъ оконъ, куда дневной свѣтъ и наружный воздухъ могъ проникать черезъ входныя двери. Зданія, въ которыхъ размѣщались душевно-больные, располагались у самой р. Сены, вблизи ея сточныхъ водъ, были, какъ сказано выше, крайне тѣсны, темны и грязны и вдобавокъ тому изобиловали массой крысъ, которыя ночью вабрасывались на несчастныхъ больныхъ и нѣкоторыхъ даже загрызали до смерти. Во время утреннихъ посѣщеній находили руки, ноги и другія части больныхъ изгрызанными крысами иногда очень сильно, а нѣкоторыхъ больныхъ даже мертвыми.

Въ 1848 году больныя дѣвочки - идіотки, размѣщавшіяся прежде вмѣстѣ съ взрослыми, переведены въ особо отстроеныя для нихъ помѣщенія. При этомъ отдѣленіи имѣется школа для обученія больныхъ дѣтей грамотѣ, кромѣ того ихъ учатъ рукодѣлію, дѣлать искусственные цвѣты и проч.

Съ 1878 года при „Hospice de la Salpêtrière“ учреждена городомъ особая школа для подготовленія низшаго больничнаго персонала.

Такова вкратцѣ исторія Сальпетріеръ, которая имѣетъ за собою Европейскую извѣстность не потому, чтобы она отличалась особымъ благоустройствомъ, которымъ она не можетъ похвалиться въ настоящее время, но потому, что она была колыбелью, откуда вышли многія великія медицинскія свѣтила, главнымъ образомъ по психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ. Здѣсь первый во Франціи читалъ свои лекціи и проводилъ гуманныя идеи въ дѣлѣ содержанія и лѣченія душевно-больныхъ знаменитый психіатръ Пинель; отсюда же вышелъ не менѣе знаменитый Esquirol. Наконецъ въ сравнительно недавнее время извѣстный всему міру Charcot, занимавшій кафедру нервныхъ болѣзней при Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ, создавшій особую школу врачей по нервнымъ болѣзнямъ, называемую обычно Сальпетріерской.

Hospice de la Salpêtrière окруженъ со всѣхъ сторонъ довольно высокой стѣной и занимаетъ въ настоящее время пло-

щадь земли въ 31 гектаръ, изъ которыхъ подъ постройками только 4 гектара, 13 аровъ и 30 сантіаровъ, остальная часть занята дворами, паркомъ и садами. Больница эта представляетъ собою по численности ея жителей нашъ уѣздный городъ, въ ней 44 корпуса съ 4000 окнами, съ населеніемъ, по даннымъ 1896 года, въ 4727 жителей, которое распредѣлялось слѣдующимъ образомъ.

Призрѣваемыхъ и эпилептиковъ не душевно-больныхъ	2760
Душевно-больныхъ	784
Нервныхъ больныхъ	251
Служебный и служительскій персоналъ	570
Рабочихъ, поденниковъ, прислуги и др.	362

Администрація больницы дѣлится на хозяйственную и чисто медицинскую часть. Во главѣ хозяйственнаго отдѣла стоитъ директоръ больницы, вѣдѣнію котораго подлежатъ бюро, кухня, различныя кладовыя, цейхгаузы, прачешная и различныя мастерскія.

Въ медицинскомъ отношеніи вся больница Сальпетріеръ дѣлится на десять отдѣленій спеціально для призрѣваемыхъ и больныхъ и кромѣ того при ней же имѣется особое отдѣленіе для душевно-больныхъ, имѣющее три подотдѣленія.

Всѣхъ умершихъ за 1895 годъ въ Сальпетріерѣ было 646, изъ нихъ 573 были призрѣваемыя. Призрѣваемыя здоровыя принимаютъ пищу въ особыхъ столовыхъ, слабыя же и больныя—въ ихъ помѣщеніяхъ.

Обитатели богадѣльни получаютъ пищу три раза въ день: между 7 и 8 ч. утра молоко или кофе, между 11 и 12 ч. мясное блюдо и десертъ и ваковецъ между 4 и 5 ч. по полудни супъ и различныя овощи.

Призрѣваемыя могутъ свободно выходить изъ больницы по средамъ, пятницамъ и воскресеньяхъ съ 6 ч. утра до 2 часовъ вечера, въ остальные дни недѣли отъ 12—4 дня;

кромѣ того въ нѣкоторыхъ уважительныхъ случаяхъ они пользуются и болѣе продолжительнымъ отпускомъ.

Посѣтители въ больницу допускаются только два раза въ недѣлю по Четвергамъ и Воскресеньямъ съ 12—4 ч. дня.

При больницѣ для больныхъ имѣется библіотека въ 3000 томовъ.

Собственно больница въ Сальпетриерѣ (*infirmerie*) вмѣщаетъ 223 больныхъ въ общемъ и нервномъ отдѣленіяхъ и 68 въ хирургическомъ; палаты большія свѣтлыя и просторныя, но больныя размѣщены довольно скученно.

Во главѣ *Hospice de la Salpêtrière* стоитъ профессоръ *Raymond*, занимающій кафедру нервныхъ болѣзней при Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ и завѣдующій также состоящимъ въ Сальпетриерѣ особымъ нервнымъ отдѣленіемъ. Кафедру эту и нервное отдѣленіе принялъ онъ въ 1894 году послѣ *Charcot*. Больницей или т. наз. *infirmerie* Сальпетриеры завѣдуетъ профессоръ *agregé* Дежеринъ (*Déjerine*); хирургическимъ отдѣленіемъ завѣдуетъ особый хирургъ. Въ *Salpêtrier*'ѣ имѣется особое душевное и ванное зданіе, выстроенное въ 1883 году, а также особый электротерапевтической павильонъ. Оба они предназначены для пользованія какъ стационарныхъ больныхъ, такъ и бѣдныхъ приходящихъ больныхъ. Кухня помѣщается рядомъ съ нервнымъ отдѣленіемъ. Пища изъ нея въ особыхъ вагонеткахъ развозится по проложеннымъ рельсамъ по всѣмъ зданіямъ Сальпетриеры.

Какъ я сказалъ уже выше, отдѣленіе для душевно-больныхъ въ *Salpêtrier*'ѣ дѣлится на три совершенно самостоятельныхъ и независимыхъ другъ отъ друга подьотдѣленія, во главѣ которыхъ стоятъ особые врачи. Контингентъ больныхъ въ нихъ только женщины и дѣвочки. Эти подьотдѣленія носятъ имена слѣдующихъ знаменитыхъ психіатровъ.

1-е подьотдѣленіе—*Rambuteau*.

2-е *Esquirol*.

3-е *Pinel*.

Помѣщенія для душевно-больныхъ и эпилептиковъ Salpêtrier'а довольно обширны, но не особенно благоустроены, да и трудно что либо сдѣлать изъ старыхъ построекъ. Во всякомъ случаѣ администраціей и врачами Salpêtrier'а дѣлается все зависящее для улучшенія быта душевно-больныхъ. Помимо улучшенія самихъ помѣщеній, для душевно-больныхъ нѣсколько разъ въ годъ устраиваются разнообразныя развлеченія въ видѣ концертовъ, баловъ, литературныхъ вечеровъ и проч.

Въ подьютдѣленіи Esquirol'я съ 1891 выстроено особое зданіе на 40 малолѣтнихъ идиотовъ—дѣвочекъ, каковыхъ въ настоящее время уже болѣе 60 ч.

Всѣхъ душевно-больныхъ въ Salpêtrier'ѣ въ 1897 году было 719 чел., изъ нихъ 158 взрослыхъ эпилептичекъ женщинъ, 120 эпилептичекъ идиотовъ дѣвочекъ и 441 взрослыхъ душевно-больныхъ женщинъ, страдающихъ другими формами душевныхъ болѣзней; въ томъ же году вновь поступило 84 (изъ нихъ 19 малолѣтнихъ); убыло 91 ч., въ томъ числѣ 25 ч. умершихъ.

Общая стоимость больницы-богадѣльни Salpêtriere въ 1899 г. простиралась до 2,380,202 франка, слѣдовательно содержаніе каждаго больного обходилось въ годъ въ 16854 франка (?).

Состоящая при больницѣ-богадѣльнѣ Salpêtriere нерв-
ная клиника Парижскаго медицинскаго факультета, завѣду-
емая проф. Раушонд'омъ, занимаетъ нѣсколько двухъэтаж-
ныхъ павильоновъ, расположенныхъ въ юго-восточной части
больничной области, рядомъ съ больничной кухней. Всѣхъ
больныхъ въ клиникѣ простирается до 200 чел.; больныя жен-
щины помѣщаются въ особомъ павильонѣ, больные мужчины
въ другомъ, находящемся вдали отъ первого и въ другомъ
дворѣ. При клиникѣ имѣется прекрасное ванное и душевое
зданіе, отдѣльный баракъ для пользованія больныхъ элек-
тричествомъ (всѣми видами его), небольшой музей, психо-фи-
зическій кабинетъ, фотографическое ателье и хорошо обстав-

Первое от-
дѣленіе Па-
рижскаго
универси-
тета.

ленная просторная и свѣтлая лабораторія для микроскопическихъ работъ по патологической анатоміи центральной нервной системы, обладающая богатой коллекціей патолого-анатомическихъ препаратовъ центральной и периферической нервной системы.

Завѣдующій клиникой профессоръ Raymond читаетъ свои крайне интересныя и содержательныя лекціи по нервнымъ болѣзнямъ по Вторникамъ и Пятницамъ отъ 10—11 ч. утра въ обширной аудиторіи, гдѣ во всю величину стѣны, обращенной къ слушателямъ, находится огромной величины картина, изображающая знаменитаго французскаго психіатра Pinel'я освобождающаго душевно-больныхъ Salpêtrier'a отъ цѣпей, къ которымъ они были прикованы. Эти лекціи проф. Raymond'a, мастерски и съ увлеченіемъ имъ излагаемыя, привлекаютъ всегда очень много слушателей. По вторникамъ проф. Raymond читаетъ на приходящихъ больныхъ, которыхъ въ теченіе каждой лекціи показываетъ нѣсколько (иногда до 10 ч.), лекціи же по Пятницамъ читаются имъ на стационарныхъ больныхъ. Эти послѣднія носятъ характеръ изложенія отдѣльныхъ монографій разбираемыхъ нервныхъ болѣзней. Разъ въ недѣлю (по Субботамъ) проф. Raymond дѣлаетъ обходъ всей клиники, останавливаясь на болѣе интересныхъ и новыхъ больныхъ. Амбулаторный пріемъ ведутъ ассистенты клиники, при чемъ болѣе интересные больные представляются самому профессору.

Кромѣ проф. Raymond'a въ Salpêtrièr'ѣ (правда, не всегда и не круглый годъ) также иногда читаетъ лекціи по нервнымъ болѣзнямъ еще и проф. Déjerine. Мнѣ удалось захватить только нѣсколько крайне интересныхъ его лекцій по афазіи.

Психиатриче-
ская клини-
ка Парижска-
го медицин-
скаго фа-
культета.

Психиатрическая клиника Парижской медицинской школы составляетъ часть городской больницы для душевно-больныхъ св. Анны (asyle S-te Anne), находящейся по улицѣ Cambanis въ юго-западной части г. Парижа. Подъ клинику отве-

дено два большихъ длинныхъ двухъэтажныхъ каменныхъ павильона, отгороженныхъ отъ другихъ больничныхъ зданій. Какъ въ верхнемъ, такъ и въ нижнемъ этажахъ этихъ павильоновъ по срединѣ и во всю длину ихъ идутъ длинныя корридоры, изъ которыхъ двери ведутъ въ отдѣльныя довольно обширныя палаты; одинъ изъ павильоновъ предназначенъ для больныхъ мужчинъ, другой, рядомъ находящійся—для больныхъ женщинъ. Въ обоихъ этихъ павильонахъ помѣщаются вновь прибывающіе и покойные больные, для безпокойныхъ больныхъ предназначены особыя павильоны въ одинъ этажъ, находящіеся позади вышесказанныхъ павильоновъ, гдѣ въ каждомъ имѣется по нѣсколько изоляторовъ. Какъ отдѣленія для покойныхъ, такъ и для безпокойныхъ больныхъ имѣютъ особыя сады для прогулокъ больныхъ; при клиникѣ имѣется небольшая микроскопическая лабораторія. Директоръ клиники проф. Joffroy читаетъ два раза въ недѣлю по часу курсъ клинической психіатріи въ небольшой аудиторіи, помѣщающейся въ мужскомъ павильонѣ. Нужно оговориться, что психіатрія въ Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ относится къ необязательнымъ предметамъ (по ней даже нѣтъ экзаменовъ для студентовъ), чѣмъ вѣроятно и объясняется малочисленность слушателей у проф. Joffroy, большинство которыхъ составляютъ по преимуществу иностранцы врачи. Въ теченіи истекшаго года проф. Joffroy прочелъ о нарастающемъ параллель помѣшанныхъ, эпилептическомъ помѣшательствѣ, меланхоліи, маіи, сифилисѣ мозга, остромъ тупоуміи и галлюцинаторномъ помѣшательствѣ. Особыхъ оригинальныхъ взглядовъ, кромѣ общезвѣстныхъ, мнѣ не пришлось слышать во время упомянутого курса. Въ клиникѣ только съ недавняго времени началъ проводиться постельный режимъ при леченіи больныхъ, котораго проф. Joffroy большой приверженецъ.

Движеніе больныхъ въ клиникѣ за 1897 годъ выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ: къ 1-му Января 1897 года всего состояло 187 ч. (123 муж. и 64 ж.), въ теченіи 1897 г.

вновь поступило 244 ч. (146 м. и 98 жен.), убыло 243 ч. (145 м. и 98 ж.), къ 1-му Января 1898 года оставалось 188 ч. (124 м. и 64 ж.). Изъ числа убывшихъ 35 ч. (27 м. и 8 ж.) умерло. Наибольшую смертность далъ нарастающій параличъ помѣшанныхъ—22 ч. (19 м. и 3 ж.).

Наиболѣе интересное въ больницѣ для душевно-больныхъ св. Анны—это отдѣленіе д-ра Magnan'a или такъ наз. „service de l'admission“. Сюда направляются все вновь заболѣвающіе больные г. Парижа, поступленій которыхъ иной день достигаетъ до 25 ч. и болѣе. Самъ д-ръ Magnan живой, худенькій, бодрый старикъ, всегда любезный и ласковый, какъ съ больными, такъ и съ посѣтателями, всегда съ особымъ вниманіемъ, предупредительностью показываетъ свое отдѣленіе. Ежедневно съ 9 ч. утра и до 12 ч. онъ дѣлаетъ обходъ своихъ больныхъ, не пропуская ни одного изъ нихъ, давая присутствующимъ цѣнныя указанія. Очень жаль только, что въ послѣднее время онъ пересталъ вести свой клинической курсъ по психіатріи, на который обыкновенно стекалась масса слушателей. Magnan изъ всѣхъ французскихъ психіатровъ очень ярый приверженецъ такъ наз. мѣры „не стѣсненія больныхъ“ и проведенія постельнаго режима. У него камзолъ уже давно отошелъ въ область преданій, чего къ сожалѣнію не все французскіе врачи-психіатры придерживаются, такъ какъ во многихъ больницахъ для душевно-больныхъ во Франціи, осмотрѣнныхъ мною, камзолъ къ сожалѣнію имѣетъ еще до сихъ поръ довольно вылающуюся роль при лѣченіи больныхъ.

Отдѣленіе д-ра Magnan'a состоитъ изъ большого двухъ-этажнаго каменнаго зданія, построеннаго покоемъ, одно крыло котораго занимаютъ больные мужчины, а другое—больныя женщины. При каждой изъ этихъ половинъ сады для прогулокъ больныхъ; изоляторы пусты, постельный режимъ проводится съ большою настойчивостью.

Движеніе больныхъ въ этомъ отдѣленіи за 1897 годъ выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ. Всѣхъ поступленій въ

1897 году было 3777 ч.—2121 м. и 1656 ж. Изъ этого числа умершихъ было 101 ч. (55 м. и 46 ж.), большая часть умершихъ—52 (33 м. и 19 ж.) умерли въ теченіи первой же недѣли по поступленіи въ больницу. Изъ числа вновь поступившихъ съ маніей было 157 (73 м. и 84 ж.), страдающихъ же меланхоліей 625 ч. (176 м. и 449 ж.). Въ общемъ мрачное и буйное помѣшательство вмѣств у мужчинъ дало 249 поступленій или 12,94⁰/₁₀₀, у женщинъ 583, дающихъ громадный процентъ—36,20⁰/₁₀₀. Поступленій съ душевными болѣзнями на почвѣ наследственнаго вырожденія было 679 (386 м. и 294 ж.). Съ нарастающимъ параличемъ помѣшанныхъ было 444 поступленій: 298 мужчинъ—что составляетъ 15,49⁰/₁₀₀ общаго числа больныхъ, и 146 женщинъ, что составляетъ 9,92⁰/₁₀₀. Съ эпилепсіей было 196 поступленій (113 м. и 83 жен.) и наконецъ съ хроническимъ алкоголизмомъ было 727 поступленій—590 мужчинъ и 137 женщинъ.

Третью совершенно самостоятельную часть больницы для душевно-больныхъ св. Анны составляютъ не клиническія отдѣленія для мужчинъ и женщинъ, состояція изъ нѣсколькихъ двухъ-этажныхъ павильоновъ, совершенно изолированныхъ и отгороженныхъ отъ предыдущихъ двухъ учрежденій. Во главѣ какъ мужской, такъ и женской половинки стоитъ по одному врачу, которые пользуются полною самостоятельностью. Павильоны (каменные) внутри представляютъ тоже расположеніе и устройство, какъ въ клиникѣ и въ отдѣленіи д-ра Магнап'а; для буйныхъ больныхъ имѣются особия одноэтажныя зданія съ изоляторами, не вполне рационально построенными. Какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ вмѣствъ взятой къ 1-му января 1897 года всего больныхъ было 718 ч. (348 м. и 370 ж.); въ теченіи 1897 г. поступило 352 (200 м. и 152 ж.), убыло 339 (178 м. и 161 ж.), изъ нихъ умерло 139 (86 м. и 53 ж.).

Вся больница для душевно-больныхъ св. Анны спаружи окружена высокимъ каменнымъ заборомъ, внутри теперь много садовъ. При больницѣ имѣются разнообразныя мастерскія для

больныхъ. Голы во всѣхъ помѣщеніяхъ для больныхъ паркетные, отопленіе паровое, освѣщеніе газовое.

Во главѣ администраціи больницы стоитъ директоръ (не врачъ), вѣдѣнію котораго подлежитъ вся хозяйственная часть больницы; въ помощь ему имѣется экономъ и другіе служащіе. Прислуга приходится 1 на 9—10 ч. больныхъ. Каждое изъ описанныхъ выше отдѣленій имѣетъ завѣдующаго отдѣленіемъ врача, вполнѣ независимыхъ другъ отъ друга, кромѣ того въ каждомъ отдѣленіи имѣются интерны, несущіе ординаторскія обязанности; въ психіатрической же клиникѣ кромѣ того имѣется два врача-ассистента, одинъ для мужской половины, другой для женской. Такое раздвоеніе въ администраціи больницы для душевно-больныхъ во Франціи оказывается на практикѣ весьма неудачнымъ и часто ведетъ къ большимъ недоразумѣніямъ между медицинскимъ и хозяйственнымъ персоналомъ больницы, что, конечно, не можетъ не отражаться на общемъ ходѣ больничнаго дѣла.

Charenton

Такъ называемая національная больница для душевно-больныхъ Charenton предназначена исключительно для душевно-больныхъ служащихъ или пансіонеровъ французской республики и находится въ непосредственномъ вѣдѣніи министра внутреннихъ дѣлъ; она расположена въ предмѣстьи г. Парижа, именуемомъ Charenton, откуда и носитъ свое названіе. Больница эта находится въ 5—6 километрахъ отъ г. Парижа, существуетъ уже болѣе 100 лѣтъ и расположена по скату довольно возвышеннаго берега р. Марны на правомъ берегу ея. Сообщеніе Charenton'a съ Парижемъ очень удобное: или по конно-железной дорогѣ (Louvre—Charenton) или на пароходѣ по р.р. Сена и Марны; больница рассчитана на 900 кроватей, зданія ея расположены по берегу рѣки Марны террасообразно. Въ самомъ низу у рѣки при входѣ въ больницу слѣва находится двухъ-этажное зданіе, служащее квартирами для служащихъ; справо большое трехъ-этажное зданіе для хирургическихъ больныхъ (не душевно-больныхъ). Соб-

ственно больничныя зданія для душевно-больныхъ находятся наверху. Фасадомъ они смотрятъ къ югу, гдѣ открывается великолѣпный видъ на долины р. Марны и Сены. Больничныя зданія б. ч. въ два этажа вытянуты съ востока на западъ. Въ зданіяхъ, расположенныхъ къ востоку, размѣщены б. женщины, къ западу—мужчины. Въ самомъ переднемъ флигелѣ, вытянутомъ съ востока на западъ, помѣщается бюро, квартира директора и пштерновъ. Отъ этого флигеля съ каждой стороны идутъ къ сѣверу еще по одному двухъ-этажному флигелю; при чемъ въ западномъ изъ нихъ помѣщается кухня, цейхаузъ и другія хозяйственныя службы, въ восточномъ—аптека, залъ для равлеченія больныхъ. Эти три флигеля окаймляютъ собою большой четырехъ-угольный дворъ, въ которомъ разбитъ цвѣтникъ и садъ. Позади этихъ флигелей террасообразно расположены павильоны для больныхъ покойныхъ, слабыхъ и безпокойныхъ. При каждомъ павильонѣ имѣются обширные дворы для прогулокъ больныхъ съ видомъ на долину рѣки, при нихъ кромѣ того имѣются широкія веранды, позволяющія пребываніе больныхъ на свѣжемъ воздухѣ и въ сравнительно ненастную погоду. Въ каждомъ павильонѣ имѣются столовыя для больныхъ, помѣщенія для дневного пребыванія и спальни. Спальни размѣщены б. ч. въ верхнихъ этажахъ. Изоляторы находятся въ одно-этажныхъ павильонахъ, расположенныхъ въ самой задней сторонѣ больницы (къ сѣверу). Каждый изоляторъ имѣетъ выходъ съ одной стороны во внутренній корридоръ, съ другой стороны въ прилегающій къ изоляторамъ садъ. При нѣкоторыхъ изоляторахъ, предназначенныхъ для особенно безпокойныхъ больныхъ, устроены совершенно отдѣльные, отгороженные высокой стѣной дворики. Верхняя часть двери, выходящей во внутренній корридоръ, изъ неразбивающагося толстаго стекла. Ванны устроены только въ отдѣленіяхъ для слабыхъ, неопратныхъ и безпокойныхъ больныхъ и то въ ограниченномъ числѣ, для другихъ же больныхъ на каждой половинѣ имѣется по особому ванному отдѣленію, снабженному всѣми новѣйшими при-

способленіямъ для гидро-терапевтическихъ цѣлей. Для больныхъ безпокойныхъ практикуются ванны съ крышкой изъ толстаго брезента, прикрѣпляемаго къ краямъ ванны (желѣзной эмалированной). Отопление всей больницы печное, освѣщеніе газовое. Окна снабжены рѣшотками. Полъ частью деревянный, частью паркетный. Администрацію больницы составляютъ: директоръ, экономя и два врача: одинъ завѣдуетъ мужской половиной, другой женской; въ помощь каждому врачу имѣется по нѣсколько интерновъ. Хирургическими больными вѣдаетъ особый врачъ. Свѣдѣній о движеніи больныхъ къ сожалѣнію мнѣ не удалось добыть, поэтому я и не могу ихъ сообщить въ этомъ отчетѣ.

Ville-Evgard.

Психіатрическая больница Ville-Evgard находится въ 15 километрахъ отъ г. Парижа, она находится въ вѣдѣніи больничной комиссіи г. Парижа (assistance publique) и рассчитана на 1250 ч. больныхъ. При этой больницѣ кромѣ того имѣется особое специальное отдѣленіе для мужчинъ-алкоголиковъ на 250 ч. и особая больница для душевно-больныхъ платныхъ на 250 ч., именуемая maison speciale de santé à Ville-Evgard. Больница существуетъ около тридцати лѣтъ и въ настоящее время за переполненіемъ расширяется постройкой новыхъ навильоновъ для алкоголиковъ въ сторонѣ отъ другихъ больничныхъ зданій. Въ больницѣ для платныхъ больныхъ больные за содержаніе и лѣченіе платятъ отъ 1000—3000 франковъ въ годъ. Остальные больные пользуются въ большинствѣ случаевъ бесплатнымъ лѣченіемъ и содержаніемъ.

При входѣ въ больницу расположено большое двухъ-этажное зданіе, вытянутое съ сѣвера на югъ, въ которомъ помѣщается бюро и квартиры служащихъ. Отъ этого зданія, немного отступя, съ каждой стороны слѣдуютъ одни за другими по направленію къ западу по шести двухъ-этажныхъ навильоновъ съ каждой стороны, въ которыхъ размѣщены душевно-больные сообразно ихъ формамъ болѣзней: покойные, слабые, эпилептики, полуспокойные, безпокойные и др. Помѣ-

щенія для дневного пребыванія и столовыя помѣщаются въ нижнихъ этажахъ, спальни въ верхнихъ. Ванны устроены только въ павильонѣ для безпокойныхъ больныхъ и слабыхъ, для пользованія же гидротерапіей другихъ больныхъ на каждой половинѣ устроены особые павильоны съ ванными и душами. Всѣ павильоны соединяются между собою и другими службами крытыми сверху ходами. Кухня, прачешная и мастерскія расположены въ серединѣ между мужскими и женскими павильонами. Въ отдѣленіяхъ для безпокойныхъ больныхъ имѣются по 16 изоляторовъ, въ отдѣленіяхъ для эпилептиковъ по 3 изолятора. Изоляторы устроены плохо и постоянно бываютъ переполнены больными. Помимо изоляціи въ больницѣ практикуется и камзолное содержаніе больныхъ. Дворы при павильонахъ большіе и устроены такъ, что прогуливающимся въ нихъ больнымъ видъ на окрестность не загораживается стѣнами, такъ какъ между стѣнами и площадью двора устроенъ довольно широкій и глубокой ровъ, мѣшающій больнымъ производить побѣги изъ больницы. Стѣны помѣщеній для больныхъ выкрашены масляной краской, полы деревянные и паркетные, отопленіе печное, освѣщеніе газовое, окна загорожены снаружи рѣшотками, клозеты водяные.

Къ сѣверной части больницы прилегаеь отдѣленіе для алкоголиковъ, состоящее изъ нѣсколькихъ двухъ-этажныхъ павильоновъ, здѣсь же устроены и чудныя мастерскія для больныхъ и особый павильонъ для страдающихъ бѣлой горячкой и другими формами душевной болѣзни на алкогольной почвѣ. Платная больница для душевно-больныхъ находится къ востоку отъ бесплатной, перейдя раздѣляющую ихъ улицу. Въ ней по 6 двухъ-этажныхъ павильоновъ съ каждой стороны съ особымъ ваннымъ и душевымъ зданіемъ. Больные размѣщаются просторно, помѣщенія отдѣльныя и меблированы роскошно, уходъ за больными и содержаніе ихъ, по понятнымъ причинамъ, лучше, чѣмъ въ общей больницѣ. Завѣдующій этой больницей врачъ большой поклонникъ системы „не стѣсненія больныхъ“ и постельнаго режима.

Для нужды обѣихъ больницъ, при больницѣ Ville-Evrard имѣется хлѣбное поле, садъ, оранжереи и проч., гдѣ больные могутъ работать. Для развлечения больныхъ устраиваются периодически вечера или дѣлаются общія прогулки. Администрацію больницы составляютъ: директоръ, экономъ и четыре врача. Одинъ изъ врачей завѣдуетъ мужской половиной, другой — женской, третій — алкоголиками и четвертый — платными больными. Служительскаго персонала 1 на 9—10 ч. больныхъ. На женской половинѣ кромѣ того ухаживаютъ за больными, какъ и въ больницѣ Charenton, еще и сестры милосердія. Больница въ общемъ производитъ пріятное впечатлѣніе. Движеніе больныхъ въ больницѣ Ville-Evrard за 1897 годъ выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ: къ 1-му января 1897 какъ въ отдѣленіи для бесплатныхъ больныхъ, а также въ отдѣленіи для алкоголиковъ всѣхъ больныхъ состояло 1749 (1127 мужчинъ, изъ нихъ 350 алкоголиковъ, и 622 жен.); въ теченіи 1897 года вновь поступило во всѣ три отдѣленія 1197 б (722 муж., изъ нихъ 260 алкоголиковъ, и 475 ж.), въ теченіи того же года убыло 1572 (1084 муж., изъ нихъ 286 алкоголиковъ, и 488 женщинъ), въ томъ числѣ умершихъ 213 (101 муж. и 112 женщинъ); къ 1-му января 1898 г. всего оставалось 1374 ч. (765 муж., изъ нихъ 350 алкоголиковъ, и 619 женщинъ). Наибольшій % поступленій составляли больные съ психоневрозами, алкоголизмомъ и нарастающимъ параличемъ помѣшанныхъ. Изъ умершихъ наибольшій % падаетъ на нарастающій параличъ помѣшанныхъ. Среднее пребываніе алкоголиковъ въ больницѣ было въ общемъ отъ 2—3 мѣсяцевъ.

Asilo de Vaucluse.

Психіатрическая больница Vaucluse находится въ 40 километрахъ къ югу отъ Парижа по Орлеанской желѣзной дорогѣ, въ коммунахъ Epinau sur Orge, въ 1 километрѣ отъ станціи ж. д. Pargay-Vaucluse. Больница эта также служитъ для нуждъ г. Парижа и департамента Сены, существуетъ лѣтъ 15 и при ней имѣется кромѣ того еще специальная колонія для эпилептиковъ и идіотовъ (мальчиковъ). Больница эта по-

строена по тому же типу, какъ и Ville-Eugard, и состоитъ изъ довольно большихъ двухъ-этажныхъ каменныхъ павильоновъ, соединенныхъ между собою полукрытыми ходами. При больницѣ имѣется особое зданіе для прачешной, кухни, а также отдѣльные павильоны на каждой половинѣ для ваннъ и душь, такъ какъ ванны въ помѣщеніи для больныхъ имѣются только въ отдѣленіи для беспокойныхъ и неопытныхъ больныхъ. Изоляторы устроены плохо, съ малымъ содержаніемъ свѣта. Камзолъ повидимому примѣняется довольно часто; въ общемъ нельзя сказать, чтобы отъ посѣщенія больницы получилось хорошее впечатлѣніе. Окна больничныхъ зданій снабжены рѣшетками, полы всюду деревянные, отопленіе печное, освѣщеніе газовое, канализація сплавная. Колонія для малолѣтнихъ идиотовъ и эпилептиковъ расположена къ востоку отъ больницы и состоитъ изъ нѣсколькихъ болѣею частью одноэтажныхъ павильоновъ. Въ колоніи имѣется для дѣтей школа, гимнастическій залъ, разнообразная мастерскія, а также огородъ, сады и хлѣбное поле для полевыхъ работъ. Администрацію больницы составляютъ: директоръ, экономъ и три врача, изъ которыхъ одинъ специально завѣдуетъ колоніей для идиотовъ и эпилептиковъ; помимо врачей имѣются еще медицинскіе и фармацевтическіе интерны. Для развлеченія больныхъ устраиваются въ больницѣ и колоніи литературные и музыкальные вечера и разнообразныя прогулки.

Движеніе больныхъ въ больницѣ Vancluse въ 1897 г. выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ: къ 1-му января 1897 года всѣхъ больныхъ состояло 820 (382 муж. и 438 ж.), вновь прибыло 806 (388 муж. и 418 ж.), убыло 795 (359 м. и 436 ж.), въ томъ числѣ умершихъ 202 (115 м. и 87 ж.), къ 1-му января 1897 года оставалось 831 чел. (411 м. и 420 ж.). Изъ числа поступившихъ больныхъ наибольшее число падаетъ на нарастающій параличъ помѣшанныхъ, психоневрозы и алкоголизмъ; изъ числа же умершихъ почти половина всѣхъ случаевъ падаетъ на нарастающій параличъ помѣшанныхъ.

Движеніе больныхъ въ колоніи для пдіотовъ и эпилептиковъ за 1897 годъ было слѣдующее: къ 1-му января 1897 всѣхъ больныхъ состояло 205 ч., въ теченіе года прибыло 78; убыло за это время 77, въ томъ числѣ умершихъ было 10 и бѣжавшихъ 6 ч., къ 1-му января 1898 оставалось 206 дѣтей. Нѣсколько случаевъ (6) было съ разнообразными болѣе или менѣе тяжелыми травматическими поврежденіями во время эпилептическихъ припадковъ.

Asyle de Ville-
juif.

Психіатрическая больница г. Парижа и департамента Сены Villejuif находится въ 5—6 километрахъ къ югу отъ г. Парижа. Соединеніе больницы съ городомъ Парижемъ по конно-желѣзной дорогѣ Chatelet-Villejuif. Больница построена по павильонной системѣ и существуетъ около 20 лѣтъ. Восемь двухъ-этажныхъ павильоновъ занято больными мужчинами и столько же больными женщинами, кромѣ того существуютъ особая зданія для кухни, прачешной, квартиръ для служащихъ и бюро и покойницкой. Двеввыя помѣщенія для больныхъ находятся въ нижнихъ этажахъ, спальни въ верхнихъ. Мебель больничная ничѣмъ не отличается отъ таковой же употребляемой въ общежитіи, кровати желѣзные съ пружинными и волосяными матрацами. Окна всюду снабжены рѣшетками; при каждомъ павильонѣ имѣются довольно обширныя дворы и сады для прогулокъ больныхъ. Ванное зданіе какъ на мужской, такъ и на женской половинѣ стоитъ особо, только въ отдѣленіи для безпокойныхъ больныхъ и неопрятныхъ ванны устроены при отдѣленіи. Полы во всѣхъ помѣщеніяхъ деревянные, отопленіе печное, освѣщеніе газовое, канализація сплавная. Наиболѣе интереснымъ въ смыслѣ ухода за больными представляетъ собою отдѣленіе д-ра Toulouse'a, въ которомъ примѣняются всѣ современные методы лѣченія душевно-больныхъ, въ другихъ же отдѣленіяхъ царитъ старая рутина.

Администрацію больницы составляютъ: директоръ и экономъ, стоящіе во главѣ хозяйственнаго отдѣленія больницы,

и четыре врача, завѣдующіе двумя мужскими и двумя женскими отдѣленіями при нѣсколькихъ интернахъ. Для занятій больныхъ имѣются въ больницѣ мастерскія и кромѣ того для развлеченія больныхъ устраиваются увеселительные вечера и прогулки.

Движеніе больныхъ въ больницѣ Villejuif за 1897 годъ выразилось въ слѣдующемъ: въ теченіе 1897 годъ вновь поступившихъ было 1401 (616 м. и 785 ж.), за это же время убыло 2182 (952 м. и 1230 ж.), изъ нихъ всего умершихъ было 418 (291 м. и 127 ж.). Наибольшая смертность падаетъ на нарастающій параличъ помѣшанныхъ—почти $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ смерти.

Paraplegia spinalis syphilitica.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

М. Г.

Среди больныхъ перваго отдѣленія здѣшней больницы въ настоящее время двое представляютъ поразительно сходную клиническую картину. Эти больные—здѣсь, передъ Вами. Остановимся сначала на первомъ изъ нихъ.

Вы видите 29-лѣтняго, крѣпко сложеннаго субъекта съ хорошо развитымъ подкожнымъ слоємъ. Кромѣ нѣкоторой блѣдности наружныхъ покрововъ онъ ничѣмъ, казалось бы, не обращалъ на себя вниманія, а между тѣмъ тяжелое страданіе уже въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ удерживаетъ его въ постели. Для того, чтобы выяснитъ себѣ характеръ этого страданія, познакомимся прежде всего съ анамнезомъ. Больной сообщаетъ, что онъ происходитъ изъ семьи, неотягченной наслѣдственностью, и самъ отличался очень хорошимъ здоровьемъ до 1893 года, когда имѣлъ несчастье заразиться сифилисомъ. Первичныя явленія были просмотрѣны и нашъ пациентъ началъ беспокоиться о своемъ состояніи лишь тогда, когда почувствовалъ общій упадокъ силъ и сталъ страдать упорными головными болями. Препараты брома, антиципринъ и тому подобныя средства, которыя прописывались ему, не вызывали никакого улучшенія. Такъ дѣло тянулось до тѣхъ

порь, пока не появились розеолы и не было назначено противосифилитическое лѣчение; послѣднее быстро устранило всѣ субъективныя явленія.

Послѣ того какъ въ 1893 году больному было сдѣлано 40 впрыскиваній ртутныхъ препаратовъ, весной слѣдующаго года это лѣчение было повторено, повторялось оно также зимой 1894—1895 г. и лѣтомъ 1897; тѣмъ не менѣ въ концѣ 1898 года больной замѣтилъ увеличеніе праваго яичка, представлявшагося бугроватымъ. Врачъ-сифилидологъ констатировалъ гумму и предложилъ снова курсъ впрыскиваній, который и производился до февраля настоящаго 1899 года. Въ апрѣлѣ больной чувствовалъ себя настолько хорошо, что могъ возобновить свою служебную дѣятельность (онъ ветеринарный врачъ), но уже черезъ нѣсколько недѣль сталъ жаловаться на слабость и легкую утомляемость; къ этимъ симптомамъ не замедлили присоединиться головныя боли, вслѣдствіе чего больной, считая себя нейрастеникомъ, обратился за совѣтомъ къ нейропатологу, который рекомендовалъ іодистыя и ртутныя препараты; примѣненіе ихъ весьма быстро уничтожило упомянутыя болѣзненные явленія, но на смѣну появились частыя головокруженія, сопровождавшіяся рвотой; во время этихъ головокруженій больной всегда испытывалъ одно и тоже ощущеніе: ему казалось, что всѣ окружающіе предметы плывутъ влѣво, а самъ онъ уклонялся вправо. Озабоченный состояніемъ своего здоровья, нашъ пациентъ снова обратился къ пользовавшимъ его тогда врачамъ, но на этотъ разъ ему сообщили, что онъ страдаетъ нейрастеной и долженъ принимать бромистыя препараты, пить рыбій жиръ и обтираться простыней, смоченной въ холодной водѣ. Въ теченіе первой половины лѣта здоровье его какъ будто улучшалось, но съ первыхъ чиселъ іюля начало появляться ощущеніе какой-то неловкости въ поясничной области; 16 іюля больной почувствовалъ легкую боль въ правой голени; 17 іюля имъ была замѣчена задержка въ выдѣленіи мочи, а 18—неловкость въ движеніи правой ноги; въ тотъ же день больной, желая вы-

купаться, вошелъ въ воду, но къ удивленію своему убѣдился, что эта нога не ощущаетъ холода; къ вечеру нога сдѣлалась еще болѣе слабой, наружные покровы ея утратили всѣ виды чувствительности. 19 іюля произошли точно такого же рода измѣненія въ движеніи и чувствительности лѣвой ноги, такъ что 21, когда больной былъ доставленъ въ Покровскую больницу, его пришлось нести на рукахъ. Въ первые 10 дней больничной жизни положеніе его постепенно ухудшалось, произвольныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ совершенно утратились, чувствительность рѣзко ослабѣла, мѣстами до полного исчезновенія, развилось недержаніе мочи и кала. Больному было немедленно назначено специфическое лѣченіе и въ концѣ второй недѣли онъ замѣтилъ, что состояніе его начинаетъ улучшаться; прежде всего появилась возможность нѣкоторыхъ произвольныхъ движеній въ лѣвой ногѣ, позднѣе въ правой, такъ что въ настоящее время, т. е. черезъ четыре мѣсяца послѣ поступленія въ больницу, онъ уже можетъ сдѣлать съ помощью служителя нѣсколько шаговъ.

И намѣренно привелъ Вамъ подробный рассказъ больного, такъ какъ онъ содержитъ весьма много данныхъ, существенно важныхъ для діагностики страданія. Однако мы не будемъ пока останавливаться на оцѣнкѣ анамнестическихъ фактовъ, а перейдемъ теперь къ объективному изслѣдованію нашего паціента. Вы уже знаете, что наиболѣе выдающимся симптомомъ мы должны считать разстройство двигательной сферы; на нихъ поэтому я и позволю себѣ прежде всего обратить Ваше вниманіе.

Если Вы предложите больному производить различныя движенія нижними конечностями, то легко убѣдитесь, что они въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ возможны, но совершаются съ видимымъ затрудненіемъ; въ голеностопныхъ сочлененіяхъ произвольныя движенія еле замѣтны; пальцами правой ноги больной уже совсѣмъ не въ состояніи владѣть. Такимъ образомъ, произвольныя движенія тѣмъ ограниченнѣе, чѣмъ ближе къ периферіи лежатъ выполняющія ихъ

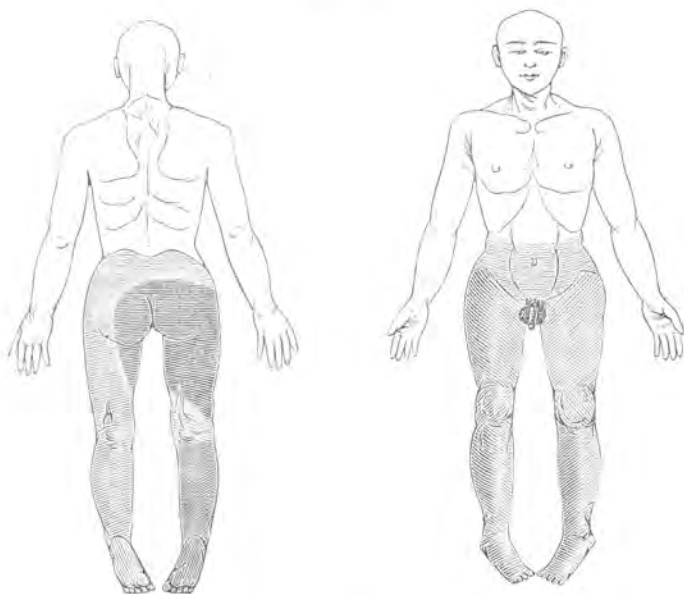
мышцы. Сравнивая далѣе движенія на обѣихъ сторонахъ, мы видимъ, что паретическія явленія съ очевидностью выражены на правой ногѣ рѣзче, чѣмъ на лѣвой. На ряду съ подобнымъ ослабленіемъ мышечной силы сухожильные рефлексы представляются крайне повышенными: Вы легко можете вызвать на обѣихъ ногахъ продолжительный клонусъ какъ стопы, такъ и чашечки, а при ударѣ по *ligamentum patellae* получаете цѣлый рядъ сокращеній *m. quadriceps*. Не смотря на такое усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ, тѣмъ не менѣе Вы не замѣчаете сколько-нибудь рѣзкаго усиленія мышечнаго тонуса. Чтобы закончить картину двигательныхъ разстройствъ я добавлю, что хотя въ послѣднее время разстройство мочеиспусканія нѣсколько уменьшилось и больной уже чувствуетъ позывъ, но задерживать мочу долѣе 2—3 минутъ онъ не въ состояніи и моча не выдѣляется сильной струей, какъ обыкновенно. Отсюда мы имѣемъ право заключить, что мышцы пузыря находятся въ паретическомъ состояніи. Актъ дефекаціи также глубоко разстроенъ: больной не ощущаетъ выходенія фекальныхъ массъ и не можетъ ихъ задерживать. Эрекція отсутствуетъ.

Но кромѣ разстройствъ въ двигательной сферѣ изслѣдованіе открываетъ у нашего больного еще рядъ уклоненій отъ нормы въ сферѣ кожной чувствительности. На правой ногѣ всѣ виды послѣдней представляются равномерно ослабленными; это ослабленіе особенно ясно выражено по наружному краю конечности, а также сзади виже колѣна, на стопѣ и особенно на верхней трети голени. На лѣвой ногѣ пониженіе чувствительности замѣтно слабѣе, чѣмъ на правой, хотя охватываетъ также всю конечность; по направленію къ туловищу спереди оно здѣсь мало-по-малу умевынается, сзади же и снутри, не доходя ягодичной складки, сразу достигаетъ ступени почти полной анестезіи. Какъ видно на прилагаемой схемѣ (см. фиг. I), эта область анестезіи занимаетъ всю правую ягодицу и переходитъ на верхній участокъ задней поверхности праваго бедра.

Абсолютную утрату чувствительности мы открываемъ также на половомъ членѣ, мошонкѣ и промежности. На туловищѣ нѣкоторое ослабленіе чувствительности иногда удается показать на животѣ ниже пупка; но тутъ отвѣты больного столь разборчивы, что о нихъ нужно говорить съ большой осторожностью.

Сказаннымъ исчерпывается вся клиническая картина. Впрочемъ, въ самые послѣдніе дни она осложнилась еще по-

Фиг. 1.



Область распространенія анестезіи.

вымъ симптомомъ: больной началъ жаловаться на боли въ поясничной области, распространяющіяся на боковыя стѣнки живота и появляющіяся только при рѣзкомъ наклоненіи туловища; при сильномъ надавливаніи первый и второй поясничные позвонки представляются очень болѣзненными.

Если Вы сопоставите данные анамнеза съ фактами объективнаго изслѣдованія, то, вѣроятно, согласитесь со мною, что нашъ больной страдаетъ сифилитическимъ поражениемъ спинного мозга. Въ пользу такого предположенія говоритъ несомнѣнное зараженіе сифилисомъ, имѣвшее мѣсто незадолго до настоящаго заболѣванія, отсутствіе другихъ этиологическихъ моментовъ, которые могли бы удовлетворительно объяснить его, черепно-мозговья явленія (головокруженіе и головныя боли), какія ему предшествовали, быстрое развитіе клиническихъ симптомовъ, ихъ нестойкость и, наконецъ, наглядный успѣхъ специфической терапіи.

Но діагнозъ „сифилитическое поврежденіе спинного мозга“ далеко не отличается желательной опредѣленностью; имъ указывается, правда, на природу страданія, но и только; онъ не даетъ намъ еще никакаго представленія ни о локализациі патологическаго процесса, ни о самомъ характерѣ послѣдняго. Однако въ развернувшейся передъ нами клинической картинѣ есть такія черты, которыя позволяютъ составить о ней несравненно болѣе точное понятіе. Въ самомъ дѣлѣ, къ чему она сводится? Мы имѣемъ у нашего больного спастическій паразетъ нижнихъ конечностей, отличающійся непропорціонально слабо выраженной ригидностью мышцъ, рѣзкое повышение сухожильныхъ рефлексовъ, ослабленіе кожной чувствительности, сравнительно незначительное на самыхъ конечностяхъ, разстройство мочеиспусканія и дефекаціи и утрату половой силы.

Запомнимъ такое сочетаніе симптомовъ и за разъясненіемъ его обратимся къ специальной литературѣ.

Въ 1892 г. проф. Егъ напечаталъ небольшую статью, посвященную спинно-мозговому сифилису ¹⁾, которая сразу остановила на себѣ глубокое вниманіе невропатологовъ. Въ этой работѣ знаменитый клиницистъ старается выдѣлить среди разнообраз-

¹⁾ Ueber syphilitische Spinalparalyse. Neurol. Centralbl. 1892. № 15.

ныхъ лѳэтическихъ пораженій спинного мозга особую форму, которую предлагаетъ назвать сифилитическимъ спинно-мозговымъ параличемъ. По описанію Erb'a, клинически сифилитическій спинно-мозговой параличъ характеризуется спастическимъ параличемъ, рѳзко повышенными сухожильными рефлексами, сравнительно слабой мышечной ригидностью, разстройствомъ мочеиспусканія и дефекаціи и обыкновенно очень незначительными, всегда имѳющимися нарушеніями кожной чувствительности; болѳе при этой формѳ сифилиса не наблюдается, по крайней мѳрѳ сильныхъ; мышечная атрофіи отсутствуютъ; со стороны черепныхъ нервовъ, головы и верхнихъ конечностей также не замѳчается никакихъ уклоненій отъ нормы. Страданіе развивается по большей части медленно, въ теченіе недѳль, мѳсяцевъ, даже лѳтъ; но въ отдѳльныхъ случаяхъ можетъ встрѳтиться и болѳе быстрое развитіе, напр. въ нѳскольکو дней. Первыми симптомами являются парѳстезіи, боли, утомляемость, слабость и тугоподвижность въ нижнихъ конечностяхъ, недержание мочи; затѳмъ мало-помалу выступаетъ на сцену высокая степень спастического пареза, рѳзко однако, да и то на короткое время, доходящая до полной параплегіи. Характерно для болѳзни—ясное стремленіе къ улучшенію; иногда наблюдается почти полное исцѳленіе, особенно послѳ энергического специфического лѳченія; въ другихъ случаяхъ страданіе только останавливается на долгіе годы; взрѳдка наступаетъ вичѳмъ не удержимый летальный исходъ.

Подобный симптомокомплексъ съ такимъ развитіемъ, теченіемъ и исходомъ Erb видѳлъ только у сифилитиковъ, чаще всего въ первые шесть лѳтъ послѳ зараженія. Отъ бокового склероза сифилитическій спинно-мозговой параличъ отличается наличиемъ разстройствъ чувствительности и мочеиспусканія, слабо выраженной мышечной ригидностью и особенностями развитія и теченія. Гораздо труднѳе отличать его отъ обыкновеннаго поперечнаго мѳэлита. Здѳсь опорными пунктами для распознаванія могутъ служить: неполный параличъ, не-

рѣзкія и всегда не ясно ограниченныя вверху разстройства чувствительности, незначительная мышечная ригидность. Что касается локализации болѣзненного процесса, то послѣдній нужно искать въ грудномъ отдѣлѣ; безспорно также, что онъ занимаетъ сравнительно малое протяженіе въ длину и не всю толщю мозга въ поперечникѣ; по всей вѣроятности пораженіе захватываетъ заднюю половину боковыхъ столбовъ, задніе сѣрные рога и задніе столбы. Относительно самаго характера процесса Егб думаетъ, что тутъ дѣло идетъ частью о сифилитической инфильтраціи мозговой ткани, частью же о дегенерациі, исходнымъ пунктомъ которой является сифилитическое заболѣваніе артерій; пока однако болѣе точныхъ свѣдѣній не имѣется, такъ какъ при вскрытіяхъ всегда встрѣчаются случаи тяжелые, сложные, гдѣ процессъ отличается большой распространенностью.

Въ общемъ осторожный клиницистъ высказываетъ свои взгляды, лишь какъ весьма правдоподобное предположеніе; онъ постоянно напоминаетъ, что для рѣшенія вопроса необходимы дальнѣйшія наблюденія и изслѣдованія.

Болѣе подробную разработку нашли себѣ выводы Егб'а въ монографіи его ученика, д-ра Кух'а ¹⁾. Этотъ авторъ, опираясь на 62 наблюденія, старается набросать всестороннюю характеристику страданія, причемъ его сужденія отличаются уже болѣе рѣшительностью и опредѣленностью.

Прежде всего онъ останавливается на этиологіи и приводитъ рядъ фактовъ, доказывающихъ, что заболѣваніе имѣетъ склонность развиваться относительно рано послѣ зараженія, иногда менѣе, чѣмъ черезъ годъ, и потому всего чаще встрѣчается въ среднемъ возрастѣ, какъ въ такомъ, когда человѣкъ наиболѣе подверженъ опасности получить lues. Кромѣ предшествовавшаго зараженія въ этиологіи могутъ играть извѣстную роль: травма, умственное напряженіе, наслѣдствен-

¹⁾ Die Paralysis spinalis syphilitica und verwandte Krankheitsformen. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1892.

