

7762^a № 2 6574

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. **4.**

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Д-ръ **А. В. Герверъ**. Анатомическое изслѣдованіе центральныхъ началъ отводящаго нерва (n. abducentis).
Д-ръ **В. П. Осиповъ**. Изслѣдованіе физиологическаго значенія Аммонова рога (cornu Ammonis) по методу выпаденія функций.
Д-ръ **Л. В. Блауменау**. Случай комбинированнаго спинно-мозгового заболѣванія вслѣдствіе отравленія свинцомъ отъ полуды.
Акад. **В. Бехтеревъ**. О малоизвѣстной системѣ волоконъ, проходящей по периферіи передне-наружнаго отдѣла шейной части спинного мозга.
Д-ръ **Ф. Ф. Чарнецкій**. Къ казуистикѣ случаевъ рѣзко выраженнаго Cheyne-Stokes'ова дыханія при разлитомъ органическомъ пораженіи головного мозга.
Д-ръ **Н. Я. Смѣловъ**. Больницы для душевно-больныхъ въ Сѣверо-Американскихъ штатахъ и Гамбургѣ.
Д-ръ **В. В. Вейденгаммеръ** и д-ръ

П. П. Бруханскій. Къ вопросу объ остромъ бредѣ.
Д-ръ **И. Штернъ**. Развитіе и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ.
Проф. **А. Е. Смирновъ**. Къ вопросу объ окончаніи двигательныхъ нервовъ въ мышцахъ сердца позвоночныхъ (съ табл. рис.)

Критика и библиографія.

Рецензіи новыхъ книгъ.—Рефераты по психіатріи и невропатологіи.

Письмо въ редакцію.

Хроника и смѣсь.

Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета

1900

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ А. В. Герверъ . Анатомическое изслѣдованіе централь- ныхъ началъ отводящаго нерва (n. abducentis)	1.
Д-ръ В. П. Осиповъ . Изслѣдованіе физиологическаго значенія Аммонова рога (cornu Ammonis) по методу выпаденія функціи	11.
Д-ръ Л. В. Влуденау . Случай комбинированнаго спинно-мозго- вого заболѣванія вслѣдствіе отравленія свинцомъ отъ полуды	52.
Акад. В. Бехтеревъ . О малоизвѣстной системѣ волоконъ, про- ходящей по периферіи передне-наружнаго отдѣла шейной части спин- ного мозга	64.
Д-ръ Ф. Ф. Чарнецкій . Къ казуистикѣ случаевъ рѣзко выра- женнаго Cheyne-Stokes'ова дыханія при разлитомъ органическомъ пора- женіи головного мозга	69.
Д-ръ Н. Я. Смѣловъ . Больницы для душевно-больныхъ въ Сѣверо-Американскихъ штатахъ и Гамбургѣ	68.
Д-ръ В. В. Вейденгаммеръ и д-ръ П. П. Вруханскій . Къ во- просу объ остромъ бредѣ	108.
Д-ръ Н. Штернъ . Развитие и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ	141.
Проф. А. Е. Смирновъ . Къ вопросу объ окончаніи двигатель- ныхъ нервовъ въ мышцахъ сердца позвоночныхъ (съ табл. рис.)	169.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ.— Б. Воротынского	181.
<i>Вл. Яковенко</i> . Душевно-больные Моск. губ. 181.— <i>В. Бехтеревъ</i> . Невропатол. и психіатр. наблюденія. 183.	

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



Анатомическое изслѣдованіе централь- ныхъ началъ отводящаго нерва (*nervi abducentis*).

Д-ра А. В. Гервера.

Вопросъ о ходѣ центральныхъ корешковъ отводящихъ нервовъ, а также о соединеніяхъ этихъ нервовъ съ мозговою корою представляется въ настоящее время далеко не разработаннымъ.

Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что корешковыя волокна отводящихъ нервовъ входятъ только въ ядро соотвѣтствующей стороны, не переходя на другую сторону; другіе же признаютъ перекрестъ корешковъ отводящихъ нервовъ. Такъ, на примѣръ, Obersteiner ¹⁾, описывая ходъ волоконъ отводящихъ нервовъ, говорятъ: „къ корешкамъ *nervi abducentis* присоединяется, повидимому, часть тѣхъ волоконъ, которыя происходятъ изъ ядра другой стороны“. Bregman ²⁾, на основаніи своихъ изслѣдованій, произведенныхъ по методу перерожденія, не признаетъ перекреста волоконъ отводящихъ нервовъ.

¹⁾ Obersteiner. «Руководство къ изученію центральной нервн. системы». Перев. 1897 г.

²⁾ Bregmann. «Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven». Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. XI. 1892 г.

Затѣмъ слѣдуетъ указать, что изслѣдованія послѣдняго времени заставляютъ предполагать, что къ корешкамъ отводящихъ нервовъ присоединяются еще волокна, выходящія изъ ядеръ лицевыхъ нервовъ.

Van Gehuchten находилъ въ мозгахъ цыплятъ около ядеръ лицевыхъ нервовъ скопленія клѣтокъ, отъ которыхъ отходили нервныя волокна сначала въ дорзальномъ направленіи, затѣмъ эти волокна перегибались и подходили къ корешкамъ отводящихъ нервовъ.

Lugaro ¹⁾ при изученіи хода корешковъ отводящихъ нервовъ констатировалъ, что кромѣ волоконъ, выходящихъ изъ классическаго ядра, къ отводящему нерву присоединяются также волокна, которыя берутъ начало въ особыхъ клѣточныхъ группахъ, заложенныхъ снаружи и съ брюшной стороны отъ ядра отводящаго нерва, и проходятъ на нѣкоторомъ протяженіи въ направленіи восходящаго корешка п. *facialis*.

Однако Gudden и Gowers не соглашаются съ этимъ мнѣніемъ и стараются доказать, что лицевой нервъ не имѣетъ никакого отношенія къ корешкамъ отводящаго нерва, и что волокна, которыя присоединяются къ лицевому нерву и, повидимому, происходятъ изъ ядра отводящаго нерва,—только проходятъ черезъ это ядро.

Что касается связи ядеръ отводящихъ нервовъ съ ядрами другихъ глазныхъ нервовъ, то большинство изслѣдователей, предполагаютъ, что эта связь происходитъ черезъ задніе продольные пучки. Еще Duval и Laborde ²⁾ указывали на то, что связь между ядромъ отводящаго нерва одной стороны и ядромъ глазодвигательнаго нерва противоположной стороны устанавливается благодаря существованію заднихъ продольныхъ пучковъ.

¹⁾ Lugaro. «Ueber den Ursprung einiger Hirnnerven». Molleschott's Untersuchungen. XV. 1.

²⁾ Duval et Laborde. «De l'innervation des mouvements des globes oculaires». «Journal de l'anatomie et de physiologie». 1880.

Затѣмъ проф. Бехтеревъ¹⁾, на основаніи своихъ эмбриологическихъ изслѣдованій, убѣдился въ томъ, что отъ ядра каждаго отводящаго нерва отходятъ въ довольно значительномъ числѣ волокна внутрь къ заднему продольному пучку, который они проникаютъ насквозь и затѣмъ, частью перекрестившись во швѣ, достигаютъ задняго продольнаго пучка другой стороны.

Такимъ образомъ изъ этихъ даже краткихъ литературныхъ данныхъ мы видимъ, что анатомическія свѣдѣнія о ходѣ и о связяхъ корешковъ отводящихъ нервовъ не являются окончательно разработанными. Въ виду этого я, по предложенію проф. Бехтерева, предпринялъ изслѣдованіе хода волоконъ отводящихъ нервовъ и связи ихъ съ другими частями мозга. Въ своихъ изслѣдованіяхъ я пользовался исключительно методомъ перерожденія. Постановка опытовъ состояла въ слѣдующемъ.

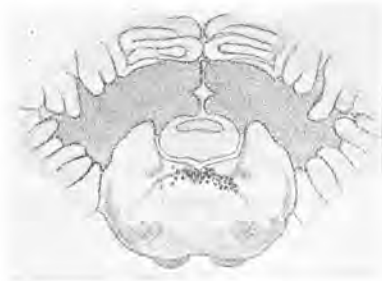
У экспериментируемаго животнаго (собаки и котята) въ одномъ глазу вырѣзывалась наружная мышца (латинск. *gestus externus*) на мѣсяць или даже на два мѣсяца; послѣ операціи у животнаго обыкновенно получалось внутреннее косоглазіе вслѣдствіе перерѣзки наружной прямой мышцы. Надо сказать, что операція перерѣзки глазной мышцы производилась со всѣми антисептическими предосторожностями, и послѣ операціи никакихъ воспалительныхъ процессовъ въ глазахъ не наблюдалось. Черезъ мѣсяць или два послѣ операціи животныя убивались, мозги ихъ вынимались и окрашивались по способу Marchi. Конечно, для изученія перерожденія волоконъ отводящаго нерва желательнѣе было-бы перерѣзывать самый отводящій нервъ, а не наружную прямую мышцу, которую онъ иннервируетъ; но отводящій нервъ, входя въ глазницу черезъ *fissura orbitalis superior*, тотчасъ входитъ въ наружную прямую мышцу; поэтому самый нервъ

¹⁾ Проф. В. М. Бехтеревъ. «Объ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ». Обзорніе психіатріи. 1896 г.

очень трудно найти, не повредивши значительно глазного яблока. Въ виду этого я въ своихъ опытахъ перерѣзывалъ наружную прямую мышцу; конечно, и послѣ этой перерѣзки всѣ волокна отводящаго нерва перерождались, такъ какъ мышца вырѣзывалась вся цѣликомъ. Когда животныя убивались, то изслѣдовалась ихъ глазница, чтобы убѣдиться, вырѣзана-ли вся наружная прямая мышца, перерѣзанъ-ли такимъ образомъ отводящій нервъ; оказалось, что во всѣхъ опытахъ были перерѣзаны цѣликомъ всѣ наружныя прямыя мышцы и отводящіе нервы.

Мозги животныхъ уплотнялись въ Мюллеровской жидкости и затѣмъ окрашивались по способу Magchi; я не буду подробно приводить описанія этого способа, такъ какъ онъ уже

Рис. 1-й.



подробно описанъ во многихъ работахъ, вышедшихъ изъ лабораторіи проф. В. М. Бехтерева, и приступлю теперь къ описанію препаратовъ. Срѣзы дѣлались въ фронтальномъ направленіи. На препаратахъ своихъ я находилъ перерожденія въ слѣдующихъ областяхъ.

На срѣзахъ, соответствующихъ уровню ядеръ отводящихъ нервовъ, перерожденіе наблюдалось въ корешкахъ отводящаго нерва, соответствующаго сторонѣ перерѣзки; по этимъ корешкамъ перерожденіе достигало ядра отводящаго нерва, затѣмъ изъ ядра перерожденные волокна шли къ

заднему продольному пучку этой-же стороны, переходили черезъ срединную линію препарата въ задній продольный пучекъ противоположной стороны, и наконецъ изъ него часть перерожденныхъ волоконъ подходила къ ядру противоположнаго отводящаго нерва, при чемъ въ самомъ ядрѣ также было замѣтно незначительное перерожденіе, которое было гораздо меньше, чѣмъ перерожденіе въ ядрѣ отводящаго нерва, соответствующаго сторонѣ раздраженія (см. рис. 1). Часть перерожденныхъ волоконъ изъ ядра отводящаго нерва стороны перерѣзки направлялась подъ задними продольными пучками къ ядру противоположнаго отводящаго нерва.

Кромѣ того на этихъ срѣзахъ было замѣтно на сторонѣ перерѣзки перерожденіе въ волокнахъ, идущихъ отъ ядра отводящаго нерва къ верхней оливѣ. Въ ядрахъ и корешкахъ лицевого нерва перерожденія не наблюдалось.

Рис. 2-й.



Далѣе впереди на срѣзахъ, соответствующихъ заднимъ отдѣламъ передняго двухолмія, перерожденіе наблюдалось въ обоихъ заднихъ продольныхъ пучкахъ, при чемъ здѣсь пучекъ, противоположный сторонѣ перерѣзки наружной прямой мышцы, былъ перерожденъ замѣтно больше, чѣмъ пучекъ, соответствующій сторонѣ перерѣзки.

Изъ заднихъ продольныхъ пучковъ перерожденіе подходило къ ядрамъ глазодвигательныхъ нервовъ, при чемъ въ ядрѣ глазодвигательнаго нерва, противоположнаго сторонѣ перерѣзки, было найдено незначительное перерожденіе, преимущественно въ заднихъ и среднихъ отдѣлахъ его; въ ядрѣ-

же глазодвигательнаго нерва, соотвѣтствующаго сторонѣ перерѣзки отводящей мышцы, перерожденія не наблюдалось. Кромѣ того на этихъ срѣзахъ замѣчалось перерожденіе въ фонтановидномъ перекрестѣ Meunert'a (рис. 2). Въ этихъ областяхъ мозга перерожденіе какъ бы прекращалось и на срѣзахъ, сдѣланныхъ болѣе впереди, перерожденія не наблюдалось.

Такимъ образомъ на основаніи этихъ препаратовъ мы можемъ заключить, что корешки отводящаго нерва перекрещиваются между собою. Дѣйствительно, мы видѣли, что перерожденные волокна изъ ядра отводящаго нерва стороны перерѣзки направляются подъ задними продольными пучками къ ядру противоположнаго отводящаго нерва. Следовательно, мои препараты даютъ право предполагать перекрестъ корешковыхъ волоконъ отводящихъ нервовъ. Это обстоятельство является особенно интереснымъ потому, что въ литературѣ вопросъ о перекрестѣ корешковъ отводящихъ нервовъ представляется до сего времени далеко не рѣшеннымъ. Кромѣ того мои препараты указываютъ на связь ядеръ отводящихъ нервовъ съ задними продольными пучками. При изученіи послѣдовательной серіи срѣзовъ мы видѣли, что перерожденіе по заднимъ продольнымъ пучкамъ распространяется впередъ и доходитъ до ядеръ глазодвигательныхъ нервовъ, при чемъ даже въ ядрѣ глазодвигательнаго нерва, противоположнаго сторонѣ перерѣзки отводящей мышцы, наблюдается незначительное перерожденіе. На основаніи этихъ фактовъ мы должны прийти къ заключенію, что отъ ядра каждаго отводящаго нерва идутъ волокна въ задній продольный пучекъ какъ этой стороны, такъ и противоположной.

Такъ какъ перерожденіе наблюдалось, кромѣ заднихъ продольныхъ пучковъ, также и въ ядрѣ противоположнаго

глазодвигательнаго нерва, то слѣдуетъ полагать, что задній продольный пучекъ и служить связью между ядромъ отводящаго нерва и ядромъ противоположнаго глазодвигательнаго нерва.

Слѣдовательно, этотъ фактъ, констатированный при моихъ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ по методу перерожденія, стоитъ въ полномъ соотвѣтствіи съ данными, добытыми другими изслѣдователями, работавшими по эмбриологическому методу. Въ началѣ статьи я указывалъ, что Duval и Laborde ¹⁾, а также и проф. Бехтеревъ ²⁾ при своихъ изслѣдованіяхъ также находили, что посредствомъ заднихъ продольныхъ пучковъ устанавливается связь между ядрами отводящихъ нервовъ и ядрами глазодвигательныхъ нервовъ.

Слѣдуетъ обратить еще вниманіе на то, что на моихъ препаратахъ было ясное перерожденіе волоконъ, идущихъ отъ ядра отводящаго нерва къ верхней оливѣ. Этотъ фактъ, замѣченный и другими изслѣдователями, доказываетъ, что между ядромъ отводящаго нерва и верхней оливой существуетъ тѣсная связь. Такъ какъ на основаніи изслѣдованій нѣкоторыхъ авторовъ извѣстно, что верхнія оливы находятся еще въ связи съ переднимъ ядромъ слуховаго нерва, то, руководясь этими анатомическими данными, слѣдуетъ предполагать, что верхнія оливы играютъ роль не только слуховаго центра, но еще и двигательнаго центра, управляющаго, между прочимъ, передвиженіемъ глазныхъ яблокъ.

Теперь перейдемъ къ изученію корковыхъ началъ отводящаго нерва. Съ этою цѣлью я производилъ у собакъ разрушеніе тѣхъ участковъ мозговой коры, раздраженіе которыхъ вызывало движенія глазъ, оставлялъ собакъ жить на мѣсяць и болѣе и затѣмъ, окрасивши мозги по способу Marchi, приготавливалъ изъ нихъ микроскопическіе препараты.

¹⁾ Loc. cit.

²⁾ Loc. cit.

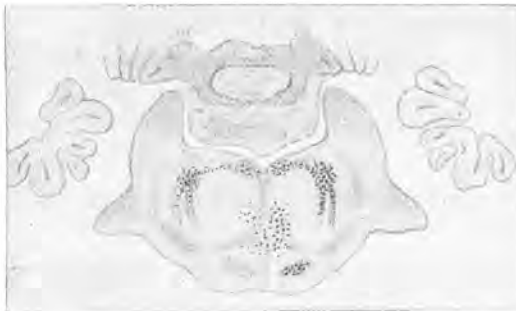
При этихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что перерожденія въ ядрахъ отводящихъ нервовъ наблюдались только при разрушеніи участковъ мозговой коры, лежащихъ впереди крестовидной борозды, тотчасъ сзади *fissura praesylyvia*, соотвѣтственно второй первичной извилинѣ. Слѣдовательно, на этотъ участокъ мозговой коры нужно смотрѣть, какъ на корковое поле отводящаго нерва.

При разрушеніи коры этого участка перерожденные волокна направлялись по слѣдующимъ системамъ: изъ области разрушенія мозговой коры перерожденные волокна шли по сонона *radiata* внизъ, при чемъ нѣкоторыя изъ нихъ вступали въ мозолистое тѣло. Затѣмъ перерожденные волокна направлялись по переднему отдѣлу внутренней сумки; здѣсь они раздѣлялись на нѣсколько отдѣльныхъ системъ, которыя служатъ, повидимому, для связи разрушаемаго участка мозговой коры съ глубже лежащими отдѣлами головного мозга, а именно съ зрительнымъ бугромъ и четверохолміемъ, а также и съ ядрами различныхъ глазныхъ нервовъ. Я не буду останавливаться на описаніи хода волоконъ, соединяющихъ разрушаемый въ моихъ опытахъ участокъ мозговой коры съ зрительными буграми и четверохолміемъ; опишу только ходъ волоконъ, идущихъ отъ коры къ ядрамъ отводящихъ нервовъ и другихъ глазныхъ нервовъ. Изъ передняго отдѣла внутренней сумки перерожденные волокна вступали въ основаніе мозговой ножки, занимая его внутреннюю часть и, главнымъ образомъ, средній отдѣлъ.

На срѣзахъ, проведенныхъ соотвѣтственно уровню передняго двухолмія, перерожденіе наблюдалось въ ядрахъ обоихъ глазодвигательныхъ нервовъ, при чемъ ядро, соотвѣтствующее сторонѣ разрушенія, перерождалось болѣе, чѣмъ противоположное ядро. Далѣе на срѣзахъ, проведенныхъ черезъ Варолиевъ мостъ, наблюдалось перерожденіе въ ядрахъ *отводящихъ* нервовъ, при чемъ здѣсь ядро, противоположное сторонѣ разрушенія, перерождалось болѣе, чѣмъ ядро стороны разрушенія. Задніе продольные пучки перерождались на обоихъ

сторонахъ; слѣдуетъ здѣсь замѣтить, что на срѣзахъ, проведенныхъ черезъ переднее двухолміе, изъ заднихъ продольныхъ пучковъ былъ болѣе перерожденъ пучекъ, соответствующій сторонѣ разрушенія. Затѣмъ на срѣзахъ, проведенныхъ болѣе взади, соответственно Варолиеву мосту, задній продольный пучекъ, противоположный сторонѣ разрушенія, представлялъ болѣе сильное перерожденіе, чѣмъ пучекъ стороны разрушенія. Представлялись также перерожденными волокна, соединяющія ядра отводящихъ нервовъ съ задними продольными пучками. На представленномъ третьемъ рисункѣ ясно видно перерожденіе въ ядрахъ отводящихъ нервовъ и въ обоихъ заднихъ продольныхъ пучкахъ.

Рис. 3-й.



Такимъ образомъ эти препараты подробно рисуютъ намъ ходъ волоконъ, соединяющихъ мозговую кору съ ядрами отводящихъ нервовъ.

На основаніи моихъ препаратовъ, я полагаю, слѣдуетъ прійти къ заключенію, что корковымъ полемъ для отводящаго нерва является участокъ мозговой коры, лежащій впереди *sulcus cruciatus*, соответственно второй первичной извилинѣ. Повидимому, этотъ участокъ мозговой коры является въ то же самое время корковымъ полемъ и для другихъ двигательныхъ глазныхъ нервовъ.

Такъ какъ ядро отводящаго нерва, противоположнаго сторонѣ разрушенія, перерождалось значительно болѣе, чѣмъ

ядро стороны разрушенія, то слѣдуетъ думать, что значительное большинство волоконъ изъ выше указаннаго участка мозговой коры направляется къ ядру противоположнаго отводящаго нерва, а меньшая часть ихъ идетъ къ ядру отводящаго нерва, соответствующаго сторонѣ разрушенія.

На этихъ препаратахъ мы видѣли перерожденіе продольныхъ заднихъ пучковъ, перерожденные волокна которыхъ подходили къ ядрамъ какъ отводящихъ, такъ и глазодвигательныхъ нервовъ.

Слѣдовательно препараты, сдѣланные изъ мозговъ съ корковыми разрушеніями, также указываютъ на то, что ядра отводящихъ нервовъ связаны съ ядрами другихъ глазныхъ нервовъ посредствомъ заднихъ продольныхъ пучковъ.

Полученныя мною данныя при изслѣдованіи мозговъ съ корковыми разрушеніями представляются, по моему мнѣнію, интересными въ виду того, что въ литературѣ нѣтъ работъ, посвященныхъ специальному изученію связей ядеръ отводящихъ нервовъ съ мозговою корой.

Въ заключеніе на основаніи своихъ изслѣдованій я считаю себя въ правѣ сдѣлать слѣдующіе главные выводы изъ своей работы:

1) Корешки отводящихъ нервовъ перекрещиваются между собою.

2) Ядро cadaго отводящаго нерва соединяется съ ядромъ противоположнаго глазодвигательнаго нерва посредствомъ заднихъ продольныхъ пучковъ.

3) Ядра отводящихъ нервовъ связаны особыми волокнами съ верхними оливами.

4) Кортиковымъ полемъ для отводящаго нерва служить участокъ мозговой коры, лежащій впереди крестовидной борозды и тотчасъ сзади *fissura praesylvia*, соответственно второй первичной извилинѣ.

5) Тотъ-же корковый участокъ служитъ корковымъ полемъ и для другихъ двигательныхъ глазныхъ нервовъ (*nervus oculomotorius* и *nervus trochlearis*).

Исслѣдованіе фізіологическаго значенія Аммонова рога (cornu Ammonis) по методу выпаденія функціи.

Д-ра мед. В. П. Осипова.

Исслѣдованіе фізіологическаго значенія Аммонова рога по методу выпаденія функціи предпринималось до сихъ поръ лишь немногими лицами; хотя выводы, сдѣланные ими изъ своихъ опытовъ на животныхъ, частью являются тождественными между собою и даже совпадаютъ, хотя и неполнѣ, съ выводами другихъ авторовъ, работавшихъ по другимъ методамъ изслѣдованія (Edinger, Zuckerkandl—методъ сравнительно-анатомическій, эмбріологическій, анатомическій), тѣмъ не менѣе, при ближайшемъ знакомствѣ съ трудами этихъ авторовъ, нельзя не придти къ заключенію, что выводы ихъ сдѣланы на весьма шаткихъ основаніяхъ.

Опыты оперативнаго удаленія Аммонова рога у животныхъ были произведены *Ferrier*'омъ, *Ferrier*'омъ и *Jeo*, отчасти *Horsley*'емъ и *Schäfer*'омъ, *Luciani* и *Gepilli* и *Fasola*.

Чтобы не быть голословнымъ въ своемъ обвиненіи, я долженъ, хотя вкратцѣ, разобрать опыты упомянутыхъ авторовъ.

Опыты *Ferrier*'а произведены на обезьянахъ въ 1876 г. Обезьяны хлороформировались, вскрывалась полость черепа въ области теменныхъ извилинъ и частью височныхъ, и авторъ черезъ образовавшееся отверстіе проникалъ въ вещество мозга

при помощи гальванокаутера, направляя инструментъ такимъ образомъ, чтобы разрушить *gyrus hippocampi* и *cornu Ammonis*. Послѣ операціи животныя изслѣдовались, причемъ для изслѣдованія обонянія служила уксусная кислота и амміакъ, для изслѣдованія вкуса—лимонная кислота, для изслѣдованія кожной чувствительности—горячее желѣзо и щипки.

Авторъ пришелъ, между прочимъ, къ слѣдующимъ выводамъ: разрушеніе *hippocampus major* (с. *Ammonis*) и *gyrus hippocampi* вызываетъ уничтоженіе тактильной чувствительности на противоположной сторонѣ; центръ обонянія заложень въ *subic. c. Amm.* или въ *gyrus uncinatus* той же стороны; центръ тактильной чувствительности локализируется вблизи центра обонянія....

Изслѣдованіе животныхъ авторъ начиналъ тотчасъ послѣ операціи, т. е., въ то время, когда животное находилось еще подъ вліяніемъ наркоза, хотя, по автору, животныя и оправлялись отъ операціи черезъ 5 минутъ (см. оп. XII); поэтому и не удивительно, что животныя не реагировали на такіе сильныя раздражители, какъ уксусная кислота и др.

Ни одна обезьяна, оперированная авторомъ, кромѣ № XVII, не жила долѣе 2-хъ сутокъ послѣ операціи (оп. XII), обезьяны погибали въ коматозномъ состояніи въ тотъ же день, или убивались хлороформомъ черезъ нѣсколько часовъ или на другой день послѣ операціи. При вскрытіи мозга погибшихъ обезьянъ оказывались, обыкновенно, весьма обширныя разрушенія, что вполне понятно при способѣ операціи, примѣнявшемся авторомъ; также и воспалительныя явленія бывали рѣзко выражены, хотя авторъ говоритъ о нихъ немного и не точно (оп. XVII)¹⁾.

На основаніи опытовъ автора и при способахъ изслѣдованія, имъ примѣнявшихся, на мой взглядъ, нельзя было уста-

¹⁾ David Ferrier. Experiments on the brain of Monkeys.—Philosophical Transactions. Vol. 165. Part. II. 1875. P. 433—488. Exp. XI, XII, XIII, XIV, XVII, XVIII.

навливать зависимость выпаденія той или другой физиологической функціи отъ опредѣленнаго участка центральной нервной системы, тѣмъ болѣе, что явленія, имъ наблюдавшіяся, не всегда были постоянными; неправильность его выводовъ замѣтна уже изъ дальнѣйшихъ его работъ; приведенное же изслѣдованіе *Ferrier*'а имѣетъ лишь историческое значеніе. Насколько затруднительны наблюденія при подобныхъ условіяхъ, видно уже изъ того, что *Ferrier* не замѣтилъ слѣботы, наступающей у животныхъ послѣ разрушенія затылочныхъ долей (оп. XVII).

Дальнѣйшіе опыты въ означенномъ направленіи были произведены *Ferrier*'омъ совмѣстно съ *Jeo* и опубликованы въ 1884 г. Эти опыты поставлены уже лучше предыдущихъ въ томъ отношеніи, что обезьяны жили послѣ операціи значительно дольше, до 3-хъ мѣсяцевъ, поэтому и наблюденія были значительно тщательнѣе; кромѣ того, по словамъ самого *Ferrier*'а, на первые опыты ему возражали. Неизвѣстно почему, но на этотъ разъ *Ferrier* весьма мало говоритъ о пораженіи обонянія послѣ разрушенія g. hippoc. и с. Amm., хотя на этотъ разъ онъ произвелъ гораздо больше опытовъ, чѣмъ въ первый разъ; въ оп. 74, въ которомъ каутеръ прошелъ черезъ лѣвую затылочную долю и частично разрушилъ g. hippoc. и с. Amm., реакція на уксусную кислоту слѣва оказалась пониженной; въ оп. 25, гдѣ частично были разрушены и g. hippoc., и с. Amm., расстройство обонянія было сомнительнымъ; въ оп. 26, гдѣ тоже были повреждены указанные отдѣлы, реакція на амміакъ слѣва была понижена. Интересно, что о полномъ исчезновеніи обонянія вслѣдъ за операціей авторы совершенно не упоминаютъ. Въ этой работѣ *Ferrier* старается во что бы то ни стало доказать, что g. hippoc и с. Amm. представляютъ собою центръ тактильной и мышечной чувствительности; но даже при поверхностномъ прочтеніи протоколовъ опытовъ бросается въ глаза масса противорѣчій; я приведу лишь нѣкоторые отдѣльные примѣры этихъ противорѣчій, такъ какъ настоящая ра-

бота *Ferrier'a* и *Jeo* уже разобрана критически проф. *H. Munk'омъ* ⁹⁾.

Несмотря на приблизительно одинаково обширныя разрушенія *g. hippoc.* и *corpi Ammonis*, бывшія при нѣкоторыхъ операціяхъ, мышечная и тактильная чувствительность не представляла одинаковыхъ измѣненій: она была то понижена, то отсутствовала; въ оп. 32, несмотря на разрушеніе *g. hippoc.* и *c. Amm.* (поверхностное), авторы отмѣчаютъ гиперемію кожи противоположной стороны туловища животнаго; черезъ 4 недѣли операція была повторена справа, причемъ разрушенія были проведены весьма обширныя; наступившая двѣсторонняя анестезія совершенно исчезла на 6-й день послѣ операціи; авторы объясняютъ это тѣмъ, что разрушеніе *g. hippoc.* и *c. Amm.* было неполнымъ, но, судя по протоколамъ опытовъ, оно было значительнѣе, чѣмъ въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ съ полной и продолжительной потерей чувствительности; въ оп. 33 чувствительность возстановилась уже на слѣдующій день послѣ операціи, несмотря на обширность разрушенія указанныхъ отдѣловъ мозга.

Авторами приведено въ разбираемой работѣ 10 опытовъ съ разрушеніемъ *g. hippoc.*, *c. Ammonis* и окружающихъ ихъ отдѣловъ мозга; изъ этихъ 10 опытовъ только въ трехъ (25, 26, 32) обезьяны жили продолжительное время послѣ операціи (отъ 4-хъ недѣль до 3-хъ мѣсяцевъ), но явленія, наблюдавшіяся у нихъ, вовсе не были тождественными; въ оп. 24 обезьяны жили 8 дней; въ остальныхъ же 6 опытахъ авторы находили своихъ животныхъ *умершими отъ неизвѣстной причины* на слѣдующій день послѣ операціи, на 3-й и на 4-й день, или убивали ихъ хлороформомъ на слѣдующій же день, такъ какъ находили ихъ въ коматозномъ со-

⁹⁾ H. Munk. Ueber die Fühl-sphaeren der Gehirnrinde.—Sitzungsberichte der Königl. Preussisch. Academie d. Wissenschaften zu Berlin. Sitz. d. physikal.-mathematisch. Classe vom 14 Juli. 1892. XXXVI. J. 679—723.

стояніи. При вскрытіи мозга животныхъ наблюдались рѣзкія воспалительныя явленія мозговой зоны, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, напр., въ оп. 33, мозгъ оказывался, *повидимому*, нормальнымъ. Въ промежутокъ времени между операцией и смертью животнаго на слѣдующій день въ коматозномъ состояніи животное изслѣдовалось авторами, причемъ результаты этого изслѣдованія имѣли въ ихъ глазахъ такое же значеніе, какъ и результаты, полученные при изслѣдованіи немногихъ животныхъ, наблюдавшихся въ теченіе продолжительныхъ сроковъ. Нѣкоторыя мѣста протоколовъ поражаютъ своею странностью, напр., въ оп. 30 авторы отмѣчаютъ у оперированной обезьяны пониженіе тактильной чувствительности на лѣвой сторонѣ и тотчасъ же указываютъ, что у животнаго наблюдается общая нечувствительность къ прикосновенію. На слѣдующій день обезьяна найдена въ коматозномъ состояніи и убита хлороформомъ; казалось бы, что подобный опытъ не долженъ идти въ счетъ, но и изъ него дѣлаются выводы. Наконецъ, вызывая обширныя разрушенія въ центральной нервной системѣ, авторы не имѣли права устанавливать зависимость наблюдавшихся ими явленій отъ опредѣленныхъ участковъ мозга.

Въ заключеніе приведу выводъ изъ ихъ работы, который, конечно, не можетъ считаться обоснованнымъ; они принимаютъ *g. hippoc.* и *s. Ammonis* за центръ тактильной и мышечной чувствительности, причемъ для полученія полной потери этихъ родовъ чувствительности необходимо полное разрушеніе указанныхъ областей мозга противоположной стороны; разрушеніе только коры *hippocampi* вызываетъ неполную и проходящую анестезію; разрушеніе *fasciae dentatae*—проходящую гиперэстезію; разрушеніе одного *cornu Ammonis* вызываетъ замѣтную анестезію противоположной стороны ¹⁾.

¹⁾ Ferris and, J. e. o. A record of experiments on the effects of lesion of different regions of the cerebral hemispheres.—From the Philosophical Transactions. Part. II. 1884. London. 1885. P. 532—564. Exp. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.

Въ большой книгѣ о функціяхъ мозга, изданной въ 1886 г. и резюмирующей результаты прежнихъ работъ, *Ferrier* высказывалъ свои прежніе взгляды на значеніе g. hippocampi и cornu Ammonis, лишь прибавляя, что разрушеніе ихъ въ отдѣльности вызываетъ лишь временное разстройство тактильной чувствительности, слагающейся изъ кожной, мышечно-кожной и мышечной ¹⁾.

Нѣсколько позднѣе *Ferrier*'а его опыты были повторены *Horsley* и *Schäfer*'омъ, но уже при лучшей обстановкѣ; несмотря на значительныя разрушенія g. hippocampi и c. Ammonis, авторы не получили у оперированныхъ ими животныхъ разстройствъ чувствительности. *Ferrier* объяснилъ это противорѣчіе недостаточностью разрушенія области hippocampi. Тогда *Horsley* и *Schäfer* произвели новый рядъ опытовъ, съ болѣе обширными разрушеніями указанной области, причемъ изъ 8 опытовъ въ одномъ они получили нѣкоторое пониженіе тактильной чувствительности, а въ двухъ—тактильной и болевой (оп. 31, 33, 34); но и эти три опыта не свободны отъ возраженій; въ оп. 31 разстройство чувствительности продолжалось лишь въ теченіе недѣли, и это наступило уже послѣ 4-ой операціи на одномъ и томъ же животномъ; въ оп. 33 обезьяна погибла въ коматозномъ состояніи черезъ два дня послѣ операціи; авторы сами говорятъ, что изслѣдованіе ея вслѣдствіе этого не могло быть совершеннымъ, но всетаки упоминаютъ о нѣкоторомъ пониженіи тактильной и болевой чувствительности слѣва (операція справа); въ оп. 34 болевая чувствительность возстановилась уже на другой день, а пониженіе тактильной было замѣтно еще черезъ 3½ мѣс. послѣ операціи ²⁾. На основаніи этихъ опытовъ также нельзя сдѣлать заключенія о функціи Аммонова рога; кромѣ того,

¹⁾ *Ferrier*. The Functions of the Brain.—London, 1886.

²⁾ *Horsley and Schäfer*. A Records of Experiments upon the functions of the cerebral cortex.—Philosophical Transactions. Vol. 179. 1888. B. P. 1—45. Exp. 28—35.

вѣрнѣе допустить, что разстройство чувствительности у животныхъ, какъ въ опытахъ *Ferrier'a*, такъ и *Horsley* и *Schäfer'a*, зависѣло отъ поврежденія мозговыхъ ножекъ или внутренней капсулы, если не непосредственно каутеромъ, то воспалительнымъ процессомъ послѣ грубо произведенныхъ операцій. Отрицательные результаты *Horsley* и *Schäfer'a* являются поэтому болѣе доказанными. Интересно, что послѣдніе авторы ни слова не говорятъ о разстройствѣ обонянія у оперированныхъ животныхъ.

Въ 1884 г. *Luciani* вкратцѣ опубликовалъ резюме своихъ опытовъ въ области чувствующихъ центровъ мозговой коры. Опыты его надъ *g. hippoc.* и *s. Ammonis*, какъ и опыты *Horsley* и *Schäfer'a*, не подтверждаютъ значенія этихъ извилинъ, какъ центровъ кожной и мышечной чувствительности (*Ferrier*); *Luciani* съ положительностью говоритъ, что Аммоновъ рогъ есть *центральный пунктъ* обонятельной сферы, такъ какъ даже частичныя поврежденія его во время операціи вызываютъ разстройства обонянія, а въ первое время послѣ операціи обоняніе даже совсѣмъ пропадаетъ; разрушеніе *g. hippoc.* также ведетъ къ разстройству обонянія. Аммоновъ рогъ есть лишь главный отдѣлъ обонятельной сферы, вся же обонятельная сфера мозговой коры очень велика, она занимаетъ еще больше половины поверхности височныхъ и теменной долей. Кромѣ того, *Luciani*, хотя и предположительно, смотритъ на Аммоновъ рогъ, какъ на часть слуховой корковой сферы. По сосѣдству съ центромъ обонянія находится и центръ вкуса, занимающій четвертую наружную извилину (*the fourth external convolution*) и часть *g. hippocampi*, такъ какъ послѣ удаленія этихъ отдѣловъ мозговой коры у собаки исчезала реакція на горькій вкусъ дигиталина на на сторонѣ языка, соотвѣтствующей операціи ¹⁾.

¹⁾ *Luciani*. On the sensorial localisations in the cortex cerebri.—*Brain*, Juli, 1884. Part. XXVI. P. 145—160.

Меня интересуютъ, преимущественно, опыты *Luciani*, въ которыхъ у животныхъ удалялся Аммоновъ рогъ; поэтому я разсмотрю эти опыты подробнѣе. Въ большой работѣ о локализациа центровъ въ корѣ большого мозга, произведенной совместно съ *Sepilli*, *Luciani* приводитъ четыре опыта, въ которыхъ у собакъ, между прочимъ, была произведена и частичная экстирпациа Аммонова рога; опытовъ, посвященныхъ специально удаленію Аммонова рога, въ этой работѣ нѣтъ. Въ первомъ опытѣ (*Luciani* и *Sepilli*, стр. 75—78) собака была оперирована два раза: первая операціа заключалась въ удаленіи части зрительной сферы *Munk*'а въ лѣвомъ полушаріи; послѣ операціи наблюдалось сильное нагноеніе раны, сопровождавшееся лихорадкой; черезъ двѣ съ половиной недѣли произведено удаленіе оставшихся отдѣловъ зрительной сферы, причѣмъ вскрыты боковой желудочекъ и только обнаженъ Аммоновъ рогъ; на другой же день послѣ операціи обоняніе собаки оказалось пониженнымъ, такъ что она различала чутьемъ присутствіе пищи лишь на разстояніи 2-хъ ситим. Въ слѣдующіе дни обоняніе найдено авторами также ниже нормы. На 10-й день послѣ операціи собака лихорадила и отказывалась отъ пищи; а на 11-й день послѣ операціи она погибла отъ весьма рѣзко выраженнаго гнойнаго воспаленія мозга (какъ показало вскрытіе, обильныя массы гноя покрывали все основаніе мозга и переполняли желудочки); на лѣвомъ Аммоновомъ рогѣ оказался небольшой экхимозъ.

Во второмъ случаѣ собакѣ было сдѣлано 4 операціи съ промежутками времени отъ 10 дней до 3-хъ недѣль; при первой операціи удалены съ обѣихъ сторонъ задніе отдѣлы теменныхъ долей, при второй—зрительная сфера съ лѣвой стороны, при третьей—зрительная сфера справа; обоняніе было нормальнымъ; при четвертой операціи—частичное удаленіе (на протяженіи около 1 снтм.) Аммонова рога. Черезъ день: лихорадка, отсутствіе аппетита, обоняніе ослаблено даже на сильно пахнущія вещества. Черезъ два дня послѣ операціи—температура ниже и обоняніе лучше. На третій день

собака провалилась въ глубокой погребѣ и околѣла. Вскрытіе мозга подтвердило удаленіе небольшого участка срединнаго Аммонова рога. (*Lus.* и *Sep.* Стр. 84—88).

Третьей собакѣ въ три пріема были удалены зрительныя сферы съ обѣихъ сторонъ; уже послѣ третьей операціи авторы отмѣтили притупленіе обонянія; 11-го мая была вскрыта слѣва боковой желудочекъ, изъ котораго вытекло много цереброспинальной жидкости и который оказался очень широкимъ (воспалительный процессъ?); удалена часть Аммонова рога, лежащая кнутри отъ нижняго рога. Животное перенесло операцію съ большимъ трудомъ; черезъ 6 часовъ послѣ операціи t^0 in recto была 27°C . На другой день авторы отмѣчаютъ, что животное было совершенно слѣпо (затылочные доли), находило пищу лишь при помощи обонянія, тактильная чувствительность справа была рѣзко понижена, обоняніе притуплено. 13-го мая явленія выражены слабѣе; 14-го при лихорадочной температурѣ ($40,4^{\circ}\text{C}$) и отсутствіи аппетита присоединилось еще разстройство слуха; между 15—28 мая разстройства слуха, обонянія и тактильной чувствительности совершенно исчезли; ночью 6-го іюня животное околѣло отъ гнойнаго менинго-энцефалита, причемъ лѣвый желудочекъ былъ наполненъ гноемъ; тутъ же прибавляется, что весь остальной мозгъ, кромѣ совершенно перерожденной неудаленной части Аммонова рога, былъ нормаленъ (?). (*Lus.* и *Sep.* Стр. 88—93).

Четвертая собака также перенесла четыре операціи: удаленіе части лѣвой височной доли, затѣмъ правой, при третьей операціи—снова части лѣвой; передъ началомъ 3-ей операціи—падучный приступъ; на другой день—рѣзкое пониженіе обонянія; черезъ день—рѣзкое пониженіе обонянія; черезъ день—снова падучный приступъ; черезъ 3 недѣли обоняніе, понизившееся еще послѣ первой операціи, все еще было понижено, но тѣмъ не менѣе сдѣлано частичное удаленіе Аммонова рога справа, послѣ чего обоняніе повзросло очень рѣзко, но на пятый день уже возстановилось до нормы,

хотя, по словамъ авторовъ, собака не умѣла имъ пользоваться, какъ слѣдуетъ, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, т. е., если въ комнату приносили пищу, она тотчасъ начинала работать чутьемъ (*Schmiffeln*), но долго разыскивала пищу (*Luc. и Sep. Стр. 103—113*).

На основаніи приведенныхъ опытовъ *Luciani* и *Sepilli*¹⁾ дѣлаютъ весьма смѣлые выводы, сводящіеся къ слѣдующему: Аммоновъ рогъ есть центральный пунктъ обонятельной сферы, даже незначительныя поврежденія котораго (экхимозъ въ первомъ случаѣ?) ведутъ къ рѣзкимъ расстройствамъ обонянія; при поврежденіи Аммонова рога съ одной стороны, обоняніе понижается съ обѣихъ сторонъ (на противоположной сторонѣ слабѣе), что указываетъ на частичный перекрестъ обонятельныхъ путей въ мозгѣ; если слѣпота у животныхъ послѣ удаленія областей зрительныхъ сферъ была неполной, поврежденіе Аммонова рога вело къ *полной* душевной слѣпотѣ (*Seelenblindheit*); кромѣ того, Аммоновъ рогъ находится въ связи съ слуховой корковой сферой. (*Luc. и Sep. Стр. 139—166*).

Въ началѣ разбираемой работы *Luciani* и *Sepilli* авторы даютъ нѣсколько очень хорошихъ совѣтовъ относительно того, какъ слѣдуетъ экспериментировать и какъ слѣдуетъ наблюдать оперированныхъ животныхъ; между прочимъ, они совершенно справедливо замѣчаютъ, то основное требованіе отъ эксперимента—это чистота операціи, не влекущая за собою оперативныхъ осложнений раны; и противъ этого-то правила сами авторы грѣшатъ самымъ неопозволительнымъ образомъ; между тѣмъ, выводъ ихъ относительно связи Аммонова рога съ зрительной сферой основанъ исключительно на второмъ и третьемъ изъ приведенныхъ мною опытовъ, и, само собою разумѣется, неправиленъ; впрочемъ, объ этомъ будетъ еще сказано ниже. Также мало основательны и выводы авторовъ относительно слуховой функціи Аммонова рога, такъ какъ

¹⁾ *Luciani und Sepilli. Die Functions-Localisation auf der Grosshirnrinde.—Autorisirte deutsche und vermehrte Ausgabe v. D-r. Fraenkel. Leipzig. 1886.*

сдѣланы изъ плохо обставленныхъ опытовъ. Весьма мало доказательны и выводы авторовъ относительно обонятельной функціи Аммонова рога; въ первомъ опытѣ разстройство обонянія связывается съ найденнымъ на вскрытіи экхимозомъ въ Аммоновомъ рогѣ, а наличие гнойнаго менингоэнцефалита въ расчетъ не принимается, какъ и въ дальнѣйшихъ опытахъ; во второмъ опытѣ обоняніе улучшилось черезъ день послѣ операціи, когда температура животнаго нѣсколько понизилась и явился аппетитъ, отсутствовавшій на слѣдующій день послѣ операціи: всякому же экспериментатору извѣстно, что если животное лихорадитъ и отказывается отъ пищи, оно вовсе не реагируетъ на запахъ пищи, даже на запахъ мяса; слѣдовательно, дѣлать выводъ изъ такого опыта нельзя; дальнѣйшему наблюденію помѣшала смерть собаки. Въ третьемъ случаѣ обоняніе было уже притуплено до экстирпаціи Аммонова рога; хотя послѣ этого обоняніе притупилось еще сильнѣе, но гнойный менингоэнцефалитъ, вызвавшій и другія осложненія, быстро вызвалъ смерть животнаго; интересно, что острота слуха и обонянія колебалась параллельно колебаніямъ температуры животнаго; этимъ и можно объяснить, что слухъ и обоняніе были разстроены *одинаково* съ обѣихъ сторонъ. Животное лихорадило и имѣло ничтожный аппетитъ. Болѣе доказательнымъ могъ бы быть четвертый случай, такъ какъ животное жило долго послѣ операціи и могло подвергнуться всестороннему наблюденію; но на этомъ животномъ было произведено 4 операціи, и послѣ каждой изъ нихъ обоняніе рѣзко страдало; когда же при четвертой операціи у собаки съ уже пониженнымъ обоняніемъ было произведено частичное удаленіе Аммонова рога, обоняніе рѣзко понизилось снова, но черезъ 4 дня уже вернулось къ нормѣ. Ну, можно ли заключить на основаніи сказаннаго, что Аммоновъ рогъ есть главный пунктъ обонятельнаго центра?

Авторы приводятъ еще опытъ, въ которомъ при операціи частичнаго удаленія *subiculum s. Amm.* незначительно пораненъ былъ и Аммоновъ рогъ; но въ этомъ случаѣ, тоже

не безупречномъ (обильное кровотеченіе во время операціи), обоняніе почему-то особенно пострадало на противоположной сторонѣ (124—126). Вообще, обоняніе въ опытахъ *Luciani* и *Sepilli* страдало у оперированныхъ животныхъ послѣ весьма многочисленныхъ и разнообразныхъ операцій, почему авторы и пришли къ заключенію, что обонятельная сфера распространена по большей части поверхности мозговой коры (*Luc.* и *Sep.* Стр. 165).

Необходимо еще замѣтить, что изъ работы не видно, чтобы авторы испытывали обоняніе своихъ собакъ до операціи; для испытанія же обонянія послѣ операціи они пользовались мясомъ и уксусной кислотой, хлороформомъ и амміакомъ—веществами совершенно непригодными для испытанія чувства обонянія.

Авторы и сами, повидимому, сознаютъ неудовлетворительность своихъ опытовъ, такъ какъ замѣчаютъ, что если по отношенію къ обонянію ихъ опыты и не полны, все же они указываютъ путь, по которому нужно слѣдовать (Стр. 162). Въ подтвержденіе правильности своихъ заключеній *Luciani* ссылается на работу *Fasola*¹⁾, вышедшую изъ его лабораторіи. Подобно *Luciani*, *Fasola* удалялъ у собакъ Аммоновъ рогъ, сначала съ одной стороны, а потомъ съ другой (въ одномъ опытѣ удаление Аммонова рога было произведено сразу съ обѣихъ сторонъ) и затѣмъ изслѣдовалъ своихъ собакъ въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени. Подобно *Luciani*, авторъ пришелъ къ заключенію, что функція Аммонова рога тѣсно связана съ зрѣніемъ, обоняніемъ и слухомъ; значеніе его для кожной чувствительности и мышечнаго чувства *Fasola* отрицаетъ. Опыты *Fasola* также далеко не свободны отъ возраженій; онъ приводитъ 6 опытовъ—3 съ двустороннимъ удаленіемъ Аммонова рога и 3 съ одностороннимъ, причемъ въ одномъ изъ этихъ опытовъ Аммоновъ

¹⁾ G. Fasola. Sulla Fisiologia del grande Hippocampo.—Rivista sperimentali di Freniatria. Anno XI. 1885. P. 434—475.

рогъ былъ лишь слегка поврежденъ (см. *Fasola*, Esp. F); изъ этихъ опытовъ тремъ не слѣдовало бы придавать значенія, именно опытамъ С (двустор. удаленіе Аммонова рога), Е и F (одностор. удал.), такъ какъ въ первыхъ двухъ животныя погибли отъ гнойнаго процесса въ мозговой ранѣ, а въ третьемъ животное погибло случайно на 5-й день послѣ операциі и слѣдовательно очень короткое время подвергалось наблюденію; итакъ остается 3 опыта.