ное предрасположеніе, эксцессы *in Venere et in Baccho*, про-
студа и т. д. Описывая клиническую картину, Купъ повто-
ряетъ все, что уже было сказано Ерб'омъ, только добавляетъ
сюда въкоторыя подробности. Такъ, онъ указываетъ, что па-
резъ обыкновенно захватываетъ нижнія конечности неравно-
мѣрно и что можно встрѣтить случаи, гдѣ онъ ограничи-
вается лишь одной стороной; рѣзкую степень мышечнаго
напряженія и контрактуры удается констатировать только,
какъ исключеніе, да и то въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни:
разстройства чувствительности точно также чаще всего въ
одной конечности выражены яснѣе, чѣмъ на другой, и, какъ
общее правило, распространяются не на всѣ виды послѣдней.

И не буду приводить здѣсь, что говоритъ Купъ относи-
тельно теченія, діагноза, прогноза и терапіи спинно-мозгового
сифилитическаго паралича: тутъ онъ только повторяетъ уже
сказанное Ерб'омъ; но позволю себѣ остановиться на патоло-
гической анатоміи и патогенезѣ страданія. Купъ довольно
точно опредѣляетъ распространеніе процесса: такъ какъ нару-
шенія чувствительности въ типичныхъ случаяхъ не переходятъ
высоты пунка, то верхнюю границу слѣдуетъ искать приблизи-
тельно въ серединѣ грудного отдѣла спинного мозга; на нижнюю
указываетъ сохраненіе сухожильныхъ рефлексовъ; она лежитъ,
слѣдовательно, не ниже выхода корешковъ 2-ой поясничной
пары. На основаніи также клиническихъ соображеній можно
думать, что въ поперечникѣ патологическія измѣненія зани-
мають по преимуществу область пирамидальныхъ путей, но
не остаются пощажеными также задніе сѣрые рога и зад-
ніе столбы. Заболѣваніе оболочекъ, по крайней мѣрѣ сколько-
нибудь значительное, Купъ съ положительностью исключаетъ,—
противъ него говоритъ отсутствіе симптомовъ раздраженія;
но въ легкой степени могутъ являться пораженными и онѣ.

Что касается характера самого процесса въ спинномъ
мозгу, то здѣсь теоретически допустимы: первичный склерозъ,
гуммы и пораженіе сосудовъ. Клинически однако противъ
перваго свидѣтельствуетъ то обстоятельство, что спинно-

мозговое страданіе развивается только спустя долгое время послѣ зараженія и очень мало или совсѣмъ не поддается специфической терапіи. Трудно предположить также и гѣммы, которыя должны бы были занимать симметричныя области въ обѣихъ половинахъ мозга, не уничтожая лежащихъ между ними участковъ сѣраго и бѣлаго вещества. Далѣе, какъ противъ склероза, такъ и противъ гѣммъ говорить внезапное возникновеніе болѣзни. Такимъ образомъ уже путемъ исключенія необходимо предположить, что мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ сосудовъ. Но какихъ именно? Придерживаясь номенклатуры Adamkiewicz'a, Кихъ полагаетъ, что при сифилитическомъ параличѣ страдаютъ по преимуществу какъ пограничныя сосуды, такъ и сосуды бѣлаго вещества: меньшимъ измѣненіямъ подвергаются *art. sulci*, снабжающія сѣрое вещество, *art. fissurae* и *art. interfuniculares*, которыя доставляютъ кровь заднимъ столбамъ. Здѣсь однако неволью является еще вопросъ, почему именно процессъ захватываетъ сосуды столь ограниченной области? Отвѣтить на этотъ вопросъ можно развѣ только указаніемъ, что въ сосудистой системѣ головного мозга существуютъ участки, почему-то наиболее часто поражаемые сифилисомъ; къ таковымъ относятся напр. *art. Fossae Sylvii* и ея вѣтви. Но при пораженіи сосудовъ не остаются безъ измѣненій и прилегающія къ нимъ ткани: круглыя клѣточные элементы, скопляясь въ изобиліи около сосудовъ, могутъ служить матеріаломъ для развитія стойкихъ соединительно-тканныхъ элементовъ.

Стараясь фактически поддержать своя априорныя соображенія, Кихъ приводитъ результаты нѣсколькихъ вскрытій, причемъ видитъ полную гармонію между первыми и вторыми. Но тутъ я долженъ замѣтить, что всецѣло согласиться съ нимъ довольно трудно. Дѣйствительно, какъ уже было упомянуто выше, Кихъ утверждаетъ, что необходимо исключить сколько-нибудь значительное участіе въ процессѣ мозговыхъ оболочекъ; между тѣмъ, просматривая приводимыя имъ описанія макро-и микроскопическихъ измѣненій, мы встречаемъ какъ разъ противное. Такъ въ наблюденіи XXVII (William-

son'a) упоминается, что сосуды *riae matris* расширены, а въ шейной области она сама фиброзно утолщена. Изъ наблюденія LX (Graessner'a) видно, что въ грудномъ отдѣлѣ, и именно въ области заднихъ и боковыхъ столбовъ *ria* утолщена, густо инфильтрирована круглыми клѣточными элементами: отъ оболочки инфильтрація клинообразно выдвигается въ бѣлое вещество, причемъ соединительно-тканная перегородка представляется очень утолщенными. Sachs въ своемъ наблюденіи (LXII) указываетъ на утолщеніе твердой спинно-мозговой оболочки, относительно же мягкой говоритъ, что она была поражена гораздо сильнѣе, чѣмъ твердая, почему и принимаетъ для своего случая сифилитическій менингитъ съ исходящей отъ него гумозной инфильтраціей. Изъ всѣхъ своихъ случаевъ Kuh только въ одномъ могъ сдѣлать посмертное, да и то лишь макроскопическое изслѣдованіе, описывая результаты котораго между прочимъ упоминаетъ о хроническомъ воспаленіи *riae spinalis*. Такимъ образомъ между приведенными наблюденіями лишь въ X (Strümpell'a) ни слова не говорится объ измѣненіяхъ оболочекъ, но, какъ замѣчаетъ Nonne (Archiv f. Psychiatrie Bd. XXIX. Н. 3. Ueber zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von syphilitischer Spinalparalyse), именно этотъ случай по клинической картинѣ не вполне соответствуетъ описанію, данному Erb'омъ.

Взглядъ на сифилитическій спинно-мозговой параличъ, какъ на самостоятельную болѣзненную форму, быстро приобрѣлъ себѣ большую популярность между невропатологами. Прежде всего къ нему примкнулъ проф. Ковалевскій ¹⁾ и его ученикъ д-ръ Мухинъ ²⁾, выработавшіе свои убѣжденія независимо отъ Erb'a и его школы. Mairet ³⁾ въ работѣ, посвященной сифилитическимъ пораженіямъ спинного мозга, также высказался, что форма Erb'a имѣетъ полное право на клини-

¹⁾ Сифилисъ мозга и его лѣченіе. 1893. Стр. 237 и слѣд.

²⁾ Архивъ психіатріи. 1892.

³⁾ La semaine médicale. 1893, № 1.

ческую самостоятельность. Подобное мнѣніе раздѣляютъ Friedmann ¹⁾, А. Поповъ ²⁾, Friedel-Pick ³⁾ и многіе другіе.

Однако ученіе Erb'a, несмотря на поддержку многочисленныхъ защитниковъ, мало-по-малу начало вызывать весьма вѣския возраженія и прежде всего со стороны клиницистовъ. Brissaud ⁴⁾ въ своей лекціи о спинно-мозговомъ сифилисѣ приводитъ наблюденія, которыя доказываютъ, что такое сочетаніе симптомовъ, какое Erb считаетъ характернымъ для своей формы, можетъ встрѣчаться въ теченіе сифилитическаго менингомиелита. Brissaud разсматриваетъ поэтому параличъ Erb'a, какъ одну изъ фазъ только-что названной болѣзни. Совершенно аналогичнаго мнѣнія придерживается въ своемъ руководствѣ проф. Oppenheim, столь много потрудившійся надъ разработкой сифилитическихъ поражений центральной нервной системы, Ellingen ⁵⁾ и нѣкоторые другіе изъ болѣе позднѣйшихъ наблюдателей.

Но особенно рѣзко свидѣтельствуютъ противъ Erb'a данныя патологической анатоміи. Я уже упомянулъ выше, что результаты посмертнаго изслѣдованія, на которые ссылается Kuh, на самомъ дѣлѣ говорятъ противъ него, такъ какъ въ нихъ вездѣ встрѣчаются указанія на участіе въ процессѣ и спинно-мозговыхъ оболочекъ. О болѣе или менѣе значительномъ пораженіи оболочекъ упоминается также въ новѣйшихъ изслѣдованіяхъ, посвященныхъ этому вопросу. Чтобы не быть голословнымъ, укажу здѣсь лишь на работы Williamson'a ⁶⁾, Stintzing'a ⁷⁾, появившіяся въ 1898 г.

Я далеко не привелъ здѣсь всей литературы вопроса, да и не имѣлъ въ виду этого сдѣлать. Мнѣ хотѣлось только

¹⁾ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1692.

²⁾ Архивъ психіатріи. 1893.

³⁾ Prager med. Wochenschrift. 1893. № 18/20.

⁴⁾ Leçons sur les maladies nerveuses. 1895.

⁵⁾ Dermatologische Zeitschrift. 1897.

⁶⁾ Brit. med. Journ.

⁷⁾ Münch. med. Wochenschrift. № 51.

въ сжатомъ очеркѣ обрисовать его современное положеніе. Теперь мы можемъ снова обратиться къ нашему больному.

Если Вы сопоставите встрѣченную нами картину съ описаніемъ Erb'a, то Вамъ невольно кинется въ глаза близкое сходство между ними. Дѣйствительно, мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ неполный спастическій параличъ нижнихъ конечностей, сравнительно слабо выраженную мышечную ригидность, въ высокой степени повышенные сухожильные рефлексы, расстройство въ отправленияхъ мочевого пузыря и прямой кишки, сравнительно слабыя нарушенія кожной чувствительности на ногахъ; всѣ болѣзненные явленія болѣе выражены на одной конечности, чѣмъ на другой; вазомоторныя и трофическія расстройства отсутствуют; электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ не измѣнена; всѣ перечисленные симптомы не отличаются стойкостью. Однимъ словомъ передъ нами тѣ положительныя и отрицательныя данныя, которыя Erb и Kuh кладутъ въ основу дифференціальной діагностики сифилитическаго спинно-мозгового паралича.

Но у нашего паціента есть симптомъ, не укладывающійся въ рамки, предложенныя Erb'омъ. Этотъ симптомъ— полное или почти полное отсутствіе всѣхъ видовъ чувствительности на наружныхъ покровахъ половыхъ органовъ, промежности, ягодицахъ и верхней трети задней поверхности бедра. Спрашивается, какъ мы можемъ объяснить себѣ столь своеобразное распредѣленіе анестезіи, какое значеніе оно пріобрѣтаетъ въ діагностическомъ отношеніи?

За отвѣтомъ на эти вопросы мы должны снова обратиться къ литературѣ.

Еще въ концѣ семидесятыхъ и въ началѣ восьмидесятыхъ годовъ Westphal¹⁾, Roth²⁾ и Kahler³⁾ опубликовали свои наблюденія надъ пораженіями caudae equinae, которыя

¹⁾ Charité-Annalen. 1876.

²⁾ Inaug. Dissert. 1883.

³⁾ Prag. med. Wochenschrift. 1884.

выражались характернымъ сочетаніемъ двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ и нарушеніемъ функции тазовыхъ органовъ, а Бехтереву и Розенбаху ¹⁾ удалось экспериментальнымъ путемъ вызвать такую же картину у собакъ. Съ тѣхъ поръ описанія случаевъ заболѣванія *conus medullaris* и *caudae equinae* начали появляться все чаще и чаще, такъ что теперь насчитывается уже около 150 опубликованныхъ наблюдений, причемъ значительная часть ихъ была проверена путемъ посмертнаго изслѣдованія. Такимъ образомъ современные невропатологи обладаютъ довольно значительной казуистикой, которая позволила имъ создать себѣ достаточно ясное представленіе о клинической картинѣ страданія.

Теперь мы знаемъ, что пораженіе мозгового конуса и конскаго хвоста проявляется парезомъ мышцъ по преимуществу на задней поверхности бедеръ, анестезіей въ области задняго прохода, на ягодицахъ, мошонкѣ, половомъ членѣ, мочеиспускательномъ каналѣ, а также на заднихъ и иногда внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ. Какъ постоянное явленіе, должно сверхъ того назвать нарушеніе функции мочевого пузыря, преимущественно параличъ *mm. detrusoris et sphincteris*, прямой кишки и полную или неполную утрату половой силы. Въ парализованныхъ мышцахъ могутъ развиваться атрофическіе процессы, причемъ соответственнымъ образомъ измѣняется и реакція ихъ на постоянный и прерывистый токъ. Сухожильные рефлексы по большей части остаются сохраненными, кромѣ Ахилловаго; *epilepsia spinalis* не была до сихъ поръ отмѣчена ни разу. Наконецъ, при объективномъ изслѣдованіи больныхъ довольно часто упоминается о пораженіи поясничныхъ и крестцовыхъ позвонковъ, которые обнаруживали большую или меньшую болѣзненность ихъ при давленіи, а иногда и при рѣзкихъ движеніяхъ.

Такова въ общихъ чертахъ картина болѣзни, которая въ развитіи отдѣльныхъ симптомовъ можетъ представлять

¹⁾ Вѣстникъ психіатріи. 1884.

однако весьма существенныя колебанія. Последнее, конечно, слѣдовало ожидать уже *a priori*. Въ самомъ дѣлѣ, чѣмъ выше локализуется болѣзненный процессъ, тѣмъ большее количество нервныхъ стволовъ обыкновенно захватываетъ онъ, тѣмъ болѣе сложный комплексъ явленій онъ вызываетъ. Проф. Raymond¹⁾, обобщая имѣющіеся въ наукѣ факты, даетъ слѣдующую схему постепеннаго усложненія прижизненной картины по мѣрѣ того, какъ фокусъ пораженія повышается отъ нижней части крестцоваго канала до высоты перваго поясничнаго позвонка:

1) Если процессъ захватываетъ только *filum terminale*, мы имѣемъ параличъ или одного мочевого пузыря или пузыря и прямой кишки.

2) Если процессъ разрушилъ *centrum ano-vesicale* у основанія *conus medullaris*, при жизни наблюдаются тѣ же симптомы и сверхъ того анестезія въ области половыхъ органовъ, промежности, вокругъ заднепроходнаго ствертія и на ягодицахъ.

3) Если процессъ занялъ нижніе корешки крестцоваго сплетенія, мы получаемъ тѣ же явленія и чувство-двигательный параличъ кожной области и мышцъ, получающихъ иннервацію отъ *nn. peronei*.

4) Если поражены верхніе корешки крестцоваго сплетенія, только что описанная картина измѣнится въ томъ отношеніи, что чувство-двигательный параличъ на нижнихъ конечностяхъ захватитъ всю область развѣтвленія *n. ischiadici* за исключеніемъ области *n. peronei*.

5) При пораженіи всѣхъ корешковъ крестцоваго сплетенія (или соответствующаго отдѣла спинного мозга), мы имѣемъ тѣ же явленія, только чувство-двигательный параличъ распространится уже на всю область, иннервируемую *n. ischiadico*, другими словами, кромѣ симптомовъ, указан-

¹⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux. 1896. P. 297.

ныхъ выше, мы будемъ имѣть: параличъ мускуловъ задней поверхности бедра, всѣхъ мускуловъ голени и стопы, анестезію задней поверхности бедра и голени, подошвы или всей стопы, за исключеніемъ внутренняго ея края.

6) При полномъ параличѣ корешковъ крестцоваго сплетенія и не полномъ поясничнаго, передъ нами будутъ тѣ же симптомы и сверхъ того парезъ мышцъ бедра, иннервируемыхъ nn. cruralis et obturatorius.

7) Наконецъ, если процессъ внутри спинного мозга доходитъ до поясничнаго утолщенія, или, если онъ лежитъ внѣ мозга и занимаетъ вмѣстѣ поясничное и крестцовое сплетеніе, при жизни наблюдается полный чувство-двигательный параличъ нижнихъ конечностей, анестезія, доходящая до нижней части живота и спины, и параличъ пузыря и прямой кишки.

Вотъ вкратцѣ всѣ наши свѣдѣнія, какія мы имѣемъ нынѣ о клинической картинѣ, обусловленной пораженіемъ *conus medullaris caudae equinae*. Но вооруженные ими мы должны уже совершенно иначе отнестись къ нашему больному. Мы обязаны признать у него наличность процесса, захватившаго конскій хвостъ: на это категорически указываютъ и столь характерное распространеніе анестезіи, сочетанное съ разстройствомъ тазовыхъ органовъ, и явленія мышечнаго пареза. Руководствуясь схемой Raymond'a, мы въ состояніи даже довольно точно опредѣлить локализацию болѣзненныхъ измѣненій; мы можемъ именно предположить, что они находятся на уровнѣ нижнихъ корешковъ крестцоваго сплетенія, по крайней мѣрѣ съ правой стороны. Однако подобная гипотеза объясняетъ намъ только часть клинической картины. Она дѣлаетъ намъ понятной анестезію въ области *penis, scroti, perinei, gluteorum*, а также на наружной и задней поверхности правой голени и стопы, равно какъ и параличъ мышцъ, снабжаемыхъ мало-берцовымъ нервомъ. Но вѣдь у насъ остаются еще другіе симптомы. Притупленіе увствительности мы открыли спереди на нижней половинѣ

стѣнки живота, на всей лѣвой нижней конечности и на всѣхъ остальныхъ участкахъ правой; мы видѣли также, что больной былъ лишень возможности двигать пальцами на обѣихъ ногахъ и что движенія въ голеностопномъ сочлененіи были рѣзко ограничены также на обѣихъ сторонахъ. Наконецъ, съ діагнозомъ пораженія конскаго хвоста плохо вяжется столь рѣзкое повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, клонусъ чашечки и стопы и, хотя слабо выраженное, но все-таки безспорно имѣющее усиленіе мышечнаго тонуса. Очевидно, что процессъ не ограничился въ нашемъ случаѣ нижними крестцовыми корешками, а распространился гораздо выше и, по всей вѣроятности, занялъ задне-боковые столбы спинного мозга въ нижнемъ участкѣ его грудного отдѣла. И такому предположенію вполне соответствуетъ характеръ этого процесса: мы знаемъ, что сифилитическимъ измѣненіямъ такъ свойственны множественность и распространенность. Установивши такимъ образомъ локализацию страданія, я долженъ еще высказаться болѣе опредѣленно объ его природѣ. Но здѣсь я могу быть очень кратокъ. Прежде всего разборъ клиническихъ фактовъ привелъ насъ къ убѣжденію, что у больного пострадало самое вещество спинного мозга; болѣзненность въ поясничной области при произвольныхъ движеніяхъ и боль, вызываемая давленіемъ на поясничные позвонки, даютъ основаніе допустить также наличность менингита, въ зависимость отъ котораго можно поставить и сдавленіе крестцовыхъ корешковъ. Такимъ образомъ, мы имѣемъ право заключить, что нашъ больной страдаетъ самой частой формой сифилитическаго пораженія спинного мозга—сифилитическимъ менинго-міэлитомъ.

Перейдемъ теперь ко второму больному.

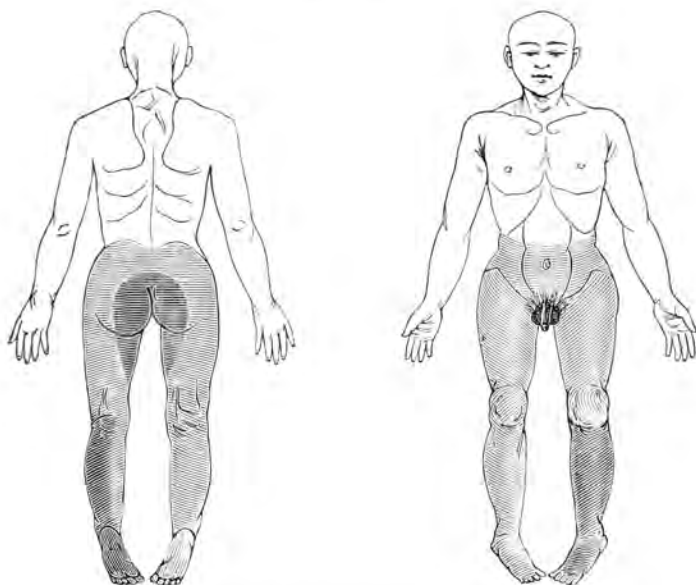
Послѣ всего сказаннаго мною сегодня разборъ его уже не представитъ намъ особенныхъ затрудненій.

Остановимся прежде всего на анамнезѣ. Самъ больной категорически утверждаетъ, что не только никогда не имѣлъ сифилиса, но даже и не могъ его получить. Тѣмъ не менѣе намъ извѣстно, что годъ тому назадъ онъ явился въ здѣшнюю больницу съ сифилитическимъ иритомъ и продолжалъ курсъ специфическаго лѣченія, которое оказало ему существенную пользу. Весной больному (чернорабочій) пришлось промочить ноги и съ этого времени онъ началъ чувствовать въ нихъ ломоту, сильныя боли и стягиванія; всѣ явленія явственно усиливались по ночамъ. Позднѣ сюда присоединились упорныя головныя боли, сопровождаемыя рвотой и головокруженіемъ; при ходьбѣ больного покачивало, какъ пьянаго, такъ что онъ долженъ былъ опираться на палку. За пять дней до поступленія въ больницу нашъ пациентъ, проспавшись утромъ, убѣдился, что онъ совсѣмъ не въ состояніи двигать ногами и произвольно опоражнивалъ мочевой пузырь. Этими данными исчерпывается все, что мы можемъ узнать отъ больного, человѣка ограниченнаго, мало развитаго. Чтобы изучить клиническую картину, намъ остается поэтому только обратиться къ объективному изслѣдованію. Нашъ пациентъ, лѣтъ 50, высокаго роста, крѣпко сложенный и хорошо упитанный субъектъ. Правая носогубная складка нѣсколько сглажена; при мимическихъ движеніяхъ замѣчается ясная отсталость въ мышцахъ нижней части правой половины лица; языкъ при высовываніи уклоняется вправо. Движенія верхними конечностями не представляютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Со стороны нижнихъ конечностей мы видимъ полное отсутствіе произвольныхъ движеній въ правой ногѣ и рѣзкую ограниченность ихъ въ лѣвой. При пассивныхъ движеніяхъ мы легко констатируемъ ясную мышечную ригидность. Колѣнные рефлексы крайне повышены; на обѣихъ конечностяхъ всегда удается вызвать клонусъ чашечки и стопы, болѣе продолжительный на правой.

Очень интересные результаты даетъ изслѣдованіе кожной чувствительности. Оказывается, что осязательныя ощущенія на penis'ѣ и scrotum совершенно отсутствуютъ; на про-

межности, внутренней поверхности обѣихъ ягодицъ и на верхнемъ участкѣ задне-внутреннихъ поверхностей бедеръ онѣ рѣзко ослаблены; незначительное ослабленіе ихъ замѣчается также на туловищѣ, спереди, начиная отъ уровня пупка, а позади съ верхняго края ягодичной области, и по всей поверхности нижнихъ конечностей, причемъ на правой

Фиг. II.

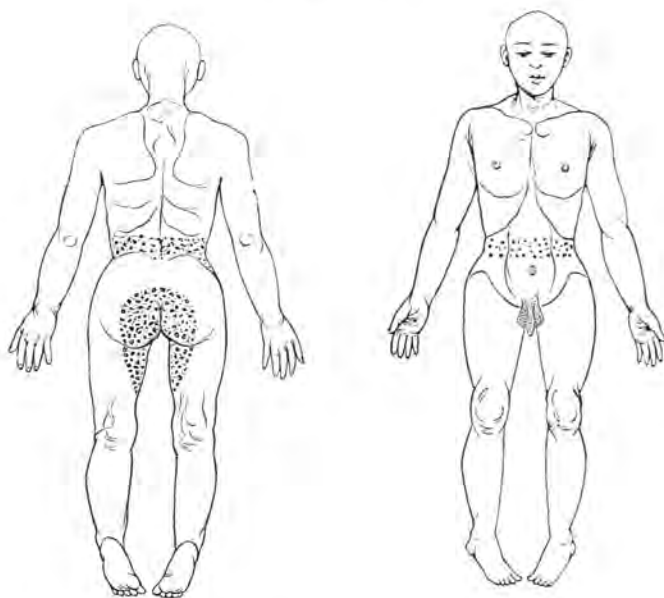


Область утраты тактильных ощущеній.

гипестезія постепенно усиливается по направленію къ периферіи и на наружной поверхности голени, а также на стопѣ достигаетъ весьма рѣзкой степени. Болевая чувствительность повсюду представляется вполне сохраненной, а на туловищѣ надъ уровнемъ ослабленія тактильной чувствительности замѣчается даже въ видѣ довольно широкаго пояса область гипералгезіи.

Подобную же гипералгезію мы находимъ на наружныхъ покровахъ половыхъ органовъ, промежности и внутреннего края ягодицъ и прилегающихъ къ нимъ участковъ задне-внутренней поверхности бедеръ. Другими словами, область гипералгезіи отчасти совпадаетъ съ областью полной утраты тактильной чувствительности. Точно такое же совпаденіе

Фиг. III.



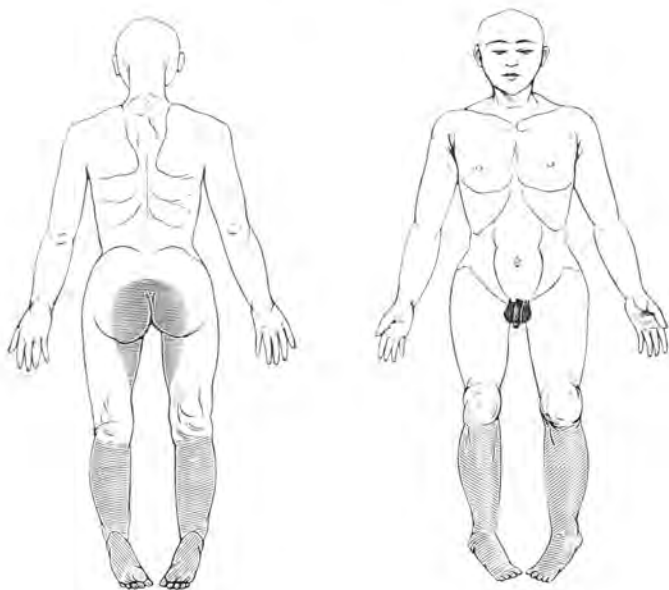
Область гипералгезіи.

можно констатировать и относительно потери температурной чувствительности: наружные покровы penis'a, scroti, perinei и отчасти сѣдалищной области и верхняго участка бедеръ оказываются абсолютно нечувствительными къ раздраженіямъ тепломъ и холодомъ.

Сверхъ того замѣтное ослабленіе температурной чувствительности мы открываемъ на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ.

стяхъ въ области стопы и нижней половины голени, причѣмъ направо оно достигаетъ большаго развитія, чѣмъ налѣво. Больной, какъ уже сказано выше, лишень возможности произвольно выдѣлять мочу и не чувствуетъ къ этому позыва, но не существуетъ также и постояннаго истеченія мочи; она выливается изъ пузыря довольно большими количествами и

Фиг. IV.



Область утраты температурныхъ ощущеній.

периодически. Дефекація происходитъ только при помощи клизмы. Эрекция отсутствуетъ.

Чтобы покончить съ имѣющеюся передъ нами клинической картиной, я долженъ остановить Ваше вниманіе еще на одномъ симптомѣ. Если Вы будете сравнивать между собою обѣ нижнія конечности, то безъ труда замѣтите, что лѣвый

m. quadriceps cruris по своей массѣ значительно уступаетъ правому. Изслѣдованіе реакціи на оба тока открыло въ немъ ясное пониженіе возбудимости, причемъ сокращенія мышечныхъ пучковъ при замыканіи и отмыканіи постоянного тока носятъ сравнительно вялый характеръ и Каз совпадаетъ съ АвЗ. Ко всему сказанному необходимо добавить, что въ самые послѣдніе дни больной началъ усиленно жаловаться на жестокія головныя боли и на боли по всему позвоночнику, также усиливающіяся по ночамъ. Давленіе на позвоночникъ всюду оказывается крайне болѣзненнымъ; болѣзненность вызываютъ въ немъ также и произвольныя движенія. Наконецъ, больного мучаютъ особенно по ночамъ частыя и очень болѣзненныя судороги въ мышцахъ нижнихъ конечностей.

Изъ только-что приведеннаго описанія клинической картины Вы видите, что нашъ второй больной очень во многомъ напоминаетъ перваго. Прежде всего мы также встрѣчаемъ у него сочетаніе симптомовъ, указывающихъ на пораженіе конскаго хвоста и вдобавокъ приблизительно на той же высотѣ. Здѣсь можно констатировать разницу развѣ лишь въ степени этого пораженія: въ послѣднемъ случаѣ нервныя корешки пострадали, повидимому, слабѣе, чѣмъ въ первомъ, что и объясняетъ намъ менѣе глубокія разстройства чувствительной сферы. Во второмъ случаѣ, какъ и въ первомъ, мы также должны допустить, что патологическій процессъ не ограничился только областью самаго нижняго отдѣла позвоночнаго канала, а распространился гораздо выше, причемъ охватилъ какъ самое вещество спинного мозга, такъ и его оболочки. Однако участіе оболочекъ выступаетъ у второго больного гораздо явственнѣе; на него указываютъ жестокія боли по всему позвоночнику и судорожныя явленія въ нижнихъ конечностяхъ. Переходомъ процесса съ оболочекъ на мышечныя вѣтви *n. cruralis* легко можно объяснить себѣ и атрофію *m. quadricipitis*, сопровождающуюся, какъ Вы помните, реакціей перерожденія, а также сдавленіе части корешковъ, входящихъ въ составъ конскаго хвоста.

Но аналогія между обоими случаями идетъ еще глубже; она распространяется и на самый характеръ патологическаго процесса. У перваго больного мы предположили сифилитическое пораженіе спинного мозга и его оболочекъ. То же самое мы должны допустить и по отношенію ко второму. За специфическій процессъ здѣсь говорятъ: предшествующее зараженіе сифилисомъ, явленія со стороны черепного мозга (головныя боли, головокруженіе, парезъ n. facialis и n. hypoglossi), быстрое развитіе болѣзни и постоянныя колебанія въ степени выраженія отдѣльныхъ симптомовъ.

Результаты лѣченія (іодистые и ртутные препараты), по всей вѣроятности также не замедлятъ подтвердить такую діагностику¹⁾.

Мм. Гг.! Закончивая сегодняшнюю лекцію, я позволю себѣ обратиться снова къ ея началу. Изъ сообщенныхъ мною литературныхъ указаній явствуетъ, что первоначальный взглядъ Erb'a на *paralysis spinalis syphilitica*, какъ на самостоятельную форму, въ послѣдніе годы началъ оспариваться очень многими невропатологами; чаще и чаще стало высказываться мнѣніе, что параличъ Erb'a есть ничто иное, какъ одна изъ стадій, которая нерѣдко наблюдается въ теченіи сифилитическаго менинго-миэлита. Оба наши случая, по моему мнѣнію, весьма ясно свидѣтельствуютъ въ пользу такого предположенія: изслѣдуя нашихъ больныхъ, мы встрѣтились у нихъ съ Erb'овскимъ симптомокомплексомъ, который однако составлялъ лишь часть болѣе сложной картины, обусловленной разлитымъ сифилитическимъ пораженіемъ, локализовавшимся въ полости спинно-мозгового канала и охватившимъ здѣсь какъ оболочки мозга, такъ и его вещество.

¹⁾ Это предположеніе было подтверждено уже черезъ 2—3 недѣли; у больного довольно быстро начали уменьшаться двигательныя расстройства, такъ что онъ получилъ возможность ходить, придерживаясь руками за мебель и стѣны. Нарушеніе акта дефекаціи точно также совершенно исчезло.

Случай травматическаго столбняка¹⁾.

Д-ра В. Н. Долгова.

Выступая съ настоящимъ сообщеніемъ, я имѣю въ виду главнымъ образомъ дать описаніе той картины, тѣхъ данныхъ, какія получены мною при изслѣдованіи мозга человѣка, умершаго отъ травматическаго столбняка. Интересъ даннаго изслѣдованія заключается между прочимъ въ томъ, что матеріаломъ для моей работы послужилъ свѣжій мозгъ человѣка, и изслѣдованіе могло быть произведено при помощи метода Nissl'я, что конечно не всегда удается. Мы обыкновенно имѣемъ возможность изслѣдовать мозгъ человѣка уже въ то время, когда трупъ подвергся значительному разложенію, когда слѣдовательно примѣненіе метода Nissl'я является не вполне надежнымъ, и результаты, получаемые въ этомъ случаѣ, неубѣдительны и сомнительны. Такъ какъ я производилъ изслѣдованіе мозга главнымъ образомъ по методу Nissl'я, то считаю нужнымъ сказать предварительно нѣсколько словъ объ этомъ методѣ.

Методъ Nissl'я, по мнѣнію многихъ изслѣдователей, даетъ возможность видѣть болѣе тонкія измѣненія нервныхъ клѣтокъ, даетъ возможность опредѣлять такія измѣненія, какія являются болѣе ранними въ жизни нервныхъ клѣтокъ и слѣ-

¹⁾ Сообщено въ Обществѣ невроп. и псих. при Имп. Каз. Унив. 5 декабря 1899 г.

довательно прежними способами изслѣдованія не обнаруживались съ ясностью и опредѣленностью.

Въ силу такой особенности методъ Nissl'я предлагается какъ одинъ изъ лучшихъ для опредѣленія измѣненій нервныхъ клѣтокъ въ начальныхъ степеняхъ. Поэтому понятно теперь то оживленіе въ изслѣдованіи нервной системы, понятно появленіе цѣлаго ряда работъ, излагающихъ структурныя особенности нервной клѣтки и освѣщеніе этихъ данныхъ съ новой точки зрѣнія. Методъ, дающій возможность видѣть и опредѣлять такія особенности структуры нервной клѣтки, не остался безъ существенной провѣрки и значительныхъ измѣненій въ самомъ способѣ окраски.

Въ настоящее время введены видоизмѣненія способа окраски по Nissl'ю, благодаря которымъ самый методъ значительно улучшенъ. За послѣднее время Левковскій ¹⁾, специально занявшійся критикой метода Nissl'я, вновь рекомендуетъ примѣнять его, какъ одинъ изъ лучшихъ существующихъ методовъ окраски нервной клѣтки. Я воспользовался при своихъ изслѣдованіяхъ тѣмъ видоизмѣненіемъ этого метода, какое предложилъ д-ръ Полумордвиновъ ²⁾.

При окраскѣ по методу Nissl'я нервная клѣтка, какъ известно, представляется въ такомъ видѣ. Въ тѣлѣ нервной клѣтки мы замѣчаемъ два вещества: одно—окрашивающееся основными анилиновыми красками или, какъ его чаще называютъ, хромофили. Это хромофильное вещество распределяется въ клѣткѣ болѣе или менѣе правильно, въ разныхъ клѣткахъ имѣетъ своеобразную форму, распределеніе, количество и т. д. Другое вещество въ нервной клѣткѣ не окрашивается основными анилиновыми красками. Тоже самое мы замѣчаемъ и въ отросткахъ клѣтки, за исключеніемъ осевоцилиндриче-

¹⁾ Левковскій. Методъ Nissl'я и результаты изслѣдованій по этому методу клѣтокъ централ. нервн. системы. 1898 г.

²⁾ Полумордвиновъ. Къ методикѣ окраски Nissl'евскихъ тѣлъ. Невр. Вѣстн. Т. VII, вып. I, 1899 г.

скаго, который по методу Nissl'я остается безцвѣтнымъ. Вотъ эти хромофилы главнымъ образомъ и сдѣлались предметомъ вниманія со стороны изслѣдователей. Роль хромофиловъ въ жизни нервной клѣтки, ихъ судьба—занимали многихъ. Появилось, какъ я упомянулъ, масса работъ, въ которыхъ можно встрѣтить описаніе измѣненій содержанія, распредѣленія хромофиловъ.

Я не стану, конечно, перечислять и описывать цѣлый рядъ работъ, появившихся до послѣдняго времени и имѣвшихъ цѣлью при употребленіи метода Nissl'я приблизиться къ пониманію анатоміи, физиологіи и патологіи нервной клѣтки. Упомяну только о тѣхъ работахъ, которыя имѣютъ прямое отношеніе къ интересующему насъ случаю. Болѣе подробно и болѣе точно, повидимому, изучены съ помощью метода Nissl'я измѣненія нервныхъ клѣтокъ послѣ отравленія животныхъ токсиномъ тетануса. Этими изслѣдованіями занимались послѣ Nissl'я *Marinesco*¹⁾, *Goldscheider et Flatau*²⁾, *Doyon*³⁾ и др. Я не буду подробно останавливаться на работахъ упомянутыхъ авторовъ, а скажу только, и то въ общихъ чертахъ, о результатахъ этихъ изслѣдованій.

По мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, нервная клѣтка претерпѣваетъ послѣ введенія въ организмъ животнаго токсина столбняка довольно ясныя и даже характерныя измѣненія. Прежде всего и довольно рано измѣненія замѣчаются въ спинно-мозговыхъ нервныхъ клѣткахъ и проходятъ скоро послѣ введенія заразъ довольно большого количества яда, тогда какъ послѣ введенія сравнительно малаго количества яда измѣненія выражаются спустя болѣе долгій срокъ, но, правда, измѣненія держатся дольше. Измѣненія въ общемъ

¹⁾ Marinesco. Patologie generale de la cellule nerveuse.

²⁾ Goldscheider et Flatau. Normale und pathologische Anatomie der Nervenzellen. 1898 r.

³⁾ Etude histologique fine des cellules nerveuses medullaires dans les tetanus experimental, par M. M. I. Courmont, M. Doyon et Paviot.

выражаются въ томъ, что нервныя клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга уже черезъ два часа представляются въ такомъ видѣ: ядрышко набухаетъ, значительно увеличивается въ объемѣ, хромофилы тоже набухаютъ и становятся не ясно видимыми. Вся клѣтка увеличивается въ объемѣ. Вскорѣ происходитъ раздробленіе хроматиновыхъ зеренъ, такъ что черезъ сутки клѣтка какъ бы усыпана мелкой синей пылью. Въ то же время объемъ ядрышка и тѣла клѣтки уменьшается и ядрышко иногда даже принимаетъ неправильную форму. При слабыхъ дозахъ яда измѣненія могутъ держаться 2—3 недѣли. *Marinesco* описываетъ у свинки въ передне-роговыхъ большихъ нервныхъ клѣткахъ своеобразныя измѣненія, которыя онъ считаетъ специфическими для даннаго отравленія, такъ какъ онъ встрѣчалъ ихъ только при данной болѣзни. Клѣтка въ этомъ случаѣ, по описанію *Marinesco*, какъ бы раздѣлена на двѣ части: одна часть, обыкновенно содержащая ядро, окрашена въ синій цвѣтъ настолько темнаго цвѣта, что въ ней не удается различить составныхъ частей. Прилежащіе протоплазматическіе отростки тоже окрашены въ синій цвѣтъ. Другая часть клѣтки, обыкновенно прилегающая къ осевоцилиндрическому отростку, имѣетъ лишь слабо синюю окраску, почти безцвѣтна. Между тѣмъ осевоцилиндрической отростокъ, обыкновенно безцвѣтный, не окрашивающійся, приобретаетъ способность краситься.

Goldscheider et Flatau очень подробно описываютъ измѣненія нервной клѣтки у животныхъ, отравленныхъ ядомъ столбняка. Изслѣдованія послѣднихъ авторовъ для насъ интересны въ томъ отношеніи, что они изучили нервную клѣтку животнаго, которому былъ вводимъ не только ядъ столбняка, но и антитоксинъ. Изъ ихъ изслѣдованій вытекаетъ, что токсинъ, впрыснутый одновременно съ антитоксиномъ, не вызываетъ измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ. Антитоксинъ, впрыснутый вскорѣ послѣ токсина, задерживаетъ развитіе измѣненій въ нервной клѣткѣ, а впрыснутый нѣсколько позднѣе способствуетъ восстановленію клѣтки.

И¹⁾ тоже занимался изученіемъ первичныхъ клѣтокъ спинного мозга при физиологическомъ тетанусѣ и часть подобныхъ изслѣдованій мною опубликована. Я замѣтилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, что въ нервныхъ клѣткахъ, приведенныхъ въ сильно дѣятельное состояніе при посредствѣ электричества, замѣчаются измѣненія въ содержаніи и распредѣленіи хромофильнаго вещества, а именно: чѣмъ клѣтка ближе къ мѣсту приложенія электрическаго тока, тѣмъ меньше въ ней хромофилей и тѣмъ онѣ мельче; чѣмъ клѣтка лежитъ дальше отъ мѣста приложенія тока, тѣмъ въ ней хромофили крупнѣе и ихъ больше. При этомъ все-таки обращаетъ на себя вниманіе то, что рядомъ съ клѣткой сильно измѣненной встрѣчаются клѣтки мало измѣненныя и даже близко приближающіяся къ нормѣ. Повидимому, послѣ подобныхъ работъ и изслѣдованій, произведенныхъ экспериментально на животныхъ, пониманіе измѣненій, претерпѣваемыхъ нервной клѣткой послѣ отравленія ядомъ столбняка, сдѣлалось вполне яснымъ и опредѣленнымъ.

Въ виду этого было бы интереснымъ и важнымъ изслѣдовать мозгъ человѣка, страдавшаго такой тяжелой болѣзненной формой, какъ тетанусъ, и сравнить подобныя измѣненія съ тѣми, какія описаны упомянутыми авторами и изучены при экспериментахъ на животныхъ.

Описаній случаевъ столбняка у человѣка довольно много, но изслѣдованій нервной системы съ употребленіемъ окраски по Nissl'ю очень мало. Поэтому появленіе большого количества работъ по этому вопросу значительно облегчитъ пониманіе измѣненій нервной системы и вообще будетъ содѣйствовать уясненію патологіи нервной клѣтки.

Въ виду такихъ соображеній я и думаю, что описаніе случая травматическаго столбняка у человѣка, наблюдавшагося въ Казанской Губернской Земской больницѣ, будетъ представлять нѣкоторый интересъ. Я знаю, что мое изслѣдованіе

¹⁾ Долговъ. Къ вопросу объ измѣн. нервн. кл. сп. м. при усиленной ихъ дѣятельности (tetanus). Дневникъ VII Пирогов. съѣзда. 1899 г.

является не поднимъ, но думаю, что опубликованіе и такихъ изслѣдованій дастъ матеріаль къ разработкѣ вопроса, такъ живо интересующаго многихъ невропатологовъ, а именно - вопроса объ измѣненіи нервной кѣтки вообще и въ частности объ измѣненіи ея при страданіи столбнякомъ.

Перехожу теперь къ описанію случая, послужившаго мнѣ матеріаломъ для настоящаго сообщенія.

Исторія болѣзни даннаго субъекта немногосложна.

20-го мая 1899 года больной 43 л., по профессіи кучерь, упалъ съ сѣновала на землю и ударился правымъ вискомъ. На мѣстѣ ушиба образовалась небольшая рана, проникающая только кожу; кость не была повреждена. Вскорѣ, на седьмой день, больной почувствовалъ затрудненіе при жеваніи вслѣдствіе спазма жевательныхъ мышцъ.

При изслѣдованіи оказалось слѣдующее: Больной X. 40 лѣтъ, достаточнаго питанія, правильнаго тѣлосложенія. На правомъ вискѣ хорошо зажившая рана. Темпер.=37,7С., пульсъ 75. Со стороны внутреннихъ органовъ измѣненій не замѣтно. Слабо выраженный артеріосклерозъ. Чувствительность измѣненій не представляетъ. Пателлярные рефлексы повышены нѣсколько. Тризмъ. Ригидность мышцъ шеи, спины, живота и меньшая конечностей—рукъ и ногъ. Мочеотдѣленіе и дефекація правильны. Моча нормальна. Больной въ полномъ сознаніи. На слѣдующій день (30 мая) утромъ $t^0=36,8$, веч. $t^0=36,9$. Въ теченіи дня приступы судорогъ всего тѣла. Вечеромъ введенъ подъ кожу живота антигосивъ Tizzoni (1:4000000). Послѣ этого больной сталъ чувствовать себя лучше. 31 мая въ теченіи дня вновь судороги. Въ 12 ч. дня и вечеромъ въ 7 ч. введенъ подъ кожу антитоксинъ. Состояніе больного къ вечеру ухудшилось.

Утромъ въ этотъ день $t^0=36,5$, а веч. $t^0=37,2$. Въ этотъ день для облегченія больного и успокоенія судорогъ введено *per os* *Cloral-hydrat*, а подъ кожу растворъ

морфія. 1-го іюня при $t^0 = 38,8$ —скончался. Въ теченіи лѣченія введено больному около 3 grm. антитоксина Tizzoni.

Я не буду приводить подробно протоколъ вскрытія, такъ какъ онъ не представляетъ чего-либо особеннаго, чего-либо заслуживающаго нашего вниманія. Скажу только, что рѣзкихъ измѣненій въ органахъ, по крайней мѣрѣ макроскопически, не найдено. Опишу только подробнѣе интересующія насъ измѣненія въ спинномъ мозгу.

Макроскопически мозгъ не представляетъ, какъ сказано, рѣзкихъ, замѣтныхъ измѣненій. Для изслѣдованія микроскопическаго взяты куски спинного мозга; часть положена въ жидкость Ванъ Гехухтена. Дальнѣйшая обработка кусковъ производилась обычнымъ способомъ: алкоголь, заливка въ парафинъ и т. д. Окраска Toluidinblau производилась по способу, употребляющемуся въ Казанской физиологической лабораторіи. Послѣ обработки срѣзовъ по указанному методу я получила слѣдующую картину ¹⁾.

Въ срѣзахъ спинного мозга нервныя клѣтки представляются значительно уклоняющимися отъ обычной нормальной клѣтки человѣка. Уклоненія эти замѣтны не только въ крупныхъ клѣткахъ передняго рога, но также въ другихъ нервныхъ клѣткахъ передняго и задняго рога.

Нужно отмѣтить, что измѣненныя нервныя клѣтки встрѣчаются не по всему срѣзу одинаково, а встрѣчаются, хотя очень рѣдко, и такъ, что рядомъ съ сильно измѣненной нервной клѣткой лежитъ мало измѣненная или почти нормальная. Нельзя сказать также, чтобы наблюдались измѣненія клѣтокъ только определенной группы или въ определенномъ участкѣ или части мозга. Видимой какой-либо правильности, избирательности, чтобы напр. одна группа клѣтокъ измѣнялась предпочтительно предъ другой, съ увѣренностью констатировать нельзя. Я опишу измѣненія нервныхъ клѣтокъ

¹⁾ Препараты были демонстрированы въ засѣданіи 0.ва.

въ такой послѣдовательности, что сначала пойдутъ клѣтки сравнительно мало измѣненныя, затѣмъ болѣе и наконецъ клѣтки, представляющіяся очень рѣзко измѣненными. Впередъ долженъ сказать, что клѣтокъ первой группы, т. е. мало измѣненныхъ, встрѣчалось всего болѣе, тогда какъ меньшее количество клѣтокъ было видно второй группы и наконецъ очень мало замѣчено чрезвычайно рѣзко измѣненныхъ.

Измѣненныя нервныя клѣтки представляются въ такомъ видѣ. Клѣтки передняго рога, имѣющія различную форму, но въ большинствѣ приближающіяся къ круглой формѣ; клѣтки многоростчаты. Въ тѣлѣ клѣтки замѣтно круглой

Рис. 1.



Нервная клѣтка передняго рога спинного мозга человека. Tetanus.

Рис. 2.



Нервная клѣтка задняго рога спинного мозга человека. Tetanus.

Рис. 3.



Нервная клѣтка передняго рога. Tetanus.

Reich. Ob. $\frac{1}{12}$. Oc 4.

или также овальной формы ядро, лежитъ оно чаще центрально и рѣже нѣсколько эксцентрично. Граница ядра рѣзка. Ядро содержитъ въ большинствѣ клѣтокъ хроматинъ, распределенный въ маломъ количествѣ и болѣе или менѣе равномерно. Положеніе ядрышка тоже различно, чаще срединное и рѣже эксцентричное. Въ нѣкоторыхъ ядрышкахъ замѣтны свѣтлыя мѣста. Окрашено ядрышко въ довольно густой синий цвѣтъ. Между ядромъ и периферіей клѣтки тѣло клѣтки имѣетъ пестрый видъ. Въ тѣлѣ клѣтки видны хромофили, расположеніе, величина, количество ихъ различно въ различныхъ клѣткахъ. Именно въ передне-роговыхъ клѣткахъ

хромофилей нѣсколько меньше нормы, самыя зерна мельче и нѣкоторыя зерна не ясно контурированы, интенсивность окраски зеренъ тоже неодинакова: есть интенсивно окрашенная, а есть и блѣдно окрашенная; послѣднихъ сравнительно мало. Разрѣженность и даже полное исчезаніе хромофилей больше выражено на периферіи клѣтки.

Клѣтки передняго рога нѣсколько меньшихъ размѣровъ, чѣмъ описанныя выше, содержатъ меньшее количество хромофилей и тоже разрѣженность хромофилей и даже исчезаніе ихъ замѣчается на периферіи клѣтки.

Встрѣчаются въ переднемъ рогѣ клѣтки съ еще меньшимъ содержаніемъ хромофилей и значительное разрѣженіе хромофилей и измельчаніе ихъ по всему тѣлу клѣтки. Но такихъ клѣтокъ меньше. Очень мало сравнительно замѣчается клѣтокъ совершенно лишенныхъ хромофилей и такія клѣтки встрѣчались намъ въ заднемъ рогѣ. Встрѣчались, правда, въ небольшомъ числѣ клѣтки, содержащія ядро, лежащее на периферіи клѣтки; ядрышко въ такихъ клѣткахъ тоже смѣщено къ периферіи клѣтки. Протоплазма же, лишенная совершенно хромофилей, представлялась слабо окрашенной въ синеватый цвѣтъ или совершенно неокрашенной. Есть клѣтки передняго рога, имѣющія въ протоплазмѣ распредѣленіе хромофилей, довольно крупныхъ, на периферіи клѣтки въ видѣ кольца, а вся остальная часть протоплазмы безцвѣтна, лишена хромофилей.

На небольшомъ числѣ препаратовъ встрѣтились клѣтки въ переднемъ рогѣ, содержащія измельченныя хромофильныя зернышки въ видѣ синей пыли и присутствіе вокуоль. Почти во всѣхъ клѣткахъ, преимущественно въ крупныхъ нервныхъ клѣткахъ передняго рога, рѣзко бросается въ глаза содержаніе мелкихъ желтыхъ и желтоватыхъ зернышекъ, расположенныхъ въ тѣлѣ клѣтки въ видѣ кучки и рѣже полосы. На мѣстахъ нахождения подобныхъ образованій Nissl'евскихъ тѣлъ нѣтъ, конечно. Встрѣчаются подобныя образованія въ клѣткахъ, содержащихъ сравнительно порядочное количество

Nissl'евскихъ тѣлъ и въ такихъ клѣткахъ, гдѣ Nissl'евскихъ тѣлъ мало.

Что касается отростковъ нервныхъ клѣтокъ, то нужно сказать слѣдующее. Протоплазматическіе отростки большинства клѣтокъ лишены хромофильныхъ образований, въ особенности у тѣхъ клѣтокъ, которыя и сами содержатъ мало и болѣе мелкихъ хромофилей, и у тѣхъ, которыя совершенно лишены хромофилей. Протоплазматическіе отростки у такихъ клѣтокъ являются блѣдными, слабо или ясно контурированы, а на мѣстахъ хромофилей или едва замѣтные слѣды окрашивающагося вещества, какъ бы тѣни хромофилей, или совершенно не замѣтно и слѣдовъ хромофилей. Осевояцилиндрическіе отростки представляются у большинства клѣтокъ совершенно безцвѣтными или у нѣкоторыхъ клѣтокъ слабо окрашенными въ голубоватый цвѣтъ.

Въ общемъ на нашихъ препаратахъ изъ спинного мозга клѣтки содержатъ различное количество хромофильнаго вещества, но во всякомъ случаѣ меньшее, чѣмъ въ нормальныхъ клѣткахъ. Присутствующія хромофилы представляются у большинства клѣтокъ въ то же время и меньшихъ размѣровъ. Кромѣ того въ клѣткахъ среди хромофилей виденъ пигментъ въ видѣ желтыхъ мелкихъ зеренъ, расположенный чаще кучками, рѣже полосами. Мало сравнительно клѣтокъ, содержащихъ хромофилы въ видѣ мельчайшей синей пыли, и еще меньше совершенно лишенныхъ хромофильнаго вещества или содержащихъ вакуолы. Я не встрѣчалъ такихъ клѣтокъ, какія описаны Marínescu у морскихъ свинокъ послѣ отравленія ихъ токсичномъ столбнякомъ, а именно, гдѣ часть клѣтки густо окрашена въ синій цвѣтъ, а другая часть почти обезцвѣчена, и которыя Marínescu считаетъ характерными для даннаго отравленія.

Здѣсь же я считаю нужнымъ дополнить мое изслѣдованіе тѣмъ замѣчаніемъ, что спинной мозгъ изслѣдованъ (д-ромъ Янишевскимъ) и по методу Golgi, причемъ какихъ-либо уклоненій отъ нормальной картины мозга не замѣчено.

Данный случай представляет интересъ, на нашъ взглядъ, помимо только-что описанныхъ измѣненій, и въ другомъ отношеніи, такъ сказать, съ практической точки зрѣнія.

Дѣло въ томъ, что, какъ извѣстно, подобное инфекціонное заболѣваніе предложено лѣчить антитоксинами Tizzoni и антитоксической сывороткой, какъ единственно рациональное лѣченіе. Правда эксперименты на животныхъ дали возможность надѣяться, что въ раннихъ случаяхъ, въ началѣ болѣзни, антитоксинъ можетъ привести соотвѣтствующую пользу, даетъ возможность останавливать процессъ и повести къ излѣченію болѣзни. Такъ, мы выше указали на опыты Goldscheider et Flatau, которые дали подтвержденіе рациональности примѣненія антитоксина. Однако, несмотря на такія указанія, не всегда получается благоприятный результатъ сывороточнаго лѣченія. Проглядывая литературу по данному вопросу, я встрѣтилъ между прочимъ описаніе случая излѣченія отъ столбняка при употребленіи антитоксина Tizzoni. Такъ мнѣ извѣстенъ случай Casali, случай аналогичный нашему, гдѣ Tizzoni, приглашенный къ больной, излѣчилъ ее, примѣняя антитоксинъ въ теченіи 3 дней. Лѣченіе началось на 13 день зараженія и продолжалось въ теченіи 3 дней, при чемъ потрачено было около 1,0 антитоксина, и вводился онъ въ подкожную кѣтчатку. Смертность по послѣднимъ статистическимъ вычисленіямъ (Holsti) опредѣляется въ среднемъ около 45% съ небольшимъ колебаніемъ въ ту и другую сторону. Правда, другіе (Gowers) вычисляютъ значительно большій процентъ.

При лѣченіи антитоксической сывороткой процентъ смертности вычисляется близкимъ къ смертности безъ лѣченія сывороткой. Такой результатъ лѣченія сывороткой рѣзко противорѣчитъ результатамъ, полученнымъ итальянскими врачами, а въ особенности Tizzoni. У послѣдняго почти всѣ случаи столбняка, лѣченные имъ предложеннымъ антитоксинами, по крайней мѣрѣ случаи опубликованные, кончились выздоровленіемъ. Нашъ случай, какъ извѣстно изъ исторіи болѣзни, окончился неудачно, несмотря на сравнительно

раннее примѣненіе антитоксина. Приводимый здѣсь случай относится къ тѣмъ неудачнымъ случаямъ, которые описаны въ большомъ количествѣ; такимъ образомъ и мы должны сказать, что по крайней мѣрѣ въ подобныхъ нашему случаю столбняка столь повидному рациональное средство, какъ антитоксинъ Tizzoni, является ненадежнымъ. Отчего зависить подобная неудача, конечно, рѣшать мы не осмѣливаемся, а только констатируемъ фактъ и судить о подобныхъ вещахъ предоставляемъ болѣе авторитетнымъ по данному вопросу лицамъ.

Изъ анатомо-физиологической лабораторіи при клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. В. М. Бехтерева.

Вліяніе перевязки шейныхъ артеріальныхъ стволовъ въ молодомъ возрастѣ на развитіе черепа и мозга¹⁾.

Д-ра М. А. Коносовича.

Извѣстныя еще въ глубокой древности перевязка и компрессія шейныхъ сосудовъ (сонныхъ и позвоночныхъ) въ теченіе цѣлаго ряда вѣковъ третировались различно и подвергались самымъ разнообразнымъ толкованіямъ. (Интересующихся исторіей этихъ операцій отсылаю къ статьѣ N. Chevers'a, см. литературу). Было время, когда, признавая всю безнаказанность перевязки одной сонной артеріи, лигатуру двухъ каротидъ считали операціей, неизбежно влекущей къ летальному исходу. Коза и голубь, оперированные такимъ образомъ въ 1831 году проф. Мауеромъ, погибли на 4-ый день, спящій сурокъ не пробудился, и т. д. Научившись затѣмъ усиленно перевязывать сонныя артеріи, такъ что животныя болѣе не гибли, операторы не могли еще сладить съ позвоночными: смерть животныхъ наступала неминуемо; въ объясненіе этого факта приводили то соображеніе, что позвоночныя артеріи предназначены питать глубокіе участки

¹⁾ Работа эта была закончена еще къ октябрю 1897 года и была премирована конференціей Императорской Военно-Медицинской Академіи золотой медалью.

мозга. То было въ до-Листеровское время, когда антисептика и асептика не имѣли правъ гражданства. Вскрытія большею частью не дѣлались, такъ какъ хирургъ былъ заранѣе убѣжденъ, что смерть послѣдовала отъ характера самой операціи, а никакъ не отъ того, какъ была проведена эта операція. Впрочемъ, даже въ то время бывали весьма поучительные случаи: А. Соорег (въ 1831 г.) перевязалъ заразъ всѣ 4 шейно-мозговыхъ сосуда у собаки. Животное выжило и затѣмъ черезъ 9 мѣсяцевъ было инъецировано для изученія путей коллатеральнаго кровообращенія. Справедливость требуетъ сказать, что у этого же знаменитаго хирурга послѣ такого счастливаго случая былъ рядъ неудачъ.

За исключеніемъ развѣ одной лошади (мула тоже), у которой, дѣйствительно, широкія въ началѣ и чрезвычайно узкія передъ вступленіемъ въ черепную полость позвоночныя артеріи исключаютъ возможность одновременной перевязки обѣихъ сонныхъ,—мы знаемъ въ настоящее время, что объектомъ для подобной операціи можетъ быть всякое животное, при чемъ теперь не дѣлается никакого различія между сонными и позвоночными артеріями, въ смыслѣ безнаказанности перевязки первыхъ и крайней опасности послѣднихъ. Наоборотъ, кажется страннымъ, какимъ образомъ такъ долго не могли додуматься до этого послѣдняго вывода. Стоитъ только взять въ руки анатомическій атласъ и взглянуть на карту артерій мозга, на этотъ *circulus arteriosus Willisii*, образуемый *a. basilaris*, обѣими *aa. cerebri posteriores (profundae cerebri)*, обѣими *aa. communicantes posteriores*, стволами обѣихъ *aa. carotides internae*, обѣими *aa. cerebri anteriores (corporis callosi)* и *a. communicans anterior*,—чтобы неволью родилась мысль: если перевязать обѣ сонныя, или обѣ позвоночныя, или даже цѣлыхъ три сосуда (на выборъ), вѣдь дѣло отъ этого мало измѣнится: компенсаторно расширенный сосудъ, при повышенномъ давленіи, будетъ выбрасывать въ обезкровленный временно мозгъ приблизительно ту же массу крови, какую, при обыкновенныхъ условіяхъ, даютъ

всѣ четыре сосуда! Вотъ, до перерѣзки всѣхъ сосудовъ могли додуматься только послѣ того, какъ развилось ученіе о коллатеральномъ кровообращеніи. Тѣмъ не менѣе, дѣло, повидимому, не такъ просто обстоитъ, какъ оно на первый взглядъ кажется. Очевидно, есть какія-то неблагоприятныя условія—недостатокъ - ли анастомозовъ (у кроликовъ, напр., нѣтъ *a. communicans anterior* въ *circulus Willisii*) или сравнительно низкое кровяное давленіе, закупорка сосуда или наконецъ какаѣ-нибудь еще невѣдомая причина, если иногда, при дѣланіи операціи *lege artis*, при полномъ и строгомъ соблюденіи завѣтовъ асептики и антисептики, наступаетъ, однако, некрозъ ткани, даже при перерѣзкѣ двухъ только сосудовъ, какъ о томъ упоминають авторы. Gudden, перевязывая обѣ каротиды трехдневнымъ кроликамъ, замѣчалъ некрозъ на кончикахъ ушекъ и на другихъ мѣстахъ.

Спрашивается теперь, какъ скоро возстанавливается кровообращеніе въ мозгу послѣ перерѣзки шейныхъ сосудовъ? Меморскій нашелъ, что, при прерываніи тока крови въ сонной артеріи у собаки, струя крови въ *a. centralis retinae* прерывалась только на мгновеніе; при прижатіи обѣихъ сонныхъ, она прерывалась на 2—3". У кролика прерываніе струи, при тѣхъ-же условіяхъ, вовсе не было. Далѣе, изъ изслѣдованій того-же автора оказалось, что у собаки достаточно одной только позвоночной артеріи, чтобы *aa. centrales retinae* сохранили нормальное количество крови. Kussmaul нашелъ, что прижатіе обѣихъ сонныхъ у кролика остается безъ вліянія на цвѣтъ глазного дна, между тѣмъ какъ другіе признаки недостаточнаго количества крови—сжиманіе глазной щели, суженіе зрачка и проч.—въ большинствѣ случаевъ были на лицѣ. (Послѣднее я тоже наблюдалъ, но, во всякомъ случаѣ, такія явленія весьма скоропреходящи). Полная анемія мозга и глазного дна происходила у кролика только тогда, когда сжимался безымянный стволъ, если передъ тѣмъ была перевязана лѣвая подключичная артерія (см. ниже анатомическую особенность кровеносной системы у кролика).

Н. И. Пироговъ также произвелъ рядъ опытовъ надъ животными, результаты коихъ наглядно убѣждаютъ насъ въ необычайной скорости восстановленія коллатеральнаго кровообращенія: такъ, лигатура брюшной аорты у собакъ и телятъ только на нѣсколько секундъ останавливаетъ кровотеченіе изъ перерѣзанной бедренной артерій; у ягненка и овцы—на нѣсколько минутъ; у барана же, по прошествіи часа послѣ перевязки брюшной аорты, перерѣзанная бедренная артерія дала только слабое кровотеченіе по каплямъ, а не струей. (Потомъ, часовъ черезъ 12—48, большинство крупныхъ животныхъ обыкновенно погибало при явленіяхъ вялости и слабости движеній заднихъ конечностей, иногда при параличѣ ихъ, при затрудненномъ частомъ дыханіи и нѣсколько неправильномъ біеніи сердца). На основаніи своихъ опытовъ Пироговъ высказываетъ предположеніе, что у различныхъ животныхъ отношеніе между площадями поперечниковъ ствола и вѣтвей различно, что и обуславливаетъ неодинаковое реагированіе различныхъ животныхъ на перевязку однихъ и тѣхъ-же артерій. Кроликъ, собака и баранъ переносятъ, безъ особенныхъ затрудненій, одновременную лигатуру обѣихъ сонныхъ, хотя и у нихъ являются иногда: рвота, stupor etc.; нѣкоторые изслѣдователи (проф. Неммертъ) упоминаютъ объ изъязвленіи роговицы послѣ перевязки двухъ сонныхъ или обѣихъ сонныхъ и обѣихъ позвоночныхъ артерій. У лошади и мула, какъ выше сказано, перевязка обѣихъ каротидъ всегда смертельна отъ переполненія легкихъ кровью и экстравазатозъ въ нихъ. Обыкновенно же коллатеральное кровообращеніе восстанавливается феноменально быстро. Какъ на non plus ultra въ этомъ отношеніи слѣдуетъ указать на упомянутую выше Соорег'овскую собаку съ одновременной лигатурой всѣхъ четырехъ шейныхъ сосудовъ. Масса анастомозовъ, конечно, служитъ на пользу животному организму, но эта же масса является, прямо-таки, бичемъ для хирурговъ, которые, прибѣгнувъ къ предварительной лигатурѣ (ligature préalable) и нѣкоторымъ другимъ, имѣющимся въ ихъ распоряженіи,

средствамъ, нѣрѣдко, все-таки, не могутъ избавиться отъ сильныхъ потерь крови при операціи и отъ послѣдовательнаго послѣ нея кровотеченія. Въ моей практикѣ встрѣтился такой случай: кролику былъ перерѣзанъ (на 20-ый день послѣ первой операціи) послѣдній остававшійся еще нетронутымъ сосудъ (a vertebralis sinistra), и черезъ 5 минутъ (sic) онъ уже начиналъ ѣсть хлѣбъ!

Но однихъ анастомозовъ недостаточно было-бы животному, чтобы вынести перерѣзку всѣхъ шейныхъ сосудовъ. На сей конецъ животный организмъ обладаетъ замѣчательной способностью — творить новые сосуды. До сихъ поръ остается тайной мірозданія, какимъ образомъ организмъ животного и человѣка проникается сознаніемъ угрожающей ему опасности, но разъ это случится, часть клѣточекъ несетъ свою посильную лепту на общее благо, для спасенія всего организма, т. е. всѣхъ клѣточекъ его отъ предстоящей имъ гибели. Начинается усиленная спѣшная работа милліардовъ маленькихъ тѣлецъ, въ результатѣ которой являются новые сосуды; мало того, этихъ послѣднихъ окажется даже больше, чѣмъ бы слѣдовало. Два оперированныхъ мною кролика съ перерѣзкой всѣхъ шейныхъ сосудовъ, а равно два контрольныхъ къ нимъ, были наиты по способу Тейхмана (льняное масло, мѣлъ, спиртъ и киноваръ, смѣсь чего доводится до желаемой консистенціи — обыкновенно совершенно жидкой — и до желаемой силы окраски). Получилась чудная картина: можно было разсмотрѣть мельчайшіе сосудики, не исключая и vasa vasorum. Замѣчательно при этомъ было то, что, тогда какъ шейка контрольнаго кролика оставалась по прежнему блѣдна, оперированный кроликъ (по удаленіи шкурки, конечно) казался издали красноватымъ: такъ много у него было артеріальныхъ вѣточекъ; по количеству ихъ было приблизительно раза въ 4 больше, чѣмъ у кролика нормальнаго (хотя калибръ первыхъ значительно уступалъ калибру послѣднихъ). Можно съ увѣренностью сказать, что площадь сѣченій всѣхъ сосудовъ (артеріальныхъ) оперированнаго кролика все-таки была больше

таковой у кролика контрольного. Я пытался срисовать все эти сосуды (см. таб. I), но долженъ сознаться, что если мнѣ это и удалось относительно контрольного животного, то далеко не все артерійки оперированнаго кролика нанесены мною на таблицу: ихъ слишкомъ было много и часто лежали онѣ въ разныхъ плоскостяхъ, прикрывая другъ друга.

При этой наливкѣ оказались слѣдующіе коллатеральные пути:

Мышечный анастомозъ изъ *a. lingualis* въ видѣ нѣсколькихъ вѣтвей спускается внизъ по *m. sterno-cleido-mastoideus* и сливается съ вѣтвями *a. subclaviae*, выходящими изъ перваго ея отдѣла.

Красивый сѣтчатый анастомозъ лежитъ въ существѣ *m. sterno-cleido-mastoidei*: вверху сливается съ вѣтвями *a. auricularis posterior*, внизу съ вѣтвями *a. cervicalis ascendens*.

Крупная вѣтвь изъ *a. transversa colli* идетъ вверхъ и анастомозируетъ съ вѣтвями *a. cervicalis descendens*, а равно меньшими своими вѣточками проникаетъ въ *canalis transversarius*, гдѣ анастомозируетъ съ верхнимъ отрѣзкомъ *art. vertebralis*.

Крупный и очень длинный анастомозъ изъ *a. cervicalis descendens* (изъ *a. occipitalis*) переходитъ на затылкѣ слѣва направо и впадаетъ въ *a. subscapularis*, анастомозируя на пути со многими другими мышечными артеріями.

A. occipitalis съ своею *a. cervicalis descendens* образуетъ, вмѣстѣ съ таковою же противоположной стороны, крупно-петлистую сѣть, которая, въ свою очередь, даетъ отъ себя мелко-петлистыя сѣти—одну глубокую, другую поверхностную, одутывающія со всехъ сторонъ мышцы задней поверхности шеи.

Невольно бросается въ глаза скудость сосудовъ на передней поверхности шеи (по крайней мѣрѣ сравнительная) и необычайное обиліе ихъ на задней, такъ что центръ тяжести кровоснабженія какъ бы перенесенъ спереди назадъ.

Послѣ всего сказаннаго теперь становится на очередь вопросъ: какое же вліяніе оказываетъ на черепъ и мозгъ перерѣзка шейныхъ сосудовъ и вообще оказываетъ ли она какое либо вліяніе? Что касается второй половины этого вопроса, то мы должны отвѣтить утвердительно. Перерѣзавъ, напр., обѣ *carotides*, мы заставляемъ позвоночныя артеріи компенсаторно раздаться, но, все-таки, эта компенсація будетъ неполная: во-первыхъ, костная ткань, окружающая *foramina transversaria*, не можетъ сразу ресорбироваться (современемъ это наступаетъ) и дать тѣмъ возможность проходящей въ этихъ *foramina* артеріи растянуться до крайнихъ предѣловъ; во-вторыхъ, приходится также считаться и съ сосудистымъ тонусомъ. Такъ или иначе, но должно протечь извѣстное время, пока авастомозы и имѣющіе создаться новые сосуды не возмѣстятъ вполне организмъ за отнятыя у него сонныя артеріи, и пока мозговое кровообращеніе возстановится *ad normam*, а между тѣмъ успѣютъ развиваться нѣкоторыя измѣненія, которыя потомъ, не такъ скоро, однако исчезнутъ (но исчезнутъ непремѣнно,—я говорю о молодомъ возрастѣ,—какъ только утихнетъ въ организмѣ буря, вызванная перерѣзкой двухъ крупныхъ, питающихъ мозгъ, сосудовъ).

Что же касается первой половины приведеннаго выше вопроса, то я бы отвѣтилъ такъ: вліяніе, оказываемое на мозгъ и черепъ перерѣзкой шейныхъ сосудовъ, сходно съ вліяніемъ голоданія на центральную нервную систему, а потому все, что извѣстно объ этомъ послѣднемъ вліяніи, примѣнимо и къ первому, хотя въ гораздо меньшей степени, поскольку недостаточный притокъ крови къ извѣстному участку есть только слабая степень голоданія. Продолжительнаго полного голоданія такимъ способомъ мы не можемъ вызвать въ нервной системѣ (я опять-таки говорю о молодыхъ субъектахъ): тутъ нѣтъ мѣста какому бы то ни было компромиссу, невозможна здѣсь золотая середина: тутъ или все, или ничего, либо павъ, либо пропаль: если мы абсолютно исключимъ доступъ крови въ мозгъ, перерѣжемъ всѣ шейные сосуды (при условіи полного

отсутствіи анастомозовъ),—лишенная питанія нервная клітка просуществовать долго не будетъ въ состояніи, пройдетъ часъ-два, если не меньше, и жизни ея не стало. Если же смерть не наступила вслѣдъ за операціей и индивидъ остался жить (при наличности, попятно, анастомозовъ),—онъ скоро выпутается изъ затруднительнаго положенія, оправится и залѣчитъ потомъ свои раны—вызванныя варушеніемъ питанія измѣненія въ мозгу.

Здѣсь уместно указать на разницу, существующую въ этомъ отношеніи между молодымъ субъектомъ и взрослымъ, тѣмъ болѣе—старымъ, между человѣкомъ и животнымъ. Чѣмъ клітка менѣе избалована (другими словами, чѣмъ менѣе она дифференцирована, чѣмъ ниже стоитъ на ступеняхъ организаціи) и чѣмъ она моложе, тѣмъ запасъ жизненной энергии у нея больше, тѣмъ лучше она можетъ приравливаться къ новымъ необычнымъ условіямъ, предъявляемымъ ей, тѣмъ рѣшительнѣе отстаиваетъ она свое существованіе. Перерѣжьте червя и рака пополамъ: червь будетъ жить, ракъ погибнетъ, отломайте молодому раку клешню—у него вырастетъ новая, продѣлайте ту же операцію надъ старымъ—онъ навсегда останется безъ этого органа передвиженія и захвата. Если мы будемъ исподволь рѣзать сосуды изъ молодого индивида, онъ живо будетъ справляться съ причиняемыми ему поврежденіями и выйдетъ въ концѣ концовъ побѣдителемъ, взрослый же организмъ, утратившій значительную долю своей способности ассимиляціи, можетъ пасть въ неравномъ бою. Съ другой стороны, всѣ операціи, которыя мы продѣлываемъ надъ животными, и тѣ выводы, которые являются слѣдствіемъ этихъ операцій, къ человѣку должны быть прилагаемы съ величайшей осторожностью, въ виду высшей организаціи (а потому и большей вѣжности) человѣческихъ клітокъ въ сравненіи съ клітками животнаго.

Прежде чѣмъ приступить къ экспериментальной части моей работы, считаю великимъ предослать краткія указанія особенностей у кроликовъ и собакъ системы сосудовъ, выходящихъ изъ *arcus aortae* и расположенныхъ на основаніи мозга. Отъ таковой же у человѣка она отличается у нихъ тѣмъ, что изъ дуги аорты выходятъ не три главныхъ ствола, а только два, именно: *truncus anonymus*, непосредственно у своего начала дающій *a. carotis sinistra*, а затѣмъ дѣлящійся на двѣ вѣтви—*a. carotis dextra* и *a. subclavia dextra*, и *art. subclavia sinistra*. Въ 2 или 3⁰/₁₀ всѣхъ случаевъ изъ *truncus anonymus* выходятъ лишь 2 сонныя артеріи; *a. subclavia dextra* въ такомъ случаѣ отходитъ слѣва, рядомъ съ *a. subclavia sinistra*. Изъ каждой подключичной—правой и лѣвой—выходитъ позвоночная артерія—*a. vertebralis dextra et sinistra*. *A. carotis communis* около нижняго края *glandula parotis* дѣлится на *a. carotis interna et externa*. Последняя, сильнѣе развитая, чѣмъ первая, даетъ, между прочимъ, отъ себя *a. occipitalis*, которая, въ свою очередь, посылаетъ значительную *ramus inferior (a. cervicalis descendens)*, анастомозирующую съ вѣтвью *a. transversae colli*. *A. carotis interna* даетъ *a. communicans posterior* и дѣлится на довольно сильную *a. cerebri anterior (a. corporis callosi)* и болѣе слабую *a. cerebri media (fossae Sylvii)*. Передней сообщительной вѣтви на основаніи мозга—*a. communicans anterior*—у кроликовъ вовсе не существуетъ, вслѣдствіе чего *circulus Willisii* является неполнымъ. Остальныя артеріи не представляютъ ничего особеннаго.

Для своихъ операцій я пользовался кроликами приблизительно мѣсячнаго возраста и никакъ не моложе 3-хъ недѣль. Хотя *Gudden* ухитрился дѣлать перевязки обѣихъ каротидъ на 4-дневныхъ крольчихахъ, но воспользоваться этимъ прецедентомъ я не могъ, во-первыхъ, потому, что если и можно достигнуть въ концѣ концовъ совершенства въ дѣлѣ перевязыванія сонныхъ артерій у четырехдневныхъ животныхъ, то перевязать позвоночную артерію—что обязательно входило въ мою программу и не представляло большого инте-

реса для Gudden'a—не удастся ни на четырех- ни на десятидневномъ или даже двухнедѣльномъ; между обѣими этими операціями есть огромная разница: тогда какъ, при извѣстномъ навыкѣ, на кроликѣ обѣ сонныя артеріи можно перевязать въ 10—15 минутъ (а я ихъ перерѣзывалъ, что тоже нѣсколько тормозить дѣло),—перевязать, а тѣмъ болѣе перерѣзать позвоночную артерію безъ посторонней помощи (которая, однако, здѣсь совсѣмъ неумѣстна: ужъ очень мало операціонное поле!) скорѣе чѣмъ въ $\frac{3}{4}$ или даже 1 часъ не сумѣешь, а десятидневному кролику довольно одинъ часъ пребыть растянутымъ на столѣ, чтобы потомъ свять его мертвымъ, хотя бы даже съ невыполненной операціей (значить, тутъ сама травма больше дѣйствуетъ, чѣмъ перерѣзка сосуда): слишкомъ хрупкое созданіе—кроликъ въ возрастѣ 10—14 дней (а о 4-хъ дняхъ и говорить нечего!). Мнѣ не одинъ разъ пришлось получить такого рода сюрпризы: провозившись какой-нибудь часъ надъ животнымъ, переживъ за это время немало волненій и мукъ, наконецъ перерѣзавъ, безъ малѣйшаго кровотеченія, ту или другую vertebralis (на кроликѣ, замѣтите, не моложе 3-хъ недѣль),—я нерѣдко развязывалъ его потомъ только для того, чтобы дать ему возможность спокойно умереть! (Въ дальнѣйшемъ изложеніи всѣ несчастные случаи будутъ приведены наряду съ удачными). Gudden не говоритъ, какъ онъ дѣлалъ свои операціи: привязывалъ ли животныхъ, или нѣтъ? Подозрѣваю, что нѣтъ, и что ихъ ему, прямо держали, что сильно увеличиваетъ шансы на успѣхъ операціи: такими же удобствами я не могъ располагать. Вторыхъ, мнѣ приходилось слышать отъ лицъ, заслуживающихъ полного довѣрія, что мать-кроликъ, видя, какъ ея незрѣлыхъ (напр., четырехдневныхъ) дѣтенышей таскаютъ изъ гнѣзда, всѣхъ оставшихся подъ нею давить или, что одно и то же по послѣдствіямъ—отказываетъ имъ въ груди, даже если бы первые (взятые) были возвращены потомъ, такъ что младенцамъ неминуемо угрожаетъ голодная смерть, если не приступить къ ихъ искусственному вскармливанію. На этотъ

счетъ относительно кроликовъ не имѣю своего личнаго опыта, — онъ у меня есть по отношенію къ собакамъ, и я могу подтвердить справедливость приведенныхъ словъ. Такимъ образомъ создается новое условіе—необходимость выкармливанія кроликовъ искусственнымъ путемъ,—которому, къ сожалѣнію, я тоже не могъ удовлетворить (въ видѣ опыта, кормилъ нѣсколько дней пипеткой десятидневныхъ кроликовъ, но все-таки не выкормилъ; погибли со вздутыми животами, быть можетъ отъ того сахара, который я добавлялъ къ молоку).

Итакъ, въ силу необходимости мы должны оперировать на кролькахъ приблизительно мѣсячнаго возраста и ужъ никакъ не моложе трехъ недѣль. Этимъ создается новое (второе) условіе, уменьшающее шансы на полученіе какихъ-либо разительныхъ примѣровъ недоразвитія мозга оперированнаго животнаго. (Первое условіе, напомнимъ,—неудовлетворительность, въ виду скорого возстановленія коллатеральнаго кровообращенія, самой перерѣзки сосудовъ, какъ фактора, способнаго вызвать тѣ или другія рѣзкія измѣненія въ мозгу). Въ самомъ дѣлѣ, что собой представляетъ черепъ и мозгъ трехъ-четыре-недѣльнаго кролика? Большая ли разница между тѣмъ и другимъ у такого еще юваго животнаго и у совершенно развившагося? Я не говорю о молекулярномъ строеніи нервныхъ волоконъ, устанавливающимъ постепенную градацію отъ самаго молодого до вполне возмужалаго и наконецъ стараго возраста. Нѣтъ, я хочу сказать, что въ морфологическомъ отношеніи черепъ молодого животнаго мало чѣмъ отличается отъ черепа взрослого: онъ уже почти вполне окостенѣвшій и ужъ никоимъ образомъ не хрящевой или перепончатый. (Превращеніе перепончатого основанія черепа въ хрящевой начинается, вѣдь, по крайней мѣрѣ у человѣческаго зародыша, еще на 2-мъ мѣсяцѣ, образованіе же костныхъ островковъ въ перепончатомъ сводѣ черепа, опять-таки у человѣка, наблюдается уже въ концѣ второго и въ началѣ третьяго мѣсяцевъ). Мозгъ тоже, за исключеніемъ развѣ меньшей глубины бороздъ (sulci), меньшей выпуклости извилинъ

(gyri), да еще меньшаго обилія нервной мякоти (міэлинъ пачинаеть образоваться на 4-мъ мѣсяцѣ утробной жизни; ко времени рожденія не всѣ мякотныя волокна обложены имъ),— за этими исключеніями чемногимъ отличается отъ мозга вполне развитаго индивида. Такимъ образомъ, уже а priori мы можемъ ожидать отъ перерѣзки шейныхъ сосудовъ (въ указанномъ выше возрастѣ) только временной остановки въ развитіи мозга, да отчасти дегенеративныхъ измѣненій въ немъ, но ужъ ни въ какомъ случаѣ не какихъ-либо аномалій развитія, объясняемыхъ нарушеніемъ питанія мозга въ извѣстный періодъ эмбриональнаго его состоянія (какъ, напр., при кретинизмѣ, когда тоже наблюдается суженіе просвѣта артеріальныхъ стволиковъ—вѣчто напоминающее перевязку сосудовъ). Извѣстно, какъ губительнъ морозъ для молодыхъ всходовъ и какъ послѣдніе, подростши и окрѣпнувъ нѣсколько, остаются почти индифферентными къ нему. Опытъ подтверждаетъ только эти априорныя соображенія: кромѣ уменьшенія размѣровъ и нѣкоторыхъ явленій обратнаго развитія мозга, мы почти ничего больше не замѣчаемъ на оперированномъ въ сравненіи съ мозгомъ нормальнаго контрольнаго животнаго.

Такъ какъ для моихъ цѣлей было важно сохранить конфигурацію мозга, то, послѣ гибели или убійствія кролика, головка его съ шейкой погружалась цѣликомъ въ формалинъ (алдегидъ муравьиной кислоты), благодаря чему я не могъ узнать, издаетъ ли мозгъ оперированнаго животнаго особый гнилостный запахъ, свойственный мозгу голодавшаго животнаго, какъ то нашли проф. В. М. Бехтеревъ и д-ръ Жуковъ (см. выше отождествленіе вліянія голоданія и перерѣзки сосудовъ). Надо полагать, что онъ издаетъ этотъ запахъ, но только, должно быть, въ весьма слабой степени и не слишкомъ долгое время послѣ операціи.

Для оперативныхъ цѣлей я имѣлъ небольшой наборъ необходимѣйшихъ хирургическихъ инструментовъ. Тамъ были ножницы (но не ножи: эти послѣдніе въ данномъ случаѣ скорѣе вредны, чѣмъ полезны), обыкновенный желобоватый

зондъ, аневризматическая игла (крючекъ, тупой на концѣ), анатомическій пинцетъ, два кровоостанавливающихъ пинцета—*serres-fines* (собачки) и три хирургическія трехгранныя вынутыя иглы—малъ-мала меньше. Въ качествѣ лигатуры употреблялся шелкъ. Операціи я обыкновенно производилъ у себя на дому, такъ какъ для такого дѣла, какъ перерѣзка *a. vertebralis* на мѣсячномъ кроликѣ, требуется полное спокойствіе нервной системы, что не вполне достигается въ лабораторіи, гдѣ лай, мяуканье, визгъ, гамъ иной разъ душу тинуть... Оперировалъ всегда одинъ, не прибѣгая къ посторонней помощи, и непременно безъ наркоза. Система смѣшанная: асептика и антисептика. Положивъ на столъ операціонную доску (въ которую вколочены 4 гвоздя), поставивъ два блюдечка—одно съ 3—5% карболовой кислотой, другое съ кипяченой водой (по возможности, еще теплой; иногда я бралъ физиологическій растворъ поваренной соли, по обыкновенной кипяченая вода изъ самовара—проще), нарѣзавъ марлевыхъ бинтовъ, наравъ кусочковъ гигроскопической ваты и побросавъ ихъ въ блюдечко съ кипяченой водой,—я приступалъ къ привязыванію кролика къ доскѣ (брюшкомъ вверхъ), затѣмъ выривалъ ему шейку, но впоследствии эту процедуру замѣнилъ обстоятельнымъ выстриганіемъ на ней шерсти. Смочивъ кусочекъ ваты въ карболовой кислотѣ, я какъ можно лучше обмывалъ операціонное поле и близлежащія мѣста, послѣ чего смывалъ карболовую кислоту кипяченой водой, дабы устранить возможность ненужнаго и негуманнаго раздраженія животнаго попадающей въ рану карболовой кислотой; съ тою же цѣлю и инструменты, предъ самой операціей, переносились изъ блюдечка съ карболовой кислотой въ другое, содержащее кипяченую воду. При такой постановкѣ дѣла все-таки дважды получилось нагноеніе: одинъ разъ гнойникъ замѣченъ былъ лишь послѣ смерти кролика, а второй разъ я уже былъ насторожѣ, и когда, черезъ нѣсколько дней послѣ операціи, оформился гнойничекъ подъ затанувшей уже кожей, я разрѣзалъ эту послѣднюю и оставилъ рану откры-

той—произошло заживленіе подь струпомъ. Нагноенія эти получились въ самомъ началѣ моихъ занятій и вызваны были тѣмъ обстоятельствомъ, что, боясь сращенія перерѣзанныхъ концовъ сосуда, я ихъ вмѣстѣ съ шелкомъ вшивалъ въ рану, причемъ, очевидно, создавалось наиболѣе благопріятное условіе для инфицированія раны извнѣ (зараза проникала какъ по фитилю); но когда я убѣдился потомъ, что перерѣзанные концы артерій расходятся такъ далеко, что исключается всякая возможность сращенія ихъ, и сталъ коротко обрѣзать лигатуру, оставляя ее подь кожей и не извлекая наружу,—нагноенія больше никогда не получалось.

Техника перевязки каротидъ слѣдующая. Захвативъ анатомическимъ пинцетомъ въ складку кожу по срединной линіи шеи, я отстригала ножницами захваченный участочекъ; получалось маленькое окошечко, достаточное для того, чтобы просунуть подь кожу въ поперечномъ направленіи, въ ту и другую сторону отъ него, желобоватый зондъ и по немъ разрѣзать кожу (сантиметра на $1\frac{1}{2}$). Раздѣливъ затѣмъ (пинцетомъ и крючкомъ) фасцію на срединѣ разрѣза и проникнувъ по срединной линіи (надъ trachea) до мышечнаго слоя (сросшіеся между собою mm. sternohyoidei и sternothyreoidei обѣихъ сторонъ), я раздѣлялъ наконецъ и его (при помощи тѣхъ-же инструментовъ) и попадалъ, по обѣ стороны отъ срединной линіи, какъ бы въ карманы, гдѣ безъ всякаго труда захватывается крючкомъ цѣлый пучекъ, состоящій изъ а. carotis, n. vagus и n. sympathicus; затѣмъ осторожно сбрасываются съ крючка остальные части, пока не останется на немъ одна общая сонная артерія, послѣ чего крючекъ продвигается нѣсколько разъ по сосуду въ ту и другую сторону, дабы разорвать опутывающую сосудъ фасцію, подводится двойная лигатура (шелкъ), затягивается и по срединѣ между двумя узлами перерѣзается артерія. Покончивъ съ одной стороной, переходимъ въ готовый уже карманъ другой, гдѣ продѣлывается рѣшительно то же самое, послѣ чего рана зашивается (тремя швами), на нее кладется кусочекъ ваты

(безъ присыпки іодоформомъ) и наверхъ—асептическая повязка; черезъ 1—1½ сутокъ эту послѣднюю можно снять. Швовъ лучше вовсе не удалять, такъ какъ при этой процедурѣ нерѣдко случается, что зажившая-было уже рана опять разрывается; современемъ они сами опадаютъ.

Позвоночную артерію я также предпочиталъ всегда перерѣзать спереди, хотя оперировать на ней можно и сзади, между *epistropheus* и *atlas*, гдѣ эта артерія дѣлаетъ сильный изгибъ въ сторону (становясь совершенно поверхностной на протяженіи приблизительно 3 мм) и ложится затѣмъ въ борозду позади верхняго сочленовнаго отростка атланта. Означенную операцію я производилъ такъ: сдѣлавъ окошечко и разрѣзавъ кожу въ поперечномъ направленіи, ближе къ той сторонѣ, на которой предполагалось перерѣзать сосудъ, я осторожно (сосѣдство *venae jugularis externaе!*) анатом. пинцетомъ и крючкомъ раздѣлялъ фасціи, продвигалъ крючекъ (тоже весьма осторожно: можно попасть въ вену) подъ *pars sterno-mastoidea* грудино-ключично-сосцевой мышцы и, убѣдившись въ отсутствіи на крючкѣ вѣтви означенной вены, (въ противномъ случаѣ надо ее сбросить, иначе будетъ сильное венозное кровотеченіе, которое задержитъ ходъ операціи), перерѣзалъ эту медиальную головку *m. sterno-cleido-mastoidei*; оттягивалъ затѣмъ вену къ срединной линіи, захвативъ кровоостанавливающимъ пинцетомъ (собачкой) латеральный край фасціи, опутывающей вену, и перекинувъ пинцетъ на противоположную сторону шеи. Тогда представится взору глубокая узкая ямочка, на медиальной стѣнкѣ которой легко удастся замѣтить извитую бьющуюся артерію—это *a. thyreoidea inferior*; она должна служить намъ аriadниной нитью для отысканія позвоночной артеріи. Поднимаясь вверхъ по этой *a. thyreoidea inferior*, мы дойдемъ, наконецъ, до ея корня; здѣсь же, чуть-чуть впереди, и лежитъ *a. vertebralis*, скрытая отъ глаза плотнымъ влагалищемъ. Расщипывая это влагалище, надо остерегаться, чтобы, съ одной стороны, не уцѣпнуть какъ-нибудь самой артеріи (что весьма легко мо-

жетъ случится)—иначе опытъ будетъ потерянъ, съ другой,— чтобы не оторвать симпатическаго узла, который лежитъ какъ разъ въ этомъ мѣстѣ. Процедура эта (расшипяваніе влагалища) обыкновенно отнимаетъ много времени; подвести крючекъ подъ артерію почти никогда не удается, а если бы и удалось, то пользы отъ этого было бы мало, такъ какъ невозможно продвинуть питку, не рискуя разорвать артерію (еще менѣе пригодна была бы ανεбризматическая игла съ заранѣе вдѣтой лигатурой): до такой степени артерія толка и глубоко расположена. Право, перерѣзка а. vertebralis у трехнедѣльнаго кролика есть одна изъ самыхъ трудныхъ операцій. Видя, какъ въ глубинѣ толкой ниточкой бьется эта артерія, невольно задаешь себѣ вопросъ: неужели кто-либо въ состояніи перевязать ее? Для этой цѣли я обыкновенно пользовался небольшою выгнутою хирургическою (трехгранною) иглой, съ продѣтой въ ушко двойной шелковинкой (игла эта представляетъ собою полуокружность, описанную радіусомъ, равнымъ 8 mm.); осторожно, чтобы не уколоть сосудъ, я подводилъ иглу подъ послѣдній, налагалъ двѣ лигатуры, которая обыкновенно ложились рядомъ, и промежутокъ между ними, скорѣе воображаемый, чѣмъ видимый, перерѣзалъ ножицами, чтобы не задѣть однако самихъ узловъ. Въ послѣдствіи я измѣнилъ порядокъ производства операцій: перерѣзалъ сперва обѣ сонныя (а не одну изъ позвоночныхъ, какъ раньше) и ужъ черезъ нѣсколько дней, когда оставшіяся позвоночныя компенсаторно расширялись, приступалъ къ перерѣзкѣ какой-либо а. vertebralis: тогда можно было подвести крючекъ подъ сосудъ безъ особаго труда, не тратя на то слишкомъ много времени и не изнуря повнарасну животное.

При вскрытіи узлы оказывались всегда хорошо инкапсулированными, въ особенности узлы на а. vertebralis (которые приходилось перѣдко отдирать отъ близлежащихъ костныхъ выступовъ, къ коимъ они прирастаютъ), и разошедшимися на болѣе или менѣе значительное разстояніе (смотря по мѣсту операціи—на сонной-ли или на позвоночной). Су-

ществовало ли непосредственное прямое сообщеніе между отрѣзками артерій (на концахъ всегда хорошо облитерированными),—не знаю: наливка сосудовъ этого не показала (можетъ быть, однако, налиться этимъ общительнымъ вѣточкамъ мѣшалъ какой-нибудь сгустокъ крови, попавшій въ просвѣтъ сосуда и закупорившій его); но что такое прямое сообщеніе между отрѣзками артерій возможно, это съ несомнѣнностью доказано: иллюстраціей можетъ служить, напр., рис. 53, помѣщенный на стр. 184 общей хирургической патологии и терапіи Landerer'a (въ видѣ arteriae communicantes являются разросшіеся vasa vasorum и другіе вновь образованные сосуды).

О П Ы Т Ы .

К р о л и к и .

I. Гнѣздо изъ 4 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

№ 1. Кроликъ бѣлый, ушки съ черной каймой. Вѣсъ 235 грам. 17 ноября 1896 г. перерѣзана а. carotis communis sinistra. 21 декабря погибъ отъ нагноенія (см. выше). Длина головы (отъ затылочнаго бугра до кончика носа) передъ операцией 58 mm., наиб. ширина 31,5 mm. (размѣры эти только приблизительно вѣрны, такъ какъ производство точныхъ измѣреній на живомъ весьма затруднительно). Послѣ смерти ни вѣсъ, ни размѣры головы не были опредѣлены.

№ 2. Кроликъ такого же цвѣта. Вѣсъ 232 гр. 19 ноября 1896 г. перерѣзаны а. carotis communis dextra и а. carot. com. sinistra. Началъ страдать какою то болѣзью: откидывалъ головку назадъ, упавъ на бокъ безпомощно бился. 22 ноября †.

№ 3. Idem. Вѣсъ 290 гр.; размѣры головы: длина 58, наибольшая ширина 31,5 mm. 19 ноября 1896 г. перерѣзана а. carot. com. dextra. Убитъ 3 февраля 1897 г.; вѣсъ 697 гр.; приростъ головы: въ ширину на $1\frac{1}{2}$, въ длину на $9\frac{1}{2}$ mm.

Вскрытіе: правая сонная (выше и ниже перерѣзки) 1 мм, въ поперечникѣ, лѣвая сонная 1,3 мм.

№ 4. Idem. Контрольный. Вѣсъ 283 гр.: длина головы 57, наибольш. ширина 31,5 мм. 19 ноября 1896 г. сдѣланъ кожный разрѣзъ и обнаженъ сосудъ—правая сонная артерія. Убитъ 3 февраля 1897 г. Вѣсъ 748 гр. Вскрытіе: прав. и лѣв. общая сонная шириной въ 1,75 мм.

Долженъ оговориться, что вѣсъ всѣхъ кроликовъ одного и того же гнѣзда опредѣлялся обыкновенно въ день первой операціи на одномъ изъ нихъ (а операціи производились вначалѣ не въ одинъ день всѣмъ). Обстоятельство же, которое первоначально для меня было совершенно неизбѣжно по известнымъ причинамъ, въ разсмотрѣніе коихъ здѣсь не мѣсто входить,—вводило нѣкоторую ошибку въ результаты опытовъ: не одинаково отразится на организмѣ животного, на его развитіи, на паденіи его вѣса операція, если она произведена сегодня, и та же операція, будь она сдѣлана два дня передъ тѣмъ: во-второмъ случаѣ всѣ явленія будутъ рѣзче. Впослѣдствіи этотъ источникъ ошибки мнѣ удалось устранить.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе на такого рода явленіе: кроликъ № 3 былъ тяжелѣе контрольнаго въ день операціи на 7 грм., но въ день убіенія, черезъ 2½ мѣсяца, онъ оказывается уже легче кролика № 4 на цѣлыхъ 51 грм. Невольно напрашивается предположеніе: не отъ операціи ли (перерѣзка а. carot. com. dextrae) это произошло? Нѣтъ, по крайней мѣрѣ въ значительной степени—нѣтъ! На одномъ кроликѣ мнѣ пришлось дважды оперировать, перерѣзать обѣ сонныя и позвоночныя, и все-таки онъ рѣшительно не уступалъ въ вѣсѣ контрольному животному. У меня была какъ-то семья молодыхъ кроликовъ, вѣсъ которыхъ равнялся: 1—350 грм., 2—330, 3—303, 4—295, 5—258 грам. (и это все однопометники!). Итакъ, разница въ вѣсѣ между первымъ и пятымъ—92 грм., т. е. больше 25%. Если теперь сдѣлать этимъ кроликамъ одну и ту же операцію, они могутъ различно реагировать на нее, и разница въ ихъ вѣсѣ не всегда будетъ достаточнымъ объясненіемъ тому. Здѣсь мы встречаемся съ третьимъ (два другихъ были указаны раньше) факторомъ, заставляющимъ еще болѣе осторожно относиться

къ результатамъ всѣхъ подобныхъ экспериментовъ: я говорю объ индивидуальности, яркіе примѣры которой мы встрѣчаемъ въ жизни чуть ли не на каждомъ шагу.

II. Гнѣздо изъ 4 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

№ 5. Кроликъ желтый съ бѣлымъ. Вѣсъ 183 грм. Размѣры головы: длина 50 мм, наибольш. ширина 27 мм. 26 ноября 1896 г. перерѣзана а. carot. com. dextra. 1 декабря того же года приступлено было къ отыскавію а. vertebralis sinistrae (съ цѣлью перерѣзки ея). Операция безкровная; во время ея—шокъ и смерть. Снять со стола мертвымъ.

№ 6. Кроликъ черный съ бѣлымъ. Вѣсъ 183 грм. Размѣры головы: 47 и 28,5 мм. 26 ноября 1896 г. попытка сдѣлать операцию съ лѣвой стороны, но затѣмъ рана зашита. 5 декабря во время операциі—перерѣзки а. vertebralis dextrae—шокъ и смерть на операционномъ столѣ.

№ 7. Кроликъ желтый. Вѣсъ 152 грм. Размѣры головы: 48,5 и 27 мм. 26 ноября 1896 г. перерѣзана а. carot. com. dextra. 5 декабря того же года перерѣзана а. carot. com. sinistra. 7 декабря вылѣзъ изъ ящика, въ которомъ помѣщался (въ моей комнатѣ), при чемъ уцѣмился въ узкой щели между досками, прикрывавшими ящикъ; вскорѣ послѣ того †.

№ 8. Кроликъ черный Контрольный. Вѣсъ 210 грм. Размѣры головы: длина 52 мм, наиб. ширина 29 мм. 26 ноября 1896 г. кожный разрѣзъ, обнажена сонная; рана опять зашита. 7 декабря того же года, послѣ гибели кролика № 7, подаренъ хозяину.

III. Гнѣздо изъ 5 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

№ 9. Кроликъ сѣрый, съ бѣлой мѣткой на лбу. Контрольный. Вѣсъ 306 грм. Размѣры головы: 56,5 мм, наиб. ширина 30 мм. 27 декабря 1896 г. кожный разрѣзъ, раздѣленіе фасцій и мышцъ и обнаженіе сосуда—сонной артеріи. 17 января 1897 г., въ день гибели кролика № 13, взвѣшенъ; 352 грм. 23 января, послѣ несчастнаго случая, погубившаго всѣхъ его братьевъ и сестеръ, убитъ: вѣсъ 347 грм. (страс-

шеся падъ его сверстниками несчастіе было причиною паденія его въ вѣсѣ: 17 января 352 грм., 23 января 347 грм.). Прирость головы: въ длину на $5\frac{1}{2}$ мм, въ ширину на $2\frac{1}{2}$ мм. Аутопсія: обѣ каротиды 1,2 мм, обѣ *subclaviae* 0,9 мм, обѣ *aa. vertebrales* 0,6 мм въ поперечникѣ.

№ 10. Кроликъ сѣрый, съ бѣлымъ *collier*. Вѣсъ 298 грм. Размѣры головы 56,5 и 30 мм. 27 декабря 1896 г. перерѣзана *a. carot. com. dextra*. 4 января 1897 г. перерѣзана *a. carot. com. sinistra*. Вѣсъ 17 января 254 грм. 23 января погибъ смертью аналогичной съ кроликомъ № 7; вѣсъ 243 грм. Прирость головы: въ длину на $2\frac{1}{3}$ мм, въ ширину на $1\frac{1}{4}$ мм. Вскрытіе: лѣв. позвоночная 0,9 мм, лѣв. подключичная 0,8 мм; прав. позвоночная 0,9 мм, прав. подключичная 1 мм.

№ 11. Кроликъ сѣрый. Вѣсъ 243 грм. Размѣры головы: длина 55 мм, ширина $29\frac{3}{4}$ мм. 30 декабря перерѣзана *a. vertebralis dextra* и, съ цѣлью воспрепятствовать образованію анастомозовъ (впослѣдствіи я убѣдился, что это была утопія), перевязана, выше мѣста отхожденія позвоночной артеріи, *a. subclavia dextra*. (Послѣ перевязки подключичной артеріи кроликъ всегда приволакиваетъ лапку дней 7—14, въ среднемъ дней 10, т. е. время, необходимое для возстановленія полнаго колатеральнаго кровообращенія). 4 января 1897 г. перерѣзана *a. carot. com. sinistra*. Вѣсъ 17 января 240 грм.; погибъ, какъ кроликъ № 7, 23 января; вѣсъ 245 грм. Прирость головы въ длину на 3 мм, въ ширину на $\frac{3}{4}$ мм. Вскрытіе: прав. сонная 1,6 мм; лѣв. сонная, лѣв. позвоночная и лѣв. подключичная 1 мм.

№ 12. Кроликъ сѣрый съ кое-гдѣ бѣлымъ волосомъ (на лбу бѣлая мѣточка); кличка „мышечка“. Вѣсъ 226 грм. Размѣры головы 54 и 30 мм. 31 декабря 1896 г. перерѣзаны обѣ общія сонныя артеріи. Вѣсъ 17 января 1897 г. 217 грм. 23 января погибъ смертью кролика № 7; вѣсъ 216 грм. Прирость головы въ длину на $3\frac{3}{4}$, въ ширину на $1\frac{3}{4}$ мм. Вскрытіе: обѣ подключичныя $\frac{3}{4}$ мм, обѣ позвоночныя 1 мм.