Ошибки въ опытахъ *Fasola* заключаются въ слѣдующемъ: 1) авторъ не произвелъ ни разу удаленія Аммонова рога въ одну операцию, а сначала удалялъ зрительную сферу *Munk'a* съ одной стороны, черезъ 3—4 недѣли—удалялся Аммоновъ рогъ съ той же стороны, затѣмъ, при третьей операциі, удалялась зрительная сфера другого полушарія, а при четвертой операциі—Аммоновъ рогъ этого полушарія; въ опытѣ Е до удаленія Аммонова рога слѣва было произведено въ различные сроки 3 операциі въ области затылочныхъ долей. Такое повторное оперированіе въ однихъ и тѣхъ же областяхъ мозга, причемъ зрительныя сѣры удалялись почти въ полномъ ихъ объемѣ (три затылочныхъ извилины) и иногда еще до операциі удаленія Аммонова рога вскрывался боковой желудочекъ, не могло не дѣйствовать раздражающимъ образомъ на сосѣдніе отдѣлы мозга. 2) Операциі производились *антисептически*, причемъ мозговья раны обильно смачивались посредствомъ губочекъ растворомъ карболовой кислоты, которая, понятно, попадала и въ нижній рогъ, и въ глубину желудочковъ, и на поверхностно лежащіе сосѣдніе отдѣлы мозга, подвергая соотвѣтствующіе его участки своему вредному дѣйствію (*gugus Pirrossamprі*, слуховая сфера *Munk'a* и др.). При накладываніи швовъ (мышечные и кожныя швы) спитые края раны обильно присыпались іодоформомъ. Указанныя условія особенно важны въ виду ихъ повторнаго дѣйствія. 3) Наконецъ, я долженъ поставить въ упрекъ автору, что при изслѣдованіи обонянія онъ держалъ собакъ на рукахъ, приближая имъ къ носу мясо и пахучія вещества (скипидаръ,

гвоздичное масло и совершенно непригодные для изслѣдованія обонянія—амміакъ, уксусную кислоту и хлороформъ); при изслѣдованіи различныхъ степеней остроты такого тонкаго чувства, какъ обоняніе, вниманіе животнаго могло отвлекаться отъ предмета изслѣдованія тѣмъ, что его брали на руки, да и самая точность изслѣдованія при этомъ способѣ можетъ подвергнуться незамѣтнымъ, но важнымъ случайностямъ; при изслѣдованіи обонянія собака должна спокойно сидѣть съ завязанными глазами. Кромѣ того, изъ работы автора не видно, чтобы, заставляя собаку искать съ завязанными глазами разложенные на полу кусочки мяса, онъ заставлялъ ее предварительно упражняться въ этомъ; дѣло въ томъ, что собаки, отыскивающія при повторныхъ упражненіяхъ кусочки мяса быстро и безъ ошибокъ, при первомъ опытѣ производятъ впечатлѣніе лишенныхъ обонянія: такъ плохо онѣ разыскиваютъ мясо и такъ неловки ихъ движенія; если собака до операціи удаленія Аммонова рога не была приучена искать мясо при такихъ условіяхъ, то послѣ операціи по поведенію ея во время этого упражненія совершенно нельзя судить объ ея обонятельныхъ способностяхъ.

Пониженіе обонянія у собаки въ опытахъ *Fusola*, рѣзко выраженное въ первые дни послѣ операціи (даже при незначительномъ поврежденіи Аммонова рога съ одной стороны въ оп. F), постепенно возстановлялось до нормы въ теченіе 2-хъ—3 хъ недѣль послѣ операціи.

Изъ всего вышесказаннаго вполне ясно вытекаетъ, что фізіологическое значеніе Аммонова рога по методу выпаденія функціи остается совершенно невыясненнымъ. Изслѣдованія авторовъ, работавшихъ по другимъ методамъ, какъ *Zucker-kandl*¹⁾ и *Edinger*²⁾, указываютъ на важное значеніе Аммо-

¹⁾ E. Zuckerkandl. Ueber das Riechcentrum. — Stuttgart. 1887. О н ѣ ж е. Das Riechbündel des Ammonshornes.—Anatom. Anzeig. Jahrg. 1888. № 15. S. 425—434.

²⁾ L. Edinger. Ueber den phylogenetischen Ursprung des Rindencentren und über den Riechapparat.—Arch. f. Psych. B. XXV. H. II. 1893. S. 584.

нова рога для обонянiя, но для окончательнаго рѣшенiя вопроса не хватаетъ экспериментальныхъ доказательствъ. Экспериментъ до нѣкоторой степени могли бы замѣнить клиническія наблюденiя случаевъ аносміи, въ которыхъ на вскрытіи оказалось бы изолированное пораженіе Аммонова рога, но, судя по обширной работѣ *Zwaardemaker'a*¹⁾, такихъ случаевъ нѣтъ; напротивъ того, какъ будетъ видно ниже, есть клиническія наблюденiя, говорящія противъ обонятельной функціи Аммонова рога. Случаи мозговыхъ опухолей и абсцессовъ, сопровождавшихся аносміей, мало доказательны, такъ какъ обыкновенно захватываютъ обширные участки мозга.

II.

Въ виду сомнительныхъ и частью разнорѣчивыхъ данныхъ, добытыхъ экспериментальнымъ путемъ, новая постановка опытовъ представлялась весьма желательной. Такіе опыты и были произведены мною въ „Физиологическомъ Институтѣ при высшей ветеринарной школѣ въ Berlin'ѣ“, по предложенію проф. *H. Munk'a* и подъ его непосредственнымъ руководствомъ. Приводимый ниже способъ операціи также предложенъ проф. *H. Munk'омъ*.

Опыты произведены на собакахъ, какъ на животныхъ, обладающихъ весьма развитымъ обонянiемъ, и заключались въ томъ, что посредствомъ операціи у собакъ удалялся Аммоновъ рогъ, а затѣмъ, въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, собаки подвергались наблюденію.

Операція удаленiя Аммонова рога состояла въ слѣдующемъ: продольнымъ разрѣзомъ черезъ кожу и фасцію обнажался черепъ собаки; перерѣзалась височная мышца по мѣсту прикрѣпленiя ея къ костямъ черепа и отдѣлялась отъ костей распаторомъ; мышца отдѣлялась настолько, чтобы получить свободный доступъ въ затылочной части черепа; трепанація

¹⁾ *H. Zwaardemaker. Die Physiologie des Geruchs.—Leipzig. 1895.*

соотвѣтственно положенію затылочныхъ долей; трепанационное отверстіе костными щипцами расширялось въ такой степени, чтобы обнажить вторую и третью затылочную извилину; такимъ образомъ получалось четырехугольное отверстіе въ черепѣ, передняя граница котораго опредѣлялась положеніемъ Аммонова рога; затрудненія въ этомъ отношеніи не представлялось, такъ какъ до операціи на живыхъ собакахъ былъ произведенъ рядъ операцій на головахъ мертвыхъ животныхъ; крестообразнымъ разрѣзомъ острымъ скальпелемъ съ короткимъ лезвіемъ отъ центра къ угламъ раны вскрывалась твердая мозговая оболочка; дальше слѣдовали разрѣзы черезъ мозгъ: два боковыхъ разрѣза, шедшихъ по краямъ второй и третьей извилины настолько близко къ границамъ прилежащихъ извилинъ, насколько позволяли лежащіе здѣсь сосуды; для операціи употреблялся скальпель съ узкимъ лезвіемъ; скальпель направлялся или отвѣсно въ глубину мозга, или—при внутреннемъ разрѣзѣ—остріемъ нѣсколько къ срединной линіи, а при наружномъ—кнаружи, смотря по тому, имѣлось ли въ виду обнажить большую или меньшую часть Аммонова рога; поперечный разрѣзъ, соединявшій края двухъ продольныхъ, соотвѣтствовалъ передней границѣ костнаго отверстия; въ переднемъ отдѣлѣ два мозговой раны лежалъ обнаженный Аммоновъ рогъ; оставалось вырѣзать тѣмъ же узенькимъ скальпелемъ болѣе или менѣе значительный его участокъ; затѣмъ края мозговой раны прикрывались твердой мозговой оболочкой, накладывались мышечные и кожные швы. Черезъ двѣ недѣли операція повторялась на другой сторонѣ.

Само собою понятно, что операціи совершались при возможно тщательномъ соблюденіи правилъ антисептики и асептики. Считаю необходимымъ отгнѣнить, что при моихъ опытахъ растворъ карболовой кислоты употреблялся только для мытья рукъ; операціонныя раны, какъ мозговья, такъ и мышечныя и кожныя, очищались лишь стерилизованной ватой, причемъ *никакихъ* антисептическихъ средствъ не примѣня-

лось; даже зашитая наглухо кожная рана не присыпалась іодоформомъ.

До операціи собакамъ вприскивался морфій, наркозъ примѣнялся эфирный съ прибавкою небольшого количества хлороформа. Собака привязывалась на операціонной доскѣ въ положеніи на животъ, голова укрѣплялась держателемъ, шерсть съ операціоннаго поля сбиралась.

При извѣстномъ навыкѣ описанная операція, особенно если не мѣшаютъ кровотеченія, совершается довольно быстро (около часу времени), но тѣмъ не менѣе она должна быть отнесена къ числу весьма серьезныхъ, такъ какъ соединена съ вскрытіемъ мозгового желудочка; вскрытіе желудочка—самый важный моментъ операціи; усилія оператора должны быть направлены къ тому, чтобы въ глубину желудочка не проникла кровь.

Путь къ Аммонову рогу черезъ затылочные доли наиболѣе удобенъ по анатомическому положенію послѣдняго и потому, что функція коры затылочныхъ долей сравнительно хорошо изучена, что позволяетъ правильно оцѣнивать явленія, наблюдаемые у оперированныхъ животныхъ.

Перехожу къ описанію методики изслѣдованія животныхъ.

Собаки, назначенныя для опыта, изслѣдовались не только послѣ операціи удаленія Аммонова рога, но и ранѣе.

Для изслѣдованія обонянія служило мясо и нѣжно пахнущее хмѣлевое масло (*ol. origani vulgaris*); собакѣ завязывались глаза, подносился медленно къ носу кусочекъ мяса и обращалось вниманіе, съ какого разстоянія собака его зачуетъ и насколько живо она это выразитъ движеніемъ ноздрей и выпячиваніемъ головы по направленію къ мясу. Хмѣлевое масло—вещество непріятное для собакъ; къ носу собаки съ завязанными глазами медленно подносилась маленькая пробка отъ стеклянки съ хмѣлевымъ масломъ; обыкновенно, собака, зачуй запахъ масла, весьма живо отворачивала морду въ сторону, иногда даже пятясь назадъ, а нѣкоторыя собаки даже выражали свое отвращеніе гримасой, морща

щеки и обнажая зубы. До операціи (кромѣ первыхъ двухъ опытовъ) собаки приучались искать мясо съ завязанными глазами. Для этого кусочки мяса раскладывались на полу рядами и въ безпорядкѣ; собака должна была ихъ отыскивать. Обыкновенно вначалѣ собака старалась сорвать повязку, но послѣ вѣсколькихъ повторныхъ упражненій, а иногда уже и съ перваго раза, собаки понимали, что отъ нихъ требовалось, и охотно подвергались этому упражненію. Если собака наступала на кусочекъ мяса ногой, то обращалось вниманіе, замѣчала ли она это (тактильная чувствительность) и насколько точно ориентировалась въ положеніи кусочка (мышечное чувство). Нѣкоторые кусочки мяса слегка смазывались хмѣлевымъ масломъ; этимъ имѣлось въ виду опредѣлить, не страдаетъ ли вкусъ ¹⁾ собакъ послѣ операціи и насколько отчетливо онѣ различаютъ обоняніемъ смазанные кусочки мяса отъ несмазанныхъ.

У собакъ, оперированныхъ лишь съ одной стороны, интересно было опредѣлить разницу въ обоняніи съ одной и другой ноздри; для этой цѣли одна ноздря собаки прикрывалась кусочкомъ ваты, прижимавшимся къ ней пальцемъ, къ другой же подносилось хмѣлевое масло или мясо; затѣмъ изслѣдовалась другая ноздря. Заставить собакъ искать мясо, затампонировавъ одну ноздрю ватой, мнѣ не удавалось: собаки тотчасъ начинали дѣлать усиленные выдыхательныя движенія, пока вата не вылетала прочь; кромѣ того, я остерегался слишкомъ настойчиво повторять этотъ опытъ изъ боязни повредить у собакъ слизистую оболочку носовой полости.

При изслѣдованіи обонянія глаза собаки всегда были завязаны, такъ же, какъ и при изслѣдованіи рефлексовъ и чувствительности.

Кромѣ обонянія, тщательно изслѣдовалось поле зрѣнія собакъ, такъ какъ при операціи удалялась часть зрительной

¹⁾ Хмѣлевое масло имѣетъ горьковатый вкусъ.

сферы; изслѣдовался каждый глазъ въ отдѣльности посредствомъ медленнаго передвиженія передъ глазомъ кусочка мяса, въ различныхъ направленіяхъ; разъ собака видитъ кусочекъ, она слѣдуетъ глазомъ за его движеніемъ. Неизслѣдуемый глазъ находился подъ повязкой. Болевая и тактильная чувствительность собакъ, мышечное чувство, двигательные рефлексы—также изслѣдовались у всѣхъ собакъ, назначенныхъ для опыта.

III

Перехожу къ изложенію отдѣльныхъ опытовъ.

Опытъ I. Черный пудель средней величины, весьма подвижный и ласковый; на запахъ хмѣлевого масла реагируетъ, живо отворачиваясь въ сторону; тотчасъ замѣчаетъ подносимое къ носу мясо, усиленно начинаетъ нюхать и схватываетъ кусокъ; со стороны органовъ чувствъ, кожной и мышечной чувствительности ничего ненормальнаго не наблюдается.

17 Октября 1899 г. проф. *H. Munk'*омъ произведена операція частичнаго удаленія Аммонова рога слѣва; слѣвано лишь поверхностное удаленіе части Аммонова рога, открывшейся послѣ вырѣзыванія 2-й и 3-й затылочныхъ извилинъ, т. е., удалено бѣлое вещество рога и незначительное количество подлежащаго сѣраго вещества. Незначительныя кровотеченія, бывшія при операціи, остановлены посредствомъ тампоновъ изъ прокипяченной ваты. Мышечный и кожный швы наложены послѣ тщательной очистки соотвѣствующихъ областей такими же ватными тампонами.

18 Октября. Собака уже значительно оправилась отъ операціи, живо реагируетъ на запахъ хмѣлевого масла, отворачивая голову. Аппетита еще нѣтъ.

19 Октября. Совершенно оправилась отъ наркоза. Рана заживаетъ прекрасно. Неполное выпаденіе правыхъ половинокъ поля зрѣнія обоихъ глазъ. Реакція на хмѣлевое масло и на мясо весьма живая, одинаковая съ обѣихъ сторонъ. Съ завязанными глазами сначала не хотѣла искать кусочковъ мяса и пыталась сорвать повязку, но затѣмъ стала искать кусочки,

находя ихъ довольно быстро. Наступая на кусочки мяса, тотчасъ замѣчала ихъ и хватала безошибочно. Разстройство чувствительности не наблюдается. Слухъ также не разстроенъ замѣтно, собака оборачивается на тихій свистъ, если тихонько бросается на полъ кусочекъ мяса, она тотчасъ направляется въ ту сторону. Движенія свободны. Изслѣдованіе пуделя въ слѣдующіе дни не дало ничего новаго; лишь благодаря почти ежедневному повторенію опыта съ искаліемъ кусочковъ мяса съ завязанными глазами, онъ сталъ находить разложенные на полу кусочки, почти не пропуская ни одного. Къ 26-му Окт. поле зрѣнія, пострадавшее послѣ операціи, нѣсколько увеличилось. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

30 Октября. Точно такая же операція, какъ слѣва, произведена справа. Кровотеченіе при операціи было незначительное.

31 Октября. Находятся еще подъ вліяніемъ наркоза, но уже реагируетъ на хмѣлевое масло

1 Ноября. Оправился отъ наркоза. Живо реагируетъ на хмѣлевое масло и на мясо. Неполная слѣпота на оба глаза ¹⁾. Въ слѣдующіе дни пудель быстро продолжалъ оправляться послѣ операціи, такъ что 3-го Ноября искалъ мяса съ завязанными глазами, причемъ не было замѣтно разницы сравнительно съ его поведеніемъ до операціи; онъ такъ же быстро находилъ кусочки и дѣлалъ не больше ошибокъ, чѣмъ раньше. Кромѣ разстройства зрѣнія, ничего ненормальнаго при изслѣдованіи животнаго не замѣчается.

Многочисленное изслѣдованіе собаки въ теченіе дальнѣйшаго времени обнаружило лишь нѣкоторое улучшеніе со стороны зрѣнія. Ни со стороны обонянія, ни со стороны слуха, равно какъ и со стороны кожной и мышечной чувствительности—ничего ненормальнаго не замѣчалось.

7 Декабря пудель послужилъ еще для одной мозговой операціи, которую также перенесъ легко, быстро послѣ нея оправившись.

12 Января пудель убитъ, такъ какъ изслѣдованіе его уже не могло представлять дальнѣйшаго интереса.

¹⁾ Подробнѣе о разстройствѣ зрѣнія оперированныхъ собакъ будетъ сказано ниже.

Вскрытіе. Прочно зарубцевавшіяся кожная и мышечная раны. Мозговая рана въ прекрасномъ состояніи, свободные края перерѣзанной во время операціи твердой мозговой оболочки слегка сращены съ мышцей; по краямъ мозговыхъ ранъ не видно слѣдовъ воспалительной реакціи, поверхность мозговой коры здѣсь не отличается отъ другихъ ея участковъ. Съ цѣлью дальнѣйшаго изслѣдованія, мозгъ положенъ для уплотненія въ формалинъ. Поперечный разрѣзъ мозга на уровнѣ положенія Аммонова рога подтвердилъ правильность операціи.

Опытъ 2. Бѣлый кобель изъ породы терріеровъ. Изслѣдованіе до операціи обнаружило живую обонятельную реакцію на хмѣлевое масло и на мясо. Никакихъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы собака не представляетъ.

21 Октября 1899 г. произведена операція удаленія Аммонова рога слѣва; ходъ операціи совершенно такой же, какъ и въ опытѣ 1-мъ, но экстирпація рога глубже и на большемъ протяженіи, чѣмъ въ 1-мъ опытѣ.

Уже на другой день послѣ операціи собака живо реагировала на запахъ хмѣлевого масла, реакція была одинаково живая при поднесеніи масла къ той или другой поздрѣ. На третій день появился прекрасный аппетитъ. Собака такъ хорошо оправлялась отъ операціи, что на четвертый день можно уже было приступить къ болѣе тщательному ея изслѣдованію: обонятельная реакція на хмѣлевое масло и на мясо—одинаково живая съ обѣихъ сторонъ; первый опытъ исканія кусочковъ мяса съ завязанными глазами—находить мясо, но не очень быстро, проходить мимо кусочковъ; зрѣніе—неполное выпаденіе правыхъ половинокъ поля зрѣнія обонихъ глазъ. Тактильные рефлексы справа выражены живѣе, нежели слѣва.

26 Октября. Тѣ же самыя явленія. Кожная рана зажила первымъ натяженіемъ. Съ завязанными глазами ищетъ уже значительно лучше.

Къ 30 Окт. кожная рана зажила уже хорошо. Разница въ рефлексахъ исчезла. Съ завязанными глазами находить кусочки мяса почти безъ ошибокъ. Дефекты поля зрѣнія нѣсколько уменьшились.

2 Ноябрь—операція удаленія Аммонова рога справа; удаленъ приблизительно такой же величины участокъ его, какъ и слѣва. Кровотеченія почти не было.

3 *Ноября* животное почти оправилось отъ наркоза, живо реагируетъ на хмѣлевое масло.

4 *Ноября* собака уже ѣла съ аппетитомъ. Живая обонятельная реакція на хмѣлевое масло и на мясо. Тоже и въ слѣдующіе дни. Значительные дефекты поля зрѣнія.

7 *Ноября*. Кожная рана заживаетъ безъ осложнений. Рефлексы при поглаживаніи конечностей равномѣрны съ обѣихъ сторонъ. Обонятельная реакція на хмѣлевое масло и на мясо выражена такъ же живо, какъ и до операции. Хорошо находитъ кусочки мяса съ завязанными глазами, хотя иногда и проходитъ мимо, какъ бы не замѣчая кусочка; если задѣваетъ кусочекъ ногой, моментально замѣчаетъ это и, повернувшись, схватываетъ его съ полной точностью, что указываетъ на нормальное состояніе осязанія и мышечнаго чувства. Задѣвая ногой или наступаая на положенные между мясомъ кусочки губки, не обращаетъ на нихъ никакого вниманія. Кусочекъ мяса, смазанный слегка хмѣлевымъ масломъ, обходитъ; подѣ конецъ, когда все мясо было съѣдено, съѣла и его, во лишь послѣ того, какъ, взявши его осторожно нѣсколько разъ въ ротъ, выплюнула обратно; проглотила съ видимымъ отвращеніемъ. Со стороны слуха и кожной чувствительности уклоненій отъ нормы не замѣчается. Всѣ движенія свободны.

До 16 *Ноября* собака подвергалась почти ежедневному изслѣдованію, причемъ результаты получились тѣ же самыя. Поле зрѣнія сохранилось въ наружныхъ половинахъ съ обѣихъ сторонъ, хотя и здѣсь ограничено сверху, снизу и снаружи. Въ теченіе 3-хъ недѣль собака оставлена безъ изслѣдованія.

9 *Декабря*. Изслѣдованіе зрѣнія дало прежніе результаты. Ищетъ мясо съ завязанными глазами *лучше*, чѣмъ прежде: во-первыхъ не суетится, а очень спокойно принимаетъ и, подошедши къ кусочку, схватываетъ его; во все продолженіе опыта ни разу не прошла мимо кусочка, не замѣтивъ его чутьемъ и не нашедши его тотчасъ же. Въ остальномъ безъ перемѣны.

До 21 *Декабря* въ поведеніи собаки не было замѣчено ничего новаго. 21 *Дек.* собака подверглась падучему приступу, причемъ судороги были, преимущественно, выражены

въ правой половинѣ туловища; послѣ приступа наступило рѣзко выраженное коматозное состояніе, отъ котораго собака еще не оправилась и на другой день. 22-го дек. собака убита. Вскрытіе обнаружило прекрасное заживленіе кожной, мышечной и мозговой раны, въ сосѣдствѣ которой никакихъ воспалительныхъ явленій не замѣчено; перерѣзанная во время операций твердая мозговая оболочка съ обѣихъ сторонъ частью сращена съ покрывающею рану мышцею. Рѣзкая гиперемія подболобочныхъ сосудовъ въ области лѣвой лобной доли и передней половины лѣвой двигательной области. Мозгъ положенъ въ растворъ фармалина; поперечные разрѣзы черезъ область Аммоновыхъ роговъ подтвердили, что Аммоновъ рогъ съ обѣихъ сторонъ былъ удаленъ на протяжении отъ ножки свода и почти до мѣста перехода его въ нижній рогъ.

Опытъ 3. Маленькая черная сучка изъ породы терріеровъ. Съ завязанными глазами живо реагируетъ на запахъ мяса и хмѣлеваго масла. Послѣ двухъ упражненій прекрасно разыскиваетъ кусочки мяса, описывая при этомъ полукруги и работая чутьемъ; не проходить ни разу мимо кусочка, не замѣтивъ его и не схвативъ, въ какомъ бы порядкѣ кусочки ни лежали. Кусочки, смазанный хмѣлевымъ масломъ, тщательно обходить, но подъ конецъ съѣла и его, хотя съ видимымъ неудовольствіемъ. Мышечная, тактильная и болевая чувствительность выражена прекрасно. Рефлексы при поглаживаніи конечностей равномѣрны.

23 Окт. 1899 г. Операция удаленія Аммонова рога слѣва; разрѣзы черезъ толщу затылочныхъ долей произведены не вертикально, а нѣсколько косвенно, съ цѣлью обнаружить Аммоновъ рогъ на большемъ протяженіи; передняя граница разрѣза прошла нѣсколько далѣе впереди, нежели обычно. Аммоновъ рогъ удаленъ по всей его толщѣ, начиная отъ самой ножки свода и до мѣста перехода его въ нижній рогъ. Сколько-нибудь значительныхъ кровотеченій при операции не было.

25 Окт. собака совершенно оправилась отъ наркоза, появился хорошій аппетитъ; обонятельная реакція на хмѣлевое масло и на мясо такая же живая, какъ и до операции, равномѣрная съ обѣихъ сторонъ. Болѣе значительный дефектъ поля зрѣнія, чѣмъ въ первыхъ двухъ опытахъ.

Тѣ же результаты дало изслѣдованіе и въ слѣдующіе дни. Чувствительность кожи, мышечное чувство и слухъ, по-видимому, безъ измѣненій. 27-го сдѣлана попытка заставить собаку искать мясо съ завязанными глазами, но она совершенно не стала искать, а если кусочки мяса насильно клали ей въ ротъ, она ихъ выплевывала; какъ только сняли повязку, тотчасъ стала ѣсть мясо съ видимымъ аппетитомъ. То же самое повторялось и на слѣдующій день, хотя собака прекрасно ѣла въ своей клѣткѣ въ собачникѣ. Рана зажила вполне удовлетворительно, да и аппетитъ собаки говорилъ противъ осложнений; собака оставлена безъ пищи съ 30 го окт. по 4-е ноября, но всетаки это не могло ее заставить искать мясо при завязанныхъ глазахъ; въ лабораторіи даже и при открытыхъ глазахъ она не хотѣла брать мяса и выплевывала его изо рта; при этомъ собака производила впечатлѣніе, что она чего-то боится. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

6-го Ноября. Удаленіе Аммонова рога справа. Операция произведена точно такъ же, какъ и слѣва. При удаленіи Аммонова рога на мѣстѣ перехода его въ нижній рогъ наступило кровотеченіе, которое удалось скоро остановить.

8-го Ноября было уже приступлено къ изслѣдованію животного: живая обонятельная реакція на мясо и на хмѣлевое масло. Почти полная слѣпота на оба глаза, сохранилось зрѣніе лишь въ нижне-наружномъ сегментѣ поля зрѣнія лѣваго глаза. Ходить, какъ слѣпая, высоко поднимая переднія ноги. Слухъ, кожная и мышечная чувствительность и рефлексы замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Тоже и въ ближайшіе дни.

10-го Ноября собакѣ снова завязаны глаза, а на полу разложены кусочки мяса на различномъ разстояніи одинъ отъ другого. Сверхъ всякаго ожиданія собака живо принялась искать, причемъ ей удавалось находить мясо ни въ какомъ случаѣ не хуже, чѣмъ до первой операциі; кусочки раскладывались правильными рядами, въ безпорядкѣ, на различномъ разстояніи одинъ отъ другого, собака находила ихъ съ поразительной быстротой, въ продолженіе всего опыта ни разу не прошла мимо кусочка, не нашедши его тотчасъ же; кусочекъ, смазанный хмѣлевымъ масломъ, долго не хотѣла брать, но подъ конецъ съѣла и его, предварительно выплюнувъ нѣсколько разъ.

Съ 12-го—18-е Ноября собака изслѣдовалась ежедневно, при чемъ ничего новаго не наблюдалось. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

Въ дальнѣйшемъ собака изслѣдовалась каждыя 2—3 дня; результаты изслѣдованія прежніе. Поле зрѣнія не увеличилось. Такъ продолжалось до 26-го дек., когда было замѣчено, что собака не охотно принимаетъ пищу; 27-го дек. наступилъ рядъ падучевидныхъ судорогъ, преимущественно, въ лѣвой половинѣ туловища. Коматозное состояніе. Собака убита. *Вскрытіе*: кожныя и мышечныя раны въ прекрасномъ состояніи, въ окружности мозговыхъ ранъ не замѣтно воспалительной реакціи, но раны, повидимому, нѣсколько стаяны рубцомъ твердой мозговой оболочки. Гиперемія оболочечныхъ сосудовъ соотвѣтственно положенію двигательныхъ областей, особенно справа. Мозгъ положенъ въ растворъ формалина. Поперечные разрѣзы черезъ мозгъ подтвердили правильность операціи.

Опытъ 4. Небольшая сука изъ терріеровъ. Три раза изслѣдована до операціи. Живая обонятельная реакція на запахъ мяса и хмѣлеваго масла. Съ завязанными глазами ищетъ хорошо, громко работая чутьемъ, но иногда дѣлаетъ ошибки, проходя мимо кусочковъ мяса. Замѣчательно развито мышечное чувство: если собака наступаетъ задней ногой на кусочекъ мяса, она тотчасъ снимаетъ ногу съ кусочка и, быстро повернувшись, хватается кусочекъ моментально и безошибочно; кусочекъ мяса, смазанный хмѣлевымъ масломъ, съѣдаетъ очень неохотно. Кожная чувствительность выражена хорошо. Рефлексы при поглаживаніи конечностей живые и равномѣрные.

21-го Дек. 1899 г. Операція удаленія Аммонова рога справа. Плоскость внутренняго продольнаго разрѣза черезъ толщу мозга прошла не вполнѣ вертикально, а слегка косвенно въ направленіи къ срединной линіи. Аммоновъ рогъ удаленъ по всей толщѣ на протяженіи отъ ножки свода и до мѣста перехода въ нижній рогъ *включительно*. Операція прошла при самомъ незначительномъ кровотеченіи.

22-го Дек. Собака весьма живо и одинаково съ обѣихъ сторонъ реагируетъ на запахъ мяса и хмѣлеваго масла.

23-го Дек. Живая обонятельная реакція. Неполное выпаденіе лѣвыхъ частей поля зрѣнія обѣихъ глазъ. Рефлексы и кожная чувствительность нормальны.

25-го Дек. Операционная рана заживаетъ безъ осложне- ній. Обязательная реакція живая по прежнему. Мясо ищетъ съ завязанными глазами совершенно такъ же, какъ и до операціи. Мышечное чувство выражено такъ же отчетливо, какъ и до операціи. Слухъ и кожная чувствительность нор- мальны. Поле зрѣнія восстановилось въ нижне-пар.-сегментѣ лѣваго и въ верхне-внутреннемъ праваго глаза.

Повторныя изслѣдованія дали тѣ же результаты.

4-го Января 1900 г. Операція удаленія Аммонова рога. Слѣва срѣзано такъ же, какъ и справа; лишь внутренней продольный разрѣзъ черезъ толщу затылочной доли прошелъ миллиметра на три отступя отъ наружнаго края 1-й затылоч- ной извилины, но болѣе косвенно, чѣмъ при первой операціи.

5-го Янв. Собака оправилась отъ наркоза, на запахъ хмѣлеваго масла реагируетъ такъ же живо, какъ и до опе- раціи.

6-го Янв. Полная слѣпота на правый глазъ, слѣва поле зрѣнія сохранено по серединѣ и нѣсколько кнаружи. Съ пра- выхъ конечностей рефлексы слабѣе, чѣмъ въ лѣвыхъ. Обо- вятельная реакція по прежнему живая. Кожная и мышечная чувствительность нормальна.

8-го Янв. Съ завязанными глазами собака ищетъ такъ же хорошо, какъ и до операціи. Мышечное чувство выраже- но такъ же отчетливо, какъ и раньше.

Къ 15 янв. кожная рана уже хорошо зажила. Поле зрѣнія лѣваго глаза увеличилось, зрѣніе появилось и справа. Рефлексы при поглаживаніи конечностей равномерны. Обяза- ніе, слухъ, мышечное чувство и кожная чувствительность выражены такъ же хорошо, какъ и до операціи.

При послѣдующихъ многократныхъ изслѣдованіяхъ ни- чего новаго не наблюдалось.

Собака убита 22-го февраля. Вскрытіе обнаружило за- живленіе операционныхъ ранъ; въ области мозговыхъ ранъ твердая мозговая оболочка съ обѣихъ сторонъ слегка сроще- на съ мышцей. Края мозговыхъ ранъ по цвѣту не отлича- ются отъ другихъ участковъ мозговой кожи. Мозгъ положенъ въ растворъ формалина. Поперечные разрѣзы черезъ мозгъ подтвердили правильность операціи.

Опытъ 5. Небольшой молодой кобель изъ породы тер- ріеровъ. Живая обязательная реакція на запахъ хмѣлеваго масла и мяса. Послѣ нѣсколькихъ упражненій почти безъ

ошибокъ находить съ завязанными глазами кусочки мяса; кусочки, смазанные хмѣлевымъ масломъ, сначала обходить, но подъ конецъ сѣбдаетъ и ихъ. Мышечное чувство и кожная чувствительность выражены хорошо. Рефлексы при поглаживаніи конечностей живые и равномерные.

29-го Дек. 1899 г. Операция удаленія Аммонова рога справа: 1-я затыл. извилина значительно шире обыкновеннаго, почему сѣбланъ внутренній разрѣзъ не снаружи отъ нея, а черезъ существо самой извилины. Аммоновъ рогъ удаленъ на протяженіи отъ ножки свода до перехода его въ нижній рогъ, но самое мѣсто перехода только подрѣзано сзади и спереди. Небольшія кровотечения, бывшія во время операціи, остановлены.

30-го Дек. Собака уже значительно оправилась отъ наркоза; обонятельная реакція на запахъ хмѣлеваго масла такая же живая, какъ до операціи, и равномерная съ обѣихъ сторонъ.

31-го Дек. Оправилась отъ операціи; ѣсть съ аппетитомъ; живо реагируетъ на запахъ мяса и хмѣлеваго масла.

Въ слѣдующіе дни такая же живая обонятельная реакція.

2-го Янв. Съ завязанными глазами находить кусочки мяса *безошибочно*; обонятельная реакція живая; къ кусочку, смазанному хмѣлевымъ масломъ, относится такъ же, какъ до операціи. Рефлексы при поглаживаніи конечностей выражены хорошо; кожная чувствительность и мышечное чувство безъ измѣненій; слухъ также. Изслѣдованіе поля зрѣнія обнаружило почти полное выпаденіе лѣвыхъ половинокъ его.

То же самое наблюдалось и въ слѣдующіе дни. Кожная рана зажила первымъ натяженіемъ.

10-го Янв. Операція слѣва. Передній разрѣзъ черезъ толщю затылочныхъ извилинъ проведенъ нѣсколько косо въ направленіи снутри и спереди—кзади и снаружи, въ желанія пощадить лѣвавшую здѣсь большую вену. По обнаженіи Аммонова рога, послѣ того, какъ дѣйствіе эфирнаго наркоза прошло настолько, что собака стала реагировать на болевые раздраженія, сѣбланъ опытъ раздраженія Аммонова рога фарадическимъ токомъ отъ катушки саннаго аппарата Du-Bois Reymond'a. Не смотря на многократное раздраженіе различныхъ участковъ Аммонова рога токомъ различной силы (начиная отъ 150 мм. разстоянія между катушками саннаго аппарата и до 30 мм.), не удалось подмѣтить ни



судорожныхъ движеній, ни измѣненія дыхательнаго ритма, ни движеній поздрей, которыя указали бы на раздраженіе обонятельнаго органа. Затѣмъ, сильно морщившійся и потемнѣвшій подъ вліяніемъ продолжительныхъ раздраженій, Аммоновъ рогъ удаленъ до мѣста перехода его въ нижній рогъ.

11-го Января уже живо и равномерно съ обѣихъ сторонъ реагируетъ на запахъ мяса и хмѣлеваго масла. Тоже и въ слѣдующіе дни.

14-го Января опытъ исканія мяса съ завязанными глазами собака провела безупречно. Кусочекъ мяса, смазанный хмѣлевымъ масломъ, съѣла очень неохотно. Ничего ненормальнаго ни со стороны слуха, ни со стороны чувствительности не замѣчено. Зрѣніе: сохранился только ниже - наружный сегментъ въ полѣ зрѣнія лѣваго глаза. Многократныя повторныя изслѣдованія въ теченіе дальнѣйшаго времени лишь подтвердили результаты только-что приведеннаго. Рана зажила безъ осложнений.

22-го Февраля собака убита. Какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, твердая мозговая оболочка въ области мозговыхъ ранъ оказалась слегка сращенною съ мышцей; разрѣзы черезъ уплотненный въ формалинѣ мозгъ подтвердили правильность операціи.

Не всѣ операціи удаленія Аммонова рога проходили такъ удачно, какъ въ приведенныхъ пяти опытахъ. Я кратко упомяну объ этихъ опытахъ, не излагая ихъ протокольнымъ порядкомъ.

14-го Ноября небольшою, предварительно подробно обслѣдованною сукою удаленъ лѣвый Аммоновъ рогъ на протяженіи отъ ножки свода и до мѣста перехода въ нижній рогъ включительно. На другой день собака реагировала на запахъ хмѣлеваго масла и мяса такъ же хорошо и равномерно съ обѣихъ сторонъ, какъ до операціи. 17-го искала кусочки мяса съ завязанными глазами безукоризненно. Никакихъ разстройствъ, кромѣ неполнаго выпаденія правыхъ половинокъ поля зрѣнія, не замѣчалось. Рана зажила первымъ натяженіемъ. 28-го Ноября та же операція справа сопровождалась большимъ кровотеченіемъ, которое вызвало смерть собаки черезъ день послѣ операціи; вскрытіе показало, что кровь въ значительномъ количествѣ проникла въ глубину бокового желудка и въ третій желудочекъ.

23-го Декабря молодой суку изъ террьеровъ правый Аммоновъ рогъ удаленъ до мѣста перехода въ нижній рогъ включительно. Эта собака обладала весьма тонкимъ чутьемъ, быстро и безошибочно находя кусочки мяса, положенные на разстояніи около метра одинъ отъ другого; на запахъ хмѣлеваго масла реагировала, показывая зубы. Изслѣдованіе послѣ операціи не обнаружило никакихъ замѣтныхъ разстройствъ обонянія. Пострадало лишь зрѣніе (выпаденіе лѣвой половины поля зрѣнія справа и средней части лѣваго поля зрѣнія). Рана зажила первымъ натяженіемъ.

6-го Января та же операція была повторена слѣва. 7-го Января собака живо реагировала на запахъ мяса и хмѣлеваго масла. Кромѣ разстройства зрѣнія, ничего ненормальнаго не замѣчалось. Мясо, съ завязанными глазами, искала безукоризненно. 14-го Января кожная рана разошлась въ задней своей половинѣ и замѣчено нагноеніе раны. 17-го подергиваніе въ конечностяхъ, собака въ коматозномъ состояніи. Убита. Вскрытіе мозга обнаружило гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, причемъ гной оказался и въ желудочкахъ и подъ оболочкой шейной части спинного мозга. 16-го Января собака еще принимала пищу, но уже не такъ охотно, а реакція на запахъ мяса казалась пониженной. 17-го не реагировала ни на обонятельныя, ни на болевыя и тактильныя раздраженія. Оба эти опыта вполне хороши въ первой своей половинѣ, т. е. какъ опыты односторонняго удаленія Аммонова рога. Во второмъ опытѣ собака жила 11 дней послѣ второй операціи, причемъ въ первые дни не было никакихъ разстройствъ, указывавшихъ на воспалительный процессъ. Изъ этого слѣдуетъ, что гнойное воспаленіе началось не изъ мозговой раны, а снаружки, со времени расхожденія швовъ, и быстро, распространилось на мозговья оболочки и на мозгъ.

IV.

Итакъ, приведенные пять опытовъ двухсторонняго удаленія Аммонова рога и два опыта съ одностороннимъ его удаленіемъ (вторую операцію въ послѣднемъ приведенномъ случаѣ въ расчетъ не принимаю, такъ какъ собака жила послѣ нея короткое время и погибла отъ гнойнаго воспаленія) дали совершенно одинаковыя результаты независимо отъ

того, меньшая или большая часть Аммонова рога удалялась при операціи. Правда, ни въ одномъ изъ моихъ опытовъ Аммоновъ рогъ не былъ удаленъ на всемъ его протяженіи, во всѣхъ опытахъ сохранялась часть его, лежащая въ нижнемъ рогѣ; какъ показали разрѣзы черезъ мозгъ, уплотненный въ формалинѣ, эта оставшаяся часть въ опытахъ III, IV и V, а также въ двухъ опытахъ съ одностороннимъ удаленіемъ Аммонова рога, равнялась приблизительно $\frac{1}{3}$ всего его длинника; но врядъ ли этому обстоятельству можно придавать особое значеніе, такъ какъ функція этой оставшейся части, конечно, уже была ослаблена раздраженіемъ при операціи вырѣзыванія Аммонова рога, по крайней мѣрѣ въ ближайшее къ операціи время. Можно было бы попытаться удалить и эту часть рога, но это было бы операціей въ потемкахъ, при которой нельзя бы было поручиться за сохранность прилегающихъ областей мозга. Въ данномъ случаѣ я не стремился къ этому и потому, что другіе авторы получали уже рѣзкія разстройства у оперированныхъ ими животныхъ при небольшомъ экхимозѣ на поверхности Аммонова рога или при незначительномъ его поврежденіи во время операціи (*Luciani* и *Sepilli, Fasola*), разстройства же, наблюдавшіяся ими послѣ удаленія болѣе обширныхъ его участковъ прямо поражаютъ своею рѣзкостью; если ихъ опыты правильны, то и въ моихъ случаяхъ удаленіе двухъ третей Аммонова рога съ каждой стороны не могло остаться незамѣченнымъ.

Наблюденіе оперированныхъ мною животныхъ дало положительные и отрицательные результаты, причемъ какъ тѣ, такъ и другіе повторялись съ постоянствомъ. Къ положительнымъ результатамъ относится разстройство зрѣнія, наблюдавшееся у всѣхъ оперированныхъ собакъ, къ отрицательнымъ—отсутствіе разстройства со стороны кожной чувствительности и мышечнаго чувства и со стороны чувства слуха, вкуса и обонанія.

Какъ видно изъ литературнаго очерка, *Luciani* связываетъ Аммоновъ рогъ съ психическимъ центромъ зрѣнія, такъ какъ послѣ удаленія его (одностороннее и весьма ограниченное) у собакъ, у которыхъ, несмотря на экстирпацію при предыдущихъ операціяхъ корковыхъ зрительныхъ сферъ, слѣпота была неполной, наступала полная душевная слѣпота. На тѣхъ же основаніяхъ и *Fasola* заключаетъ о зрительной функціи Аммонова рога. Сомнѣваться въ вѣрности наблюденія *Luciani* и *Fasola* я не имѣю права, но съ объясненіемъ наблюдавшагося ими явленія ни въ какомъ случаѣ нельзя согласиться.

Покажу это на основаніи своихъ опытовъ.

Если у собаки удалить кору второй и третьей затылочныхъ извилинъ одного полушарія на всемъ ихъ протяженіи, то, какъ показываютъ соответствующія изслѣдованія ¹⁾, на сторонѣ операціи изъ поля зрѣнія животнаго выпадетъ внутренняя часть, а на противоположной сторонѣ — средняя; при двухсторонней операціи съ обѣихъ сторонъ должны сохраниться наружные отдѣлы поля зрѣнія. Въ силу анатомическаго строенія мозга, зрительные пути, соединяющіе клѣтки мозговой коры съ нижележащими центрами, представляются въ ближайшихъ къ сѣрному веществу коры отдѣлахъ бѣлаго вещества въ видѣ лучей, идущихъ отъ коры въ косвенныхъ направленіяхъ къ нижележащему центру; поэтому, проводя вертикальный разрѣзъ черезъ толщу сѣраго и бѣлаго вещества мозговой коры, мы перерѣзаемъ проводники не только того участка сѣраго вещества, черезъ который прошелъ разрѣзъ, но и сосѣднихъ съ ними участковъ. Въ моихъ опытахъ вертикальные разрѣзы проходили черезъ всю толщу бѣлаго вещества мозговой коры; понятно, что при этомъ перерѣзалась и часть зрительныхъ проводниковъ первой затылочной изви-

¹⁾ Н. M u n k. Ueber die Functionen der Grosshirnrinde.—Berlin. 1890
См. схемы на стр. 73 и 74.

лины; въ первыхъ двухъ опытахъ, гдѣ боковые разрѣзы были проведены строго вертикально, послѣ двухсторонней операціи у собакъ сохранились наружные отдѣлы поля зрѣнія обоихъ глазъ. Въ опытѣ 3-емъ и 5-омъ плоскости внутреннихъ и наружныхъ продольныхъ разрѣзовъ прошли косвенно такимъ образомъ, что поперечникъ вырѣзаннаго отдѣла мозга можно было сравнить съ трапецевидной фигурой; въ результатѣ, въ обоихъ этихъ случаяхъ послѣ двухсторонней операціи получилась полная слѣпоты собакъ на правый глазъ, въ полѣ же зрѣнія лѣваго сохранился небольшой участокъ въ нижне-наружномъ его отдѣлѣ. Въ опытѣ 4-мъ послѣ операціи съ обѣихъ сторонъ собака сохранила ниже-наружный сегментъ поля зрѣнія лѣваго глаза и выше-внутренній праваго; это указываетъ на то, что при операціи справа первая затылочная извилина и наружно-задняя часть третьей пострадали меньше, чѣмъ въ другихъ опытахъ, особенно чѣмъ въ оп. 3-емъ и 5-омъ.

Аммоновъ рогъ въ оп. 4-мъ съ обѣихъ сторонъ былъ удаленъ въ такой же значительной степени, какъ и въ оп. 3-емъ и 5-мъ; слѣдовательно, если бы, согласно заявленію *Luciani*, Аммоновъ рогъ находился въ столь тѣсной связи съ зрительной сферой, что даже незначительное одностороннее удаленіе его вызывало бы у животныхъ полную душевную слѣпоту, то и эта собака должна была вполне утратить зрѣніе, чего однако не произошло на самомъ дѣлѣ.

Въ опытѣ 3-емъ и 5-омъ, гдѣ плоскость внутреннего продольнаго разрѣза затылочной доли шла косвенно по направленію внизъ и къ срединной линіи и гдѣ, слѣдовательно, проводники, связанные съ клѣтками первой затылочной извилины, перерѣзывались почти во всей своей массѣ, уже послѣ первой операціи случилось почти полное выпаденіе внутренней половины поля зрѣнія глаза на сторонѣ операціи и наружной половины поля зрѣнія противоположной стороны.

Изъ сказаннаго съ несомнѣнностью слѣдуетъ, что слѣпоты, наступающая при извѣстныхъ условіяхъ вслѣдъ за опе-

раціей двухсторонняго удаленія Аммонова рога, отнюдь не находится въ зависимости отъ выпаденія функціи Аммонова рога, а отъ перерѣзки проводниковъ, связанныхъ съ неповрежденными при операціи отдѣлами сѣраго вещества зрительной сферы мозговой коры. Все только-что сказанное и *Luciani*, и *Fasola* совершенно упустили изъ виду точно такъ же, какъ *Luciani* не придавалъ значенія и обильному нагноенію, наступавшему у животныхъ послѣ его операцій.

Отрицательные результаты, наблюдавшіеся при моихъ опытахъ, заслуживаютъ вниманія, такъ какъ стоятъ въ прямомъ противорѣчій съ данными, полученными другими авторами, особенно же *Ferrier*'омъ и *Ferrier*'омъ и *Jeo*. Хотя результаты *Ferrier*'а по отношенію къ Аммонову рогу и не были подтверждены позднѣйшими изслѣдователями, они вуждаются тѣмъ не менѣе въ категорическомъ опроверженіи, такъ какъ, будучи приняты безъ должной критики, уже послужили отчасти для неправильнаго объясненія фактовъ¹⁾. Какъ видно изъ протоколовъ моихъ опытовъ, ни разу у собакъ послѣ операціи удаленія Аммонова рога не наблюдалось разстройства кожной чувствительности и мышечнаго чувства; всѣ движенія собаки были совершенно свободны и, если бы не разстройство зрѣнія, трудно было бы подумать, что собаки подвергались операціи. Въ двухъ случаяхъ мною была отмѣчена (оп. 2 и 4) неравномѣрность рефлексовъ при поглаживаніи конечностей животныхъ, но это явленіе, наблюдавшееся въ двухъ случаяхъ, наблюдалось лишь въ первые дни послѣ операціи и объясняется, на мой взглядъ, раздраженнымъ состояніемъ оперированнаго полушарія въ ближайшее время вслѣдъ за операціей.

¹⁾ Sommer, ссылаясь на изслѣдованія Ferrier'a, пытается объяснить, почему у эпилептиковъ часто наблюдаются измѣненія Аммонова рога, и заболѣванія Аммонова рога ставить въ причинную связь съ надучей. См. W. Sommer. Erkrankung des Ammonshorns als aetiologisches Moment der Epilepsia.—Arch. f. Psych. X B. 1880. S. 631—672—675.

Очевидно, что явленія, наблюдавшіяся *Ferrier*'омъ и *Jeo*, объясняются нечистотой эксперимента.

Считаю великимъ привести здѣсь одинъ опытъ, въ которомъ послѣ операціи удаленія Аммонова рога собака представляла явленія, сходныя съ наблюдавшимися *Ferrier*'омъ:

2-го Декабря собакѣ произведена операція удаленія Аммонова рога справа; во время операціи пораненъ одинъ изъ сосудовъ внутри мозга, давшій значительное кровотеченіе, которое настолько помѣшало операціи, что Аммоновъ рогъ былъ удаленъ лишь поверхностно и на незначительномъ протяженіи; кровотеченіе лишь съ трудомъ было остановлено. 4-го Дек. животное уже значительно оправилось отъ операціи, но наблюдались насильственные круговыя движенія въ правую сторону при значительно выраженной атаксіи лѣвыхъ конечностей; тоже самое наблюдалось и 6-го Дек.; мышечное чувство въ лѣвыхъ конечностяхъ было нарушено настолько рѣзко, что можно было свободно подгибать, какъ переднюю, такъ и заднюю лапы собаки, причемъ она продолжала стоять на подогнутыхъ лапахъ, совершенно не замѣчая этого, не дѣлая никакихъ попытокъ къ выведенію лапъ изъ необычнаго, искусственно приданнаго имъ положенія.

Конечно, это пораженіе мышечнаго чувства нельзя было связать съ экстирпаціей Аммонова рога; какъ показало вскрытіе мозга убитой въ тотъ же день собаки, боковой желудочекъ былъ обильно наполненъ мутноватой серозной жидкостью, въ немъ находились кровяные сгустки, не только въ заднихъ, но и въ переднихъ его отдѣлахъ, мозговая кора въ области операціи была рѣзко гиперэмирована, равно какъ и подкорковыя узлы...

Вотъ на такихъ-то неудачныхъ опытахъ и основываются всѣ выводы *Ferrier*'а относительно функціи Аммонова рога.

Итакъ, значеніе Аммонова рога, какъ центра кожной чувствительности и мышечнаго чувства, моими опытами совершенно не подтверждается.