№ 13. Кроликъ черный. Вѣсъ 288 грм. Размѣры головы 57 и 31 мм. 31 декабря 1896 г. перерѣзана *a. vertebralis dextra* и перевязана *a. carot. com. dextra*. 17 января 1897 г.

погибъ смертю кролика № 7; вѣсъ 268 грм. Приростъ черепа въ длину $2\frac{1}{2}$ мм, въ ширину $1\frac{1}{2}$ мм. Вскрытіе: лѣвая *vertebralis* 1 мм, а. *carot. com. sinistra* 2 мм.

Первое время, боясь, чтобы контрольный кроликъ не пропасть и не погубилъ мнѣ весь опытъ, я оставлялъ для контроля цѣлѣе тяжелого изъ всего гнѣзда (остальные шли на опытъ), впоследствии же я поступалъ какъ разъ наоборотъ: чтобы нагляднѣе показать вліяніе перерѣзки сосудовъ на вѣсъ животного, контрольнымъ избирался кроликъ легчайшій.

Относительно потери оперированнымъ животнымъ глаза я долженъ замѣтить слѣдующее. У собакъ фонъ-Криденера, перевязывавшаго имъ шейные сосуды, развивался *keratitis purulentosa* и глаза пропадали, иногда даже на вторыя сутки (послѣ полной односторонней перевязки). Тотъ же фактъ подмѣтили, но еще раньше, Меуер, Ehrmann, Неммертъ. Профессоръ Bünger наблюдалъ это однажды и у человѣка. Patrige и Nordrop видѣли пораженіе глаза на оперированной сторонѣ послѣ перевязки даже одной сонной артерій. Зная все это, я, естественно, могъ ожидать встрѣтить подобное явленіе и у кроликовъ; и дѣйствительно, порою мнѣ казалось, будто я не ошибся въ своемъ предположеніи (что значить быть предубѣжденнымъ!); но когда потомъ въ офтальмологической клиникѣ четыре моихъ кролика (два контрольныхъ, два оперированныхъ — перерѣзка обѣихъ сонныхъ и позвоночной) были обстоятельно изслѣдованы ассистентомъ клиники купно съ нѣсколькими ординаторами оной, при чемъ у оперированныхъ не оказалось, въ сравненіи съ контрольными, никакихъ измѣненій ни со стороны сосудовъ, ни со стороны рефлекса сѣтчатки (операция была сдѣлана за 3 недѣли до изслѣдованія), я пришелъ къ заключенію, что у кроликовъ, уступающихъ по организаціи собакамъ, а тѣмъ болѣе человѣку, глазъ къ перерѣзкѣ шейныхъ сосудовъ (хотя бы даже трехъ) нечувствителенъ.

IV. Гнѣздо изъ 5 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

Приобрѣтены въ Институтѣ экспериментальной медицины. Слегка страдали, какъ оказалось потомъ, какою то болѣзною, выражавшеюся въ приступахъ чиханія (легкія были въ порядкѣ). (Замѣчательно: впоследствии мнѣ опять пришлось приобрести

гнездо кроликовъ въ томъ же Институтѣ, и точно такъ же они оказались потомъ больными тою же болѣзнию). Одинъ изъ этой партіи кроликовъ, самый меньшій, вѣсомъ въ 258 грм., погибъ до операціи.

№ 14. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 350 грм. Размѣры головы 59,5 и 35,5 мм. 2 февраля 1897 г. погибъ (по моей винѣ) при операціи перерѣзки лѣвой позвоночной: желая нѣсколько притянуть къ поверхности глубоко лежащую лѣвую позвоночную (потому ее труднѣе перевязать, чѣмъ правую), я зажалъ кровоостанавливающимъ пинцетомъ лѣвую подключичную (что противъ правилъ хирургіи, но одинъ разъ раньше я позволилъ себѣ безвакантно этотъ маневръ) и пустилъ его: пинцетъ собственно тяжестью тянулъ наружу болѣе глубокую часть подключичной артеріи, а съ ней вмѣстѣ и позвоночную, что мнѣ и надо было. Перевязавъ эту послѣднюю, я снялъ затѣмъ пинцетъ: кровь брызнула (оказалось: лопнула подъ пинцетомъ *subclavia*): растерявшись, я не сумѣлъ во время остановить кровотеченіе и кроликъ погибъ.

№ 15. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 330 грм. Размѣры головы: 59,5 и 33 мм. 3 февраля 1897 г. перерѣзана лѣвая *carot. com.* и дважды перевязана (перерѣзать не рѣшился, въ виду слишкомъ близкаго сосѣдства лигатуръ) *a. vertebralis sinistra*. 8 февраля перерѣзана *a. carot. com. dextra*. Кроликъ казался нѣсколько ослабѣвшимъ и дрожалъ. Чтобы согрѣть, я посадилъ его на кровать и прикрылъ полушубкомъ. Въ мое отсутствіе прислуга, по неосторожности, сбросила несчастнаго кролика на полъ и онъ нѣсколько часовъ пролежалъ подъ кроватью (въ пыли). Вскорѣ послѣ того погибъ.

№ 16. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 295 грм. Контрольный. Размѣры головы: 58,5 и 32 мм. 3 февраля 1897 г. перерѣзана лѣв. *m. sterno-cleido-mastoideus (pars sterno-mastoidea)* и обнажена сонная. Вѣсъ: 20 февр.—450 грм., 5 марта—582. 14 марта перерѣзана прав. *pars sterno-mastoidea*. Вѣсъ 27 марта 696 грм. По причинѣ перемѣны комнаты, 20 апрѣля былъ помещенъ (вмѣстѣ съ № 17) въ имѣющемся при лабораторіи отдѣленіи для животныхъ. 4 мая получилъ уведомленіе отъ служителя лабораторіи о гибели кролика; вѣсъ 985 грм. Вскрытіе: прав. и лѣв. общая сонная 1,5 мм; прав. позвоночная 1,25 мм, лѣвая позвоночная 1 мм.

№ 17 Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 303 грм. Размѣры головы: длина 59,5 mm, ширина 32,5 mm. 5 февр. 1897 г. перерѣзаны а. *vertebralis dextra* и а. *carot. com. dextra*. 8 февр. перерѣзана а. *carot. com. sinistra*. Вѣсъ 20 февр. 460 грм. (на 10 грм. выше контрольнаго; въ день первой операціи онъ былъ выше на 8 грм.). Вѣсъ 5 марта 557 (на 25 грм. ниже контрольнаго). 14 марта вознамѣрился исключить послѣдній сосудъ—а. *vertebralis sinistra*. Перерѣзавъ *pars sternomastoidea* (m. *sterno-cleido-mastoidei*) и открывъ артерію, я былъ удивленъ при видѣ крупныхъ ея размѣровъ и рѣзать не рѣшился, а отложилъ эту операцію до того дня, когда мнѣ все-равно придется убивать кролика: такъ мало я надѣялся на то, чтобы животное вынесло перерѣзку послѣдняго шейнаго сосуда (вліяніе Пекѣра и другихъ). Вѣсъ 27 марта 668 грм. (на 28 грам. меньше контрольнаго). 20 апрѣля (вмѣстѣ съ крол. № 16, см. выше) сданъ въ отдѣленіе для животныхъ при лабораторіи. 7 мая получилъ увѣдомленіе о гибели кролика; вѣсъ 790 грм. (т. е. на 195 грм. меньше контрольнаго!). (Столь быструю кончину животнаго, послѣ ухода отъ меня, и такое сильное паденіе его въ вѣсѣ, противъ контрольнаго, ничѣмъ инымъ не могу объяснить, какъ нерадѣніемъ къ своему дѣлу служителей лабораторіи, на попеченіи которыхъ находится упомянутый питомникъ, въ чемъ впослѣдствіи я еще разъ убѣдился горькимъ опытомъ. Очищая потомъ черепъ отъ мягкихъ частей, я извлекалъ изъ рта и изъ глазницъ червей какъ у кролика № 16, такъ и у № 17!). Вскрытіе: прав. и лѣв. общая сонная (выше и ниже перерѣзки) 1 mm; прав. позвоночная (ниже перерѣзки) 0,9 mm; лѣв. позвоночная $2\frac{1}{4}$ mm.

V. Гнѣздо изъ 3 животныхъ; возрастъ—3 недѣли, выглядеть еще моложе.

№ 18. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 138 грм. Размѣры головы: 48 и 27 mm. 6 февраля 1897 г. перевязана а. *vertebralis sinistra* (торопился, боясь потерять кролика: ужъ очень онъ былъ маленькій, но все-таки не 4 дневный, какъ у Gudden'a,— и наложилъ потому только одну лигатуру). Черезъ 3 часа послѣ операціи погибъ. Причина смерти, очевидно, глубокая травма, нанесенная столь мелкому животному, да и къ тому же неудобное распятое положеніе на операціонномъ столѣ.

№ 19. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 133 грм. Размѣры головы: 47 и $26\frac{1}{2}$ мм. 6 февраля 1897 г. перерѣзана а. carot. com. sinistra. Черезъ $2\frac{1}{2}$ часа послѣ операціи погибъ. Причина смерти та-же, что и у № 18.

№ 20. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 134 грм. Контрольный. Размѣры головы: $46\frac{1}{2}$ и 26 мм. 6 февраля 1897 г. перерѣзана лѣвая pars sternomastoidea. Послѣ гибели №№ 18 и 19 подаренъ знакомымъ, у которыхъ тоже вскорѣ погибъ.

VI. Гнѣздо изъ 3 животныхъ; возрастъ 2-недѣльный.

Крупная порода. Одинъ вѣсилъ 260, второй 245, третій 207 грм. Операцію дѣлать было еще рано: сами ничего не ѣли—долженъ былъ кормить ихъ пипеткой. Изъ этого, однако, ничего не вышло: черезъ нѣсколько дней одинъ за другимъ погибали.

VII. Гнѣздо изъ 6 животныхъ; возрастъ 3—4 недѣли.

Мелкая порода. Одинъ кроликъ, вѣсомъ 113 грм., погибъ безъ операціи (повось).

№ 21. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 188 грм. 7 марта 1897 г. перерѣзаны а. carot. com. dextra и а. vertebralis dextra. Сутки слишкомъ рачего не ѣлъ, наконецъ погибъ.

№ 22. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 140 грм. Размѣры головы: $48\frac{1}{2}$ и $26\frac{1}{2}$ мм. 11 марта 1897 г. перерѣзаны обѣ общія сонныя артеріи. 27 марта погибъ; вѣсъ 156 грм. Аутопсія: туберкулезъ легкихъ. Причина возникновенія его понятна: дѣлая операцію на маленькомъ животномъ, мы его ослабляемъ и лишаемъ тѣмъ способности бороться съ многочисленными невидимыми врагами; эти послѣдніе ввѣдряются въ животный организмъ и нерѣдко губятъ его. Мы неоднократно приходилось замѣчать слѣды какой-нибудь инфекціи у оперированныхъ животныхъ, которыя, однако, потомъ часто оправлялись; этимъ обстоятельствомъ создается для экспериментатора нелегкая задача: онъ не въ состояніи опредѣлить, гдѣ конецъ вліянія самой операціи и начало дѣйствія той или другой болѣзни (которой, однако, до операціи не было, но которая привилась post hoc на ослабленной уже почвѣ).—Обѣ сонныя артеріи (выше и ниже перерѣзки) 0,8 мм; обѣ позвоночныя 1,1 мм. Размѣры головы безъ измѣненія.

№ 23. Кроликъ черный. Вѣсъ 155 грм. 11 марта 1897 г. перевязана а. vertebralis dextra; желая перевязать и а. subclavia dextra (выше мѣста отхожденія позвоночной), я расщипывалъ ея влагалнице и раза два-три (печаянно) ущипнулъ пинцетомъ саму артерію: трещина, кровь фонтаномъ на 1½ аршина и †.

№ 24. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 153 грм. 12 марта 1897 г. перерѣзана а. vertebralis dextra и перевязана subclavia той же стороны (выше мѣста отхожденія позвоночной). Кроликъ ослабѣлъ, не принималъ пищи въ теченіе 10 часовъ и погибъ.

№ 25. Кроликъ бѣлый. Вѣсъ 138 грм. Контрольный. 12 марта 1897 г. перерѣзана прав. pars sterno-mastoidea. Убитъ 27 марта, въ день гибели кролика № 22. Вѣсъ 230 грм. Приростъ головы (которая до операціи была такихъ же размѣровъ, какъ и у кролика № 22) въ длину на 5¼ мм, въ ширину 2½ мм. Вскрытіе: обѣ сонныя артеріи 1,3 мм, обѣ позвоночныя 0,8 мм.

VIII. Гнѣздо изъ 4 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

№ 26. Кроликъ бѣлый. Размѣры головы 53½ и 30½ мм (длина и наибольш. ширина).

№ 27. Кроликъ сѣрый. Размѣры головы 52 и 28½ мм.

№ 28. Кроликъ черный съ бѣлымъ. Размѣры головы 53¾ и 30½ мм.

№ 29. Кроликъ черноватый. Размѣры головы 53½ и 30⅓ мм.

8 іюля 1897 г. всѣмъ была сдѣлана операція, при чемъ кроликамъ №№ 26 и 28 перерѣзаны были обѣ общія сонныя артеріи, кроликамъ же №№ 27 и 29 онѣ только обнажались, такъ какъ эти кролики предназначались для контроля. Послѣ операціи всѣ четыре были помѣщены въ имѣющемся при лабораторіи питомникѣ для животныхъ, въ одной изъ нижнихъ кѣтокъ (верхнія кѣтки еще менѣе пригодны для этой цѣли, такъ какъ въ нихъ подъ потолкомъ есть пустое незатянутое рѣшеткою пространство, черезъ которое, бывали случаи, кролики выскакивали и погибали).

Вѣсъ.	8 іюля	11 іюля	14	17	20	25	28	2 авг.	5 авг.
№ 26.	242 грм.	235	272	310	331	341	343	344	†324
№ 27.	221	238	291	324	353	365	377	426	394
№ 28.	240	237	258	291	314	325	310	319	289
№ 29.	226	260	307	341	371	381	404	439	424.

Дни операций обозначены жирнымъ шрифтомъ. 25 іюля кроликамъ №№ 26 и 28, у которыхъ еще 8 іюля были перерѣзаны обѣ каротиды, была перерѣзана правая позвоночная артерія, а у кроликовъ №№ 27 и 29—перерѣзана pars ster-
no mastoidea (dextra).

5 августа случилось несчастье, которое отчасти можно было предвидѣть: одинъ изъ цесовъ, расхаживая на свободѣ по питомнику, проломалъ рѣшетку въ клѣткѣ, гдѣ помѣшались мои кролики, и загрызъ цѣвнаго для меня кролика № 26 (у котораго оставалась одна лѣвая позвоночная артерія), совершенно раздробивъ ему, между прочимъ, черепъ. Паденіе въ вѣсѣ всѣхъ кроликовъ (5 авг.) объясняется именно тѣмъ, что они были напуганы этой собакой.

По моему настоянію, кроликамъ было отведено мѣсто въ другомъ сараѣ. 8 авг. кролику № 29 (бывшему контрольнымъ) сдѣлана перерѣзка обѣихъ каротидъ.

Вѣс.	8 августа	11	13	20 авг.
№ 27.	439 грм.	528	571	563
№ 28.	333	435	452	—
№ 29.	449	442	483	†432.

20 августа—новое несчастье. Кролика № 28 (жившаго одною лѣвой позвоночной) въ клѣткѣ совсѣмъ не оказалось, кроликъ № 29 найденъ мертвымъ. Было сдѣлано вполне правдоподобное предположеніе: крысы убили какъ кролика № 29, такъ и кролика № 28, при чемъ этого послѣдняго затащили подъ полъ (черезъ огромную дыру, имѣвшуюся въ клѣткѣ). Кроликъ № 27, напуганный этимъ, упалъ въ вѣсѣ. Равнымъ образомъ падаетъ всегда въ вѣсѣ погибшее животное, если его взвѣшивать не сейчасъ послѣ смерти, что чаще всего и приходится. (Кроликъ № 27 былъ потомъ подаренъ знакомымъ). — Упомянутое выше офтальмоскопическое изслѣдованіе глаза производилось какъ разъ на кроликахъ этого гнѣзда.

IX. Гнѣздо изъ 5 животныхъ; возрастъ мѣсячный.

Приобрѣтены въ Институтѣ экспериментальной медицины (болѣзнь—чиханіе приступами—въ весьма легкой формѣ).

№ 30. Кроликъ сѣрый, съ бѣлымъ лобикомъ. Размѣры головы: 52,5 и 30,8 мм.

№ 31. Кроликъ сѣрый. Размѣры головы: 54,2 и 31,3 мм.

№ 32. Кроликъ бѣлый, съ чуть-чуть сѣрыми ушками. Размѣры головы: 52,2 и 30 мм.

№ 33. Кроликъ бѣлый, съ болѣе сѣр. ушк. Размѣры головы: 52,2 и 29,6 мм.

№ 34. Кроликъ бѣлый, съ совершенно сѣр. ушк. Размѣры головы: 56,2 и 30,8 мм.

Кроликовъ этихъ я держалъ опять у себя въ комнатѣ.

Вѣсъ.	23 авг.	24	25	26	27	30	2 сент.				
№ 30	155 грм.	о	186	196	211	232	272				
№ 31	170	п	188	207	224	251	290				
№ 32	146	р	153	157	175	197	233				
№ 33	145	а	166	182	191	223	263				
№ 34	195	о	224	238	†235						
	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15 сент.
операци	296	306	309	323	352	355	380	388	391	406	
	275	284	274	271	281	294	272	287	306	280	
	239	245	239	251	280	274	279	293	286	280	
	279	297	295	283	330	330	328	337	356	381.	

24 авг. 1897 г. кроликамъ №№ 31, 32 и 34 перерѣзаны были обѣ общія сонныя артеріи, а у кроликовъ №№ 30 и 33 (контрольных) только обважены эти сосуды. 27 авг. кроликъ № 34 былъ задушенъ котомъ, незамѣтно вскочившимъ въ комнату. По нездоровью и по другимъ причинамъ я не могъ ежедневно взвѣшивать моихъ питомцевъ. 3 сентября сдѣлана новая операція: у кроликовъ №№ 31 и 32 перерѣзана а. vertebralis dextra (и, понятнo, прав. pars sterno-mastoidea musculi sterno-cleido-mastoidei), а кроликамъ №№ 30 и 33 только pars sterno-mastoidea (правая). 13 сент. сдѣлана послѣдняя операція: кроликамъ №№ 31 и 32 перерѣзана лѣв. а. vertebralis, а кроликамъ №№ 30 и 33 только лѣв. pars sterno-mastoidea. Такимъ образомъ, въ теченіе 20 дней на кроликахъ №№ 31 и 32 были произведены 3 операціи, съ промежутками въ 10 дней между каждыми двумя; въ эти операціи означенные кролики были лишены всѣхъ четырехъ шейныхъ сосудовъ, взамѣвъ которыхъ, однако, развились обильные колатеральные пути, изображенные на таблицѣ I. Признаюсь, операцію перерѣзки послѣдняго сосуда—

лѣвой позвоночной артеріи—я дѣлалъ не очень-то смѣло: обнаживъ сосудъ и подложивъ двѣ лигатуры, я долго размышлялъ, задавая себѣ гамлетовское to be or not to be: затянуть лигатуру или нѣтъ, что значило: погибнетъ или останется жить. Затѣмъ, подведя подъ сосудъ крючекъ (аневризматическую иглу), я сталъ постепенно натягивать артерію (приподнимая крючекъ) до полнаго приостановленія тока крови въ ней, а черезъ нѣкоторое время, въ началѣ очень краткое, а потомъ все болѣе и болѣе продолжительное, отпускалъ ее. Повторивъ этотъ маневръ неоднократно, при чемъ всякій разъ кроликъ какъ-то особенно присмирѣвалъ—и только, я рѣшился наконецъ затянуть обѣ лигатуры и перерѣзать промежутокъ между ними (какъ извѣстно, перерѣзка всѣхъ шейныхъ артеріальныхъ стволовъ произведена до сего времени всего лишь нѣсколько разъ). Для иллюстраціи послѣоперационнаго состоянія кроликовъ, позволю себѣ привести здѣсь слѣд. строки изъ моей записной книжки: „кроликъ сѣрый (№ 31), операція 13 сентября: перерѣзка послѣдняго сосуда—лѣвой позвоночной артеріи. Кончена операція въ 3 часа 38 мин. дня (продолжалась часъ). Кроликъ слабъ, взоръ тусклъ, вѣки смегаютъ. Черезъ 5 минутъ послѣ операціи дѣлаетъ попытку ѣсть хлѣбъ, который я бросалъ въ ящикъ (давалъ капусту и сѣно—не ѣлъ); впрочемъ, кажется, укусивъ кусочекъ хлѣба, онъ только тавкаетъ зубами, а не жуетъ. Черезъ 1½ часа дѣйствительно ѣсть, и уже очень порядочно“. Погибли кролики 15 сентября по моей винѣ: помѣстивъ ихъ въ ящичекъ и завязавъ плотно бумагой (при чемъ забылъ продѣлать въ ней отверстія для вентиляціи), я отправился въ лабораторію съ цѣлю произвести взвѣшиваніе, но, по печальному стеченію обстоятельствъ, могъ приступить къ этому дѣлу лишь черезъ 4½ часа (почти все это время, для большей гарантіи, чтобы кролики не выскочили, такъ какъ мнѣ приходилось отлучаться, они оставались прикрыты, поверхъ бумаги, еще галошами и шапкой); снявъ эти послѣднія и развязавъ ихъ теперь, я нашелъ двухъ оперированныхъ, какъ болѣе слабыхъ, задохшихся. Убыль ихъ въ вѣсѣ противъ предыдущаго дня объясняется тѣмъ, что между моментами смерти и взвѣшиванія прошло все-таки нѣсколько часовъ,—время, вполне достаточное для того, чтобы мертвый кроликъ потерялъ въ вѣсѣ (отъ усышки) нѣсколько десятковъ граммовъ (въ чемъ я неоднократно убѣждался раньше). Вскрытіе. № 30: carot. com. слѣва 1,6,

справа 1,2 mm; vertebralis слѣва 1, справа 0,8 mm. № 31: carot. com. слѣва и справа (выше и ниже перерѣзки) 1 mm; vertebralis слѣва 1,6 mm; отъ vertebralis dextra на мѣстѣ операціи ничего не осталось, только видны два хорошо инкапсулированныхъ, плотно прикрѣпленныхъ къ костнымъ выступамъ фиброзными тяжами шелковыхъ узла, изъ коихъ верхній совершенно закупориваетъ foramen transversarium 6-го шейнаго позвонка. № 32: carot. com. (выше и ниже перерѣзки) слѣва и справа 1,1 mm, а. vertebralis слѣва (узлы слегка приросли) 0,7 mm. № 43: carot. com. dextra et sinistra 1,6 mm; а. vertebralis dextra et sinistra 1 mm.

Щ е н к и.

Операціи на шенкахъ кончились полной неудачей. Несмотря на то, что были приняты всѣ мѣры предосторожности, чтобы не возбудить подозрѣнія суки; операціи выполняемы были на всѣхъ ея дѣтяхъ въ одинъ день, безъ хлороформированія и примѣненія іодоформа, и лишь наложена была простая асептическая повязка, тѣмъ не менѣе, это нисколько не помогло дѣлу: на другой день почти всѣ повязки были сорваны, всѣ безъ исключенія раны расшиты (отъ зализыванія не въ мѣру усердной мамыши, пускающей иногда въ дѣло зубы, чтобы выдернуть швы): получились огромныя инфекціонныя поверхности (приблизительно сантиметра $1\frac{1}{2}$ въ діаметрѣ), приведшія къ гибели всѣхъ щенятъ, не исключая и контрольныхъ, кромѣ лишь тѣхъ, которыхъ сука-мать сама сожрала (volens-nolens приходится это допустить, ибо иначе невозможно объяснить загадочное исчезновеніе нѣсколькихъ щенятъ).

Сука небольшая, темной масти, 12 іюля 1897 г. принесла 8 щенятъ, изъ коихъ одинъ, цвѣта матери, кобель, околѣлъ раннимъ утромъ 16 іюля, въ день операціи, но до нея. Такимъ образомъ, операціи подверглись 7 щенковъ, изъ коихъ №№ 1, 3 и 4 были перерѣзаны обѣ общія сонныя артеріи, № 2 одна carotis communis dextra и наконецъ №№ 5, 6 и 7 (контрольнымъ) обнажались лишь сосуды. Щенки до операціи были въ возрастѣ $3\frac{1}{2}$ сутокъ; у всѣхъ предварительно опредѣлялись размѣры головы, но приводить ихъ, въ виду гибели животныхъ, не представляется никакой надобности.

	Вѣсъ,	16 июля	17	19	20	21	22	23	
Контрольные. Оперированные.	№ 1	Черный, съ бѣлой груд- кой, кобель	350 грм.	332	319	—	275	—	+240
	№ 2	Черный кобель	390	363	316	—	280	—	+260
	№ 3	Бѣлый съ чернымъ уш- комъ, кобель	321	+277	—	—	—	—	—
	№ 4	Бѣлая сука	266	забылъ взвѣсить.	218	—	—	—	—
	№ 5	Бѣлая, съ черн. висками, сука	266	278	237	—	+206	—	—
	№ 6	Бѣлая, съ черн. головой, сука	206	199	162	+145	—	—	—
	№ 7	Черный, съ чуть-чуть бѣл. грудкой, кобель	236	215	222	—	185	—	—

Щенки: № 4—21 июля и № 7—22 июля пропали безъ вѣсти; предположено: сука съѣла.

К о т я т а .

Не болѣе чреваты были результатами и опытъ на котятъ. Тоже разлизываніе ранъ кошкою и расхожденіе швовъ благодаря тому, тоже инфекціонное окно, медленно, но вѣрно привелшее котятъ (контрольныхъ тоже) къ гибели. Всѣхъ пережилъ лишь оперированный котенокъ № 1, но такъ какъ у него оба глаза выплыли (отъ операціи ли—не могу сказать, такъ какъ и у контрольныхъ выплывали), къ тому же изъ контрольныхъ никого не осталось (а было цѣлыхъ трое),—я этого не сталъ держать.—Операціи дѣлались на котятъ трехдневныхъ (однопометныхъ). №№ 1, 2 и 3—перерѣзка обѣихъ обшихъ сонныхъ, №№ 4, 5 и 6—обнаженіе сосудовъ. За исключеніемъ № 3, которому операція была сдѣлана 3 августа (вѣсъ его тогда былъ 109 грм., т. е. на 1 грм. больше, чѣмъ наканунѣ), всѣ остальные котята оперировались 2-го авг. 1897 г.

		Вѣсь.	2 авг.	5	8	10	11	13	15	16	17	18	20
№ 1 № 2 № 3 № 4 № 5 № 6	Контрольные Оперированные.	Желтый . . .	120	120	133	—	172	178	—	—	—	—	190 (убитъ).
		Желтый съ бѣлымъ . . .	135	110	111	—	113	105	+95	—	—	—	—
		Черный съ бѣлымъ . . .	108	102	95	+77	—	—	—	—	—	—	—
		Желтоватый	109	124	118	—	133	124	—	+107	—	—	—
		Сѣрый съ бѣ- лымъ . . .	107	117	144	—	178	173	—	—	+152	—	—
		Сѣрый . . .	87	97	97	—	123	115	—	—	—	+115	—

По тѣмъ же причинамъ, что и у щевать, не привожу здѣсь размѣровъ головы.

Ч е р е п а.

Хотя, при описаніи опытовъ, приводились размѣры головы, по которымъ, до нѣкоторой степени, можно было бы судить и о размѣрахъ черепа, тѣмъ не менѣе, опредѣляемые на живыхъ существахъ, они не могли претендовать ни на большую точность, ни на большую полноту (тамъ указывалась только длина и наибольшая ширина). Поэтому теперь я перехожу къ описанію размѣровъ черепа, но, предварительно изложенія нѣкоторыхъ частныхъ измѣренія, хотѣлъ бы указать на общіе результаты перерѣзки шейныхъ сосудовъ, замѣчаемые при обзорѣ и сопоставленіи между собой череповъ какъ оперированныхъ, такъ и контрольныхъ животныхъ.

Всѣ кости черепа (а также позвонки) у оперированныхъ животныхъ товѣше, чѣмъ у нормальныхъ. Если снять черепную покрывку, что на патологическихъ черепахъ (условимся такъ называть черепа оперированныхъ животныхъ) удается труднѣе, благодаря большей ломкости костей, — и смотрѣть въ нее (изнутри) на свѣтъ, то на черепахъ патологическихъ въ общемъ замѣчается больше просвѣчивающихъ мѣстъ, чѣмъ на черепахъ нормальныхъ. Объяснить это

можно тѣмъ, что перерѣзка сосудовъ создаетъ временно нѣсколько худшее питаніе костной ткани, благодаря чему кость истончается. Сюда же, быть можетъ, примѣшивается еще одно обстоятельство. Дѣло въ томъ, что, съ нѣкоторой долей вѣроятности, можно признать, что перерѣзка сосудовъ не въ одинаковой степени отражается на черепѣ и мозгѣ: на первый она дѣйствуетъ сильнѣе, чѣмъ на второй. Тогда какъ ростъ кости (черепа) остановился или только ослабѣлъ, ростъ мозга идетъ съ прежней, если не большей силой, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ его отдѣлахъ; такимъ образомъ, надавливая на костную стѣнку черепа съ большою силою (большею — по причинѣ остановки роста черепа), эти отдѣлы мозга на черепахъ патологическихъ истончаютъ ее больше, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. То же обстоятельство, что ростъ черепа, при перерѣзкѣ сосудовъ, ослабѣваетъ въ большей степени, чѣмъ ростъ мозга, можетъ найти собѣ объясненіе въ меньшей способности костныхъ сосудовъ къ компенсаторному расширенію, необходимому при перерѣзкѣ шейныхъ сосудовъ въ сравненіи съ сосудами мозга, не стѣсняемыми никакой непреодолимой преградой.

Кости патологическаго черепа оказываются, съ нѣкоторыми колебаніями въ отдѣльныхъ случаяхъ, темнѣе таковыхъ черепа нормальнаго, что указываетъ на венозный застой въ сосудахъ *diploë* (мозговья оболочки у животныхъ оперированныхъ также нѣсколько богаче венозной кровью).

Os interparietale имѣетъ какое-то особое отношеніе къ перерѣзкѣ сосудовъ: за нѣкоторыми, весьма незначительными, исключеніями (можетъ быть даже только кажущимися) площадь ея на черепахъ патологическихъ значительно меньше, чѣмъ на нормальныхъ.

Весьма бросается въ глаза уменьшеніе (въ ширину) носовой части у кроликовъ оперированныхъ.

Хотя швы—лобный и стрѣловидный (*sutura frontalis et sutura sagittalis*) бывають искривлены и на черепахъ нормальныхъ, но на патологическихъ черепахъ это явленіе на-

блюдается въ болѣе сильной степени (въ области темяжныхъ костей искривленіе чаще всего вправо). Большая или меньшая прямолинейность швовъ у нормальныхъ животныхъ обусловливается наличиемъ одинаковой силы роста по ту и другую сторону шва (строго говоря, только приблизительно одинаковой, потому что и при нормальныхъ условіяхъ по обѣимъ сторонамъ шва можетъ быть не совсѣмъ симметричное расположеніе сосудовъ, почему въ легкой степени искривленіе швовъ наблюдается и на черепахъ нормальныхъ). Перерѣзка шейныхъ сосудовъ вызываетъ (временно) цѣлую бурю въ сосудистой системѣ, благодаря чему легко могутъ создаться условія неодинаковой силы роста по краямъ двухъ смежныхъ костей—мѣстонахожденіи образовательныхъ элементовъ: одна сторона ослабѣла, другая этимъ воспользовалась и образовалось искривленіе шва. Впрочемъ, помимо этого объясненія, предполагающаго существованіе *locus minoris resistentiae*, можетъ быть еще другое толкованіе искривленія швовъ. Око-стенчатіе и ростъ, являясь лучеобразно отъ *tubera* (*frontalia et parietalia*), при нарушеніи питанія, вызванномъ перерѣзкой шейныхъ сосудовъ, съ одной стороны—могутъ не дойти до срединной линіи, съ другой же, противоположной—перейти эту линію (совершенно случайно, безъ насилія, безъ захвата съ одной стороны и уступки—съ другой), и получится опять-таки искривленіе шва.

Шовъ вѣнечный (*sutura coronaria*) на патологическихъ черепахъ въ сравненіи съ нормальными болѣе извитъ и зазубренъ, что указываетъ на болѣе сильный ростъ по краямъ смежныхъ костей (обусловливаемый большимъ количествомъ сосудовъ, созданнымъ здѣсь тою же перерѣзкою, хотя относительно другихъ мѣстъ черепа приходится допустить обѣдненіе ихъ сосудами).

Швы на патологическихъ черепахъ долѣе остаются открытыми: тогда какъ на нормальныхъ черепахъ замѣчаются уже слѣды облитераціи (благодаря лучшему питанію), ея еще нѣтъ на черепахъ оперированныхъ животныхъ.

Наконецъ,—и это очень важная особенность,— черепа оперированныхъ животныхъ меньше, чѣмъ нормальныхъ; создается, такимъ образомъ, искусственная микроцефалія (при открытыхъ швахъ, какъ мы видѣли выше).

Возникновеніе микроцефаліи во многихъ случаяхъ вообще весьма загадочно. Большинство авторовъ склонно думать, что оно должно быть отнесено къ первымъ мѣсяцамъ утробной жизни (Cruveilhier, Vogt—къ 2-му мѣсяцу). По мнѣнію Cruveilhier, микроцефалію можно объяснить частью первичною малою величиною мозга, независимо отъ того, правильно ли онъ развитъ или отягощенъ дефектами, частью же болѣзнями зародыша, въ результатѣ которыхъ является сморщиваніе мозга; во всякомъ случаѣ, малый размѣръ, утолщеніе или синостозы черепныхъ костей оказываются явленіями второго порядка. Vogt, объясняя микроцефалію атавизмомъ, полагаетъ также, что явленіе это можетъ существовать при открытыхъ швахъ. Въ виду этого приходится ограничить роль синостоза и нельзя согласиться съ проф. В. А. Бецомъ, высказывающимъ по поводу микроцефаліи слѣдующія мысли: „Раннее заростаніе всѣхъ швовъ составляетъ причину недостаточнаго развитія полости черепа, который поэтому, сравнительно съ лицомъ, представляется малымъ; такой видъ головы получилъ названіе микроцефаліи“ (Морфологія остеогенеза. Кіевъ, 1887 г.). Baillarger усматриваетъ въ преждевременномъ синостозѣ причину микроцефаліи въ случаяхъ чрезвычайно выраженныхъ и связанныхъ съ другими аномаліями. Virchow приписываетъ извѣстную роль преждевременному синостозу; большее значеніе, по его мнѣнію, имѣютъ задержки въ развитіи мозга, которыя, сопровождаемыя частую патологическими процессами, ведутъ къ тому, что мозгъ не останавливается на эмбриональной ступени, а развивается, хотя и неправильно.

Наконецъ, уже Cruveilhier высказалъ предположеніе, что подобная форма черепа могла бы быть получена подъ влияніемъ давленія. Klebs и вслѣдъ за нимъ Alby приписы-

ваютъ возникновеніе микроцефаліи той атрофіи, которая могла бы наступить подъ вліяніемъ судорожныхъ сокращеній матки. Подобныя судороги во время акта рожденія микроцефаловъ констатированы однако лишь для немногихъ случаевъ. F. Ahlfeld приписываетъ рѣшающее значеніе равномерному концентрическому давленію, могущему повести къ задержкамъ въ развитіи. Въ этомъ случаѣ необходимо имѣть въ виду преждевременное сращеніе швовъ безъ компенсаціи или съ недостаточною компенсаціею, а съ другой стороны—водянку головы, существовавшую въ раннемъ періодѣ развитія плода и исчезнувшую благодаря всасыванію выпота или же перфорации.

Опровергая положеніе Virchow'a, что „швы обуславливаютъ ростъ черепа“ и что „при существующемъ синостозѣ развитіе черепа останавливается всегда въ направленіи, перпендикулярномъ къ заростемъ шву“, Gudden доказалъ (1874 г.) убѣдительнѣйшимъ образомъ, что уменьшеніе размѣровъ черепа можетъ получиться какъ при синостозахъ, такъ и безъ нихъ, и что, съ другой стороны, при наличности синостозовъ, можетъ вовсе не быть уменьшенія размѣровъ черепа.

Получившесся и въ моихъ опытахъ, послѣ перерѣзки шейныхъ сосудовъ, уменьшеніе размѣровъ черепа при открытыхъ швахъ можетъ внести новую и, пожалуй, единственно вѣрную точку зрѣнія на микроцефалію, какъ на явленіе, обязанное своимъ возникновеніемъ недостаточному питанію мозга и черепа, обуславливаемому врожденною узостью сосудовъ головы и шеи. (Такая узость сосудовъ доказана относительно кретинизма). Недостаточное питаніе вызываетъ остановку роста мозга и черепа (послѣдняго—въ болѣе сильной степени, см. выше). Согласно вышесказанному, предложеніе недавно гостившаго у насъ и демонстрировавшаго въ Москвѣ (на XII международномъ съѣздѣ врачей) свое новое примѣненіе трепанаціи, одного изъ лучшихъ современныхъ хирурговъ Франціи (по головной хирургіи), Lannelongue'a, лѣчить микроцефалію раздвиганіемъ черепныхъ костей—едва-ли можетъ

быть признано рациональнымъ и обещающимъ какую-либо будущность.

Впрочемъ, надо замѣтить, что здравый взглядъ на роль синостозовъ еще не успѣлъ укорениться въ литературѣ. Такъ, напр., П. Я. Розенбахъ, въ статьѣ „Идиотизмъ“ (Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ, 1893 г.) высказывается слѣдующимъ образомъ: „Въ другихъ случаяхъ, по всѣмъ вѣроятностямъ, болѣе частымъ первичнымъ моментомъ (идиотизма) является остановка въ ростѣ самого черепа, вслѣдствіе расстройства питанія или вслѣдствіе ранняго заростанія костныхъ швовъ, что препятствуетъ (?) дальнѣйшему увеличенію черепа въ объемѣ“. „Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій, находимыхъ въ самомъ мозгу, то прежде всего нужно упомянуть объ уменьшеніи его нормальныхъ размѣровъ, которое можетъ составлять первичное явленіе, аномалію развитія или же послѣдствіе (?) преждевременнаго окостенѣнія черепа“.

Кромѣ вышенаприведенныхъ измѣненій на черепѣ патологическомъ, слѣдуетъ еще отмѣтить, что онъ обыкновенно значительно выпуклѣе черепа нормального; что скуловые дуги у нормальныхъ животныхъ значительно толще и выше; что зубы на черепахъ патологическихъ тоньше и уже нормальныхъ (особенно это замѣтно на рѣзцахъ) и что углубленія между ними нѣсколько рѣзче; что *foramina transversaria* нѣсколько шире на патологическихъ позвонкахъ; если раньше перерѣзалась *a. vertebralis dextra*, то эти отверстія съ лѣвой стороны шире, чѣмъ съ правой.

Спрашивается теперь, насколько прочны всѣ указанная выше измѣненія на черепѣ послѣ перерѣзки шейныхъ сосудовъ? Оказывается, что измѣненія эти далеко не стойки: будучи болѣе или менѣе рѣзки черезъ 3—4 недѣли послѣ операціи (особенно, если она сдѣлана какъ можно раньше), съ теченіемъ времени они все болѣе и болѣе сглаживаются и могутъ наконецъ совершенно исчезнуть (единственно что, повидимому, весьма прочно, такъ это уменьшеніе размѣровъ

носа). Разница между патологическимъ черепомъ и нормальнымъ трехмѣсячныхъ кроликовъ №№ 16 и 17 (оставляя въ сторонѣ носъ) весьма незначительна: чуть-чуть тоньше кости, чуть-чуть меньше os interparietale—и больше ничего; наоборотъ, нѣкоторые размѣры на черепѣ патологическомъ даже больше, чѣмъ на нормальномъ.

Вотъ результаты детальнаго измѣренія (циркулемъ Вебера) патологическихъ и контрольных къ нимъ череповъ. Брались слѣдующіе размѣры:

1—длина черепа отъ processus occipitalis externus до кончика рѣзцовъ.

2—наибольшее разстояніе между скуловыми дугами.

3—разстояніе между задними incisurae supraorbitales.

4—ширина черепа въ области темянныхъ костей—по вѣнечному шву.

5—наибольшая ширина черепа въ области тѣхъ же костей.

6—длина (по sutura sagittalis) темянныхъ костей: правой и лѣвой.

7—длина пожекъ ламбдовиднаго шва: правой и лѣвой.

8—длина (по направ. suturae sagittalis) кости os interparietale.

9—ширина ея.

10—ширина носа у основанія его.

11—разстояніе между внутренними поверхностями заднихъ коренныхъ зубовъ.

См. табл. I и II. (натуральная величина).

	№ 13	№ 11	№ 12	№ 10	№ 9 (контр.)
1	53,3 mm.	53,3	52	55,6	56,3
2	29,5	29,5	29	30,3	31,8
3	11,2	12,3	12,2	11,2	11,4
4	19,25	19,25	19,2	20,2	20
5	23,1	22	21	22	— 23,3

	№ 13	№ 11	№ 12	№ 10	№ 9 (контр.)
6	15,5;14,8	15;16	14,2;14,6	14,9;16,1	15,8;14,8
7	4,8;4,8	4,5;4,5	4,5;4,5	5;5	4,1;4,4
8	3,4	2,9	3,5	3,5	2,9
9	8,2	7,75	7,6	8,5	7,3
10	11,1	10,6	10	11	11,3

	№ 3	№ 4 (контр.)	№ 22	№ 25 (контр.)	№ 17	№ 16 (контр.)
1	62 mm.	63,2	42	44,5	70	70,6
2	32,4	32	26,2	27	36,6	36,6
3	10,6	10	12,2	11,2	13	13
4	20,6	20,25	19,2	18,5	23	22,8
5	23	22,8	20,8	20,9	25	25
6	17,5;18,2	18;18,8	14,5;13,5	15,2;14	17,3;17,3	18;15,75
7	2,8;4	4;4	4,9;4,9	4,9;4,9	6,4;5,6	5,75;6,2
8	3,2	3,2	4	3,6	4	5
9	4,9	5,6	7,6	8	10,2	10,2
10	9,2	9	7	6,6	9,8	10,8
11	12,1	11,8	9	9,8	12,5	14,25

На черепкахъ кроликовъ №№ 22 и 25 была измѣрена еще длина костнаго носа (по срединной линіи), при чемъ у № 22 она оказалась равной 12,2, а у № 25—14 mm.

Черепка №№ 30—33, какъ наиболѣе цѣнные для меня (перерѣзка всѣхъ шейныхъ сосудовъ въ теченіе 20-ти дней), были подвергнуты болѣе обстоятельному измѣренію. На нихъ опредѣлялось:

1 — разстояніе отъ processus occipitalis externus до края рѣзцовъ.

2 — „ отъ уровня рѣзцовъ до угла, образуемаго при встрѣчѣ носовыхъ и лобныхъ костей.

3 — „ отъ этого угла до угла, образ. мѣстомъ встрѣчи лобныхъ и темянныхъ костей: справа и слѣва.

4 — „ отъ этого послѣдняго угла до угла, образ. ножками ламбовиднаго шва: справа и слѣва.

5 — „ отъ этого послѣдняго угла до затылочной кости (по срединной линіи), т. е. длина кости *os interparietale*.

6 — ширина кости *os interparietale*.

7 — разстояніе отъ мѣста встрѣчи затылочной и темянной кости (по срединной линіи) до *processus occipitalis externus*.

8 — „ между углами переднихъ *incisur'*.

9 — „ „ „ заднихъ „

10 — „ между бугорками, мѣстомъ встрѣчи темяно-височнаго шва и края глазницы.

11 — ширина темянной кости по вѣнечному шву: справа и слѣва.

12 — наибольшая ширина темянной кости: справа и слѣва.

13 — длина ножекъ ламбовиднаго шва—справа и слѣва.

14 — разстояніе между самыми выдающимися точками бугровъ по сторонамъ *protub. occipitalis externa*.

15 — ширина черепа позади скуловыхъ дугъ.

16 — „ „ въ области *processus mastoideus* у основанія костнаго уха: снизу и спереди послѣдняго.

17 — разстояніе (по отвѣсу, при горизонтальномъ положеніи верхней поверхности носовой части черепа) отъ верхушки *processus mastoideus* до угла, образуемаго встрѣчей костей-лобной, темянной и височной; справа и слѣва.

18 — черепъ своею верхнею поверхностью клался на горизонтальную плоскость и плотно прижимался къ ней пальцемъ, положеннымъ на альвеолярные отростки (зубы) верхней челюсти; тогда опредѣлялось разстояніе отъ горизонтальной плоскости до *protub. occipitalis externa*.

19 — разстояніе между внутренними поверхностями зубовъ на уровнѣ послѣдняго коренного зуба.

20 — наибольшая ширина черепа въ области скуловыхъ дугъ (опред. сверху).

21 — наибольшая высота скуловыхъ дугъ.

22 — ширина костного носа на уровнѣ основанія его (опред. сверху).

23 — высота носа на томъ же уровнѣ.

Нижняя часть.

24 — разстояніе отъ верхне-задняго края суставного отростка до выступа на нижней поверхности горизонтальной части челюсти, послѣ перехода ея въ ramus ascendens.

25 — высота челюсти тотчасъ позади послѣдняго коренного зуба.

26 — наименьшее разстояніе отъ рѣзцовъ до края вырѣзки въ ramus ascendens.

27 — разстояніе между foramina mentalia (сверху).

28 — толщина челюсти на уровнѣ перваго коренного зуба.

	№ 30 (контр.)	№ 31	№ 32	№ 33 (контр.)
1	55,5 mm.	53	53	55
2	21	20	20	21
3	24,5;23,6	25,25;24,5	24,2;25	25;24,2
4	14,2;15	14,9;15,5	14,1;13,3	15,5;16,1
5	4.	4,25	4	4,5
6	9,75	8	8,25	8,25
7	7,4	6,5	6	7
8	12 } sutura frontalis-sagittalis лежитъ между обѣ- ими точками посрединѣ.	11,5 } помянут. шовъ проходитъ меж- ду обѣими точ- ками посре- динѣ.	11 } 12,25 } idem.	12 } 12,25 } idem.
9	12,6 } разстояніе справа до того-же пивана 0,5mm. меньше, чѣмъ слѣва.	12 } 20,4 } 20,4 }	12,25 } 20,4 } 20,4 }	12,25 } 21,25 } 21,25 }
11	11;11,24	11,4;14,4	11,6;11	11,25;11,5
12	13;13	12,5;12,5	13;12,25	13;13
13	5,75;5,25	5,5	5;5,6	5,4;5,4
14	13,5	14	14	14
15	25,4	24,25	24,6	25,75
16	22,25;22,5	23;23,6	22;21,6	22,5;23
17	23,5;23	22,2;22,2	22,2;21,6	24;23,5
18	26	25	25	27
19	10,6	9,6	10,2	11
20	31,3	30	29,6	31,3
21	5,25	4,5	4,9	5,25
22	8,6	7,4	7,6	7,8

№ 30 (контр.)	№ 31	№ 32	№ 33 (контр.)
23 10	10	9,6	10
24 24,9	23,6	23,1	24,6
25 10,3	9,6	9,5	10,2
26 37,6	36,2	36,3	37,6
27 8,2	7,8	7,3	8
28 4,3	4	3,8	4,2

Вотъ діаметръ нѣкоторыхъ болѣе глубокихъ сосудовъ тѣхъ же кроликовъ:

A. vertebralis сзади между атлантомъ и эпистрофеомъ. A. basilaris близь слиянія обѣихъ ея ножекъ.

№ 30 (контр.)	справа	$\frac{6}{8}$ мм.	слѣва	$\frac{7}{8}$	$\frac{7}{8}$
№ 31	"	$\frac{7}{8}$	"	$1\frac{2}{8}$	$1\frac{2}{8}$
№ 32	"	$\frac{7}{8}$	"	$1\frac{3}{8}$	$1\frac{2}{8}$
№ 33 (контр.)	"	$\frac{7}{8}$	"	$\frac{6}{8}$	$\frac{7}{8}$

М о з г ъ .

О мозгѣ еще менѣе можно сказать, чѣмъ о черепѣ. Тѣмъ не менѣе, изучивъ дифференціально весь запасъ имѣющихся у меня мозговъ, я пришелъ къ нѣкоторымъ повидимому прочнымъ выводамъ.

На всѣхъ патологическихъ мозгахъ, въ сравненіи съ мозгомъ нормальнымъ, замѣчается уменьшеніе ихъ въ объемѣ, но путь, который избираетъ себѣ это уменьшеніе, другими словами, ось или оси, по которымъ идетъ оно, бываютъ весьма разнообразны и не представляютъ ничего постояннаго, опредѣленнаго.

Обыкновенно легко удается замѣтить уменьшеніе въ объемѣ мозжечка и продолговатаго мозга, но иногда совершенно нельзя констатировать того же относительно полушарій; наоборотъ, иногда они на мозгахъ патологическихъ бываютъ больше нормальныхъ (впрочемъ, этого и слѣдовало ожидать, разъ мы (изъ работъ Любимова и Розенбаха) знаемъ, что изъ центральной нервной системы наиболѣе чувствите-

лень ко всевозможнымъ измѣненіямъ продолговатый мозгъ, затѣмъ мозжечекъ, тогда какъ большой мозгъ въ этомъ отношеніи занимаетъ послѣднее мѣсто).

Варолиевъ мостъ тоже всегда реагируетъ на перерѣзку сосудовъ въ томъ смыслѣ, что онъ дѣлается уже и острѣе (шиловиденъ), а при нормальныхъ условіяхъ онъ шире и тупѣе. Если смотрѣть въ профиль, то на патологическомъ мозгу онъ, приближаясь къ продолговатому мозгу и вмѣстѣ съ этимъ послѣднимъ, кажется болѣе вогнутымъ, чѣмъ на нормальномъ.

Полушарія патологическаго большого мозга имѣютъ обыкновенно размѣръ въ ширину нѣсколько болѣе, чѣмъ такія же полушарія мозга нормальнаго. Иногда это замаскировано болѣе длинной нормальнаго полушарія, но если мы возьмемъ геометрическое отношеніе ширины и длины, то тогда подтвердится справедливость этого вывода (котораго тоже слѣдовало ожидать, разъ намъ извѣстно, что черепа патологическіе обыкновенно болѣе выпуклы, чѣмъ черепа нормальные).

Тогда какъ нормальный мозгъ ровнѣе, глаже, мозгъ патологическій болѣе бороздчатъ, бугристъ. Это подтверждаетъ справедливость моего положенія, что мозгъ не столь рѣшительно останавливается въ ростѣ послѣ перерѣзки шейныхъ сосудовъ, какъ черепъ, и потому происходитъ сморщиваніе его поверхности.

Наконецъ, патологическій мозгъ оказывается богаче кровеносными сосудами, число которыхъ хотя не всегда бываетъ больше, но за-то они крупнѣе и вѣтвистѣе. Это тоже намъ уже извѣстно изъ предыдущаго.

Вотъ тѣ выводы, къ которымъ я пришелъ относительно макроскопическихъ измѣненій въ мозгу.

Мозгъ взвѣшивался и измѣрялся. Съ этою цѣлью разрѣзались по сагиттальной линіи *corpus callosum*, а затѣмъ двумя разрѣзами, веденными спереди назадъ и вбокъ, отдѣлялось *corpus striatum* каждой стороны отъ мозгового ядра (*Markkern*) большого мозга. На нижней поверхности оба эти разрѣза приходились вдоль *chiasma nervorum opticorum*,

(такъ что tuber cinereum и hypophysis s. glandula pituitaria оставались на мозговомъ стволѣ). Получавшіяся три части: правое полушаріе, лѣвое полушаріе и мозговой стволъ, отдѣленный отъ спинного мозга на уровнѣ decussatio pyramidum,—взвѣшивались отдѣльно. Уплотненіе производилось всегда въ 2% растворѣ формалина, при чемъ до наступленія полного отвердѣнія мозгъ не вынимался изъ черепной капсулы; мозгъ же кролика № 12 былъ вынутъ свѣжій, но благодаря тому онъ и прональ какъ для взвѣшиванія, такъ и для измѣренія, ибо, будучи самымъ маленькимъ изъ всей группы, онъ настолько однако расплылся и пропитался жидкостью, что сталъ теперь самымъ тяжелымъ и самымъ большимъ:

	№ 13	№ 11	№ 10	№ 9 (контр.)
Правое полушаріе	1,89	1,86	1,91	2,15
Лѣвое „	1,86	1,88	1,89	2,17
Мозговой стволъ	2,58	2,61	2,71	2,64
Итого	6,33	6,35	6,51	6,96

	№ 22	№ 25 (контр.)
Правое полушаріе	1,41	1,63
Лѣвое „	1,43	1,68
Мозговой стволъ	2,02	2,20
Итого	4,86	5,51

	№ 3	№ 4 (контр.)	№ 17	№ 16 (контр.)
Правое полушаріе	2,07	2,13	2,75	2,77
Лѣвое „	2,05	2,12	2,75	2,82
Мозговой стволъ	2,83	2,90	4,37	3,96
Итого	6,95	7,15	9,87	9,55

	№ 30 (контр.)	№ 31	№ 32	№ 33 (контр.)
Правое полушаріе	1,59	1,56	1,77	1,82
Лѣвое „	1,58	1,54	1,76	1,81
Мозговой стволъ	2,55	2,53	2,54	2,74
Итого	5,72	5,63	6,07	6,37

Замѣчательно, какъ эти послѣдніе кролики, однопометные, но равной масти (№№ 30 и 31—сѣрые, №№ 32 и 33—бѣлые), по вѣсу ихъ мозга разбились на двѣ партіи—по мастямъ (вѣсъ ихъ тѣла см. выше, IX глѣздо).

Мозги №№ 22 и 25 (они пошли потомъ для микроскопированія) измѣрялись, къ несчастью, въ цѣломъ, безъ расчлененія, и на нихъ были опредѣлены лишь слѣдующіе размѣры (такъ какъ эти послѣдніе могутъ имѣть сравнительный интересъ, то я ихъ все-таки привожу, несмотря на всю ихъ условность):

	№ 22	№ 25 (контр.)
высота мозга	13,6	14,8
длина мозга („по шву“)	9,8	11,2
ширина	8,6 и 12,4	7,8 и 11,8
наибольшая ширина продолгов. мозга	8,6	9,2
наименьшая „ „	5,3	6
толщина „ „	3,3	3,6.

Что же касается остальныхъ мозговъ, то, исключая № 12 (см. выше), на нихъ опредѣлялось:

- 1 — разстояніе между самыми выдающимися точками моста и средней доли мозжечка.
- 2 — ширина моста въ области перехвата.
- 3 — разстояніе между наиболѣе удаленными другъ отъ друга точками *corporum striat.*
- 4 — толщина кольца, образуемаго *corpus striatum* и *thalamus opticus.*
- 5 — ширина продолговатаго мозга на уровнѣ обех.
- 6 — наибольшая ширина продолговатаго мозга.
- 7 — толщина „ „ на уровнѣ обех.
- 8 — наибольшая ширина мозжечка.
- 9 — разстояніе между наиболѣе удаленными другъ отъ друга точками переднихъ бугровъ четырехолмія.

10 — разстояніе между hypophysis и верхнимъ краемъ 3-го желудочка.

11 — длина мозговыхъ полушарій (по медіальному ребру).

12 — наибольшая ширина мозговыхъ полушарій.

13 — " " толщина " "

(При измѣреніи полушарій lobulus olfactorius не принимался во вниманіе).

	№ 13	№ 11	№ 9 (контр.)
1	15,2	16	16,3
2	10,3	10,3	10,8
3	13,3	13,5	13,2
4	5	5	5,2
5	7,8	7,9	8,0
6	9,8	9,9	10,2
7	6,3	6	6,3
8	18,3	18,5	19,2
9	9,3	9	8,6
10	9	9	9
11	24,9	24,9	26,9
12	18,3	18	19,2
13	10	9,8	10,25

Мозги эти (послѣ формалина) уплотнялись еще въ Мюллеровской жидкости (такъ какъ предназначались для микрокопированія) и тогда только были измѣрены; всѣ же остальные измѣрялись прямо послѣ формалина, какъ сказано выше.

	№ 3	№ 4 (контр.)	№ 17	№ 16 (контр.)
1	16,3	16,3	19,75	19,75
2	10,5	10,6	11,9	11,9
3	13,6	13,6	15,8	15,5
4	5,3	5,5	5,8	5,3
5	8,5	8,6	10,2	10

	№ 3	№ 4 (контр.)	№ 17	№ 16 (контр.)
6	10	10,3	11,8	11,5
7	6,2	6,2	7	7
8	21,3	21,5	22,8	22,8
9	9,2	9,2	10,8	10,3
10	8,8	8,8	9,3	9,3
11	27	27,8	31,6	31,6
12	19	19	22	22
13	10,6	10,6	12	12
	№ 30 (контр.)	№ 31	№ 32	№ 33 (контр.)
1	16	17	15,5	15,5
2	10,3	10,3	9,6	11
3	14,3	14,3	13,8	14,5
4	4,9	4,9	4,9	5,2
5	8	8	8	8,25
6	10	9,5	9,6	9,6
7	6,5	6,4	5,6	5,6
8	19,5	18	18,5	18,8
9	9,9	9,9	9,9	10,6
10	8,8	9,3	9	8,3
11	27,2	27,2	26,8	26,8
12	18,5	19	19,4	19,2
13	10,1	10,1	10	10

См. таблица II.

Въ заключеніе два слова о микроскопическомъ изслѣдованіи. Изслѣдуя микроскопическіе сръзны мозговъ по методу Marchi, Раію, карминному, Вырубова, Golgi, я нашель, что обложеніе міэлиномъ дѣйствительно задерживается перерѣзкой сосудовъ; что волоконъ въ корѣ, именно поперечныхъ волоконъ въ верхушкѣ, въ патологическомъ мозгу значительно меньше: тогда какъ въ мозгу нормальномъ они образуютъ довольно густую сѣть, здѣсь эта сѣть рѣдка; что клѣтки въ патологическомъ мозгу меньше и что, наконецъ, сосудовъ въ немъ больше, чѣмъ въ мозгу нормальномъ.

Литература.

О Т Д Ъ Л Ъ П Е Р В Ы Й.

- Дэшанъ. Beobachtungen und Bemerkungen über die Unterbindung der Hauptschlagadern. (переводъ съ французскаго). 1803 г.
- A. Cooper. Some experiments and observations on tying the carotid and vertebral arteries. Guy's Hospital Reports, № 1. January 1836 г.
- Oeuvres chirurgicales. 1837 г.
- Неммертъ. De arteriae carotidis communis lateris utriusque deligatione. In. Dis. Petropol. 1845 г.
- N. Chevers. Remarks on the effects of obliteration of the carotid arteries upon the cerebral circulation, The London Medical Gazette. New series, vol. I.
- Engel. Untersuchungen über Schädelformen. Prag. 1851 г.
- V. Bruns. Chirurgischer Atlas. Bildliche Darstellung der chirurgischen Krankheiten und der zu ihrer Heilung erforderlichen Instrumente, Bandagen und Operationen. Tübingen. I Abth. Gehirn und Umhüllungen. 2 Abth. Kau- und Geschmacksorgan. 1853—60 rr.
- Reimer. Zur Compres. d. Carot. bei Epileps. Deutsche Klinik. 1856 г.
- R. Virchow. Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes im gesunden und krankhaften Zustande und über den Einfluss derselben auf Schädelform, Gesichtsbildung und Gehirnbau. Berlin. 1857 г.
- Ehrmann. Recherches sur l'anémie cérébrale. Strassburg. 1858 г.
- Ludwig Fick. Neue Untersuchungen über die Ursachen der Knochenformen. Marburg. 1859 г.
- Ehrmann. Des effets, produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent. Paris. 1860 г.
- Pilz. Zur Ligatur der Art. Carotis com., nebst einer Statistik dieser Operation. Arch. f. Klin. Chirurgie. IX. Bd. 2. 1868 г.
- Lucä. Architectur des Menschenschädels. 1868 г.

- Сергѣй Коломинъ. О восстановленіи кровообращенія у человѣка послѣ перевязки большихъ артеріальныхъ стволѣвъ. Дисс. С.-Петербургъ. 1869 г.
- Мержеевскій. Микроцефализмъ. Арх. Суд. Мед. № 3. 1871 г.
- К. Фохтъ (Vogt). Малоголовые, перев. Бера и Карабановича. С.-Петербургъ. 1873 г.
- D-r. В. v. Gudden. Experimental-Untersuchungen über das Schädelwachsthum. 1874 г. München.—Замѣчательно, что эта монографія не вошла въ полное собраніе сочиненій Gudden'a: Bernhard von Gudden's gesammelte und hinterlassene Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. H. Grashof. Wiesbaden. 1889.
- Welcker. Untersuchungen über Wachsthum und Bau des menschlichen Schädels. 1878 г.
- Drei Fälle von retrobulbärer pulsirender Gefass-Geschwulst geheilt durch Unterbindung der Carotis (Archiv für Augenheilkunde, VIII, 2). 1879 г.
- Meriwether. (Kingston). Double Ligation of the internal carotid Artery (1869), reported by A. T. Lee (Americ. Journ. of med. sc. January).
- S. Lo Grasco (Palermo). Due casi di legatura della carotide primitiva (Gazz. klin. di Palermo. Okt.—Dec. 1879).
- Ф. К. Борнгауиъ. Перевязка сонной артеріи. Изъ хирургической клиники д-ра К. К. Рейера при женскихъ врачебныхъ курсахъ (изъ отчета 1878/79 учебный годъ). (Врачъ, № 24). 1880 г.
- A. Piana. Storia d'una ferita della carotide e della giugulare nel lato sin. del collo prodotta da armá tagliate e guarita colla sola compressione (Il Raccogl. med. № 2). 1880.
- K. King. Aneurism of root of neck; ligature of right carotid and subclavian arteries. (Brit. med. Journ. vol. II). 1880.
- I. M. Palmer. Aneurism of the aorta and innominate artery; successful simultaneous ligature of right subclavian and right common carotid arteries. (Brit. med. Journ. vol. II). 1880.
- Lewis A. Stimson. (New York). On simultaneous Ligation of the common Carotid and of the Subclavia in its third Portion in the Treatment of supposed Aneurism of the Arteria innominata, with a Case (The Americ. Journ. of med. Sciences. July). 1880.
- Н. А. Вельяминовъ. 21 случай перевязки общей сонной артеріи. Изъ хирургической клиники д-ра Рейера. (Врачъ, №№ 45 и 46). 1881 г.
- Alexander. An attempt to cure epilepsy by ligature of the vertebral arter. with reports of some cases in which lig of one or both of these vessels was performed. Medic. Times, Nov. 19. 1881.
- H. W. Langie Browney. A successful case of simultaneous ligature of the subclavian and carotid arteries for aneurysm of innominate (The Lancet, ноябрь 12). 1881.
- Ch. Higgens. Case of vascular protrusion of the eyeball (The Brit. med. Journ. апр. 23). 1881.

- Alexander. The treatment of epilep. by lig. of the vertebral arteries. Brain Vol. IV. 1882 г.
- Н. А. Вельяминовъ. Еще 12 случаевъ перевязки общей сонной артеріи. Изъ хирургической клиники проф. К. К. Рейера. (Врачъ, № 30). 1882.
- Н. В. Скляфосовскій (лекція). Бьющееся выпячиваніе глаза. Aneurysma arterioso-venosum carotidis internaе dextrae. Ligatura carotidis communis. (Врачъ, № 13). 1882.
- Маньковский. Къ вопросу о голоданіи. Диссерт. С.-Петербургъ. 1882.
- W. Dunnett Spanton. Case of ligature of the Vertebral Arteries for Epilepsy (The Brit. Med. Journ. февр. 24). 1883 г.
- M. A. Messiter. Haemorrhage from tensil; ligation of common carotis artery. (The Brit. med. Journ. apr. 7) 1883.
- Howard Marsh. A case of ligature of the right subclavian and common carotid arteries for aneurism of the aorta. (The Lancet, февр. 17). 1881.
- L. Weber. A case of syphiloma of the raght vertebral with thrombosis of the basilar artery. (The americ. Journ. of Neurology and Psych. Febr. Vol. II, № 1). 1883.
- De. Stintzing, Privatdocent und Assistenzarzt. Trombose der Arteria basilaris und der Arteria Fossae Sylvii sin. Doppelseitige Paralyse. Aphasie. Letal (Mittheilungen aus der Klinik des Herrn Obermedicalrathes Prof. Dr. von Ziemssen. II. Krankheiten des Nervensystems. Aerzliches Intelligenzblatt, № 25). 1883.
- П. Л. Розенбахъ. О вліяніи голоданія на нервныя центры. Диссерт. 1883.
- Eug. Voeckel. Sarcome du cou. Extirpation. Lésion de l'Artère vertébrale. (Gaz. med. de Strasbourg, № 2). 1884 г.
- Протоколы засѣданій О-ва психіатровъ въ С.-Пет. Засѣданіе 10-го марта 1884 г. Д-ръ В. Л. Пекѣрь (гость) сдѣлалъ сообщеніе объ измѣненіяхъ въ мозгу, въ зависимости отъ искусственной ишеміи. (Вѣстникъ клинич. и судеб. психіатріи и невропатологіи; поврем. изд. подъ редак. проф. П. П. Мерзеевскаго. 1885 г.).
- Duncan. Ligat. of right vertebr. of an epileptic. The Austral. med. Journ., March. 1885 г.
- Gray. The treatment of epilepsy by ligation of the vertebr. arter. (Journ. of Americ. med. Assoc.). 1886 г.
- Dr. Fr. Hallager. Om Underbinding af Art. vertebralis Som Middel mod. Epilyssi (Hosp.—Tid. 3. R. IV. 28). 1886.
- Проф. П. П. Мерзеевскій. О значеніи примѣненія нѣкоторыхъ хирургическихъ операцій къ леченію нервныхъ и душевно-больныхъ. Протоколы засѣданій Общества психіатровъ въ С.-Петербурб. 1886.
- Wyeth. Ligation of the external carotid artery. (Med. news., März 19). 1887 г.
- Bryant. Three cases of ligation of the external carotid artery, in two of which both vessels were tied Simultanconsly (Med. news, Mai 14). 1887.

- Selenkow. Ein Fall von Ligatur der Carotis comm. in diphtheritisch—scarlatinöser Abscesshöhle mit Ausgang in Genesung. (S'Petersburger med. Wochenschrift, № 8). 1887.
- В. Пекёръ. О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно вызваннаго малокровія. Диссертация. 1887.
- Bernays (S'Louis). Kurze Mittheilungen über drei Fälle von Continuitäts—Unterbindung der Art. vertebr. bei Epilepsie. (XVII конгрессъ изм. общ. хирурговъ, 4—7 апр.). 1888 г.
- John A. Wells. Aneurysm of the arch of the aorta or of the innominate artery. Simultaneous ligation of the right common carotid and right subclavian arteries. Recovery. (New. York med. Journ. Vol. XLVIII, № 14). 1889.
- Roman von Bargez (Lemberg). Vier Fälle von Continuitätsunterbindung der Arteriae Vertebralis bei Epilepsie (Wiener med. Wochenschrift, № 7—9). 1889.
- F. T. Meriwether. Simultaneous ligation of the common carotid and Subclavian for aneurism of the ascending aorta. (Annals of surgery, May). 1889.
- Баронъ А. Г. фонъ-Криденеръ. Къ вопросу объ экспериментальной эпилепсін. Диссертация. 1889.
- Telford Smith. Notes of a case of epilepsy in which the vertebral artery was tied (Journ. of mental science. Oct.) 1890 г.
- Ulrich Bohn. Anatomische und klinische Studien über die Unterbindungen der Arteria vertebralis nebst Mittheilung eines neuen Operationsverfahrens nach Prof. Helferich (Inaug. Diss., Greifswald). 1892 г.
- Benedikt. Zur Lehre vom Knochenwachsthum. (Centralbl. f. med. wiss. № 29). 1892.
- Lipps. Ueber Unterbindung der Carotis externa (Arch. f. Kl. Chir. B. XLVI). 1893 г.
- Officelles Protocoll. Deutsche medicinische Wochenschrift, № 2. (Проф. Naunyn прижималъ carotis), а также см. Neurol. Centralblatt, 1895, стр. 239.
- Проф. В. М. Бехтеревъ. О вліяніи голоданія на новорожденныхъ животныхъ, въ особенности на вѣсъ и развитіе ихъ мозга. (Неврологическій Вѣстникъ, т. III, вып. 1).
- Н. А. Жуковъ (предварительное сообщеніе). О вліяніи голоданія новорожденныхъ животныхъ на развитіе ихъ центральной нервной системы. Изъ клинической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. Врачъ, № 45). 1895.

О т д ѣ л ѣ в т о р о й.

- Проф. В. М. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Ч. I. Методы изслѣдованія, волокна спинного мозга и мозгового ствола. 1896 г.

- Flechsig. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen, Leipzig, 1876 г.
- Dr. Heinrich Obersteiner. Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы въ нормальномъ и патологическомъ состояніи. Переводъ Б. Ю. Стурцеля подъ редакціей С. П. Чернышева. Москва 1897 г.
- М. Д. Лавдовскій, Ф. В. Овсянниковъ и др. Основанія къ изученію микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ. 1887 г.
- Штёръ, Филиппъ. Учебникъ гистологіи и микроскопической анатоміи человѣка и микроскопическая техника. 1891 г.
- Никифоровъ, М. Краткій очеркъ микроскопической техники. Пособіе при практическомъ изученіи патологической гистологіи. 1893 г.
- Никифоровъ Н. А. Объ отношеніи калибра артерій къ вѣсу и объему органовъ и къ вѣсу частей тѣла. Дис. Спб. 1883 г.
- Казьдентъ. Техника гистологическаго изслѣдованія. Перев. Розенбламъ, Сиб. 1892 г.
- Проф. И. Р. Тархановъ. О психомоторныхъ центрахъ у новорожденныхъ животныхъ и развитіи ихъ подъ вліаніемъ разнообразныхъ условий. Спб. 1878 г.
- Ө. К. Телятникъ. Объ окончаніяхъ языкоглоточнаго нерва въ продолговатомъ мозгу. Диссертація 1896 г.
- Его-же. О нервныхъ элементахъ обонятельной луковицы. Способъ Golgi. Изъ клин. лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. (Неврологическій Вѣстникъ, томъ III, вып. 3. 1895 г.)
- Его-же. Видоизмѣненіе окраски нервныхъ клетокъ по Nissl'ю. Изъ анатомио-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. (Обзорніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи, № 9, 1896 г.)
- Его-же. О техникѣ способа окраски центральной нервной системы по Marchi. Изъ анатомио-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. (Неврологическій Вѣстникъ, томъ V, вып. 2, 1897 г.)
- Н. Л. Вырубовъ. Объ окраскѣ шавелево-кислымъ карминомъ сѣтчатого мозга, обработанныхъ по Pal'ю. Изъ клинической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева. (Врачъ, 1895 г., № 14).
- Книгъ. Руководство къ частной хирургіи для врачей и студентовъ 1896 г.
- Пироговъ. Начала военнополевой хирургіи. 1856 г.
- Меморскій. О вліаніи мѣстныхъ условий на кровообращеніе. Дис. 1863 г.
- Albert Landerer. Руководство общей хирургической патологіи и терапіи. 1894 г.
- Проф. Брандтъ. Руководство къ анатоміи домашнихъ животныхъ:
- Krause. Die Anatomie des Kaninchen. Leipzig. 1868 г.
- Dr. W. Ellenberger und Dr. H. Baum. Systematische und topographische Anatomie des Hundes. Berlin. 1891 г.
- Ireland. Идіотизмъ и тупоуміе. (русс. изд. 1880 г.)

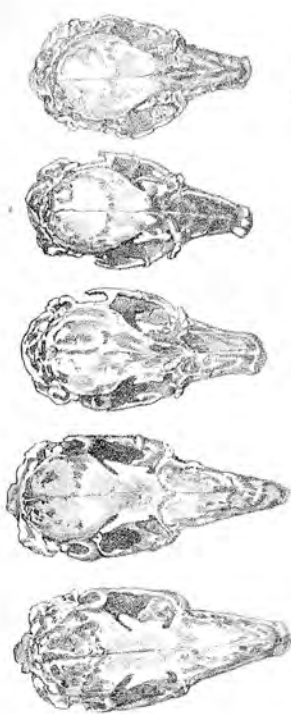
- Б. В. Томашевскій. Къ патологiи идиотизма. Дисс. 1892 г.
- Griesinger. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart. 1867 г.
- Krafft-Ebing. Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. 3-е изд. 1892 г.
- Проф. А. Еуленбург; проф. М. И. Доанасевъ. Реальная энциклопедiя медицинскихъ наукъ. Медико-хирургическiй словарь.
- Любимовъ. Embryolog. u. histogenet. Untersuch. über das Sympath. und Cerebrospinale Nervensystem. Separatabdruck aus Virchow's Arch., Bd. 60
- S. Shimamura (aus Tokio, Japan) Ueber die Blutversorgung der Pons-und Hirnschen-Kelgegend, insbesondere der Oculomotoriuskerns. Aus dem Laboratorium von Prof. Dr. Mendel in Berlin. (Neurologisches Centralblatt, 1894, стр. 685—688, 769—780).
- Paul Kronthal. Lymphcapillaren im Gehirn. Изъ лабораторiи проф. Мендел'я. Neurologisches Centralblatt. 1890 г.
- A. Adamkiewicz. Die Arterien des verlängerten Markes vom Uebergang bis zur Brücke. Denkschr. d. Kais. Akad. d. Wiss. zu Wien. Mathem.—Naturw. Kl. LVII, стр. 481. (1891 г.).
- F. Hochstetter. Ueber die Entwicklung der A. vertebralis beim Kaninchen, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Ansa Vieussenii. Morph. Jahrb. XVI, 4 стр. 572 (1890).
- H. Baum. Die Arterienanastomosen des Hundes und die Bedeutung der Collateralen für den thierischen Organismus (Deutsch. Zeitsch. f. Thiermedic. XIV, $\frac{4}{6}$, стр. 273 (1889).
- R. Geigel. Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. Sitzber. d. Physik.—Med. Ges. zu Würzburg. 1889, Nr. 6, стр. 125.
- G. Rummo und A. Ferranini. Die Blutcirculation des Gehirns im normalen Zustande und unter dem Einfluss von Schlafmitteln. II Morgagni 20, Juli 1889. (Рецензия—въ Deutsch. Med. Ztg. X, 97, стр. 1126).
- Mosso. Ueber der Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn. Leipzig, 1881.
- Robin. Recherches sur quelques particularités de la structure des capillaires de l'encéphale. Journal de Physiol. 1859. II.
- His. Ueber ein perivasculäres Kanalsystem in den nervösen Centralorganen. Zeitschr. f. Wiss. Zoologie. Bd. XV, 1864.
- Camillo Golgi. Zur Pathologie der Lymphgefäße des Gehirns. Virch. Arch. Bd. 51. 1870.
- Vulpian. Sur la durée de la persistance des propriétés des muscles, des nerfs et de la moelle épinière après l'interruption du cours du sang. Gazette hebdom. de medic. et de chirurg. 1861 г



Нормальный.



Склероматоз.
Перерѣзана всѣхъ шейныхъ сосудовъ.



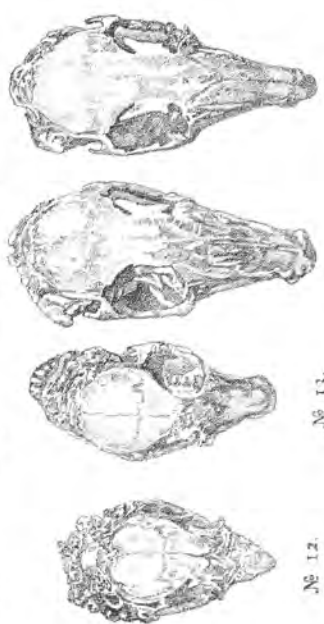
№ 3.

№ 4.

№ 9.

№ 10.

№ 11.

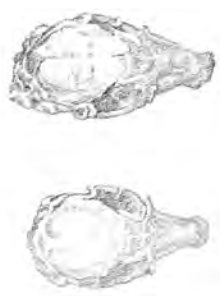


№ 12.

№ 13.

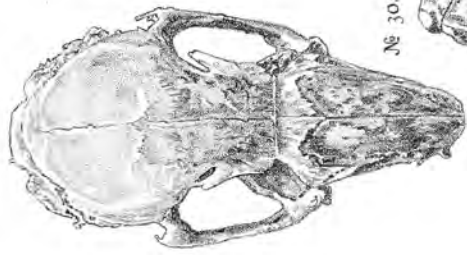
№ 16.

№ 17.

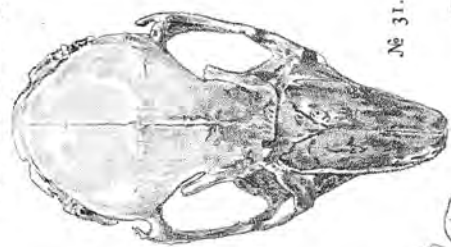


№ 22.

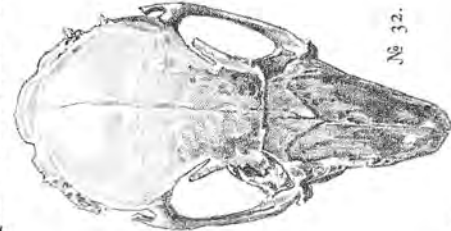
№ 25.



№ 30.



№ 31.



№ 32.



№ 33.



№ 30.



№ 31.



№ 32.



№ 33.



№ 30.



№ 31.



№ 32.



№ 33.

- Minkowski. Ueber d. Aenderung d. elektr. Erregbarkeit d. Gehirns nach Verschluss d. Kopfarterien. Inaug. Diss. Königsberg. 1881.
- Spencer and Horsley. Report on the control of haemorrhage from the middle cerebral artery and its branches by compression of com. carotid. Brit. med. Journ. March. 1889.
- Corin. Sur la circulation du sang dans le cercle artériel de Willis. Bullet. Académ. royal de Belgique. XIV. 1887.
- Kussmaul и Tenner. Untersuchungen über den Einfluss, welchen die Blutströmung auf die Bewegungen der Iris und anderer Theile des Kopfes ausübt. Verhandlungen der physik. medic. Gesellschaft in Würzburg, VI. Bd. 1856.
- Ихъ-же. Untersuchungen über Ursprung und Wesen der fallsuchtartigen Zuckungen bei Verblutung. Moleschotts Untersuchungen, Bd. III. 1857.



Къ казуистикѣ сексуальныхъ извращеній,

С. Суханова,

ассистента Московской психиатрической клиники.

Какъ извѣстно, половыя извращенія могутъ выражаться въ весьма разнообразной формѣ. Разсмотрѣнiе различныхъ внѣшнихъ проявленій этой аномалии не входитъ въ нашу задачу. Въ предлагаемой работѣ мы хотѣли-бы привести лишь краткое описанiе одного случая полового извращенiя, встрѣчающагося въ нижеописанной формѣ, повидимому, не часто.

Дѣло касается больного, 27 лѣтъ, происходящаго изъ семьи, въ которой у нѣкоторыхъ членовъ наблюдается нервно-психическая патологiя. Учился онъ началъ въ средней школѣ, но неуспѣшно; кромѣ того, вскорѣ пришлось выйти изъ училища будто-бы по матеріальному недостатку родителей.

Поступивъ впоследствии къ одному частному лицу въ секретари, больной прослужилъ у него нѣкоторое время; но вышли затѣмъ какія-то неприятели, будто-бы наговоры, и онъ оставилъ это мѣсто. Четыре послѣднiе года живетъ безъ занятій; родные теперь изъ милости даютъ ему у себя уголь.

Со стороны половой сферы уже давно, съ ранней юности, начались разныя неправильности. Половое возбужденiе проявилось довольно рано; больной давно уже началъ мастурбировать, сильно возбуждался при видѣ женщинъ; затѣмъ

впослѣдствіи были неудачныя попытки къ coitus; сталъ онъ лечиться у одного изъ публикующихъ въ газетахъ врачей по секретнымъ болѣзнямъ; тотъ лечилъ его и давалъ ему совѣты, часто весьма неподходящіе. Но вотъ больной сталъ замѣчать, что ему доставляетъ удовольствіе смотрѣть на женщину, когда та мочится или испражняется; живя одно лѣто на дачѣ, онъ выискивалъ случаи, чтобъ подсмотрѣть подобную картину. Повидимому, такое созерцаніе вызывало у него половое возбужденіе. Мало по малу больной сталъ замѣчать у себя желаніе собрать какъ нибудь мочу отъ женщины въ то время, когда она мочится, и выпить ее. Однажды лѣтомъ 1898 года ему удалось случайно найти такое отхожее мѣсто, гдѣ мочившаяся женщина не замѣчала его, собрать и выпить мочу. Послѣ этого онъ сталъ повторять это. Сначала это бывало съ нимъ рѣдко, потомъ онъ сталъ „злоупотреблять“ этимъ (по его выраженію); въ первое время это вызывало въ немъ не только половое возбужденіе, но и изверженіе сѣмени.

Больной рассказываетъ, что, ничего не дѣлая, онъ весь былъ погруженъ въ то, чтобы выискивать средства достать мочу отъ женщины въ то именно время, когда она мочится. Дѣлалъ это онъ въ темное время; зимою удавалось это легче, чѣмъ лѣтомъ, когда дни длиннѣе. Въ этомъ, по его словамъ, заключалась вся его дѣятельность. Ухитрившись находить въ отхожихъ мѣстахъ такіе уголки, гдѣ-бы онъ могъ подставлять свою руку для мочи, онъ собиралъ послѣднюю и иногда, по его выраженію, захлѣбывался ею; онъ бралъ при этомъ мочу не только въ ротъ, но и глоталъ ее. Все описанное не вызывало въ немъ отвращенія; наоборотъ, онъ получалъ отъ этого удовольствіе; онъ научился даже различать мочу по вкусу и запаху. Приходилось при тѣхъ-же условіяхъ брать въ ротъ и испражненія иногда, но это вызывало уже отвращеніе. Нѣкоторое время онъ старался достать мочу отъ тѣхъ женщинъ, которыя казались ему сколько-нибудь привлекательными. Въ началѣ этого года у больного, послѣ того какъ онъ взялъ въ ротъ мочу, а также и испражненія, обра-

зовалось во рту раздраженіе и зудъ въ губѣ. Тутъ больной какъ-бы опомнился, оглянулся на свои поступки, сталъ бояться заразы сифилисомъ, думалъ и думаетъ до сихъ поръ, что онъ зараженъ сифилисомъ, волнуется по этому поводу, ходитъ отъ врача къ врачу, прося сказать ему откровенно, нѣтъ-ли у него уже проявленія сифилиса. Настроеніе у него подавленное, тревожное. Больной конфузился рассказывать о своей болѣзни и подалъ сначала коротенькую записку, такъ какъ безъ нея ему было совѣстно начать разговоръ о своей болѣзни; но и въ запискѣ ему было совѣстно сознаться, что все вышеописанное онъ совершалъ въ трезвомъ видѣ, и онъ написалъ, что началъ собирать мочу сначала въ пьяномъ видѣ; при разпросѣ-же оказалось, что онъ вовсе не пьетъ вина. „Не имѣя до сего времени сношенія съ женщиною, пишетъ больной, я возымѣлъ пагубную страсть и уподобился скоту; сперва въ пьяномъ видѣ, а приучивши себя—и въ трезвомъ, я позволялъ себѣ низость, а именно: въ отхожемъ мѣстѣ, когда женщина мочилась, я незамѣтно для нея подставлялъ ладонь и бралъ мочу въ ротъ, и такъ въ послѣднее время около двухъ мѣсяцевъ, чуть ли не каждый день. Въ послѣдній разъ (такого-то числа) у меня на губѣ образовалась экзема; въ этотъ день я также у одной, когда она мочилась, а у другой, когда за большой нуждой, позволилъ себѣ эту низость!“

Больной сообщаетъ, что ему доставляло удовольствіе ходить въ женское отхожее мѣсто; здѣсь онъ старался себя представить женщиной, иногда особеннымъ образомъ подвизывалъ себѣ половой членъ и разрисовывалъ кожу около genitalia, чтобъ плюзія была полнѣе.

Картина полового извращенія и половыхъ аномалій вообще въ данномъ случаѣ давали основаніе продолжать изслѣдованіе психической сферы больного въ извѣстномъ направленіи. Прежде всего въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ обратить вниманіе на навязчивыя мысли, на разнаго рода болѣзненные влеченія, на ипохондрическія идеи и т. д. Дѣйстви-

тельно, изъ разспроса больного оказалось, что онъ самъ отмѣчалъ давно уже у себя существованіе разныхъ странностей, примѣтъ, суевѣрій, мнительность насчетъ здоровья, нерѣшительность, разные болѣзненные сомнѣнія, разные навязчивыя влеченія. Такъ, напр., однажды показалось ему, что носъ его имѣетъ неправильную форму; и вотъ больной въ теченіи продолжительнаго времени, незамѣтно для окружающихъ, оттягивалъ свой носъ книзу.

Далѣе, существованіе описаннаго полового извращенія, выражающагося въ томъ, что больной бралъ въ ротъ и глоталъ мочу, а иногда бралъ въ ротъ и испражненія, и то обстоятельство, что это дѣлалось при ясномъ и отчетливомъ сознаніи,—все это заставляло думать, конечно, о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ больнымъ, у котораго должно быть нѣкоторое ослабленіе психики. Изъ разговора съ больнымъ дѣйствительно удается убѣдиться въ томъ, что умственные способности его ниже нормы. Что касается внѣшняго проявленія полового извращенія, то нужно отмѣтить, что здѣсь сохранилось влеченіе къ другому полу; у больного существовало и существуетъ желаніе имѣть нормальныя сношенія, которыя до сихъ поръ были неудачны. Здѣсь лишь нормальное влеченіе къ другому полу проявлялось въ извращенной формѣ. Въ настоящее время больной не стремится достать мочу вышеописаннымъ образомъ. Можетъ быть, только временами у него является мысль о томъ, что надо бы это сдѣлать, но вѣроятно такія мимолетныя и слабыя влеченія есть выраженіе навязчивыхъ мыслей. Самъ-же больной говорить, что онъ ужасается теперь того, что онъ продѣлывалъ, сокрушается объ этомъ, порицаетъ себя, нова прекративъ повторять этотъ способъ полового удовлетворенія. Говоритъ, что бросилъ теперь мастурбачію также; но половыя возбужденія у него продолжаютъ и часто бывають поллюціи. Въ настоящее время онъ ищетъ у себя признаковъ сифилиса, боится всякаго подозрительнаго прыщика на тѣлѣ; думаетъ, что у него зараженіе сифилисомъ произошло черезъ горло;

поэтому онъ обращается и къ горловымъ врачамъ, прося обратить на него вниманіе и сказать ему откровенно, если у него есть сифилисъ. Больному кажется, что вся кровь у него теперь заражена, кишечникъ испорченъ отъ поглощенія ненормальныхъ веществъ и т. д. Онъ говоритъ, что иногда такъ волнуется, что готовъ даже покончить лучше съ собой. Не смотря на всѣ увѣренія, что у него сифилиса нѣтъ, что изслѣдованіе у врача-спеціалиста дало отрицательный результатъ, больной можетъ успокоиться только на короткое время, а потомъ снова волнуется и бѣгаетъ по больницамъ, желая узнать, нѣтъ-ли у него сифилиса.

Изслѣдованіе психической сферы больного въ настоящее время и знакомство съ его психическимъ анамнезомъ ясно указываютъ на то, что вышеописанная половая аномалія есть лишь одинъ изъ многихъ дегенеративныхъ симптомовъ, которые можно констатировать въ данномъ случаѣ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ.

Д-ръ *П. А. Останковъ*. Вытяженіе позвоночника, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней (подвѣшиваніе, вытяженіе на кровати и сгибаніе).—Дисс. Спб. 1900.

Весьма обстоятельный трудъ *П. А. Останкова*, вышедшій въ качествѣ диссертациа на степень доктора медицины изъ клиники академика *В. М. Бехтерева*, содержитъ въ себѣ полную сводку всего того, что извѣстно до сихъ поръ по вопросу о подвѣшиваніи. Всѣ литературныя данныя по этому вопросу, изученныя по первоисточникамъ, подвергнуты авторомъ безпристрастной критической оцѣнкѣ, провѣрены собственными многочисленными клиническими наблюденіями и дополнены экспериментальными изслѣдованіями на животныхъ. Такое всестороннее и подробное изслѣдованіе предмета даетъ намъ право признать работу автора солидной монографіей по затронутому вопросу.

Монографія автора распадается на три отдѣла. Первый отдѣлъ (самый обширный) содержитъ историческій очеркъ вопроса о подвѣшиваніи. Во второй главѣ авторъ описываетъ свои экспериментальныя изслѣдованія и приводитъ тѣ результаты, которые онъ получилъ при изученіи вліянія вытяженія позвоночника на состояніе черепно-мозгового кровообращенія у животныхъ. Въ третьей главѣ изложены клиническія наблю-

денія (37 случаевъ) надъ вліяніемъ вытяженія позвоночника при леченіи нервныхъ болѣзней.

Въ концѣ работы всѣ выводы автора итогированы въ 14 положеніяхъ. Монографія написана живымъ литературнымъ языкомъ и читается съ большимъ интересомъ; издача книга очень опрятно. Вообще дисертація производитъ хорошее впечатлѣніе.

Б. И. Воротынский.

Проф. П. И. Ковалевскій. Судебная психопатологія. Ч. 1. Спб. 1900.

Вышедшая первая часть руководства судебной психопатологіи проф. П. И. Ковалевскаго заключаетъ въ себѣ два отдѣла: психологическій очеркъ (краткій очеркъ нормальной душевной жизни человѣка) и психологію преступника (криминальная психологія). Согласно намѣченному авторомъ плану, во второй части будутъ изложены общія болѣзненные уклоненія въ душевной жизни человѣка, имѣющія соприкосновеніе съ судомъ (спеціальная судебная психіатрія).

Руководство автора представляетъ собою курсъ лекцій, читанныхъ авторомъ на юридическомъ факультетѣ С.-Петербургскаго университета. Слѣдовательно книга предназначена въ видѣ учебника исключительно для юристовъ. На этомъ основаніи авторъ въ психологическомъ очеркѣ даетъ лишь самыя общія и необходимыя свѣдѣнія о нормальной душевной дѣятельности человѣка, а болѣе подробно останавливается на характеристикѣ психической жизни преступнаго человѣка. Предназначая свое руководство преимущественно для юристовъ, проф. П. И. Ковалевскій благодаря этому избѣгъ участи тѣхъ авторовъ, которые безуспѣшно стараются составить руководство по судебной психопатологіи, одинаково пригодное для медиковъ и юристовъ. Въ результатѣ получается то, что подобныя руководства мало удовлетворяютъ практическимъ требованіямъ врача и въ то же время являются почти совершенно непригодными для юриста. Совсѣмъ другое дѣло — хорошо и умѣло составленный учебникъ судебной психопатологіи, предназначенный для юристовъ: онъ одновременно и въ одинаковой степени можетъ служить также и полезнымъ

руководствомъ для судебного врача, который, будучи знакомымъ съ основами психіатріи, всегда найдетъ въ такомъ руководствѣ все тѣ свѣдѣнія и указанія, которыя необходимы для примѣненія основныхъ положеній психіатріи къ задачамъ правосудія и для согласованія этихъ научныхъ данныхъ съ требованіями закона.

Намѣченный планъ изложенія въ руководствѣ проф. П. И. Ковалевскаго представляется очень удачнымъ и вполне цѣлесообразнымъ. Первая часть, какъ мы уже замѣтили, содержитъ два отдѣла: 1) психологическій очеркъ и 2) психологія преступника. Психологическій очеркъ составленъ очень сжато и, пожалуй, даже схематично; за-то второй, болѣе важный отдѣлъ (психологія преступнаго человѣка) разработанъ съ достаточной полнотой.

Мы съ интересомъ будемъ ждать появленія второй части (наиболѣе существенной) руководства проф. П. И. Ковалевскаго. Авторъ очень много работалъ въ области судебной психопатологіи и потому мы въ правѣ высказать увѣренность, что его настоящій трудъ долженъ привлечь къ себѣ общее вниманіе специалистовъ.

Б. И. Воротыинскій.

Рефераты по гистологии и эмбриологии нервной системы.

1) *E. Holmgren.* Zur Kenntniss d. Spinalganglienzellen. (Mit. 11 Abbild.). *Anat. Anz.* Bd. 16, № 7, p. 161—171. 1899.

2) *Idem.* Weitere Mitteilungen über d. Bau der Nervenzellen. (Mit. 13 Abbild.). *Ibidem.* Bd. 16. N^o 15/16, p. 388—397. 1899.

3) *F. Studnicka.* Ueber das Vorkommen v. Kanälchen u. Alveolen im Körper d. Ganglienzellen u. in dem Axencylinder einiger Nervenfasern. d. Wirbeltiere. *Ibid.* Bd. 16. N^o 16/16, p. 397—401. 1899.

4) *Alb. Adamkiewicz*. Zum Blutgefässapparat der Ganglienzelle. Ibid. Bd. 17. N $\frac{2}{3}$ p. 44. 1900.

5) *E. Holmgren*. Noch weitere Mitteilungen üb. den Bau d. Nervenzellen verschiedener Tiere. (Mit. 17 Abbild). Ibid. Bd. 17, N $\frac{6}{7}$ p. 113—129. 1900.

6) *Idem*. Einige Worte in Veranlassung der von Prof. Adamkiewicz veröffentlichten letzten Mitteilung. Ibidem, Bd. 17, N 15. 1900.

7) *A. Bethe*. Einige Bemerkungen über die „intracellulären Kanälchen“ d. Spinalganglienzellen etc.—Ibid. Bd. 17. N $\frac{16}{17}$ p. 304—309 (Mit 3 Abbild). 1900.

Приведенныя выше статьи хотя и носятъ б. ч. характеръ предварительныхъ сообщений, тѣмъ не менѣе несомнѣнно доказываютъ, съ какимъ живымъ интересомъ за послѣднее время различные изслѣдователи обратились къ разработкѣ одного вопроса, съ разрѣшеніемъ котораго должно выясниться многое относительно болѣе тонкой структуры, а также и біологія нервныхъ клѣтокъ.

Въ нашемъ рефератѣ мы позволяемъ себѣ сообщить нѣсколько подробнѣе результаты, полученные выше поименованными авторами, чтобы дать по возможности ясное представление о томъ состояніи, въ которомъ вопросъ этотъ находится въ настоящее время.

Въ 1898 г. *Гольджи* съ помощью метода, посвящаго его имя, открылъ въ нервныхъ клѣткахъ спинныхъ узловъ у млекопитающихъ особия, окрашенныя серебромъ въ черный цвѣтъ, внутриклѣточные образования, имѣющія видъ волоконца, переплетающихся въ замкнутую сѣть; послѣдняя расположена вокругъ ядра, на нѣкоторомъ отъ него разстояніи (причемъ, однако, отдѣльныя петли ея доходятъ иногда до самаго ядра), или же она лежитъ противъ одного изъ полюсовъ ядра. Этотъ „apparato reticolare“ Golgi никогда не достигаетъ наружнаго слоя клѣтки, точно также онъ, видимо, не стоитъ въ связи ни съ осевымъ цилиндромъ, ни съ какимъ-либо изъ околкѣточныхъ образований¹⁾.

¹⁾ Это описаніе заимствовано нами изъ работы Гольмгрена (1).

Въ 1899 г. *Гольмренъ*, при изслѣдованіи спинно-узловыхъ нервныхъ клѣтокъ у кролика (препараты б. ч. фиксировались смѣсью растворовъ сулемы и пикриновой к—ты; для двойной окраски разрывовъ служили толудиинъ и эритрозинъ), открылъ въ нихъ систему чрезвычайно тонкихъ, сообщающихся мжду собою канальцевъ, образующихъ замкнутую сѣть. По калибру, а также по расположенію въ клѣткахъ, эти каналцы вполне походятъ на волоконцевой аппаратъ, описанный Гольджи. Границы канальцевъ выступаютъ отчетливо; поперечные разрывы ихъ представляются въ видѣ правильныхъ кружковъ. Но кромѣ того авторъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣлъ переходы этихъ внутриклѣточныхъ канальцевъ въ околоклѣточное пространство, въ которомъ эти продолженія канальцевъ принимали видъ трубокъ, снабженныхъ собственной стѣнкою.—Иной видъ представляютъ каналцы, встрѣчающіеся иногда въ особенности въ крупныхъ нервныхъ клѣткахъ: они не образуютъ густой сѣти, но лежатъ разбросанно въ тѣлѣ клѣтки, въ видѣ немногочисленныхъ, крупныхъ петель. Къ стѣнкамъ этихъ канальцевъ прилегаютъ болѣе крупныя или же мелкія, окрашенныя толудиномъ, зернышки. Ширина канальцевъ послѣдняго вида колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія заставили автора (2) значительно видоизмѣнить первоначально построенную имъ общую картину расположенія этихъ внутриклѣточныхъ канальцевъ; нерѣдко (можетъ быть какъ выраженіе извѣстнаго физиологическаго состоянія клѣтки) встрѣчается въ болѣе мелкихъ и в средней величины клѣткахъ слѣдующая картина: каналцы въ нихъ расположены въ видѣ гирлянды, окаймляющей внутренней поясъ — эндоплазму — клѣточного тѣла, вмѣстѣ съ ядромъ; въ эндоплазмѣ хроматиновое вещество часто отсутствуетъ (явленія *Tigrolysis*); тогда какъ снаружи отъ пояса канальцевъ глыбки Ниссля (*Tigroidschollen*) не представляютъ измѣненій. Послѣднія окружаютъ гирлянду канальцевъ въ видѣ вѣнка, окруженнаго въ свою очередь поясомъ эктоплазмы, лишенной Нисслевскихъ тѣлъ. Напротивъ того, въ болѣе крупныхъ нервныхъ клѣткахъ спинныхъ узловъ каналцы расположены менѣе правильно и какъ бы разбросаны по клѣткѣ.

У птицъ каналцы, по наблюденіямъ автора, достигаютъ сравнительно большаго калибра; въ клѣткахъ болѣе мелкихъ

авторъ находитъ каналцы, расположенные въ видѣ гирляндъ; остальные части клѣтки расположены также подобно тому, какъ и у млекопитающихъ, причемъ однако картина болѣе или менѣе полного исчезновенія хроматина (Tigrolysis) въ эндоплазмѣ замѣняется въ нѣкоторыхъ клѣткахъ переходными состояніями, до полного отсутствія Tigrolysis. Это указываетъ, по мнѣнію автора, именно на различныя фазы физиологическаго состоянія клѣтокъ.

Кромѣ того, какъ у птицъ, такъ и у нѣкоторыхъ млекопитающихъ, на нервныхъ клѣткахъ спинныхъ узловъ встрѣчаются также и виѣклѣточные трубочки, отъ которыхъ нерѣдко отходятъ довольно многочисленныя отрпыски, вдающіеся въ тѣло клѣтки; здѣсь каждый изъ нихъ въ свою очередь распадается иногда на нѣсколько болѣе мелкихъ каналцевъ, въ общемъ принимая нерѣдко причудливую форму на подобіе согнутыхъ пальцевъ руки или клубочка и т. д. Калибръ этихъ каналцевъ колеблется въ значительныхъ предѣлахъ, и иногда протоплазма, какъ бы сдавленная между двумя смежными каналцами, принимаетъ видъ неправильныхъ нитевидныхъ или кругловатыхъ, изолированныхъ комковъ.

Кромѣ спинныхъ узловъ, подобные каналцы были найдены авторомъ также и въ нервныхъ клѣткахъ симпатической системы и спинного мозга. Авторъ высказывается за „лимфатическую природу“ этихъ капальцевъ.

Существованіе подобныхъ образованій у миноги (въ нервныхъ клѣткахъ узловъ Trigemini и др.) подтверждаетъ *Studnicka* (3). Канальцы эти, вѣтвясь, пронизываютъ иногда половину діаметра всей клѣтки; внутри они могутъ доходить вплоть до оболочки ядра клѣтки, на периферіи-же ея встрѣчаются устья этихъ каналцевъ, открывающіяся прямо въ околослѣточное пространство. Описанныхъ Гольмгреномъ виѣклѣточныхъ каналцевъ (или трубочекъ) *Studnicka* никогда не видала. По ея мнѣнію, каналцы эти образуются путемъ сліянія внутрислѣточныхъ вакуолей; она наблюдала переходныя стадіи, ясно обнаруживавшія составъ каналцевъ изъ слившихся между собою вакуолей; нѣкоторыя изъ послѣднихъ, достигая довольно значительнаго объема, лежатъ, повидимому, обособленно, въ чемъ однако трудно было убѣдиться на тонкихъ разрѣзахъ.—Такимъ образомъ объясняются и тѣ картины крупныхъ пузырей (альвеолы), соединенныхъ нерѣдко

вмѣстѣ въ одну группу. При жизни каналцы эти, повидимому, наполнены жидкостью, которая должна представлять составъ, одинаковый съ содержимымъ вокругъ-кѣлочныхъ пространствъ, съ которыми каналцы стоятъ въ открытомъ сообщеніи.—Въ болѣе крупныхъ альвеолахъ авторъ находилъ гомогенное, окрашенное эозиномъ, вещество, не представлявшее повидимому ничего общаго съ тѣлами Ниссля.

Кромѣ миогии, подобныя щелевидныя образованія были найдены авторомъ также въ нервныхъ кѣткахъ (въ особ. въ узлахъ Trigemini) у *Muxine glytinosa*, затѣмъ—у костистыхъ рыбъ и у земноводныхъ (*Pelobates*).

Интересно сдѣланное авторомъ наблюденіе относительно нервныхъ волоконъ изъ спинного мозга миогии. На препаратахъ, фиксированныхъ Ценкеровскою смѣсью, въ межфибрилярномъ веществѣ осевого цилиндра нервныхъ волоконъ обнаруживается цѣлая система тонкихъ, довольно равномерныхъ по калибру канальцевъ, которые можно прослѣдить черезъ всю толщю осевого цилиндра.

Широкое распространеніе выше описанныхъ образованій въ кѣткахъ, встрѣчаемыхъ у представителей различныхъ классовъ позвоночныхъ, указываетъ на общее ихъ значеніе. Вѣроятно, каналцы эти играютъ роль въ процессѣ питанія нервныхъ кѣтокъ, и съ тѣмъ же процессомъ стоятъ, должно быть, въ связи также и болѣе крупныя альвеолы; въ пользу сказаннаго говорить и то обстоятельство, что описанная система внутрикѣлочныхъ щелей непосредственно сообщается съ вокругъ-кѣлочнымъ лимфатическимъ пространствомъ.