Luciani и *Fasola* связываютъ Аммоновъ рогъ съ слуховой сферой собаки. Въ своихъ опытахъ я не наблюдалъ разстройства слуха у оперированныхъ животныхъ: всѣ собаки такъ же шли на зовъ, на тихій свистъ, какъ и до операціи;

во время производства опыта исканія мяса съ завязанными глазами собаки такъ же, какъ и до операціи, тотчасъ поворачивали голову по направленію шума отъ паденія брошеннаго на полъ маленькаго кусочка мяса. Впрочемъ, это замеченіе *Luciani* основано на третьемъ изъ приведенныхъ мною его опытовъ: разстройство слуха появилось у его собаки черезъ нѣсколько дней послѣ операціи, при лихорадочной температурѣ и отказѣ отъ пищи, но въ ближайшіе дни уже исчезло, несмотря на то, что у собаки уже развивался гнойный менинго-энцефалитъ, отъ котораго она вскорѣ и погибла. *Luciani* изслѣдовалъ вкусъ оперированныхъ собакъ при помощи раствора дигиталина и не наблюдалъ разстройства вкуса; это наблюденіе *Luciani* подтверждается и моими опытами: оперированныя собаки такъ же неохотно брали мясо, смазанное слегка хмѣлевымъ масломъ, какъ и до операціи; не рѣдко собаки, взявъ въ ротъ этотъ кусочекъ, выплевывали его обратно и продолжали прилежно отыскивать другіе кусочки; когда всѣ кусочки уже были съѣдены, онѣ снова возвращались къ смазанному масломъ и, взявъ его осторожно въ ротъ, обыкновенно снова выбрасывали, снова схватывали и, наконецъ, проглатывали. Такимъ образомъ, предполагать разстройство вкуса у оперированныхъ собакъ не было основанія. Это наблюденіе стоитъ въ согласіи и съ клиническими данными; такъ, проф. Бехтеревъ не наблюдалъ разстройства вкуса въ случаѣ значительнаго пораженія обоихъ извилинъ Аммонова рога, на основаніи чего онъ отрицаетъ существованіе центра вкуса въ Аммоновомъ рогѣ и, руководясь экспериментальными изслѣдованіями, относитъ этотъ центръ къ области нижняго отдѣла центральныхъ извилинъ у обезьянъ и къ области, расположенной снаружи отъ *sulc. cruciatus* при основаніи Сильвіевой борозды у собакъ ¹⁾.

¹⁾ См. протоколы научныхъ собраній врачей клиники душевныхъ болѣзней за 1899 г.

Остается рассмотреть состояніе чувства обонянія у оперированныхъ собакъ. Всѣ мои собаки такъ же живо реагировали на другой день послѣ операціи на запахъ хмѣлеваго масла, а иногда и мяса, какъ и до операціи; всѣ операціи производились подѣ хлороформно-эфирнымъ наркозомъ, причемъ собакамъ передъ операціею врыскивалось подѣ кожу отъ 3-хъ—до 5-ти куб. см. 3% раствора морфія; подѣ вліаніемъ наркоза собаки обыкновенно спали до слѣдующаго дня, а нерѣдко и на слѣдующій день находились еще въ сонливомъ состояніи и отказывались отъ пищи; если такой собака подносилась къ носу кусокъ мяса, она отворачивалась отъ него въ сторону, изъ чего, конечно, нельзя было заключить, что она не замѣчаетъ запаха мяса; черезъ день послѣ операціи всѣ собаки уже обладали прекраснымъ аппетитомъ, и во всѣхъ случаяхъ реакція на запахъ мяса была совершенно такая же и съ такого же разстоянія, какъ и до операціи. Всѣ собаки отыскивали съ завязанными глазами кусочки мяса такъ же хорошо, какъ и до операціи, а иногда даже лучше; это продолжалось во все время наблюденія собакъ. Единственный случай, который можетъ остановить вниманіе, это собака въ опытѣ 2-мъ, которая, будучи оставлена безъ упражненія въ теченіе 3-хъ недѣль, вдругъ стала искать лучше, чѣмъ до того; казалось, можно было бы предположить, что пострадавшее послѣ операціи обоняніе возстановилось. Но отсутствіе разницы въ исканіи мяса до и послѣ второй операціи говоритъ противъ такого предположенія, точно такъ же, какъ говорятъ противъ него и послѣдующіе опыты, въ которыхъ такого явленія не наблюдалось, хотя при операціи въ нихъ вырѣзывалась болѣе значительная часть Аммонова рога, чѣмъ въ упомянутомъ случаѣ; приведенный случай лучше всего объясняется тѣмъ, что собака, проголодавшись на этотъ разъ болѣе обыкновеннаго, внимательнѣе отнеслась къ дѣлу.

Въ первомъ изъ моихъ опытовъ собака жила 87 дней послѣ первой операціи и 74 дня послѣ второй; во второмъ опытѣ — 61 день послѣ первой и 49 дней послѣ второй; въ

третьемъ—65 дней послѣ первой и 51 день послѣ второй операціи; въ четвертомъ—63 дня послѣ первой и 49 послѣ второй и въ пятomъ—55 дней послѣ первой и 43 послѣ второй операціи.

Несмотря на такіе продолжительные сроки изслѣдованія животныхъ, ни разу мнѣ не удалось подмѣтить ослабленія обонянія у моихъ собакъ; особенно слѣдуетъ отмѣнить фактъ, который для меня стоитъ вѣдъ всякаго сомнѣнія, что въ ближайшіе къ операціи дни обонятельная реакція собакъ на запахъ мяса и хмѣлеваго масла ничѣмъ не отличалась отъ той же реакціи до операціи. Иногда при опытѣ исکانія мяса съ завязанными глазами собакамъ подкладывались кусочки собачьяго мяса; обыкновенно, онѣ отказывались брать его, какъ до операціи удаленія Аммонова рога, такъ и послѣ операціи.

Для изслѣдованія обонянія собакъ употреблялось два вещества—одно изъ нихъ (мясо) обладало пріятнымъ для собаки запахомъ, другое (хмѣлевое масло) ¹⁾—непріятнымъ; на первое собаки реагировали положительно, т. е., почувавъ запахъ мяса, тотчасъ вытягивали морду по направленію къ нему и начинали работать чутьемъ, дѣлая учащенные вдыхательныя движенія и шевели ноздрями; на второе собаки реагировали отрицательно, т. е., тотчасъ отворачивались въ сторону и отнюдь не дѣлали усиленныхъ вдыханій; такая реакція наблюдалась какъ до операціи, такъ и послѣ нея; отсюда слѣдуетъ, что обоняніе собакъ не страдало не только съ количественной, но и съ качественной стороны; при исکانіи кусочковъ мяса съ завязанными глазами всѣ собаки долго обходили кусочки мяса, смазанный хмѣлевымъ масломъ, и брали его послѣднимъ и съ видимымъ неудовольствіемъ; это также ясно указываетъ на то, что качественная сторона обонянія не страдала, способность выбора животныя сохраняли въ полной силѣ.

¹⁾ Я пробовалъ также примѣнять другія пахучія вещества, какъ бергамотовое и гвоздичное масло, но вслѣдствіе ихъ рѣзкаго запаха они оказались менѣе пригодными, чѣмъ хмѣлевое масло.

Если собака замѣчала обоняньемъ кусочекъ мяса, она, исводя чутьемъ, тотчасъ направлялась къ нему и, придвинувшись достаточно, тотчасъ схватывала кусочекъ; ни разу при обыкновенныхъ условіяхъ мнѣ не приходилось наблюдать, чтобы собака промахнулась при этомъ, щелкнувъ зубами по воздуху: это наблюдалось вногда лишь въ тѣхъ случаяхъ, если кусокъ мяса быстро выхватывался изъ подъ носа собаки; итакъ, способность локализовать источникъ запаха также оставалась ненарушенною. *Luciani* упоминаетъ, что одна изъ его собакъ (см. выше) послѣ односторонняго частичнаго удаленія Аммонова рога, реагируя прекрасно на запахъ принесенной въ комнату пиши, долго ее разыскивала; на мой взглядъ, это можно объяснить отсутствіемъ достаточнаго упражненія у собаки *Luciani*; въ моихъ опытахъ всѣ собаки прекрасно умѣли пользоваться своимъ чутьемъ. Изъ всего вышеизложеннаго можно сдѣлать лишь одинъ выводъ, что Аммоновъ рогъ *сколько-нибудь существенно значенія* для чувства обонянія *не имѣетъ*.

Техническая сторона моихъ операцій удаленія Аммонова рога исключаетъ ошибки, допущенныя *Fasola* и указанныя при разборѣ его опытовъ; поэтому я думаю, что тѣ положительные результаты по отношенію къ чувству обонянія и слуха, которые получилъ этотъ авторъ, объясняются не выпаденіемъ функціи Аммонова рога, а нарушеніемъ функціи сосѣднихъ участковъ мозга и принадлежать къ побочнымъ явленіямъ, вызваннымъ операціей. Кромѣ того, повторно оперируя въ однѣхъ и тѣхъ же областяхъ мозга и проникая острой ложечкой въ глубину нижняго рога, авторъ могъ въ нѣкоторыхъ опытахъ повредить и *g. hippocampi*, тѣсно прилегающую къ Аммонову рогу и соединяющуюся съ нимъ. Значеніе же этой извилины для обонянія можно считать доказаннымъ и по методу выпаденія функціи ¹⁾.

¹⁾ Н. Мунк. Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. Berlin. 1890. S. 108—111.

Совершенно исключить его обонятельную функцію на основаніи своихъ опытовъ я не имѣю права, такъ какъ весьма возможно, что онъ представляетъ собою лишь небольшой участокъ большой обонятельной сферы (g. hippocampi), удаление котораго не позволяетъ опредѣлить пониженіе обонянія доступными намъ способами. Менѣе вѣроятнымъ представляется допустить это различіе отдѣлы периферическаго обонятельнаго аппарата связаны со строго ограниченными сосѣдними участками корковой обонятельной сферы, подобно тому, какъ мы видимъ это для зрѣнія; но выпаденіе функціи опредѣленнаго участка сѣтчатки послѣ удаленія части зрительной сферы можно легко замѣтить; если же послѣ удаленія Аммонова рога часть периферическаго обонятельнаго аппарата и перестала бы функционировать, то относящаяся часть, очевидно, настолько значительна, что не позволяетъ замѣтить разстройства обонянія ни съ количественной, ни съ качественной стороны.

У двухъ изъ оперированныхъ мною собакъ (оп. 2 и 3) приблизительно черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи наблюдались падучые приступы; я не ставлю этого явленія въ связь съ отсутствіемъ у этихъ собакъ Аммонова рога, такъ какъ нахожу достаточно данныхъ для объясненія этого инымъ путемъ: во-первыхъ, кровообращеніе въ мозговой корѣ собакъ было нарушено исключеніемъ изъ него части сосудовъ затылочныхъ долей; во-вторыхъ, въ обѣихъ затылочныхъ доляхъ было по рубцу (частичное сращеніе твердой мозговой оболочки съ мышцей), значеніе же рубцовъ твердой мозговой оболочки для развитія падучей не подлежитъ сомнѣнію. Кромѣ того, отрицательный результатъ, полученный при раздраженіи Аммонова рога фарадическимъ токомъ разной силы (см. оп. 5), не говоритъ въ пользу предположенія о значеніи заболѣванія Аммонова рога въ этиологіи падучей; на заболѣваніе Аммонова рога у падучихъ указывалъ еще *Meynert*, а позднѣе *Sommer* ¹⁾, *Bratz* ²⁾ и др. О неосновательности гипотезы

¹⁾ Sommer. L. C.

²⁾ Bratz. Ammonshornbefunde bei Epileptischen.—Arch. f. Psych. 31 B. III H. 1899. S. 820—836.

Sommer'а я говорилъ уже выше, *Bratz* же лишь отмѣчаетъ фактъ частаго нахожденія склероза Аммонова рога при вскрытіи мозга умершихъ эпилептиковъ, совершенно воздерживаясь отъ его толкованія.

Работы *Sommer*'а и *Bratz*'а интересны для меня въ томъ отношеніи, что въ нихъ есть ясныя указанія на то, что значеніе Аммонова рога для чувства обонянія не существенно. *Sommer* приводитъ 90 случаевъ пораженія Аммонова рога у эпилептиковъ, причѣмъ въ 30-ти случаяхъ пораженіе это (б. ч. склерозъ) было двухстороннимъ; въ концѣ своей работы онъ указываетъ на рѣдкость разстройства обонянія и вкуса въ приведенныхъ случаяхъ ¹⁾. Случай *Sommer*'а взятъ главнѣйшимъ образомъ изъ литературы; можетъ быть, во многихъ изъ нихъ обоняніе и не изслѣдовалось; поэтому большее значеніе слѣдуетъ придать даннымъ *Bratz*'а, который нашелъ склерозъ Аммонова рога въ 25 вскрытіяхъ эпилептиковъ изъ 50; въ одномъ случаѣ склерозированы были оба Аммонова рога; авторъ совершенно ясно говоритъ, что изслѣдованіе обонянія у весьма большого числа эпилептиковъ, которое производилось въ *Wuhlgarten*'ѣ по инициативѣ директора *Hebold*'а (работа автора вышла изъ *Wuhlgarten*'а), дало отрицательные результаты; авторъ объясняетъ это тѣмъ, что обонятельный пучекъ, проходящій чрезъ Аммоновъ рогъ, какъ показало микроскопическое изслѣдованіе мозговъ эпилептиковъ, былъ свободенъ отъ пораженія (клетки были поражены) ²⁾. Микроскопическое изслѣдованіе мозговъ оперированныхъ мною животныхъ также, можетъ быть, выяснитъ дѣло, хотя сомнительно, чтобы обонятельный пучекъ могъ сохраниться въ моихъ опытахъ, такъ какъ Аммоновъ рогъ удалялся мною во всей его толщѣ, начиная отъ ножки свода.

Bratz. Ueber das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern.—
Allgem. Zeitschr. f. Psych. 56 B. 5 H. 1899. S. 841—844.

¹⁾ Sommer. L. C. S. 671.

²⁾ Bratz. Arch. f. Psych. S. 833.

Резюмируя вкратцѣ полученныя мною данныя, я считаю возможнымъ выразить ихъ слѣдующимъ образомъ: Аммоновъ рогъ, вопреки мнѣнію *Ferrier'a* и *Leo*, не только не можетъ быть разсматриваемъ какъ центръ мышечнаго чувства и кожной чувствительности, во вообще функція его не имѣеть никакой сколько-нибудь близкой связи ни съ мышечнымъ чувствомъ, ни съ кожной чувствительностью; связь Аммонова рога съ чувствами зрѣнія, слуха, вкуса и обонянія также должна быть подвергнута большому сомнѣнію, такъ какъ по методу выпаденія функціи, вопреки заявленіямъ другихъ авторовъ, никакихъ сколько-нибудь замѣтныхъ уклопеній отъ нормы со стороны этихъ чувствъ доказать не удается. Вѣрнѣе всего допустить, что Аммоновъ рогъ не имѣеть самостоятельной функціи.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить свою живѣйшую признательность профессору *Hermann'у Munk'у* за предложенную имъ тему, за тотъ искренній интересъ, съ которымъ онъ слѣдилъ за моею работою, за его цѣнные совѣты при ея выполненіи и за радушный пріемъ, который былъ мнѣ оказанъ въ его лабораторіи.



Случай комбинированнаго спинномозгового заболѣванія вслѣдствіе отравленія свинцомъ отъ полуды.

Л. В. Блуменау.

Въ началѣ 1898 года, въ то самое время, когда вопросъ о полудѣ обсуждался въ Петербургѣ не только врачебной ¹⁾, но и общей печатью, мнѣ встрѣтился случай, который, помимо бытового интереса, связаннаго съ этимъ вопросомъ, несомнѣнно заслуживаетъ вниманія и въ клиническомъ отношеніи. Тогда какъ о периферическомъ свинцовомъ параличѣ образовалась уже цѣлая литература, заболѣванія центральной нервной системы и въ частности спинного мозга вслѣдствіе отравленія свинцомъ описаны сравнительно немногими и лишь въ недавнее время. Все это побуждаетъ меня сообщить свое наблюденіе, несмотря на то, что ему суждено было остаться безъ посмертнаго изслѣдованія.

Подпоручикъ М., 28 лѣтъ отъ роду, происходитъ изъ семьи, въ которой всѣ страдали въ дѣтствѣ золотухой; одна изъ его сестеръ умерла отъ чахотки, у другой имѣется параличъ руки. Самъ М., прежде много злоупотреблявшій въ половомъ отношеніи, болѣлъ уретритомъ, но никогда не

¹⁾ См. статью д-ра Булатова: О луженіи и о качествахъ Петербургской полуды. Врачъ, 1898 г., № 10.

имѣлъ сифилиса. На это послѣднее обстоятельство мною было, конечно, обращено самое строгое вниманіе, но ни подробныя разспросы, ни изслѣдованіе больного въ венерическомъ отдѣленіи госпиталя не дали ни малѣйшаго повода подозрѣвать у него сифилиса.

Въ октябрѣ 1896 года, находясь съ полкомъ въ посадѣ С., подпоручикъ М. сталъ пить чай изъ вновь полуженнаго самовара. Какъ оказалось впоследствии, полуда была очень дурная и содержала большую примѣсь свинца (количественнаго опредѣленія, къ сожалѣнію, не было сдѣлано). Уже въ декабрѣ того же года онъ самъ и его денщикъ начали ощущать *коляки* въ животѣ и страдать упорнымъ запоромъ, а къ концу февраля 1897 года у обоихъ появилась *слабость ногъ* при ходьбѣ. Сверхъ того, М. сталъ испытывать и нѣкоторое затрудненіе при мочеиспусканіи. Въ мартѣ онъ обратился къ врачамъ, которые, въ виду его общей слабости и семейнаго расположенія къ бугорчаткѣ, отправили его на кумысъ въ Самарскую губернію. Благодаря кумысу, онъ прибавился въ вѣсъ на 8 фунтовъ, но состояніе ногъ у него нисколько не улучшилось, и, кромѣ того, сталъ развиваться *ушибокъ зрѣнія*.

9 сентября того же года М. поступилъ въ Узловскій госпиталь, и здѣсь изслѣдованіе глазного дна, произведенное проф. *И. В. Костеничемъ*, обнаружило у него *атрофію зрительныхъ нервовъ отравкаго происхожденія*. По имѣвшейся у него въ то время характерной *каемкѣ на обснгахъ*, а также въ виду анамнеза, отравленіе было приписано свинцу. Были наведены справки о денщикѣ (уже уволенномъ по болѣзни на родину); оказалось, что онъ ослабъ и искорѣ затѣмъ умеръ.

Со стороны нервной системы у подпоручика М. уже тогда была найдена (д-ромъ *Г. С. Мاستицкимъ*) *атаксія* нижнихъ конечностей съ слабо выраженнымъ признакомъ *Romberg'a*; кожные рефлексы были сохранены (лѣвый немного повышенъ), подошвенныя и брюшныя ослаблены, мошоночный выраженъ лучше на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой; зрачки были неравнобѣжны (правый шире), но на свѣтъ реагировали правильно. Ни атрофіи мышцъ, ни расстройствъ кожной чувствительности, ни болей по ходу нервныхъ стволовъ не было.—Со стороны легкихъ, въ обоихъ верхнихъ доляхъ, но особенно въ правой, выслушивалось жесткое дыханіе, и замѣчалось притупленіе звука надъ правой ключицей и лопаткой.—Внутриглазныя измѣненія сводились на *neuritis retrobulbaris*; наружная $\frac{1}{2}$ соска праваго зрительнаго нерва представлялась бѣлой съ зеленоватымъ оттѣнкомъ, лѣваго—блѣдной. Острота зрѣнія праваго глаза равнялась $\frac{15}{CC}$, лѣ-

ваго— $\frac{20}{L}$; периферическое зрѣніе было нормально въ обоихъ глазахъ; въ правомъ глазу имѣлась центральная скотома, въ лѣвомъ ея почти не было. Центральное цвѣтоощущеніе для краснаго и зеленаго цвѣтовъ въ правомъ глазу отсутствовало, въ лѣвомъ было сохранено, хотя цвѣта казались менѣе яркими.

Первое пребываніе больного въ госпиталѣ продолжалось до 19 ноября. За это время зрѣніе его немного улучшилось (прав. $\frac{20}{CC}$, лѣв. $\frac{20}{XL}$), но

въ остальномъ болѣзнь подвинулась даже впередъ: признакъ *Romberg's* сдѣлался болѣе рѣзкимъ, появился *клонусъ обѣихъ стопаъ*, брюшные рефлексы совсѣмъ исчезли, изъ мошоночныхъ остался только лѣвый, появилось небольшое притупленіе чувствительности на пальцахъ ногъ.

27 января 1898 года подпоручикъ М. снова поступилъ въ госпиталь. На этотъ разъ мною было найдено слѣдующее.

Атаксія въ нижнихъ конечностяхъ выражена очень рѣзко: больной ходитъ съ трудомъ, опираясь на палку; съ закрытыми глазами тотчасъ же падаетъ; въ лежачемъ положеніи, при закрытыхъ глазахъ, движенія ногами выполняются неуверенно и съ прѣмахами. Чувство пассивныхъ движеній сохранено, однако, вездѣ, за исключеніемъ ножныхъ пальцевъ, гдѣ оно рѣзко понижено. Мышечная сила ногъ, судя по оказываемому сопротивленію, если и уменьшена, то весьма незначительно; лѣвая нога кажется нѣсколько слабѣ правой.

Колѣнные рефлексы сильно повышены, и на обѣихъ стопахъ получается рефлекторный клонусъ. Кожная чувствительность на подошвахъ, особенно на лѣвой, замѣтно притуплена: прикосновеніе не ощущается вовсе, убола булавкой—плохо. Подошвенный рефлексъ направо ослабленъ, на лѣво отсутствуетъ. Мошоночные и брюшные рефлексы утрачены.

Чувствительность кожи въ области живота (по словамъ больного, бывшая раньше притупленной) въ настоящее время сохранена; на правой сторонѣ она нѣсколько тоньше, чѣмъ на лѣвой.—разница, замѣчаемая отчасти и на бедрахъ. Половой (луковично-пещеристый) рефлексъ не получается, *libido sexualis* понижена. Со стороны мочевого пузыря бываетъ то небольшое задержаніе, то усиленный, трудноудержимый позывъ. Желудочныхъ и кишечныхъ разстройствъ нѣтъ, существуетъ только нѣкоторая склонность къ запору. Аппетитъ удовлетворительный. Вѣсъ тѣла—ровно 4 пуда. Въ мочѣ ни бѣлка, ни цилиндровъ, ни слѣдовъ свинца. Свинцовой каемки на деснахъ тоже нѣтъ, или остался лишь очень незначительный слѣдъ ея подъ нижними рѣзцами. Больной не испытываетъ никакихъ болей; позвончики его нечувствительны къ давленію и постукиванію.

Въ верхнихъ конечностяхъ никакихъ разстройствъ чувствительности не замѣтно. Сила правой руки 37, лѣвой 27 килогр. Всѣ грубыя движенія совершаются правильно, и только при выполненіи мелкихъ движеній обнаруживается нѣкоторая неловкость. Почеркъ совсѣмъ твердый. Дрожанія нѣтъ. Зрачки нѣсколько неравномѣрны (правый немного шире лѣваго), но на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ правильно. Поле зрѣнія не сужено (кнаружи 87—88, кнутри 60—62, кверху 67—69, книзу 74—76).

На второй день по поступленіи въ госпиталь у больного появилось повышеніе температуры (до 38,4°) и обнаружилось катаральное воспаленіе нижней доли праваго легкаго (при оставшемся безъ перемѣнъ состояніи верхушекъ). Изслѣдованіе мокроты на палочки бугорчатки дало отрицательный результатъ, и черезъ нѣсколько дней лихорадка прекратилась; однако, больной потерялъ въ вѣсъ около 14 фунтовъ въ теченіе двухъ недѣль. Въ состояніи его нервной системы произошли слѣдующія перемѣны. Чувстви-

тельность кожи на подошвахъ, а также подошвенные рефлексы, послѣ нѣсколькихъ сеансовъ фарадизаціи, возстановились, и осталось только притупленіе обязательной чувствительности на пальцахъ ногъ. Колѣнные рефлексы стали нѣсколько слабѣе, равно какъ и стопный клонусъ. Со стороны глазъ наступило замѣтное улучшеніе: наружныя половинны зрительныхъ соскоковъ, особенно лѣваго, стали розовѣе; острота зрѣнія повысилась (правъ $\frac{20}{C}$, лѣв. $\frac{20}{XXX}$), но въ правомъ глазу осталась, по-прежнему, центральная скотома съ указаннымъ выше разстройствомъ цветоощущенія.

Въ началѣ апрѣля, передъ выпиской больного изъ госпиталя, я нашелъ у него частичную атрофію лѣваго thenaris въ области короткой отводящей мышцы большого пальца. При изслѣдованіи токомъ, какъ фарадическая, такъ и гальваническая возбудимость названной мышцы оказалась рѣзко пониженной, но безъ качественныхъ измѣненій ($R3 > A3$), тогда какъ прочія мышцы реагировали на оба вида тока приблизительно нормально. Въ атрофированной мышцѣ наблюдались фибриллярныя подергиванія. Никакихъ другихъ атрофій замѣтно не было; кожная чувствительность на обѣихъ рукахъ уклоненій отъ нормы не представляла.

Госпитальное леченіе больного заключалось въ гальванизации и прижиганіяхъ позвоночника, въ подкожныхъ вприскиваніяхъ стрихнина (для повышенія остроты зрѣнія), въ назначеніи іода, рыбьяго жира, малыхъ приѣмовъ хинина и другихъ укрѣпляющихъ. Въ мѣсѣ больной отправился на Кавказъ (сначала въ Пятигорскъ, потомъ въ Желѣзноводскъ), откуда я получалъ извѣстія о его здоровьи, частью отъ него самого, частью отъ проф. *И. А. Анфилова*. Въ общемъ, ванны, особенно желѣзныя, производили на него хорошее дѣйствіе, но существенной перемѣны не наступило.

Лицо съ больнымъ я увидѣлся въ февралѣ 1899 года. Общее состояніе его нѣсколько улучшилось, но указанная выше атрофія въ области лѣваго thenaris сдѣлалась еще замѣтнѣе. Электрическая возбудимость въ *m. abductor pollicis brevis* совсѣмъ исчезла, въ другихъ мышцахъ thenaris, а также въ *m. interossei*—найдена пониженной. Сила правой руки равнялась 41, лѣвой—24 килогр. Атаксія при мелкихъ движеніяхъ ручныхъ пальцевъ усилилась, почеркъ сталъ еще менѣе твердымъ; разстройство кожной чувствительности въ верхнихъ конечностяхъ по-прежнему не было замѣтно. Сухожильныхъ рефлексовъ на верхнихъ конечностяхъ вызвать не удалось, колѣнные оставались повышенными, и на обѣихъ ногахъ получался стопный клонусъ. Походка приняла паретическій отбѣнокъ, мышечная сила ногъ, судя по оказываемому противодѣйствію, значительно уменьшилась; кожная чувствительность на ногахъ была всюду сохранена, чувство пассивныхъ движеній ослаблено только въ пальцахъ. Зрѣніе ухудшилось (правъ $\frac{25}{CC}$, лѣв. $\frac{10}{XXX}$). Больной жаловался, кромѣ того, на головныя боли, на боль въ правомъ плечевомъ суставѣ, на чувство стягиванія въ правомъ боку и на нѣкоторыя разстройства мочеиспусканія: трудное удерживаніе мочи при позывахъ, но временамъ недержаніе ея (особенно при разстройствахъ пище-

варенія); по временамъ, наоборотъ, затрудненное мочеиспусканіе (преимущественно утромъ, когда пузырь полный)

Послѣ того я видѣлъ подпоручика М. еще два раза: 17 марта и въ началѣ ноября—послѣ вторичной поѣздки его на Кавказъ. Послѣдній разъ я нашелъ его замѣтно похудѣвшимъ; походка мало измѣнилась (ходилъ съ палкой, безъ посторонней помощи), сухожильные рефлексы на ногахъ были по-прежнему повышены, атрофія лѣвой кисти ясно выражена, лѣвое предплечіе казалось тоже нѣсколько похудѣвшимъ, очеркъ еще ухудшился; въ остальномъ рѣзкихъ перемѣнъ не найдено. Въ февралѣ 1900 года до меня дошла вѣсть о смерти М.; мнѣ передавали, что несчастный покончилъ съ собою, отчаявшись въ выздоровленіи.

Въ краткихъ словахъ вся исторія заболѣванія можетъ быть передана слѣдующимъ образомъ. У молодого и до тѣхъ поръ здороваго, хотя болѣзненно-расположеннаго и предававшегося половымъ излишествамъ, субъекта, вслѣдствіе продолжительнаго (6-мѣсячнаго) употребленія воды изъ дурно дуженнаго самовара, появляются сначала обычные признаки отравленія свинцомъ (колики, запоръ, каемка на деснахъ), а затѣмъ мало-по-малу развивается картина тяжелаго нервнаго пораженія, сопровождающагося атрофіей зрительныхъ нервовъ отравнаго, по мнѣнію специалистовъ, характера.

Изъ нервныхъ симптомовъ раньше всего обнаруживается *атаксія* нижнихъ конечностей, рядомъ съ которой наблюдаются: незначительное и подверженное колебаніямъ притупленіе кожной и мышечной чувствительности на ступняхъ, потеря кожныхъ рефлексовъ, нѣкоторыя расстройства со стороны мочеполовыхъ органовъ и *повышеніе коленныхъ рефлексовъ* съ двустороннимъ стопнымъ клонусомъ. Въ мартѣ 1898 года, въ то время, когда мною былъ сдѣланъ докладъ о описываемомъ случаѣ въ научномъ собраніи врачей С.-Петербургской клиники душевныхъ болѣзней¹⁾, явленія атаксіи преобладали у больного настолько, что сама собою возникала мысль о сопоставленіи этого случая съ извѣстными уже и приводимыми ниже случаями атаксіи (склероза заднихъ стол-

¹⁾ См. Обзорніе Психіатріи. 1898, стр. 651 и Врачъ. 1898, стр. 655.

бовъ) вслѣдствіе свинцоваго отравленія. Повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и стопный клонусъ стали къ тому времени нѣсколько слабѣе, чѣмъ были раньше, и мнѣ казалось возможнымъ, что эти рефлексы исчезнутъ совершенно, и что заболѣваніе пріобрѣтаетъ, такимъ образомъ, сходство съ настоящей спинной сухоткой. Тѣмъ не менѣе, я тогда уже считалъ болѣе вѣроятнымъ, что у больного имѣется *сочетанный склерозъ заднихъ и боковыхъ столбовъ*.

Дѣйствительно, въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни явленія двигательной слабости, *пареза* нижнихъ конечностей стали выступать все яснѣе, сухожильные же рефлексы такъ и остались повышенными. Но, кромѣ этихъ признаковъ участія въ страданіи боковыхъ столбовъ спинного мозга, дальнѣйшее наблюденіе обнаружило у больного *атрофію мышцъ* лѣвой кисти, проявившуюся сначала въ одной только короткой отводящей мышцѣ большого пальца. Эта атрофія, сопровождавшаяся волоконцевыми подергиваніями и паденіемъ какъ фарадической, такъ и гальванической возбудимости (безъ реакціи перерожденія), указывала на частичный захватъ пораженіемъ и лѣваго *передняго рога*.

Въ общемъ, теченіе спинномозгового заболѣванія (такъ же какъ и атрофіи зрительныхъ нервовъ) было хроническимъ, медленно нарастающимъ. Къ концу наблюденія, одновременно съ усиленіемъ пареза нижнихъ конечностей и атрофіи лѣвой кисти, стала рѣзче выступать атаксія обѣихъ рукъ, обнаруживавшаяся главнымъ образомъ при выполненіи мелкихъ движеній и сильно отразившаяся на почеркѣ больного.

Какъ упомянуто мною въ самомъ началѣ, спинномозговая патологія свинцоваго отравленія стала обогащаться фактами съ сравнительно недавняго времени. Раньше другихъ измѣненій спинного мозга была описана *атрофія клетокъ передняго рога* при свинцовыхъ параличахъ (*Vulpian, Zun-*

ker, Monakow, Oppenheim и друг. ¹⁾). Экспериментально, при продолжительномъ отравленіи свинцомъ животныхъ, такую же атрофію клѣтокъ наблюдали Н. М. Поповъ ²⁾, Stieglitz ³⁾, Schaffer ⁴⁾, Lugaro ⁵⁾ и др., недавно еще д-ръ Рыбиковъ ⁶⁾. Въ виду этихъ наблюденій и изслѣдованій возникъ даже, какъ извѣстно, споръ о томъ, что собственно служить анатомической основой свинцоваго паралича—невритъ или полиомиэлитъ. Не входя въ подробное обсужденіе всѣхъ pro и contra, замѣчу здѣсь только, что и по моему мнѣнію экспериментальныя изслѣдованія въ этомъ вопросѣ не имѣютъ рѣшающаго значенія, такъ какъ данныя ихъ не могутъ быть примѣнены всецѣло къ патологіи человѣка; съ другой стороны, несомнѣнно и то, что перерожденіе клѣтокъ передняго рога, находимое въ затяжныхъ случаяхъ свинцоваго паралича, можетъ быть вторичнымъ (такъ назыв. ретроградная атрофія клѣтокъ), какъ справедливо указываютъ Jolly ⁷⁾, Ferrier ⁸⁾ и, въ послѣднее время, Laslett и Warrington ⁹⁾. Такимъ образомъ, поскольку рѣчь идетъ о типическомъ свинцовомъ параличѣ, спинномозговое происхожденіе его остается сомнительнымъ. Но существуютъ другіе случаи, которые Gowers въ своемъ руководствѣ ¹⁰⁾ называетъ второй формой свинцоваго паралича, и которые правильнѣе называть *свинцовыми атрофіями*, — случаи, гдѣ и клиническая картина несравненно

¹⁾ См. Archiv für Psychiatrie, Bd. X (статья Monakow'a) и Bd. XVI (статья Oppenheim'a).

²⁾ Протоколы Общества Психіатровъ въ С.-Петербургѣ. 1881 г., стр. 15 и диссертация автора.

³⁾ Archiv f. Psych., Bd. XXIV (1892).

⁴⁾ Ungar. Archiv f. Medicin. 1893. Цитир. по Neurolog. Centralbl. 1894.

⁵⁾ Rivista di patologia nervosa e mentale, 1897.

⁶⁾ Докладъ въ Московскомъ Обществѣ Психіатровъ. См. Врачъ. 1899, стр. 417.

⁷⁾ Deutsche medic. Wochenschrift, 189

⁸⁾ British medical Journal, 1893.

⁹⁾ Brain, 1898.

¹⁰⁾ Русскій переводъ, т. II, стр. 942.

болѣе подходитъ къ хроническому полиомиэлиту, чѣмъ къ дегенеративному невриту. Здѣсь дѣло начинается атрофіей преимущественно мелкихъ мышцъ ручной кисти (а не параличомъ разгибателей, какъ при обыкновенномъ свинцовомъ параличѣ), въ пораженныхъ мышцахъ наблюдаются фибриллярныя подергиванія, фаралическая и гальваническая возбудимость представляетъ простое пониженіе (resp. потерю), безъ реакціи перерожденія; двигательная слабость развивается послѣдовательно, по мѣрѣ варостанія атрофіи. Такіе случаи хорошо описаны г-жею *Déjerine-Klumpke* въ ея извѣстной монографіи о полиневритахъ ¹⁾, и сюда же должны быть отнесены наблюденія *Walton'a* и *Carter'a* ²⁾, *Ascher'a* ³⁾ и др. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ уже самая клиническая картина заболѣванія заставляетъ насъ ожидать посмертныхъ находокъ въ переднихъ рогахъ спинного мозга.

Однако, не одно сѣрое вещество переднихъ роговъ подвергается измѣненіямъ при отравленіи свинцомъ. Уже въ упомянутыхъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ проф. *Попова* при болѣе длительныхъ отравленіяхъ перерожденіе охватывало и *бѣлое вещество* спинного мозга. Клиническимъ примѣромъ распространенія процесса на бѣлое вещество (преимущественно переднихъ столбовъ) можетъ служить случай *Goldflam'a* ⁴⁾.

Но особенный интересъ представляютъ тѣ случаи, гдѣ подъ вліяніемъ свинцоваго отравленія развивается не диффузное пораженіе бѣлаго вещества, а *системное* заболѣваніе отдѣльныхъ столбовъ спинного мозга. Въ этомъ отношеніи наибольшаго вниманія заслуживаетъ наблюденіе д-ра *Минора* ⁵⁾.

¹⁾ Des polynévrites. Paris, 1889.

²⁾ Americ. Journ. of Medic. Science. 1892.

³⁾ Сообщ. въ Берлинскомъ Обществѣ Психіатровъ, См. Neurol. Centralbl. 1893, стр. 109.

⁴⁾ Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1893.

⁵⁾ Archiv de Neurologie, 1889, №№ 50 и 51. Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes.

У субъекта, съ малыхъ лѣтъ занимавшагося изготовленіемъ свинцовой бумаги, мало-по-малу развилась атаксія, при чемъ имѣлись и стрѣляющія боли, и потеря колѣнныхъ рефлексовъ, и притупленіе чувствительности; не доставало измѣненій со стороны зрачковъ для того, чтобы сходство съ спинною сухоткой было еще болѣе полнымъ. Посмертное изслѣдованіе, результаты котораго были сообщены авторомъ позднѣе ¹⁾, обнаружило очень рѣзкую типическую дегенерацію Голлевскихъ пучковъ въ верхне-шейной части и всего задняго столба въ средне-грудной части спинного мозга. Периферическіе нервы изслѣдованы не были.

Olivet въ своей диссертациі ²⁾, которой, къ сожалѣнію, у меня нѣтъ, приводитъ два случая, гдѣ спинной сухоткѣ предшествовало также хроническое отравленіе свинцомъ.

Въ другихъ наблюденіяхъ склерозъ заднихъ столбовъ сочетался съ болѣе или менѣе распространенными очагами полиомієлита. Такъ было у больного (бронзовщика), описаннаго *Redlich*'омъ ³⁾: кромѣ табетическихъ симптомовъ, каковы—атаксія, потеря колѣнныхъ рефлексовъ, боли и другія расстройства чувствительности, неравномѣрность и свѣтовая неподвижность зрачковъ, атрофія зрительныхъ нервовъ и расстройства мочеиспусканія,—у этого больного наблюдалась еще атрофія мышцъ плечевого пояса и предплечій; при вскрытіи найденъ склерозъ заднихъ столбовъ и рядомъ съ нимъ—пораженіе переднихъ роговъ въ верхней части шейнаго утолщенія, распространявшееся отчасти и на сосѣдніе столбы бѣлаго вещества.

Въ случаѣ *Fisher*'а ⁴⁾ (у маляра, повторно страдавшаго коликами и въ послѣдніе 3 года имѣвшаго атрофію мышцъ

¹⁾ Труды Московскаго Физико-Медицинскаго Общества, 1893, № 1.

²⁾ Göttingen, 1891. Цитир. по *Redlich*'у.

³⁾ *Tabes dorsalis und chronische Bleivergiftung*. Wiener medic. Wochenschrift, 1897, №№ 18 и 19.

⁴⁾ *Americ. Journ. of. Medical Science*, 1892.

верхних конечностей) явления полиомиелита преобладали, и въ задних столбахъ былъ найденъ лишь небольшой склерозъ Голлевскихъ пучковъ.

*Braun*¹⁾ у одного 74-лѣтняго субъекта съ свинцовымъ невритомъ (съ атрофіей мышцъ и потерей сухожильныхъ рефлексовъ на верхнихъ конечностяхъ) нашелъ, кромѣ измѣненій въ периферическихъ нервахъ, атрофію передняго рога и перерожденіе заднихъ столбовъ въ корешковыхъ областяхъ.

Въ наблюденіи *Pal'*²⁾, касающемся больного, который занимался приготовленіемъ печатнаго шрифта, вскрытіе обнаружило перерожденіе периферическихъ нервовъ и заднихъ корешковъ, а въ шейной и грудной частяхъ спинного мозга—измѣненія, напоминавшія собою *tabes cervicālis*. Прямой мозжечковый пучекъ и основной пучекъ передне-бокового столба оказались также перерожденными въ шейной части, въ переднихъ же рогахъ и въ переднихъ корешкахъ измѣненій не найдено³⁾.

Наконецъ, экспериментально перерожденіе заднихъ столбовъ, заднихъ корешковъ и клѣтокъ межпозвоночныхъ узловъ при отравленіи свинцомъ было доказано *Stieglitzom* въ упомянутой выше работѣ.

Въ послѣднихъ наблюденіяхъ существуетъ очевидная связь между перерожденіемъ волоконъ въ заднихъ столбахъ и измѣненіями заднихъ корешковъ и периферическихъ нервовъ. Въ сущности, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ заболѣваніемъ чувствующихъ нервовъ *I-го порядка*, какъ при свинцовыхъ

¹⁾ Archiv für klinische Medicin, Bd. 52 (1888).

²⁾ Ueber multiple Neuritis, Wien, 1891.

³⁾ Putnam (Boston Medical and Surgic. Journal, 1888) описалъ 3 случая атаксіи вслѣдствіе свинцоваго отравленія; у всѣхъ 3 больныхъ наблюдалось быстрое улучшеніе со стороны нижнихъ конечностей, тогда какъ въ рукахъ атаксіа, наоборотъ, быстро ухудшалась; колѣнные рефлексы были повышены. Самъ авторъ смотритъ на эти случаи, какъ на невритическую pseudo-tabes. Вскрытій не было.

параличахъ и атрофіяхъ—съ пораженіемъ соотвѣствующихъ двигательныхъ нервовъ. Но, подобно тому, какъ въ этихъ послѣднихъ случаяхъ пораженію подвергается преимущественно то периферическая, то спинно-мозговая часть нервовъ (первые стволы—при обыкновенномъ параличѣ, клѣтки переднихъ роговъ—при атрофіяхъ), такъ и первоначальная локализція процесса въ чувствующихъ нервахъ можетъ быть неодинаковой, и возможны случаи, гдѣ заболѣваніе въ извѣстномъ періодѣ ограничивается спинно-мозговою частью этихъ нервовъ, т. е. волокнами заднихъ столбовъ, представляя, такимъ образомъ, большое сходство съ спинною сухоткой.

Многіе факты показываютъ однако, что при отравленіи свинцомъ могутъ заболѣвать не одни только нервы I-го порядка, но и другіе, высшіе нервы. Оставляя въ сторонѣ случаи такъ назыв. *encephalopathiae saturninae*, описанной Jolly и друг.¹⁾ и ограничиваясь спиннымъ мозгомъ, слѣдуетъ замѣтить, что на почвѣ свинцоваго отравленія развивается иногда картина спастическаго спинно-мозговаго паралича (склероза боковыхъ столбовъ²⁾). Правда, въ литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, не достаетъ пока патолого-анатомическихъ доказательствъ въ пользу существованія чистыхъ случаевъ первичнаго боковаго склероза свинцоваго происхожденія; но то же относится и къ другимъ токсическимъ формамъ спастической параплегии.

Вообще нельзя не отмѣтить сходства спинно-мозговыхъ измѣненій при отравленіи свинцомъ и при нѣкоторыхъ другихъ отравныхъ заболѣваніяхъ. Во-первыхъ, и при послѣднихъ мы встрѣчаемся, въ большинствѣ случаевъ, съ тѣмъ же *сочетаннымъ* характеромъ пораженія, какой обнаруживался

¹⁾ См. статью Jolly въ *Charité-Annalen*, 1894.

²⁾ Oppenheim, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1895, S. 149.

въ приведенныхъ выше наблюденіяхъ; во-вторыхъ, и элементы, входящіе въ составъ сочетанія, бывають нерѣдко одинаковыми. Такъ, при пеллагрѣ обычную носмертную находку составляетъ комбинированное перерожденіе заднихъ и боковыхъ столбовъ къ которому иногда присоединяется еще атрофія передняго рога; и, безъ сомнѣнія, тѣ же самыя находки были бы получены и въ нашемъ случаѣ у М., еслибы онъ подвергся вскрытію.

Въ практическомъ отношеніи случаи, подобные нашему, приводятъ къ заключенію, что при спинномозговыхъ заболѣваніяхъ съ неясной этиологіей, въ особенности при сочетанныхъ заболѣваніяхъ, слѣдуетъ всегда имѣть въ виду возможность отравленія свинцомъ—„ядомъ, весьма распространеннымъ въ нашей культурѣ“, по выраженію автора одной записки въ *Concours Médical* (1890 г.). Опасность этого отравленія угрожаетъ не только малрамъ, бровзовщикамъ и другимъ рабочимъ, имѣющимъ постоянно дѣло со свинцомъ, но и всякому, кто въ теченіе долгаго времени употребляетъ воду изъ содержащихъ свинецъ трубъ (какъ въ случаяхъ *Putnam's*), или изъ дурно луженнаго самовара, какъ въ моемъ наблюденіи. Надо замѣтить, что послѣдній источникъ отравленія встрѣчался уже неоднократно и еще недавно въ Петербургѣ былъ причиною заболѣванія цѣлой семьи ¹⁾.

Несомнѣнно, что не всякое отравленіе свинцомъ, хотя бы и продолжительное, приводитъ къ спинномозговому заболѣванію; для этого требуются, повидимому, еще другіе этиологическіе моменты—известное предрасположеніе, половыя изліяшества и т. п., точно такъ же, какъ и въ случаяхъ парасифилитическихъ заболѣваній. Роль свинца остается, однако, преобладающей.

¹⁾ См. *Врачъ*, 1897 г., стр. 271.

О малоизвестной системѣ волоконъ, проходящей по периферіи передне-наружнаго отдѣла шейной части спинного мозга.

Академика В. Бехтерева.

Уже давно я имѣлъ въ виду написать замѣтку по поводу системы волоконъ, названной мною оливнымъ пучкомъ (она же Dreikantbahn Helweg'a) и подробно описанной мною въ отдѣльной статьѣ въ *Neur. Centr.* № 12, 1894; но разныя чисто внѣшнія обстоятельства служили тому препятствіемъ. Непосредственнымъ поводомъ настоящей замѣтки является то обстоятельство, что въ последнее время система эта начала обращать вниманіе авторовъ и послужила предметомъ изслѣдованій со стороны нѣсколькихъ лицъ, между прочимъ Reinhold'a ¹⁾, Pick'a ²⁾ и Obersteiner'a ³⁾. Система эта безспорно заслуживаетъ вниманія и изученія, такъ какъ относительно ея и до сихъ поръ остаются нѣкоторые неясные пункты. Главнѣйшіе изъ этихъ пунктовъ касаются 1) направленія волоконъ разсматриваемой системы и 2) ея происхожденія и окончанія.

¹⁾ Reinhold. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* Bd. X. 1897.

²⁾ A. Pick. *Beiträge z. path. Anatomie des Centralnervensystems.* 1890.

³⁾ H. Obersteiner. *Arbeiten aus dem Institut f. Anatomie u. Physiologie d. Centralnervensystems.* VII H. 1900.

Что касается вопроса о направленіи волоконъ разсматриваемой системы, то я бы хотѣлъ прежде всего устранить недоразумѣніе изъ литературы вопроса, будто я разсматриваю эту систему, какъ восходящую. Поводомъ къ этому, какъ мнѣ кажется, послужила неточность нѣкоторыхъ изъ моихъ выраженій, вкрапившаяся въ описаніе этого пучка. Такъ, въ специальной статьѣ, посвященной этой системѣ, я между прочимъ выразился такъ: „übrigens ist es unzweifelhaft, dass die Fasern des in Rede stehenden Bündels in dem vorderen Horn *seinen Anfang nehmen*“ ¹⁾. Равнымъ образомъ имѣется явная неточность и въ слѣдующей фразѣ, касающейся той же системы: „Immerhin aber unterliegt es keinem Zweifel, dass ersterer (Olivenstrang) in dem gleichseitigen Vorderhorne des Markes *entspringt* und demgemäss das Gebiet des Grundbündels *passiren muss*“ ²⁾. Въ обоихъ случаяхъ вышеуказанныя выраженія были употреблены не въ смыслѣ дѣйствительнаго происхожденія волоконъ оливнаго пучка согласно ученію о нейронахъ, а лишь для указанія чисто топографическихъ отношеній, имѣя въ виду описаніе пучка въ направленіи снизу вверхъ. Въ подтвержденіе сказаннаго я могу указать на то обстоятельство, что и въ той, и въ другой работѣ я разсматриваю оливный пучекъ, какъ одну, прерываемую нижними оливами, систему съ центральнымъ пучкомъ покрывки. „Da von der anderen Seite der unteren Oliven in cerebraler Richtung“ ³⁾, die von mir zuerst beschriebene centrale Haubenbahn hervorgeht, so ist es augenscheinlich, dass dieselbe und das Olivenbündel des Halsmarks zu einem auf seinem Wege durch die unteren Oliven unterbrochenen Fasersystem gehören“ ⁴⁾. А между тѣмъ центральнѣйшій пучекъ покрывки всегда мною разсматривался въ смыслѣ нисходящей системы и даже мной, какъ и другими авторами, описы-

¹⁾ W. Bechterew. Neur. Centr. № 12. 1894.

²⁾ W. Bechterew. Die Leitungsbahnen. Leipzig. 1899, стр. 99—100.

³⁾ Выраженіе «въ церебральномъ направленіи» очевидно также употреблено здѣсь лишь въ смыслѣ топографическаго обозначенія.

⁴⁾ W. Bechterew. Neurol. Centralbl. № 12. 1894.

нались случаи нисходящаго перерожденія центральнаго пучка покрывки ¹⁾. Между прочимъ въ своихъ „Проводящихъ путяхъ“ ²⁾ я указываю на случай Meyer'a, въ которомъ вмѣстѣ съ перерожденіемъ центральнаго пучка была обнаружена атрофія вишней оливы и оливнаго спинномозгового пучка. Отсюда очевидно, что оливный пучекъ въ смыслѣ современнаго ученія о пейронахъ должно разсматривать не какъ восходящую, а, напротивъ того, какъ нисходящую систему волоконъ.

Не смотря на то, что А. Pick придерживается взгляда, что оливный пучекъ представляетъ собою восходящую систему волоконъ, я думаю, что имъ не приведено въ пользу этого взгляда достаточно убѣдительныхъ данныхъ, а между тѣмъ въ пользу нисходящаго направленія этой системы, кромѣ уже вышеупомянутаго наблюденія Meyer'a, говоритъ случай Reinhold'a ³⁾, въ которомъ также наблюдалось вторичное нисходящее перерожденіе оливнаго пучка.