Продолжая далѣе свои изслѣдованія, *Гольмиренъ* (5) убѣдился въ томъ, что нервныя кѣтки, въ которыхъ онъ раньше описалъ поясъ канальцевъ въ видѣ простой гирлянды, въ дѣйствительности снабжены имъ гораздо богаче: въ поясѣ эндоплазмы этихъ кѣтокъ, какъ оказывается, имѣется также сѣтъ изъ болѣе тонкихъ канальцевъ. Поэтому авторъ различаетъ въ этихъ кѣткахъ *два* главныхъ пояса: внутренний, снабженный сѣтью канальцевъ, и второй, лежащій внаружу отъ области ихъ распространенія. Изслѣдованія, простирающіяся на различные классы позвоночныхъ, а также и на безпозвоночныхъ (ракообразныя), показываютъ, что между внутрикѣлочными канальцами—съ одной стороны и скопленіями тѣлъ Ниссля—съ другой существуетъ извѣстное соотно-

шеніе и поэтому особое скопленіе „тигроида“ въ клѣткахъ можно поставить въ связь съ опредѣленными областями пространства внутрикѣточныхъ канальцевъ; такъ, у акулы нервныя клѣтки весьма бѣдны хроматиномъ и вмѣстѣ съ тѣмъ онѣ содержатъ очень скудное количество канальцевъ, тогда какъ у птицъ нервныя клѣтки, при обильномъ развитіи въ нихъ канальцевъ, въ изобиліи снабжены также и тигроиднымъ веществомъ.

Фиксируя нервныя узлы, въ особенности смѣсью Карнуа, и применяя методъ Вейгера (предложенный имъ для окраски эластива), авторъ получалъ отчетливую окраску въ фіолетовый цвѣтъ стѣнокъ внутрикѣточныхъ канальцевъ, причемъ выступаетъ также и связь ихъ съ обособленными стѣнками тѣхъ трубокъ, которыя лежатъ внѣ клѣтокъ. Такимъ образомъ эти канальцы носятъ скорѣе характеръ сосудистыхъ образованій. Въ этомъ отношеніи авторъ явно расходится съ мнѣніемъ Studnick'ой.

Опыты съ возбужденіемъ нервныхъ клѣтокъ спинныхъ узловъ индукціоннымъ токомъ (въ теченіе 2-хъ часовъ; 2 элем. Лекляншэ, разстояніе спиралей 6 см.) давали бросающееся въ глаза увеличеніе количества хроматиноваго вещества въ клѣткахъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, общее и притомъ довольно равномерное расширеніе всѣхъ внутрикѣточныхъ канальцевъ. И тогда оказалось, что до этихъ опытовъ видна была только часть существующихъ въ клѣткѣ канальцевъ, и именно тѣ изъ нихъ, которые почему-либо подверглись болѣе или менѣе сильному расширенію. Относительно происхожденія этихъ канальцевъ авторъ высказывается за то, что они не образуются внутри клѣтки, но видѣются извнѣ въ клѣточное вещество.

Въ виду обширнаго распространенія описанныхъ внутрикѣточныхъ аппаратовъ, должно значительно измѣниться представленіе о строеніи нервной клѣтки, какъ объ организмѣ, не только устроенномъ гораздо сложнѣе, нежели предполагалось до сихъ поръ, но и обладающемъ высокою степенью индивидуализаціи. Вмѣстѣ съ тѣмъ, благодаря этимъ вновь приобретеннымъ свѣдѣніямъ о нервныхъ клѣткахъ, мы до нѣкоторой степени знакомимся и съ моментами, обуславливающими распределеніе и количество хроматиноваго вещества (Tigroidsubstanz) въ различныхъ видахъ нервныхъ клѣтокъ.

Содержаніе названнаго вещества зависитъ не отъ того или иного распредѣленія „основнаго вещества“ самой клѣтки, а отъ особыхъ путей для циркуляціи въ клѣткѣ. Чѣмъ многочисленнѣе въ нервной клѣткѣ каналы, тѣмъ обильнѣе въ ней и тигроидное вещество; гдѣ каналы значительно расширены, тамъ замѣчается и большее скопленіе названнаго вещества; тамъ-же, гдѣ расширенные каналы образуютъ одну простую гирлянду, тигроидное вещество скопляется главнымъ образомъ вокругъ послѣдней, въ видѣ краевого вѣнка и т. д.

Наконецъ, *Bethe* (7) съ помощью еще неопубликованнаго имъ метода „окраски фибриллъ“ въ нервныхъ клѣткахъ спинныхъ узловъ у различныхъ животныхъ получилъ окраску трубокъ или канальцевъ, которыхъ онъ различаетъ 2 вида: 1) трубки болѣе широкія, снабженныя собственными стѣнками и лежація внѣ клѣтокъ; эти трубки сначала прободаютъ около-клеточную капсулу и затѣмъ идутъ въ периецелюлярномъ пространствѣ, отсылая тамъ и сямъ голые отростки, вдающіеся въ вещество нервной клѣтки; эти внѣклеточныя трубочки отличаются своимъ мало изогнутымъ, какъ бы прямолинейнымъ ходомъ. Пройдя на вѣкоторомъ протяженіи подъ капсулою нервной клѣтки, каналы эти снова могутъ выступить наружу, вторично прободая капсулу. По своему діаметру они соответствуютъ прободającymъ нервныя клѣтки канальцамъ, которые описалъ Гольмгрень. По *Bethe*, нельзя допустить образованія этихъ канальцевъ черезъ слияніе вакуоль, какъ думаетъ *Studnicka*. 2) Существуетъ еще система очень тонкихъ, внутриклеточныхъ канальцевъ, по формѣ и стѣвидуному расположенію соответствующихъ „*apparato reticolare*“ *Golgi*. Связи этихъ двухъ системъ канальцевъ между собою авторъ никогда не наблюдалъ.

Гольмгрень, *Studnicka* и Бетэ согласны въ томъ, что описанные ими каналы ничего общаго съ кровеносными сосудами не имѣютъ. По указанію Гольмгрена, діаметръ краснаго кровяного тѣльца много превышаетъ величину просвѣта этихъ канальцевъ¹⁾; далѣе, стѣнки этихъ канальцевъ совер-

¹⁾ Впрочемъ, это обстоятельство, по мнѣнію *Adamkiewicz'a* (4), еще не можетъ говорить противъ связи канальцевъ съ кровеносною системою, т. е. при инъекціяхъ красящей массы черезъ кровеносные сосуды удавалось получать наполненіе массою также и внутриклеточныхъ кровеносныхъ капилляровъ, которые однако въ своемъ калибрѣ значительно уступали діаметру обыкновенныхъ, даже мелкихъ кровеносныхъ капилляровъ.

шенно лишены ядеръ и, наконецъ, инъекція кровеносныхъ сосудовъ спинныхъ узловъ никогда не давала палитія этихъ канальцевъ (Bethe).

Но, помимо описанныхъ внутриклеточныхъ канальцевъ, встрѣчаются, несомнѣнно, и кровеносные капилляры, выходящіеся въ нервныя клетки спинныхъ узловъ, — фактъ открытый уже въ 1886 г. Adamkiewicz'емъ (4). Гольмгренъ (1) даетъ очень ясное изображеніе спинно-узловой нервной клеткѣ кролика, въ которой находится отпрыскъ кровеноснаго капилляра, пронизывающій тѣло клетки и достигающій вплоть до ядра, на которомъ онъ произвелъ глубокое вдавленіе. Подобныя отношенія кровеносныхъ капилляровъ къ нервнымъ клеткамъ авторъ наблюдалъ, кромѣ того, и у костистыхъ рыбъ (тоже описываетъ и Studnicka у Eorpius), селяхій и земноводныхъ.

Изъ всего вышеизложеннаго видно, что разбираемые авторами вопросы о лимфатическихъ щеляхъ или канальцахъ въ нервныхъ клеткахъ и объ отношеніи къ послѣднимъ кровеносныхъ сосудовъ остаются еще далеко не выясненными. Но и тѣ неполныя и отчасти разнорѣчивыя данныя, которыя добыты ими въ указанномъ направленіи, представляютъ все-таки большой интересъ для біологіи нервной клеткѣ и побуждаютъ къ дальнѣйшей разработкѣ затронутыхъ вопросовъ.

А. Гебергъ.

Н. Соловцовъ. О врожденныхъ уродствахъ центральной нервной системы. — Москва, 1899 г. 118 стр. 8°. Съ 14-ю табл. фотографій и 18-ю рис. въ текстѣ.

Материаломъ для изслѣдованій послужилъ автору рядъ случаевъ, встрѣченныхъ имъ на вскрытіяхъ въ патолого-анатомическомъ театрѣ Московскаго воспитательнаго дома. Болѣе подробно описываются 14 случаевъ, которые относятся либо къ недоношеннымъ, б. ч. мертворожденнымъ, плодамъ (ок. 8-го мѣсяца беременности), либо къ дѣтямъ, рожденнымъ въ нормальный срокъ и послѣ рожденія прожившимъ нѣкоторое, б. или м. короткое, время (отъ нѣсколькихъ часовъ и максимумъ до 2-хъ лѣтъ). Дать общую характеристику изслѣдованнаго авт. матеріала, въ виду его разнообразія,

довольно трудно; можно лишь указать вкратцѣ на то, что случаи эти, вообще говоря, представляли б. или м. полное отсутствіе или недоразвитіе извѣстныхъ частей мозга, а именно: отсутствіе большихъ полушарій, однихъ (3 случая) или же вмѣстѣ съ зрительными буграми, далѣе—отсутствіе мозжечка и зрительныхъ бугровъ, при одновременномъ отсутствіи или значительномъ истонченіи коры полушарій: въ большинствѣ этихъ случаевъ черепъ представлялся гидроцефалическимъ, причѣмъ на мѣстѣ исчезнувшихъ частей мозга, какъ остатки ихъ, находились истонченныя пленки или пузыри; затѣмъ слѣдуютъ болѣе обширныя пораженія: отсутствіе черепного свода (5 случ.), изъ нихъ 1 случ. съ полнымъ и два случая съ мѣстными (ограничивающимися шейною областью) расщепленіями позвоночника. Наконецъ, еще 3 случая *Spinae bifidae* (въ различныхъ участкахъ нижняго отдѣла позвоночника).

Исслѣдованіе (главн. образ. по методу Вейгертъ-Пала) съ цѣлью выясненія топографическихъ отношеній бѣлаго и сѣраго вещества, а также примѣненіе другихъ способовъ исслѣдованія (Ниссля, Гольджи, Марки) привели автора къ слѣдующему главному выводу: „Развитіе тѣхъ или другихъ системъ при врожденныхъ уродствахъ центральной нервной системы... подвержено извѣстному закону, который можно формулировать такъ: отсутствіе всякаго центра влечетъ за собою выпаденіе всѣхъ системъ, непосредственно въ немъ оканчивающихся, какъ въ центробѣжномъ, такъ и въ центростремительномъ направленіи“ (с. 81). Авт. убѣдился, что существуетъ связь между развитіемъ извѣстныхъ системъ волоконъ и состояніемъ извѣстныхъ частей мозга (напр. полушарія, зрительные бугры, мозжечекъ и пр.), но останавливаться въ частности на этихъ деталяхъ въ нашемъ краткомъ рефератѣ не будемъ.

Относительно этиологии уродствъ центральной нервной системы авт. на основаніи своихъ исслѣдованій приходитъ къ заключенію, что „въ основѣ разсматриваемыхъ уродствъ лежитъ *водянка*, и смотря по тому, когда она появилась и насколько сильно выражена и какое она заняла протяженіе, появляется то или другое уродство“ (с. 113).—Относительно происхожденія водянки авт. указываетъ на то, что не наблюдая рѣзкихъ явленій *ependymatit'a*, обычнаго спутника водянки, съ другой стороны—онъ всегда находилъ *рѣзкія пораженія капилляровъ и мелкихъ сосудовъ*: расширеніе ихъ,

утолщеніе ихъ стѣнокъ, съ рѣзко увеличеннымъ количествомъ ядеръ. Такія измѣненія сосудовъ, при отсутствіи какихъ-либо признаковъ остраго воспаленія, наводятъ на мысль о возможности хронической инфекціи, подъ вліяніемъ которой измѣнились капилляры; для нѣкоторыхъ случаевъ нельзя отрицать вліянія сифилиса, какъ причины врожденной водянки (с. 47-я).

Кромѣ только-что изложеннаго, авт. повидимому не допускаетъ иного происхожденія уродствъ центральной нервной системы, рѣзко возражая противъ теоріи нарушенія превращенія мозговой пластинки въ мозговую трубу и сохраненія первичной связи между роговымъ листкомъ и мозговой пластинкою (или мозговой трубкою). Съ другой стороны, д-ръ Лисенковъ ¹⁾ указываетъ на то, что нѣкоторыя особенности мозговыхъ грыжъ: тѣсная связь мозговой грыжи съ кожей (coctum) и атипическое строеніе грыжевой ткани, при отсутствіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ какихъ-либо признаковъ водянки мозга, — находятъ себѣ объясненіе единственно съ точки зрѣнія теоріи Реклинггаузена. Между тѣмъ, возражая Лисенкову, авт. мало обращаетъ вниманіе на тѣ именно особенности мозговыхъ грыжъ, которыя не согласуются съ „теоріею водянки“. Альфельдъ ²⁾, который, по словамъ авт., „ясно себѣ представлялъ происхожденіе уродствъ (центральной нервной системы)“, дѣйствительно видитъ въ водянкѣ мозга самую частую причину различныхъ аномалій этого рода; но, тѣмъ не менѣе, Альфельдъ также допускаетъ возможность *различно* происхожденія этихъ уродствъ, какъ это видно, напр., изъ его „примѣчавій къ этиологіи Spina bifida“, помѣщенныхъ на 294 и 295 стр. цитированнаго сочиненія. Остается упомянуть еще о нѣкоторыхъ результатахъ микроскопическихъ изслѣдованій автора, причемъ опять необходимо оговорится, что многія интересныя детали приходится обойти, чтобы не увеличивать объема реферата. Авт. указываетъ на то, что даже при полномъ расщепленіи позвоночника, въ пленкѣ, сохранившейся отъ исчезнувшаго спинного мозга, встрѣчается большое количество нервныхъ клѣтокъ, по крайней мѣрѣ на нѣкоторыхъ срѣзахъ (с. 89). Развитие нерв-

¹⁾ Н. Лисенковъ. Мозговая грыжа (Cephalocele) и ихъ леченіе. Дисс. Москва. 1896.

²⁾ F. Ahlfeld. Die Missbildungen d. Menschen. Leipzig. 1882.

ныхъ клѣтокъ (на нормальныхъ препаратахъ) прослѣжено авторомъ, начиная съ 3-го мѣсяца утробной жизни: въ это время клѣтки (передняго рога) состоятъ изъ ядра, окруженнаго тонкимъ ободкомъ „безструктурной“ протоплазмы (с. 97). На 4-мъ мѣс. замѣчается большое увеличеніе количества протоплазмы клѣтокъ и появленіе въ ней нитей „ахроматической субстанціи“ (с. 97), переплетающихся въ различныхъ направленіяхъ. На 5-мъ мѣсяцѣ наблюдается появленіе въ протоплазмѣ хроматиновыхъ зеренъ, не имѣющихъ еще характерной формы Нисслевскихъ тѣлъ; эти зерна или комки начинаютъ пріобрѣтать правильную форму лишь на 6-мъ мѣсяцѣ утробной жизни и, наконецъ, у 7-и мѣсячнаго плода клѣтки всѣ развиты правильно и не отличаются отъ клѣтокъ доношеннаго ребенка.

Не можемъ не указать на нѣкоторыя неясности въ описаніи микроскопическихъ картинъ. Такъ, непонятнымъ является, какимъ образомъ „отъ ядрышка исходятъ протоплазматическія нити въ различныхъ направленіяхъ“ (с. 98), или—какимъ образомъ „отъ ядра отходятъ двѣ тонкія протоплазматическія нити, которыя встрѣчаются между собою на значительномъ протяженіи отъ ядра, *вслѣдствіе чего* получилась огромная вакуола“. (?) Въ виду такого сбивчиваго описанія, особенно ощутительнымъ становится недостатокъ въ хорошихъ рисункахъ нервныхъ клѣтокъ, детали строенія которыхъ б. ч. недостаточно ясно передаются тѣми фотографическими снимками, которые напечатаны въ текстѣ реферруемаго труда.

А. Гебертъ.

Рефераты по нервной физиологии.

Steinach. Ueber die centripetale Erregungsleitung im Bereiche des Spinalganglions. (О центрипетальномъ проведеніи возбужденія чрезъ спинные узлы).—Pflüger's Arch. Bd. 78, p. 291.

Согласно общепринятому взгляду, чувствительное возбужденіе въ системѣ спинномозговыхъ нервовъ доходитъ до спинного мозга при посредствѣ нервныхъ клѣтокъ спинныхъ узловъ, которыя съ этой точки зрѣнія съ полнымъ правомъ

могутъ быть отвесены къ категоріи чувствительныхъ нервныхъ клѣтокъ. Работая въ началѣ 90-хъ годовъ по вопросу объ отрицательномъ колебаніи, Steinach патолкнулся на фактъ, оставшійся вплоть до послѣдняго времени для него совершенно необъяснимымъ.

Дѣло заключается въ томъ, что изслѣдуя вырѣзанный препаратъ (gana esculenta), состоявшій изъ позвоночника съ спиннымъ мозгомъ, переднихъ и заднихъ корешковъ и *pl. ischiadicus*, Steinach наблюдалъ при раздраженіи *pl. ischiadicus* отрицательное колебаніе въ заднихъ корешкахъ послѣ сущотнаго пребыванія препарата въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли; приходилось, такимъ образомъ, допустить, что первныя спинноузловые клѣтки способны сохранить свои нормальныя свойства даже послѣ 24 часового прекращенія притока крови; послѣднее допущеніе однако противорѣчитъ всему, что вамъ извѣстно относительно физиологіи нервной клѣтки.

Годъ тому назадъ вышла работа Langendorff'a, въ которой авторъ имѣлъ дѣло какъ разъ съ такимъ же фактомъ; черезъ сутки послѣ полной остановки кровообращенія, вызванной экстирпаціей сердца, L. наблюдалъ отрицательное колебаніе въ заднихъ корешкахъ при раздраженіи *p. ischiadicus*. Не допуская возможности объяснить это явленіе сохраненіемъ физиологическихъ свойствъ клѣтокъ спинныхъ узловъ, L. приходитъ къ заключенію, что возбужденіе чувствительныхъ волоконъ не доходитъ до спинноузловыхъ клѣтокъ, а на мѣстѣ T—образнаго дѣленія отростка переходитъ непосредственно съ периферической вѣтви на центральную и, такимъ образомъ, достигаетъ спинного мозга, миновавъ первныя клѣтки спинныхъ узловъ, считаемыя т. эк. за первый этапъ по ходу чувствительнаго возбужденія. Говоря другими словами, Langendorff признаетъ, что указанныя клѣтки не играютъ существенной роли при проведеніи возбужденія съ периферіи къ центру.

Эта работа побудила Steinach'a вернуться къ его прежнимъ изслѣдованіямъ, гдѣ, какъ было уже упомянуто, на вырѣзанныхъ препаратахъ имъ было получено тоже, что Langendorff'омъ на лягушкахъ съ экстирпированнымъ сердцемъ. Такъ какъ задніе корешки низшихъ позвоночныхъ содержатъ въ себѣ нѣкоторое количество волоконъ, идущихъ, не прерываясь, черезъ спинные узлы (къ числу которыхъ относятся висцеромоторные нервы⁴, описанные недавно Stei-

nach'omъ), то предположеніе Langendorfa можетъ считаться доказаннымъ лишь тогда, когда будетъ выяснено, что передача возбужденія въ подобныхъ опытахъ совершается черезъ нервы, связанные съ спинноузловыми клѣтками; кромѣ того для полной убѣдительности необходимо доказать возможность перехода возбужденія съ периферическихъ вѣтвей на задніе корешки при такихъ условіяхъ, когда спинноузловые клѣтки подвергались рѣзко выраженнымъ дегенеративнымъ структурнымъ измѣненіямъ, свойственнымъ лишь клѣткамъ мертвымъ.

Соотвѣтственно намѣченной задачѣ, Steinach ставитъ рядъ опытовъ въ слѣдующемъ направленіи. 1) Опредѣленіе крайняго времени, по истеченіи котораго еще наблюдается отрицательное колебаніе на вырѣзанномъ первомъ препаратѣ; параллельные опыты въ этомъ отношеніи съ передними и задними корешками. Сравненіе отрицательнаго колебанія въ заднихъ корешкахъ при раздраженіи n. ischiadici съ рефлекторнымъ отрицательнымъ колебаніемъ. 2) Обезкровливаніе спинныхъ узловъ у живыхъ животныхъ, съ цѣлью умертвить нервныя клѣтки. Проба на отрицательное колебаніе и гистологическое изслѣдованіе полученнаго такимъ способомъ перваго препарата. 3) Высушиваніе и оживленіе спинныхъ узловъ; вырѣзываніе клѣтокъ изъ спинныхъ узловъ. 4) Гистологическое изслѣдованіе спинноузловыхъ клѣтокъ при покойномъ и дѣятельномъ ихъ состояніи.

I. Для опредѣленія срока, въ теченіе котораго наблюдается отрицательное колебаніе тока заднихъ корешковъ на вырѣзанномъ препаратѣ, Steinach поступалъ слѣдующимъ образомъ. Вскрывъ широко позвоночникъ (его опыты сдѣланы на лягушкахъ), онъ перерѣзалъ задніе корешки около спинного мозга; затѣмъ перевязывалъ оба pl. ischiadici и отпрепаровавъ перерѣзывалъ около лигатуръ; и наконецъ вырѣзывалъ позвоночникъ; полученный такимъ способомъ изолированный препаратъ, состоявшій изъ спинного мозга, связаннаго съ pl. ischiadicus посредствомъ переднихъ корешковъ, сохранялся въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли при t° 10 — 15° С. При отведеніи тока отъ заднихъ корешковъ, послѣдніе брались по нѣсколько штукъ сразу, съ цѣлью увеличенія поверхности поперечнаго разрѣза.

Опыты показали, что при тетанизациі р. ischiadici отрицательное колебаніе въ заднихъ корешкахъ можетъ еще быть обнаружено по истеченіи 48—50 ч. послѣ пригото-

нія изолированного препарата. Что касается сравненія задних корешковъ съ передними, то отрицательное колебаніе въ нихъ исчезаетъ приблизительно черезъ одинъ и тотъ же промежутокъ времени; такимъ образомъ, волокна, идущія отъ спинного мозга и къ спинному мозгу, не прерываясь въ узлахъ, не представляютъ въ этомъ отношеніи никакого отличія отъ обыкновенныхъ чувствительныхъ волоконъ, связанныхъ съ спинноузловыми клѣтками. Этому факту Steinach придаетъ особенно важное значеніе на томъ основаніи, что этимъ, по его мнѣнію, исключается возможность возраженія, что при работѣ съ задними корешками присутствіе непрерывающихся волоконъ можетъ обуславливать появленіе отрицательнаго колебанія въ заднихъ корешкахъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе обмиранія спинноузловыхъ клѣтокъ, проводимость непрерывающихся волоконъ уничтожается¹⁾.

Какъ было уже упомянуто, весьма мало вѣроятно, чтобы нервныя клѣтки спинныхъ узловъ могли сутками сохранять свою возбудимость по прекращеніи притока крови. Еслибы это было такъ, то и другія нервныя клѣтки представляли бы приблизительно тѣже свойства; слѣдовательно, надо ожидать, что двигательныя клѣтки переднихъ роговъ будутъ въ состояніи передать возбужденіе съ чувствительныхъ волоконъ на двигательныя, спустя сутки и болѣе послѣ приготвленія изолированного препарата. Между тѣмъ оказывается, что это, такъ называемое рефлекторное, отрицательное колебаніе исчезаетъ у обезкровленныхъ лягушекъ самое позднее черезъ 1—1½ ч. Такимъ образомъ, если изолированный препаратъ сохраняетъ свою возбудимость и проводимость въ теченіе 2-хъ сутокъ, то переходъ возбужденія чрезъ спинные узлы совершается безъ участія нервныхъ клѣтокъ; гистологическое изслѣдованіе спинныхъ узловъ, пролежавшихъ 48 ч. въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, обнаружилъ ясные признаки дегенераци и распада (фиг. 2-я работы).

II. Для того, чтобы умертвить спинноузловыя клѣтки, Steinach выработалъ способъ обезкровливанія спинныхъ узловъ у живыхъ животныхъ безъ нарушенія кровообращенія

¹⁾ По недостаточной убѣдительности приведенной аргументаціи, этотъ тезисъ представляеть одно изъ самыхъ слабыхъ мѣстъ реферированной работы. Д. П.

въ другихъ частяхъ; способъ заключается въ слѣдующемъ. У лягушки подъ эфирнымъ наркозомъ вскрывается позвоночникъ и отпрепаровываются задніе корешки съ спинными узлами; съ этихъ послѣднихъ пинцетомъ снимается богатая сосудами оболочка; рана зашивается и животное держится при 12—15° С. Результатомъ операціи является полное прекращеніе притока крови къ спиннымъ узламъ; по истеченіи нѣкотораго времени нервныя клѣтки гибнутъ. Раздражая центральный конецъ периферическаго п. ischiadici и пользуясь рефлекторными мышечными сокращеніями, какъ показателемъ проводимости чувствительныхъ путей въ области спинныхъ узловъ, Steinach нашелъ, что черезъ 10—14 дней послѣ операціи проводимость остается неослабленной; нервныя же клѣтки узловъ, какъ показываетъ изслѣдованіе ихъ по способу Nissl'я, къ этому времени измѣняются почти до неузнаваемости (фиг. 3 и 4).

III. Отсылая читателя къ оригинальной работѣ для ознакомленія съ III главой, гдѣ приводятся вкратцѣ опыты съ выслушиваніемъ спинныхъ узловъ и опыты съ удаленіемъ спинноузловыхъ клѣтокъ, я ограничусь лишь общимъ замѣчаніемъ, что приведенные здѣсь наблюденія находятся въ полномъ соответствіи съ фактами, указанными выше.

IV. Гистологическое изслѣдованіе спинноузловыхъ клѣтокъ (по способу Nissl'я) въ покойномъ и дѣятельномъ состояніи дало слѣдующее. Если раздражать п. ischiadicus въ теченіе 1 часа, дѣлая время отъ времени перерывы и перемѣняя мѣсто приложенія электродовъ, то никакихъ измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ не наступаетъ.

На основаніи всѣхъ вышеприведенныхъ соображеній Steinach пришелъ къ выводу, что въ процессѣ проведенія возбужденія по чувствительнымъ волокнамъ спинноузловыя клѣтки участія не принимаютъ.

Д. Полумордвиновъ.

Goltz. Beobachtungen an einem Affen mit verstümmelten Grosshirn. (Наблюденія надъ обезьяной послѣ операціи частичнаго удаленія мозговой коры). Pflüger's Arch. Bd. 78, p. 411.

Приходится часто слышать, что выводы изъ опытовъ съ поврежденіемъ мозговой коры, произведенныхъ на собакахъ,

не могутъ быть переносимы на человѣка. Хотя Goltz и не раздѣляетъ этого взгляда, но охотно признаетъ, что было бы желательнѣе изслѣдованія, касающіяся отравленій различныхъ частей головного мозга, распространять на такихъ животныхъ, строеніе которыхъ ближе всего стоитъ къ строенію человѣка. Въ настоящее время имѣется уже довольно значительное количество опубликованныхъ опытовъ, произведенныхъ съ успѣхомъ на обезьянахъ. Лично авторъ располагаетъ сравнительно немногочисленнымъ матеріаломъ, но одинъ изъ своихъ опытовъ онъ считаетъ достойнымъ подробнаго изложенія ¹⁾.

Обезьяна (Rhesus) была оперирована въ 2 приѣма — 6 декабря 1887 и 13 февраля 1888 г.; умерла 17 октября 1898 г.; такимъ образомъ, она находилась подъ наблюденіемъ 11 лѣтъ. Если принять въ соображеніе, какъ рѣдко вызываютъ здоровыя обезьяны въ зоологическихъ садахъ въ теченіе такого длиннаго промежутка времени, можно составить себѣ нѣкоторое представленіе о тѣхъ трудностяхъ и тщательности ухода, съ которыми было сопряжено сохраненіе въ живыхъ оперированнаго животнаго. Обезьяна умерла послѣ какой-то острой болѣзни, никакой связи съ операцией не имѣвшей.

Анатомическое изслѣдованіе мозга обнаружило, что результатомъ двухъ операций явилось удаленіе коры большей части лобной и теменной долей съ лѣвой стороны; къзади область разрушенія доходила какъ разъ до борозды, ограничивающей спереди затылочную долю; эта послѣдняя была увеличена и вслѣдствіе стягиванія рубца сильно оттянута впередъ. Къ работѣ приложенъ рисунокъ, демонстрирующій область разрушенія.

¹⁾ Реферлируемая работа Goltz'a представляетъ собой продолженіе изслѣдованій, начатыхъ на собакахъ; работъ послѣдняго періода имѣется двѣ; изъ нихъ первая «Der Hund ohne Grosshirn», помѣщенная въ Pflüger's Arch. Bd. LI, 1 и 2 H, реферирована мною въ Неврологич. Вѣстникѣ, Т. I, в. 1.; вторая «Der Hund ohne Kückenmark» помѣщена въ томъ же журналѣ. Въ Неврол. Вѣстникѣ, Т. III, в. 1. интересующіеся могутъ найти въ почти дословномъ переводѣ статью Munk'a, почтенный авторъ которой, какъ бы въ роли самостоятельнаго наблюдателя оперированной Goltz'емъ собаки, высказываетъ свои соображенія, въ многихъ существенныхъ отношеніяхъ рѣзко разищаяся отъ взглядовъ Goltz'a.

Операция была произведена под эфирным наркозомъ; въ первый разъ острымъ ножомъ была срѣзана кора лобной доли; во второй—такимъ же способомъ была удалена кора теменной доли. Заживленіе раны протекло безъ всякихъ осложнений.

Непосредственно послѣ второй операціи появился параличъ мышцъ всей правой половины тѣла. Состояніе обезьяны начало быстро улучшаться, начиная съ первыхъ дней послѣ операціи. Черезъ 10 м. послѣ пробужденія обезьяна уже ѣла финики, причемъ частички ихъ выпали изъ праваго угла рта; она не замѣчала яблока, поднесеннаго къ правому глазу; если же его подносили къ лѣвому, то быстро схватывала лѣвой рукой и съѣдала. На 3-й день она пробовала ловить мухъ лѣвой рукой, а спустя 2 недѣли—безъ труда разглатывала по компатѣ, причемъ конечности правой стороны ставила также неловко, неуклюже, какъ и собака послѣ аналогичной операціи. Въ тотъ же день обезьяна могла вскарабкаться на свою клѣтку; при этомъ пользовалась правой ногой; правой же рукой она производила лишь бесполезныя размахиванія въ воздухѣ, не будучи въ состояніи хвататься ею за прутья клѣтки.

Въ слѣдующія недѣли было наблюдаемо дальнѣйшее улучшеніе въ дѣлѣ цѣлесообразнаго пользованья парализованными конечностями, но затѣмъ этотъ прогрессъ началъ замедляться и, наконецъ, остановился; наступило состояніе, длившееся вплоть до смерти, въ продолженіе котораго нельзя уже было замѣтить какихъ-либо существенныхъ измѣненій ни въ ту, ни въ другую сторону. Именно это состояніе Goltz подробно описываетъ въ своей работѣ, рассматривая его какъ чистый эффектъ удаленія упомянутыхъ отдѣловъ мозговой коры, не осложненный никакими побочными, переходящими явленіями.

Прежде всего Goltz отмѣчаетъ тотъ фактъ, что въ сферѣ высшихъ психическихъ явленій не наступило никакихъ измѣненій; обезьяна прожила въ лабораторіи нѣсколько мѣсяцевъ до операціи и была достаточно хорошо изучена; послѣ операціи она осталась тѣмъ же лукавымъ и злымъ животнымъ, съ тѣми же самыми причудами и капризами; съ той же степенью умственнаго развитія, какъ и раньше; попрежнему питала нѣкоторую привязанность лишь къ сторужу, кормившему ее, и крайне недовѣрчиво относилась ко всѣмъ окружающимъ людямъ и животнымъ.

Въ теченіе всей жизни послѣ операціи животное обнаруживало ясно выраженныя *двигательныя разстройства*. Паретическія явленія въ мышцахъ правой половины головы, шеи, туловища и хвоста, появившіяся вслѣдъ за послѣдней операціей, исчезли сравнительно скоро. Такъ напр., въ первое время мышцы правой щеки при жеваніи оставались разслабленными, такъ что правый мѣшокъ набивался пищевой массой; обезьяна пользовалась пальцами лѣвой руки, чтобы перевести пищу внутрь полости рта для глотанья; черезъ нѣсколько недѣль это явленіе исчезло. Стойкія двигательныя разстройства остались въ *правыхъ конечностяхъ*. Въ періодъ стационарныхъ измѣненій обезьяна пользовалась правой рукой и ногой при хожденіи удовлетворительно; она по прежнему превосходно прыгала и ея прыжки были всегда вѣрно рассчитаны, но, достигнувъ намѣченнаго пункта, она пользовалась преимущественно лѣвыми конечностями, чтобы удержаться тамъ. Она легко ползала по перекладинамъ своей клѣтки и въ случаѣ необходимости могла крѣпко держаться одной правой рукой, напр. доставая лѣвой рукой яблоко, положенное на клѣтку сверху; но если въ это время всмотрѣться въ расположеніе пальцевъ правой руки, то весьма часто замѣчаются неправильности: иногда одинъ палецъ остается вытянутымъ, въ то время какъ остальные обхватываютъ перекладину; въ другихъ случаяхъ палецъ является хотя и согнутымъ, но не обхватываетъ перекладины, а лишь касается ея своей тыльной поверхностью. При ходьбѣ по ровному мѣсту обезьяна перѣдко пользовалась, кромѣ ногъ, лишь одной лѣвой рукой, правая же оставалась висящей свободно на воздухѣ; при покойномъ сидѣніи въ клѣткѣ обезьяна часто держала правую руку согнутой въ локтевомъ и слегка кистевомъ суставахъ; если она была въ хорошемъ настроеніи и желала поздороваться, то протягивала всегда лѣвую руку; предлагаемые фрукты схватывала всегда лѣвой рукой; тоже самое было при чесаніи и т. п. Однимъ словомъ, хотя животное съ теченіемъ времени получило способность сносно пользоваться правыми конечностями при передвиженіяхъ, но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло шло объ употребленіи одной руки, она пользовалась всегда лѣвой. Помимо двигательныхъ разстройствъ Goltz констатировалъ *разстройства чувствительности*; кожная чувствительность была понижена во своей правой половинѣ тѣла; мышечное чувство было также ослаблено. Обезьяна, будучи здоровой, ходила съ

полной увѣренностью и безошибочностью по перекладинамъ горизонтально укрѣпленной лѣстницы; послѣ операціи же она перѣдко дѣлала невѣрные движенія и попадала то рукой, то ногой правой стороны въ промежутки между перекладинами.

Кромѣ двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ были найдены измѣненія въ мышцахъ произвольнаго движенія, имевшо въ мышцахъ правой руки; мышечныя волокна потеряли поперечную исчерченность; здѣсь слѣдовательно наблюдалось тоже самое, что нашель Munk у обезьянъ послѣ поврежденія темянныхъ долей.

Нарушенія чувствительности Goltz рассматриваетъ какъ одну изъ причинъ своеобразной неловкости, неуклюжести движеній; насколько при этомъ участвовало измѣненіе мышцъ, G. рѣшить отказывается.

Въ то время, какъ обезьяна дѣлала быстрые успѣхи въ дѣлѣ пользованія правыми конечностями при передвиженіяхъ, способность употребленія правой верхней конечности, въ качествѣ руки, казалась утраченной. Однако, на основаніи опытовъ, произведенныхъ раньше на собакахъ, Гольцъ не сомнѣвался, что путемъ практики можно довести обезьяну до способности произвольнаго и цѣлесообразнаго пользованія правой рукой; въ этомъ убѣжденіи его поддерживали нѣкоторые отрывочныя случайныя наблюденія; если, напр., обезьянѣ предлагали яблоко слишкомъ крупное, такъ что она не въ состояніи была обхватить его одной лѣвой рукой, она сейчасъ же протягивала правую на помощь и т. п.

И дѣйствительно, послѣ многихъ упорныхъ попытокъ удалось, наконецъ, приучить обезьяну брать мелкіе предметы, какъ кусочки сахара и пр., одной правой рукой. Затѣмъ обезьяна приучалась здороваться правой рукой; необходимо замѣтить, что это послѣднее дѣйствіе (протягиваніе руки) ей далось легче, чѣмъ первое; вообще можно было замѣтить, что чѣмъ мельче работа, которую ей предстояло сдѣлать правой рукой, тѣмъ несовершеннѣе были движенія; путемъ практики можно было добиться нѣкотораго улучшенія, но во всякомъ случаѣ незначительнаго.

Формулируя окончательный выводъ, Гольцъ говоритъ, что измѣненія, вызванныя удаленіемъ коры лобной и темянной долей, у обезьянъ совершенно тѣ же самыя, что и у собакъ. И тѣ и другія животныя въ состояніи произвольно пользоваться всѣми мышцами произвольнаго движенія, но

движенія одной стороны являются менѣ совершенными. Кромѣ нарушенія чувствительности и движенія, никакихъ другихъ измѣненій найдено не было.

Такъ какъ въ своей работѣ Гольтцъ дѣлаетъ неоднократно указанія на опубликованную имъ рѣе работу „Der Hund ohne Grosshirn“, по поводу которой были высказаны замѣчанія Мункомъ, то въ заключеніе онъ приводитъ нѣкоторые доводы въ защиту своихъ прежнихъ положеній. Тѣ движенія, которыя еще были въ состояніи производить оперированныя мною собаки, Мункъ разсматриваетъ за движенія рефлекторныя. Я считая бесполезнымъ вдаваться здѣсь въ опредѣленіе границы между движеніями рефлекторными и произвольными, а позволю себѣ лишь обратить вниманіе на то, что, признавая всѣ дѣйствія животнаго безъ мозговой коры за рефлексы, мы невольно придемъ къ нѣсколькимъ страннымъ выводамъ. Собака безъ мозговой коры дѣлается безпокойной и начинаетъ въ концѣ концовъ выть, если она оставалась долгое время некормленной. Она успокаивается и сейчасъ же укладывается спать, какъ только она утолила свой голодь. Обыкновенно про подобныя поступки животныхъ говорятъ такъ: оно дѣлало безпокойныя движенія и выло, потому что чувствовало голодь; оно ложилось и засыпало, потому что было сыто. Но если Мункъ такія живыя выраженія голода считаетъ за отправленія неспособнаго къ ощущеніямъ автомата, то будетъ позволительно обратиться къ животному, обнаруживающему чувство голода, съ подобными словами: „Докази сначала, что у тебя не повреждена мозговая кора, тогда я повѣрю, что ты дѣйствительно голодна“. Конечно, можно помѣстить органъ сознанія въ какой уголко крохотный кусочекъ мозга и, если послѣ удаленія этого кусочка всѣ двигательныя явленія останутся неизмѣненными, то, разумѣется, можно ихъ отнести къ рефлекторнымъ для того, чтобы снасти предвзятую мысль, что органъ сознанія былъ разрушенъ. Мункъ упрекнулъ меня, что тридцать лѣтъ тому назадъ я по вопросу о локализціи думалъ иначе, чѣмъ теперь. Я не признаю этого упрека. Было бы печально, если бы я ничему не научился въ теченіе трехъ десятилѣтій изъ своихъ собственныхъ наблюденій. Если бы мнѣ въ то время кто-нибудь показалъ собаку безъ мозговой коры, то я отказался бы своевременно отъ предвзятаго взгляда, что мозговая кора есть исключительный органъ ощущенія. Удивительно для меня, что Мункъ, который считаетъ меня, повидимому, за профана въ основахъ нервной физиологіи на томъ основаніи,

что я вижу в своей оперированной собаке нечто больше, чем простую рефлекторную машину, самъ измѣнилъ свой взглядъ по этому пункту. Въ 92-мъ году въ Берлинской академіи онъ сказалъ: „У собаки безъ мозговой коры сохранилась просто обидная чувствительность, ведущая къ общимъ рефлексамъ“. Въ 94-мъ году онъ говоритъ по моему адресу уже слѣдующее: „Нервная физиологія должна видѣть въ оперированной собаке только неспособнаго къ ощущеніямъ автомата, и своеобразнымъ понятіямъ, лежащимъ въ основѣ давнаго Гольцемъ описанія, она не можетъ придавать никакого значенія“. Такимъ образомъ, собака, у которой ранѣе можно было замѣчать признаки общей чувствительности, черезъ два года стала разсматриваться тѣмъ же ученымъ за неспособнаго къ ощущеніямъ автомата. Я все-таки остаюсь, хотя и съ опасностью быть вычеркнутымъ изъ ряда естествоиспытателей, на прежней точкѣ зрѣнія, ничуть не мѣшая тѣмъ, которые сочтутъ болѣе научнымъ отрицать у собаки безъ мозговой коры всякую чувствительность. Въ сборникѣ своихъ изслѣдованій Мункъ говоритъ о собаке, у которой онъ удалилъ съ лѣвой стороны корковый центръ для движенія передней конечности. „Если ей сдавливать не очень сильно лѣвую переднюю лапу, то она поднимаетъ ея и пытается кусаться. Сдавленіе правой передней лапы съ тою же силою не оказываетъ никакого дѣйствія: нужно давить и колоть чрезвычайно сильно, чтобы вызвать поднятіе лапы; животное при этомъ остается совершенно безучастнымъ: ни одинъ мускулъ лица или головы ея не приходитъ въ движеніе“. Этотъ фактъ оказался совершенно невѣрнымъ, такъ какъ описанная мною собака безъ мозговой коры ни въ какомъ случаѣ не относилась безучастно къ сильнымъ сдавленіямъ, щипаніямъ и т. п. конечностей противоположной стороны. Познакомившись съ моей работой 1892 г., Мункъ долженъ былъ исправить невѣрно описанные имъ факты. Въ 1895 г. Мункъ указалъ, что собаки и обезьяны, послѣ разрушенія лѣвой двигательной области коры для передней конечности, выучиваются снова пользоваться правой передней конечностью какъ рукой. Тѣмъ не менѣе въ концѣ своего сообщенія онъ утверждалъ, что изолированные движенія этихъ конечностей отсутствовали. На чемъ основанъ его выводъ,—для меня остается совершенно непонятнымъ. Моя собака, у которой не доставало цѣлаго лѣваго полушарія, выкапывала мясо правой передней лапой, въ то время какъ другія конечности оставались въ покойномъ

положеніи. Я не сомнѣваюсь, что существуютъ пути, связывающіе правое полушаріе съ правыми конечностями; анатомія еще не въ состояніи указать намъ этой связи“.

Д. Полумордвиновъ.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Spitzer: Ein Fall von Tumor am Boden der Rautengrube. Beitrag zur Kenntniss des hintereren Längsbündel. (Изъ перваго отдѣленія проф. Krafft-Ebing'a и изъ лабораторіи проф. Obersteiner'a въ Вѣнѣ).—Jahrbücher f. Psychiatrie und Neurologie. Bd. 18. 1899.

Туберкулъ, расположившись на днѣ 4 желудочка, разрушилъ: треугольное ядро VIII пары, лѣвое ядро VI пары, часть garhe, оба заднихъ продольныхъ пучка, церебральную часть лѣваго ядра X пары, часть лѣваго ядра Deiters'a, церебральные пути изъ лѣваго n. ambiguus n. vagi, корешки VII и VI пары.

Прижизненные явленія: опущеніе головы съ значительнымъ поворотомъ ея налѣво; нежеланіе измѣнить такое положеніе. При каждомъ движеніи головы—ощущеніе головокруженія. Головокруженіе и тошнота при вращеніи головы направо, при подниманіи ея и наклоненіи. Отъклоненіе обоихъ глазъ вправо, параличъ праваго отводящаго нерва, парезъ—лѣваго; m. rectus internus—паретиченъ; лѣвый лицевой нервъ паретиченъ яснѣе въ верхней вѣтви, чѣмъ въ нижней. Ригидность въ жевательныхъ мышцахъ.

Мозгъ изслѣдованъ по методу Marchi. Въ нисходящемъ направленіи оказались перерожденными: 1. Form. reticularis alba, переходящая въ основные пучки передняго столба; перерожденіе это идетъ въ передніе рога обѣихъ сторонъ и кончается въ нижней части шейнаго отдѣла. 2. Часть for. reticul. grisea, спускающаяся въ боковые столбы. 3. Часть fibrae internae. 4. Часть Бурдаховскаго столба (вентрально-латеральная). 5. Задній продольный пучокъ, кончающійся въ области ядеръ III пары. 6. Вентральный пучокъ покрывки, идущій

подъ медиальной петлей и кончающийся въ вентральной области thalamus opt. 7. Латеральный пучокъ покрывки, идущий въ латеральномъ отрѣзкѣ subst. retic. до вентральныхъ ядеръ thalami opt.

Авторъ даетъ слѣд. объясненіе наблюдаемому имъ перерожденію: частичное перерожденіе Бурдаховскаго столба обязано своимъ происхожденіемъ поврежденію перваго первикального корешка въ силу давленія очагомъ, лежащимъ вверху. Перерожденные fibrae internae имѣютъ своимъ началомъ верхнюю часть ядеръ заднихъ столбовъ и ядро Deiters'a (Vestibularisendkern—Vorderseitenstrangbahn Obersteiner'a, Bruce, Koelliker'a и др.); начавшись отсюда, центробѣжныя волокна идутъ въ основной пучокъ передняго столба; здѣсь данныя волокна входятъ, какъ составныя части, въ fas. longit., начинающийся въ промежуточномъ мозгѣ. Задній продольный пучокъ, имѣющій сложный составъ, управляетъ рефлекторными движеніями головы и глазъ. Съ этой точки авторъ объясняетъ прижизненные явленія, наблюдавшіяся у больного; вмѣстѣ съ этимъ онъ даетъ схему того субкортикальнаго механизма, посредствомъ котораго происходитъ синтезъ пространственныхъ отношеній и ориентированіе въ пространствѣ. Перерожденный латеральный пучокъ покрывки авторъ склоненъ считать за систему, связывающую спинной мозгъ съ зрительнымъ бугромъ; вентральный же пучокъ представляетъ, по автору, центральныя связи V и другихъ чувствительныхъ черепныхъ паръ.

Гр. Трошинъ.

E. Bischoff. Zur Anatomie der Hinterstrangskerne bei Säugethieren.—Jahrb. f. Psych. und Neurol. Bd. 18. 1899.

Производя сравнительное изслѣдованіе области ядеръ заднихъ столбовъ у различныхъ животныхъ, авторъ убѣдился, что кнутри отъ Голлеускаго ядра можетъ быть еще одно (парное или непарное) ядро. Это ядро встрѣчается главнымъ образомъ у животныхъ, имѣющихъ хвостъ (оно есть у кенгуру, отсутствуетъ у кролика, иногда встрѣчается, иногда нѣтъ у кошекъ). Производя вырваніе корешковъ caudae equinae, идущихъ къ хвосту, авторъ нашелъ (у собакъ и кошекъ по методу Marchi), что перерожденіе идетъ вплоть до ядеръ заднихъ столбовъ включительно, сосредоточиваясь

около средней линии, въ дорзо-медиальной части заднихъ столбовъ.

Гр. Трошинъ.

Monestiev. Contribution à l'étude du suicide dans la paralysie generale.—Annales médico-psychologiques. Mars-Avril, 1900.

Авторъ говоритъ, цитируя Magnan'a, что въ прогрессивномъ параличѣ заключаются двѣ различныя болѣзни: 1. паралитическое слабоуміе, главная болѣзнь, которая является болѣзью длительной, непрерывной, обладаетъ роковой тенденціей: она представляетъ опредѣленные расстройства, извѣстные постоянные симптомы; 2. сумасшествіе, которое представляется измѣняемымъ, преходящимъ; чаще всего оно зависитъ отъ конгестіи и представляетъ самыя противоположныя проявленія. Но, не смотря на это разнообразіе проявленій, слабоуміе и безпорядочный, преходящій характеръ бреда придаютъ этому сумасшествію своеобразный отпечатокъ. Напримѣръ, трудно смѣшать преступные акты, совершенные паралитиками, съ такими, въ которыхъ виновниками являются душевно-больные, но не паралитики. Тоже относится и къ попыткамъ на самоубійство, въ которыхъ вы встрѣтите мало настойчивости и дѣтскій характеръ идей, побуждающихъ ихъ къ этимъ попыткамъ.

Вначалѣ авторъ останавливается на фактахъ, которые собственно не могутъ быть отнесены къ самоубійству въ настоящемъ смыслѣ слова, такъ какъ въ нихъ отсутствуетъ необходимый элементъ—желаніе покончить съ собой: паралитики, дѣйствительно, довольно часто совершаютъ поступки, подвергающіе опасности ихъ жизнь, безъ такого желанія. Такъ обратившійся въ автомата паралитикъ, въ послѣднемъ періодѣ слабоумія, приметъ окно за дверь и разобьется, желая открыть его. Въ состояніи маниакальнаго возбужденія больной, обманутый несовершенной перцепціей того, что происходитъ вкругъ, можетъ найти смерть, взявшись за дѣло, на которое онъ не способенъ, наприм., вздумавъ переплыть глубокую рѣку при неумѣннй плавать. Больной Эскироля бросается подъ колеса самыхъ большихъ экипажей, увѣряя что онъ будетъ невредимъ. Наконецъ, причиной этихъ псевдо-самоубійствъ могутъ быть галлюцинаціи и иллюзіи, когда, на-

примѣръ, больной хочетъ избѣжать воображаемыхъ опасностей, или соединиться съ тѣми, кого онъ видитъ или слышитъ.

Авторъ приводитъ больного, подходящаго къ только-что описанной категоріи. Передъ поступленіемъ въ больницу этотъ больной, вѣроятно подъ влияніемъ галлюцинацій, бросился подъ поѣздъ, а въ больницѣ выскочилъ изъ окна; прыгнувъ онъ не прямо на землю, а на кустъ, стоявшій подъ окномъ, и видимо думалъ, что, благодаря этому кусту, прижечь его будетъ вполне благополученъ. Придя въ себя, больной объяснилъ, что онъ только хотѣлъ прыгнуть. Больной совершенно не обнаруживалъ идей самоубійства, да онѣ и не вязались съ его психическимъ состояніемъ: бредъ величія дѣлалъ его самымъ сильнымъ, могущественнымъ, самымъ счастливымъ существомъ.

Но, кромѣ подобныхъ фактовъ, наблюдаются и такіе, въ которыхъ попытки на самоубійство являются слѣдствіемъ бредовыхъ идей паралитика. При депрессивныхъ формахъ часто бываютъ то болѣе или менѣе стойкія, то мимолетныя меланхолическія идеи, которыя нерѣдко сопровождаются тяжелыми увѣченіями или попытками на самоубійство. Если меланхолическія идеи мимолетны, то попытки больного крайне необдуманны, импульсивны: больной и не думаетъ скрывать ихъ и часто прерываетъ попытку, чтобы отдаться новой идеѣ. Такихъ больныхъ легко отвлечь отъ идеи самоубійства, направляя ихъ мысли въ другую сторону. Авторъ описываетъ больную, которая, благодаря спокойному состоянію, жила въ своей семьѣ; у этой больной, все время высказывавшей бредъ величія, вдругъ вспыхнули меланхолическія идеи самообвиненія, вызвавшія попытки на самоубійство: больная пыталась утопиться, броситься съ третьяго этажа. Въ больницѣ, въ день поступленія, она ударилась головой объ стѣну и сломала себѣ зубъ, съ яростью кусая свою шляпу; но при дальнѣйшемъ наблюденіи ни разу не проявляла наклонности къ самоубійству. Слабоуміе, которое является постояннымъ симптомомъ при прогрессивномъ параличѣ, можетъ однако быть выражено то въ большей, то въ меньшей степени. Нѣкоторые больные долго сохраняютъ хорошую память и нѣкоторую послѣдовательность въ мышленіи на ряду съ идеями бреда величія и общими паралитическими расстройствами. Такіе больные довольно тщательно обдумываютъ и умѣло готовятъ планъ самоубійства, что видно изъ приводимаго авторомъ наблюде-

нія. Паралитикъ, съ горделивыми идеями, поступившій въ больницу 29 марта 1895 г. и не подавшій никакого повода подозрѣвать у него идеи самоубійства, 8 ноября 1895 г. утромъ былъ найденъ въ своей комнатѣ повѣсившимся. Онъ сбросилъ съ кровати постель, приставилъ кровать къ стѣнѣ и повѣсилъ на разорванной имъ рубашкѣ. Въ слѣдующемъ случаѣ, описываемомъ авторомъ, дѣло идетъ о больномъ, который привалъ всѣмъ предосторожности, чтобы выполнить планъ самоубійства и у котораго послѣднее, повидимому, является логическимъ послѣдствіемъ его печальныхъ идей. На ряду съ абсурдными идеями величія этотъ больной высказывалъ стойкія идеи самообвиненія и преслѣдованія, подъ влияніемъ которыхъ онъ совершилъ двѣ попытки на самоубійство. Въ первый разъ онъ стаилъ кухонный ножъ, спрячавъ его подъ платье, незамѣтнымъ образомъ отправился въ отхожее мѣсто и тамъ вонзилъ ножъ себѣ въ грудь, достигнувъ полости перикардія. За вѣскольکو часовъ предъ этимъ онъ просилъ прошенія у служителя и просилъ, чтобы тотъ обналъ его. Вылеченный отъ тяжелой раны, больной все время терзался воображаемыми угрызеніями совѣсти и снова рѣшилъ покончить съ собой. Не имѣя подъ руками никакого оружія, онъ попытался сфабриковать его изъ куска хлѣба, высушивъ его и сдѣлавъ заостренный край. Не смотря на постоянный надзоръ, онъ однажды растегнулъ жилетъ, провелъ руку подъ рубашку и, стараясь не возбудить подозрѣнія какими либо необычными движеніями, разрѣзалъ своимъ импровизированнымъ оружіемъ кожу на груди. Потомъ взялъ кусокъ крѣпкаго дерева величиной въ карандашъ, сломалъ его и, воткнувъ остріе въ готовый уже кожный разрѣзъ, провелъ его въ межреберный промежутокъ и нанесъ себѣ смертельную рану.

Выводы автора слѣдующіе: 1. Самоубійство при прогрессивномъ параличѣ довольно часто, какъ въ періодѣ развитія болѣзни, такъ и въ начальномъ періодѣ. 2. Въ цѣлой серіи фактовъ самоубійство является таковымъ только по внѣшности: дѣло сводится къ нарушенной перцепціи окружающаго, къ галлюцинаціямъ и потерѣ сознанія опасности; желаніе покончить съ собой въ такихъ случаяхъ отсутствуетъ. 3. Въ болшей части случаевъ, гдѣ это желаніе имѣется на лицо, не только идеи самоубійства носятъ отпечатокъ слабумія, но и бредъ, представляемый больнымъ, является безпорядочнымъ, прехолящимъ. 4. Идеи самоубійства болшею

частью являются внезапными и нестойкими; больной не скрывает ихъ.

Но есть случаи, гдѣ средства, употребляемыя паралитиками съ цѣлью лишить себя жизни, ничѣмъ не отличаются отъ средствъ, употребляемыхъ другими сумасшедшими; предосторожности, обдуманность и продолжительныя приготовленія, которыя при этомъ имѣютъ мѣсто, повидимому говорятъ, что у такихъ больныхъ имѣются довольно стойкія идеи самоубійства. Въ такихъ случаяхъ слабоуміе бываетъ выражено въ меньшей степени.

Н. Топорковъ.

Хроника и смѣсь.

— Дѣйствіе правилъ о допущеніи женщинъ-врачей къ научнымъ занятіямъ въ учебно-вспомогательныхъ учрежденіяхъ Императорской Военно-Медицинской Академіи распространено также и на состоящую при Академіи клинику душевныхъ и нервныхъ болѣзней, представляющую въ настоящее время самостоятельное учрежденіе, не подчиненное клиническому военному госпиталю, какъ было до сихъ поръ. Женщины-врачи будутъ допускаться въ эту клинику (срокомъ на два года) съ особаго на каждый случай разрѣшенія начальника Академіи по представленію директора клиники, Академика В. М. Бехтерева.—Нов. Вр.

— Проф. В.-М. Академіи, академикъ В. М. Бехтеревъ, назначенъ профессоромъ С.-Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ съ оставленіемъ въ занимаемой должности.

— 27 февраля с. г. состоялось празднованіе 30-лѣтняго юбилея Дома призрѣнія душевно-больныхъ на Удѣльной въ Петербургѣ. Число кроватей въ этой больницѣ за 30-лѣтній періодъ ея существованія со 100 возросло теперь до 350.

— Предсѣдателемъ учрежденнаго при алкогольной комисіи комитета для изслѣдованія алкоголя избранъ проф. А. Я. Данилевскій, товарищемъ предсѣдателя проф. В. М. Бехтеревъ и секретарями приватъ-доценты А. И. Моисеевъ и А. А. Лихачевъ. (Нов. Вр.).

— Конференція Военно-Медицинской Академіи 18 марта удостоила д-ра А. В. Гервера званія привать-доцента нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

— Ассистентъ при кафедрѣ психіатріи и привать-доцентъ Казанскаго университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, докторъ медицины Б. И. Воротицскій назначенъ сверхштатнымъ старшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Медицинскомъ Департаментѣ съ оставленіемъ въ занимаемой должности.

— Въ засѣданіи Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова 18 дек. 1899 г. было, между прочимъ, заслушано сообщеніе о томъ, что, по постановленію VII съѣзда, комисія, выбранная для разработки вопроса о союзѣ русскихъ невропатологовъ и психіатровъ, пополнилась тремя новыми членами—Н. М. Поповымъ, К. М. Целеридскимъ и С. А. Сухановымъ. По этому поводу С. С. Корсаковъ и В. И. Яковенко сообщили, что дѣйствительно во время VI съѣзда въ Кіевѣ, но совершенно однако частнымъ образомъ, составила комисія для разработки этого вопроса изъ 5 лицъ, именно: С. С. Корсакова, В. И. Яковенко, В. М. Бехтерева, И. А. Сикорскаго и Б. С. Грейденберга. Послѣ этого Правленіе опредѣлило: сообщить членамъ комисіи о постановленіи Съѣзда и уполномочить С. С. Корсакова и В. И. Яковенко снестись съ всѣми членами комисіи по существу означеннаго вопроса, въ цѣляхъ подготовки доклада къ будущему VIII Съѣзду.—Ж. О. Р. В. № 1, 1900.

— Въ томъ же засѣданіи Правленія С. С. Корсаковъ заявилъ, что по вопросу о расторженіи брака въ случаѣ душевной болѣзни одного изъ супруговъ въ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней VII съѣзда состоялось слѣдующее постановленіе: „душевное заболѣваніе можетъ служить поводомъ къ разводу въ томъ случаѣ, если оно неизлѣчимо и если оно выразилось рѣзкимъ измѣненіемъ психической личности“. Въ такой именно редакціи постановленіе было принято и Съѣздомъ. Между тѣмъ еще на VI Кіевскомъ Съѣздѣ, выдвинувшемъ на очередь разработку этого

вопроса, С. И. Штейнбергомъ внесено было заявленіе о возбужденіи ходатайства объ узаконеніи расторженія брака вслѣдствіе душевной болѣзни одного изъ супруговъ. Последнее было бы крайне желательно, но Распорядительное собраніе VII Съѣзда не могло составить постановленія о возбужденіи какого-либо ходатайства, очевидно вслѣдствіе слишкомъ академической формулировки заключенія, принятаго секціей по этому вопросу. Определено: просить завѣдующаго секціей нервныхъ и душевныхъ болѣзней будущаго VIII съѣзда включить въ программу вопросъ о возбужденіи ходатайства объ узаконеніи расторженія брака вслѣдствіе душевной болѣзни одного изъ супруговъ.—Ж. О. Р. В.

— Съ 1 января т. г. во всей Германіи вступилъ въ силу новый законъ о разводѣ, по которому, между прочимъ, и душевная болѣзнь одного изъ супруговъ включена въ число причинъ, обуславливающихъ расторженіе брака. При этомъ душевная болѣзнь должна продолжаться въ бракѣ не менѣе 3 лѣтъ и быть таковою, что духовное общеніе между супругами прекращается и нѣтъ никакой надежды на возобновленіе этого общенія.—Ж. Об. Рус. Вр.

— Въ № 8641 „Нов. Вр.“ помѣщено письмо „матери“, въ которомъ говорится о крайней и настоятельной необходимости устройства у насъ отдѣльныхъ больницъ и пріютовъ для эпилептиковъ. Причину того, что вопросъ этотъ является какъ бы забытымъ и почти не обсуждается въ печати, „мать“ видитъ между прочимъ въ томъ, что часто сами родители скрываютъ болѣзнь своихъ дѣтей. „Мать“ соиѣтуетъ возможно чаще, громко и настойчиво заявлять Обществу о неотложной потребности въ организаціи призрѣнія надумныхъ дѣтей, указывая при этомъ на тѣ тяжелыя нравственныя страданія, которыя суждено переживать родителямъ, имѣющимъ дома ребенка, страдающаго эпилепсіей, а также на ту опасность, которой подвергаются здоровыя дѣти отъ совмѣстнаго пребыванія съ дѣтьми-эпилептиками. „Мать“ горячо убѣждаетъ, что самимъ родителямъ необходимо упорно и постоянно пропагандировать мысль о неотложной необходимости создать въ нашемъ отечествѣ спеціальныя школы, пріюты и лечебницы для этихъ несчастныхъ дѣтей-страдалцевъ. Вопросъ о томъ, куда направ-

лять пожертвованія для этой благой дѣли, „мать“ разрѣшаетъ въ томъ смыслѣ, что мѣсто для сосредоточенія подобныхъ пожертвованій есть и должно быть только одно—это Общество психіатровъ въ Петербургѣ. Посылать эти деньги жертвователи должны на имя предсѣдателя Общества съ просьбой принимать жертвуемую лепту, чтобы затѣмъ на собранныя средства создать на Руси столь необходимыя учрежденія для эпилептиковъ.—Мы вполнѣ присоединяется къ призывному голосу „матери“ и не можемъ не одобрить избранный ею путь для пропаганды и осуществленія этой симпатичной идеи. Мы полагаемъ, что и другія русскія неврологическія Общества выразятъ полную готовность такъ или иначе содѣйствовать осуществленію предлагаемой идеи. Голосъ „матери“ прямо просится въ душу, онъ дышетъ неподдѣльной скорбью, переходящей въ отчаяніе. Видимо „мать“ много выстрадала и на себѣ перенесла всю нравственную тяжесть печальной необходимости держать дома среди другихъ дѣтей больного ребенка-эпилептика. А такихъ матерей-мученицъ и дѣтей-страдальцевъ у насъ на Руси наберется не одна тысяча. Нужно что-нибудь дѣлать для облегченія ихъ участи. Вопросъ слишкомъ назрѣлъ. Пора, давно пора перейти къ его практическому осуществленію ¹⁾.

¹⁾ Въ № 8645 той же газеты отозвалась „еще одна несчастная мать“, нарисовавшая грустную, но правдивую картину нечальнаго положенія эпилептиковъ въ семьѣ различныхъ слоевъ общества. Она заканчиваетъ свое письмо горячимъ воззваніемъ къ добрымъ людямъ, прося ихъ протянуть „спасающую руку“. Пусть столица покажетъ примѣръ, за нею откликнется и пойдетъ провинція. „Пусть сочувствующіе педагоги, врачи, родители больныхъ дѣтей организуютъ общество, а редакціи газетъ откроютъ подписку на пріемъ пожертвованій, и я увѣрена, что дѣло пойдетъ быстро и много слезъ оно осушитъ и отъ большого горя избавитъ русскую землю“.. Послѣ этого въ „Новомъ Времени“ появилось еще нѣсколько писемъ по тому же вопросу и между прочимъ письмо проф. П. И. Ковалева скаго, къ которому, по его словамъ, также вначало поступать много заявленій, запросовъ и предложеній по поводу возможности осуществленія возникшей идеи. Стали поступать и пожертвованія. Наболѣвшій вопросъ, повидимому,

— Московская городская управа, совмѣстно съ комисіей общественнаго здравія, внесла въ думу докладъ по вопросу объ измѣненіи окладовъ содержанія врачей въ городскихъ больницахъ. На-ряду съ установленіемъ высшихъ нормъ содержанія для медицинскаго персонала общихъ больницъ проектируется также увеличить содержаніе и врачамъ психіатрическихъ лечебницъ. Въ своемъ докладѣ комисія предлагаетъ установить слѣдующіе оклады въ психіатрическихъ больницахъ: главному врачу—3600 р. въ годъ, старшимъ врачамъ 2100 р. и ординаторамъ 1200—1500 руб.; надзирателямъ 600 руб., надзирательницамъ 420 р. Чтобы не обременять сразу городского бюджета, комисія и управа полагаютъ ввести эти возвышенные оклады постепенно въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ.

— Рус. Вѣд. сообщаютъ, что санаторій Аляухово (подъ Москвою) переходитъ въ завѣдываніе привать-доцента Московскаго университета А. А. Токарскаго и бывшего директора Вологодской Губ. Земской психіатрической лечебницы А. А. Яковлева. Санаторій предназначается для больныхъ, которые на-ряду съ обычными медицинскими мѣропріятіями и постояннымъ врачебнымъ наблюденіемъ нуждаются также въ пребываніи въ тихой деревенской обстановкѣ и притомъ не только въ лѣтній сезонъ, но и въ теченіе осенняго и зимняго времени. Сообразно съ этой цѣлью въ санаторіѣ будутъ произведены все необходимыя приспособленія для зимняго пребыванія больныхъ, страдающихъ различными нервными болѣзнями, острымъ переутомленіемъ, общей нервной слабостью, малокровіемъ и общими разстройствомъ питанія. Больные будутъ находиться подъ постояннымъ наблюденіемъ врачей, причемъ въ санаторіѣ будетъ отведено соотвѣтствующее мѣсто физическимъ методамъ леченія и укрѣпленія организма. Огородныя и полевыя работы, а также и различные виды современнаго спорта, сообразно съ особенностями каждаго случая, будутъ стоять на-ряду съ діа-

заинтересоваль очень многихъ. Дай Богъ, чтобы проектъ организациі у насъ дѣла прирѣвнѣя эпилептиковъ сразу сталъ на прочную почву.

тетикой, электричествомъ и гидротерапіей, находясь подъ постояннымъ медицинскимъ контролемъ. Аляухово до послѣдняго времени функционировало главнымъ образомъ лишь въ теченіе лѣтняго періода.

— Лѣтомъ прошлаго года въ Парижѣ основалось первое психологическое общество во Франціи. Предсѣдателемъ Общества выбранъ проф. Joffroy, тов. предс. проф. Raymond, секретаремъ проф. Pierre Marie. Засѣданія Общества происходятъ ежемѣсячно въ одномъ изъ залъ медицинскаго факультета. Органомъ Общества служитъ «Revue neurologique».

— Вит. Губ. Вѣд. приводятъ еще одинъ примѣръ, рисующій положеніе душевно-больныхъ въ крестьянской средѣ. Въ одной изъ деревушекъ близъ м. Каменя (Вит. губ.) 8 лѣтъ стоялъ въ избѣ прикованнымъ на цѣни буйный помѣшанный. Помѣшался онъ лѣтъ 18—20 тому назадъ и первыя шесть лѣтъ простоялъ, даже спалъ по нѣсколько дней также стоя. За послѣдніе же два года онъ ослабѣлъ и больше сидитъ. Желѣзное кольцо отъ времени вдавилось ему въ ногу. Въ той же избѣ жила и семья брата больного, нѣсколько разъ пытавшаяся освободиться отъ тяжелой обузы и помѣстить больного въ больницу, но безуспѣшно.—Мы бы отказались повѣрить описанію этого невѣроятнаго случая, если бы это сообщалось не въ правительственной газетѣ. „Пытались помѣстить въ больницу, но безуспѣшно“. Какая злая иронія! Какихъ же больныхъ, въ такомъ случаѣ, и помѣщать въ лечебницу? И вѣроятнѣе всего отказано въ приѣмъ этому больному за недостаткомъ мѣсть. Давно знакомый мотивъ! Имѣя въ виду подобныя факты, мы съ тѣмъ большимъ сожалѣніемъ прочли въ № 2 „Обозр. психіатріи“ печальное сообщеніе „изъ вѣрнаго источника“, что „весь вопросъ о дальнѣйшей постройкѣ намѣченныхъ уже окружныхъ лечебницъ снова осужденъ пережить фазу колебаній и сомнѣній, а столь желательное разрѣшеніе его въ ближайшемъ будущемъ рискуетъ затянуться на неопредѣленное время“... Приходится очень пожалѣть объ этомъ. Обидно за отечественную психіатрію.

— „Еженедѣльникъ“ со словъ „Русскаго Листка“ сообщаетъ, что съ осени текущаго года предполагается открытіе

новаго корпуса Алексѣевской больницы для душевно-больныхъ (въ Москвѣ, на Канатчиковой дачѣ). Новое помѣщеніе рассчитано на 72 человѣка; штатъ врачей и прислуги проектируется съ расходомъ въ 5800 руб.; на обзаведеніе требуется до 16¹/₂ тыс. руб. Корпусъ выстроенъ на средства, пожертвованныя А. С. Капцовымъ.

— При Покровской психіатрической больницѣ Московскаго Губернскаго Земства (близъ с. Мещерскаго) устраивается сельско-хозяйственная ферма. Помимо практическихъ цѣлей, земство имѣетъ въ виду дать возможность больнымъ заниматься гигиеническимъ трудомъ, благотѣльно дѣйствующимъ на ихъ здоровье.

— Въ Москвѣ скончался редакторъ журнала „Вопросы философіи и психологіи“, проф. В. П. Преображенскій.

— Въ № 8644 «Нов. Вр.» мы встрѣтили сообщеніе о томъ, что на послѣднемъ Воронежскомъ губернскомъ земскомъ собраніи разсматривался давно поднятый вопросъ о постройкѣ психіатрической больницы. Къ сожалѣнію, внесенный проектъ оказался недостаточно разработаннымъ, а смѣтныя исчисленія весьма неполны. Въ виду этого губернское собраніе, несмотря на множество доводовъ, сказанныхъ по поводу безпомощности психически больныхъ, рѣшивъ принципиальный вопросъ утвердительно, т. е. находя необходимымъ построить больницу, тѣмъ не менѣе не разрѣшило никакой ассигновки на этотъ предметъ до представленія точныхъ исчисленій всѣхъ необходимыхъ расходовъ на предполагаемую постройку.

— По словамъ корреспондента „Русскихъ Вѣдомостей“, въ Парижѣ сильное впечатлѣніе произвелъ «прочитанный въ Медицинской Академіи докладъ д-ра Laborde'a, изучавшаго мозгъ казеннаго прошлымъ лѣтомъ преступника В а ш ё,— того молодого настуха, который, шляясь по большимъ дорогамъ, нападалъ въ полѣ на одинокихъ женщинъ, даже дѣвочекъ-подростковъ, насиловалъ ихъ и потомъ убивалъ съ звѣрскаго жестокостью. На слѣдствіи и на судѣ В а ш ё удивлялъ всѣхъ своимъ краснорѣчіемъ и тщеславіемъ, немало рисовался передъ судьями, очень заботился о томъ, какъ относится къ нему пе-

чать, и вообще производилъ впечатлѣніе человѣка ненормальнаго. Теперь д-ръ Laborde находитъ въ устройствѣ мозга Вашѣ немало сходства съ мозгомъ Гамбетты и дѣлаетъ такое заключеніе, что, попали Вашѣ въ другія условія, изъ него могъ бы выйти великій гражданинъ и ораторъ, тогда какъ Гамбетта, при иныхъ обстоятельствахъ, могъ бы превратиться въ великаго злодѣя и преступника. То же подтверждаютъ и Манувриэ, Панильо и Желле, изучавшіе мозгъ Вашѣ въ антропологической школѣ; они констатируютъ, что по объему и по развитію извилинъ мозгъ Вашѣ значительно выше средняго. Но всего больше поразила Манувриэ третья лѣвая лобная извилина этого мозга, гдѣ помѣщается центръ рѣчи; она представляетъ нѣкоторую аналогію съ таковой же извилиной мозга Гамбетты, у котораго эта послѣдняя была развита необыкновенно. Вашѣ дѣйствительно отличался большимъ краснорѣчіемъ и обладалъ прекрасной памятью». — Перенечатавши эту корреспонденцію, «Новое Время» сдѣлало съ своей стороны слѣдующій очень странный комментарий: «Въ сущности не наблюдается видимыхъ препятствій къ тому, чтобы Гамбетта и Вашѣ были одинъ на мѣстѣ другого, но, несмотря на сходства въ извилинахъ мозга, одинъ послѣ благородной и самоотверженной дѣятельности признанъ великимъ гражданиномъ, а другой, проштатавшись по дорогамъ и совершивъ рядъ гнусныхъ преступленій, кончилъ презрѣнное существованіе на гильотинѣ. Почему же каждый попалъ на свое мѣсто? Простая случайность съ точки зрѣнія тѣхъ, для кого душевный міръ человѣка заключенъ въ извилинахъ мозга, гдѣ искуснѣйшимъ изъ изслѣдователей пожалуй не удастся отыскать «центры», дающіе сознанію понятія долга, совѣсти, добра, справедливости, красоты». — Что хотѣлъ выяснить комментаторъ этими красивыми словами, сказанными такъ развязно и такимъ докторальнымъ тономъ? Несомнѣнно лишь одно, что эти потуги краснорѣчія въ приведенной тирадѣ обнаружили въ авторѣ ея полное незнакомство съ тѣмъ предметомъ, о которомъ онъ такъ некстати рискнулъ «свое сужденіе имѣть»,

— Въ текущемъ году въ Казанской Окружной Лечебницѣ вводятся новые штаты; по новымъ штатамъ, кромѣ директора, полагается 2 старшихъ ординатора и 4 младшихъ.

— 31 Марта въ Петербургѣ защитилъ диссертацию на степень доктора медицины П. А. Остановъ, ассистентъ нервной клиники при В. М. Академіи.

— Конференція В. М. Академіи постановила на ассигнованныя Министерствомъ финансовъ на борьбу съ алкоголизмомъ 44 тыс. рубл. устроить новую клинику при Академіи для леченія алкоголиковъ. Клинику предполагается устроить на 10 кроватей; она будетъ помѣщаться въ отдѣльномъ зданіи. Завѣдываніе клиникой будетъ поручено проф. В. М. Бехтереву.

— Академикъ В. М. Бехтеревъ избранъ иностраннымъ членомъ-корреспондентомъ въ *Société Neurologique* въ Парижѣ и въ *Società medico-chirurgica italiana*.—Обозр. психіатріи.

— Бельгійская Королевская Медицинская Академія удостоила трудъ д-ра Краинскаго (Къ патологіи эпилепсіи) преміей въ 1000 фр. и постановила напечатать эту работу въ Трудахъ Академіи.—Нов. Вр.

— По словамъ «Россій» служащіе въ городской психіатрической больницѣ-колоніи на Новознаменской дачѣ (близъ Петербурга) обратились въ городскую управу съ ходатайствомъ объ учрежденіи мѣстной ссудо-сберегательной кассы, съ цѣлью пріема отъ участниковъ денежныхъ вкладовъ и выдачи нуждающимся ссудъ.

— Въ дополненіе къ перепечатанной изъ «Еженед.» въ предыдущемъ выпускѣ нашего журнала замѣтки, касающейся Колмовской психіатрической больницы, мы можемъ въ настоящее время сообщить, что фактъ съ переломкой реберъ имѣлъ мѣсто въ Юлѣ мѣсяцѣ, а д-ръ Краинскій вступилъ въ завѣдываніе больницей 1 Сентября.

— Изъ Одессы «Новому Времени» телеграфируютъ, что «Одесскій градоначальникъ назначилъ слѣдствіе по поводу новаго случая поломки реберъ у больного въ Одесской психіатрической больницѣ».—Новое Время № 8679 отъ 27 апрѣля 1900 года.

НЕКРОЛОГЪ.

СЕРГѢЙ СЕРГѢВИЧЪ КОРСАКОВЪ.

1-го Мая 1900 года въ Москвѣ скончался ординарный профессоръ Московскаго Университета Сергѣй Сергѣевичъ Корсаковъ, родившійся 22 января 1854 года. Покойный—сынъ потомственного почетнаго гражданина и происходитъ изъ дворянскаго рода, который случайно, во время чумы, въ прошломъ столѣтїи, потерялъ свои наследственно дворянскія права. Его отецъ былъ человѣкъ образованный, очень умный.

Первоначальное образованіе покойный получилъ въ домашней средѣ, когда жилъ во Владимірской губерніи. Еще съ дѣтскаго возраста покойный отличался отъ своихъ сверстниковъ большими способностями, такъ что въ 1864 году, будучи 10-лѣтнимъ мальчикомъ, поступилъ во второй классъ 5-ой Московской гимназїи, гдѣ и окончилъ курсъ 16-ти лѣтъ, въ 1870 году, съ золотою медалью. Въ томъ-же году поступилъ на медицинскій факультетъ Московскаго университета, гдѣ окончилъ курсъ въ 1875 году; осенью того-же года поступилъ штатнымъ ординаторомъ въ Московскую Преображенскую больницу для душевно-больныхъ; черезъ годъ перешелъ на должность сверхштатнаго ординатора, при клиникѣ нервныхъ болѣзней (у проф. А. Я. Кожевникова); по окончанїи трехлѣтняго срока поступилъ снова въ Преображенскую больницу, на должность сверхштатнаго ординатора, и въ этой должности состоялъ пять лѣтъ, послѣ чего перешелъ на должность штатнаго ординатора, каковую занималъ нѣкоторое время, будучи и приватъ-доцентомъ.

Въ 1887 году покойный защитилъ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: „Объ алкогольномъ

параличѣ“. Работа эта заключаетъ въ себѣ 462 страницы; выдающіяся достоинства ея хорошо должны быть извѣстны специалистамъ. Въ 1888 году покойный былъ назначенъ приватъ-доцентомъ, и ему затѣмъ было поручено чтеніе обязательнаго курса психіатріи; въ началѣ 1892 года Сергѣй Сергѣевичъ былъ назначенъ сверхштатнымъ экстраординарнымъ профессоромъ, потомъ штатнымъ экстраординарнымъ профессоромъ, а въ 1899 году ординарнымъ профессоромъ по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Имя Сергѣя Сергѣевича Корсакова, какъ ученаго специалиста, можетъ быть смѣло поставлено на ряду съ самыми выдающимися современными психіатрами на земномъ шарѣ; его литературная дѣятельность проявилась въ опубликованіи массы работъ по вопросамъ невропатологіи и психіатріи, судебной психопатологіи. Однимъ изъ самыхъ крупныхъ произведеній Сергѣя Сергѣевича Корсакова является его „Курсъ психіатріи“, изданный въ 1893 году и давно уже вышедшій изъ продажи. Это — прекрасное руководство, обнаруживающее въ авторѣ тонкую наблюдательность, глубокій умъ, богатый опытъ, выдающіяся способности для анализа и синтеза сложныхъ психическихъ процессовъ въ больномъ и здоровомъ человѣкѣ. Несмотря на свою тяжелую болѣзнь, которая приковывала его къ постели послѣднее время, онъ продолжалъ и успѣлъ окончить нѣкоторые свои научные труды; онъ послѣ себя оставилъ уже законченное и дополненное изложеніе своего „Курса психіатріи“, которое появится вторымъ и посмертнымъ изданіемъ. Будучи въ постели, онъ закончилъ просмотръ своего доклада по вопросу о постельномъ содержаніи для секціи душевныхъ болѣзней на предстоящемъ международномъ съѣздѣ врачей въ Парижѣ, гдѣ онъ былъ избранъ однимъ изъ докладчиковъ по программному вопросу. Но рядомъ съ богатыми интеллектуальными дарованіями Сергѣй Сергѣевичъ соединялъ въ себѣ необыкновенное благородство, безупречную честность, высокій и безконечный альтруизмъ, онъ былъ безкорыстнымъ общественнымъ дѣятелемъ и однимъ изъ незабвенныхъ дру-

зей человѣчества. Съ его кончиной мы потеряли колоссальную нравственную силу, равную которой намъ дождаться не скоро.

Сергѣй Сухановъ.

Москва. 1900 года,
Мая 11.



ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія 12 декабря 1899 года.

Предсѣдательствовали *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Николаевъ*; присутствовали дѣйствительные члены: *К. А. Арштейнъ*, *Б. И. Воротынский*, *В. П. Долговъ*, *Н. А. Миславскій*, *А. С. Сегель*, *Л. А. Сергеевъ*, *Г. В. Сороковиковъ*, *Д. А. Тимофеевъ*, *Н. П. Тоторковъ*, *А. Э. Янишевскій*; гости: д-ра *Логиновъ*, *Мерингъ*, *Первушинъ*, *Фаворскій* и нѣсколько человѣкъ публики.

Н. М. Поповъ, открывъ засѣданіе, напомнилъ присутствующимъ о послѣдовавшей 3 декабря 1899 г. кончинѣ почетнаго члена О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ—Константина Васильевича Ворошилова, память котораго присутствовавшіе почтили вставаніемъ. *Н. А. Миславскимъ* сообщенъ біографическій очеркъ покойнаго.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

А. Э. Янишевскій сдѣлалъ докладъ «О параличѣ Landry» и демонстрировалъ при этомъ микроскопическіе препараты.

По поводу доклада послѣдовалъ живой обмѣнъ мыслей между *Б. И. Воротынскимъ*, *Н. А. Миславскимъ*, *Г. В. Сороковиковымъ*, *Фаворскимъ*, *Н. М. Поповымъ* и *А. Э. Янишевскимъ*, при чемъ было обращено вниманіе на то, что описанная форма страданія еще не ясна въ этиологическомъ отношеніи, а также—что симптоматологія паралича Landry по разнымъ авторамъ

рѣзко разнится, между тѣмъ какъ д-ръ Янишевскій, давъ относительно своего случая описаніе точной и подробной картины страданія Landry, согласовалъ клинически-наблюдавшіеся симптомы съ данными патолого-анатомическаго изслѣдованія.

В. Н. Доловъ сообщилъ «Случай tetanus (съ демонстраціей препаратовъ).

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе *Н. М. Поповъ*, *Н. А. Миславскій*, *В. Н. Доловъ* и *К. А. Арнштейнъ*, подвергнувъ разбору вопросы о леченіи tetanus'a и о методикѣ изслѣдованія патолого-анатомическихъ измѣненій при этой формѣ страданія.

Въ административной части засѣданія было постановлено утвердить произведенный расходъ на вѣнокъ, возложенный отъ имени О-ва невропатологовъ и психіатровъ г. председателемъ О-ва на гробъ *К. В. Ворошилова*.

Заслушано ходатайство библиотеки Юрьевскихъ студентовъ продолжать бесплатную высылку журнала О-ва и въ 1900 г. Постановлено просьбу удовлетворить.

Доложено предложеніе Кавказскаго Медицинскаго О-ва войти съ нимъ въ обмѣнъ журналомъ въ 1900 г. Постановлено принять предложеніе.

Протоколъ годичнаго засѣданія 30 января 1900 г.

Предсѣдательствовалъ *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Николаевъ*; присутствовали гг. почетные члены: *Е. В. Адамокъ*, *К. А. Арнштейнъ*, *И. М. Догель*; гг. дѣйствительные члены: *В. С. Болдыревъ*, *В. Н. Васяткинъ*, *Б. П. Воротынский*, *А. Ф. Геберъ*, *В. Н. Доловъ*, *Г. А. Клячкинъ*, *Н. А. Миславскій*, *И. І. Наумовъ*, *Д. В. Полумордвиновъ*, *И. А. Праксинъ*, *В. П. Разумовскій*, *А. С. Сегель*, *Л. А. Сергѣевъ*, *А. И. Смирновъ*, *Г. В. Сороковиковъ*, *Д. А. Тимофеевъ*, *А. Э. Янишевскій*; гости: проф. *Д. П. Дубяго*, проф. *Н. М. Любимовъ*, *Э. К. Мейеръ*, д-ра *Камковъ*, *Мелкишъ*, *Рымовичъ*, *Неболюбовъ*, *Федоровъ*, *Романовъ*, *Фаворскій*, *Печуркинъ*, *Рясинцевъ* и около 250 человекъ публики.

Секретаремъ *В. В. Николаевымъ* прочитанъ отчетъ о дѣятельности Общества за истекшій 1899 годъ,

Проф. *К. А. Арнитейнъ* произнесъ рѣчь на тему «Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей».

Рѣчь покрыта дружными аплодисментами присутствующихъ.

Въ административной части засѣданія произведены выборы должностныхъ лицъ О-ва на 1900 годъ, при чемъ избранными оказались: предсѣдателемъ *Н. М. Поповъ*; редакторомъ журнала *Н. М. Поповъ*; товарищемъ предсѣдателя *Н. А. Миславскій*; секретарями *В. В. Николаевъ* и *Б. И. Воротынский*; кассиромъ *И. Г. Наумовъ*; бібліотекаремъ *А. Э. Янишевскій*; членами Совѣта: *К. А. Арнитейнъ*, *И. М. Догель*, *А. Ф. Гебергъ*; членами ревизионной комисіи: *В. И. Левчаткинъ*, *В. И. Разумовскій* и *Д. В. Полумордвиновъ*.

Предложенъ (*Н. М. Поповымъ*, *Н. А. Миславскимъ* и *Б. И. Воротынскимъ*) въ дѣйствительные члены О-ва проф. *Н. М. Любимовъ*.

Протоколъ засѣданія 27 февраля.

Предсѣдательствовалъ *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Николаевъ*; присутствовали дѣйствительные члены: *К. А. Арнитейнъ*, *В. С. Болдыревъ*, *Б. И. Воротынский*, *А. Ф. Гебергъ*, *В. Н. Долговъ*, *Г. А. Клячкинъ*, *М. М. Маевскій*, *Н. А. Миславскій*, *В. Н. Образцовъ*, *В. И. Разумовскій*, *А. С. Сегель*, *Л. А. Сертневъ*, *П. С. Скуридинъ*, *Д. А. Тимофеевъ*, *Н. Н. Топорковъ*, *А. Э. Янишевскій*; гости: д-ра *Чудовичъ*, *Дошиновъ*, *Меринъ*, *Казанскій*, *Фаворскій*, *Романовъ*, *Рымовичъ*, *Доциловъ*, *Широкинъ*, *Левинъ*, *Голышевскій* и около 80 человекъ публики.

Прочитаны и утверждены протоколы двухъ предыдущихъ засѣданій.

Проф. *Н. А. Миславскій* сообщилъ «Къ ученію о сшиваніи разнородныхъ нервовъ (съ демонстраціей опыта)».

В. И. Разумовскій по поводу доклада замѣтилъ, что вопросъ о сшиваніи нервовъ особенно интересенъ и важенъ для хирурговъ, которые полно и подробно обсуждали эту тему. Тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ здѣсь царитъ разногласіе; одни говорятъ о срастаніи нервовъ per rġtam, другіе утверждаютъ, что сращеніе происходитъ путемъ проростанія нервныхъ

волоконъ, третьимъ, наконецъ, не удавалось ни сшиваніе, ни сращеніе нервныхъ стволовъ.

Въ 1889 году былъ описанъ въ хирургической литературѣ случай восстановленія чувствительности въ области развѣтвленія п. mediani, спустя 2 часа послѣ предпринятой операціи сшиванія периферическаго и центральнаго конца п. mediani. Выводъ казался очевиднымъ: сращеніе отрѣзковъ нерва per primam.

Но мѣсяца черезъ 2 больной упалъ и весь эффектъ операціи исчезъ безслѣдно. Думали, что опять произошелъ разрывъ нерва, но произведенная вновь операція удостовѣрила, что разрыва не послѣдовало и рану опять зашили; къ удивленію оператора, чувствительность спустя нѣсколько часовъ восстановилась. Послѣ этого объяснили подобное явленіе „возвратной чувствительностью“ или проэцированіемъ ощущеній. Что касается опытовъ докладчика, то они тѣмъ болѣе цѣнны, что производились надъ двигательными нервами, ранѣе же говорилось все о чувствительныхъ.

Очевидно, выясненіе вопроса надо ждать отъ физиологовъ, которые экспериментально рѣшатъ и обоснуютъ ученіе о сращеніи нервовъ.

Н. А. Миславскій добавилъ, что онъ принимаетъ на основаніи своихъ опытовъ и микроскопическихъ изслѣдованій, что сращеніе нервныхъ отрѣзковъ происходитъ не per primam, а именно путемъ проростанія центральныхъ нервныхъ волоконъ къ периферіи. Такое мнѣніе составилось вслѣдствіе того, что восстановленіе функций новыхъ нервныхъ волоконъ наблюдается спустя 35 дней со времени сшиванія, т. е. послѣ срока Валлеровскаго перерожденія, а также ширина миелиновыхъ волоконъ въ сращенномъ периферическомъ концѣ п. sympatici съ центральнымъ—п. vagi иная, чѣмъ въ нормальномъ стволѣ п. sympatici, но приблизительно одинакова съ шириной волоконъ ствола п. vagi, чему нагляднымъ доказательствомъ служатъ выставленные микроскопическіе препараты.

Проф. *Н. М. Поповъ* сдѣлалъ докладъ „Два случая сифилиса спинного мозга“.

По поводу сообщенія *В. И. Разумовскій* интересовался знать, какъ докладчикъ смотритъ на отношеніе Tabes'a къ

lues'y, должно ли табетикамъ назначать специфическое леченіе всегда или можно обойтись и безъ него, какъ дѣлаетъ, напр., д-ръ Кобылинъ, консультирующий въ Пятигорскѣ.

Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что на tabes повидимому слѣдуетъ смотрѣть не какъ на обособленную клиническую единицу, а какъ на симптомокомплексъ, который можетъ развиваться подъ вліяніемъ весьма различныхъ причинъ. Вотъ почему нельзя предложить однообразнаго метода леченія для всѣхъ формъ tabes'a. Есть случаи, правда, крайне рѣдкия, гдѣ наше сифилитическое леченіе можетъ оказать поразительное вліяніе; это—или случаи, когда симптомы tabes'a развиваются съ поражающей быстротой, и когда картина страданія осложняется яснымъ участіемъ въ процессѣ оболочекъ спинного мозга; случаи такіе рѣдки, и въ практикѣ докладчика, располагающаго богатымъ матеріаломъ по данному вопросу, насчитывается всего 2—3. Въ этихъ случаяхъ специфическая терапія безусловно показана и необходима; но за то, у остальныхъ, когда болѣзнь развивается и протекаетъ медленно, отъ ртутнаго леченія нельзя ждать ничего хорошаго; обыкновенно за специфическимъ леченіемъ слѣдуетъ даже ухудшеніе. Больнымъ этой категоріи должно предложить діететическо-гигиеническій образъ жизни и симптоматическое леченіе, чтобы такимъ образомъ устранять наиболѣе непріятные признаки. Личный опытъ докладчика и взгляды другихъ, напр. проф. Тарновскаго, Петерсена и Адамыка, запрещающаго ртутное леченіе при измѣненіяхъ глазного дна, даютъ возможность считать вышесказанное наиболѣе достовѣрнымъ.

Г. А. Клячкинъ спросилъ, случайное ли совпаденіе, или это надо считать за постоянное явленіе, что страданіе спинного мозга сифилисомъ локализуется, какъ приведено въ обоихъ случаяхъ докладчика, такъ и въ случаѣ, наблюдавшемся имъ—Клячкинымъ, въ нижней—lumbal'ной—части спинного мозга.

Н. М. Поповъ объясняетъ подобную избирательную локализацию тѣмъ, что нижняя часть спинного мозга живетъ особенно дѣятельной жизнью и, какъ часть наиболѣе утомляющаяся, является мѣстомъ наименьшаго сопротивленія патологическимъ процессамъ.

Въ административной части засѣданія рассмотрѣнъ и утвержденъ проэктъ смѣты приходовъ и расходовъ на 1900 г.

Доложена просьба Правленія О-ва русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова принять участіе въ пріемѣ членскихъ взносовъ въ названное О-во, причеѣмъ приложена книга талоновъ и квитанцій для пріема членскихъ взносовъ и подписки на «журналъ» О-ва.

Постановлено просить д-ра Н. И. Наумова взять на себя трудъ пріема членскихъ взносовъ въ О-во Р. В. въ память Н. И. Пирогова, для чего передать также д-ру Н. И. Наумову книгу талоновъ и квитанцій.

Доложено предложеніе Правленія XIII интернаціональнаго конгресса принять участіе въ съѣздѣ въ Парижѣ со 2-го по 9 августа 1900 года. Постановлено: просить Товарища Предсѣдателя О-ва невропатологовъ Н. А. Миславскаго быть делегатомъ отъ нашего О-ва на означенномъ конгресѣ.

Доложены: просьба городской Одесской публичной бібліотеки о бесплатной высылкѣ журнала въ названную бібліотеку, предложеніе О-ва Енисейскихъ врачей, О-ва Туркестанскихъ врачей и Редакція «Вѣстника Гомеопатической медицины» объ обмѣнѣ изданіями.

Постановлено: удовлетворить просьбу Городской Одесской бібліотеки, предложенія О-ва Енисейскихъ и О-ва Туркестанскихъ врачей принять, предложеніе же редакціи Вѣстника Гомеопатической медицины—отклонить.

Въ дѣйствительные члены О-ва предложенъ д-ръ *А. И. Чудовичъ* (д-рами Скуридинымъ, Образцовымъ и Маевскимъ).

Въ дѣйствительные члены О-ва выбранъ единогласно по балотировкѣ проф. *Н. М. Любимовъ*.

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

— Д-ръ Н. М. Поповъ, Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Выпускъ I. Казань. 1900 г.

— Проф. Евгеній Бобровъ. Философія въ Россіи. Матеріалы, изслѣдованія и замѣтки.

— Первый отчетъ по колоніи посемейнаго призрѣнія душевно-больныхъ Нижегород. Губ. Земства въ г. Балахиѣ.

— К. И. Шидловскій. Сводъ постановленій и работъ I—VI всероссійскихъ съѣздовъ врачей. Москва 1899 г.

— Труды клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ, подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева. Выпускъ II, 1899 г.

— Отчеты научныхъ собраній врачей С.-Петербургской клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней.

— Прив.-доц. Б. И. Воротынскій, Психо-физическія особенности преступника - дегенеранта.—Вступит. лекція. Казань, 1900 г.



На 1900 годъ

(восьмой 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. И. М. ПОЦОВА.

Въ 1900 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

Подписка принимается въ редакціи (Казань, Университетъ, психофизиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

УЧЕНІЕ О НЕЙРОНАХЪ

ПЕРЕДЪ СУДОМЪ

НОВѢЙШИХЪ ИЗСЛѢДОВАТЕЛЕЙ.

Проф. К. А. Арнштейна.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1900.

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

Предѣдатель *Н. Поповъ*.

Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей¹⁾.

Проф. Н. А. Арнштейна.

Современное ученіе о нейронахъ проникло очень быстро въ научное сознаніе неврологовъ вслѣдствіе ясности и опредѣленности основныхъ положеній, уясняющихъ пути проведенія и способы передачи раздраженія въ предѣлахъ нервной системы. Основанное главнымъ образомъ на методѣ Гольджи, оно однако согласовалось и съ фактами, добытыми помощью методовъ Гудена, Флексига, Вейгерта, Марки—насколько они касались хода нервныхъ пучковъ; но методъ Гольджи имѣлъ передъ прежними методами то преимущество, что выяснялъ отношеніе нервнаго волокна къ клѣткѣ и позволялъ слѣдить за ходомъ и развѣтвленіями отдѣльнаго волокна. Къ тому же основныя положенія этого ученія согласовались съ развитіемъ нервныхъ клѣтокъ по изслѣдованіямъ Гисса, съ экспериментальной физиологіей и клинической медициной, а равно и съ экспериментальной патологіей.

Но методъ Гольджи не позволялъ углубиться въ строеніе нервныхъ элементовъ, показывая лишь черные силуэты и намѣчая такимъ образомъ только анатомическіе пути въ сложной нервной системѣ. Дальнѣйшія изслѣдованія должны были уяснить строеніе нервной клѣтки, нерв-

¹⁾ Изъ рѣчи, произнесенной въ годичномъ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Унив. 30 Января 1900 г.

ваго волокна и такимъ образомъ углубить наши знанія. Эти изслѣдованія, произведенныя помощью новыхъ методовъ, не замедлили появиться и оказались на первый взглядъ въ полномъ противорѣчїи съ ученїемъ о нейронахъ.

И разумѣю работы Апати и Бете. Первѣе всего необходимо указать на два положенія, вошедшихъ въ ученіе о нейронахъ и противорѣчащихъ фактамъ, добытымъ еще ранѣе, а именно: это ученіе 1) отвергаетъ существованіе анастомозовъ между нервными клѣтками и 2) утверждаетъ, что дендриты только воспринимаютъ, а нейриты только передаютъ раздраженіе съ клѣтки на клѣтку. А между тѣмъ анастомозы между клѣтками были описаны повторно прежними авторами, но наблюденія ихъ мало доказательны, а отчасти и опровергнуты; однако помощью метиленовой сини получаютъ на сѣтчаткѣ препараты, которые не оставляютъ никакого сомнѣнія, что въ этой мѣстности, по крайней мѣрѣ, извѣстныя нервныя клѣтки связаны между собою анастомозами. Эти наблюденія, произведенныя А. С. Догелемъ 12 лѣтъ тому назадъ еще въ Казани, никѣмъ не опровергнуты и могутъ быть легко проверены, но имъ не приписывали того значенія, которое они въ дѣйствительности имѣютъ, такъ какъ метиленовая синь не даетъ такихъ полныхъ окрасокъ на центральныхъ нервныхъ клѣткахъ. Для обобщенія этихъ наблюденій не было достаточныхъ основаній. Но появились работы Апати и Бете, произведенныя новыми методами, и анастомозы были продемонстрированы въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы червей (Апати), ракообразныхъ и позвоночныхъ (Бете). Эти наблюденія съ фактической стороны не встрѣтили противорѣчїи, а напротивъ того признаются всѣми, видѣвшими препараты названныхъ изслѣдователей, вполне доказанными. Необходимо, слѣдовательно, измѣнить ученіе о нейронахъ въ томъ пунктѣ, который касается исключительной передачи раздраженія съ одного нейрона на другой посредствомъ соприкосновенія, необходимо признать, что по крайней мѣрѣ часть клѣтокъ, тождественныхъ въ функциональномъ отношеніи, связаны

между собою посредством денритовъ; а если это такъ, то изъ этого слѣдуетъ, что *раздраженіе переходитъ въ данномъ случаѣ съ клетки на клетку per continuitatem* и что денриты проводятъ въ томъ и другомъ направленіи.

Но изъ этого еще не слѣдуетъ, что это единственный способъ передачи раздраженія; напротивъ того, мы располагаемъ цѣлымъ рядомъ несомнѣнныхъ фактовъ, указывающихъ на т. н. перичеселюлярныя окончанія какъ въ центральной, такъ и въ симпатической нервной системѣ. Это пучковатые концевые аппараты, прилегающіе къ тѣлу нервной клѣтки или къ ея денритамъ и принадлежащіе нейритамъ сосѣднихъ или чаще отдаленныхъ клѣтокъ. Нейриты всегда заканчиваются свободно либо въ видѣ перичеселюлярныхъ окончаній, либо въ видѣ инкапсулированныхъ аппаратовъ, или наконецъ въ видѣ обнаженныхъ, въ различныхъ тканяхъ расположенныхъ кустиковъ. *Несомнѣнное существованіе свободныхъ нервныхъ окончаній исключаетъ возможность перенесенія ученія Апати на строеніе нервной системы позвоночныхъ*, ибо Апати отвергаетъ свободныя окончанія нервовъ у червей. По его мнѣнію нервная система червей состоитъ изъ нервныхъ нитей, собранныхъ въ пучки. Мѣстами эти нити образуютъ сѣтку (Elementargitter), изъ которой опять выходятъ, проникаютъ въ нервныя клѣтки, въ которыхъ однако не заканчиваются, а переходятъ въ сосѣднія клѣтки черезъ денриты. Апати отличаетъ два рода клѣтокъ—ганглиозныя и нервныя. Въ первыхъ онъ описываетъ двойную сѣтку, а въ послѣднихъ только проходящія, не анастомозирующія нити. Онѣ, т. е. клѣтки, не имѣютъ значенія центральныхъ органовъ, такъ какъ нервныя нити въ нихъ только перекрещиваются, измѣняя направленіе. Центральныя функціи Апати переносятъ на элементарную сѣтку (Elementargitter), расположенную внѣ клѣтокъ. Это тоже самое, что Лейдигъ называлъ Punctsubstanz, а Гиссъ—Neuropilem. Бете описываетъ такую же сѣтку у ракообразныхъ и позвоночныхъ, но полагаетъ, что она не сплошная, а состоитъ изъ отдѣловъ, связанныхъ съ группами клѣтокъ.

Убѣдившись, что и у позвоночныхъ нервныя клѣтки связаны между собою дендритами, Бете отвергаетъ нейронъ, какъ морфологическую единицу, и полагаетъ, что дендриты проводятъ раздраженіе въ обоихъ направленіяхъ; относительно нейритовъ онъ высказывается въ томъ же смыслѣ, хотя менѣе опредѣленно. Я при этомъ долженъ указать на то, что ученіе о нейронахъ разсматриваетъ чувствительныя нервныя волокна какъ дендриты на томъ основаніи, что тѣ и другіе воспринимаютъ раздраженіе, т. е. суть целюлипетальные проводники. Это воззрѣніе противорѣчитъ однако морфологическимъ даннымъ. Чувствительныя и двигательныя волокна построены совершенно тождественно — это мякотныя нервныя волокна, осевой цилиндръ которыхъ состоитъ изъ нервныхъ нитей и заканчивается на периферіи свободно, образуя особые концевые аппараты. Чувствительные (целюлипетальные) нейриты образуютъ при выходѣ изъ клѣтки спинномозгового узла такіе-же лишенные Нисслевскихъ тѣлъ конусы, какъ и двигательные нейриты спинномозговыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда клѣтки спинныхъ узловъ сохраняли еще биполярный типъ, оба отростка начинаются конусами. Изъ этого слѣдуетъ, что клѣтки спинномозговыхъ узловъ лишены дендритовъ и что между нейритами слѣдуетъ отличать целюлифугальные и целюлипетальные. Сообразно этому необходимо измѣнить наши воззрѣнія на нейриты. Но прежде, чѣмъ формулировать въ точности значеніе отростковъ нервныхъ клѣтокъ, необходимо выяснитъ строеніе самой клѣтки, и въ этомъ-то отношеніи наши свѣдѣнія за послѣднія 10 лѣтъ значительно преумножились и вызвали критическое отношеніе къ ученію о нейронахъ.