Что касается до происхожденія этого пучка, то, руководясь изслѣдованіями по методу развитія, какъ уже рѣже упомянуто, я первоначально ⁴⁾ высказалъ предположеніе, что вышеуказанный пучекъ имѣетъ ближайшее отношеніе къ нижнимъ оливамъ, вслѣдствіе чего онъ и былъ названъ мною оливнымъ пучкомъ (Olivenbündel). Однако взглядъ этотъ не основывается на вполнѣ вѣсмихъ данныхъ, а лишь на изслѣдованіи топографическихъ условій церебральнаго отдѣла разсматриваемой системы, что и выражено въ моихъ „Leitungsbahnen“ (стр. 99): „Mit dem Erscheinen der unteren Oliven aber verschwindet er (Olivenstrang) plötzlich. Man konnte im

¹⁾ См. W. Bechterew. Die Leitungsbahnen. 1. Auflage. 1894, сноска къ стр. 105. 2. Auflage. 1899, стр. 301 и 302. См. также мою работу: О вторичномъ перерожденіи нисходящаго пучка передней ножки мозжечка, центральнаго пучка покрывки и петлевого слоя.—Обозр. психіатріи, 1896, стр. 602 и 603. См. также мою статью въ Arch. f. Psych., Hft. 3, 1896.

²⁾ Loco cit. стр. 302.

³⁾ L. c.

⁴⁾ См. цитированную выше статью.

Hinblicke auf den letztgenannten Umstand an Beziehungen des inredestehenden Bündels zu den Nervenzellen der unteren Olive denken, *doch sind für diese Annahme noch keine vollgültigen Beweise vorhanden*¹⁾.

Въ виду этого во французскомъ переводѣ моихъ „Проводящихъ путей“¹⁾ я предлагаю назвать этотъ пучекъ, руководясь его топографическимъ положеніемъ, периоливающимъ пучкомъ—*faisceau periolivaire* (*fasciculus periolivaris*, *Perioliv-verbündel*) — названіе, ничуть не предрѣшающее отношеніе этого пучка къ нижнимъ оливамъ, а лишь обозначающее положеніе его по сосѣдству съ оливой.

Такимъ образомъ вопросъ объ отношеніи разсматриваемой системы къ нижнимъ оливамъ долженъ оставаться открытымъ, пока не будетъ найденъ методъ, дающій возможность рѣшить его положительнымъ образомъ. Какъ бы однако ни рѣшался вопросъ объ отношеніи разсматриваемой системы къ большимъ оливамъ, заслуживаютъ полнаго вниманія вѣкоторыя указанія, говорящія въ пользу отношенія этой системы къ вышележащимъ церебральнымъ образованіямъ. Въ пользу этого говорить прежде всего наблюденіе Meyer'a съ геморрагическимъ пораженіемъ въ области покрывки на уровнѣ ядеръ *facialis* и *abducens*, въ которомъ имѣлось перерожденіе на соответствующей сторонѣ центрального пучка покрывки, большой оливы и разсматриваемой системы волоконъ. Съ другой стороны Reinhold²⁾ въ случаѣ кровоизліянія въ области два 4-го желудочка наблюдалъ перерожденіе этого пучка на соответственной сторонѣ. Наконецъ въ послѣднее время Spiller³⁾ въ случаѣ кровоизліянія на основаніи полушарія, причемъ были захвачены наружная капсула, и *lenticularis*, задній отдѣлъ внутренней капсулы и *thalamus*, наблюдалъ по методу Marchi перерожденіе пучка, располагающагося въ мосту, сбоку отъ

¹⁾ См. *Les voies de conduction du cerveau et de la moelle*. Trad. par C. Bonpe. Lyon-Paris, 1890, стр. 164.

²⁾ Reinhold. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. X. 1897.

³⁾ Spiller. *Brain*. Vol. XXII. 1900.

пирамиды, затѣмъ спускающагося снаружки отъ большихъ оливъ въ спинной мозгъ. На уровнѣ перекреста пирамидъ пучекъ этотъ занималъ положеніе рассматриваемой системы. Къ сожалѣнію, спинной мозгъ остался неизслѣдованнымъ. По Obersteiner'у ¹⁾, въ этомъ случаѣ будто бы мы имѣемъ случай перерожденія той же системы; но я бы сказалъ, что въ пользу этого еще не имѣется достаточныхъ основаній.

Если однако принять во вниманіе, что въ восходящемъ направленіи перерожденія этого пучка до сихъ поръ не наблюдалось и, съ другой стороны, что при пораженіи оливъ эта система также не перерождалась въ нисходящемъ направленіи, то приходится допустить, согласно съ Obersteiner'омъ, что рассматриваемый пучекъ прямо или посредствомъ имѣетъ отношеніе къ вышележащимъ образованіямъ. Я однако не вижу основанія признавать, какъ это допускаетъ Obersteiner, отношеніе рассматриваемой системы къ пирамидному пути. Противъ этого говоритъ, на мой взглядъ, не только неодновременное развитіе обѣихъ системъ, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, рассматриваемая система обычно развивается нѣсколько позже пирамидныхъ пучковъ, но и рѣзкое, бросающееся въ глаза различіе въ колибрѣ волоконъ того и другого пучка. Дѣло въ томъ, что пирамидный пучекъ состоитъ обыкновенно изъ довольно толстыхъ мякотныхъ волоконъ, тогда какъ рассматриваемая система содержитъ вообще крайне нѣжныя волокна, содержація лишь небольшое количество мякоти. Это различіе въ колибрѣ волоконъ обѣихъ системъ, на мой взглядъ, никакъ нельзя объяснить съ точки зрѣнія взгляда о ближайшемъ отношеніи рассматриваемой нами системы къ волокнамъ пирамиднаго пучка.

¹⁾ Н. Obersteiner. Arbeiten an dem Institut für Anatomie und Physiologie der Centralnervensystems. 1900.

Бъ казуистикѣ случаевъ рѣзко выраженнаго Cheyne - Stokes'ова дыханія при разлитомъ органическомъ пораженіи головного мозга,

Д-ра Ф. Ф. Чарнецкаго.

(Изъ частной лечебницы Ю. П. Гляки въ Москвѣ).

Намъ пришлось наблюдать случай рѣзко выраженнаго и длительнаго Cheyne-Stokes'ова дыханія у больного, представляющаго явленіе разлитого органическаго пораженія головного мозга при одновременномъ органическомъ страданіи сердца и легкихъ. Такъ какъ этотъ случай, по нашему убѣжденію, является рѣдкимъ, то мы позволяемъ себѣ привести здѣсь его описаніе.

Больной М., 50 лѣтъ, вдовецъ. Отецъ его умеръ отъ прогрессивнаго паралича; сестра его психически больна. Самъ больной хорошаго тѣлосложенія. До 48-го года тяжелыхъ болѣзней не переносилъ. Былъ человекомъ энергичнымъ, живымъ, предприимчивымъ. Въ характерѣ его однако близкіе отмѣчали за послѣдніе годы нѣкоторыя странности. Приблизительно съ 48-го года его жизни замѣтно стало ослабленіе памяти и сообразительности. Характеръ его также измѣнился: больной сдѣлался раздражительнымъ, вспыльчивымъ, пересталъ заниматься, какъ прежде, дѣлами, больше

играль на биржѣ, сталъ избѣгать общества. Одновременно и физическое состояніе его ухудшалось: появлялась одышка, отеки. Лѣтомъ 1898-го года состояніе больного ухудшилось на столько, что онъ 22-го ноября поступилъ въ одну изъ терапевтическихъ клиникъ, гдѣ между прочимъ было найдено: цианозъ, отеки на ногахъ и въ области поясицы, *dilatatio et hypertrophia cordis (myocarditis)*, жесткія артеріи, частый, слабого наполненія, пульсъ (до 110 ударовъ въ мин.), небольшое расширеніе аорты, учащенное дыханіе (до 36 въ мин.). Со стороны легкихъ въ клиникѣ было отмѣчено: притупленіе справа, сзади и внизу, разбѣянные влажные хрипы сзади и спереди въ области 2—3—4 реберъ, въ мокротѣ кровь (инфарктъ); въ лѣвомъ легкомъ немного влажныхъ хриповъ внизу; печень увеличена, прощупывается, уплотнена; реакція мочи кислая; моча содержитъ немного бѣлку и уробилинъ; въ осадкѣ—лимфатическіе элементы, эпителий, мочеваа кислота. Уд. вѣсъ мочи=1012; количество красныхъ кровяныхъ шариковъ (въ крови) 5,470,000; гемоглобина=115.—Во время пребыванія въ клиникѣ у больного произошли слѣдующія перемѣны: пульсъ сталъ рѣже, лучшаго наполненія; притупленіе въ области легкихъ значительно уменьшилось; хриповъ стало очень немного; отеки исчезли, равно какъ и бѣлокъ изъ мочи.—Изъ клиники больной перевезенъ въ декабрѣ 1899-го года въ лечебницу для нервныхъ и душевныхъ больныхъ, гдѣ въ день поступленія, т. е. 9-го, отмѣчено между прочимъ слѣдующее: больной въ общемъ болтливъ, мало сообразителенъ, имѣетъ плоховатую память, путается, особенно въ недавнихъ событіяхъ. Волнуется по поводу своихъ денегъ, говоритъ, что его обманули, обокрали.—Колѣнные рефлексы сохранены; въ языкѣ дрожаніе; лѣвый зрачекъ замѣтно больше праваго; пульсъ напряженный.

Декабрь:

10—11. Спаль плохо. Волнуется по поводу того, что онъ обокраденъ, что попалъ въ ловушку. Замѣтно ослабленіе интеллекта—малая сообразительность.

12—15. Спять хорошо. Большая забывчивость. Не можетъ запомнить именъ окружающихъ, хотя въ лицо ихъ узнаетъ. Волнуется то о своихъ деньгахъ, то о чемъ-либо другомъ.

16. Пульсъ чаще, одышка побольше.

17—22. Одышка. Въ легкихъ сзади и внизу, особенно справа, притупленіе. Откашливаетъ небольшіе сгустки крови.

Пульсъ частый, слабый. Небольшіе отеки въ ногахъ. Большая слабость.

Плохой аппетитъ. На низъ правильно, самостоятельно.

23—24. Нѣсколько лучше; покрѣнче; появился аппетитъ.

Пульсъ менѣе частъ.

25—31. Дышать много легче. Отекъ въ ногахъ почти исчезъ. Настроеніе стало лучше; меньше жалобъ на дурное самочувствіе; часто шутить, смѣется; дементно-благодушень.

1900 годъ. Январь.

1—15. Состояніе психики больного колеблется. Иные дни онъ благодушень, весель, разговорчивъ; иные—безъ причины сердится и раздражается на окружающихъ, высказываетъ странную тревогу, перенутивается то, о чемъ ему говорить, впутываетъ прочитанное или услышанное въ свой бредъ, обвиняетъ себя въ чемъ-нибудь. Память прошедшаго въ „хорошіе“ дни хороша, а въ недавнихъ событіяхъ порядочно путается, особенно при активномъ воспоминаніи. Одышка временами порядочная. Пульсъ частый. Въ ногахъ небольшой отекъ.

16—31. Отекъ въ ногахъ постепенно увеличивался; одышка усилилась; появилось затрудненіе дыханія. Часто бываетъ дурное настроеніе, тревога, раздражительность, жалобы, страхъ за свое здоровье, какія-то непоятныя подозрѣнія. Иногда, повидимому, путается сны съ дѣйствительностью.

Февраль.

1—2. Отекъ увеличивается въ ногахъ, особенно въ лѣвой. Часто бываетъ припухшей правая половина лица.

3. Днемъ сердился, волновался, громко говорилъ, подозрѣвалъ, что его отравляютъ. Въ раздраженіи бросалъ кружкой въ окно и разбилъ стекло.—Порядочная одышка; пульсъ слабый. Мочится мало; моча темно-желтаго цвѣта и съ запахомъ.

4—11. Больной легко раздражается, волнуется, путается въ окружающемъ, забывчивъ. Нѣкоторые часы бываетъ покойнѣе, чувствуетъ себя получше. Появляются приступы одышки. Пульсъ почти все время частый, слабый. Отеки въ ногахъ увеличиваются; появился значительный отекъ наружныхъ половыхъ частей, рукъ и всего тѣла. Животъ вздутъ. Асцитъ. Мочится ежедневно, но количество мочи уменьшено.

12—13. Сонливость. Не волнуется. Отеки увеличились. Замѣтна большая припухлость въ кистяхъ рукъ. Иногда бы-

ваютъ подергиванія въ мышцахъ спины и рукъ. Дыханіе попеременно то затихаетъ и какъ бы пропадаетъ, то появляется съ значительною силою. Пульсъ то рѣдкій съ хорошимъ наполненіемъ, то частый и поверхностный.

14—17. Отекъ уменьшается. Мочи больше. Аппетитъ лучше. Пульсъ порядочный. Дыханіе рознѣе. По временамъ бывають приступы одышки. Въ правомъ легкомъ сзади внизу, начинаю отъ угла лопатки, притупленіе съ бронхиальнымъ дыханіемъ; въ лѣвомъ — влажные хрипы. Общая слабость. Разговариваетъ спокойно. Голосъ слабый, разбитый. Память плохая, забывчивъ, путается въ окружающемъ. Иногда сочиняетъ небылицы. Такъ, иногда начинаетъ кричать, говоря, наприм., что какими-то завязками ему зацѣпили *scrotum* и оторвали. Не можетъ держаться на ногахъ.

18—28. Состояніе больного колеблется: то онъ спитъ получше, то похуже, выглядит то пободрѣе, то послабѣе. Отеки то уменьшаются, то снова становятся побольше; иногда бывало такъ, что въ рукахъ они были замѣтны больше, чѣмъ въ ногахъ. Асцитъ уменьшился. Иногда замѣчается кратковременное переклашивание лица, иногда повышеніе кожной чувствительности. Глотаетъ больной порядочно. Въ общемъ слабость постепенно увеличивается. Дыханіе то лучше и легче, то болѣе затрудненное. Пульсъ тоже измѣчивъ. Иногда онъ бываеть очень слабый, почти нитевидный, иногда хорошаго наполненія. — Въ психикѣ больного также замѣтны колебанія: то онъ покоенъ, сонливъ; то начинаетъ волноваться, тревожиться, кричать. Иногда ему кажется, что онъ обворованъ, обманутъ; или думаетъ, что находится не въ лѣчебницѣ, а на вокзалѣ, въ гостинницѣ, у знакомыхъ въ квартирѣ; или ѣдетъ по желѣзной дорогѣ, гдѣ кто-то покушается на его жизнь, при чемъ верѣдко въ этомъ обвиняеть прислугу. Иногда сознаніе пояснѣе; тогда больной не волнуется, лучше ориентированъ въ окружающемъ, болѣе разуменъ, знаетъ, гдѣ онъ находится.

29. Утромъ былъ неопрятенъ. Голова на ощупь горяча, замѣтна рѣзко пульсація *art. temporalis*; глаза блестящи. Одышка. Пульсъ въ среднемъ 85 ударовъ въ мин., хорошаго наполненія. Раздражителенъ, требователенъ, ничѣмъ недоволенъ, на весь домъ кричать: „караулъ“, „рѣжутъ“, „спасите“, „помогите“ и проч., высказываетъ много бредовыхъ идей, порывается съ кровати. Думаетъ, что окружающіе его

—грабители, что подослазы они полиціей, что противъ него цѣлый заговоръ.

Мартъ.

1. Всю ночь и утро до полудня больной продолжалъ волноваться, кричать, бранить прислугу, звать доктора. Голосъ криплай. Лицо одутловато; голова на ощупь горяча. Пульсъ утромъ 90 удар. въ м., порядочнаго наполненія. Съ 12-ти часовъ началъ успокаиваться и заснать. Лежитъ на правомъ боку, свернувшись клубкомъ. Наблюдаются рѣзкіе признаки Cheyne-Stokes'ова дыханія, при чемъ дыхательная пауза приблизительно равна 5 сек.; послѣ нея наступаетъ поверхностное, едва замѣтное вдыханіе, за которымъ постепенно слѣдуютъ все болѣе и болѣе глубокія дыхательныя колебанія, которая, достигнувъ известной силы, начинаютъ опять постепенно ослабѣвать: дыханіе дѣлается опять поверхностнымъ и наступаетъ новая пауза. Иногда казалось, что паузы нѣтъ, или она была мало замѣтна. При наступленіи момента учащеннаго, болѣе сильнаго и болѣе глубокаго, дыханія больной перѣдко просыпался, открывалъ глаза, иногда что-либо произносилъ. Иногда замѣчалось подергиваніе въ рукѣ, плечѣ; иногда во время паузы больной поднималъ руку, безсознательно подносилъ ее къ лицу и опять безучастно опускалъ. Пульсъ все время соотвѣтствовалъ въ колебаніи дыханію: съ наступленіемъ паузы пульсъ дѣлался болѣе частымъ и менѣе напряженнымъ; во время восходящей фазы дыханія напряженіе пульса увеличивалось, а частота уменьшалась, такъ что одновременно съ самыми глубокими вздохами наблюдалась наименьшая частота и наибольшее напряженіе пульса. Во время нисходящей фазы дыханія опять наступало уменьшеніе напряженія и увеличеніе частоты пульса, и въ началѣ паузы послѣдняя достигала своего максимума, а первое—минимума. Число ударовъ пульса въ среднемъ равнолось 100 въ минуту.

2. Спалъ до 4-хъ часовъ дня. Во время сна дыханіе Чейна - Стокса типа, хотя выражено слабѣе, чѣмъ въ предыдущій день. Вечеромъ дыханіе правильное. Съ улучшеніемъ дыханія и удары пульса становились болѣе правильными и равномерными. Лицо одутловато. Правая щека и рука и лѣвая нога болѣе отечны, чѣмъ противоположныя имъ части. Голосъ слабый, разбитый. Слова произносить не разборчиво, какъ бы проглатывая слоги. При разговорѣ перекашиваетъ нижнюю челюсть въ правую сторону. По

прежнему больной не может держаться на ногахъ, по желанію поднимаетъ, сгибаетъ и разгибаетъ ихъ самостоятельно.

3—5. Больной иногда спитъ днемъ и тогда ночью бодрствуетъ; иногда наоборотъ. Во время бодрствованія постоянно волнуется, раздражителенъ, требователенъ, кричитъ: „спасите“, „караулъ“ и проч. Плохо ориентированъ въ окружающемъ, думаетъ, что онъ ѣдетъ по желѣзной дорогѣ на какую-то ревизію, что его подкладываютъ на рельсы подъ поѣздъ и т. д., впутываетъ въ свой бредъ окружающихъ. Аппетитъ плохъ. Иногда дѣлныя сутки ничего не ѣстъ, проситъ только пить, то начинаетъ безъ конца требовать покусать то того, то другого.—Иногда начинаетъ утверждать, что въ пиццѣ и патьѣ ощущаетъ какой-то особый вкусъ, что ему даютъ отраву; то скажетъ, что въ кушаньѣ черви, „такіе большіе, такъ и движутся“, или что въ лекарствѣ чувствуется запахъ „возжей“. Дыханіе послѣ волненій постоянно Чейнъ-Стоксова типа. Число дыханій въ это время въ среднемъ равно 36 въ минуту. Пульсъ колеблется отъ 60 до 90 ударовъ въ мин., то поверхностный, то хорошаго наполненія, смотря по періоду психическаго состоянія больного.

6. Отеки немного замѣтны только въ области лодыжекъ на ногахъ, при чемъ на лѣвой больше, чѣмъ на правой. Моча сильно насыщена, темнокраснаго цвѣта съ нѣкоторымъ запахомъ. Была тошнота и рвота пищею два раза. Пульсъ порядочнаго наполненія, колеблется между 70 — 90 ударами въ мин. Съ 5-ти часовъ вечера больной началъ волноваться, кричать, порывался вскакивать съ постели на полъ, хотя на ноги стать, по-прежнему, не могъ. Голова на ощупь горяча, глаза блестящи. Arter. tempor. рѣзко пульсируютъ.

7. Не спалъ ночью. Днемъ волнуется, но меньше, чѣмъ ночью и вчера. Отековъ не замѣтно. Конечности холодны. Пульсъ достаточнаго наполненія, 70 удар. въ м. Вечеромъ сталъ покоенъ. Замѣтны отеки рѣзче выраженные на правой щекѣ, рукѣ и лѣвой ногѣ главнымъ образомъ до колѣна. Правое вѣко опухло болѣе лѣваго. Губы немного раскрыты и ротъ слегка перекашивается вправо; нижняя челюсть какъ-бы отвисла; языкъ при высовываніи дрожить, перекашивается немного влѣво. Говоритъ тихимъ и разбитымъ голосомъ и не разборчиво, проглатывая нѣкоторые слоги и язычныя буквы. При повтореніи слова и при извѣстномъ усилии можетъ иногда произнести слово правильно, затѣмъ опять не исполнѣ

разборчиво. Дыханіе рѣзко выраженаго Чейнъ - Стоксова характера. Дыхательная пауза равна 10—15 сек. Не рѣдко велѣдъ за глубокими диспноэтическими вздохами наступаютъ длинныя выдохи со стономъ: „ой, ой батюшка, ой больно!“ Во время паузы и въ періодъ слабого дыханія крѣпко засыпаетъ; при усиленіи дыханія часто просыпается, открываетъ глаза. Иногда въ это время просить чего-либо поѣсть, при чемъ голосъ затихаетъ постепенно съ ослабленіемъ дыханія. Періоду наивысшаго учащенія и усиленія дыханія постоянно соответствовали наиболѣе рѣдкій и полный пульсъ; во время паузы постоянно замѣчался частый, но поверхностный, верѣдко еле ощутимый, нитевидный пульсъ. Усиленіе и ослабленіе пульса совершалось правильно и постепенно. Лежитъ больной на правомъ боку, свернувшись клубкомъ.

8—9. Сонливое состояніе. Во время сна рѣзко выраженное Чейнъ - Стоксово дыханіе. Въ мозѣ обильный осадокъ. Отеки немного увеличались. *Rhiza naso-labialis* рѣзче выражена справа. Ротъ слегка перетянуть въ правую сторону. Говорить немного лучше и яснѣе. Голосъ тихій.

10—11 Сонливъ, покоенъ, цѣлится и забываетъ, что хотѣлъ сказать; произносить слова ясно, иногда только не отчетливо. Замѣтная одутловатость лица и лѣвой стопы. Во время сна Чейнъ - Стоксово дыханіе, при чемъ дыхательная пауза бываетъ то хорошо выражена, то отсутствуетъ. Пульсъ соответствуетъ дыханію въ своихъ колебаніяхъ силы и частоты. По временамъ бываютъ приступы одышки; иногда появляется кашель сухой или съ мокротой, при чемъ однажды показались два плевка запекшейся крови, затѣмъ плевковъ мокроты съ кровью, потомъ опять чистая мокрота. 11-го вечеромъ произошелъ коллапсъ: больной началъ задыхаться, какъ бы отъ недостатка воздуха, пульсъ не прощупывался, затѣмъ былъ нитевиднымъ, появился обильный потъ главнымъ образомъ на лицѣ и головѣ. Въ это же время кричалъ, стоналъ, жаловался на боли въ области сердца, на тяжесть въ груди.

12. Утромъ небольшой кашель, плевковъ, окрашенныхъ кровью, затѣмъ немного крови отдѣльно. Дыханіе, тяжелое съ утра, сдѣлалось затѣмъ спокойнымъ, правильнымъ. Кашель прекратился. Все утро требовалъ безъ конца ѣсть, за подаваемую пищу принимался съ жадностью. Съ 12-ти часовъ дня началъ волноваться, кричать; не узнавалъ или перепутывалъ окружающихъ. Высказалъ разныя бредовыя идеи.

Голова на ощупь горяча; глаза блестящи; замѣтная пульсація *art. temporal.* Пульсъ напряженный. Число ударовъ въ среднемъ, 90 въ мин. Вечеромъ жаловался, что въ комнатѣ жарко, что не хватаетъ воздуха; просилъ, чтобы повернули на правый бокъ. Вдругъ послѣ этого началъ очень тяжело дышать, задыхаться, какъ-бы отъ недостатка воздуха; повернулся на спину съ энергіей и со словами: „ой, тяжело: докторъ, спасите! гибну!“ На лбу и лицѣ показался обильный потъ. Пульсъ сдѣлался нитевидный. Вскорѣ состояніе улучшилось, сталъ дышать покойнѣе, но боялся оставаться безъ доктора, говоря, что погибнетъ. Послѣ этого появилось дыханіе съ продолжительнымъ выходомъ и короткимъ вдохомъ съ хлокотаніемъ въ груди какъ бы жидкости. Число дыханій съ 40 достигло 60 въ минуту.

13. Дыханіе тяжелое, хрипящее, съ очень продолжительными выдохами и короткими вдохами; при чемъ часто замѣтно чередованіе ряда громкихъ и одинаковыхъ по силѣ и продолжительности дыхательныхъ движеній съ рядомъ болѣе тихихъ, такой же продолжительности, движеній. Число дыханій 60 въ мин. Пульсъ поверхностный. Число ударовъ отъ 90 — 120 въ м. Сильно потѣеть. Большое слюнотеченіе. Ротъ перекосялся вправо и полуоткрытъ. Правая щека отечнѣе лѣвой; замѣтная отечность лѣвой стопы и небольшая на обоихъ ногахъ до колѣнъ. Мышцы всего тѣла расслаблены.

14. Дыханіе то болѣе тяжелое, то легкое, спокойное. Число дыханій 32—40 въ мин. Пульсъ 60—90 ударовъ въ мин. Сопливое состояніе. Иногда кое-что говорить слабымъ, разбитымъ голосомъ. Аппетитъ плохъ. На низъ правильно, самостоятельно.

15—16. Дыханіе ровнѣе и правильнѣе. Аппетитъ лучше. Больной находится больше въ полузабытій. Разъ обмочился въ постели.

17. Спаль хорошо. Съ утра пульсъ 66 удар. въ м. хорошаго наполненія; дыханіе ровное, спокойное; настроеніе хорошее: благодушенъ, весело болтаетъ, проситъ дать ему то пива, то молока, то чаю, то яблокъ, то еще чего-либо и побольше. Встѣ съ жадностью. Съ 2-хъ часовъ дня началъ волноваться, кричать на весь домъ, звать то доктора, то кого-либо другого; боится чего-то, порывается вскочить съ кровати, путается въ окружающемъ, высказываетъ прежнія бредовыя идеи, видитъ въ рисункахъ обоевъ и возлѣ кровати много враговъ, какъ военныхъ, такъ и штатскихъ.

Голова на ощупь горяча, глаза блестящи. Пульсъ 90 — 100 ударовъ въ мин., поверхностный. Дыханіе хрипящее съ уличеніемъ выдохомъ и короткимъ вдохомъ, съ замѣтнымъ чередованіемъ ряда одиваково громкихъ и сильныхъ дыханій съ рядомъ болѣе тихихъ такой же приблизительно продолжительности дыхательныхъ движеній.

18. Не спялъ. Волнуется, раздражителенъ, требователенъ; по временамъ стонетъ, говоритъ слабымъ, разбитымъ голосомъ. Дыханіе болѣе спокойное, хотя съ громкимъ хрипѣніемъ въ груди и въ горлѣ. Порядочный кашель; иногда окрашенная мокрота. Число дыханій 32 — 40 въ м. Пульсъ 75—90 ударовъ въ м., слабого наполненія. Лицо одутловато; правая щека отекаетъ лѣвой; замѣтный отекъ лѣвой стопы.

19. То спитъ, то проснется, часа 2—3 поволнуется, поговорить о своихъ дѣлахъ или полежитъ спокойно, какъ-бы въ раздумьи, и опять заснетъ. Лицо одутловато. Лѣвая рука нѣсколько отечна. Замѣчается порядочный отекъ лѣвой ноги до колѣна и незначительный на груди, животѣ и на другихъ частяхъ. По временамъ появляются болѣе или менѣе продолжительные приступы одышки, во время которыхъ больной начинаетъ кричать: „ой, душить“!

20. Общая слабость. Руки дрожать. Голосъ слабый, тихій, отековъ почти нѣтъ, за исключеніемъ лѣвой стопы, гдѣ отекъ остается постоянно, то увеличиваясь, то уменьшаясь. Дыханіе съ утра ровное, къ вечеру Чейнъ-Стоксово, при чемъ при усиленіи дыхательныхъ движеній больной начинаетъ по временамъ стонать или произносить слова и фразы все громче и громче и затѣмъ постоянно затихать при ослабленіи ихъ. Число дыханій 28—44 въ мин. Пульсъ то поверхностный и ускоренный, то болѣе глубокой и замедленный. Число ударовъ 75—90 въ минуту.

21—31. Больному часто казалось, что около него находятся враги, которые желаютъ его ограбить, убить, испортить карьеру его. Онъ слышалъ ихъ голоса за стѣной, видѣлъ ихъ ясно вокругъ себя, при чемъ на вопросы со страхомъ указывалъ на рисунки обоевъ, отдѣла, на нѣкоторые предметы; иногда видѣлъ только знакомыхъ и родственниковъ, съ которыми разговаривалъ, и затѣмъ жаловался иногда окружающимъ, что слышалъ отъ нихъ непріятныя вещи; иногда вступывалъ въ свой бредъ окружающихъ, не хотѣлъ принимать питья, лѣкарство, говоря, что его отравляютъ. Въ это время волновался, кричалъ часто на весь домъ, вса-

кивалъ съ постели, просилъ увести его отсюда куда-либо, велѣлъ подать карету, иногда доказывалъ, что ѣдетъ въ вагонъ по желѣзной дорогѣ. Послѣ періодовъ волненія, продолжавшихся часовъ 10—15 въ сутки, наступалъ періодъ сна или полудремотнаго состоянія приблизительно такой же продолжительности, какъ и первый. Послѣ волненій состояніе постоянно ухудшалось: появлялась бѣлая слабость, разбитость, увеличивались отеки, появлялись болѣе рѣзкіе симптомы расстройства дыханія и пульса. Чейнъ-Стоксово дыханіе часто бывало съ хорошо выраженной паузой (10—15 сек.) Число дыхательныхъ движеній, включая и паузу = 18—20 въ минуту при затиханіи и замедленіи дыханій; при усиленіи и учащеніи = 36—44 въ мин. Иногда при постепенномъ усиленіи дыхательныхъ движеній большой начинало стонать все громче и громче, и когда дыханіе достигало наибольшей глубины, стонъ превращался почти въ крикъ „ой-ой-ё-ё-ё-ёй“; затѣмъ постепенно съ затиханіемъ дыханія стоны дѣлались все тише и тише; наконецъ, во время тихаго дыханія и паузы, больной глубоко и тихо засыпалъ и какъ бы терялъ сознаніе. Всякая попытка разбудить его въ это время не удавалась. При усиленіи дыханія разбудить его можно было. Тогда онъ узнавалъ говорившаго съ нимъ, отвѣчалъ на вопросъ, могъ принять лѣкарство. Когда Чейнъ-Стоксово дыханіе было выражено менѣе рѣзко, т. е. дыхательной паузы почти не было, дыханіе не сопровождалось стономъ или произнесеніемъ какихъ-либо фразъ или словъ, то при попыткѣ разбудить видно было, что больной слышать голоса или реагируетъ на раздраженіе, поворачиваетъ голову, начинаетъ что то бормотать, по открытіи глазъ и проснуться не можетъ до тѣхъ поръ, пока не наступала фаза усиленныхъ дыханій. И при такомъ дыханіи пульсъ всегда былъ наиболѣе поверхностный и частый при началѣ паузы, и наиболѣе, глубокой и рѣдкой при самыхъ частыхъ и диспноэтическихъ дыхательныхъ движеніяхъ, такъ что иногда приходилось 3—4 дыханія на 1 ударъ пульса. Послѣ періода спокойствія и спячки аппетитъ и самочувствіе больного улучшались, дыханіе выравнивалось, отеки пропадали или значительно уменьшались, но отекъ лѣвой стопы нѣкогда совершенно не исчезалъ. Колебанія въ пульсѣ постоянно соответствовали колебаніямъ въ дыханіи, при чемъ во время паузы пульсъ былъ болѣе частый и поверхностный, а во время глубокихъ дыханій — наиболѣе рѣдкой и полный.

Когда дыханіе становилось болѣе покойнымъ, ровнымъ, то и пульсъ былъ правильнѣе.

Апрѣль.

1—3. Мало спитъ; больше волнуется; подъ вліяніемъ бредовыхъ идей кричитъ, стремится прыгнуть съ кровати. Дыханіе нерѣдко тяжелое. Пульсъ достаточнаго наполненія. Лицо немного одутловато. Порядочный отекъ лѣвой ноги до колѣна.

4. Общая слабость, сонливость. Цвѣтъ лица темно-желтоватый. Нижняя челюсть отвисаетъ. Правая щека и правая рука отекаютъ соответствующихъ лѣвыхъ частей. Отекъ ногъ до колѣнъ, но больше лѣвой. Глотаешь съ трудомъ, медленно, иногда при этомъ закашливается. Говоритъ не разборчиво, нѣкоторые слоги выпадаютъ.

5. Съ утра началъ громко кричать: „караулъ“, „пожаръ“, „доктора“. Затѣмъ немного успокоился. Дыханіе Чейнъ-Стоксова. Была тошнота и рвота.

6—10. Часто больной смѣшиваетъ старыя воспоминанія съ воспріятіями изъ настоящаго времени, путаетъ сны съ дѣйствительностью, смутно или совершенно не сознаетъ, гдѣ находится. Ему кажется, что онъ живетъ въ домѣ у своихъ умершихъ уже родителей, которыхъ часто зоветъ къ себѣ, то въ собственной квартирѣ; нерѣдко требуетъ себѣ платье, велитъ подать лошадей, собирается ѣхать по дѣламъ, говоря, что кто-то его требуетъ, зоветъ. За неисполненіе своихъ требованій бранитъ прислугу, раздражается, волнуется, жалуется врачамъ. Общаніе исполнить его просьбу, когда поправится, окрѣпнетъ, часто успокаиваетъ его. Періоды волненія обыкновенно длились не долго; они смѣнялись болѣе продолжительными періодами покойнаго состоянія, когда больной находился въ полузабытіи или какъ бы въ раздумьи, или засыпалъ. Нерѣдко замѣчалось повышеніе кожной чувствительности. Отекъ то увеличивается, то уменьшается, при чемъ постоянно онъ выраженъ рѣзче на правой щекѣ, правой рукѣ и лѣвой ногѣ. При значительномъ усиленіи отековъ ротъ бываетъ полуоткрытъ; иногда при этомъ появлялось слюноотеченіе; языкъ при высовываніи нѣсколько отклоняется влѣво; сильно дрожитъ. Дыханіе иногда Чейнъ-Стоксова, иногда появлялось чередованіе фазъ громкаго, тяжелаго дыханія со слабымъ, довольно покойнымъ и ровнымъ; иногда бывало правильное болѣе или менѣе ровное дыханіе съ появленіемъ по временамъ приступовъ ускореннаго и болѣе

тяжелого дыханія, такъ что больной начиналъ кричать: „душить“, „доктора“; приступъ проходилъ, и больной успокаивался. Такие приступы появлялись то чаще, то рѣже, иногда черезъ довольно долгіе промежутки времени. Во время дыхательной паузы больной замолкаетъ; во время же усиленія дыханія продолжаетъ ту же фразу, которую произносилъ въ предыдущую фазу дыханія, сначала, или начинаетъ другую; а послѣ второй, третьей паузы опять какъ бы припоминаетъ прежнюю и повторяетъ ее. Такой разговоръ, прерываемый въ некоторыхъ фазы дыханія стономъ или молчаніемъ, длился не рѣдко часами: „Коля! голубчикъ! отвези! каааапелекъ родной!“ „ой, батюшки, ой-ё-ё-ё-ей!“ „Коля! голубчикъ! не грѣши! ой-ей, ну, родной!“ или: Валя... Валя... Ваазня... Валя...“ или: „мама! каааааши хочу манной!“ „мама! мамочкааа дай!“

11—13. То волнуется, кричитъ на весь домъ „караулъ“, „рѣжутъ“, „помогите“, порывается вскочить съ кровати, бравить прислугу, раздражителенъ, требователенъ, при чемъ голова на ощупь, горяча, глаза блестящи, пульсъ напряженный; то находится въ сонливомъ состояніи, говорить слабымъ голосомъ. Иногда эти періоды тянутся 11—14 час., иногда 2—4 час. Послѣ волненій постоянно усиливались отеки, которые рѣзче были выражены каждый разъ на правой щекѣ, правой рукѣ и лѣвой ногѣ. При большихъ отекахъ постоянно замѣтна была невнятность рѣчи. Дыханіе во время сна Чейвъ-Стоксово, во время волненій болѣе или менѣе правильное съ сильной одышкой. Чейвъ-Стоксово дыханіе бывало иногда съ паузой, иногда безъ нея, въ зависимости отъ силы и продолжительности предшествовавшаго волненія и затѣмъ величины отековъ. Соответственно этому и глубина отдѣльныхъ вдоховъ была различна: то самый глубокій вдохъ входящей фазы былъ только умѣренно диспноэтиченъ, то наблюдалась очень высокая степень диспноэтического расширения грудной кѣтки. Вслѣдъ за глубокими диспноэтическими вдохами наступалъ чрезвычайно удлиненный стонущій выдохъ. Моменты учащеннаго дыханія тянулись часто до 50 сек.; моменты тихаго дыханія до 30 сек. Дыхательная пауза равнялась 5—10 сек. Число дыханій въ минуту колебалось отъ 34—40. Часто дыханіе сопровождалось стономъ и произношеніемъ отдѣльныхъ фразъ и словъ, при чемъ голосъ повышался постепенно съ усиленіемъ дыханія и постепенно понижался съ затиханіемъ его.—Пульсъ порядочнаго наполненія и на-

пращенія, иногда слабый. Число ударовъ 70 — 90 въ мин. Учащеніе пульса постоянно соответствовало замедленію дыханія и наоборотъ. При замедленіи пульса часто одна волна приходилась на два дыханія или двѣ волны на три дыханія. Во время сна больной лежитъ постоянно на правомъ боку, свернувшись клубкомъ; иногда приподнимаетъ руку, подносить къ лицу и опять безучастно опускаетъ, иногда поднимаетъ ногу. Не рѣдко въ это время замѣтно подергиваніе мышцъ спины и верхнихъ конечностей.

14—15. Больной находится больше въ сонливомъ состояніи; иногда волнуется, раздражается, бранить прислугу, зоветъ доктора, умершихъ родителей своихъ и дѣтей, кричить „караулъ“, говоря, что въ квартирѣ пожаръ или грабители. Иногда высказываетъ идеи величія: „Онъ императоръ, сидитъ на тронѣ, имѣетъ миллионы денегъ, раздастъ половину своему народу; кушаетъ онъ не хлѣбъ, а золото“.—Лицо одутловато; правая щека нѣсколько отечнѣе лѣвой; отека также и лѣвая нога до колѣна. Больше отековъ не замѣчается нигдѣ. Говоритъ иногда не вполне разборчиво, не выговариваетъ иногда язычныхъ буквъ. Дыханіе больше Чейнъ-Стоксова. Во время періода тихаго дыханія и дыхательной паузы больной засыпаетъ; при чемъ во время паузы какъ бы теряетъ сознаніе, не реагируя ни на зовъ, ни на раздраженіе. Во время тихаго дыханія сонъ не крѣпокъ: при попыткѣ разбудить—больной поворачиваетъ въ вашу сторону голову, иногда что-то бормочетъ, старается открыть глаза, но проснуться не можетъ, пока не начнутся болѣе сильныя дыхательныя движенія. Въ это время онъ открываетъ глаза, что-либо скажетъ слабымъ голосомъ, можетъ принять лѣкарство, отвѣтитъ на вопросъ, узнать разговаривающаго съ нимъ и опять засыпаетъ при затиханіи дыханія. Не рѣдко дышетъ такъ часто и сильно, что свободно можно считать отдѣльныя дыханія изъ сосѣдней комнаты. Число дыхательныхъ движеній во время фазы учащенія дыханія равнялось 36 — 40 въ мин.; во время періода затиханія и замедленія дыханія, включая и паузу, 20 — 24 въ мин. Длительность первой фазы=40 — 50 сек.; второй=55—65 секундамъ. Вотъ образецъ рѣчи больного во время рѣзко выраженаго Чейнъ - Стоксова дыханія: „Любоч...ка, Любо...ка... дай мнѣ... договоооо... подписа...ть“. „Лю... Любочка... тридцать семь... пятьде... пятьдесятъ... пла...тить... на...до...“ „Любима... я буду писать...“ далѣе начинается неразборчивая рѣчь и больной затихаетъ.

Затѣмъ опять: „Любочка... пятьдсе... пядис... сто... за бу... бумагу... все... ну милая... родная...“ повторяетъ нѣсколько разъ все тише и тише, затѣмъ наступаетъ молчаніе. Потомъ снова усиливается дыханіе и опять больной начинаетъ произносить слова все громче и громче: „Любоч... Любочка... Любочка... раааади Христа...“, снова постепенно затихаетъ и затѣмъ послѣ молчанія опять начинаетъ говорить все громче и громче и наконецъ кричать, а затѣмъ все тише и тише произносить слѣдующее (громко): „ой, ой-ей... ооой... ооооой ой бааааатуюю - шки... Лююююбочка (тише) бааааатюшки... спааааать... моооочи вѣтъ!“ Многоточія поставлены нами между словами или слогами, произнесенными во время одного дыханія. Иногда за одно дыханіе больной не можетъ произнести слова, тогда влдохнетъ болѣе сильно и сызнова произносить все слово, при чемъ иногда и послѣ этого ему не удается произнести слова, какъ слѣдуетъ. Во время самыхъ глубокихъ вдоховъ больной чего-то пугается, иногда вскакиваетъ, садится въ постели, опустивъ ноги на полъ, какъ бы желая куда то уйти, при этомъ при распроеѣ говорить, что его бросаютъ то въ воду, то въ огонь, то на мостовую съ 4-го этажа, то убиваютъ: иногда кричить „караулъ“ и часто повторяетъ слова: „батюшки! до чтожь это такое?“ Говорить больной въ общемъ медленно и растянута; голосъ дрожащій, часто плаксивый. Пульсъ колеблется въ предѣлахъ отъ 65—90 удар. въ минуту. Онъ бываетъ то рѣдкій, хорошаго наполненія и напряженія во время фазы усиленія дыханія, то частый, поверхностный не рѣдко нитевидный во время затиханія дыханія и дыхательной паузы.

16. То волнуется, кричитъ на весь домъ, требуетъ подать лошаадь, собирается куда-то ѣхать, бранитъ прислугу, то успокаивается и засыпаетъ. Во время сна ясно замѣтно типичное Чейвъ-Стоксово дыханіе. Число дыханій равно 36—40 въ минуту. Пульсъ=80—90 удар. въ м. Во время волнистій число дыханій 28—32 въ минуту, при чемъ появляются приступы одышки. Пульсъ=70—80 уд. въ м.

17. Волновался, кричалъ, безъ конца требовалъ ѣсть то того, то другого, бранилъ прислугу, высказывалъ отрывочныя бредовыя идеи прежняго характера. Появилось дыханіе съ продолжительнымъ выдохомъ и короткимъ вдохомъ съ хрипѣніемъ въ груди. Типъ дыханія Чейвъ-Стоксовъ. Число дыханій постепенно увеличивалось и къ вечеру съ 40 достигло 62 въ минуту. Фазы дыханія: 45 колебаній при уча-

щеніи и 22 при замедленіи дыханія. Паузы нѣтъ. Вечеромъ начали появляться отеки, рѣзче выраженные на тѣхъ же мѣстахъ, какъ и прежде.

18. Всю ночь дыханіе учащенное; съ громкимъ хрипящимъ и продолжительнымъ выдохомъ. Типъ дыханія Чейнъ-Стоксовъ. Сильная потливость. Иногда приподнимаетъ то руку, то ногу, иногда что-либо бормочетъ. Отеки увеличиваются. Утромъ остановка дыханія, затѣмъ тотчасъ сильный громкій выдохъ и прекращеніе дыханія и пульса. Exitus letalis.

Леченіе. Въ первые мѣсяцы болѣзни больной принималъ попеременно: Infus. Digitalis e 0.5—180,0; Infus Adonis Vern. e 5,0—200,0; Coffein. n.-benzoic. 0,18—3; T-ra Valer. aeth.; иногда Natri bromat. e 8,0—200,0. Съ марта мѣсяца Digitalis не давался, а остальные лѣкарства больной принималъ по мѣрѣ надобности.

Въ теченіе послѣднихъ двухъ съ половиною мѣсяцевъ болѣзни на первый планъ выступало у нашего больного замѣчательное измѣненіе ритма дыханія, именно респираторный феноменъ Cheyne-Stokes'a. Онъ то появлялся въ очень рѣзкой степени, то въ слабой, то исчезалъ совершенно, смѣнялся иногда правильнымъ спокойнымъ дыханіемъ, а чаще одышкой, нерѣдко правильно чередующейся со спокойнымъ дыханіемъ, иногда являющейся только приступами. Очевидно, такого рода приступы и чередованіе одышки съ болѣе правильнымъ дыханіемъ представляли только отклоненіе отъ правильной формы Чейнъ-Стоксова типа дыханія, т. е. когда есть дыхательная пауза, за которой слѣдуетъ правильное возрастаніе, затѣмъ убыль глубины дыханій и опять пауза. Такъ что можно сказать, что у нашего больного въ послѣд-

нее время болѣзни Чейнъ-Стоксово дыханіе постоянно было на лицо, измѣняясь только въ силѣ и формѣ, и что оно также появилось раньше того момента, когда было отмѣчено нами въ исторіи болѣзни, выражаясь бывшей не рѣдко передъ тѣмъ одышкой, потому что явленія, предшествовавшія и сопровождавшія ее, были очень похожи на то, что мы видѣли потомъ при ясно выраженномъ респираторномъ феноменѣ Cheyne-Stokes'a. Конечно, съ этимъ можно не соглашаться, можно съ большимъ или меньшимъ правомъ объяснять бывшее вначалѣ тяжелое дыханіе и приступы одышки существовавшимъ у нашего больного порокомъ сердца и болѣзнь легкаго, но съ февраля мѣсяца, т. е. за 2½ мѣсяца до смерти, Чейнъ-Стоксовъ типъ дыханія началъ появляться въ такой рѣзкой формѣ, что привывалъ къ себѣ вниманіе не однихъ только врачей.

Такое дыханіе постоянно было болѣе или менѣе рѣзко выражено постѣ волненій и приливовъ крови къ головѣ во время сна и въ такъ называемомъ нами періодѣ сонливаго состоянія. Дыхательная пауза иногда была хорошо замѣтна, иногда нѣтъ. Продолжительности паузы больше 15 секундъ не наблюдалось нами. Чѣмъ продолжительнѣе была пауза, тѣмъ самочувствіе больного послѣ сна было лучше, больной говоритъ, что спалъ хорошо. При дыханіи безъ дыхательной паузы или съ приступами одышки больной, очевидно, мало отдыхалъ во время сна, особенно когда при этомъ еще произносилъ слова или фразы, такъ какъ проснувшись говорилъ, что спалъ съверно.

Какъ при дыханіи съ дыхательной паузой, такъ и безъ нея постоянно замѣчалось постепенное учащеніе и усиленіе дыханія, которое по достиженіи извѣстной силы, такъ сказать, аспе, вновь постепенно замедлялось и затихало. При этомъ часто вслѣдъ за глубокими диспноэтическими вдохами наступалъ чрезвычайно удлинненный стонущій выдохъ. Продолжительность между двумя дыхательными паузами почти постоянно равнялась 50—70 сек. Число дыханій въ минуту

во время учащенія и усиленія дыхательныхъ движеній равнялось большею частью 40, а во время ослабленія и затиханія дыханія = 22. Меньше 36—40 дыхательныхъ движеній между двумя паузами не наблюдалось.

Изъ другихъ характерныхъ явленій, сопровождавшихъ респираторный типъ дыханія, у нашего больного нужно отмѣтить перѣдко засыпаніе его во время дыхательной паузы и тихаго дыханія и пробужденіе во время наступленія болѣе сильныхъ дыхательныхъ движеній. При пробужденіи больной открывалъ глаза, узнавалъ окружающихъ, отвѣчалъ на вопросы; при засыпаніи опускалъ вѣки и во время паузы не реагировалъ на зовъ и раздраженіе и какъ бы терялъ сознание. Иногда во время самыхъ глубокихъ вдоховъ появлялось чувство страха; во время паузы иногда замѣчалось подергиваніе въ мышцахъ спины и верхнихъ конечностей, подниманіе и опусканіе руки, ноги, часто все большее и большее опусканіе головы и подниманіе ея при учащеніи и усиленіи дыханія.

Во время усиленія дыханія больной часто что-либо говорилъ, при чемъ голосъ съ учащеніемъ дыханія постепенно усидивался все болѣе и болѣе; самому глубокому вдоху соответствовалъ очень глубокій выдохъ съ крикомъ или громкимъ словомъ; затѣмъ съ затиханіемъ дыханія голосъ становился все тише и тише; наконецъ слышно было только бормотаніе и затѣмъ наступала тишина. При этомъ больной произносилъ или фразы, или отдѣльныя слова, или только стоналъ. Часто при усиленіи дыханія оканчивалъ или съизнова повторялъ фразу, которую произносилъ въ предшествовавшую фазу дыханія, или начиналъ новую; иногда, обращаясь къ одному и тому же лицу, какъ бы дальше развивалъ свою мысль; не рѣдко фразы эти представляли отрывочное повтореніе того, что больной говорилъ во время періода бодрствованія.

Въ нашемъ случаѣ сверхъ этого каждый разъ наблюдались одновременно съ респираторнымъ феноменомъ Cheyne-

Stokes'a характерныя явленія со стороны сердечной дѣятельности и пульса. Съ наступленіемъ дыхательной паузы пульсъ тотчасъ дѣлался болѣе частымъ и поверхностнымъ, во время восходящей фазы дыханія напряженіе пульса увеличивалось, а частота уменьшалась, такъ что одновременно съ самыми глубокими вдохами обыкновенно наблюдалась наименьшая частота и наибольшее напряженіе пульса (3—4 дыханія на 1—2 удара пульса). Во время нисходящей фазы дыханія напряженіе пульса постепенно уменьшалось, а частота увеличивалась, и въ началѣ паузы то и другое достигало своего наибольшаго предѣла.