Результаты изслѣдованій строенія нервныхъ клѣтокъ за послѣдніе года могутъ быть формулированы въ слѣдующихъ словахъ. Протоплазма нервной клѣтки позвоночнаго и члвѣка содержитъ гранула—зернышки, собранныя въ группы въ видѣ зернистыхъ комочковъ, именуемыхъ Нисслевскими тѣльцами. Эти зернистые комочки залегаютъ и въ дендритахъ, но ихъ нѣтъ въ осевоцилиндрическомъ отросткѣ, поэтому

получается у мѣста отхода нейрита характерный конусъ, лишенный зернистости. Въ тѣлѣ клѣтки врыты тончайшіе соковыя каналыцы, дѣляющіеся и сообщающіеся между собою и съ поверхностью клѣтки, т. е. съ перипеллюлярнымъ пространствомъ (Адамкевичъ, Гольмгрень, Студницка). Всѣ первыя клѣтки пронизываются нитами, идущими прямолинейно въ поверхностныхъ слояхъ протоплазмы, извиваясь въ глубинѣ, въ области ядра. Прямая нить можетъ быть прослѣжена черезъ всю клѣтку отъ одного отростка до другого; на пути онѣ пересѣкаются другими нитами подъ различными углами. Нѣкоторыя нити не достигаютъ тѣла клѣтки, оставаясь въ области дендритовъ, онѣ входятъ черезъ одинъ дендритъ и, загибаясь, выходятъ черезъ ближайшій отростокъ.

Имѣются-ли, кромѣ названныхъ, еще другія образованія въ протоплазмѣ нервной клѣтки, какъ-то: спонгиоплазма и гиалоплазма, а равно и центрозома, входящія въ составъ другихъ клѣтокъ, — вопросъ еще открытый, но Нисслевскія тѣльца, соковыя каналыцы и нити несомнѣнно существуютъ и съ ними необходимо считаться при опредѣленіи функціональных особенностей нервныхъ элементовъ. Нисслевскія тѣльца и соковыя каналыцы несомнѣнно завѣдуютъ обмѣномъ веществъ въ нервныхъ клѣткахъ, это органы питанія, между тѣмъ какъ первыя нити проводятъ раздраженіе и передаютъ оное съ клѣтки на клѣтку; имъ принадлежитъ, слѣдовательно, спеціальная нервная функція.

На этихъ нервныхъ проводникахъ мы и должны остановиться при оцѣнкѣ новѣйшихъ работъ и ихъ значенія для теоріи нейроновъ.

Все значеніе работъ Апати и Бете основано на томъ, что ими неопровержимо доказано фибриллярное строеніе нервныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ, т. е. нервныхъ волоконъ. Указанія на фибриллярное строеніе нервныхъ клѣтокъ встрѣчаются въ литературѣ уже со временъ Ремака. Максъ Шулце (1871) даже указываетъ, что первыя нити не заканчиваются въ клѣткѣ, а проходятъ только черезъ ея тѣло, скрещиваясь

между собою и мѣняя направленіе. Поэтому онъ считаетъ вѣроятнымъ, что первныя нити не зарождаются въ клѣткахъ, а только переимѣняются въ нихъ, а начало этихъ нитей слѣдуетъ искать въ периферіи, гдѣ онѣ расположены въ особыхъ аппаратахъ и гдѣ видны ихъ свободные концы. Препараты, на которыхъ М. Шульце основывалъ свое воззрѣніе, не были достаточно доказательны, ибо не показывали отдѣльныхъ или оптически рѣзко обособленныхъ нитей, а только струйчатость, которая и принималась за оптическое выраженіе состава изъ отдѣльныхъ нитей. Понятно, что при этихъ условіяхъ ученіе о фибрилярномъ строеніи нервныхъ клѣтокъ и волоконъ не считалось достаточно обоснованнымъ, но и не отвергалось. Необходимо было выдѣлить нити или обособить ихъ рѣзко путемъ дифференціальной окраски. Последнее удалось впервые А. Е. Смирнову (1891 г.) путемъ прижизненной окраски метиленовою синью. Въ осевыхъ цилиндрахъ мѣкотныхъ нервовъ нити были окрашены Купферомъ (1883 г.) помощью кислаго фуксина и Фейстомъ (1890) помощью метиленовой сини. А. С. Догель (1895) описываетъ и изображаетъ по метиленовымъ препаратамъ окрашенныя въ синій цвѣтъ первныя нити въ клѣткахъ сѣтчатки, спинныхъ и симпатическихъ узловъ.

Всѣ работы, произведенныя помощью метиленовой сини, не могли однако доставить торжество ученію Макса Шульце о фибрилярномъ строеніи нервныхъ элементовъ. Причины этого неуспѣха кроются въ самомъ методѣ. Центральная нервная система позвоночныхъ трудно поддается прижизненной окраскѣ метиленовою синью; кромѣ того метиленовая синь краситъ фибриллы не вполне избирательно, въ большинствѣ случаевъ окрашиваются вмѣстѣ съ тѣмъ и Нисслевскія тѣльца и даже межучное вещество (глагоплазма), такъ что получается болѣе или менѣе диффузная окраска нервной клѣтки. Такіе препараты, очень пригодные для другихъ цѣлей, напр. для изученія дендритовъ (А. С. Догель), не позволяютъ прослѣдить нити въ тѣлѣ нервной клѣтки, между тѣмъ какъ приемы Апати и Бете показываютъ эти нити на зна-

чительномъ протяженіи. Въ этомъ и кроется все значеніе работы новѣйшихъ изслѣдователей.

Убѣдившись, что нервныя нити, переходя черезъ дендриты изъ одной клѣтки въ другую и войдя наконецъ въ составъ нейрита, достигаютъ периферіи, Бете хотѣлъ путемъ опыта точнѣе опредѣлить значеніе клѣтокъ и нитей, ихъ пронизывающихъ. Съ этой цѣлью онъ удалилъ гангліи, иннервирующій одну изъ антенъ (щупальцы) ракообразнаго *carcinus maenas*, причемъ нервы и стоящая съ ними въ связи элементарная нервная сѣтка остались въ сохранности. Оказалось, что при этихъ условіяхъ сохраняются въ продолженіи извѣстнаго времени какъ тонусъ, такъ и рефлексы въ антенѣ. Изъ этого Бете заключаетъ, что нервныя нити проводятъ раздраженіе въ томъ и другомъ направленіи совершенно независимо отъ клѣтокъ, которыя имѣютъ только значеніе, какъ нутритивные органы, завѣдующіе обмѣномъ веществъ въ нитяхъ. Подобный-же, тѣмъ болѣе интересный опытъ, что онъ касается позвоночнаго животнаго, произвелъ Штейнахъ на лягушкѣ. Онъ смѣщаетъ спинные узлы и удаляетъ соединительно-тканную пленку, содержащую сосуды, питающіе узелъ. Вслѣдствіе обезкровленія нервныя клѣтки быстро обмираютъ и разрушаются, въ чемъ можно убѣдиться послѣ опыта путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Нервныя волокна обмираютъ медленнѣе и проводятъ раздраженіе въ то время, когда клѣтки разрушены, т. е. 10—14 дней спустя послѣ операціи. Въ то время получаютъ еще рефлексы и отрицательное колебаніе при электрическомъ раздраженіи.

Дѣло физиологической критики отнести къ этимъ опытамъ надлежащимъ образомъ, но я позволю себѣ привести еще нѣсколько соображеній изъ области общей гистологіи для уясненія той роли, которую играютъ нитевидныя образованія при развитіи и функціи различныхъ тканей.

Во всѣхъ тканяхъ, не исключая и эпителиальной, имѣются, помимо сѣтевидно расположенныхъ нитей, входящихъ въ составъ спонгіоплазмы или митома, еще такія нити, которыя не

связаны такъ тѣсно съ данной клѣткой и между собою, а расположены болѣе или менѣе параллельно, ориентированы известнымъ образомъ и переходятъ часто съ одной клѣтки на другую, образуя такимъ образомъ протоплазматическіе мостики. Чрезвычайно интересны въ этомъ отношеніи наблюденія А. Е. Смирнова надъ эндотелиемъ, устилающимъ заднюю поверхность роговицы. Ему удалось выдѣлить изъ этихъ клѣтокъ двѣ пластинки, изъ коихъ одна прозрачна или зерниста, а другая состоитъ изъ тонкихъ нитей, расположенныхъ радиально по отношенію къ ядру и переходящихъ въ видѣ нитевидныхъ мостиковъ съ клѣтки на клѣтку. Тутъ мы видимъ уже начало обособленія нитей отъ тѣла клѣтки. Второй такой примѣръ мы имѣемъ въ клѣткахъ нейроглии. Каждому гистологу известны тѣ характерныя звѣздчатыя, бородачатыя образованія, получающіяся при обработкѣ центральной нервной системы по Гольджи. На мацераціонныхъ препаратахъ получаютъ подобныя же многоотростчатыя клѣтки, отростки которыхъ, дѣлясь, переходятъ въ тонкія нити. А между тѣмъ Вейгерту удалось разложить эти отростчатыя образованія путемъ дифференціальной окраски на двѣ части: на ядро-содержащую пластинку и на войлоко переплетающихся нитей припаенныхъ къ пластинчатой клѣткѣ. Здѣсь обособленіе нитей изъ клѣтки пошло уже дальше, чѣмъ въ клѣткахъ Десцеметовой оболочки.

Еще дальше подвинулось обособленіе нитей и клѣтокъ въ тѣхъ тканяхъ, которыя отличаются обиліемъ межучючнаго волокнистаго вещества. Здѣсь уже нѣтъ сомнѣнія, что клей дающія и эластическія волоконца или нити обособились отъ клѣтокъ, а гистогенезъ показываетъ, что эти волоконца, собранныя въ пучки или сѣти, развиваются или вырастаютъ изъ эмбриональныхъ клѣтокъ, отъ которыхъ въ известной стадіи развитія ихъ нельзя обособить (Флемингъ, Гарднеръ и друг.). Слѣдуетъ отмѣтить то важное обстоятельство, что функціональное значеніе помянутыхъ тканей всецѣло зависитъ отъ химическихъ и физическихъ свойствъ волоконцевъ

и нитей межклеточного вещества, а не отъ клетокъ, которыя даже атрофированы въ эластической ткани.

Очень поучительный примѣръ функциональнаго значенія нитей представляетъ мышечная ткань, состоящая изъ клетокъ съ ясно выраженнымъ фибриллярнымъ строеніемъ. То, что не дифференцировано въ видѣ рубчатыхъ нитей, расположено около ядра въ видѣ зернистой массы, именуемой саркоплазмой; она расположена въ минимальномъ количествѣ и между сократительными нитями (Роллетъ) и играетъ по отношенію къ клеткѣ ту же роль, какъ Нисселевскія тѣльца по отношенію къ нервнымъ клеткамъ, т. е. завѣдуетъ обмѣномъ веществъ, между тѣмъ какъ характерная функція мышечной ткани приурочена къ сократительнымъ фибриламъ. Въ различныхъ разновидностяхъ мышечной ткани отношеніе мышечныхъ клетокъ другъ къ другу различны, какъ и отношенія нервныхъ клетокъ. Перекладины сердечной мышцы состоятъ изъ клетокъ, прилегающихъ другъ къ другу, границы ихъ замѣтны и на свѣжѣмъ препаратѣ, но еще яснѣе на серебрянномъ; эти клетки легко изолируются и состоятъ изъ ядра, зернистой саркоплазмы и поперечнополосчатыхъ фибрилъ или нитей, которыя однако не переходятъ на сосѣдную клетку, а заканчиваются на границѣ свободно. Индивидуальность клетки тутъ сохранена точно такъ, какъ при соприкосновеніи перипеллюлярнаго окончанія съ поверхностью первой клетки.

Совершенно другое отношеніе мы видимъ на мышечной клеточкѣ въ радужкѣ птицы. Тутъ мышечныя перекладины ясно показываютъ поперечную полосатость, видны и ядра, разставленныя довольно правильно, но границы между вѣтвящимися клетками не видно. При соотвѣтствующей окраскѣ можно прослѣдить отдѣльныя рубчатая фибрилы, или пучки изъ 2—3 фибрилъ, отходящія отъ одной перекладины и идущіе на соединеніе съ другой, въ которой и продолжаютъ путь свой, т. е. дѣлаютъ то же самое, что и нервныя нити при переходѣ изъ дендрита одной нервной клетки въ дендритъ другой. Что касается мышечнаго волокна, одѣтаго сарколемой, то оно развилось изъ эмбриональныхъ клетокъ, границы которыхъ совершенно утра-

чены, и только многоядерность всего образования указывает на то, что оно произошло из цѣлой цѣпи клѣтокъ. Мышечныя рубчатыя нити проходятъ по длинѣ всего волокна, обуславливая этимъ единство его функціи.

Изъ краткаго обзора строенія тканей видно, что специфическая функція каждой изъ нихъ всецѣло зависитъ отъ свойствъ фибрилль, т. е. нитей, образовавшихся изъ протоплазмы тканевыхъ клѣтокъ путемъ сложной дифференцировки. При этомъ безразлично, возникли ли эти нити непосредственно изъ протоплазмы генераторной клѣтки, или послѣдняя выдѣлила изъ себя вещество, которое потомъ приобретаетъ форму и свойство эластической или сократительной нити. Послѣднія работы по гистогенезу указываютъ на первый способъ происхожденія фибрилль. Какъ бы то ни было, но клѣткамъ во всякомъ случаѣ принадлежитъ роль генераторовъ при возникновеніи тканей органовъ.

Спрашивается однако, насколько клѣтки сохраняютъ функциональныя особенности той ткани, которая сложилась при ихъ непосредственномъ участіи? Въ тѣхъ случаяхъ, когда клѣтки не выдѣляютъ фибрилль—носителей специфическихъ функцій, эти функціи остаются за клѣткой, какъ напр. въ железистой ткани. Тутъ клѣтка сохраняетъ всѣ унаслѣдованныя составныя части и способности, она вырабатываетъ и выдѣляетъ извѣстныя вещества, растворенныя или суспендированныя въ жидкости. Если же при развитіи ткани генераторныя клѣтки выдѣляютъ изъ себя нитевидныя образования съ тѣмъ или другимъ химическимъ составомъ, съ извѣстными физическими свойствами, то специфическія функціи данной ткани переходятъ на эти дифференцированныя части, а за клѣткой остается нутритивная и регуляторная роль. Но и эта роль можетъ быть низведена къ минимальному значенію, если фибриллы вполне обособились, а клѣтки атрофированы, какъ въ эластической ткани, функціи которой всецѣло зависятъ отъ физическихъ свойствъ волоконъ. Надо полагать, что эти волокна растутъ, т. е. увеличиваются въ длину и толщину, что они расщепляются вдоль,

т. е. увеличиваются численно. Они слѣдовательно обладаютъ известными свойствами живой матеріи. Но этими свойствами они обладаютъ только потому, что они дериваты живой клѣтки-матери. Въ другихъ случаяхъ обособленіе фибрилъ отъ тѣла клѣтокъ не такое полное, нити остаются, какъ напр. въ мышечной ткани, въ связи съ клѣткой, но специфическая функція этой клѣтки зависитъ отъ дѣятельности рубчатыхъ нитей, сократительность которыхъ вѣдъ всякаго сомнѣнія, ибо самый актъ сокращенія поддается прямому наблюденію подъ микроскопомъ. Но и въ этой ткани индивидуальность клѣтки можетъ быть утрачена, какъ это мы видѣли на прамѣрѣ мускулатуры радужки у птицы: границы клѣтокъ исчезли и появились анастомотическія фибриллы, отходящія отъ одной перекладины и входящія въ составъ другой.

Эти указанія, подчеркнутыя изъ общей гистологіи и гистогенеза, помогутъ намъ уяснить значеніе составныхъ частей нервной ткани. Мы видѣли, что специфическая функція тканей приурочена въ фибриламъ, образующимся изъ клѣтокъ, при чемъ эти нитевидные дериваты генераторныхъ элементовъ совершенно обособляются или остаются въ болѣе или менѣе тѣсной связи съ клѣткой.

Въ нервной ткани фибриллы тѣсно связаны съ тѣломъ нервной клѣтки, ихъ нельзя выдѣлать путемъ мацерации подобно сократительной вити мышечной клѣтки; приходится довольствоваться дифференціальной окраской. Этотъ методъ даетъ, какъ мы выше видѣли, вполне доказательные препараты въ смыслѣ фибриллярнаго строенія нервныхъ клѣтокъ. Но, чтобы оцѣнить значеніе фибриллярнаго строенія клѣтокъ для теоріи о нейронахъ, необходимо прослѣдить нити вдоль всего нейрона, т. е. изучить строеніе нервныхъ волоконъ и концевыхъ нервныхъ аппаратовъ. Что касается первыхъ, то мы уже упоминали, что составъ осевого цилиндра изъ нитей демонстрированъ помощью кислаго фуксина, метиленовой сини и хлористаго золота по Апати и Бете, а въ дендритахъ фибриллы выступаютъ еще яснѣе и ихъ прослѣдить можно отъ клѣтки до клѣтки. Что же касается концевыхъ аппара-

товъ, то составъ ихъ изъ нитей демонстрированъ, начиная съ Макса Шульце, такъ часто и такъ удовлетворительно, что сомнѣнія тутъ немыслимы. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ концевыхъ аппаратовъ, т. е. кустикахъ, первныя нити раздвинуты настолько, что каждую изъ нихъ можно прослѣдить отъ мѣста отхода отъ осевого цилиндра до концевой пуговки, по при этомъ часто не выясняется фибриллярный составъ осевого цилиндра; получается впечатлѣніе, какъ будто эти нити выросли изъ гомогеннаго осевого цилиндра (рис. 6). Гомогеннымъ или безструктурнымъ осевой цилиндръ представляется на томъ основаніи, что межфибрилярное вещество такъ же окрашено метиленовою синью или золотомъ, какъ и нити, или этого межточнаго вещества такъ мало, что нити прилегаютъ почти непосредственно другъ къ другу и оптически сливаются въ одну сплошную ленту.

На препаратахъ, обработанныхъ по Гольджи, осевой цилиндръ кажется совершенно чернымъ, и такіе препараты совершенно непригодны для изученія строенія нервныхъ волоконъ и клѣтокъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается доказать, что концевыя нити, раздвинутыя и свободно заканчивающіяся, суть прямыя продолженія фибрилъ осевого цилиндра. Такой препаратъ изображенъ докторомъ Тимофеевымъ въ работѣ объ окончаніяхъ нервовъ въ мужскихъ половыхъ органахъ (Рис. 1). Рисунокъ этотъ изображаетъ Пачиневу тѣльце, въ которомъ осевой цилиндръ при входѣ въ тѣльце сплющивается, фибриллы вслѣдствіе этого нѣсколько раздвигаются и такъ какъ онѣ окрашены метиленовою синью, то выступаютъ чрезвычайно отчетливо. Почти на всемъ протяженіи вплоть до противоположнаго полюса тѣльца эти нити, отдѣляясь отъ пучка фибрилъ, изгибаются въ сторону, прободаютъ прозрачную оболочку, въ которую включены осевой цилиндръ и заканчиваются свободно, изгибаясь въ области внутренней колбы. Интраэпителиальныя свободно заканчивающіяся нервныя нити можно даже изолировать путемъ мацерации въ пикрино-кисломъ аміакѣ, при окраски метиленовою синью, какъ я это доказалъ по отношенію къ эпителию вкусовыхъ рюмокъ и роговицы.

Но краеугольнымъ камнемъ въ ученіи о нейронахъ служатъ перичесюлярныя окончанія, прилегающія къ нервнымъ клѣткамъ и представляющія окончанія нейрита другой нервной клѣтки, болѣе или менѣе отдаленной. Тутъ то именно и совершается, предположительно, передача раздраженія съ клѣтки на клѣтку черезъ соприкосновеніе. Спрашивается, насколько обезпечена правильность этого наблюденія. Существуетъ ли несомнѣнно тотъ морфологическій фактъ, на которомъ основано теоретическое воззрѣніе? *Если будетъ доказано, что нити перичесюлярнаго аппарата не только прилегаютъ, но и видѣются въ тѣло нервной клѣтки, т. е. органически съ нею связаны, то придется оставить ученіе о нейронахъ, какъ несоответствующее фактическимъ даннымъ* *). Это punctum saliens всего ученія и на немъ необходимо остановиться.

Я ограничусь периферическими нервными узлами на томъ основаніи, что строеніе ихъ проще и поддается изслѣдованію помощью двухъ методовъ. Тутъ приложимъ какъ методъ Гольджи, такъ и методъ Эрлиха, между тѣмъ какъ въ центральной нервной системѣ метиленовая синь не даетъ удовлетворительныхъ окрасокъ, а методъ Гольджи примѣнимъ

*) *Примѣчаніе.* Этого доказательства нѣтъ и въ послѣдней работѣ Бете, только что полученной мною и опубликованной въ Архивѣ Вальдейера (Т. 55, стр. 513). Пользуясь своимъ новымъ методомъ, авторъ очень подробно описываетъ перичесюлярную сѣтку Гольджи, возникающую изъ дѣленія осевыхъ цилиндровъ, т. е. нейритовъ отдаленныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ, авторъ видѣлъ переходъ нервныхъ нитей изъ тѣла клѣтки въ прилегающую къ ней сѣтку, но самъ авторъ сознается, что тутъ оптический обманъ не вполне исключенъ (стр. 539—540). Да и соответствующіе рисунки 12 и 17 не доказательны.

Что же касается мнѣнія Гельда (Held, Arch. f. Anat. u. Phys. 1897), что нити перичесюлярнаго аппарата сращаются съ нервной клѣткой, къ которой прилегаютъ и такъ сказать органически съ ней связываются (т. и. Congressenztheorie), то и Бете считаетъ его препараты не доказательными. На рисункахъ Held'a видны груды окрашенныхъ зернышекъ безъ связи и нѣтъ возможности разобраться въ этой пестрой картинѣ, ничего не доказывающей и ничего не объясняющей.

главнымъ образомъ на новорожденныхъ и зародышахъ. Это организмы недоразвитые, и если у нихъ перичеселюлярныя нити не проростають кѣтки, къ которымъ онѣ прилегають, то это можетъ случиться въ послѣдствіи при окончательномъ развитіи. Но, это возраженіе особаго значенія не имѣеть такъ какъ у новорожденныхъ и 3—4 мѣсячныхъ животныхъ уже совершаются такіе первыя процессы, которые не мыслимы безъ участія цѣлой цѣпи нервныхъ кѣтокъ. Недоразвитыя перичеселюлярныя окончанія функционируютъ, слѣдовательно, вполне удовлетворительно.

Съ тѣхъ поръ, какъ оба помянутые метода вошли въ употребленіе, найдены во всѣхъ периферическихъ узлахъ, какъ спинномозговыхъ, такъ и симпатическихъ, перичеселюлярныя окончанія, принадлежащія мякотнымъ нервамъ, задающимся въ узлы. Эти окончанія прилегають къ нервнымъ кѣткамъ, расположеннымъ въ узлахъ. Эти концевыя аппараты состоятъ изъ топкихъ варикозныхъ нитей, расположенныхъ подъ капсулой узловой кѣтки; онѣ дѣлятся и переплетаются между собой, но никогда не проникають въ протоплазму кѣтки, а остаются на ея поверхности. Препараты, полученные помощью метиленовой сини или хромоксидаго серебра, тождественны, а это позволяетъ отнестись съ полнымъ довѣріемъ къ результатамъ этихъ изслѣдованій. Эти перичеселюлярныя нити открыты Арнольдомъ (1863) въ симпатическихъ узлахъ лягушки и онъ полагалъ, что нити проникають въ кѣтку и связаны съ ядромъ и ядрышкомъ кѣтки. Это послѣднее указаніе не подтвердилось. До сихъ поръ у позвоночныхъ не удалось окрасить по Гольджи или по Эрлиху нервныя нити, описанныя Арнольдомъ въ самой кѣткѣ. Смирновъ очень тщательно изслѣдовалъ *Sympathicus* лягушки, подробно описалъ ходъ и развѣтвленія спиральнаго волокна, но никогда не видалъ проникновенія перичеселюлярныхъ нитей, связанныхъ съ спиральнымъ волокномъ, въ тѣло кѣтки (рис. 2). Къ такимъ же результатамъ пришли авторы, изслѣдовавшіе симпатическіе узлы млекопитающихъ (А. С. Догель,

Тимоеевъ и другіе). Мы имѣемъ, слѣдовательно, полное основаніе придерживаться воззрѣнія Эрлиха, который впервые разсматривалъ нити, открытыя Арнольдомъ, какъ аппаратъ, передающій раздраженіе съ клѣтки на клѣтку, или точнѣе— съ нейрона на нейронъ посредствомъ соприкосновенія.

Это обстоятельство позволяетъ намъ отнестись съ довѣріемъ и къ тѣмъ наблюденіямъ, которые относятся къ перипеллюлярнымъ аппаратамъ, описаннымъ въ спинномъ мозгу, въ мозжечкѣ, полушаріяхъ большого мозга по препаратамъ Гольджи. Наконецъ я долженъ указать на периферическія окончанія двигательныхъ и секреторныхъ нервовъ. Это суть перипеллюлярныя окончанія, прилегающія къ сократительнымъ или секреторнымъ клѣткамъ. Эти клѣтки иннервируются несомнѣнно черезъ соприкосновеніе. Прежнія указанія относительно органической связи двигательнаго нервнаго волокна съ мышечнымъ волокномъ (Герлахъ) окончательно опровергнуты многочисленными изслѣдованіями помощью метиленовой сини и хромовислаго серебра, но они и прежде не пользовались сочувствіемъ гистологовъ, такъ какъ противорѣчатъ тому, что видно на препаратахъ, обработанныхъ уксусной кислотой, осміемъ или хлористымъ золотомъ. Что же касается секреторныхъ нервовъ, то всѣ изслѣдователи согласны, что нервныя нити непосредственно прилегаютъ къ железистымъ клѣткамъ, не проникая въ протоплазму секреторнаго элемента; существуетъ только нѣкоторое разногласіе относительно формы этихъ пуговчатыхъ окончаній. Указанія Пфлюгера о переходѣ нервныхъ нитей въ струйчатую протоплазму клѣтокъ слюнныхъ трубочекъ мною опровергнуты. Нервныя нити, проникающія въ эпителий слюнныхъ трубочекъ, лежатъ между клѣтками и заканчиваются свободно. Абсолютно доказательны въ этомъ отношеніи препараты, въ которыхъ видны изолированныя клѣтки съ прилегающими къ нимъ нервными нитями, окрашенными метиленовой синью.

Многочисленныя наблюденія, произведенныя въ нашей гистологической лабораторіи, привели меня къ убѣжденію,

что всѣ целюлифугальные нейриты заканчиваются перицелюлярно, прилегая либо къ нервной клѣткѣ, либо къ мышечной, или секреторной. Сообразно этому можно отличить три категоріи целюлифугальныхъ нервныхъ волоконъ. Что касается целюлипетальныхъ нейритовъ (т. е. чувствительныхъ волоконъ), то я отличаю двѣ категоріи, смотря по расположенію принадлежащихъ имъ концевыхъ аппаратовъ, и называю *десмондалными*—тѣ, которые залегаютъ въ соединительной ткани, и *эпитемальными* тѣ, которые проникаютъ въ покрывчатый эпителий. Но морфологія чувствительныхъ нервныхъ окончаній не касается непосредственно ученія о нейронахъ и требуетъ по своей сложности особаго изложенія. И поэтому ограничусь этими краткими замѣчаніями и попытаюсь подвести итоги всему вышесказанному.

Первѣе всего необходимо при разсужденіи о нейронахъ исключить безпозвоночныхъ, такъ какъ ихъ нервная система анатомически не расчленена, какъ у позвоночныхъ. Ученіе о нейронахъ скроено по тѣлу позвоночнаго и никогда въ сущности не примѣнялось къ безпозвоночнымъ, у которыхъ нервная система дѣйствительно составляетъ одно нераздѣльное цѣлое и нѣтъ дифференцировки на отдѣльные нейроны. Сравнительно простые впечатлѣнія, получаемыя безпозвоночными, и односложность функций этихъ низко организованныхъ существъ не требуютъ такого сложнаго строенія нервной системы. Интересно, что Бете при своихъ опытахъ надъ *carcinus maenas* пришелъ къ убѣжденію, что этотъ рачекъ лишенъ всякой психической функціи, это чисто рефлекторный снарядъ, а для рефлекса совершенно достаточно одной нервной нити, которая воспринимаетъ раздраженіе и переводитъ оное на мышцу, при чемъ нѣтъ необходимости, чтобы эта нить прошла черезъ клѣтку, а совершенно достаточно прохожденія черезъ элементарную сѣтку. Повятно, что такая организація можетъ обойтись безъ разчлененія на нейроны.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло у позвоночныхъ. Чрезвычайно сложная дѣятельность нервной системы у высоко-

организованных животных и человека, вытекающая из разнообразных впечатлений, получаемых извне и перерабатываемых отчасти уже в периферии в органах чувств, но главным образом в центральных отделах нервной системы, требуют разчленения, чтобы предоставить различным отделам нервной системы известную самостоятельность, не нарушая при этом необходимую связь для взаимодействий отдельных элементов и целых групп. Этим последним требованиям и удовлетворяет до известной степени учение о нейронах. Но функциональная связь между нервными элементами очень различна. В некоторых группах эта связь очень тесная и постоянная, в других она проявляется только при известных условиях. Больше чем вероятно, что эти различные функциональные отношения нервных элементов требуют и различных морфологических отношений, а между тем современная теория нейронов не удовлетворяет этим требованиям. Она объясняет все функциональные отношения элементов друг к другу только путем соприкосновения, игнорирует существование анастомозов между нервными клетками и становится этим в противоречие с несомненным морфологическим фактом, не объясняя вместе с тем различие функциональных отношений между нервными элементами.

Наши современные сведения о строении нервных клеток и путей, соединяющих отдельные элементы и группы таковых, приводят меня к следующему воззрению. Нервные клетки и нервные волокна позвоночных имеют фибриллярное строение. Нити, входящие в состав нервных элементов, воспринимают и проводят раздражение и определяют направление, в котором совершается известный нервный акт. Теория нейронов, а равно и новейшая фибриллярная теория не объясняют нервную функцию по существу. Это объяснение надо ждать в будущем от совместных трудов морфологов, экспериментаторов и невропатологов. Современные сведения о нервной системе застав-

ляют насъ придерживаться теоріи нейроновъ, измѣнивъ ее согласно повѣйшимъ изслѣдованіямъ.

Я отличаю простые и сложные нейроны. Каждый простой, или односложный нейронъ состоитъ изъ головной части (кѣтки), изъ привода (нервнаго волокна, пейрита) и изъ концевога аппарата, принаровленнаго къ мѣстнымъ условіямъ, а потому и различнаго по строенію. Эти простые нейроны не связаны органически съ другими нейронами, но связаны функціонально, при чемъ раздраженіе передается черезъ соприкосновеніе концевога аппарата одного нейрона съ головною частью другого. Эти нейроны часто не имѣютъ дендритовъ, какъ напр. кѣтки спинныхъ узловъ, а если и имѣютъ, то дендриты заканчиваются свободно, увеличивая только поверхность кѣтки и облегчая такимъ образомъ соприкосновеніе съ концевыми аппаратами другихъ нейроновъ.

Сложные нейроны состоятъ изъ нѣсколькихъ простыхъ нейроновъ, связанныхъ между собою посредствомъ вѣтвящихся дендритовъ. Это уже сложный снарядъ, въ которомъ составныя части дѣйствуютъ синхронически и синтетически. А такъ какъ уже простѣйшія нервныя функціи требуютъ совмѣстной дѣятельности нѣсколькихъ кѣтокъ, то эти кѣтки должны быть соединены дендритами, т. е. должны войти въ составъ сложнаго нейрона. Для болѣе сложныхъ функцій требуется совмѣстное участіе нѣсколькихъ сложныхъ нейроновъ, а это достигается посредствомъ комиссуральныхъ или координирующихъ нейроновъ, которые могутъ быть и простыми. Эти односложные координирующіе нейроны передаютъ раздраженіе посредствомъ соприкосновенія съ одного сложнаго нейрона на другой, т. е. соединяютъ функціонально группы нервныхъ кѣтокъ, заключающіяся въ различныхъ частяхъ черешнога или спиннога мозга. При этомъ я полагаю, что раздраженіе переходитъ съ кѣтки на кѣтку черезъ однородные анастомотическіе дендриты значительно легче, чѣмъ черезъ соприкосновеніе между двумя нейронами,

гдѣ передача встрѣчаетъ извѣстное сопротивленіе. Безпрепятственное, диффузное распространеніе раздраженія въ предѣлахъ извѣстнаго сложнаго нерва облегчаетъ во всякомъ случаѣ работу нервной системы, а извѣстное затрудненіе при передачѣ раздраженія посредствомъ соприкосновенія вносить порядокъ и послѣдовательность въ сложныя нервныя функціи.

Въ нашемъ изложеніи мы не касались различныхъ попытокъ видоизмѣнить ученіе о нейронахъ въ связи съ новѣйшими изслѣдованіями, а равно и тѣхъ объясненій дѣятельности нервныхъ элементовъ, которыя допустимы на основаніи теоріи нейроновъ. Послѣ появленія изслѣдованій Апати и Бете, анатомы раздѣлились на два или даже на три лагеря. Одни полагаютъ, что теорія нейроновъ должна быть оставлена (Ниссель), другіе придерживаются того мнѣнія, что это ученіе для позвоночныхъ можетъ быть удержано (Ленгосекъ), третьи наконецъ полагаютъ, что морфологическій нейронъ долженъ пасть, но физиологическій или біологическій нейронъ, въ качествѣ функциональной единицы, долженъ остаться въ силѣ (Эдингъ, Гохе). Я не могу останавливаться на критикѣ этихъ разнорѣчивыхъ воззрѣній. Разногласіе обусловливается тѣмъ обстоятельствомъ, что представленныхъ по отношенію къ позвоночнымъ новыхъ морфологическихъ фактовъ недостаточно для низверженія ученія о нейронахъ, а равно и для обоснованія исключительно фибриллярной теоріи. Но я долженъ указать на попытку видоизмѣнить теорію нейроновъ, сдѣланную А. С. Догелемъ еще до появленія работъ Апати и Бете.

Попытка А. С. Догеля въ томъ отношеніи интересна, что основана на фактахъ, имъ самимъ установленныхъ, т. е. на анастомозахъ нервныхъ клѣтокъ. Онъ имѣлъ достаточное основаніе обобщать въ гипотезѣ фактъ, установленный имъ для сѣтчатки. А. С. Догель принимаетъ клѣточные колоніи, состоящія изъ нервныхъ клѣтокъ, связанныхъ между собою посредствомъ анастомозирующихъ дендри-

товъ и нейритовъ. Онъ говоритъ: „Концевыми развѣтвленіями протоплазматическихъ и осевоцилиндрическихъ отростковъ той или другой клѣточной колоніи образуются двѣ отдѣльныя сѣти, при посредствѣ которыхъ клѣтки одной колоніи уже путемъ прилегавія—контакта вступаютъ въ извѣстное отношеніе съ сѣтью, образуемою подобными же развѣтвленіями отростковъ клѣтокъ другихъ колоній; при этомъ всегда сѣть, составленная изъ протоплазматическихъ отростковъ клѣтокъ одной колоніи прилегаетъ къ сѣти, составленной концевыми развѣтвленіями осевоцилиндрическихъ отростковъ клѣтокъ другой колоніи и т. д. въ томъ же порядкѣ“.

Догель удерживаетъ, слѣдовательно, изъ ученія о нейронахъ положеніе, въ силу котораго дендриты только воспринимаютъ, а нейриты передаютъ раздраженіе, съ чѣмъ я согласиться не могу, какъ выше было изложено, ибо отростки двухъ клѣтокъ, сообщающіеся между собою, должны неминуемо проводить раздраженіе въ разныхъ направленіяхъ. Что касается сѣтей, образующихся вѣтвящимися осевоцилиндрическими отростками, то это можетъ быть и вѣрно по отношенію къ сѣтчаткѣ, строеніе которой послужило Догелю прототипомъ, но не вѣрно для периферической нервной системы и для многихъ мѣстностей центральной нервной системы, гдѣ большинство нейритовъ заканчивается свободно между клѣтками, или прилегая къ нимъ непосредственно. Существованіе въ периферіи замкнутыхъ нервныхъ сѣтей не демонстрировано до сихъ поръ надлежащимъ образомъ. Но это разногласіе имѣетъ второстепенное значеніе, такъ какъ въ томъ и другомъ случаѣ, т. е. при концевыхъ сѣтяхъ и при свободныхъ окончаніяхъ, передача раздраженія происходитъ помощью контакта.

Что касается измѣненія нервныхъ клѣтокъ въ связи съ функціей, то А. С. Догель является горячимъ приверженцемъ воззрѣнія Дюваля, въ силу котораго всѣ отростки нервныхъ клѣтокъ сократительны. Выпуская и втягивая отростки, эти клѣтки приходятъ въ болѣе или менѣе тѣсное соприкоснове-

ніе съ другими клѣтками. Такимъ образомъ замыкается или размыкается нервный токъ, смотря по надобности. Это воззрѣніе, высказанное сначала Рабль-Рюкартомъ и развитое подробно Дювалемъ, основано на наблюдении Видерсгейма, который подмѣтилъ у живого ракообразнаго *Leptora hyalina* измѣненіе формы нервныхъ клѣтокъ. Эти измѣненія формы напоминаютъ явленія на живыхъ амебахъ, что и побудило названныхъ ученыхъ приписать нервнымъ клѣткамъ сократительность. Но помимо того, что наблюдение Видерсгейма само по себѣ требуетъ подтвержденія, оно произведено на ракообразномъ, а первныя клѣтки ракообразныхъ связаны между собою нитями, проходящими изъ одной клѣтки въ другую—по наблюдениямъ Бете, который вообще отвергаетъ свободныя окончанія нервныхъ отростковъ и нитей. О выпячиваніи и втягиваніи отростковъ въ данномъ случаѣ не можетъ быть рѣчи. Предположеніе А. С. Догеля, „что недалеко то время, когда теорія Дювала изъ сферы гипотезы перейдетъ въ область дѣйствительности“, наврядъ ли оправдается.

Еще менѣе данныхъ имѣеть за собою воззрѣніе, приписывающее клѣткамъ нейроглии роль изоляторовъ, могущихъ препятствовать передачѣ раздраженія съ одной нервной клѣтки на другую посредствомъ выпячиванія отростковъ и увеличенія площади клѣтокъ нейроглии, которыя при этомъ играютъ роль какихъ то ширмъ, заслоняющихъ нервные элементы. Помимо того, что сокращеніе клѣтокъ нейроглии никогда не наблюдалось, помянутая гипотеза устраниается выше указаннымъ наблюдениемъ Вейгерта, доказавшаго, что мнимые отростки клѣтокъ нейроглии суть ничто иное, какъ переплетающіяся нити остова, прилегающія къ пластинчатымъ клѣткамъ нейроглии, но не связанныя съ ними органически.

Я полагаю, что намъ пока еще слѣдуетъ воздержаться отъ попытокъ объяснить тѣ процессы, которые протекаютъ въ нервной клѣткѣ въ связи съ функціей нервной системы. Наши фактическія знанія въ этомъ отношеніи совершенно ничтожны, а гипотезы, построенныя при такихъ условіяхъ, носятъ не научный, а фантастическій характеръ.



Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Часть Пачиніева тѣльца изъ области *prostateae* kota. На рисункѣ представлено мякотное нервное волокно, входящее внутрь тѣльца, и часть внутренней колбы. Изъ наружной колбы изображенъ только внутренній отдѣлъ, непосредственно прилегающій къ внутренней колбѣ. Осевой цилиндръ сплющивается, переходя во внутреннюю колбу. Фибриллы раздвигаются и потому рѣзче выступаютъ. Пѣкоторыя изъ нервныхъ нитей, изгибаясь и прободая аксолемму, переходятъ во внутреннюю колбу, гдѣ и заканчиваются свободно. Метил. синь. Цейссъ. Гомог. иммерзіа 2,0. Ок. 12. (*Тимошевъ*. Объ окончаніяхъ нервовъ въ мужскихъ половыхъ органахъ млекопитающихъ и человѣка. Казань. 1896).

Рис. 2. Изолированныя первыя кѣтки изъ граничной цѣпи узловъ п. *sympathici Ranae esculentae*. Мякотное нервное волокно дѣлится на три вѣтви, изъ коихъ двѣ, извиваясь въ видѣ спирали, подходятъ къ кѣткамъ, на поверхности которыхъ онѣ дѣлятся и образуютъ перичеселюлярный концевой аппаратъ, состоящій изъ тончайшихъ нервныхъ нитей. Самая кѣтка и ея прямой отростокъ не окрашены, но ясно видны. Это аппаратъ для передачи раздраженія съ мякотнаго нервного волокна на симпатическую нервную кѣтку; ея прямой отростокъ идетъ къ периферіи и проводитъ раздраженіе до гладкихъ мышцъ или до сосудовъ. *Nervi primi et secundi ordinis* Ланглея.—Метилен. синь, Гартнакъ 7. Ок. 3 (А. Смирновъ. Матеріалы по гистологіи периферической нервной системы батрахій. Казань 1891 г.).

Рис. 3. Двѣ первыя кѣтки сѣтчатки человѣка, связанныя между собою вѣтвящимися дендритами (*a*—дендриты, *b*—нейритъ). Метилен. синь. Рейхертъ 6.

Изъ значительнаго числа рисунковъ А. С. Догеля, изображающихъ анастомозы протоплазматическихъ отростковъ, я выбралъ простѣйшій, какъ самый доказательный, ибо чѣмъ гуще сѣть, тѣмъ больше перекрестовъ, тѣмъ больше возраженій относительно доказательности препарата. (А. S. Dogiel. Ueber die nervösen Elemente in der Retina des Menschen. Arch. f. microsc. Anat. Bd. 38).

Рис. 4. Изолированная нервная кѣтка изъ граничнаго ствола п. *sympathici Ranae esculentae*. Какъ тѣло кѣтки,

такъ и нервныя волокна заключены въ особую оболочку *o*, содержащую ядра *t*. Тѣло клѣтки не окрашено и содержитъ зернышки пигмента. На клѣткѣ имѣется концевая нервная сѣть, переходящая въ спиральное волокно. Прямой отростокъ клѣтки ясно показываетъ фибриллярное строеніе. Нити волокна по направленію къ клѣткѣ расходятся въ видѣ конуса и теряются въ протоплазмѣ клѣтки. Метил. синь. Цейссъ F. Ок. 3. (по Смирнову).

Рис. 5. Нервная клѣтка изъ гангліознаго слоя ретины стерляди. Фибриллярное строеніе чрезвычайно рѣзко выражено, нѣкоторыя нити можно прослѣдить черезъ всю клѣтку отъ одного отростка до другого. Отъ нѣкоторыхъ отростковъ отдѣляются изолированныя варикозныя нити. Инъекція метиленовой сини черезъ сердце живой стерляди. Фиксажъ пикрокарминомъ. Цейссъ F. Ок. 3 (по Смирнову).

Препараты, изображенные на рисункахъ 4 и 5 тѣмъ замѣчательны, что въ нихъ впервые (1891) фибриллы нервныхъ клѣтокъ и волоконъ при переходѣ ихъ въ клѣтку въ видѣ конуса были продемонстрированы окрашенными *in vivo*. Въ 1891 году, когда А. Е. Смирновъ опубликовалъ свои изслѣдованія, еще сомнѣвались въ фибриллярномъ строеніи нервныхъ клѣтокъ; сомнѣнія эти исчезли лишь нѣсколько лѣтъ спустя съ появленіемъ работъ Апати и Бете. Но методъ прижизненной окраски имѣетъ то преимущество передъ методами Апати и Бете, что позволяетъ изучить и строеніе отдѣльной нити, входящей въ составъ нервной клѣтки и нервного волокна. На препаратахъ, фиксированныхъ послѣ окраски пикрономъ, можно убѣдиться, что каждая нервная нить состоитъ изъ двухъ веществъ, изъ которыхъ одно окрашивается метиленовою синью и расположено на протяженіи нити въ видѣ зернышекъ, а другое вещество окрашивается слабо, или вовсе не окрашивается; оно собственно составляетъ основу всей нити, въ которую вкраплены зернышки метиленофильнаго вещества. Последнее особенно сгущается, т. е. скопляется въ большемъ количествѣ у перехватовъ Ранвье, которые поэтому всегда гуще окрашены.

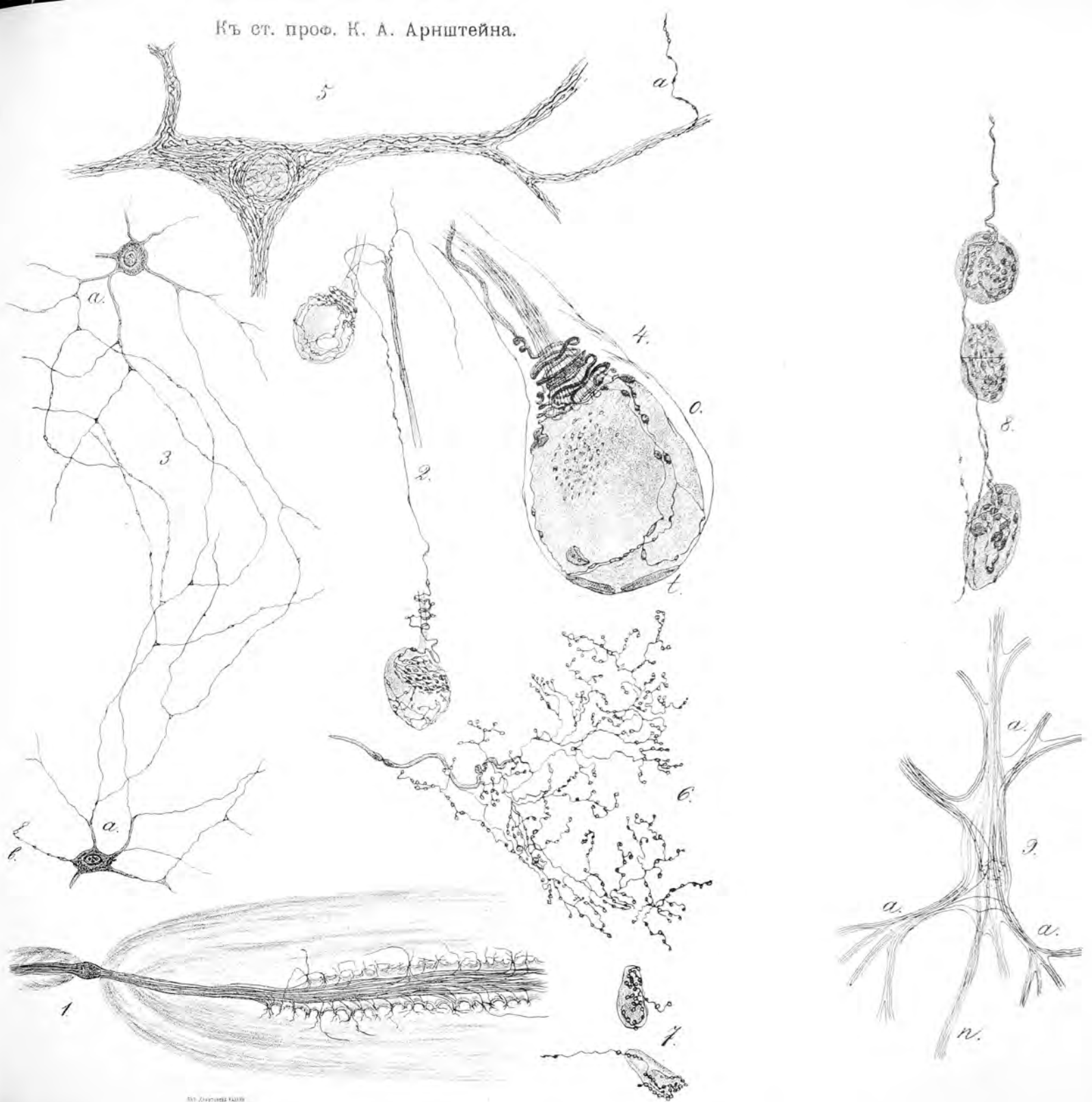
Рис. 6. Субэпителиальный кустикъ изъ слизистой оболочки part. cavern. urethrae крысы. Метилен. синь. Цейссъ F. Ок. 4. Концевыя варикозныя нити образовались вѣроятно путемъ выростанія изъ осевого цилиндра тонкихъ нитей и

повторнаго дѣленія и почкованія этихъ нитей въ отличіе отъ рисунка 1-го.

Рис. 7. Двѣ изолированныя железистыя клѣтки изъ простаты кота съ пуговчатыми концевыми аппаратами на нихъ. Метилен. синь. Цейссъ, гомог. имм. 2,0. Ок. 6. По Тимоѣеву.

Рис. 8. Три нервныя клѣтки изъ области *prostatae* крысы. Безмякотное волокно шлетъ къ каждой клѣткѣ вѣтви, которыя заканчиваются перичеселюлярно въ видѣ варикозныхъ нитей.—Метилен. синь. Цейссъ, гомог. имм. 2,0. Ок. 2. По Тимоѣеву.

Рис. 9. Пирамидальная нервная клѣтка изъ *gyrus centralis* человѣка (по Бете). Очень рѣзко выдѣляются нервныя нити, проходящія черезъ клѣтку изъ одного отростка въ другой. Нѣкоторыя нити загибаются изъ одного отростка въ другой, не касаясь тѣла клѣтки. Этотъ фактъ знаменателенъ, ибо доказываетъ, что нити, входящія въ составъ дендритовъ, проводятъ въ различныхъ направленіяхъ; *a*—дендриты, *n*—нейритъ. (*A. Bethe. Ueber Primitivfibrillen in den Ganglienzellen vom Menschen und anderen Wirbelthieren. Morphologische Arbeiten herausgegeben von Schwalbe. Bd. 8 1898.*)



	<i>Стр.</i>
Рефераты по нервной физиологии	181.
<i>Steinach</i> . Ueber die centripetale Erregungsleitung im Bereiche d. Spinalganglions. — <i>Goltz</i> . Beobachtungen an einem Affen mit verstümmelten Grosshirn. 185.	
Рефераты по психиатрии и невропатологии	192.
<i>Spitzer</i> . Ein Fall von Tumor am Boden d. Rautengrube. — <i>E. Bischoff</i> . Zur Anatomie d. Hinterstrangskerne bei Säugethieren. — <i>Monestiev</i> . Contribution à l'etude du suicide dans la paralysie generale. 194.	
Хроника и смѣсь	198.
<i>Некрологъ</i> . Сергѣй Сергѣевичъ Корсаковъ	207.
Лѣтопись Общества невропатологовъ и психиатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.	209.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ библиотеку Общества.	215.
Приложеніе.	
Проф. Б. А. Арнштейнъ . Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей (съ табл. рис.).	

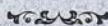
ВЪ ПРОДАЖЬ ИМѢЮТСЯ СЛѢДУЮЩІЯ ИЗДАНИЯ ОБЩЕСТВА:

Проф. **Б. А. Арнштейнъ**. Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей (съ табл. рис.). Цѣна 40 к.

Вамон у Саја. Новое изложеніе гистологическаго строенія центральной нервной системы. (Реф. А. Е. Смирнова). Цѣна 50 к.

Поступила въ продажу новая книга:

Проф. **Н. М. Поповъ**. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Вып. 1. 1900. Ц. 1 р. 50 к.



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

Предсѣдатель **Н. Поповъ**.