Постоянно происходившія послѣ вѣкотораго спокойствія смѣны періодовъ возбужденія и сонливости, наступавшія безъ видьмой причины, показываютъ, что въ крови нашего больного циркулировало какое-то интоксикаціонное начало, периодически оказывавшее свое дѣйствіе на обширные отдѣлы нервной системы съ особенной силой. Одновременно происходило также разстройство кровообращенія и лимфообращенія, сказавшееся, надо полагать, главнымъ образомъ въ головномъ и продолговатомъ мозгу въ области перекреста пирамидъ, за что говорили появившіеся и исчезающіе перекрестные отеки правой щеки, правой руки и лѣвой ноги. Подъ вліяніемъ этихъ двухъ факторовъ, т. е. автоинтоксикація и разстройства кровообращенія, происходило все большее и большее нарушеніе питанія и функціи нервныхъ элементовъ преимущественно головного и продолговатаго мозга. Это обстоятельство, по нашему мнѣнію, вызывало у нашего больного отмѣченныя нами измѣненія въ ритмѣ дыханія, т. е. появленіе Чейнъ-Стоксова дыханія съ сопровождавшими его симптомами. Такое явленіе, думается намъ, можно вполне объяснить теоріей Rosenbach'a ¹⁾, который видитъ причину

¹⁾ Въ Реальной Энциклопедіи медицинскихъ наукъ (С. - Петербургъ. Томъ XX, стр. 434—443) можно найти указаніе на наиболѣе важныя работы по вопросу о Чейнъ-Стоксовомъ дыханіи.

его (Чейнъ-Стоксова дыханія) въ періодической истощаемости и въ періодическомъ усиленіи дѣятельности нервныхъ центровъ, въ которыхъ произошли расстройства вслѣдствіе нарушенія питанія ихъ.

Въ заключеніе пользуюсь случаемъ выразить свою глубокую благодарность многоуважаемому Сергѣю Алексѣевичу Суханову, завѣдующему лечебницей, за предоставленіе мнѣ этого случая для описанія и за его полезныя указанія и совѣты, которыми я широко пользовался при составленіи своей работы.

Больницы для душевно-больныхъ въ Сѣверо-американскихъ штатахъ и Гам- бургѣ¹⁾.

Д-ра Н. Я. Смѣлова.

Осенью прошлаго года я имѣлъ возможность посѣтить Сѣверо-американскіе штаты и, не располагая временемъ, остановился для знакомства съ больницами для душевно-больныхъ на штатахъ: Нью-Йоркъ, Массачузетсъ и Пенсильванія, т. е. на штатахъ наиболѣе населенныхъ, старыхъ, богатыхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ съ наиболѣе развитою общественною жизнью.

Въ каждомъ изъ указанныхъ штатовъ я посѣтилъ два рода домовъ для душевно-больныхъ: больницы, содержимыя на средства штата или города, и больницы, основанныя и содержимыя на пожертвованные благотворительные капиталы.

Штатъ Нью-Йоркъ.

1. *Manhattan State Hospital—Ward's Island division* расположено, какъ само названіе указываетъ, на островѣ, находящемся въ проливѣ „Длиннаго Острова“ (*Long Island Sound*), на восточной сторонѣ города. Сообщение на город-

¹⁾ Описание Гамбургской больницы мы помѣщаемъ потому, что, судя по отчетамъ, русскіе психіатры, повидимому, не посѣщаютъ этой больницы.

скомъ пароходѣ; посѣтителѣ допускаются только по понедѣльникамъ, вторникамъ, пятницамъ и субботамъ. Для посѣщенія больницы нужно предварительно застаться билетомъ изъ бюро, находящагося въ городѣ.

Больница не ограждена никакою загородкою, за то въ извѣстномъ разстояніи отъ зданій расположены посты полицейскихъ. Эта „привилегія“ больницъ для душевно-больныхъ только въ Нью-Йоркѣ. На посту полицейскаго имѣется будочка, соединенная съ больницею телефономъ. На обязанности его лежитъ слѣдить какъ за больными (побѣги), такъ и за здоровыми, чѣмъ-либо нарушающими порядокъ и требованія больницы. Онъ имѣетъ право арестовать не только кого-либо изъ постороннихъ, но и служащихъ больницы. Онъ подчиненъ своему начальству.

Первое, куда вы попадаете съ парохода—это административное зданіе женскаго отдѣленія; оно двухъ-этажное; здѣсь помѣщается канцелярія, кабинетъ главнаго врача, прекрасно обставленный, квартиры для ассистентовъ.

Вблизи расположено женское отдѣленіе (постр. въ 1894 г.). Зданіе двухъ-этажное, не считая подвального помѣщенія. Оно состоитъ изъ отдѣльных, параллельно расположенныхъ двухъ-этажныхъ зданій, соединенныхъ между собою галлереей. Въ верхнемъ и нижнемъ этажѣ расположеніе одинаково. Въ параллельно расположенныхъ частяхъ помѣщаются спальни, а въ связующей части—дневныя помѣщенія.

Такое расположеніе зданія хотя и просто, но крайне экономно и удобно: не имѣется ни темныхъ угловъ, ни закоулковъ, ни даромъ пропадающихъ корридоровъ; солнце бываетъ во всѣхъ помѣщеніяхъ. Окна большія, имѣются рѣшетки. Во всѣхъ помѣщеніяхъ безукоризненная чистота, нигдѣ ни пылинки, свѣтумного. Кровати желѣзныя, волосяной матрацъ, 2 простыни, два одѣяла—одно теплое (байковое), другое легкое (пикейное); въ дневныхъ помѣщеніяхъ вездѣ посланы дорожки и коврики своего издѣлія, поставлены стулья, ка-

чалки, диванчики, столики, покрытые разнаго рода скатерти-ми; на стѣнахъ картины и разныя бездѣлушки; въ каждомъ отдѣленіи свой цейхаузъ для бѣлья, гдѣ каждый больной имѣеть свое отдѣльное мѣсто. Въ завныхъ души и приспособленія для воздушныхъ ваннъ. Стѣны съ панелями, выкрашенными масляною краской. Безпокойные больные и вновь поступающіе находятся въ отдѣльномъ одноэтажномъ павильонѣ. Изоляціонныя комнаты ничего особеннаго не представляютъ; въ окнахъ сѣтки.

Не то можно сказать про мужское отдѣленіе (построено въ 1871 г.). Оно находится совершенно отдѣльно, состоитъ изъ большого зданія, съ башенками, выступами, въ готическомъ стилѣ. Центральный корридоръ, узкія окна, узкіе проходы съ закоулками; вездѣ хотя и чисто, но мрачно. Имѣются балконы, снизу до верху огражденные рѣшеткой.

Кухня и прачешная занимаютъ по отдѣльному зданію. Кухня въ два свѣта, чистая; послѣ каждой раздачи пищи полъ моется съ мыломъ самымъ тщательнымъ образомъ. При кухнѣ ледникъ, который содержится крайне чисто. Кушанья изъ кухни развозятся на лошади. Больные кушаютъ три раза въ день; каждый день полагается мясо, а въ пятницу рыба. За столомъ каждому ставится по прибору, обязательно съ салфеткой.

Прачешная занимаетъ большое зданіе: здѣсь и платьемойни, выжималка, сушильня, гладильня—все дѣлается при помощи машины и пара, люди только сортируютъ и подаютъ машинамъ; самымъ изящѣйшимъ образомъ машина гладить и глянецъ наводитъ на крахмальное бѣлье. На прачечной каждую недѣлю готовится бѣлья въ среднемъ 106 тысячъ штукъ. Тѣсноты никакой, свѣту много, у работающихъ не замѣтно не только никакой усталости, но не замѣтно и напряженія.

Какъ мужчины, такъ и женщины работаютъ въ мастерскихъ. Женщины шьютъ, дѣлають щетки, цвѣты, корзинки, ткуть ковры изъ ветоши (изъ старья), работаютъ

на кухнѣ и прачешной; мужчины работаютъ по хозяйству, въ сапожной и портняжной мастерскихъ и др. Въ сапожной употребляютъ ручныя машины для кройки подошвъ, рѣзки каблучковъ и проч. Больные работающіе, какъ поощреніе, получаютъ улучшенный столъ.

Устраиваются развлеченія—концерты, танцы. Имѣется изъ служащихъ составленный духовный оркестръ, и мы имѣли удовольствіе быть на одномъ изъ концертовъ. Больные мужчины не допускаются на танцы къ женщинамъ, вообще это раздѣленіе строго проводится. При поступленіи и по выходѣ изъ больницы съ пациентовъ снимаются фотографическія карточки.

При больницѣ имѣется мыловаренный заводъ (материаломъ главнымъ образомъ служатъ свои же отбросы), печатня, гдѣ работаютъ больные мужчины.

Во главѣ каждой половины находится старшій врачъ (medical superintendent); оба независимы другъ отъ друга; у каждаго имѣется по два помощника и по нѣскольку старшихъ и младшихъ ассистентовъ и интерновъ. На каждаго врача приходится около 200 человекъ, визитація дѣлается три раза въ день (9—12 ч., 3 и 6 веч.), имѣются дежурства. На женской половинѣ мѣръ стѣсненія нѣтъ и примѣняется постельный режимъ. На мужской половинѣ пользуются одѣяломъ съ отверстіемъ для головы; одѣяло привязывается къ кровати.

Ведется подробное, по установленному бланку, физическое изслѣдованіе больныхъ. Имѣются отдѣльные вопросные бланки для изслѣдованія уха, глаза, женской половой сферы, также для изслѣдованія мочы, крови, бланки для анамнеза, status praesens и проч. Хозяйствомъ завѣдуетъ особый управляющій (Sterward).

Во главѣ, по медицинской части, этой больницы и другихъ психиатрическихъ больницъ г. Нью-іорка стоитъ такъ называемый генеральный Superintendent; на его обязанности лежитъ контроль и ревизія.

Ухаживающій персоналъ очень хорошо поставленъ; полагается въ среднемъ 1 надзиратель на 50 человекъ больныхъ. Чтобы попасть въ надзиратели, нужно имѣть дипломъ, для полученія котораго нужно проучиться (спеціальнымъ предметамъ) не менѣ двухъ лѣтъ; жалованье служители получаютъ отъ 15—30 дол. въ мѣсяцъ (30 р.—60 р.) на всемъ готовомъ. Для надзирательскаго персонала имѣется особый навильонъ, для каждаго отдѣльная, хотя и небольшая, но уютно меблированная комната; тутъ же для нихъ имѣется общее зало для различнаго рода собраній, библіотека, ванная съ различнаго рода душами и лазаретъ. Чистота вездѣ безукоризненная. Прислуга выдержанная, особенно женская, мало отличается, по своей выдержкѣ, отъ надзирательницъ; послѣднія отличаются въ костюмѣ только черною тоненькою ленточкою, пропущенной въ кружевахъ чепца. Прислуга рассчитывается такъ: 1 на 15 спок. и 1 на 3 безпокойныхъ. Черезъ 2 недѣли—36 часовой отсуекъ. Денежныхъ штрафовъ нѣтъ, дѣлается только выговоръ, или же если это не поможетъ, то увольняютъ. Прислуга, благодаря матеріальной обеспеченности, довольно устойчива.

Больные принимаются въ больницу послѣ довольно сложной процедуры освидѣтельствованія и опредѣленія права на бесплатное леченіе и призрѣніе.

Всякій, прожившій въ штатѣ не менѣ одного года, имѣетъ право на бесплатное леченіе; за больныхъ, принадлежащихъ другимъ штатамъ или государствамъ, взыскивается плата съ послѣднихъ. Никакихъ классовъ и вообще подраздѣленій по содержанію не существуетъ. Побѣги хотя и рѣдко, но бывають. Содержаніе больного обходится 3,75 дол. въ недѣлю (около 7 р. 50 к.). Больныхъ 4338, включая сюда и отдѣленіе Ward's Island. Всего въ штатѣ Нью-оркъ, къ 16 мая 1899 г., находилось на призрѣніи и леченіи душевно-больныхъ въ штатскихъ больницахъ: 21134 (7913 м. + 13221 ж.) и въ частныхъ учрежденіяхъ 906 чел. всего 22040 чел. на 5997853 чел. населенія. Изъ отчета по „Man-

hattan State Hospital⁴ за 1897 годъ (съ 1 октября 1896 г. по 30 сентября 1897 г.) видно¹⁾: къ 1 октября 1896 г. состояло 6835 (3155 муж., 3680 жен.), поступило 1537 (768 м. + 769 ж.), выздоровѣло—147 (72 м. + 75 ж., т. е. 1,7% всего пользовавшихся), поправилось 378 (199 м. + 179 ж.), не поправилось—259 (101 м. + 158 ж.), поступило здоровыми—11 (4 м. + 7 ж.), умерло—629 (310 м. + 419 ж., т. е. 7,4% всего бывшихъ на леченіи и призрѣніи). Причиною смерти было главнымъ образомъ: апоплексія, дизентерія, параличъ, пороки сердца, туберкулезъ легкихъ, болѣзни почекъ и проч.

2. *Farm for the Insane, Central Islip, long Island*—находится въ 40 миляхъ отъ Нью-Йорка и въ 2 часахъ ѣзды по желѣзной дорогѣ. Основана въ 1884 г. Больныхъ 1056 чел. (760 м. + 296 ж.). Сюда доставляются изъ больницы спокойные больные, избѣгающъ помѣщать эпилептиковъ. Ни колонія, ни сама усадьба не окружены изгородью; здѣсь также имѣются полицейскіе посты, соединенные телефономъ съ больницей. Земли имѣется 1000 акровъ, недавно еще прикупили около этого же количества, мѣстность заросшая кустарникомъ и молодятникомъ. Помѣщенія больныхъ—деревянные павильоны на 70 человекъ; павильоны съ терасами, окна большія, большинство павильоновъ крестообразно раздѣлены корридорами, въ центрѣ общее зало, кромѣ бокового освѣщенія имѣется и сверху. Рамы въ два стекла, рѣшетокъ никакихъ. Общихъ спаленъ мало,—больше комнатки на одного человека. Въ каждомъ павильонѣ имѣется умывальня и тутъ же мѣсто для бритья, ванная, раздѣвальня, цейхаузъ, гдѣ для бѣлья каждаго больного имѣется особое гнѣздо; бѣлье и одежда заклеимено фамиліей того, кто носить. Обстановка довольно простая. Каждый больной долженъ самъ убирать свою комнату

¹⁾ Second annual report of the managers of the Manhattan State Hospital at New-York to the state commission in lunacy for the Year ending Sept. 30, 1897.

и кровать; всегда постель аккуратно сложена. Столовыхъ въ павильонѣ нѣтъ, а на три павильона имѣется одна общая столовая въ особомъ павильонѣ. Всѣ павильоны соединены телефономъ и особыми, на случай пожара и другихъ случаевъ, электрическими сигналами. Жилые павильоны во время нашего посѣщенія всѣ были почти пусты—ни больныхъ, ни прислуги; всѣ на работѣ. Работаетъ 85⁰/₀, безъ всякаго вознагражденія; „сами больные просятся на работу“—замѣтилъ сопровождавшій д-ръ Smith (главный врачъ). Работаютъ больные въ полѣ, на фермѣ, въ мастерскихъ, кухнѣ, хлѣбопекарнѣ; здѣсь, напр., имѣется лишь одинъ наемный хлѣбопекъ; остальные рабочіе—больные, и готовится хлѣба чуть ве на 1500 чел. (1056 б. + 198 служ.). Работающіе больные на кухнѣ, при столовыхъ и проч. одѣты въ соответствующіе своему дѣлу костюмы, какъ здоровые. Освѣщеніе электрическое. Продуктами фермы снабжается и больница.

Образцовая чистота поддерживается не только въ павильонахъ, но и вездѣ: всѣ дорожки прибраны, луговина во время и аккуратно подстригается и полита водою. Для развлеченія больныхъ устраиваются по четвергамъ концерты и танцы. Здѣсь мужчины и женщины допускаются для общихъ увеселеній. Побѣги больныхъ бывають 1—2 раза въ мѣсяць. Во главѣ колоніи стоитъ главный врачъ д-ръ Smith, преданный своему дѣлу человекъ; на врача приходится около 200 чел.; больныхъ врачи посѣщаютъ три раза въ день.

На одного (съ дипломомъ) надзирателя полагается три павильона, прислуги 1 на 20 чел. больныхъ. Прислуга подвергается денежному штрафу.

Главный врачъ получаетъ 3500 дол., главный ассистентъ (помощникъ главнаго врача) 2500 дол. Содержаніе одного больного обходится 50 цент. въ день. Хозяйственной частью завѣдуетъ особое лицо, подчиненное главному врачу. При больницѣ имѣется кладовая, гдѣ имѣется всего запасы, даже стѣнныхъ часовъ имѣется два или три сорта. Въ настоящее время заканчивается вчернѣ постройка зданій по типу жен-

скаго отдѣленія Ward's Island, рассчитанныхъ на 1500 человекъ, т. е. колонія Central Island будетъ вмѣщать не менѣе 2500 чел. больныхъ.

3. *Bloomingdale (Society of the N. Y. Hospital)*. Больница основана въ 1811 г. частными лицами; отъ Нью-іорка часть ѣзды по желѣзной дорогѣ и 10 минутъ отъ станціи на лошадахъ. Больныхъ 350 человекъ. Больница расположена на горѣ, видъ на окрестности живописный. Типъ постройки подходитъ на наши окружныя лечебницы. Стилъ готическій, съ выступами, башенками съ закругленіями и т. п. Надъ главнымъ зданіемъ башня съ часами. Центральный корридоръ. Отъ административной части, расположенной въ среднѣ зданія, направо идетъ мужское отдѣленіе, а налево—женское; позади административной части расположены зданія кухни, прачечной и проч. Кухня соединена съ отдѣленіями подземной галлереей (свѣтлой). Имѣется одинъ навильонъ, совершенно отдѣльно расположенный. Обстановка роскошная. Всѣ полы устланы коврами, начиная съ прихожей и кончая безпокойными отдѣленіями. По стѣнамъ развѣшаны картины, на каминныхъ и столахъ—статуетки, бюсты, цѣлы, разныя бездѣлушки. Мебель разнообразная. Въ рамкахъ и дверяхъ толстыя стекла. имѣются въ окнахъ легкія фигурныя рѣшетки. У каждаго почти больного имѣется отдѣльная комната, нѣкоторые же занимаютъ до трехъ комнатъ (спальня, гостинная, столовая и особая уборная съ ванной); послѣдніе пациенты имѣютъ часто свою прислугу и даже экипажи для выѣзда. Въ подвальномъ этажѣ устроено роскошное помѣщеніе со всеми приспособленіями для душъ, массажа, различнаго рода ваннъ. Богато обставленъ электротерапевтическій кабинетъ. Имѣется школа для больныхъ мужчинъ и женщинъ, гдѣ преподаетъ специально существующій учитель; роскошное зало для общественныхъ собраній, гдѣ устраиваются разъ въ недѣлю танцы, концерты или спектакли, приглашаются изъ города артисты. Это же зало является мѣстомъ для молитвы.

Освѣщеніе электрическое, отопленіе центральное, свой водопроводъ, добываютъ воду съ глубины 600 ф. На прачечной все дѣлается машинами, приводимыми въ дѣйствіе электричествомъ. Даже хлѣбопеченіе производится при помощи механическихъ приспособленій: устроена камера, въ ней вертится колесо, на горизонтально расположенныя его лопасти ставится хлѣбъ для печенія. Температуру камеры можно регулировать, движеніе колеса тоже регулируется, что также имѣетъ для хлѣбопеченія значеніе. Имѣется своя льдодѣлательная машина. Кухня и прачечная въ два свѣта: конекъ крыши весь стеклянный. Въ ледникѣ, гдѣ хранятся мясо и проч. продукты, чисто и свѣтло.

Въ машинномъ отдѣленіи, несмотря на крайне знойно-жаркій день, было пріятно-прохладно—такъ хорошо устроена вентиляція и защищены котлы. Вездѣ образцовая чистота, опрятность, никакой суетливости, ни напряженія. Плата полагается отъ 5—150 дол. въ недѣлю, есть и бесплатные больные. У больницы имѣется большой капиталъ; получаемую плату за больныхъ почти всю расходуютъ. Больница служить по преимуществу для лицъ состоятельныхъ. Среди пациентовъ мы встрѣтили соотечественника, князя А. Г—на. Врачей пять, одинъ изъ нихъ главный.

Изъ отчета за 1894 г. видно ¹⁾: состояло къ январю 1894 г. 305 ч. больныхъ (147 м. + 158 ж.), поступило—128 чел. (63 м. + 65 ж.), выздоровѣло—40 челов. (22 м. + 18 ж.—9,2⁰/₀ ко всему числу пользовавшихся); поправилось—56 чел. (19 м. + 37 ж.), не поправилось 17 челов. (10 м. + 7 ж.), умерло 31 чел. больн. (22 м. + 9 ж.—7,1⁰/₀ ко всему числу пользовавшихся).

¹⁾ The society of the New-York hospital, 124 annual report for the Year. 1894.

Штатъ Массачузетсъ.

4. *Worcester Lunatic Hospital* основана въ 1833 г., находится на часовомъ разстояніи по желѣзной дорогѣ отъ Бостона и 10 минутъ по электрической дорогѣ отъ Worcester'a (уѣздный городъ). Больныхъ 960 чел. Больница расположена на склонѣ возвышенности, ввиду большое озеро, видъ обширный, вездѣ по окрестности разбросаны фермы, кругомъ зелень—словомъ мѣстность крайне живописная. Весь склонъ засаженъ деревьями, дорога утрамбована галькой, имѣется кругомъ всей усадьбы невысокій заборъ. Зданіе больницы массивное, 4-хъ-этажное, въ готическомъ стилѣ, въ зданіи много полукруглыхъ выступовъ, вѣдѣ обыкновенно устроены дневныя помѣщенія. Облицовка зданія—гранитъ съ кирпичемъ. Центральный корридоръ, имѣются узкіе проходы, закоулки, отчего въ отдѣленіяхъ мѣстами темно, особенно узки лѣстницы. По обѣимъ сторонамъ корридора расположены комнаты для одного-двухъ больныхъ, большинство больныхъ размѣщено по отдѣльнымъ комнатамъ. Имѣется такъ называемая *observationная*—это свѣтлая, совершенно круглая комната и кровати расположены въ два круга—по стѣнѣ и вблизи центра; между этими рядами большой проходъ. Стѣны выкрашены масляною краской. Въ окнахъ вездѣ рѣшетки, а въ изоляторахъ еще и сѣтки. Ванны эмалированныя на ножкахъ, имѣется помѣщеніе и для душъ. Въ 4-мъ этажѣ расположены хроники и по преимуществу спокойныя. Обстановка простая. Кровати покрыты тканевыми одѣялами, матрацъ волосяной, у слабыхъ и неопытныхъ употребляется клеенка, у кроватей слабыхъ больныхъ ставятся ширмочки. Столовые помѣщены между двухъ отдѣленій. Накрывается обыкновенно столы на 3—4 человека, каждому человеку приборъ съ салфеткой. Освѣщеніе газовое, отопленіе центральное.

Больные всѣ ходятъ въ своемъ платьѣ; даютъ казенное лишь тѣмъ, кто его не имѣетъ. Больные содержатся частью на средства штата, частью на счетъ города, большая часть на

свой собственный счетъ. По содержанию всё на одномъ положеніи, лишь платнымъ (частнымъ) больнымъ дается нѣсколько улучшенный столъ, но это стараются дѣлать незамѣтно для другихъ больныхъ. Мастерскія не развиты: нѣтъ помѣщенія. Въ настоящее время строится зданіе для мастерскихъ. Лечение главнымъ образомъ состоитъ въ ваннахъ и душахъ. Постельное содержаніе не примѣняется. Примѣняются рукавицы. По воскреснымъ днямъ устраиваются танцы, причѣмъ допускаются вмѣстѣ мужчины и женщины. Залъ для развлеченій просторно и свѣтло. Имѣется библіотека и хорошо обставленная лабораторія, которой завѣдуетъ д-ръ Меусъ; имъ составлены богатая коллекція гистологическихъ препаратовъ. Исторіи болѣзни печатаются на машинѣ. Кухня (въ два свѣта) и хлѣбопекарня паровая, стѣны въ кухнѣ окрашены прямо по кирпичу бѣлою эмалевою краской. Имѣется ферма; на фермѣ 10-ть лошадей, 80 коровъ и проч. На фермѣ работаютъ и больные. Земли у больницы около 400 акровъ. Завѣдуетъ больницей врачъ, получающій жалованья въ годъ 3000 дол., два ассистента—по 1500 дол., одинъ—1000 дол., два—900 дол., 4 младшихъ ассистента—400 дол., смотритель получаетъ 1200 дол. Прислуги 1—ва 10 спокойныхъ и 1—на 6 безпокойныхъ; прислуга получаетъ 24—28 дол. въ мѣсяцъ, одежда своя, помѣщеніе съ больными. Взысканіе за проступки—выговоры и увольненія, денежныхъ штрафовъ нѣтъ. Больница, по словамъ самихъ врачей, не удовлетворяетъ многому, особенно мало помѣщеній; благодаря вновъ воздвигаемымъ зданіямъ, надѣются на разрѣшеніе. Стоимость больного въ недѣлю=3.6 дол.

Изъ отчета за 1898 г. имѣемъ ¹⁾:

Состояло къ 1 окт. 1897 г.: 866 чел. болън. (382 + 484 ж.); поступило—485; выздоровѣло—119 б. (76 м. + 43 ж.—8,8% всего пользовавшихся); поправилось — 125 б.

¹⁾ Sixty-sixth annual report of the trustees of the Worcester lunatic hospital, for the Year end, Sept. 30, 1898.

(79 м. + 46 ж.); не поправилось — 125 б. (45 м. — 80 ж.); здоровыхъ — 8 (4 м. + 4 ж.); умерло — 101 б. (57 м. + 44 ж. — 7,4% всего пользовавшихся). Причина смерти: туберкулезъ, бронхопневмонія, геморрагія, истощеніе и проч.

5. *Melcom Asylum for the Insane* находится въ 10 ми-
нутахъ ходьбы отъ станціи Waverley въ предмѣстіи Бостона.

Больница содержится на пожертвованный капиталъ и плату, получаемую съ пациентовъ. Больница расположена на горѣ, съ прекраснымъ видомъ на предмѣстья Бостона, состоитъ изъ отдѣльныхъ павильоновъ, соединенныхъ между собою и съ кухней то крытыми, то открытыми галлереями, а мѣстами подземными ходами, чистыми и просторными. Имѣются цѣлые павильоны, выстроенные пациентами и пожертвованные больницѣ. Изоляторы съ дубовою павелью, въ окнахъ сѣтка, рамы съ мелкимъ переплетомъ, имѣются ставни, выдвигающіяся изъ обшивки. Имѣется гимнастическій залъ — отдѣльно для мужчинъ и женщинъ, особый учитель гимнастики; залъ для лѣпки и рисованія, билліарды (для женщинъ особо) библіотека съ верхнимъ освѣщеніемъ, кегельбанъ при отдѣленіи же устроенъ. Помѣщеніе для массажа, душъ и проч. очень просторно и роскошно обставлено: свѣтъ сверху и сбоку, стѣны облѣпаны мраморомъ. Обстановка въ помѣщеніяхъ больныхъ не менѣе роскошна, какъ и въ Bloomingdale. У каждаго почти больного отдѣльная комната, столовая общая, но больные садятся по 2—3 человека за особый столъ. Во время обѣда столовая производитъ впечатлѣніе ресторана. Имѣется лабораторія для психометрическихъ и гистологическихъ изслѣдованій: завѣдующій д-ръ Noch, ученикъ проф. Краерлинъ'a.

Принимаются больные по преимуществу острые и свѣжезаболѣвшіе, примѣняется постельное содержаніе и въ рѣдкихъ случаяхъ мѣры стѣсненія (костюмъ, ограничивающій движеніе рукъ), въ большомъ ходу ванны, но не продолжительныя.

Штатъ Пенсильванія.

6. *State Hospital for the Insane, Norristown, PA.* Отъ Филадельфій отстоитъ въ 18 миляхъ, около часа ъзды по желѣзной дорогѣ, далѣе по электрической дорогѣ $\frac{1}{4}$ часа.

Norristown очень чистенькій и бойкій городокъ, больница расположена въ его окрестности, на возвышенности, у подножія которой протекаетъ рѣчка, предъ больницей большое плато, покрытое лугомъ, раздѣленное дорожками, посаженными деревьями, а непосредственно передъ больницею—цвѣтниками. Больныхъ 2400 чел. Зданіе больницы построено въ готическомъ стилѣ въ видѣ подковы, двухъ-этажное съ подвальнымъ помѣщеніемъ. Въ центрѣ по фасаду находится административное, а по бокамъ идутъ отдѣленія—мужское и женское; позади административной части расположены хозяйственные зданія: кухня, прачешная, машинное отдѣленіе для отопленія и освѣщенія. Корридоръ центральный. Части зданія соединены то корридоромъ, то туннелемъ (свѣтлымъ). Имѣются отдѣльныя комнаты, но не мало и общихъ спаленъ. При дневныхъ помѣщеніяхъ устроены галереи (балконы), гдѣ больные съ любовью проводятъ вечера. Освѣщеніе электрическое, отопленіе центральное. Мѣстами въ отдѣленіи, благодаря самой конструкціи зданія, маловато свѣта, но это, если взойдешь въ отдѣленіе, совершенно становится незамѣтнымъ, вашимъ вниманіемъ овладеваетъ обстановка больных: обстановка крайне уютная, видна вездѣ заботливая и умѣлая рука. Стѣны увѣшены картинами, полы устланы ковриками, вездѣ, гдѣ можно поставить, стоятъ покрытые вязаными салфетками столики. Тамъ видишь вазочки съ цвѣтами, тутъ статуэточки, даже на лампочкахъ и то подвѣшены букетики искусственныхъ цвѣтовъ, въ достаточномъ количествѣ разставлены диванчики, то кресла, то стулья-качалки—и все это изъ простаго матеріала и простой работы; на окнахъ завѣски. Какъ на мужской, такъ и на женской половинахъ имѣется по общей столовой. Столовая представляетъ изъ себя

громадный, свѣтлый, высокій (прямо подь крышу) залъ. Столики, человекъ на 10—12, разставлены параллельно по правую и лѣвую сторонамъ, по срединѣ широкой проходъ, каждому больному отдѣльный приборъ съ ножемъ, вилкою и салфеткою, посуда фарфоровая, претъ каждымъ приборомъ стулъ. Всѣхъ приборовъ 612, не считая надзирательскихъ столовъ. Я любезно былъ приглашенъ докторомъ Richardson'омъ на ужинъ больныхъ. И 612 чел. больныхъ взошли и разѣлись безъ всякаго шума, гама и ссоры. Во время ужина полный порядокъ и никакой суетни, ни торопливости. Встали больные изъ-за стола по звонку и вышли изъ столовой самымъ мирнымъ образомъ. Больные кушаютъ три раза, ежедневно дается мясо, только въ пятницу рыба.

Отдѣленіе для слабыхъ устроено въ два свѣта, на окнахъ устроены занавѣски, вездѣ просторно и крайне часто.

Имѣются разныя мастерскія и работы на фермѣ, на послѣдней работаютъ и женщины. Работающіе на фермѣ тамъ и живутъ. Устриваются общіе для мужчинъ и женщинъ вечера, тавцы, концерты и т. п. Имѣется изъ больныхъ и служащихъ составленный оркестръ. Управляетъ имъ одинъ изъ надзирателей. Я имѣлъ удовольствіе быть на одномъ изъ такихъ концертовъ и вынесъ самое пріятное впечатлѣніе. На вечерахъ служащіе-мужчины должны танцовать съ женщинами-больными и обратно. На женской половинѣ имѣется свой оркестръ и кромѣ того школа для больныхъ. На прачешной и кухнѣ (въ два свѣта) различныя механическія приспособленія, на прачешной для движенія машинъ пользуются электричествомъ. Въ хлѣбопекарнѣ имѣются между прочимъ паровые шкафы, куда ставятся булки и хлѣбы для „разстаиванія“ (?).

Имѣется мыловаренный заводъ, печатня. Вездѣ принимаютъ участіе въ работѣ больные. Хозяйственною частью самостоятельно завѣдуетъ смотритель.

Въ административно-медицинскомъ отношеніи мужское и женское отдѣленія независимы. Всего врачей 8 человекъ, считая въ томъ числѣ двухъ старшихъ. На женской половинѣ врачами все женщины, не исключая и завѣдующаго отдѣленіемъ. Вскрытіями и патолого-анатомическимъ кабинетомъ больницы завѣдуетъ женщина-врачъ (F. H. Watson). Имѣются консультанты по разнымъ специальностямъ (невропатологи, окулисты, дантисты и проч.).

Обходъ больныхъ врачами дѣлается три раза въ день, а на фермѣ живущихъ—одинъ разъ. Для ухаживающаго персонала имѣется 2-хъ годичная школа, гдѣ преподаютъ врачи больницы (въ недѣлю 2 часа теоріи и 1 часъ практики).

Прислуги полагается 1 на 10 б. и болѣе. Жалованье прислугѣ отъ 14 до 30 дол. въ мѣсяцъ. Прислуга денежному штрафу не подвергается, расходы же по отысканію, напр., убѣжавшихъ больныхъ взыскиваютъ съ виновныхъ. Содержатся больные бесплатно. Штатъ платитъ за больного 2 дол., а уѣздъ, изъ котораго больной, выплачиваетъ—1,75 дол. въ недѣлю. Для надзора за больными и прислугою въ отдѣленіи устроено довольно остроумное приспособленіе. Дежурный надзиратель (инспекторъ) при помощи зеркалъ изъ своего кабинета, не вставая изъ-за письменнаго стола, можетъ обозрѣвать части 4-хъ отдѣленій (корридоръ и клозеты)—двухъ отдѣленій въ 1-мъ этажѣ и 2-хъ—во 2-мъ. Кабинетъ надзирателя устроенъ во 2-мъ этажѣ между двумя отдѣленіями и на высотѣ такой, что подъ нимъ имѣется свободный проходъ. Изъ кабинета въ отдѣленіе 2-го этажа сдѣланы окна. Впереди находящееся отдѣленіе надзиратель обозрѣваетъ непосредственно, а сзади, если онъ сидитъ за столомъ, посредствомъ зеркала, вращающагося на вертикальной оси. Въ нижній этажъ (въ помѣщеніе между отдѣленіями) опущены трубы (4-хъ угольных), оканчивающіяся надъ поломъ 1-го этажа на такой высотѣ, что свободно можно подъ ними проходить. На концахъ трубъ имѣются зеркала, вращающіяся по горизонтальной оси и при помощи приспособленій легко могущія быть поставленными

подъ любымъ угломъ. Отъ нижняго зеркала отраженіе по трубѣ передается верхнему зеркалу, а отъ послѣдняго къ наблюдателю. Въ кабинетѣ телефонъ.

Изъ отчета за 1898 г. имѣемъ ¹⁾:

Состояло къ 31 сент. 1897 г.—2040 б. (1012 м.+1028 ж.); поступило—442 б. (232 м.—210 ж.); выздоровѣло—144 б. (87 м.+57 ж.—5,8⁰/₀ всего пользовавшихся); поправилось—19 б. (1 м.+18 ж.), здоровыхъ—12 б. (4+8); умерло—189 б. (96 м.+93 ж.—7,6⁰/₀ всего пользовавшихся). Причиною смерти было главнымъ образомъ: туберкулезъ, болѣзни почекъ, прогрессиивый параличъ и проч.

7. *Pennsylvania Hospital for the Insane* основанъ квакерами въ 1752 г. Больныхъ 450 чел., врачей 5 человекъ. Больница находится въ самомъ городѣ Филадельфіи, кругомъ обнесена массивною гранитною стѣною. Много зелени, цвѣтниковъ, большая площадь луга для игры въ лаунъ-теннисъ. Зданіе больницы 2-хъ-этажное съ подвальнымъ помещеніемъ, вѣншній видъ его простой, архитектура безъ вычуръ, стиль готическій. Центральный корридоръ. Въ окнахъ рѣшетки, переплеты рамъ мелки. Открываются окна такъ: при подъемѣ нижней половины рамы опускается настолько же и верхняя половина, открыть же можно только на извѣстную высоту, чтобы человекъ не пролѣзъ. У каждаго больного имѣется комната, а у нѣкоторыхъ три (гостинная, спальня и ванная), обстановка, какъ и въ другихъ такого же рода учрежденіяхъ, роскошная: ковры, цвѣты, картины, стулья-качалки, кресла мягкія, кресла жесткія и проч. Имѣется спеціальныи залъ для рисованія и лѣпки, для библіотеки и проч.; отдѣльные па-

¹⁾ Nineteenth annual report of the state hospital for the insane, for the Year end. Sept. 30, 1898.

вильоны для гимнастики, турецкихъ ваннъ, тутъ же резервуаръ для купанья и плаванья. Въ спокойныхъ мужскихъ отдѣленіяхъ часть прислуги женская. Въ другихъ же мужскихъ отдѣленіяхъ врачи не находятъ еще возможнымъ ввести женскую прислугу. Работы совершенно неразвиты. Бываютъ побѣги. Для беспокойныхъ употребляются костюмы съ рукавами, пришитыми къ штанамъ; костюмъ этотъ завязывается сзади. По словамъ врача, „костюмъ этотъ больные не любятъ“. Плата отъ 10—60 дол. въ недѣлю; что съ пациентовъ получается, то и расходуется. Одежда на больныхъ своя.

Изъ отчета по больницѣ видно ¹⁾:

Состояло къ 1898 г. 444 б. (197 м. + 247 ж.); поступило—169 б. (87 м. + 82 ж.); выздоровѣло—58 б. (26 м. + 32 ж.—9,4%, всего пользовавшихся); поправилось—38 (16 м. + 22 ж.); не поправилось—27 (15 м. + 12 ж.); умерло—37 (21 м. + 16 ж.—6,0% всего пользовавшихся).

Изъ приведенныхъ данныхъ между прочимъ обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что въ больницахъ призрѣвается женщинъ болѣе, чѣмъ мужчинъ. Объясненія этому явленію болѣе или менѣе основательнаго мы не получили.

Далѣе, нахожу не лишнимъ здѣсь отмѣтить, что всѣ врачи, съ которыми намъ приходилось бесѣдовать, высказывались отрицательно по отношенію къ *семейному призрѣнію*. Они находятъ наиболѣе цѣлесообразной формой призрѣнія—это колоніи и лечебницы.

Въ заключеніе считаю для себя приятнымъ долгомъ принести мою искреннюю и сердечную благодарность д-рамъ: A. Durham, G. Campbell, A. Hoch, H. Phillips, A. Meyer и

¹⁾ The annual report of department for the insane of the Pennsylvania Hospital. 1899.

въ особенности главнымъ драмъ E. C. Dent, G. A. Smith, D. D. Richardson, Susan Taber и старшему ассистенту M. B. Neuman за ихъ крайне душевное отношеніе ко мнѣ, за ихъ полную готовность все показать и объяснить и за ихъ хлѣбосольство.

Г а м б у р г ъ.

Заведеніе для леченія и призрѣнія душевно-больныхъ „*Friedrichsberg*“ расположено на окраинѣ города Гамбурга, отъ Берлинскаго вокзала около часа ѣзды по электрической дорогѣ. Больныхъ 1400 (сент. 1899 г.). Передъ главнымъ зданіемъ большого каменнаго корпуса, построеннаго въ готическомъ стилѣ, раскинулось обширное, окаймленное деревьями, свободное мѣсто, покрытое лугомъ и клумбами цвѣтовъ, только вдаль видно два павильона, одинъ изъ которыхъ назначенъ для общественныхъ увеселеній больныхъ. Средняя часть главнаго зданія занята канцеляріею, молитвеннымъ заломъ, квартирами нѣкоторыхъ служащихъ, библіотекою и лабораторіею. Боковыя части—одна занята больными мужчинами, а другая—женщинами. Боковой корридоръ. За переполненіемъ нѣкоторыхъ дневныхъ помѣщеній заняты спальными. Кромѣ того больные размѣщены во многихъ павильонахъ, не соединенныхъ между собою никакими галереями.

Больные раздѣляются на 4 класса, плата отъ 2—9 м. въ день. Первый и второй классы размѣщены въ павильонахъ человекъ по 30. Обстановка 1-го класса сильно разнится отъ обстановки другихъ классовъ: здѣсь обои, мягкая мебель, биліардъ, піанино и проч.; въ комнатѣ больного стоятъ кровать слуги. Въ другихъ классахъ и отдѣленіяхъ для безпкойныхъ больныхъ обстановка простая: стѣны выкрашены клевою краскою съ панелью изъ масляной краски, мебель—ска-

мейки, голые столы и т. п. Обѣденные столы лишь въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ и въ виду экономіи мѣста сдѣланы складные. Доска и ножки складываются и вкладываются въ раму, сдѣланную полъ лицо съ панелью, такъ что получается видъ обыкновенной деревянной панели. Отопление водяное и печами. У послѣднихъ заслонки (дверцы) имѣютъ, чтобы больше не обжигалась, вышуклый щитъ, сдѣланный изъ толстой проволоки, на подобіе тенеты паука. Это приспособленіе просто, но крѣпко и удобно. Освѣщеніе газовое. Ванны эмалированные на ножкахъ. Вода нагревается при помощи особой газовой горѣлки и очень быстро: черезъ 2 минуты, какъ былъ зажженъ газъ, бакъ уже сталъ теплымъ. Газъ проходитъ черезъ плоскость (равную дну бака) съ массою очень мелкихъ отверстій, вслѣдствіе чего газъ горитъ массою мелкихъ и одинаковой высоты огоньковъ. Изоляторы съ двойными дверями, запирающимися на задвижки и замокъ: полъ въ нихъ ксилолитовый, рамы съ желѣзнымъ переплетомъ, толстыми стеклами и запираются при помощи довольно сложныхъ приспособленій: двумя замками, запирающимися 2-мя отдѣльными ключами; кромѣ того имѣются ставни, сѣтки и занавѣски. Клозеты англійской системы. Показуются и горшки изъ палъе маше.

Подсудимые находятся въ особомъ отдѣленіи, дворикъ ихъ обнесенъ каменною стѣною, а при другихъ отдѣленіяхъ (безночнойныхъ) дворики обнесены высокою желѣзною рѣшеткою изъ вертикальныхъ прутьевъ, сдѣланныхъ такъ, что верхній свободный конецъ ихъ загибается большою дугою, вышуклостью обращенной вверхъ; это сдѣлано для того, чтобы навѣрняка болѣе затруднить перелѣзаніе. Во дворикахъ устроены писсуары изъ цемента.

Кровати деревянные, въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ съ деревянными снимающимися боковинами. Впрочемъ въ настоящее время рѣшено замѣнить деревянные кровати желѣзными по типу, выработанному въ Herzberge (въ Берлинѣ). Для слабыхъ употребляются водяные и воздушные матрацы и клеенка.

Продѣлки перѣдки. Примѣняется постельное содержаніе, въ ходу продолжительныя ванны—до 6-ти часовъ. Иногда употребляются рукавицы и крайне рѣдко „рубашка“.

Больные работаютъ по хозяйству и въ мастерскихъ. Поощреніе за работу общее для всѣхъ—концерты, танцы и проч. Кухня и другія хозяйственныя помѣщенія грязноваты.

Во главѣ заведенія стоитъ директоръ-врачъ, на немъ лежитъ главнымъ образомъ административно-хозяйственная часть, медицинская же часть непосредственно лежитъ на двухъ старшихъ врачахъ и 6-ти ассистентахъ; есть и прозекторъ. На врача приходится около 150 человекъ больныхъ. Визитація 2 раза въ день. Прислуга обучается при больницѣ, жалованье ей отъ 24—80 м. въ мѣсяцъ, большинство спитъ въ палатахъ съ больными, денежных штрафовъ не практикуется а выговоръ или лишеніе отпуска, который дается разъ въ недѣлю и еще въ праздникъ въ 2 мѣсяца разъ.

Побѣги больныхъ рѣдки; администрація больницы на это смотритъ снисходительно и обычно энергичныхъ мѣръ къ отысканію больного не принимаетъ. Стоимость содержанія больного въ день 1.71,84 м. (1897 г.), а служащаго 1.47,16 м.

Изъ отчета за 1897 г. видно ¹⁾:

Состояло къ январю 1897 г.: 1286 б. (618 м. + 668 ж.).

Поступило—567 б. (311 м. + 256 ж.).

Выздоровѣло—82 б. (45 м. + 37 ж.—4,4% всего пользовавшихся).

Въ улучшен.—143 б. (90 м. + 53 ж.).

Неулучшен.—132 б. (61 м. + 71 ж.).

Умерло—136 б. (64 м. + 72 ж.—7,3% всего пользовавшихся).

¹⁾ Bericht der Verwaltung der Irren-Anstalt Friedrichsberg in Hamburg bei Ablegung der Rechnung vom Jahre 1897.

Къ вопросу объ остромъ бредѣ ¹⁾

В. В. Вейденгаммера и П. П. Бруханскаго.

Не смотря на то, что со времени Brierre de Boismont, которому мы обязаны выдѣленіемъ остраго бреда, литература по этому вопросу очень разрослась и насчитываетъ себѣ уже вѣсколько десятковъ лѣтъ, тѣмъ не менѣе лишь только за послѣдніе годы, благодаря цѣлому ряду работъ съ тщательнымъ клиническимъ описаніемъ и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ, вачинаетъ понемногу разсѣиваться тотъ мракъ, которымъ была окутана эта болѣзнь. И клиника, и патологическая анатомія и патогенезъ остраго бреда давали и до сихъ поръ еще даютъ поводъ къ самымъ разнообразнымъ и противорѣчивымъ сужденіямъ. Но изъ множества мнѣній, высказанныхъ по этому предмету, можно выдѣлить два главныхъ основныхъ взгляда. Одни авторы (Крафтъ-Эбингъ ²⁾, Корсаковъ ³⁾, Поповъ ⁴⁾, Сухановъ ⁵⁾ Wag-

¹⁾ Сообщено въ Московскомъ Обществѣ Невропатологовъ и Психіатровъ 11 февраля 1900 года.

²⁾ Крафтъ-Эбингъ. Учебникъ Психіатріи. 1890 г. Петербургъ.

³⁾ Проф. Корсаковъ. Курсъ Психіатріи. 1893 г.

⁴⁾ Проф. Поповъ. Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при остромъ бредѣ. Невролог. Вѣстникъ, 1897.

⁵⁾ Д-ръ Сухановъ. Объ остромъ бредѣ. Архивъ психіатріи, нейрологіи и суд. пс. 1894. Т. XXIV. № 2.

gen Babcock ¹⁾, Costin ²⁾, Bianchi и Piccinino ³⁾ и другіе) отводить острому бреду обособленное мѣсто въ классификаціи душевныхъ болѣзней, другіе же наоборотъ оспариваютъ его право на самостоятельное существованіе, то отождествляя его съ другими психическими болѣзнями, то принимая его только за симптомокомплексъ. Изъ ряда послѣднихъ авторовъ мы укажемъ на Gottfried'a Sehn ⁴⁾, Мейнерта ⁵⁾ Schüle ⁶⁾, Baillarger ⁷⁾, Morel ⁸⁾, Dagonet ⁹⁾, Fürster ¹⁰⁾, Buchholz ¹¹⁾, Kirchoff ¹²⁾, Zacher ¹³⁾, Alzheimer ¹⁴⁾, Régis ¹⁵⁾, Грейденберга ¹⁶⁾, Кацовскаго ¹⁷⁾.

Для ясности и послѣдовательности изложенія мы коснемся сначала только клинической стороны вопроса, Клиника остраго бреда богата матеріаломъ, но этотъ матеріалъ, какъ выясняется при обзорѣ литературы, представляетъ большое разнообразіе самыхъ несходныхъ болѣзненныхъ состояній,

¹⁾ Warren Babcock, *Centralb. f. Nervenkr. und Psych.* 1897.

²⁾ Costin, *Arch. de Neurologie.* 1899. № 39.

³⁾ Bianchi et Piccinino, *Annal. medic.-psychol.* 1895. t. 12.

⁴⁾ Gottfried Sehn *Beiträge zur patholog. Anatomie acut. Delirien.* *Arch. f. Psych.* Н. 3. Bd. VIII.

⁵⁾ Мейнертъ, *Клиническія лекціи по психіатріи.* Пер. Коналевскаго, 1890

⁶⁾ Шюле. *Руководство къ душевнымъ болѣзнямъ.* 1880 г.

⁷⁾ Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales.* 1890.

⁸⁾ Morel, *Traité des maladies mentales.*

⁹⁾ Dagonet, *Traité des maladies mentales.* 1894 г.

¹⁰⁾ Fürster. *Ueber deliriumacutum.* *Arch. f. Psych.* 1880, Bd. XI. Н. 2.

¹¹⁾ Buchholz, *Zur Kenntniss des delirium acutum.* *Arch. f. Psych.* 1889. XX. Н. 2.

¹²⁾ Kirchoff, *Lehrbuch der Psych.* 1892.

¹³⁾ Zacher, *Annal. medic.-psych.* 1894. XIX; *Neurol. Centralbl.* 1891.

¹⁴⁾ Alzheimer, *Monatschrift. f. Psych. und Neurol.* 1897. Bd. II. Н. 2. *Central. f. Nervenh. und. Psych.* 1896.

¹⁵⁾ Régis, *Manuel pratique de medicin mentale.* 1885.

¹⁶⁾ Грейденбергъ, *Вѣстникъ клинической и судебной психатріи.* 1895, II.

¹⁷⁾ A. Kazowsky, *Zur patolog. Anatomie und. Bacteriol. des delir. acut.* *Centralbl. f. Allg. Pathol. und. Patholog. Anatomie.* 1899. Bd. X. № 13 и 14.

зачастую такъ рѣзко уклоняющихся отъ типичной картины, нарисованной Briegleb'омъ, что во многихъ опубликованныхъ случаяхъ можно говорить лишь о поверхностномъ сходствѣ. Мы остановимся сначала только на тѣхъ наблюденіяхъ, которыя, соответствуя описанію Briegleb'a, въ то же время вполне удовлетворяютъ требованіямъ Calmeil'я¹⁾, Morel'я, Мейверта, Ball'я²⁾ и другихъ авторовъ своимъ развитіемъ вѣдъ всякой другой болѣзни и своимъ теченіемъ, свободнымъ отъ всякихъ осложненій. Сошлемся на случай Furster'a, Кёрпен'а³⁾, Buchholz'a, проф. Попова, Жуковского⁴⁾ Хмѣлевскаго⁵⁾, Кацовскаго. Это именно тѣ случаи, которые развиваются самостоятельно, какъ тяжелая инфекціонная болѣзнь, съ почти однообразной клинической картиной, въ которую не влетаютъ чуждые симптомы и острое и бурное теченіе которыхъ со всѣми кординальными признаками ничѣмъ инымъ нельзя себѣ объяснить, какъ самую болѣзнью.

Клинически они опредѣляются слѣдующими главными чертами: непродолжительный періодъ предвѣстниковъ, острое начало, бурное теченіе при повышенной t^0 перемежающагося типа и частомъ пульсѣ, глубокая спутанность сознанія съ почти постоянными ремиссіями, моторное возбужденіе съ склонностью къ полупроизвольнымъ и даже судорожнымъ движеніямъ, быстрое истощеніе и чаще всего летальный исходъ. Въ отличіе отъ аmentia для этихъ случаевъ характерно, во-первыхъ, неправильнаго типа повышеніе t^0 , которое существуетъ все время. Этотъ признакъ, правда, не составляетъ исключенія и при острой аmentia, но тогда онъ имѣетъ своимъ источникомъ какое нибудь соматическое осложненіе. Далѣе, какъ важный распознавательный признакъ,

¹⁾ По Morel'ю.

²⁾ Ball. Lecons sur les maladies mentales. 1890.

³⁾ Кёрпен. Arch. f. Pysch. Bd. 20. N. 2.

⁴⁾ Жуковский. Патолого-анатомич. измѣн. головного мозга при остромъ бредѣ. Обзорніе псих. неврол. 1898. № 4 и 5.

⁵⁾ Хмѣлевскій. Вопросы нервно-психической медицины. 1896 г.

отличающій deliric'овъ отъ amentі'ковъ, слѣдуетъ отмѣтить промежутки почти полнаго проясненія сознанія среди глубокой спутанности и скорѣе инкоординированный, импульсивно - безнорядочный, тѣмъ чувственно - бредовой характеръ двигательнаго возбужденія. Какъ бы характерныя для остраго бреда быстрое теченіе и летальный исходъ возможны также и при amentia, будетъ ли это въ зависимости отъ сильной интоксикаціи или какого-нибудь соматическаго осложненія, почему рѣшающаго діагностическаго значенія имѣть они не могутъ. Тѣми же признаками отличается острый бредъ и отъ маіи, но, кромѣ того, еще отъ казомъ отъ пшии.

Отъ délire aigue paralytique нѣкоторыхъ авторовъ эти случаи отличаются характеромъ и меньшею продолжительностью продромальнаго періода, быстрымъ и вполне самостоятельнымъ развитіемъ и теченіемъ болѣзни, т. е. вся болѣзнь представляетъ одно цѣлое, а не клиническій эпизодъ. Кромѣ того, повышеніе t^0 проходитъ черезъ всю болѣзнь, спутанность сознанія достигаетъ очень высокой степени, почти какъ правило, наблюдаются ремиссіи, хотя и возможныя при прогрессивномъ параличѣ, но въ отличіе отъ него болѣе глубокия и, главное, совершенно свободныя отъ обязательныхъ при прогрессивномъ параличѣ спеціальныхъ физическихъ и психическихъ симптомовъ; двигательное возбужденіе носитъ болѣе безцѣльный и инкоординированный характеръ, сплошь да рядомъ достигая степени почти автоматическихъ актовъ.

Глубокая спутанность сознанія, безсвязность и двигательное возбужденіе съ характеромъ импульсивности во многихъ случаяхъ могутъ напоминать бредъ коллапса, но въ отличіе отъ послѣдняго характерны для нихъ повышеніе t^0 и постепенное развитіе болѣзни.

Отъ лихорадочнаго бреда острый бредъ отличается главнымъ образомъ тѣмъ, что повышеніе t^0 появляется одновременно съ развитіемъ болѣзни, а не предшествуетъ ему. Отъ

менингита—чисто психическими симптомами въ началѣ болѣзни (по Корсакову).

Определенная клиническая очерченность этихъ случаевъ и возможность дифференцировать ихъ отъ другихъ болѣзней стоять въ противорѣчіи, то дѣйствительному, то кажущемуся, съ очень многими наблюденіями, которыя также описываются подъ именемъ остраго бреда и которыя для многихъ авторовъ послужили основаніемъ сомнительнаго и даже отрицательнаго отношенія къ этой болѣзни. Съ точки зрѣнія Calmeil'я и Morel'я призванію остраго бреда за самостоятельную болѣзнь, по крайней мѣрѣ съ клинической стороны, препятствуетъ именно его развитіе совместно съ другими болѣзнями (pleuritis, pneumonia). Morel приводитъ и свое собственное наблюденіе, гдѣ, дѣйствительно, было осложненіе pleuro-pneumonia. По мнѣнію Мейверга, delirium acutum, какъ отдѣльная болѣзнь, недостаточно характерна. Острое теченіе и летальный исходъ могутъ обусловливаться то свойствомъ другой основной болѣзни, то различными осложненіями. Повышеніе же t^0 можетъ зависеть отъ бурныхъ движеній, но противъ него говорятъ, во первыхъ, такое же повышеніе t^0 въ случаяхъ остраго бреда съ перѣдкимъ двигательнымъ возбужденіемъ и, во вторыхъ, нормальная t^0 у чисто маніакальныхъ больныхъ, мышечная работа которыхъ въ нѣкоторыхъ, по крайней мѣрѣ, случаяхъ не уступаетъ той, которая наблюдается при остромъ бредѣ. Ball въ большинствѣ случаевъ остраго бреда также видитъ симптомокомплексъ, но тѣмъ не менѣе онъ не отрицаетъ самостоятельности этой болѣзни, въ случаѣ если она развивается независимо отъ другой болѣзни у людей здоровыхъ. По мнѣнію Baillarger и въ послѣднее время Régis, острый бредъ не заслуживаетъ выдѣленія въ самостоятельную форму и различается имъ то какъ délire aiguë vesanique, то délire aiguë paralytique. Доказательство въ пользу своего взгляда Baillarger видитъ не только въ общей этиологіи, спеціальному влиянію наследственности, но даже и въ продромахъ. Интересны тѣ наблю-

денія, которыми авторъ подтверждаетъ свои положенія. Первые два случая, которые онъ приводитъ въ доказательство перехода простой маѣи къ острому бреду нужно, конечно, отнести къ острой маѣи съ временнымъ обостреніемъ, дѣйствительно очень напоминающимъ картину остраго бреда; но такъ какъ въ нихъ не дается свѣдѣній о ходѣ т^о, то друдно сказать, съ чѣмъ собственно мы имѣемъ дѣло—съ острымъ ли бредомъ, какъ болѣзнию, или только его симптомокомплексомъ; но если остановиться даже на послѣднемъ предположеніи, то все таки мы не имѣемъ основанія видѣть въ немъ доказательство противъ самостоятельности остраго бреда.

Два послѣдніе его случая, которые соответствуютъ его *délire aigu paralytique*, по другимъ физическимъ и психическимъ признакамъ несомнѣнно относятся къ прогрессивному параличу съ временной тяжелой стадіей спутанности и возбужденія, быстро закончившагося летальнымъ исходомъ. Но относительно этого послѣдняго состоянія является вопросъ, дѣйствительно ли это только симптомокомплексъ, несколько не чуждый основному страданію, или совершенно независимая отъ него самостоятельная болѣзнь. Но, къ сожалѣнію, случаи Baillarger даютъ мало данныхъ для рѣшенія этого вопроса. По Шюле и Менделю ¹⁾, острый бредъ есть только симптомокомплексъ, который можетъ развиваться въ теченіе самыхъ разнообразныхъ хроническихъ и острыхъ болѣзней. Мендель высказывается такимъ образомъ, исходя по преимуществу изъ наблюденій самого Brieg'a, изъ которыхъ нѣкоторые онъ разсматриваетъ какъ прогрессивный параличъ. Но если это и такъ, то изъ сравненія, съ одной стороны, съ бурно протекающимъ прогрессивнымъ параличемъ и, съ другой, съ идиопатическими случаями остраго бреда, съ большею степенью вѣроятности можно допустить въ нихъ самостоятельную болѣзнь, присоединившуюся къ основной. То же са-

¹⁾ Mendel. Berliner klin. Wochenschrift. 1879. № 50.

мое можно сказать и о случаях Sehn'a, для котораго острый бредъ представляетъ только временную фазу возбужденія на почвѣ маніи или прогрессивнаго паралича. Очень интереснымъ въ этомъ отношеніи представляется первый случай Жуковского гдѣ, по всей вѣроятности, дѣло шло о настоящемъ остромъ бредѣ, развившемся на почвѣ какого-то хроническаго мозговаго страданія, очень возможно—прогрессивнаго паралича. И съ другой стороны, во многихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича, которые также приводятся въ доказательство того, что острый бредъ обязанъ только обостренію основной болѣзни, съ несомнѣнностью его можно исключить по рѣзкому уклоненію отъ типической картины остраго бреда. Сошлемся для примѣра на наблюденіе Zacher'a. Съ клинической стороны онъ склоненъ его разсматривать какъ *delirium acutum melancholicum*, но аутопсія неожиданно доказала, что въ дѣйствительности дѣло шло о прогрессивномъ параличѣ. На нашъ же взглядъ, за такую діагностику говорить не только аутопсія, но и клиническая картина: характеръ и продолжительность продромальнаго періода и многіе спеціальныя физическіе и психическіе симптомы, среди которыхъ напоминающіе, но отнюдь не аналогичные собственно оstromу бреду развились уже впоследствии, какъ эпизодическое состояніе въ послѣдніе дни жизни больного. Вихрь идей и двигательное возбужденіе, сближающіе острый бредъ съ маніей, дали поводъ тому же Sehn'у и Kirchoff'у отождествлять эти двѣ болѣзни.

Заслуживаетъ вниманія часто цитируемый случай Fütterer'a¹⁾, касающійся одной 67-лѣтней женщины. Болѣзнь ея характеризуется прогрессирующими въ теченіе 6 недѣль безсонницей и беспокойствомъ, наступленіемъ клоническихъ и тоническихъ судорогъ, наиболѣе рѣзко выраженныхъ въ нижнихъ конечностяхъ, и, наконецъ, отказомъ отъ пищи и

¹⁾ Fütterer. Beitrag zur pathol. Anatomie der Grossgehirnrinde. Virchow's. Arch. 1887. В. 106.

быстрымъ истощеніемъ. Летальный исходъ наступилъ черезъ 9 недѣль отъ начала болѣзни. Само собою разумѣется, что на основаніи такихъ данныхъ крайне трудно правильное распознаваніе.

Краерелін ¹⁾ говоритъ, что онъ до сихъ поръ не могъ убѣдиться въ самостоятельности остраго бреда. Путь картинной остраго бреда, по его словамъ, протекаютъ иногда тяжелыя формы бреда коллапса или паралитическое слабоуміе. На 5-омъ Цироговскомъ съѣздѣ д-ръ Грейденбергъ сдѣлалъ сообщеніе объ остромъ смертельномъ помѣшательствѣ и рѣшительно высказался противъ выдѣленія остраго бреда въ самостоятельную болѣзнь. Но, къ сожалѣнію, его собственныя наблюденія, при скудости анамнестическихъ свѣдѣній, отсутствіи въ двухъ изъ нихъ указаній о ходѣ t^o, состояніи сознанія въ первомъ случаѣ и въ виду присоединившихся жестокихъ поносовъ, сыгравшихъ, очень вѣроятно, значительную роль въ печальной развязкѣ, представляютъ крайнія затрудненія для правильнаго распознаванія и не могутъ поэтому служить основаніемъ или подтвержденіемъ того или иного воззрѣнія. Alzheimer, рѣшительно отрицающій за острымъ бредомъ право на самостоятельное существованіе, недавно опубликовалъ 5 очень интересныхъ наблюденій съ тщательнымъ клиническимъ и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. Всѣ его случаи объединяются главнымъ образомъ общими данными микроскопическаго изслѣдованія—дегенеративными явленіями въ мозговой корѣ, которыя характеризуются рѣзкими измѣненіями въ гангліозныхъ клѣткахъ при всегда пассивномъ отношеніи сосудовъ и часто со стороны нейроглии. Съ клинической стороны его описанія представляютъ много сходнаго съ острымъ бредомъ, но тѣмъ не менѣе въ отличіе отъ настоящаго, какъ онъ представляется большинствомъ авторовъ, въ первыхъ двухъ случаяхъ t^o была повышена только передъ смертью, и, кромѣ того, въ обоихъ были констатированы осложненія, въ одномъ—lobul. pneumo-

¹⁾ Краерелін. Психіатрія. Петербургъ. 1898 г.

піа, въ другомъ—*sympelas*, на счетъ которыхъ можно отнести многія явленія болѣзней. Три же послѣдніе случая, развившіеся то въ теченіе *influenz'y*, то послѣ операціи удаленія послѣда, то послѣ выкидыша, вопреки *Alzheimer'y*, съ одинаковымъ правомъ можно разсматривать какъ лихорадочный бредъ, такъ какъ въ каждомъ изъ нихъ повышеніе t^0 предшествовало развитію психическаго разстройства и, кромѣ того, первый изъ нихъ и послѣдній также не были свободны отъ пораженія внутреннихъ органовъ (въ одномъ—*catarrhal'naya pneimonіа*, въ другомъ—тяжелое страданіе *genitalium*).

Изъ этого короткаго перечня литературныхъ данныхъ мы видимъ, что казуистика т. н. остраго бреда представляетъ крайне разнохарактерный матеріалъ. Подъ этимъ общимъ именемъ описывались самыя разнообразныя болѣзненные состоявія. Но, ближе приглядѣвшись къ нимъ, легко убѣдиться, что нѣкоторыя изъ нихъ представляютъ лишь поверхностное сходство, главнымъ образомъ—по острому теченію и детальному пеходу, съ той клинической картиной, которую нарисовалъ *Briegg*. Въ дѣйствительности же это были случаи то прогрессивнаго паралича, то *amentіае*, то лихорадочнаго бреда, то неопредѣленной діагностики. Тѣмъ не менѣе острый бредъ какъ бы насильно укладывался во всевозможныя рамки, доказывая и подтверждая такимъ образомъ справедливость самыхъ разнообразныхъ воззрѣній. Одни отождествляли его съ *amentіа*, другіе съ *маніей*, третьи съ прогрессивнымъ параличемъ. Другая же часть этихъ случаевъ представляетъ развитіе симптомокомплекса остраго бреда на почвѣ какой-нибудь уже существовавшей болѣзни, напр., *маніи*, прогрессивнаго паралича, и ими нѣкоторые авторы пользуются, какъ основаніемъ своего отрицательнаго отношенія къ острому бреду, усматривая въ немъ только особое состояніе, клинической эпизодъ. Нѣтъ сомнѣній, что развитіе его, конечно, возможно при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, анамнезъ случаевъ остраго бреда съ поразительнымъ постоянствомъ открываетъ тяжелую наслѣд-

ственность и, кромѣ того, то травмы головы, то алкоголизмъ, то различныя психическія заболѣванія. Этотъ фактъ указываетъ лишь на то, что острый бредъ особенно охотно прививается тамъ, гдѣ нервная система пострадала въ своей устойчивости, въ своемъ сопротивленіи. И такъ какъ въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ, путемъ сравненія ихъ съ чистыми случаями, никакъ нельзя съ положительностью отрицать осложненія острымъ бредомъ, какъ самостоятельную болѣзнь, то смысла нѣкоторыхъ авторовъ на случаи прогрессирующаго паралича, тапѣи или другихъ заболѣваній съ симптомокомплексомъ остраго бреда едва-ли можетъ быть существеннымъ возраженіемъ противъ индивидуальности этой болѣзни.

Что касается этиологіи остраго бреда, то еще въ 1880 г. Fürster и вслѣдъ за нимъ Buchholz и въ новѣйшее время проф. Поповъ, Жуковский, Добротворскій ¹⁾, основываясь на особенностяхъ клинической картины и данныхъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, высказали предположеніе, что острый бредъ—болѣзнь инфекціонная.

Въ 1888 г. Marcel Briand, доказавъ экспериментально присутствіе въ крови при остромъ бредѣ особаго инфекціоннаго начала, выступилъ защитникомъ специфической микробной натуры страданія. Проверкой данныхъ Briand'a занялись многіе психіатры, изъ коихъ нѣкоторые (Bianchi и Riccini, Rezzonico ²⁾) приняли къ тѣмъ же выводамъ, именно, что острый бредъ обязанъ своимъ происхожденіемъ специальной бактеріи; но это мнѣніе не подтвердилось дальнѣйшими изслѣдованіями, и въ настоящее время пріобрѣтаетъ все большія и большія права гражданства тотъ взглядъ, что въ патогенезѣ остраго бреда играетъ роль не какая-либо опредѣленная инфекция, а самые разнообразныя микроорганизмы.

¹⁾ Добротворскій. Острый бредъ. Сообщеніе на VII Пироговскомъ съѣздѣ врачей

²⁾ Rezzonico, Neurolog. Centralbl. 1884.

До сихъ поръ мы говорили лишь о чистыхъ идиопатическихкихъ случаяхъ острого бреда; но на ряду съ ними описывались дейтеропатическіе случаи, т. е. такіе, которые развиваются въ теченіе какой-нибудь другой инфекціонной болѣзни, въ особенности пневмоніи, тифа, дифтерита. Въ виду того, что здѣсь и тамъ часто имѣются на лицо одни и тѣ же измѣненія въ мозгу, такое дѣленіе страдаетъ искусственностью, но пока оно необходимо, такъ какъ выдѣленіе дейтеропатической формы съ клинической стороны представляетъ большія затрудненія въ виду возможности смѣшенія и съ аменіей, и лихорадочнымъ бредомъ, и другими болѣзнями. Принципіальной разницы, вѣроятно, нѣтъ, и причина ихъ происхожденія, очень возможно, лежитъ въ свойствахъ самой инфекціи. Одни токсины, поражая весь организмъ, наиболѣе тяжелыя измѣненія вызываютъ въ мозгу и обуславливаютъ такимъ образомъ происхожденіе идиопатическихкихъ формъ. При дейтеропатическихкихъ же формахъ подъ вліяніемъ другихъ токсиновъ, кромѣ общихъ явленій инфекціонной болѣзни, выступаютъ въ томъ или иномъ органѣ локальныя пораженія, смотря по роду инфекціи.

Перейдемъ теперь къ описанію случаевъ.

1-й случай. Больной А, Ш., крестьянинъ 33 лѣтъ, жеватый, грамотный, съ психопатической наслѣдственностью (одинъ изъ дядей со стороны матери страдалъ психическимъ разстройствомъ, другой въ припадкѣ тоски вслѣдствіе разстройства домашнихъ дѣлъ покушался на самоубійство), никогда не пилъ спиртныхъ ванировокъ, никогда не курилъ, 12 лѣтъ назадъ имѣлъ какое-то заболѣваніе половыхъ органовъ, дѣчился у знахаря; учился очень усильно, съ юныхъ лѣтъ пристрастился къ чтенію духовныхъ книгъ и каждый свободный отъ занятій часъ посвящалъ чтенію. Любилъ разсуждать и спорить по вопросамъ вѣры. Былъ очень кроткаго и тихаго нрава, очень набоженъ, по уму до самой болѣзни рѣзко выдѣлялся среди своихъ сослуживцевъ.

Въ концѣ апрѣля 1899 года по цѣлымъ днямъ сидѣлъ за книгой. Сталъ немного раздражаться въ спорахъ о

вѣрѣ, которыя ему часто приходилось вести со служащими вмѣстѣ съ нимъ старообрядцами. Но, кромѣ этого, за большымъ ничемъ другого не замѣчалось до 25 мая. Въ этотъ день онъ посреди работы подошелъ къ образу и заявилъ, что онъ „духовно заболѣлъ“, просилъ молиться за него, бросилъ работу, ушелъ на квартиру и сѣлъ за книгу. Пришедшимъ повѣстить его товарищамъ началъ говорить нескладно наставленія о томъ, какъ жить по-христіански. Ночь не спалъ. 26-го по утру пошелъ къ священнику исповѣдываться. Дома опять сѣлъ за чтеніе и прочиталъ весь день. При этомъ часто отодвигалъ книгу, складывалъ на ней крестообразно руки и на нихъ клалъ голову, тяжело вздыхалъ, плакалъ, крестился, смотрѣлъ „какъ-то страшно“ по сторонамъ и на вопросы не отвѣчалъ. И вторую ночь не спалъ. 27-го былъ у обѣдни. Придя оттуда, сказалъ товарищамъ: „что вы сидите такіе печальные? Не знаете развѣ, какой нынче праздникъ? Пойдемте въ трактиръ“. Сказавъ это, сталъ передъ иконой Спасителя и въ одной позѣ простоялъ болѣе 2 часовъ. Затѣмъ закричалъ, захохоталъ, запрыгалъ и затопалъ ногами. Всѣхъ сталъ отъ себя гнать. Съ трудомъ былъ уложенъ въ постель. До ночи лежалъ тихо. Въ ночь развилось сильное двигательное возбужденіе и спутанность—произносилъ простой наборъ словъ и слова совершенно непонятныя; кричалъ, что видитъ войну, слышалъ залпы орудій, призывалъ всѣхъ вооружаться, пѣлъ псалмы, гвалъ отъ себя „дурного духа“, дико озирался, хохоталъ, плевался, кусался и дрался. Къ утру стала покойнѣе, жаловался на головную боль, обнаруживалъ зрительныя, слуховыя и обонятельныя галлюцинаціи: видѣлъ нечистыхъ духовъ, нахло вездѣ „нечистымъ духомъ“, слышалъ разные голоса. Настроеніе мѣнялось: то лежалъ неподвижно „какъ мертвый“ съ закрытыми глазами, то вдругъ вскакивалъ, пѣлъ, плясалъ. Съ 2-го числа не сѣлъ болѣе 2 ф. хлѣба. Воду пилъ неохотно и мало. 7 сутокъ провелъ безъ сна. Былъ все время чисто плотенъ. Въ Алексѣевскую психіатрическую больницу былъ доставленъ связаннымъ 4 іюня 1899 года.

Status praesens 4 іюня 1899 г.

Худой, истощенный; на кожѣ во многихъ мѣстахъ—ссадины, царапины, покрытыя корками. Животъ втянутъ. t° 37,8. Пульсъ 96, правильный. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не удалось вследствие сильнаго возбужденія. Глаза закрыты, зрачки реагируютъ на свѣтъ. Колебныхъ рефлексовъ получить не удалось. Сознаніе крайне спутанное. Неумолкаемая,

безсвязная и непонятная рѣчь, по съ вѣншей стороны разстройство дикакихъ не представляетъ; на вопросы не реагируетъ. При поступленіи и до самаго вечера былъ очень безпокоенъ—едва удерживался въ постели; мечется, раздѣвается, машетъ руками, выкрикиваетъ непонятныя, отрывочныя фразы, куда-то рвется. Ночь немного спалъ. 5—6. Сознаніе крайне спутанно; безсвязная, то тихая, то громкая рѣчь, суетится, мечется, возится съ одѣломъ, хватается за все, что ни попадется; на вопросы почти совсѣмъ не реагируетъ, но временами сознательно ихъ воспринимаетъ и правильно на нихъ отвѣчаетъ—скажетъ своимя, фамилію, покажетъ свой языкъ. Кожа сухая, животъ втянутъ, t° 37,3. Пульсъ 100, слабозатый. Языкъ сухой, густо обложенный. Ночи почти не спитъ. Ничего не ѣтъ; большого насильно поятъ молокомъ.

7. Пульсъ 100—110, слабозатый, не совсѣмъ правильный. T° 36,7—38,4. Узвалъ утромъ своихъ родныхъ, сказалъ нѣсколько сознательныхъ словъ и снова впалъ въ состояніе спутанности, безсвязности и возбужденія. Почти не ѣтъ. Ночь провелъ очень безпокойно, выкрикивалъ отдѣльныя слова, суетился, метался, теръ себя руками, бился о кровать ногами.

8. Сознаніе также спутано. Что-то тихо говорить, но совершенно безсвязно и непонятно, на вопросы совершенно не реагируетъ. Ночь не спалъ, провелъ очень безпокойно, кричалъ, прыгалъ съ постели. T° 38,6. Пульсъ 110; кормятъ насильно.

9—10. T° 37,6—38,8. Пульсъ 110—116—120, слабый, неправильный; сильно худѣетъ; языкъ сухой, обложенный; губы сухія, покрыты корками; кожа сухая, животъ втянутъ, почти не ѣтъ, кормятъ насильно. Сознаніе глубоко спутанное; безсвязная, непонятная рѣчь; гримасничаетъ, морщится, отдувается, закрываетъ и открываетъ глаза, суетится, мечется. Совсѣмъ не спалъ.

11. T° 37,3—39,5. Сильно ослабѣлъ; пульсъ очень частъ, слабъ, временами становится нитевиднымъ, едва ощутимымъ. Возбужденіе меньше, но носитъ тотъ же характеръ. Ночь не спалъ. Кормятъ насильно.

12. T° 37,3—38,7. Немного покойнѣе, спутанность меньше, на вопросы реагируетъ, но отвѣчаетъ безсвязно. Спалъ плохо, пульсъ очень слабый, двукратная рвота.

13. Т° 38,9. Очень слабъ, пульсъ почти отсутствѣтъ, двукратная рвота; среди глубокой спутанности временами наступало проясненіе сознанія—узналъ своихъ родныхъ, правильно отвѣтилъ на нѣкоторые ихъ вопросы и самъ высказалъ желаніе приобщиться; въ другой разъ въ разговорѣ съ врачомъ правильно сказалъ, гдѣ находится, узналъ врача, сообщилъ, что спалъ страшные голоса; въ животѣ чувствуетъ что-то очень непріятное. Въ 12¹/₂ часовъ ночи скончался.

Вскрытіе на другой день послѣ смерти.

Трупъ очень истощеннаго мужчины средняго роста. Черепъ правильной формы; кости черепа средней толщины; diploe вездѣ хорошо выражено, полнокровно. Твердая мозговая оболочка, исключая небольшой сухости на внутренней поверхности, ничего ненормальнаго не представляетъ; синусы полнокровны, сгустковъ не содержатъ. Мягкая мозговая оболочка на convexitas сильно инъецирована, отечна, представляетъ легкое помутнѣніе по ходу сосудовъ; въ центральныхъ областяхъ—разбѣивныя точечныя геморрагіи; на основаніи мозга мягкая оболочка тонка, слегка инъецирована. Сосуды основанія мозга рѣзко склерозированы. Кора сильно гиперемирована, усѣяна точечными кровоизліяніями, сѣровато-краснаго цвѣта, на разрѣзѣ нѣсколько выбухаетъ, рѣзко выдѣляется отъ бѣлаго вещества, хотя и послѣднее на границѣ съ корковымъ слоемъ мѣстами сильно гиперемировано и покрыто точечными экстравазатами. Боковые желудочки не растянуты, содержатъ небольшое количество серозно-кровянистой жидкости; еpendyma гиперемирована, plexus chorioidei—полнокровны. Сѣрое вещество гангліи и стволовой части мозга—розовой окраски, мѣстами и здѣсь замѣтны точечныя кровоизліянія; мягкая оболочка и кора мозжечка также гиперемированы. Въ полости сердечной сорочки—небольшое количество серозной жидкости; сердце сокращено, нормальной величины; сердечная мышца измѣненій не представляетъ; клапаны не утолщены; интима аорты—нормальна. Легкія—эмфизематозны; въ нижнихъ доляхъ—небольшой отекъ и венозная гиперемія.

Въ печени, селезенкѣ и почкахъ ничего ненормальнаго, кромѣ небольшой гипереміи (венозной); слизистая оболочка желудка и кишекъ безъ измѣненій.

Микроскопическое исследование.

Мозгъ весь былъ уплотненъ въ формалинѣ; окраска производилась по методу Nissl'я, карминомъ, гематоксилиномъ, эозиномъ, по van Gieson'у, по Weigert'у и Pal'ю (послѣ предварительной обработки кусочковъ мозга въ Мюллеровскій жидкости) и по Marchi.

Сосуды мягкой мозговой оболочки сильно переполнены кровью; мѣстами красныя кровяныя шарики инфильтрируютъ оболочку и прилежацій слой коры, въ отдѣльныхъ венахъ—просвѣтъ закупоренъ смѣшаннымъ тромбомъ; ткань мягкой оболочки неравномѣрно инфильтрирована лимфоидными элементами, главнымъ образомъ въ области бороздъ. Сосуды коры и подлежащаго бѣлаго вещества переполнены кровью, особенно рѣзко въ глубокихъ слояхъ коры; количество сосудовъ здѣсь кажется нѣсколько увеличеннымъ сравнительно съ нормой; просвѣтъ сосудовъ такъ густо выполненъ кровяными шариками, что контуры послѣднихъ рѣзко измѣнены, не вездѣ ясны; мѣстами просвѣтъ сосуда выполненъ гомогенной массой, интенсивно красящейся эозиномъ; въ отдѣльныхъ мелкихъ сосудахъ и сильно неравномѣрно растянутыхъ капиллярахъ попадаются тромбы, частью съ центральнымъ, частью съ периферическимъ положеніемъ лейкоцитовъ. Периваскулярныя пространства расширены аморфнымъ экссудатомъ; въ adventitia мелкихъ сосудовъ и вокругъ капилляровъ скопленіе лимфоидныхъ элементовъ; лимфоидные элементы разбѣяны и въ периделлюлярныхъ пространствахъ, но главнымъ образомъ тамъ, гдѣ расширенное периваскулярное пространство прямо сообщается съ периделлюлярнымъ. Въ глубокихъ слояхъ коры, частью и въ прилежащемъ бѣломъ веществѣ разбѣяны въ большомъ количествѣ небольшія кровоизліянія, при чемъ кровяные шарики скопляются въ adventitia или периваскулярныхъ пространствахъ и инфильтрируютъ на небольшомъ протяженіи прилежащую ткань; изливающаяся кровь частью не измѣнена, частью кровяные шарики обезцвѣчены, неправильно контурированы и распались, мѣстами лежатъ въ вѣжной фибринозной сѣткѣ.

Тѣсной зависимости между кровоизліяніями и тромбозомъ сосудовъ нѣтъ. Стѣнки сосудовъ не утолщены, въ большинствѣ случаевъ ядра adventitiae размножены и увеличены въ объемѣ; ядра интимы въ большинствѣ мелкихъ сосудовъ

и въ капиллярахъ увеличены, нѣсколько набухли, мѣстами размножены; въ *adventitia* мелкихъ сосудовъ значительное отложеніе пигмента, но мѣстами зернышки пигмента имѣютъ рѣзко-круглое очертаніе и красятся осміевою кислотой въ черный цвѣтъ, такъ что, повидимому, здѣсь дѣло идетъ о жировомъ перерожденіи кѣловокъ явима. Перипеллюлярныя и периваскулярныя пространства вездѣ расширены: петли гліи раздвинуты; количество гліозныхъ кѣловокъ въ поверхностномъ слоеѣ коры замѣтно увеличено; ядра ихъ слегка набухли, тѣло кѣловокъ богато крупнымъ пигментомъ, красящимся осміевою кислотой (Marchi) въ темнубурый цвѣтъ. Въ глубокихъ слояхъ коры количество гліозныхъ ядеръ значительно увеличено, особенно въ перипеллюлярныхъ пространствахъ, при этомъ преобладаютъ ядра средняго и мелкаго колыбра, богатыя хроматиновыми зернами.

Нервные кѣлки, при окраскѣ по Nissl'ю, во всѣхъ слояхъ коры представляются нѣсколько сморщенными, потерявшими хроматинъ, съ нѣсколько диффузною слабой общей окраской тѣла, съ замѣтными, часто извилистыми отростками; ядро въ большинствѣ такихъ кѣлокъ также нѣсколько сморщено, угловато, имѣетъ однородную синюю окраску; оболочка не ясна, ядрышко часто также уменьшено, неясно выдѣляется. Въ дальнѣйшемъ стадіи процесса кѣлки, повидимому, совершенно обезцвѣчиваются и исчезаютъ, ядро ихъ также, причѣмъ ядрышко или также исчезаетъ или еще видно, но блѣдно окрашено. Въ меньшемъ количествѣ встрѣчаются набухшія кѣлки съ диффузною окраской тѣла, лишенныя хроматина съ вздутымъ свѣтлымъ ядромъ и ясно замѣтнымъ осевымъ цилиндромъ (острыя измѣненія по Nissl'ю); въ болѣе глубокихъ слояхъ коры гангліозныя кѣлки богаты пигментомъ, красящимся осміевою кислотой (Marchi) въ темнубурый цвѣтъ; въ нѣкоторыхъ кѣлкахъ зерна пигмента крупны, рѣзко округлены, красятся осміевою кислотой (Marchi) въ черный цвѣтъ (жировое перерожденіе). Среди измѣненныхъ кѣлокъ въ глубокихъ слояхъ коры разсыяны въ значительномъ количествѣ кѣлки совершенно нормальнаго строенія. Степень измѣненій въ кѣлкахъ, повидимому, стоитъ въ связи съ сосудистыми расстройствами; но крайней мѣрѣ можно убѣдиться, что наиболѣе рѣзкія измѣненія кѣлокъ наблюдаются въ области кровоизліаній и тромбоза мелкихъ сосудовъ и капилляровъ; кромѣ того, въ глубокихъ слояхъ коры ясно замѣтно, что

нервные клетки исчезают небольшими группами; изучая такой очагъ, мы наблюдаемъ слѣдующую картину: въ центрѣ лежитъ группа совершенно обезцвѣченныхъ, часто распавшихся нервныхъ клетокъ, видны только неясныя ихъ очертанія; гліозная сѣть замѣтно разрѣжена, ядра гліи также не видны или рѣзко обезцвѣчены и набухли, находятся въ процессѣ распада; въ центрѣ такого островка всегда имѣется рѣзко измѣненный сосудъ, часто съ гіалиново-перерожденными, лишенными ядеръ стѣнками; по периферіи такого фокуса нервныя клетки значительно измѣнены, количество ядеръ гліи сильно увеличено, особенно въ перицеллюлярныхъ пространствахъ, при этомъ ядра гліи богаты хроматиновыми зернами; вокругъ сосудовъ скопленіе лимфоидныхъ элементовъ. Въ бѣломъ веществѣ количество ядеръ гліи значительно увеличено, при этомъ ядра нѣсколько увеличены въ объемѣ, богаты хроматиномъ; тѣло гліозныхъ клетокъ на границѣ съ корою выступаетъ при окраскѣ неясно, представляется слегка набухшимъ. На препаратахъ по Weigert'у главнымъ образомъ въ тангенціальномъ слоеѣ коры и полоскѣ Baillarger разбѣяны въ значительномъ количествѣ варикозно-набухшія волокна, попадаются небольшія мѣлиновыя капли, но и въ радиарномъ слоеѣ разбѣяно значительное количество волоконъ съ набухшими осевыми цилиндрами и неправильно варикозными, неравномерно окрашенными мѣлиновыми оболочками; на препаратахъ по Marchi попадаются только отдѣльныя дегенеративныя волокна.

Въ сѣромъ веществѣ большихъ ганглий и стволовой части мозга—значительное переполненіе сосудовъ кровью, встрѣчаются отдѣльныя небольшія кровоизліянія и затромбозированные сосуды, мѣстами слабая лимфоидная инфильтрація вокругъ сосудовъ; въ мозжечкѣ и его оболочкахъ главнымъ образомъ явленія гипереміи и небольшіе экстравазаты. Спинной мозгъ и периферическіе нервы, къ сожалѣнію, не были взяты для изслѣдованія.

Сравнительное изученіе сѣровъ изъ различныхъ отдѣловъ коры головного мозга дало слѣдующіе результаты: воспалительная инфильтрація мягкой оболочки не распространяется на весь головной мозгъ; она выражена рѣзче въ области лобныхъ и центральныхъ извилинъ, при этомъ процессъ главнымъ образомъ выраженъ въ бороздахъ, но и здѣсь воспалительная инфильтрація выражена крайне неравномерно и

мѣстами отсутствуетъ; воспалительныя измѣненія въ мозгу обнимаютъ всю кору полушарій; инфильтрація сосудовъ коры присутствуетъ и тамъ, гдѣ инфильтрація мягкой оболочки не выражена, но и въ корѣ рѣзче всего измѣненія выражены въ лобныхъ и центральныхъ извилинахъ, частью въ теменныхъ и височныхъ.

2-й случай. А. Б., 32 лѣтъ, крестьянинъ, холостой, неграмотный, отъ рожденія тупоумный съ періодической психопатической наследственностью (двоюродная тетка со стороны отца умерла душевно-больной). Около 1-го августа 1898 года сталъ жаловаться на боли въ головѣ и груди, помощи во всемъ гдѣ, ощущение зноба и жара, и 3 августа былъ помѣщенъ въ Старо-Екатерининскую больницу, гдѣ была поставлена діагностика „influenza“ (въ исторіи болѣзни отмѣчены laryngitis, pharyngitis, внутренніе органы были интакты); съ 11 дня пребыванія въ больницѣ отмѣчается при субнормальной t° учащеніе пульса, сердцебиеніе; приступы сильной и упорной головной боли, плохой сонъ, повышенная впечатлительность, ипохондрическое настроеніе, ночные кошмары; затѣмъ развивается нѣкоторая безсвязность и неопредѣленнаго характера зрительныя и слуховыя обманы чувствъ; съ 1 до 10 сентября больной уже не ориентуруется въ окружающемъ, безсвязно говорить, иногда агрессивенъ, молится, всѣхъ подходящихъ къ нему крестить, вешистоплотенъ, проявляетъ полный отказъ отъ пищи и питья и полную бессонницу. 11 сентября больной былъ помѣщенъ въ Алексѣевскую психіатрическую больницу.

Status praesens.

Средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложенія, худой, истощенный. На кожѣ, главнымъ образомъ въ верхней части туловища—красноватая папулезная сыпь. Вѣсъ 2 п. 38 $\frac{1}{2}$ ф., t° 36,0—38,0. Пульсъ 100, слабый. Языкъ—сухой, обложенный, губы покрыты корками, перкуссия легкихъ дала вездѣ ясный звукъ, аускультация не дала никакихъ результатовъ. Тоны сердца—чисты, но глухи. Селезенка не увеличена. Животъ втянутъ. Повсемѣстныя боли. Conjunctivitis et keratitis лѣваго глаза. Зрачка немного неравномерны—правый шире лѣваго, но съ живой реакціей на свѣтъ. Въ языкѣ нѣтъ фебрилярныхъ подергиваній, кожныя рефлексы выражены достаточно. Сухожильные рефлексы—нормальны.

Почти немолкаемая, совершенно безсвязная рѣчь, на вопросы не реагируетъ, въ теченіе цѣлаго дня возбужденъ — кричить, ругается, бьетъ кого ни попаало, размахиваетъ руками, суетится, безцѣльно мечется. Ълъ мало, насильно. Ночь провелъ безъ сна.

12. T° 36,0—38,1; пульсъ 110, слабватый, ничого почти не ѡсть, покойнѣе, меньше говорить, реагируетъ на вопросы и на нѣкоторые изъ нихъ отвѣчаетъ осмысленно,

13. T° 37,1—38,1; пульсъ 120, неправильный. Общее состояніе—тяжелое, лежитъ покойно, говорить мало, но совершенно безсвязно, на окружающее не реагируетъ, не ѡсть, совершенно безъ сна.

14. T° 37,5—38,2. Спутанность и безсвязность та же, но брата узнавалъ; настойчивыми вопросами удавалось фиксировать вниманіе — покажетъ языкъ, откроетъ глаза. Ночь провелъ безпокойно, метался, выкрикивалъ отдѣльныя слова, раздѣвался, хлопалъ въ ладоши. Выпилъ за день 4 кружки молока. Пульсъ 110—120, слабый, едва ощутимый, аритмичный.

15. T° 36,5—38,1. Слабость растетъ, лежитъ почти безъ движенія, съ закрытыми глазами, почти не реагируя на окружающее. Пульсъ—едва ощутимый.

16. Скончался.

Протоколъ вскрытія.

Кости черепа тонки; diploe хорошо выражено, полнокровно; твердая мозговая оболочка не утолщена, полнокровна, на внутренней поверхности тускла, суха; въ синусахъ скопленіе крови и свѣжіе сгустки. Мягкая мозговая оболочка рѣзко инъецирована, вены сильно налиты; разлитыя кровоизліявія въ оболочку, главнымъ образомъ по бороздамъ; такія же кровоизліявія въ pia mater мозжечка; въ области лобныхъ и центральныхъ извилинъ мягкая оболочка представляетъ легкое помутнѣніе и утолщеніе по ходу бороздъ, атрофія извилинъ не замѣтно; сосуды основанія мозга—тонки. Кора и подлежащее бѣлое вещество (на границѣ съ корою) рѣзко полнокровно, съ разсѣянными въ массѣ точечными кровоизліявіями; въ значительно меньшей степени выражена гиперемія сѣраго вещества большихъ ганглій, стволовой части

мозга и коры мозжечка. Боковые желудочки не растянуты, въ нихъ — небольшое количество серозной жидкости; plexus chorioidei — полнокровны.

Умѣренное отложеніе жира на pericardium; сердце плохо сократилось, малокровно, дрябло; degeneratio parenchymatosa cordis; клапаны лѣваго желудочка слегка утолщены по краямъ и сморщены. Небольшой отекъ и венозный застой въ вѣн-ныхъ доляхъ легкихъ; induratio cyanotica hepatis; селезенка слегка увеличена, капсула ея утолщена, на ощупь селезенка — плотна, на разрѣзѣ — темнокраснаго цвѣта, пульпа не соскабливается, трабекулы ясно выражены; почки нѣсколько уменьшены, на разрѣзѣ ясно выражена венозная гиперемія; корковый слой слегка истонченъ, нѣсколько блѣднѣе окрашенъ, покрытъ радиарными темно-красными полосками; въ слизистой оболочкѣ тонкихъ кишекъ — разсыянныя небольшія кровоизліянія.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Сосуды мягкой мозговой оболочки, какъ артеріи, такъ и вены, сильно расширены и переполнены кровяными шариками, между которыми замѣтны отдѣльныя лимфодные элементы; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ просвѣтъ вены закупоренъ смѣшаннымъ тромбомъ, причѣмъ бѣлыя кровяныя тѣльца густо инфильтрируютъ тромбъ и по большей части заложены въ фибринозную сѣткѣ; красныя кровяныя тѣльца густо пропитываютъ мягкую оболочку; между красными кровяными шариками разсыяны въ небольшомъ количествѣ лимфодные элементы; ткань мягкой мозговой оболочки въ этихъ мѣстахъ разрыхлена, отечна, набухла. Всѣ эти явленія рѣзче выражены въ области бороздъ. Мѣстами ткань мозговой оболочки значительно утолщена, состоитъ изъ плотныхъ соединительно-тканыхъ тяжей съ увеличеннымъ количествомъ ядеръ. Кровеносные сосуды коры сильно переполнены кровью, расширены, особенно въ глубокихъ слояхъ; въ разныхъ мѣстахъ — небольшія кровоизліянія, причѣмъ кровяные шарики скопляются въ периваскулярныхъ пространствахъ или инфильтрируютъ также на небольшомъ протяженіи окружающую ткань; капилляры сильно, но неравномѣрно расширены, также мелкія вены и переходные сосуды; въ нихъ мѣстами замѣтны частью смѣшанные, частью бѣлые тромбы. Периваскулярныя про-

странства расширены, вокруг мелкихъ венъ и капилляровъ разбѣившая лимфонная инфильтрація. Ядра *adventitiae* сосудовъ нигдѣ замѣтно не увеличены, мѣстами на мелкихъ сосудахъ *adventitia* инфильтрирована зернистымъ пигментомъ, окрашиваются осміевою кислотою въ темнобурый цвѣтъ; ядра *adventitiae* въ этихъ мѣстахъ сильно сморщены, представляются въ видѣ сильно окрашенныхъ угловатыхъ комочковъ. Въ интимѣ мелкихъ сосудовъ также замѣтны дегенеративныя измѣненія, особенно часто на мѣстѣ развѣтвленія сосудовъ; ядра интимы въ этихъ мѣстахъ также окружены пигментомъ, сморщены, угловаты, часто вакуолизированы; впрочемъ, въ другихъ мѣстахъ, чаще въ капиллярахъ, ядра интимы представляютъ явленія пролифераціи: они увеличены въ количествѣ, набухли и сильно выдаются въ просвѣтъ сосудовъ; чаще всего это явленіе наблюдается въ затромбозированныхъ сосудахъ. Въ сосудахъ бѣлаго вещества тѣ же явленія гипереміи, какъ и въ корѣ, но выражены главнымъ образомъ въ частяхъ, смежныхъ съ корою; и тутъ мѣстами попадаются затромбозированные сосуды. Нервные клѣтки мозговой коры представляютъ по методу Nissl'я развитыя измѣненія. Въ слоеъ мелкихъ пирамидъ хроматинъ въ большинствѣ клѣтокъ почти совершенно исчезъ, только въ немногихъ клѣткахъ можно отмѣтить присутствіе возлѣ ядра неправильныхъ глыбокъ хроматина, интенсивно окрашенныхъ; ядро по большей части слегка увеличено, красится нѣсколько темнѣе, чѣмъ въ нормѣ, хроматиновая сѣть его представляется грубо петлистой или распавшейся; ядрышко окрашено сильно, расположено въ большинствѣ случаевъ эксцентрично; на многихъ ядрахъ можно отмѣтить образованіе складокъ: а хроматиновая сѣть клѣтки слабо окрашена, отростки грубы, видны на большомъ протяженіи, чѣмъ въ нормѣ, мѣстами замѣтенъ осевой цилиндръ. Тѣ же явленія выражены и въ клѣткахъ глубокаго слоя коры; но здѣсь яснѣе можно прослѣдить процессъ измѣненія клѣтки. Въ начальныхъ стадіяхъ клѣтки Nissl'я теряютъ свою правильную форму и сливаются въ неправильной формы глыбки, интенсивно окрашенные; въ дальнѣйшихъ стадіяхъ глыбки распадаются и обезцвѣчиваются; вмѣстѣ съ этимъ процессомъ замѣтно усиленное отложеніе въ тѣлѣ клѣтки пигмента, окрашивающагося осміевою кислотою въ темно-бурый цвѣтъ; въ дальнѣйшихъ стадіяхъ попадаютъ клѣтки съ легкой окраской ахроматиновой сѣти, съ одиночными крупными глыбками

хроматиновой субстанции. Ядро такихъ клѣтокъ, сильно набухшихъ, представляется неясно контурированнымъ; хроматиновая сѣть ядра едва окрашена, зерниста; ядрышко находится на периферіи. Въ послѣдней стали тѣло клѣтки и ядро обезцвѣчены, ядрышка не видно; тѣло клѣтки представляетъ по большей части зернисто-пигментный распавъ, въ которомъ иногда можно замѣтить глыбки распавшаго хроматина. Рядомъ съ такими клѣтками въ большомъ количествѣ находятся совершенно нормальныя клѣтки. При внимательномъ изслѣдованіи можно убѣдиться, что измѣненію первичныхъ клѣтокъ идетъ и здѣсь параллельно степени измѣненій въ сосудистой системѣ. Перирцеллюлярныя пространства вездѣ расширены, въ глубокихъ слояхъ коры въ нихъ замѣтно присутствіе въ небольшомъ количествѣ лимфодныхъ элементовъ. Количество гліозныхъ клѣтокъ въ поверхностномъ слое коры слегка увеличено, ядра ихъ набухли, въ нихъ замѣтно увеличено содержаніе хроматиновыхъ зеренъ; въ глубокихъ слояхъ коры количество гліозныхъ клѣтокъ также увеличено, ядра ихъ набухли, слабо окрашены, содержатъ ясно выраженное ядрышко. Протоплазма гліозныхъ клѣтокъ вездѣ богата пигментомъ, частью красящимся осміевою кислотой, частью гематоксилиномъ по Найденхану; въ глубокихъ слояхъ коры, тамъ, гдѣ гліозныя клѣтки сильно выдаются въ перирцеллюлярныя пространства распавшихся первичныхъ клѣтокъ, въ тѣлѣ ихъ можно замѣтить небольшія зернышки, красящіяся по Nissl'ю въ синій цвѣтъ: повидимому, это—продукты распада хроматина нервной клѣтки. Количество гліозныхъ клѣтокъ въ бѣломъ веществѣ значительно увеличено, главнымъ образомъ на границѣ съ корой; тѣло ихъ при этомъ представляется нѣсколько набухшимъ, ядра богаты хроматиномъ; въ тѣлѣ также замѣтно присутствіе маленькихъ зернышекъ пигмента, красящихся осміемъ въ темно-бурый цвѣтъ. На препаратахъ по Weigert'у видны разбѣянные въ небольшомъ количествѣ набухшія варикозныя мѣлиновыя волокна, но главнымъ образомъ въ слое собственно тангенціальнахъ волоконъ и слое Baillarger; осевые цилиндры также представляютъ разбѣяныя варикозныя набуханія. Въ сѣромъ веществѣ большихъ ганглий, стволовой части мозга, въ корѣ мозжечка измѣненія тѣ же, что и въ первомъ случаѣ: главнымъ образомъ гиперемія и мѣстами небольшіе воспалительные островки. Спинной мозгъ изслѣдованъ не былъ. Въ периферическихъ нервахъ главнымъ

образомъ разсѣянное неравномѣрное набуханіе осевыхъ цилиндровъ; нигдѣ нельзя было констатировать распавшихся волоконъ.

Болѣзненный процессъ и въ этомъ случаѣ захватываетъ всю кору, но сосредоточивается въ лобныхъ и центральныхъ извилинахъ, частью въ прилегающихъ теменныхъ и височныхъ; и здѣсь процессъ рѣзче выраженъ въ корѣ, чѣмъ въ *piria mater*, хотя вообще воспалительная инфильтрація въ этомъ случаѣ выражена слабо.

Резюмируя приведенныя исторіи болѣзни, мы видимъ, что въ обоихъ случаяхъ дѣло шло о какомъ то остромъ, тяжеломъ психическомъ заболѣваніи; въ первомъ случаѣ оно развилось очень бурно, почти неожиданно, безъ всякихъ опредѣленныхъ причинъ у человѣка до того совершенно здороваго и физически и психически; во второмъ случаѣ болѣзнь развилась болѣе постепенно изъ продромальныхъ явленій, наступившихъ вслѣдъ за *influenz'ой*. Клиническая картина въ обоихъ случаяхъ выразилась почти одинаково—тяжелымъ общимъ состояніемъ, повышеніемъ t^0 перемежающагося типа, частымъ и неправильнымъ пульсомъ, почти полной бессонницей, отказомъ отъ пищи, глубокою спутанностью сознанія, съ временными ремиссіями, наиболѣе рѣзко выраженными у перваго больного, слуховыми и зрительными галлюцинаціями, беспорядочнымъ и бессмысленнымъ двигательнымъ возбужденіемъ, наиболѣе рѣзко выраженнымъ въ первомъ случаѣ, наконецъ, быстрымъ упадкомъ питанія и летальнымъ исходомъ. Нельзя не видѣть, что оба наши наблюденія представляютъ много такихъ общихъ симптомовъ, которыхъ мы не встрѣчаемъ въ типическихъ психозахъ. На первомъ мѣстѣ мы ставимъ высокую t^0 , которая въ обоихъ случаяхъ красною полосой проходитъ черезъ всю болѣзнь. Интактность внутреннихъ органовъ, доказанная и на аутопсіи, даетъ намъ полное право отнести это повышеніе t^0 на счетъ самого мозгового пораженія, и въ этомъ главное и существенное отличіе нашихъ случаевъ отъ *amentia*; по этой же причинѣ, а также въ виду отсутствія какихъ-бы

то ни было осложненій бурное теченіе съ быстрымъ истощеніемъ и летальнымъ исходомъ можно объяснить лишь давною болѣзною. На тѣхъ же основаніяхъ мы можемъ исключать и шапію, противъ которой, кромѣ того, говорить еще отказъ отъ пищи. Отъ бурно протекающаго прогрессивнаго паралича наши случаи дифференцируются, во-первыхъ, тѣмъ, что болѣзнь развилась сразу среди полнаго психическаго здоровья безъ характернаго продолжительнаго періода предвѣстниковъ; во-вторыхъ, отсутствіемъ въ картинѣ болѣзни какихъ бы то ни было специфическихъ для паралича физическихъ и психическихъ признаковъ, которые въ громадномъ большинствѣ проглядываютъ въ теченіе этой болѣзни, какъ бы остро и бурно она ни протекала; затѣмъ важнымъ отличительнымъ признакомъ можно считать характеръ повышенія t^0 , временныхъ ремиссій и двигательнаго возбужденія. Отъ лихорадочнаго бреда оба случая отличаются главнымъ образомъ тѣмъ, что повышеніе t^0 не предшествовало развитію болѣзни.

Такимъ образомъ, съ одной стороны, основываясь на характерныхъ особенностяхъ клинической картины и, съ другой, черезъ исключеніе аментіи, шапіи, прогрессивнаго паралича, лихорадочнаго бреда и всякой соматической болѣзни, мы должны оба наши случая отнести къ такъ наз. идіопатическому острому бреду. Дѣйствительно, въ нашихъ наблюденіяхъ имѣются на лицо всѣ характерные признаки остраго бреда, за исключеніемъ, пожалуй, только одного, именно: во 2 случаѣ двигательное возбужденіе не достигало очень высокой степени и скоро смѣнилось депрессивнымъ состояніемъ; но этотъ симптомъ, какъ говорятъ Шюле и Крафтъ-Эбингъ и какъ показываютъ нѣкоторыя наблюденія (проф. Поповъ, Жуковский), далеко не всегда бываетъ рѣзко выраженъ. Кромѣ того, первый случай отличается отъ второго болѣе острымъ развитіемъ и нѣсколько большею продолжительностью теченія. Въ одномъ случаѣ анамнезъ указываетъ на наследственное предрасположеніе, въ другомъ—на тупоуміе.

Резюмируя теперь результаты анатомическаго изслѣдованія, мы находимъ въ первомъ случаѣ: сильное переполненіе сосудовъ коры и мягкой оболочки кровью, разсѣянные экстравазаты, расширеніе сосудовъ и периваскулярныхъ пространствъ, инфильтрацію стѣнокъ сосудовъ, явленія тромбоза въ нихъ, разсѣянную инфильтрацію коры лимфоидными элементами въ периваскулярныхъ пространствахъ. Всѣ отмѣченныя измѣненія характерны для остраго геморрагическаго энцефалита: по Орпенгейму¹⁾ — гиперемія, кровоизліянія, венозная эксудація и лимфоидная инфильтрація составляютъ основныя элементы этого воспалительнаго процесса. Во второмъ случаѣ воспалительныя явленія выступаютъ не такъ рѣзко: здѣсь мы имѣемъ въ корѣ главнымъ образомъ гиперемію, эксудацію, разсѣяныя кровоизліянія, образованіе венозныхъ и капиллярныхъ тромбовъ и очень слабо выраженный процессъ пролифераціи лимфоидныхъ элементовъ. Въ мягкой мозговой оболочкѣ отмѣченъ тромбозъ венозныхъ сосудовъ, причѣмъ тромбы — смѣшаннаго характера; кромѣ того, разлитыя экстравазаты, серозное пропитываніе мягкой оболочки и очень скудная инфильтрація лимфоидными элементами.

Естественно, можетъ возникнуть вопросъ, не имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ вторичнымъ процессомъ въ корѣ, зависящимъ отъ тромбоза венозныхъ сосудовъ мягкой оболочки; такой, по крайней мѣрѣ, патогенезъ геморрагическаго энцефалита допускаетъ Deiters²⁾; кровоизліянія въ корѣ при этомъ зависѣли бы отъ разлитого тромбоза вень, а воспаленіе развилось бы уже какъ реактивный процессъ на почвѣ кровоизліяній. Но въ нашемъ случаѣ тромбозъ не настолько распространенъ, какъ въ случаѣ Deiters'a; очень немногія вены затромбозированы, а тромбозъ мелкихъ сосудовъ въ корѣ имѣетъ гораздо большее распространеніе; во-вторыхъ, нѣтъ никакихъ указаній, что развитіе тромбоза въ венахъ мягкой оболочки имѣло мѣсто раньше, чѣмъ въ корѣ, такъ какъ въ корѣ венозныя тромбы также часто

¹⁾ Oppenheim. Encephalitis.

²⁾ Neurologisches Centralbl. 1898, p. 722.

имѣють фибринозную сѣть съ вкрапленными въ нее лейкоцитами, что говоритъ за воспалительное образование тромба, за тромбофлебитъ; кромѣ того, кровоизліянія и воспалительныя измѣненія въ корѣ имѣють значительно большее распространение, чѣмъ тромботическій процессъ; далѣе, мы отмѣтили въ сосудахъ коры распространенныя дегенеративныя и частью воспалительныя измѣненія въ интимѣ мелкихъ сосудовъ, что служатъ достаточнымъ основаніемъ для развитія кровоизліянія и тромбоза и говоритъ за самостоятельный процессъ въ корѣ. Что воспалительный геморрагическій процессъ возможенъ безъ ясно выраженаго тромбоза венозныхъ сосудовъ, при наличности однихъ только дегенеративныхъ и воспалительныхъ измѣненій со стороны сосудовъ, — видно изъ случая д-ра Stalmanн ¹⁾, гдѣ при рѣзкомъ геморрагическомъ разлитомъ процессѣ въ корѣ не отмѣчено тромбоза венъ; кромѣ того, въ этомъ случаѣ, какъ и въ нашемъ, процессъ эмиграціи лимфоидныхъ элементовъ выраженъ крайне слабо. Въ виду всѣхъ указанныхъ соображеній мы склонны принять и во второмъ нашемъ случаѣ первичный воспалительный геморрагическій процессъ мозговой коры и мягкой оболочки. Измѣненія нервныхъ клѣтокъ въ обоихъ нашихъ случаяхъ довольно различны, что вполне понятно въ виду разнотаго характера воспалительнаго процесса, но все-таки можно отмѣтить зависимость этихъ измѣненій отъ сосудистыхъ разстройствъ.

Форма измѣненій нервныхъ клѣтокъ, какъ мы видѣли, нѣсколько различна въ обоихъ случаяхъ. Въ первомъ случаѣ преобладають клѣтки нѣсколько сморщенные, съ диффузною окраской по Nissl'ю, лишенныя въ большей или меньшей степени хроматиновыхъ глыбокъ, съ угловатымъ сморщеннымъ ядромъ и неясно выступающимъ ядрышкомъ; при сильномъ увеличеніи въ ядрѣ можно замѣтить мельчайшія

¹⁾ Stalmanн. Ueber Poliencephalitis haemorrhagica corticalis. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1899. N. 4.

зерна, интенсивно окрашенные; при окраскѣ гематоксилинъ-эозинномъ тѣло этихъ клѣтокъ красится въ слабо-розовый цвѣтъ, но контуры клѣтки довольно отчетливы; ядро угловато, окрашено въ фіолетово-красный или малиновый цвѣтъ, ядрышко уменьшено и неясно выступаетъ на фонѣ ядра. Такія измѣненія клѣтокъ уже раньше были описаны въ случаяхъ остраго бреда (Sehn, Вейденгаммеръ и Семидаловъ ¹⁾, Жуковский, Носч ²⁾.

По формѣ измѣненій можно было бы назвать этотъ процессъ острой атрофіей или острымъ склерозомъ клѣтокъ, не разъ описаннымъ уже при остромъ воспаленіи въ нервной ткани (Friedmann ³⁾). На ряду съ указанными измѣненіями въ первомъ случаѣ встрѣчаются въ довольно большомъ количествѣ клѣтки, подвергшіяся острому набуханію и жирно-пигментному перерожденію. Этотъ видъ измѣненій чаще всего описанъ при delirium ositum и преобладаетъ въ нашемъ второмъ случаѣ. Повидимому, здѣсь дѣло идетъ о тѣхъ измѣненіяхъ клѣтокъ, которыя описаны Nissl'емъ ⁴⁾ (при тифѣ, остромъ бредѣ, уремическихъ психозахъ) подъ названіемъ остраго заболѣванія; отмѣченныя нами измѣненія клѣтокъ во второмъ случаѣ вполне совпадаютъ съ той картиной, которую даетъ Nissl, но мы могли также отмѣтить комбинацію этого процесса съ жирнопигментнымъ перерожденіемъ. Различный характеръ измѣненій нервныхъ клѣтокъ зависитъ, вѣроятно, отъ самаго воспалительнаго процесса, отъ быстроты развитія его и интенсивности; повидимому, въ случаяхъ съ болѣе острымъ теченіемъ преобладаетъ такъ называемое „острое заболѣваніе“ Nissl'я, при подостромъ теченіи—атрофія нервныхъ клѣтокъ и жирно-пигментное перерожденіе.

¹⁾ Вейденгаммеръ и Семидаловъ. Протоколы засѣданій Общества невропатологовъ и психіатровъ въ Москвѣ.

²⁾ А. Носч. *Révue Neurolog.* 1898, p. 714.

³⁾ Friedmann. *Archiv. f. Psychiat.* Bd. XIX. H. 1 и XXI Bd. H. 3.

⁴⁾ Nissl. *Arch. f. Psychiat.* 1899, Bd. 32. H. 2.

Въ гліи мы въ обоихъ случаяхъ отмѣтили размноженіе ядеръ, богатство клѣтокъ гліи пигментомъ, красящимся осміемъ; въ глубокихъ слояхъ коры въ тѣлѣ гліозныхъ клѣтокъ можно было констатировать присутствіе глубокаго распада первыхъ клѣтокъ, красящихся по Nissl'ю въ сивій цвѣтъ. Ядра гліи особенно сильно размножены въ глубокихъ слояхъ коры, при чемъ замѣтно значительное преобладаніе ядеръ мелкаго и средняго колибра, богатыхъ хроматиновыми зернами; эти ядра, особенно мелкаго колибра, очень похожи на лимфоидные элементы и также скопляются главнымъ образомъ въ перивеллюлярныхъ и периваскулярныхъ пространствахъ, что даетъ поводъ къ смѣшенію ихъ съ лимфоидными элементами; при окраскѣ по Gaule они окрашиваются въ малиновый цвѣтъ, какъ и ядра лимфоидныхъ элементовъ; единственное отличіе состоитъ, можетъ быть, въ томъ, что ядра гліи болѣе правильной и круглой формы, и зерна ихъ значительно меньше, чѣмъ въ лимфоидныхъ элементахъ. Можетъ быть, этимъ обстоятельствомъ объясняется, что авторы часто не отмѣчаютъ измѣненій гліи и говорятъ объ инфильтраціи лимфоидными элементами ткани коры тамъ, гдѣ, можетъ быть, правильнѣе было бы говорить о размноженіи ядеръ гліи; другая часть авторовъ (Жуковский, Поповъ, Кацовскій) не рѣшается высказаться опредѣленно о натурѣ этихъ элементовъ и, не предрѣшая вопроса, предполагаетъ возможность различнаго ихъ происхожденія. Между тѣмъ рѣшеніе вопроса въ высшей степени важно, особенно въ виду категорическаго заявленія Nissl'я, что объ инфильтраціи лимфоидными элементами мозговой ткани при негнойномъ воспаленіи не можетъ быть и рѣчи; при этомъ Nissl указываетъ на громадную способность гліозныхъ клѣтокъ къ пролифераціи и на способность ихъ принимать на себя функцію блуждающихъ клѣтокъ. Мы, съ своей стороны, при тщательномъ изслѣдованіи, не могли отмѣтить настоящей инфильтраціи ткани коры бѣлаго вещества лимфоидными элементами; мы могли констатировать присутствіе ихъ помимо оболочекъ сосудовъ

только въ перицеллюлярныхъ пространствахъ, но въ послѣднихъ главнымъ образомъ тамъ, гдѣ расширенныя перицеллюлярныя пространства непосредственно сообщаются съ периваскулярными. Что касается круглыхъ ядеръ невроглии, заложенныхъ главнымъ образомъ въ среднихъ слояхъ коры, то мы могли отмѣтить въ нихъ процессы набуханія и распаденія, но слабо выраженные явленія пролифераціи, такъ что они играютъ, повидимому, болѣе пассивную роль, чѣмъ ядра глии средней величины или мелкія, хотя, конечно, не исключена возможность взаимнаго перехода этихъ формъ другъ въ друга. Поповъ, Кацовскій и Жуковскій въ своихъ случаяхъ также не отмѣчаютъ активныхъ измѣненій въ крупныхъ ядрахъ глии.

Изслѣдованія послѣдняго времени не оставляютъ, повидимому, сомнѣнія въ томъ, что въ основѣ остраго бреда лежитъ острый воспалительный процессъ въ корѣ и мозговыхъ оболочкахъ. Правда, Alzheimer¹⁾ и Binswanger²⁾ отрицаютъ воспалительный характеръ страданія и рассматриваютъ острый бредъ, какъ чисто-дегенеративный паренхиматозный процессъ въ нервной ткани, чаще на почвѣ истощенія; но выше, въ клиническомъ разборѣ остраго бреда, мы привели основанія, почему не можемъ отнести случаевъ Alzheimer'a и Binswanger'a къ типическому острому бреду; слѣдовательно, и мнѣніе ихъ объ анатомической основѣ страданія не можетъ служить намъ доказательствомъ противнаго. Съ другой стороны, патолого-анатомическое изслѣдованіе въ другихъ случаяхъ острыхъ психозовъ, чаще въ формѣ острой аментіи, manіи gravis, не открываетъ никакихъ острыхъ воспалительныхъ измѣненій въ корѣ, и всѣ измѣненія сводятся главнымъ образомъ къ дегенеративнымъ процессамъ въ нервныхъ клѣткахъ

¹⁾ Das delirium acutum. Neurolog. Central. 1897. p. 617. Art. f. Psych. 189. p. 1019.

²⁾ Ueber die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungpsychose. Arch. f. Psych. Bd. 29. p. 978—983.

при пассивномъ или активномъ отношеніи со стороны гліи. Такимъ образомъ, острый воспалительный процессъ коры составляетъ необходимый субстратъ только остраго бреда, что и даетъ право выдѣлять острый бредъ въ самостоятельную болѣзнь.

Что касается характера воспалительнаго процесса, то наши случаи говорятъ въ пользу вѣроятности взгляда, высказаннаго раньше д-рами Вейденгаммеромъ и Семидаловымъ, что въ основѣ остраго бреда лежитъ острый геморрагическій энцефалитъ, *polienccephalitis corticalis haemorrhagica acuta* или *meningo-encephalitis corticalis haemorrhagica acuta*; такимъ образомъ они разсматриваютъ его, какъ подвидъ обширнаго класса заболѣваній, имевующихся *polienccephalitis haemorrhagica acuta* Strümpell'я и Wernicke. Дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ, описанныхъ другими авторами, ясно выражень геморрагическій характеръ страданія, напр., въ случаяхъ Хмѣлевскаго, Попова, Жуковскаго, Кацовскаго, Крамер'а ¹⁾, хотя авторы въ большинствѣ случаевъ не опредѣляютъ характера воспалительнаго процесса съ этой стороны, и только Крамеръ рѣшается говорить о геморрагическомъ энцефалитѣ, но разсматриваетъ его, безъ достаточныхъ основаній, какъ особый видъ застойнаго энцефалита (*encephalitis haemorrhagica hypostatica*). Дѣйствительно, едва ли условія, способствовавшія венозному застою крови въ мозгу въ его случаѣ, могли привести сами по себѣ къ острому воспаленію коры и опредѣлить его характеръ; вѣроятнѣе думать, что эти условія сыграли роль только важнаго предрасполагающаго момента.

Изученіе случаевъ остраго энцефалита Strümpell'я, съ своей стороны, приводитъ къ заключенію о возможности постепенныхъ переходовъ отъ чистой картины очаговыхъ страданій полиэнцефалита къ картинѣ остраго бреда.

¹⁾ A. Cramer. Pathologisch-anatomischer Befund in einem acuten Falle der Paranojagruppe. Arch. f. Psych. Bd. 29. H. 1.

Такъ, Dr. Brierr ¹⁾, заканчивая свою статью объ остромъ энцефалитѣ, указываетъ на большое сходство въ развитіи и теченіи болѣзни при остромъ бредѣ и энцефалитѣ Strümpell'я и высказываетъ предположеніе, что во многихъ случаяхъ остраго бреда лежитъ въ основѣ острый геморрагическій энцефалитъ: „ich möchte schliesslich auch noch darauf hinweisen, dass möglicher Weise auch manchen Fällen unter denen, die man bisher als delirium acutum zusammenzufassen pflegte, und die zuweilen ähnliche Krankheitsbilder, wie die hier in Betracht kommenden, liefern, jene acute Encephalitis zu Grunde gelegen hat“. Д-ръ Хмѣлевскій, ссылаясь на литературныя данныя, указываетъ, что острый геморрагическій энцефалитъ можетъ протекать съ рѣзкими явленіями *delirii acuti maniacalis* безъ очаговыхъ симптомовъ. Oppenheim отмѣчаетъ, что во многихъ случаяхъ поліэнцефалита при началѣ болѣзни возможно смѣшеніе съ острымъ тяжелымъ психическимъ заболѣваніемъ; при этомъ въ основѣ психическихъ симптомовъ можетъ лежать, по его мнѣнію, одновременный воспалительный процессъ въ корѣ, но затемненный очаговыми симптомами.

Дѣйствительно, въ одномъ изъ случаевъ Bücklers'a ²⁾, гдѣ въ картинѣ болѣзни долгое время преобладали психическіе симптомы: больная представляла рѣзкое двигательное психическое безпокойство, причемъ, какъ и при остромъ бредѣ, наблюдали многократныя кратковременныя ремиссіи съ проясненіемъ сознанія. При анатомическомъ изслѣдованіи въ этомъ случаѣ, помимо очаговаго страданія, отмѣчена рѣзкая гиперемія всей коры и экстравазаты. Еще болѣе вѣроятности приобрѣтаетъ такое предположеніе въ одномъ случаѣ д-ра Stallmann'a, гдѣ въ картинѣ болѣзни долгое время превалировали симптомы рѣзкаго психическаго возбужденія со спу-

¹⁾ Brier. Ueber einen Fall von primärer acuten encephalitis haemorrhagica. Neurol. Centralb. 97. № 1.

²⁾ Bücklers. Zur Kenntniß der acuten primären häemorrhagischen Encephalitis. Arch. f. Psych. Bd. XXIV.

тапностью и рѣзкимъ двигательнымъ беспокойствомъ, пока наконецъ не развились паретическіе симптомы; на вскрытіи былъ найденъ геморрагическій, исключительно корковый менинго-энцефалитъ, и самъ авторъ именуеъ свой случай poliensephalitis haemorrhagica corticalis. Не менѣе убѣдительно случай д-ра Хмѣлевскаго, гдѣ картина остраго геморрагическаго энцефалита окончателно переходитъ въ картину остраго бреда и діагностируется уже какъ таковой. Дѣйствительно, здѣсь при типической картинѣ остраго бреда, комбинировавшейся съ рѣзкими глазодвигательными расстройствами, съ анатомической стороны, помимо разлитого геморрагическаго воспалительнаго процесса, ограничивающагося корою, были найдены большіе очаги краснаго размягченія въ теменной и затылочной доляхъ обоихъ полушарій. Такимъ образомъ и съ клинической, и съ патолого-анатомической стороны между острымъ полиэнцефалитомъ и острымъ бредомъ, повидимому, существуютъ постепенные переходы, и граница постепенно ступшевываются.

Что касается тонкихъ измѣненій при геморрагическомъ энцефалитѣ и остромъ бредѣ, то и здѣсь наблюдается большое сходство: и тамъ, и здѣсь въ основѣ—гиперемія, экставазація, кровоизліянія и болѣе или менѣе выраженная инфильтрація лимфоидными элементами мозговаго вещества; при этомъ какъ тутъ, такъ и тамъ со стороны нервныхъ клѣтокъ, волоконъ и гліи отмѣчаются разнообразныя картины: въ однихъ случаяхъ почти полное отсутствіе измѣненій, если не считать небольшихъ только измѣненій со стороны гліи, въ другихъ—рѣзкія дегенеративныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ и въ волокнахъ и явленія пролифераціи со стороны гліи. Далѣе, въ обоихъ случаяхъ мы встрѣчаемся съ явленіями тромбоза въ венахъ, который, вѣроятно, имѣеъ общую причину съ воспалительными процессами, какъ это думаетъ Орпенгеймъ.

Въ этиологіи остраго бреда, по мнѣнію многихъ авторовъ, больше всего основаній для признанія инфекціоннаго агента, такъ же какъ и при Штрюмпцелевскомъ энцефалитѣ.

Въ нашемъ второмъ случаѣ острый бредъ развился скоро послѣ инфлюэнцы; слѣдовательно, здѣсь острый бредъ является какъ бы послѣ-инфекціоннымъ страданіемъ; геморрагическій энцефалитъ также развивается чаще вслѣдъ за инфекціонными болѣзнями.

Отмѣченныя многими авторами хроническія измѣненія въ оболочкахъ головного мозга, суженіе артеріальныхъ каналовъ въ костяхъ черепа, опухоли мозга, травмы головы, прежнія психическія заболѣванія—играютъ вѣроятнѣе всего при остромъ бредѣ, какъ и въ случаяхъ энцефалита, роль предрасполагающихъ моментовъ къ мозговому заболѣванію. Но, повидимому, въ случаяхъ остраго бреда эти предрасполагающія моменты играютъ особенно важную роль, наравнѣ съ тяжелымъ въ большинствѣ случаевъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ.

Дѣйствительно, почти во всѣхъ случаяхъ остраго бреда можно отмѣтить наслѣдственную или приобрѣтенную, въ той или другой формѣ, инвалидность мозга; интересно, что и въ случаяхъ Stallmann'a, описанныхъ какъ polienccephalitis haemorrhagica corticalis, въ анамнезѣ отмѣчены психопатическая наслѣдственность, психическія болѣзни самихъ пациентовъ и, наконецъ, какъ послѣдній главный моментъ—influenza незадолго до развитія болѣзни.



Развитіе и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ¹⁾,

Николая Штерна²⁾

(изъ раги).

Строго придерживаясь хронологическаго порядка, я для большей наглядности раздѣляю исторію ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ на четыре періода.

Первый періодъ простирается отъ Гипократа до начала нашего столѣтія, до появленія работъ Ногн'а и Нутин'а (1827).

Второй періодъ кончается работами Duchenne'а и его школы.

Третій періодъ открывается работой Leyden'а (1863) и заканчивается работой Strümpell'я (1883).

Четвертый—последній періодъ обнимаетъ собою современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ.

Причины, побудившія меня къ такому дѣленію, указаны мною въ соотвѣствующихъ мѣстахъ изложенія.

¹⁾ Работа эта удостоена Медицинскимъ факультетомъ Императорскаго Юрьевскаго Университета въ декабрѣ 1899 г. награжденія золотой медалью.

²⁾ Приступая къ изложенію работы, считаю своимъ долгомъ выразить глубокую благодарность товарищу и другу Джоцу Рейману за любезную помощь при составленіи перевода этой работы съ нѣмецкаго языка на русскій.

I.

L'anatomie pathologique ne devait pas tarder de montrer que l'ataxie locomotrice progressive n'était autre chose que le tabes des Allemands. (Carre, Nouvel. rech. sur l'atax. loc. prog. 1865 p. 14).

Первый періодъ: Отъ *Hippocrates*'а до *Hutin*'а и *Horn*'а (1872).

Второй періодъ: Отъ *Horn*'а до *Duchenne*'а (1863).

Названіе *tabes dorsalis* введено впервые *Hippocrates*'омъ ¹⁾. Однако болѣзнь, прозванная такъ отцомъ медицины, не имѣетъ ничего общаго съ той болѣзью, которая нынѣ извѣстна подѣ этимъ именемъ. Въ его сочиненіи „*de morbis*“ мы находимъ слѣдующее описаніе *tabes*'а:

„*Tabes dorsalis ex spinali medulla oritur, praecipue vero recenter sponso et libidinoso corripit. Febris sunt expertes bene comedunt et coliquantur. Quodsi ita affectum perconteris, affe- ret, sibi videri et superioribus partibus a capite velut formi- cans in spinam dimitti, quumque urinam aut stercus reddit, semen genitale copiosum et liquidum ei prodit, neque genera- tio fit, et inter dormiendum, sive cum uxore dormiat, sive minus, Veneris ludibria patitur. Quumque aliquas, tum prae- cipue per locum arduum iter fecerit, aut cucurrerit, anne- losus et imbecillus eradit, caput gravatur et aures sonant*“.

По поводу этого мѣста *Eisenmann* ²⁾ говорить: „отсюда во всякомъ случаѣ можно судить, что во времена Гиппократа знали уже ту болѣзнь, которую до сихъ поръ называютъ *tabes dorsalis*, и что уже тогда видѣли причину ея въ поло- выхъ излишествахъ“. Намъ однако кажется, что изъ приве- денныхъ цитатъ можно вывести только заключеніе, что Гип-

¹⁾ Hippocrates, De morbis, lib. II, cap. XIX.

²⁾ Eisenmann, Die Bewegungsataxie, Wien 1863.

пократу были извѣстны общее изнуреніе и первая слабость послѣ половыхъ излишествъ и что этому состоянію Гиппократъ далъ названіе *tabes dorsalis*.

Далѣе мы въ книгахъ „*De internis infectionibus*“ находимъ слѣдующія мѣста:

„*Resiccatur (medulla) etiam a Venere; color acutus accidit ipsi in caput et in collum et in lumbos et in lumborum musculos et in articulos crurum, ut aliquando flectere non possit. Et stercois non secedit, sed sistitur. Et urinae difficultate vexatur*“.—И здѣсь мы имѣемъ только нѣкоторые симптомы мѣлита.

Картина болѣзни, которую Гиппократъ описываетъ подъ названіемъ *tabes dorsalis*, долгое время оставалась незамѣченной и едва упоминалась позднѣйшими писателями до Bonetus'a. Если же авторы говорили объ этой болѣзни, то этиологію ея всегда сводили на сперматоррею.

Особенно запутали этотъ вопросъ *Aretaeus*¹⁾ и его школа, которые соединяли *spermatorrhoe* и *bleorrhoe* подъ общимъ названіемъ *gonorrhoe*.

Лишь *Bonet*²⁾ въ XVII вѣкѣ снова взялся за изученіе болѣзни спинного мозга. Онъ описываетъ одинъ случай, который съ болѣзью Гиппократа не имѣетъ ничего общаго, подъ названіемъ *tabes dorsalis Hippocratis*. Однако онъ при этомъ разсматривалъ болѣзни съ болѣе вѣрной точки зрѣнія, чѣмъ его предшественники, именно—съ точки зрѣнія патологической анатоміи.

Наблюденія его относятся къ самымъ разнообразнымъ заболѣваніямъ спинного мозга, которыя при жизни всѣ были охарактеризованы явленіями паралича, между тѣмъ какъ вскрытіе показало то, сдавленіе и уменьшеніе мозга вслѣдствіе накопленія жидкости, то мѣлить вслѣдствіе нагноенія позвонковъ и т. п.

¹⁾ Aretaeus, De signis et causis morborum. Lib. II. Cap. V.

²⁾ Bonetus, Sepulchretum. Genève 1679. L. I. C. 13.

Все эти патологическіе процессы Bonetus сводилъ подъ общее названіе *tabes dorsalis*.

У Bonet'a сказано: *Etsi nostro hoc saeculo nomen (tabes dorsalis) amisit, tamen Hippocrates ejus mentionem fecit... Hippocrates morbum hunc ex professo tractans duplicem ejus speciem assignavit: scilicet unam ex immodica Venere et alteram a destillatione in spinam dorsi comitem habens dolorem continuum tum marcorem insuperabilem... Neque macrescit solum ipsa spinalis medulla, quae obstruitur, sed contabescit utique cum illa corpus universum, torpet necessario corpus, macrescit animus et consumitur miserabiliter homo.*

Здѣсь мы находимъ уже указанія на *ампофію medullae spinalis*.

Первое вскрытіе въ этомъ направленіи, какъ мы видимъ, описано у Bonet'a. Больной въ теченіе 12-ти лѣтъ страдаетъ различными конвульсивными припадками и мышечной слабостью, потомъ параличомъ конечностей, трудностью рѣчи и упорными запорами. При вскрытіи оказалось, что спинной мозгъ сильно атрофированъ, а въ позвоночномъ каналѣ было много жидкости.

Но работа Bonet'a прошла безслѣдно; большинство авторовъ до начала нашего столѣтія (*Scheldammer*¹⁾, *Brendel*²⁾, *Lewis*³⁾, *Selp*⁴⁾, *Tissot*⁵⁾, *Wichmann*⁶⁾, *Percy*⁷⁾, *Sauvages*⁸⁾,

¹⁾ Scheldammer, Dissert. de tabe dorsali. Ienae 1691.

²⁾ Brendel, Opuscula medica. Dissertatio XII, de tabe dorsali. Goettingen. 1749.

³⁾ Lewis, Essay upon the tabes dorsalis. London. 1758.

⁴⁾ Selp, Dissert. de phthisi nervosa. Goettingen. 1773.

⁵⁾ Tissot, Opera medica. T. I. 1780.

⁶⁾ Wichmann, Dissertat. de pollutione diurna frequente sed rarius observata tabescentiae causa. Goetting. 1782.

⁷⁾ Percy, On the lues venerea, gonorrhoea and tabes dors. Dissertatio, London. 1787.

⁸⁾ Sauvages, Nosologia anatomica. Lib. II. 1789. Tabes dorsalis. 1792.

*Plouquet*¹⁾, *Loewenhard*²⁾ и др. имѣли самыя смутныя понятія о *tabes dorsalis*. Въ вопросѣ о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ врачи твердо придерживались того мнѣнія, что при этой болѣзни должна существовать атрофія спинного мозга: *tabes dorsalis et tabes medullae spinalis* сдѣлались идентичными понятіями. Такъ напр. одинъ изъ болѣе старыхъ ученыхъ нашего столѣтія, *Wenzel*³⁾, пишетъ въ своемъ трактатѣ „*Ueber die Krankheiten des Rückgrats*“, въ главѣ „*de atrophia medullae spinalis*“: сюда относятся тѣ случаи, при которыхъ безъ видимаго уклоненія отъ правильной формы позвоночника, безъ патологическихъ накопленій жидкости въ каналѣ, наступаютъ измѣненія въ тѣлѣ, доказывающія, что въ спинномъ мозгу имѣются измѣненія, которыя лишаютъ этотъ органъ возможности правильно функционировать, какъ напр. при *tabes dorsalis et marasmus infantilis*. Далѣе онъ продолжаетъ: „мы должны вѣрять, что въ основѣ этихъ двухъ процессовъ лежитъ болѣзнь спинного мозга, которая выражается въ постепенномъ исчезаніи его массы, хотя мы въ доказательство этому не имѣемъ никакихъ анатомическихъ данныхъ“.

Здѣсь мы видимъ, что а priori, безъ всякихъ анатомическихъ доказательствъ принимается атрофія спинного мозга. Точно такимъ же образомъ сопоставленіе *tabes dorsalis* и *marasmus* можетъ служить намъ доказательствомъ полнаго непониманія болѣзненныхъ процессовъ.

*Horn*⁴⁾ старшій собралъ значительное количество исторій болѣзни и протоколовъ вскрытій и старался такимъ образомъ, на основаніи этого матеріала, устранить недостатокъ въ анатомическихъ свѣдѣніяхъ. Однако ни онъ, ни его многочисленные послѣдователи въ этомъ направленіи не сдѣ-

¹⁾ Plouquet, Exemplum singularis morbi paralytici. Dissert. 1806. ²⁾ Tubing.

²⁾ Loewenhard, De Myelopathisi chronica vera et nota. Berolini. Dissert. 1812.

³⁾ Wenzel, Ueber die Krankheiten d. Rückgrats. Bamberg. 1824.

⁴⁾ E. Horn, въ архивѣ Horn'a, 1813.

лали шага впередъ; они въ основѣ болѣзни видѣли одну только атрофію спинного мозга.

Сынъ его *W. Horn*¹⁾ продолжалъ въ своей диссертациі работу отца, однако и онъ не пошелъ дальше предшественниковъ, хотя его указанія значительно точнѣе и полнѣе. Онъ не ограничивается обозначеніемъ „atrophia medullae spinalis“, но даетъ слѣдующее описаніе:

„*Morbus ipse est tabes medullae spinalis et imprimis inferioris ejus partis nodi et caudae equinae, itaque debilitantur nervi lumbales et dorsales, inde proficiscentes et propria vis vitalis nervi ischiadici, obturatorii, qui inde oriuntur, conficitur et consumitur*“.

Въ этой работѣ мы находимъ нѣкоторыя цитаты болѣе старыхъ авторовъ, которые также считали не подлежащимъ никакому сомнѣнію фактомъ, что въ основѣ всего заболѣванія лежитъ атрофія спинного мозга, въ особенности нижнихъ его частей.

Старшій *Horn* (l. c.) говоритъ: верхній отдѣлъ спинного мозга не обнаруживаетъ никакихъ замѣтныхъ ненормальностей; тѣмъ болѣе отклоненія мы находимъ въ нижнихъ частяхъ спинного мозга, особенно же въ *cauda equina*; послѣдній (конскій хвостъ) былъ очень тонокъ и пучки его имѣли лишь половину обыкновенной толщины. При первомъ взглядѣ казалось, что приплюснутые пучки содержали лишь неврилемму; при болѣе тщательномъ изслѣдованіи однако оказалось, что *нервное вещество было сильно уменьшено въ объемъ*.

Съ этой точки зрѣнія и остальные авторы этого періода смотрѣли на *tabes dorsalis* (*Weidenbach*²⁾, *Schesmer*³⁾, *Rust*⁴⁾,

¹⁾ W. Horn, De tabe dorsali. Dissert. Berolini. 1827.

²⁾ Weidenbach, De tabe dorsali. Berolini. 1817.

³⁾ Schesmer, Tabis dorsalis adumbratio pathologica. Dissertatio. Berolini. 1819.

⁴⁾ Rust, въ магазинѣ Rust'a. Bd. XXII 1826.

*Sonnenkalb*¹⁾, *Dzondi*²⁾, *Voigtel*³⁾, *Ollivier*⁴⁾ и др.

Во всѣхъ названныхъ работахъ нигдѣ не говорится о перерожденіи спинного мозга, а всегда лишь объ атрофіи его. Съ этого времени окончательно уже остановились на *atrophiâ спинного мозга и caudae equinae*, какъ на патолого-анатомическомъ субстратѣ при *tabes dorsalis*.

Если такимъ образомъ всё и были между собой согласны, что въ атрофіи спинного мозга слѣдуетъ видѣть анатомическую основу при этой болѣзни, то въ вопросѣ о природѣ этого процесса существовало полное разногласіе. *Harless und Brera*⁵⁾ и *Loewenhard*⁶⁾ высказались за воспалительный процессъ и поэтому предлагаютъ названіе *myelo-phthisis*; другіе утверждали, что мы имѣемъ здѣсь *первичное заболѣваніе*, третьи, напротивъ, были склонны думать, что въ основѣ заболѣванія лежитъ *вторичный атрофическій процессъ*.

Изъ всѣхъ названныхъ работъ двѣ заслуживаютъ особеннаго вниманія, такъ какъ онѣ много способствовали выясненію самой болѣзни, хотя интересующая насъ здѣсь патолого-анатомическая сторона менѣе затронута въ нихъ.

Мы имѣемъ въ виду работы *Weidenbach*'а⁷⁾ и *Schesmer*'а⁸⁾. У *Weidenbach*'а встрѣчается уже *симптоматологія*, которая весьма близко подходитъ къ современной, и мы поэтому, позволимъ себѣ привести вкратцѣ главнѣйшія мѣста изъ этой работы. Авторъ раздѣляетъ теченіе болѣзни на два періода: первый—*stadium irritationis*, названный такъ вслѣдствіе

1) Sonnenkalb, Eine eigene und ganz besondere Krankheit des Rückenmarks. Dresden. Zeitsch. f. Natur u. Heilk. 1824.

2) Dzondi, Beiträge zur Vervollkommung der Heilkunde. Halle. 1816.

3) Voigtel, im Jahre 1804; цит. по W. Horn'у.

4) Ollivier, Ueber das Rückenmark u. seine Krankheiten. 1824.

5) Harless und Brera, Ueber die Entzündung des Rückenmarks. Nurnberg. 1814.

6) Loewenhard, l. c.

7) Weidenbach, De tabe dorsuali. Berolini. 1817.

8) Schesmer, Tabes dorsualis. Dissert. Berolini. 1819.

сильно выраженной при этомъ „*debilitas irritabilis*“, второй—*stadium atoniae*.

Для перваго періода характерны слѣдующіе признаки: *слабость ногъ*, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ также *слабость верхнихъ конечностей*, *затрудненное вставаніе и стояніе*, ползаніе мурашекъ вдоль спины, *стрѣляющія боли*, ощущение холода, потеря сѣмени при мочеиспусканіи и дефекаціи, *половое безсиліе*, запоры, *diuresis или enuresis*, отсутствіе сна и пихондрическое состояніе.

Во второмъ періодѣ *слабость переходитъ въ параличъ*; всегда имѣется повышенная температура, вполне независимо отъ того, имѣются ли осложненія или нѣтъ. Часто къ этой болѣзни присоединяется *разстройство зрѣнія*. (Первое такое указаніе встрѣчаемъ у *Brendel'*я ¹⁾).

Кто не узнаетъ въ этой работѣ симптоматиологию, впоследствии столь точно описанную Ромбергомъ. Правда, у *Weidenbach'*а все запутано и не сгруппировано, однако авторъ сдѣлалъ первую попытку выдѣлить *tabes dorsalis* въ опредѣленную, самостоятельную болѣзнь.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи работа его ничего существеннаго не дала. „*Tabes dorsalis*, говоритъ онъ, *состоитъ въ атрофіи спинного мозга*, преимущественно поясничной части и *caudae equinae*; въ хорошо выраженныхъ случаяхъ вся нервная ткань исчезала“.

Въ другой диссертациі *Schesmer'*а (l. c.) мы впервые встрѣчаемъ довольно подробное *описаніе походки больныхъ tabes'*омъ.

Во всѣхъ этихъ работахъ господствуетъ однако полная сбивчивость; никто не считалъ *tabes* самостоятельной болѣзью, для всѣхъ это названіе служило *собирательнымъ понятіемъ*.

Въ 1827 г. появилась уже названная работа *W. Horn'*а, которая въ исторіи развитія ученія о *tabes'*ѣ открываетъ

¹⁾ Brendel. Opuscula medica. Dissert. Göttingen. 1749.

новый период (*второй период*). Если эта работа въ патолого-анатомическомъ отношеніи (какъ изложено выше) не принесла никакихъ существенныхъ данныхъ, то авторъ въ ней точно опредѣлилъ *мѣсто спинной сужотки среди другихъ болѣзней спинного мозга*. Онъ весьма точно охарактеризовалъ симптоматиологию и освободилъ ее отъ многихъ сюда не относящихся симптомовъ. Мы имѣемъ, поэтому, полное право признать, что *со времени появленія работы Норгъа начинается второй периодъ въ исторіи развитія ученія о tabes dorsalis*.

Въ первомъ, можно сказать—до-историческомъ періодѣ мы встрѣчаемъ самыя неясныя и смутныя понятія о природѣ и свойствѣ болѣзни. Второй же періодъ далъ намъ не только ясное описаніе клинической *симптомологии*, но и *болѣе точное и опредѣленное ученіе о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при tabes'ѣ*.

Между тѣмъ какъ въ Германіи за первые 8—10 лѣтъ послѣ опубликованія работы Норгъа почти совершенно не было изслѣдованій о tabes'ѣ, во Франціи въ 1827 году (одновременно съ работой Норгъа) *Hutin* опубликовалъ свои „*Recherches et observations pour servir a l'histoire de la moelle epiniere*“.

Эта работа имѣла значительное вліяніе на дальнѣйшее развитіе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при tabes, такъ какъ въ ней на ряду съ простой атрофіей спинного мозга описывается желтовато-сѣрое, прозрачное *перерожденіе* задней половины спинного мозга.

Случай, при которомъ было констатировано перерожденіе, слѣдующій:

Больной 36 л. отъ роду; пять лѣтъ уже страдаетъ слабостью ногъ. При поступленіи въ больницу *Hutin* нашелъ больного въ слѣдующемъ состояніи: слѣпота была полная, значительное исхуданіе всего тѣла, а въ конечностяхъ слѣдующее очень замѣчательное явленіе: ноги совершаютъ автоматическія движенія, которыхъ больной по своей волѣ не мо-

жеть исправить; онѣ не чувствуютъ поставленныхъ имъ на встрѣчу препятствій; но особенно замѣчательны движенія рукъ: онѣ были беспорядочны, такъ-что больной часто давалъ невольво пощечины то себѣ, то окружающимъ, хотя рука его едва чувствовала это. Анэстезія во всемъ тѣлѣ, кромѣ лица; особенно потеря чувства холода⁴.

При вскрытіи найдено, что *вся задняя половина спинного мозга превращена въ желтовато-сырое, прозрачное, блестящее, какъ крепкій растворъ камеди, вещество; въ заднихъ пучкахъ спинного мозга это вещество производитъ выпячиваніе задней части; въ немъ нѣтъ ни малѣйшихъ слѣдовъ какой-нибудь организациі. Задніе корешки спроваты; передніе столбы и корешки бѣловатаго цвѣта; зрительные нервы атрофированы на всемъ протяженіи.*

Какъ мы видимъ изъ описанія клинической картины, случай этотъ можно отнести къ спинной сухоткѣ. При описаніи патолого-анатомическихъ данныхъ мы здѣсь впервые встрѣчаемъ *картину сыраго перерожденія заднихъ столбовъ.*

Nutın старается объяснить затрудненныя движенія его больныхъ индурацией переднихъ столбовъ, а сопровождающую потерю чувствительности дегенеративными измѣненіями. Приведенный случай Nutın описалъ подъ названіемъ „*induratio et hypertrophia*“ спинного мозга. При этомъ онъ заявляетъ, что существуютъ сочетанныя и изолированныя индурациі.

Равнымъ образомъ мы находимъ у *Ollivier d'Angers*¹⁾ нѣкоторые типичные случаи *tabes'a* со вскрытіемъ.

Въ случаѣ „*Melheim*“ *Ollivier* наблюдалъ слѣдующее:

Больной 48 л.; на 35 г. жизни появились у него *боли въ нижнихъ конечностяхъ* и *ослабленіе зрѣнія* въ лѣвомъ глазу; *походка* при этомъ сдѣлалась *невырной*.

При вскрытіи найдено: *arachnoidea* утолщена; спинной мозгъ измѣненъ въ своемъ видѣ и въ своей организациі; онъ

¹⁾ Ollivier d'Angers. Traité des maladies de la melle épinière. Paris. 1837. T. II.

приплюснуть спереди кзади, при чемъ онъ сталъ шире, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; въ задней половинѣ, на мѣстѣ задней перегородки, найдена полоса темно-сѣраго цвѣта, начинающаяся отъ поясничной части до *calamus scriptorius*; задніе корешки также атрофированы и перерождены; задній рогъ сѣраго вещества также перерожденъ и гипертрофированъ, такъ что занимаетъ весь задній столбъ. На мѣстахъ утолщеній спинного мозга сѣрая полоса утолщается, при чемъ съ обѣихъ сторонъ сѣрой полосы замѣчается еще одна бѣлая.

Такую же картину онъ нашелъ въ другомъ подобномъ случаѣ.

Эту сѣрую атрофію заднихъ столбовъ спинного мозга Ollivier разсматриваетъ какъ слѣдствіе гипертрофіи сѣраго вещества спинного мозга, которое разъединяетъ бѣлыя задніе пучки, обхватываетъ задніе срединные пучки и приводитъ ихъ такимъ образомъ къ атрофіи: такимъ образомъ наконецъ сѣрое вещество достигаетъ периферіи спинного мозга, гдѣ оно и просвѣчивается въ видѣ сѣрой полосы. Задніе сѣрые рога казались сглаженными и слившимися съ новообразовавшимся сѣрымъ веществомъ. Кверху можно было еще прослѣдить среди сѣраго вещества бѣлыя нити, которыя Ollivier считаетъ за уцѣлѣвшіе задніе пучки.

Это описаніе даетъ весьма типичную картину макроскопическихъ измѣненій, встрѣчающихся при такихъ заболѣваніяхъ.

Что касается объясненія этихъ наблюденій, то Ollivier принялъ, что первично заболѣваетъ *спрое*, а за нимъ уже *бѣлое вещество*. Этимъ фактомъ, т. е. гипертрофіей сѣраго вещества Ollivier объясняетъ измѣненіе формы

Такое измѣненіе формы было констатировано и еще болѣе поздними авторами, напр. *Charcot et Vulpian*¹⁾, которые также полагали, что спинной мозгъ увеличенъ въ ши-

¹⁾ Charcot et Vulpian. Sur un cas d'atrophie des cordons postér. de la moelle ép. et de ses racines postérieures. *Gazet. hebdom.* 1862.

рину и изъ этого выводитъ заключеніе, что масса *соединительной ткани* заднихъ столбовъ увеличена.

Во случаяхъ *Ollivier* мы находимъ не только простое описаніе наблюдений, но встречаемъ попытку автора болѣе точно локализовать перерожденные области. Такъ въ одномъ случаѣ измѣненія начались въ нижнемъ отдѣлѣ спинного мозга, между тѣмъ какъ средніе участки не были затронуты процессомъ; въ этомъ случаѣ первоначально клиническіе симптомы появились въ нижнихъ конечностяхъ.

Во другомъ случаѣ измѣненія начались въ верхнихъ отдѣлахъ спинного мозга и, на самомъ дѣлѣ, онѣмѣніе пальцевъ было первымъ симптомомъ болѣзни.

Еще болѣе точное описаніе мы находимъ у *Cruveilhier*¹⁾, который приводитъ цѣлый рядъ новыхъ случаевъ. Онъ первый употребляетъ терминъ „*degeneration ou transformation grise*“. *Cruveilhier* отличаетъ два вида послѣднихъ: одинъ съ образованіемъ островковъ и пятен (*en îles, en taches*) и второй видъ, при которомъ „*задніе столбы перерождаются на большемъ протяженіи, при чемъ поражаются большей частью среднія и боковыя части этихъ столбовъ*“.

Результаты вскрытій, описанные этимъ авторомъ, отличаются большою точностью, и ясностью и констатированнымъ *макроскопическія* патолого-анатомическія измѣненія во многомъ сходятся съ современными понятіями объ измѣненіяхъ спинного мозга при *tabes*'ѣ.

Остановимся на слѣдующемъ случаѣ *Cruveilhier*:

Болѣзнь началась онѣмѣніемъ сначала лѣвой ноги, а потомъ правой: вслѣдъ за этимъ припадки сильныхъ болей; походка сдѣлалась невѣрною. Впослѣдствіи было то же самое и въ рукахъ. Движенія больной похожи на тѣ, какія бываютъ при пляскѣ св. Вита. Воля не вполне управляетъ мышцами, которыя повинуются чему-то другому. *Эти расстройства увеличиваются при закрытыхъ глазахъ*.

¹⁾ Cruveilhier, Anatomie pathologique. Liv. 32 et 38. 1830.

При вскрытіи найдены слѣдующія измѣненія: спинной мозгъ атрофированъ и составляетъ едва $\frac{2}{3}$ нормальнаго объема. Задніе столбы представляютъ сѣрую или желтовато-сѣрую полосу, которая занимаетъ всю длину спинного мозга. Кверху эта полоса распространяется вплоть до перехода въ *corpus restiforme cerebellum*. Передніе и боковые столбы вполне здоровы. При поперечномъ разрѣзѣ черезъ спинной мозгъ видно, что *измѣненіе ограничивалось задними столбами и занимало всю толщину заднихъ столбовъ*. Задніе корешки атрофированы, прозрачны и тонки и отличаются отъ переднихъ, которые сохранили нормальный видъ. Въ шейной части атрофія мѣлѣе выражена, чѣмъ въ грудной и поясничной частяхъ.

Къ этимъ даннымъ Cruveilhier дѣлаетъ слѣдующія интересныя замѣчанія: „Во всемъ процессѣ были заинтересованы лишь задніе столбы и задніе корешки, но тѣмъ не менѣе *способность къ движенію была не менѣе понижена, чѣмъ чувствительность*. Я не могу предположить, чтобы какой-нибудь фізіологическій опытъ могъ ослабить значеніе этого факта, который стоитъ въ полномъ противорѣчій съ тѣмъ ученіемъ, по которому въ переднихъ корешкахъ проводятся двигательные импульсы, а въ заднихъ чувствительные. Далѣе это наблюденіе доказываетъ *независимость отдельныхъ пучковъ другъ отъ друга*. Перерожденію можетъ подвергаться одинъ лишь пучокъ, между тѣмъ какъ остальные остаются неизмѣненными“.

Въ остальныхъ случаяхъ Cruveilhier пришелъ къ такимъ же выводамъ.

Интересно также его замѣчаніе къ одному наблюденію, гдѣ боковые пучки также были сильно измѣнены. По поводу этого случая онъ говоритъ: „это явленіе несколько не ослабляетъ значенія того факта первостепенной важности, что *задніе пучки имѣютъ такое же вліяніе на движеніе, какъ на чувствительность*“.

Подобно Nutin и Ollivier, и онъ въ сѣромъ перерожденіи заднихъ столбовъ спинного мозга видитъ настоящій параличъ.

Кромѣ названныхъ авторовъ, мы встрѣчаемъ еще подобныя наблюденія у *Devay*¹⁾ и *Fredot*²⁾.

Въ *Англии* также весьма много занимались изученіемъ *tabes dorsalis*. Правда, здѣсь менѣе интересовались патолого-анатомической стороной вопроса, но обращали главнымъ образомъ вниманіе на патогенезъ этой болѣзни. Большинство авторовъ (*Stanley*³⁾, *Webster*⁴⁾ и др.) при патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ находили атрофію спинного мозга.

Въ *Германиі* со времянь *Horn*'а о спинной сухоткѣ появились лишь единичныя и маловажныя работы, и только въ 1838 г. *Decker*⁵⁾ въ своей диссертациі опять заговорилъ, хотя довольно громкимъ, но не имѣвшимъ никакого значенія голосомъ. Работа его въ патолого-анатомическомъ отношеніи не даетъ рѣшительно ничего новаго и, по выраженію *Meyer*'а, является точнымъ повтореніемъ работы *Horn*'а. Самостоятельнымъ является лишь его объясненіе патогенеза *tabes*'а. Я считаю возможнымъ, какъ куріозъ, привести подлинныя его слова: „вслѣдствіе слишкомъ частой потери сѣмени система гангліозныхъ клѣтокъ потребляетъ столько медуллярной субстанціи, что послѣдняя должна извлекаться изъ вещества спинного мозга, а сначала изъ нижней части его. Это извлеченіе повторяется такъ часто и въ такой степени, что бѣлое вещество спинного мозга теряетъ свою окраску и консистенцію и т. д.“ Очень ясная теорія!!

Патологическая анатомія оставалась столь же невыясненной, какъ и прежде, и даже классическая работа *Romberg*'а, появившаяся въ началѣ 40-хъ годовъ, внесла лишь мало свѣта въ этотъ хаосъ. Его познанія въ патологической анатоміи табетического процесса были весьма скромны и крайне спутанны

1) Devay, Journal de Méd. de Lyon. 1842 № 13.

2) Fredot, случай *tabes*'а (цитируется у Успенскаго). Paris. 1845.

3) Stanley, Medico-chirurgical transactions. 1840.

4) J. Webster. Med.-chirurg. Transactions. London. 1844.

5) Decker, De tabe dorsali. Dissert. Berolini. 1838.

и неясны. Это лучше всего видно изъ описанія одного вскрытія, гдѣ *Romberg*¹⁾ говоритъ слѣдующее;

„При вскрытіи обыкновенно находятъ частичную (парціальную) атрофію спинного мозга. Атрофія нервовъ конскаго хвоста иногда достигаетъ такой степени, что остается одна неврилемма; корешки, находящіеся выше, также участвуютъ въ этомъ измѣненіи и, что особенно интересно, иногда поражаются одни задніе корешки (чувствительные) и задніе нулки, между тѣмъ какъ передніе, двигательные, не представляютъ измѣненій.

При этомъ *Romberg* рассказываетъ исторію одного медика-табетика, который, вслѣдствіе душевныхъ волненій и неоднократныхъ простудъ, былъ пораженъ слабостью нижнихъ конечностей и амбліопіей. При вскрытіи, произведенномъ *Frogier*омъ, найдена атрофія заднихъ столбовъ и заднихъ корешковъ въ нижней части спинного мозга. Нервное вещество было почти совершенно атрофировано, какъ бы прозрачно, сѣровато-желтаго цвѣта: далѣе онъ наблюдалъ атрофію зрительныхъ нервовъ; зрительные бугры или атрофированы или обнаруживаютъ измѣненія своего строенія или цвѣта.

Что касается симптоматологіи и патологіи, то у *Romberg*'а мы встрѣчаемъ классическія описанія, которыя и до настоящаго времени сохранили свое полное значеніе. (*Симптомъ Romberg*'а при *tabes*'ѣ).

Romberg первый призналъ самостоятельный характеръ болѣзни *tabes dorsalis*.

Вскорѣ за *Romberg*'омъ одинъ изъ его учениковъ *Jacoby*²⁾ описалъ одинъ случай *tabes*'а съ вскрытіемъ. Кромѣ атрофіи п. *optici* онъ констатировалъ еще атрофію спинного мозга. *Jacoby*, однако, не довольствовался этимъ, но предпринялъ дальнѣйшія изслѣдованія и заявляетъ (впервые, по его

¹⁾ *Romberg*, Handbuch der Nervenkrankheiten, 1-ое изданіе 1840. (2-ое 1851).

²⁾ *Jacoby*, Exemplum tabis dors. epierisi ornatum. Berolini. 1842.

мѣнно), что *задніе столбы перерождены*, тверды и превращены въ *желтовато-спрую массу*. (Не онъ первый описалъ это перерожденіе, а Putin).

Затѣмъ въ 1844 г. *Steinthal*¹⁾ опубликовалъ нѣсколько случаевъ *tabes*'а со вскрытіемъ, при которыхъ Frogier нашелъ тѣ-же измѣненія, что и Romberg и Jacoby. *Steinthal* такъ описываетъ одинъ такой случай: при поверхностномъ осмотрѣ можно было замѣтить, что въ окраскѣ, строеніи и плотности спинной мозгъ представляетъ сильныя отклоненія отъ нормы. Задняя поверхность спинного мозга была видна черезъ оболочку. Спинной мозгъ самъ достигаетъ лишь $\frac{2}{3}$ нормальнаго объема, а на задней сторонѣ онъ былъ сѣро-желтоватаго цвѣта, болѣе плотной консистенціи, почти безъ нервной субстанции. *N. optici* сильно атрофированы.

Однако *Steinthal*, такъ же какъ его прелшественники, не признавалъ сѣрой дегенерациі, типичной для *tabes*'а, и не считалъ, что это сѣрое перерожденіе лежитъ всегда въ основѣ этого процесса. Въ главѣ о патологической анатоміи *Steinthal* говоритъ только *объ общей атрофіи спинного мозга*, а не объ измѣненіи заднихъ столбовъ.

Такой взглядъ лучше всего доказываетъ, что представленія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при *tabes*'ѣ были еще весьма неясны и смутны.

Природу этого процесса *Steinthal* видитъ не въ „настоящемъ воспаленіи спинного мозга, но онъ полагаетъ, что истощеніе спинного мозга, особенно нижнихъ его частей, вызывается „органическими болѣзненными процессами“ (*organische morbide Prozesse*).

Steinthal причисляетъ *tabes* къ *параличамъ*; онъ замѣчаетъ, что „*Rückendarre*“, спинная сухотка, можетъ осложняться различными болѣзнями и нерѣдко въ дальнѣйшемъ теченіи *мозговыхъ явленій* принимаютъ такое значительное участіе, что

¹⁾ *Steinthal*, Hufeland's Journal. Juli. 1844.

картина болѣзни рѣзко измѣняется. Болѣзнь можетъ также развиться вторично, какъ послѣдствіе заболѣванія мозга. Поэтому Steinthal различаетъ *tabes dorsalis simplex* s. *primaria* s. *idiopathica* и *tabes dorsalis composita*, *secundaria*, *consecutiva*.

Особенно интересны здѣсь указанія, сдѣланныя Steinthal'емъ относительно осложненія табетическаго процесса мозговымъ заболѣваніемъ. Steinthal не могъ, конечно, изъ этого факта сдѣлать какія-либо заключенія, такъ какъ такія мозговые явленія въ то время разсматривались какъ случайныя.

Къ этому времени, слѣдовательно, благодаря работамъ Horn'a, Romberg'a, Steinthal'я и др., *tabes dorsalis* была распознана какъ *опять самостоятельная болѣзнь съ определенными, характерными признаками* и, какъ таковая, выдѣлена изъ числа прочихъ болѣзней спинного мозга.

Благодаря работамъ Jacoby (l. c.), Steinthal (l. c.), Spiess¹⁾, Schultze²⁾, Brach³⁾ и др., была довольно хорошо разработана *клиническая* и отчасти *патолого-анатомическая* сторона вопроса.

Зато въ *патолого-анатомическомъ отношеніи* господствовала полная неясность въ понятіяхъ о имѣющихся при *tabes*'ѣ анатомическихъ измѣненіяхъ.

Точно также оставались непонятными *аномаліи движенія*, которыя постоянно объясняли паралитическимъ состояніемъ (Brach, Romberg, Steinthal, Hutin, Cruveilhier).

Лучшія работы этого времени, напр. Wunderlich'a⁴⁾, Amberg'a⁵⁾, весьма мало занимаются патологической анатоміей *tabes*'а; зато онѣ даютъ намъ прекрасныя описанія симптома-

¹⁾ Spiess, Krankhafte Störungen in des «Thätigkeit des Nervensystems. Wagner's Handbuch. 1846.

²⁾ Schulze de Cramwinkel, De tabe dorsuali. Berlin. 1846.

³⁾ Brach, Eine eigentümliche Art v. Lähmung. Ref. Schmidt. Jahrb. 1842.

⁴⁾ Wunderlich, Handbuch der Pathologie u. Ther. Stuttgart. 1854.

⁵⁾ Amberg, De tabe dorsuali. Berlin. 1855.

тологин, въ особенности же разстройства движенія. (Wunderlich).

У *Amberg'a* встрѣчаемъ также довольно точныя описанія анатомическихъ измѣненій. Онъ говоритъ, что большей частью поражены одни задніе столбы, которые „липоматозно“ перерождены, но безъ сомнѣнія и передніе столбы подвергаются дегенерациі“.

Первое *микроскопическое* изслѣдованіе было произведено *Virchow'ымъ* въ 1855 г. въ одномъ случаѣ, который онъ описалъ подъ названіемъ „progressive Muskelatrophie“; вкратцѣ приведенная, неполная исторія болѣзни указываетъ на несомнѣнное осложненіе съ *ataxie locomotrice progressive*. Въ этомъ случаѣ спинной мозгъ макроскопически казался совершенно неизмѣненнымъ, лишь на поперечномъ разрѣзѣ уже простымъ глазомъ можно было видѣть весьма сильное уклоненіе отъ нормальнаго строенія, которое было особенно выражено въ поясничной части. Въ этой части видна была въ заднихъ столбахъ, около задней перегородки, свѣтлая, сѣрватая полоса, которая находилась на мѣстѣ нормальнаго бѣлаго вещества.

При этомъ *Virchow* микроскопически доказалъ, что эти измѣненія состоятъ въ томъ, что *исчезаютъ нервные волокна*, такъ-что остаются только отдѣльныя, сгруппированныя по два или болѣе, широкія нервныя волокна на разстояніи 0,005—0,012 mm, а между ними лежитъ очень мягкая, мелкозернистая масса съ разбѣянными въ ней амилоидными тѣльцами и продолговато-овальными зернами; жира нѣтъ; стѣнки сосудовъ нормальны.

Годомъ позже *Türck* ¹⁾ собралъ разбросанныя въ литературѣ, весьма малочисленныя данныя о сѣромъ перерожденіи и сравнилъ ихъ съ 12 собственными наблюденіями. Ему

¹⁾ *Türck*, Ueber die Degeneration einzelner Rückenmarksstränge. Sitzungsber. der Kais. Akademie der Wissensch. Wien. 1856.

приходилось наблюдать, что очень часто макроскопически совершенно не было замѣчено никакихъ уклоненій отъ нормы, между тѣмъ при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывались даже весьма рѣзкія измѣненія.

Результаты его изслѣдованія были вкратцѣ слѣдующіе:

Микроскопическія измѣненія спинного мозга при сѣромъ перерожденіи состоятъ въ болѣе или менѣе выраженныхъ измѣненіяхъ нервныхъ трубокъ, на мѣстахъ которыхъ иногда находится мелко-зернистая масса. Зеренъ Virchow'a (см. выше) онъ не наблюдалъ. Въ одномъ случаѣ могло быть доказано присутствіе свободного жира.

Türck нашелъ, что спинной мозгъ не обнаруживаетъ рѣзкихъ признаковъ уменьшенія объема, который въ большинствѣ случаевъ найденъ нормальнымъ. Задніе столбы имѣли сѣро-желтый, прозрачный цвѣтъ.

Подъ микроскопомъ нервныя волокна казались въ перерожденныхъ частяхъ „вялыми“, мякоть отчасти уничтожена; нервныя трубки почти всегда сильно атрофированы.

Сильнѣе всего всегда измѣнены задніе столбы; область перерожденія при этомъ, по направленію къ верхнему отдѣлу спинного мозга, все суживалась. Задніе корешки большей частью были неизмѣнены.

О природѣ этого процесса Türck, однако, высказывается столь же мало, какъ до него Virchow и Cruveilhier.

Гораздо глубже вникъ въ этотъ вопросъ Rokitansky ¹⁾, который повялъ, что суть процесса состоитъ въ *разростаніи соединительной ткани*; это разращеніе лежитъ въ основѣ *справа перерожденія*. Въ 1857 г. ²⁾ онъ, далѣе развивая эту мысль, доказываетъ, что это разращеніе происходитъ на почвѣ безструктурной соединительной ткани, нормальнымъ образомъ

¹⁾ Rokitansky, Ueber das Auswachsen der Bindegewebssubstanzen, Sitzungsber. der K. Akad. des Wiss. Wien. 1854.

²⁾ Rokitansky, Ueber Bindegewebeswucherung im Nervensystem. Wien. 1857.

имѣющейся въ первомъ веществѣ центральныхъ органовъ въ формѣ безструктурной соединительной эпендимной ткани (structurloses Bindegewebe der Ependymformation); при этомъ процессъ начинается въ той части соединительной ткани, которая лежитъ около сосудовъ. „Послѣдняя разрастается и при *tabes dorsalis* переходитъ изъ состоянія тагучей, безформенной, полужидкой массы съ мелкозернистыми клѣтками и ядрами въ волокнистую соединительную ткань, которая при этомъ разъединяетъ отдѣльные первичные элементы центрального органа и разрываетъ продолженія ганглиозныхъ клѣтокъ сѣраго вещества“.

Волокнистая соединительная ткань въ послѣдствіи сокращается и образуетъ т. наз. „*мозоль*“ (Schwiele), въ которой находятся первичный детритъ, жировыя зернышки и амилонидныя тѣльца въ весьма незначительномъ количествѣ.

Эти процессы, говоритъ Rokitansky, лежатъ въ основѣ tabes dorsalis—атрофіи спинного мозга.

Интересно также дальнѣйшее объясненіе происхожденія найденныхъ амилонидныхъ тѣлецъ и жировыхъ зернышекъ. Rokitansky считаетъ ихъ продуктомъ распада нервныхъ элементовъ и рѣшительно отвергаетъ мысль, что найденныя вещества представляютъ продуктъ метаморфоза уже существующихъ клѣтокъ.

Первоначальная причина этихъ явленій, по мнѣнію R., *интеремія*, но не воспалительная, такъ какъ остальные признаки (*exudatio, extravasatio*) воспаления не наблюдаются.

Какъ мы видимъ, Rokitansky построилъ свою теорію на вѣншемъ только сходствѣ сѣро-перерожденнаго вещества съ эпендимными клѣтками желудочковъ въ дѣтскомъ возрастѣ; доказательства же этой связи R. совершенно не привелъ.

Та теорія Rokitansky'аго, согласно которой сѣро-перерожденныя вещества развиваются изъ безформенной массы и переходятъ въ волокнисто-соединительную ткань, также вполне опровергнута Leyden'омъ уже въ 1863 г.

Несмотря, однако, на всѣ эти невѣрные толкованія, изслѣдованія Rokitansky'аго, особенно, микроскопическія и до настоящаго времени остались въ полной силѣ.

Rokitansky первый высказалъ ту мысль, что въ основѣ сѣраго перерожденія лежитъ разращеніе соединительной ткани. Эта мысль до извѣстной степени вѣрна; при *tabes* дѣйствительно развивается соединительная ткань, но это лишь вторичное явленіе: она вмѣстѣ съ увеличенно разрастающейся нейроглией замѣщаетъ погибшую нервную ткань.

Мнѣ остается теперь обратить еще вниманіе на одно явленіе, представляющее большой историческій интересъ. Въ то время, какъ клиническая часть ученія о *tabes* находилась, благодаря классическимъ работамъ Romberg'a и др., на довольно высокой степени развитія, патолого-анатомическая сторона вопроса находилась еще въ зачаткахъ, такъ что даже такой выдающійся ученый, какъ Rokitansky, придерживается стараго ученія объ атрофіи спинного мозга, несмотря на то, что онъ зналъ сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ.

Во Франціи послѣ появленія работы Cruveilhier до 1855 г., т. е. въ продолженіе 15 лѣтъ, не было написано почти ни одной работы. Лишь въ 1855 г., подъ вліяніемъ основательныхъ физиологическихъ работъ англійскихъ ученыхъ Bell'я, Todd ¹⁾, Stanley (l. c.), Webster (l. c.), Gull'я ²⁾, появилась работа Landry ³⁾. Въ этой работѣ Landry подъ названіемъ „la paralysie du sentiment d'activité musculaire“ описываетъ болѣзнь весьма похожую на *tab. dors.* Работа эта въ патолого-анатомическомъ отношеніи не дала ничего новаго, зато она очень обстоятельно разбираетъ теорію патогенеза атаксіи.

¹⁾ Todd, The descriptive and physiological anatomy. Lond. 1845. Physiology of the nervous system. Cycloped. of anatomy and physiology. London. 1847.

²⁾ Gull, Guy's Hospital reports. 1858. T. IV p. 169.

³⁾ Landry, Memoire sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire. Gaz. des hôpit. 1855.

Какими спутанными понятіями о патолого-анатомической картинѣ этого процесса обладалъ Landry, ясно доказывается слѣдующимъ фактомъ: въ одномъ случаѣ несомнѣннаго *tabes* а. со вскрытіемъ онъ нашелъ „въ заднихъ столбахъ, начиная съ *regionis dorsalis* до конскаго хвоста *myelomeningitis* и, по всей вѣроятности, туберкулезныя массы. Этимъ объясненіемъ онъ вполне довольствовался.

Очень точное описаніе сѣраго перерожденія мы находимъ въ одной работѣ *Luys* (1856 г.)¹⁾. Онъ при вскрытіи одного табетика нашелъ на мѣстѣ заднихъ столбовъ „*mita-ropodobnoe вещество*“ между обоими задними рогами; это измѣненіе распространялось, начиная съ шейнаго утолщенія до конскаго хвоста. При микроскопическомъ изслѣдованіи онъ могъ подтвердить наблюденія *Virchow*'а и *Türck*'а (см. выше).

Большой переворотъ въ исторіи узненія о *tabes* былъ произведенъ классической работой *Duchenne de Bologne*'я²⁾ „*De l'ataxie locomotrice progressive*“, появившейся въ 1858 году. Хотя *Duchenne* внесъ мало свѣта въ патологическую анатомію спинной сухотки, все-таки появленіе его работы имѣло весьма большое значеніе для дальнѣйшей разработки и нашего вопроса.

Мы видѣли, что во Франціи въ продолженіе цѣлыхъ 15-ти лѣтъ не появилось ни одной работы о *tabes dorsalis*. Со времени же появленія работы *Duchenne*'а литература обогатилась цѣлымъ рядомъ весьма драгоцѣнныхъ изслѣдованій. Его живое и наглядное описаніе хода болѣзни давало возможность легко узнавать ее, вслѣдствіе чего „записка“ его возбудила живѣйшее вниманіе къ себѣ со стороны врачей, особенно во Франціи, результатомъ чего появилось весьма много статей и отдѣльныхъ монографій объ этой болѣзни.

¹⁾ *Luys*, *Comptes rendus de la Société de Biologie*. 1856.

²⁾ *Duchenne de Bologne*, *De l'ataxie locomotrice progressive*. *Arch. Gener.* 1858—1859.

Болѣе точный разбор работы Duchenne'a я считаю излишнимъ для вашего вопроса. И поэтому лишь вкратцѣ остановлюсь на ней, чтобы не совсѣмъ обойти молчаніемъ эту классическую, фундаментальную работу знаменитаго французскаго ученаго.

Duchenne создалъ подъ именемъ „*Ataxie locomotrice progressive*“ новую форму болѣзни, *характеризующуюся разстройствомъ координаціи и кажущимся параличемъ при сохраненіи мышечной силы*. Онъ первый исключилъ прогрессивную атаксію изъ ряда параличей и отнесъ ее къ ряду заболѣвацій *чувствительной сферы*.

Его раздѣленіе болѣзни на три періода, его описаніе симптоматологіи, полнота и точность котораго даже превосходятъ описаніе, данное Romberg'омъ, сохранили свое значеніе до настоящаго дня.

Понятіе атаксіи, введенное въ науку Bouillaud (1846) въ его *Monographie médicale* не было точно опредѣлено и опять-таки Duchenne'у суждено было внести болѣе свѣта въ этотъ темный вопросъ.

Патолого-анатомическія изслѣдованія не были произведены Duchenne'омъ. Однако и эта сторона вопроса, которая, какъ мы видѣли, находилась еще въ зачаткѣ, когда Duchenne написалъ свою работу, въ ближайшихъ годахъ была разработана съ большою тщательностью и точностью.

Duchenne только однажды присутствовалъ при вскрытіи атактика, страдавшаго два года, и при этомъ простымъ глазомъ не было замѣчено никакихъ измѣненій ни въ головномъ, ни въ спинномъ мозгу. „Но, говорить Duchenne, на основаніи работъ Flourens'a и Bouillaud, слѣдуетъ полагать, что болѣзненный процессъ начинается съ четверохолмія, откуда переходитъ на ножки мозжечка и на самый мозжечекъ“.

Намъ остается теперь коснуться вопроса, насколько описанная Romberg'омъ *tabes dorsalis* тождественна съ „*Ataxie loc. prog.*“ Duchenne самъ замѣчаетъ, что описаніе болѣзни, данное Romberg'омъ, во многомъ сходится съ описа-

viemъ ataxie l. p.: „Romberg a publié un travail remarquable sous le nom de tabes dorsalis, qui se rapproche pour un grand nombre de symptômes de l'ataxie locomotrice progressive“.

Этотъ вопросъ вызвалъ весьма живую полемику, которая наконецъ кончилась тѣмъ, что обѣ болѣзни были признаны тождественными; это мнѣніе теперь никѣмъ болѣе не оспаривается.

Распространенію ученія Duchenne'a много способствовалъ знаменитый ученый *Trousseau*¹⁾ своими клиническими лекціями, читанными въ Hôtel Dieu въ 1861 г.

Вслѣдъ за работой Duchenne'a не только во Франціи, но и въ Англіи, Германіи и Россіи появилось много сочиненій, къ разбору которыхъ мы теперь и перейдемъ.

Въ 1861 году *Bourdon*²⁾ опубликовалъ одинъ случай ataxie loc. prog. Это первый случай съ точнымъ описаніемъ вскрытія.

Bourdon довольно тщательно наблюдалъ анатомическія измѣненія при этой болѣзни. Результаты вскрытія слѣдующіе:

Въ черепномъ мозгу не найдено было ничего ненормальнаго, кромѣ гипереміи зрительныхъ бугровъ и полосатыхъ тѣлъ; *dura mater* спинного мозга сильно гиперемирована, *pia mater* также, особенно въ нижнихъ частяхъ и на задней поверхности. Главныя измѣненія найдены въ *заднихъ столбахъ спинного мозга*; они представляются прозрачными, то желтоватаго, то красноватаго цвѣта; консистенція ихъ уменьшена; измѣненія заднихъ столбовъ особенно ясно выражены въ поясничномъ утолщеніи; по направленію кверху оно уменьшается.

¹⁾ Trousseau, De l'ataxie locomotrice progressive. Union Méd. 1861. Clinique médicale de l'hôtel Dieu de Paris. Union Médicale. 1862.

²⁾ Bourdon, Hip. Etude clinique et histologique, sur l'ataxie loc. progressive. Arch. Génér. 1861. Nouvelles recherches cliniques et histologiques sur l'atax. loc. prog. Arch. Gén. 1862.

Большая часть *нервныхъ волоконъ* въ пораженныхъ частяхъ, какъ это выяснено микроскопическимъ изслѣдованіемъ, произведеннымъ *Louis*'омъ, *исчезла*, такъ что видны лишь спавшіяся оболѣчки ихъ.

Передніе и боковые столбы не представляли ничего ненормальнаго.

Свое вещество спинного мозга, особенно въ нижней части его, болѣе мягкой консистенціи, а *нервные волокна* его отчасти *разрушены*; ганглиозныя клѣтки заднихъ роговъ частью сохранились, частью же представляются сморщенными, угловатыми и сильно пигментированными.

Капилляры представляютъ слѣды бывшей гипереміи.

Узелки заднихъ корешковъ въ поясничной части опухли и гиперемированы. Задніе корешки сморщены и прозрачны.

Подобный же случай былъ сообщенъ *Dumesnil*'емъ¹⁾.

Въ этомъ же году (1862) *Bourdon* сообщилъ еще одинъ случай атаксіи со вскрытіемъ, при чемъ получалъ одинаковые съ первымъ случаемъ результаты.

Въ этихъ двухъ мемуарахъ *Bourdon* собралъ все имѣющіеся случаи сѣраго перерожденія заднихъ столбовъ и въ заключеніе дѣлаетъ выводъ, что *патолого-анатомическая подкладка, лежащая въ основѣ атаксіи, состоитъ въ измѣненіи заднихъ столбовъ*; но онъ допускаетъ и возможность существованія атаксіи безъ какихъ-либо матеріальныхъ измѣненій. Желая согласить разстройство координаціи движеній съ измѣненіями заднихъ столбовъ спинного мозга, *Bourdon* въ первой своей работѣ объяснилъ это на основаніи опытовъ *Клодь-Бернара* о зависимости движенія отъ чувствительности. Но такъ какъ въ его наблюденіи чувствительность была сохранена, то чтобы примирить это разногласіе между опытомъ и

¹⁾ Dumesnil, Note sur la dégénérescence avec atrophie des cordons postérieurs de la moelle et des ses rapports avec l'atax. loc. prog. Union. Méd. 1862.

теоріей, онъ говоритъ, что задніе корешки были мало поражены и потому могли проводить чувствительныя впечатлѣнія въ головной мозгъ; а въ спинномъ мозгу чувствительность проводится по боковымъ столбамъ, какъ принимаютъ Bell, Turgk и др., а задніе столбы проводятъ только безсознательныя ощущенія, вызывающія рефлексъ. Въ подтвержденіе этого онъ указываетъ на опыты Chauveau, который, раздражая пучки въ срединѣ ихъ, замѣчалъ рефлексы, тогда какъ при раздраженіи ихъ по краямъ онъ вызывалъ этимъ боль.

Во второмъ мемуарѣ, сравнивъ разстройства движенія, происходящія отъ потери чувствительности, съ разстройствами при атаксіи, Bourdon говоритъ, что атаксія не зависитъ отъ анестезіи.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что Bourdon, благодаря рѣдкой наблюдательности, могъ дать намъ довольно точное и ясное описаніе патолого-анатомической картины. Онъ первый описываетъ, кромѣ сѣраго перерожденія, еще измѣненія въ сѣромъ веществѣ спинного мозга и дѣлаетъ также наблюденія относительно межпозвоночныхъ узловъ.

Въ этомъ же году *Charcot et Vulpian*¹⁾ сообщили нѣсколько весьма подробныхъ случаевъ атаксіи со вскрытіемъ.

При вскрытіи были найдены характерныя измѣненія въ заднихъ столбахъ спинного мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи авторамъ прежде всего бросилась въ глаза атрофія нервныхъ волоконъ, преимущественно на периферіи заднихъ столбовъ и вблизи задней перегородки. Въ нѣкоторыхъ нервныхъ волокнахъ мѣдиновая обкладка исчезла и остались только осевые цилиндры, покрытые неврилеммой; рядомъ съ ними всгрѣчаются и нормальныя волокна обыкновенной ширины и съ двойными контурами, количество которыхъ тѣмъ

¹⁾ Charcot et Vulpian, Sur un cas d'atrophie des Cordons post. de la moëlle et de des racines postérieurs. Gazette hebdom. 1862. Deux nouvelles observations d'ataxie loc. avec. autopsie. Gazet. Médic. de Paris. 1863.

больше, чѣмъ менѣе измѣнено давнее мѣсто; впрочемъ и въ самыхъ измѣненныхъ частяхъ авторы встрѣчали нормальныя волокна, хотя въ очень небольшомъ количествѣ. Въ этихъ послѣднихъ мѣстахъ они встрѣчали очень тонкія нервныя волокна, похожія на тѣ, какія вновь образуются въ периферіи нервовъ послѣ ихъ перерѣзки.

Charcot et Vulpian эти тонкія волокна считали за новыя регенерирующіяся волокна и основывали этотъ взглядъ между прочимъ, на томъ, что эти больные при жизни съ успѣхомъ пользовались *argent. nitric.*, которое способствуетъ возрожденію нервныхъ клубковъ.

Leyden (1863)¹⁾ также въ своихъ случаяхъ наблюдалъ такія волокна, но считалъ ихъ, болѣе справедливо, атрофированными волокнами. „Мы имѣемъ, говоритъ *Leyden*, зтѣсь процессъ, при которомъ нервныя элементы подвергаются постепенной атрофіи; нѣтъ однако доказательства, чтобы при этомъ происходили регенеративныя процессы въ нервахъ“.

Далѣе *Charcot et Vulpian* нашли, что задніе корешки шейной части спинного мозга подъ микроскопомъ оказались, нормальными. Зато корешки грудной области на первый взглядъ казались лишенными всѣхъ нервныхъ волоконъ, однако при болѣе точномъ изслѣдованіи были найдены отъ 1 до трехъ нормальныхъ и масса очень тонкихъ волоконъ.

Относительно функціи заднихъ столбовъ *Charcot et Vulpian* высказываютъ мнѣніе, что столбы эти имѣютъ большое вліяніе на общность (*ensemble*) движеній, особенно при ходьбѣ и при стояніи, независимо отъ чувствительныхъ нервовъ.

Для подтвержденія своего мнѣнія они ссылаются на опыты *Philipreaux* и самого *Vulpian'a*, по которымъ перерѣзка

¹⁾ *Leyden*, Die graue Degeneration der hintern Rückenmarksstränge Berlin. 1863.

заднихъ столбовъ спинного мозга у собаки не только не уменьшаетъ чувствительности, но даже увеличиваетъ ее; зато движеніе значительно измѣняется.

Что касается природы процесса, то Charcot et Vulpien высказываются въ пользу того, что процессъ этотъ долженъ считаться хронически-воспалительнымъ, ведущимъ постепенно къ атрофіи нервной ткани.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Къ вопросу объ окончаніи двигательныхъ нервовъ въ мышцахъ сердца позвоночныхъ.

Проф. А. Е. Смирнова.

(Съ таблицемъ рисунковъ.)

I. Литература предмета.

Не смотря на значительную литературу по данному вопросу, мы и до сихъ поръ не имѣемъ его окончательнаго разрѣшенія. Вотъ, въ краткихъ чертахъ, главнѣйшія литературныя данныя, относящіяся къ этому предмету. *A. Kölliker* въ 1862 году, изслѣдуя нервы сердца лягушки, высказывается за свободное ихъ окончаніе на мышечныхъ клѣткахъ сердца, имѣющее наибольшее сходство съ первыми концами на поперечнополосатыхъ мышечныхъ волокнахъ. Тоже и почти въ тѣхъ же выраженіяхъ онъ повторяетъ и въ 1867 году, прибавляя, что у млекопитающихъ и человека ему не удалось видѣть этихъ окончаній. *W. Krause* въ 1868 году относительно сердца кролика говоритъ, что двоякоконтурныя нервныя волокна сердечной мышцы оканчиваются двигательными концевыми пластинками. *F. Schweigger-Seidel* въ 1871 году выражается весьма осторожно, говоря, что нужно считать за твердо установленное, что сердечныя нервы залегаютъ своими болѣе тонкими вѣтвями между самыми мышечными элементами и соприкасаются такимъ образомъ съ сократительнымъ веще-

ствомъ, не окутаннымъ сарколемой. *P. Langerhans* въ 1873 году, на основаніи изслѣдованія сердца у *Leuciscus Dobula*, лягушки, саламандры, ворона, кролика, телянка и 2-хъ мѣсячнаго человѣческаго зародыша приходитъ къ очень неопредѣленнымъ заключеніямъ относительно окончанія двигательныхъ нервовъ мышцъ сердца, а именно: онъ описываетъ, въ согласіи съ *Schweigger-Seidel* емъ, нервы, оплетающіе мышечные пучки; отъ этихъ нервовъ отходятъ болѣе тонкія ниточки, теряющіяся между мышечными клѣтками. На изоляціонныхъ препаратахъ мышечныхъ клѣтокъ сердца *Langerhans* наблюдалъ тонкую нить или волоконце, которое оканчивалось на клѣткѣ небольшимъ расширеніемъ; онъ предполагаетъ, не представляетъ ли это тонкое волоконце — нервное волоконце, оканчивающееся на мышечной клѣткѣ треугольнымъ маленькимъ вздутіемъ. *L. Gerlach* въ 1876 году описываетъ проникновеніе нервныхъ волоконцевъ внутрь мышечныхъ клѣтокъ сердца у лягушки. *E. Fischer* въ 1877 году въ мускулатурѣ сердца собаки описываетъ первыя нити съ сильно окрашивающимися при золоченіи варикозностями, нити, оплетающія мышечныя клѣтки сердца; онъ признаетъ межмышечную нервную сѣтку, которую сравниваетъ съ описанною *Löwit* омъ въ гладкой мускулатурѣ. *L. Ranvier* въ 1880 году въ заключеніи о своихъ изслѣдованіяхъ моторныхъ нервовъ мышцъ сердца говоритъ: „вѣроятно, отъ волоконцевъ внутримышечнаго сплетенія отходятъ тонкія вѣточки, которыя оканчиваются свободно на подобіе того, какъ это имѣетъ мѣсто въ электрическихъ пластинкахъ ската или въ двигательныхъ бляшкахъ мышцъ животной жизни“. Онъ тутъ же прибавляетъ: „я долженъ сознаться, что доселѣ всѣ мои старанія доказать объективно существованіе этихъ свободныхъ окончаній были безуспѣшны“. На основаніи же матеріала чисто фактическаго проф. *Ranvier* представляетъ себѣ способъ отношеній мышечныхъ и нервныхъ элементовъ сердца нижеслѣдующимъ образомъ. Нервные волокна, по этому изслѣдователю, пронизываютъ мышечныя клѣтки на уровнѣ ихъ центральной или краевой протоплазма-

тической массы на подобіе того, какъ нитка—шарики у чепухи. *F. Klug* въ 1881 году, на основаніи своихъ изслѣдованій сердца лягушки, говоритъ: мѣстами кажется, будто тонкая нервная ниточка какъ-бы оканчивается въ ядрообразномъ свальномъ вздутіи, мѣстами думается, что она прекращается внутри мышечной клѣтки; въ большинствѣ же случаевъ первыя волокна, постепенно истончаясь, теряются изъ вида. На выдѣленныхъ мышечныхъ клѣткахъ *Klug* наблюдалъ непосредственную связь между нервною нитью и мышечной клѣткой. Въ 1883 году *Th. von Openchowski* говоритъ, что отъ основнаго сплетенія идутъ прямо къ мышечнымъ клѣткамъ сердца концевыя волокна, оканчивающіяся на этихъ клѣткахъ концевыми узелками, соответствующими двигательнымъ пятнамъ („*tâches motrices*“) *Ranvier*. Каждая клѣтка имѣетъ свое нервное окончаніе. Такимъ образомъ, заключаетъ *Openchowski*, въ отношеніи иннервациіи мускулатура сердца сходна съ гладкими мышцами. Профессоръ *K. Арнштейнъ* въ 1887 году описываетъ въ сердцѣ лягушки и кролика тѣсное отношеніе нервноклѣточныхъ отростковъ къ мускулатурѣ сердца, но онъ не описываетъ способа ихъ окончанія на мышечныхъ клѣткахъ. Въ томъ же году *этотъ же изслѣдователь* въ другой своей работѣ говоритъ касательно сердца лягушки слѣдующее: „изъ болѣе тонкаго, прямо прилегающаго къ мышечнымъ пучкамъ сплетенія, отходятъ одиночно пробѣгающія нервныя вѣтви, зачастую видѣнныя на значительныхъ протяженіяхъ.—нити, которыя, безъ образованія какого-либо концевого вздутія, просто прилегаютъ къ мышечной клѣткѣ“. Въ 1889 году д-ръ *А. Е. Смирновъ*, демонстрируя въ одномъ изъ засѣданій Общества Естествоиспытателей и Врачей при Казанскомъ Университетѣ препараты по периферическимъ нервнымъ окончаніямъ у лягушки (*Rana temporaria*, *R. esculenta*), показалъ между прочимъ препаратъ двигательныхъ нервныхъ развѣтвленій на мышцѣ предсердій лягушки. На приложенномъ здѣсь рисункѣ (см. табл., фиг. I) съ этого препарата видна сильно вытянутая въ длину мышечная клѣтка, къ которой подходитъ значительное число

тончайшихъ варикозныхъ нервныхъ виточекъ, лежащихъ на тѣлѣ клѣточки и здѣсь теряющихся. *Ramon y Cajal* въ 1890 и 1891 годахъ изслѣдовахъ по способу *C. Golgi* нервы сердца у земноводныхъ, пресмыкающихся и млекопитающихъ. Безмякотная волокна, по *Cajal*ю, образуютъ здѣсь окологлѣточные концевыя сплетенія, подобныя таковымъ же въ гладкой мускулатурѣ; нервныя волокна, сильно варикозныя, оканчиваются, придегая къ поперечнополосатому мышечному веществу, въ видѣ маленькихъ расширеній. Въ сердцѣ млекопитающихъ концевыхъ двигательныхъ пластинокъ не имѣется. *G. Retzius* въ 1892 году описалъ нервныя двигательныя окончанія въ сердцѣ у лягушки и мыши, примѣнивъ методъ хромосеребренія по *C. Golgi*. По *Retzius*у нервныя волокна оканчиваются на мышечныхъ клѣткахъ сердца поименованныхъ животныхъ узловатыми тонкими нервными вѣточками. Сдвинувъ возможно, говоритъ онъ, допустить чтобъ всѣ мышечныя клѣтки сердца имѣли—каждая въ отдѣльности—свое нервное отдѣльное окончаніе. Подобно *R. y Cajal*ю, *G. Retzius* тоже отрицаетъ существованіе концевыхъ двигательныхъ пластинокъ. *А. Е. Смирновъ* въ 1893 году на тонкой перегородкѣ предсердій лягушки описываетъ лишь болѣе или менѣе густыя сплетенія изъ тончайшихъ варикозныхъ нервныхъ виточекъ вокругъ мышечныхъ клѣтокъ, къ которымъ они, какъ кажется, вплотную прилегали: какихъ либо свободныхъ окончаній близъ мышечныхъ клѣтокъ, на клѣткахъ или внутри клѣтокъ онъ не замѣчалъ. Изслѣдованія были произведены по способу *P. Ehrlich*'а съ метиленовою синью. Въ 1893 и 1894 годахъ появились работы *H. J. Berkley*, произведенныя по способу *C. Golgi* надъ сердцемъ различныхъ позвоночныхъ. Нервныя волокна, по *Berkley*, оканчиваются на поверхности мышечныхъ клѣтокъ сердца свободно; окончанія эти имѣютъ различную форму, вапримѣръ побѣговъ, булавъ, перистыхъ образований, кустиковъ. *P. Jacques* въ 1894 году, на основаніи препаратовъ, полученныхъ по способу *C. Golgi* и *C. Ehrlich*'а, описываетъ у лягушки и млекопитающихъ нервныя двигатель-

ныя окончанія на мышечныхъ клѣткахъ сердца въ видѣ образованій, сходныхъ по формѣ съ окончаніями нервовъ въ полосатыхъ мышцахъ различныхъ безиозвоночныхъ. *I. F. Heymans* и *L. De Moor* въ 1893—94 годахъ описываютъ нервные тонкія волокна, оканчивающіяся на поверхности мышечной клѣтки вздутіемъ. Нервные волокна тѣсно прикасаются къ мышечному веществу, но въ глубину его никогда не проникаютъ. *В. Шмидтъ* въ 1897 году, изслѣдовавъ по быстрому методу *C. Golgi* сердца различныхъ млекопитающихъ, относительно окончанія двигательныхъ нервовъ въ мускулатурѣ сердца приходитъ къ нижеслѣдующимъ положеніямъ. „Въ міокардіѣ желудочковъ и предсердій концевыя нервныя волокна оканчиваются на мышечныхъ клѣткахъ небольшими расширеніями, плотно прилегающими къ клѣткѣ. Кромѣ этихъ окончаній встрѣчаются вилобразныя окончанія, при чемъ двѣ вѣточки одного концевого волокна оканчиваются на одной мышечной клѣткѣ. Такія окончанія соотвѣтствуютъ равней стадіи развитія окончаній на поперечно-полосатыхъ мышцахъ тѣла“.

Такимъ образомъ, какъ видно изъ приведенной мною литературы, всѣми авторами единогласно утверждается тѣсная связь между сократительными клѣтками myocardii и нервными волокнами. Разница во взглядахъ касается морфологии этой связи, гистологическихъ отношеній между поперечнополосатой мышечной тканью и нервной тканью міокарда. И тутъ-то различные авторы болѣе или менѣе уклоняются другъ отъ друга въ своихъ выводахъ и представленіяхъ. Одни изслѣдователи описываютъ чрезвычайно близкое прилеганіе нервныхъ волоконъ къ поверхности мышечныхъ клѣтокъ, другіе высказываются за ихъ проникновеніе внутрь самихъ поперечноисчерченныхъ элементовъ. Одни наблюдатели признаютъ, что нервныя волокна въ видѣ сѣти изъ нервныхъ варикозныхъ ниточекъ окутываютъ нервныя клѣтки или даже, по варіаціи другихъ наблюдателей, пронизываютъ ихъ, какъ нить шарики чѣтокъ. Большинство же, въ согласіи

съ неуважающими взглядами *A. Kölliker'a*, высказанными этимъ прозорливымъ естествоиспытателемъ еще въ 1862 году, ратуютъ за свободное окончаніе нервовъ на мускульныхъ клеткахъ сердца, при чемъ въ отношеніи формы нервныхъ концевыхъ двигательныхъ образованій опять-таки въ литературѣ высказываются различные взгляды. Часть наблюдателей призываетъ, что двигательныя нервныя волокна оканчиваются такъ же, какъ въ поперечнополосатыхъ мышцахъ; другіе говорятъ — какъ въ гладкихъ или же въ поперечнополосатыхъ мышцахъ различныхъ безпозвоночныхъ. Свободныя окончанія, по различнымъ авторамъ, имѣютъ различную форму, какъ-то: холмиковъ или пятнышекъ, виллообразныхъ простыхъ развѣтвленій или же форму кустиковъ.

II. Собственныя изслѣдованія.

Хотя мои наблюденія и изслѣдованія и распространяются на отдѣльныхъ представителей всѣхъ классовъ позвоночныхъ, но, въ виду особенно отчетливо удавшейся окраски нервныхъ двигательныхъ окончаній на мышцахъ сердца лягушки (*Rana temporaria*) и въ некоторыхъ млекопитающихъ (кошка, собака, кроликъ, морская свинка, полѣвка), я на этотъ разъ позволяю себѣ ограничиться описаніемъ видимаго, благодаря окраскѣ, отношенія двигательныхъ нервовъ къ мышечнымъ клеткамъ сердца лишь у поименованныхъ позвоночныхъ.

При изученіи морфологіи двигательныхъ нервныхъ окончаній въ сердцѣ позвоночныхъ я пользовался способомъ хромосеребренія по *C. Golgi*, главнымъ же образомъ метиленовой синькой по способу *P. Ehrlich'a*. Но и прочіе, подходящія для данной цѣли способы (уксусная кислота, хлористый палладій, осмій, хлористое золото, формалинъ 10% съ послѣдующей обработкой муравьинокислымъ свинцомъ и за симъ сѣрнистымъ водородомъ или сѣрнистымъ аммоніемъ), не были забыты мною, только они давали значительно менѣ удовле-

творительные результаты въ сравненіи въ особенности съ окраской, производимой метиленовой синьюю по способу, описанному въ 1886 году *P. Ehrlich*'омъ.

Какъ метиленовая снѣдь, такъ равно хромосеребрѣніе и золоченіе даютъ нерѣдко отчетливыя картины основнаго сплетенія, вокругъ-мышечной и внутри-мышечной сѣти *L. Gerlach*'а, описанныхъ этимъ изслѣдователемъ съ классическою отчетливостію еще въ 1876 году въ сердцѣ лягушки на золоченныхъ препаратахъ¹⁾. Вокругъ-мышечная и внутри-мышечная сѣти *Gerlach*'а кажутся таковыми нерѣдко и на препаратахъ, полученныхъ послѣ обработки метиленовой синьюю,—въ особенности при среднихъ увеличеніяхъ; но при тщательномъ анализѣ при сильныхъ увеличеніяхъ нѣкоторыхъ препаратовъ мнѣ удалось убѣдиться, что и здѣсь мы имѣемъ дѣло съ сплетеніемъ, но не сѣтью: именно, пучки фибриллъ осевого цилиндра одного нервнаго волокна, отдѣлившись отъ прочихъ, переходили въ другое нервное волокно, ложась рядомъ, или же пересѣкаясь съ пучками нервныхъ фибриллъ этого другого волокна. Поэтому кажушіяся поименованныя сѣти *L. Gerlach*'а слѣдуетъ считать сплетеніями, разсматривать какъ вокругъ-и внутри-мышечныя сплетенія осевоцилиндрическихъ фибриллъ. Крайне важно было бы опредѣлить, имѣемъ ли мы тутъ сплетеніе изъ первичныхъ нервныхъ волоконецъ осевого отростка одной и той же нервной клѣтки или различныхъ нервныхъ клѣтокъ; послѣднее, наряду съ первымъ, мнѣ кажется возможнымъ.

Внутри-мышечное сплетеніе (сѣть *L. Gerlach*'а) является въ большинствѣ случаевъ также и на препаратахъ, полученныхъ послѣ окраски метиленовой синьюю, въ видѣ сплошь окрашенныхъ варикозныхъ волоконецъ, анастомозирующихъ

¹⁾ Само собою разумѣется, что термины *L. Gerlach*'а: «основное сплетеніе, межъ-и внутри-мышечная сѣть»—имѣютъ мѣсто тамъ, гдѣ мышечныя клѣтки образуютъ слои и пучки, а не лежатъ въ видѣ изолированныхъ клѣтокъ.

между собою въ формѣ сѣти, какъ это постоянно наблюдается на препаратахъ, тѣмъ или инымъ способомъ золоченныхъ или же полученныхъ путемъ хромосеребрения по *C. Golgi*. Лишь, какъ сказано выше, при тщательномъ анализѣ при сильныхъ увеличеніяхъ эта однородность нервныхъ волоконцевъ внутри-мышечной сѣти *L. Gerlach*'а верѣдко оказывается кажущейся: варикозныя волокна представляются тогда состоящими изъ тончайшихъ фибриллъ, окутанныхъ промежуточнымъ веществомъ съ зернышками. Промежуточное вещество образуетъ кругловатой, овальной, или же иной формы утолщенія на протяженіи нервного волокна, такъ называемыя варикозности, которыя можно сравнить до нѣкоторой степени съ каплями жидкости, получающимися на виткѣ, вынутой изъ воды и вертикально вытянутой. Нервные волокна внутри-мышечнаго сплетенія пробѣгаютъ внутри мышечныхъ пучковъ между отдѣльными мышечными кѣтками даннаго пучка; располагаются они по краямъ и поверхностямъ мышечныхъ кѣтокъ и верѣдко такъ, что, соединяясь пучками своихъ волоконцевъ въ фибриллярное сплетеніе, образуютъ пространства, болѣе или менѣе близкія къ тѣмъ, которыя получаются при импрегнаціи мышцъ сердца серебромъ; другими словами, нервныя волокна внутримышечнаго нервного фибриллярнаго сплетенія идутъ верѣдко почти по самымъ границамъ отдѣльных мышечныхъ элементовъ, при чемъ заложенное между этими элементами спаивающее ихъ вещество является не окрашеннымъ метиленовой синью, а нервныя волокна непрерывно прослѣживаются до нервныхъ стволиковъ вокругъ мышечнаго или даже основнаго сплетенія

Отъ нервныхъ волоконъ внутримышечнаго фибриллярнаго сплетенія отходятъ тонкія варикозныя ниточки-пучечки нервныхъ фибриллъ, которыя, располагаясь на отдѣльных мышечныхъ кѣткахъ, вѣтвятся повторно на поверхности кѣтокъ и въ концѣ концовъ образуютъ свободныя телодендріи разнообразной формы и различной протяженности на поверхностяхъ данной мышечной кѣтки. На своемъ ходу по тѣлу мышечной

кѣтки нервныя ниточки идутъ зигзагообразно или волнообразно и кажутся иногда то какъ-бы погружающимися внутрь мышечнаго вещества данной кѣтки, т. вновь выныривающими на ея поверхность. У рыбъ, амфибій и рептилій нервныя окончанія расположены на большемъ протяженіи поверхности отдѣльныхъ мышечныхъ кѣтокъ, у птицъ и, въ особенности, у млекопитающихъ эти окончанія представляются ограниченными меньшимъ райономъ поверхности мышечной кѣтки. Но если принять во вниманіе въ общемъ относительно большую величину сердечнаго мускула млекопитающихъ въ сравненіи съ прочими классами позвоночныхъ и въ то же время меньшую въ общемъ величину отдѣльныхъ мышечныхъ кѣтокъ, то, мнѣ думается, нервоснабженіе вообще, въ частности же количество нервныхъ окончаній и ихъ общая сумма распространенія будетъ значительно болѣею именно у млекопитающихъ въ сравненіи съ прочими классами позвоночныхъ. Къ только-что сказанному считаю необходимымъ присовокупить, что, на основаніи своихъ изслѣдованій, съ вѣроятностью полагаю, что каждая отдѣльная мышечная кѣтка сердца имѣетъ свой двигательный нервный телодевдрій. Двигательныя же окончанія на мышцахъ сердца позвоночныхъ, мнѣ думается, должны быть выдѣлены въ особую группу, отличную какъ отъ нервныхъ окончаній на мышечныхъ поперечнополосатыхъ волокнахъ, окутанныхъ сарколеммой, такъ и отъ нервныхъ окончаній на элементахъ гладкой мускулатуры.

Въ заключеніе этого краткаго сообщенія позволяю себѣ присоединить нѣсколько поясняющихъ текстъ рисунковъ, къ описанію коихъ и перехожу. Всѣ прилагаемые рисунки (см. табл.) изображены съ препаратовъ, полученныхъ по окраскѣ нервовъ по способу *P. Ehrlich*'а. Фиг. 1-я представляетъ тщательно скопированный 4 марта 1888 года подъ микроскопомъ *Hartnack*'а (ок. 3, объект. 7) рисунокъ съ мышечной кѣтки перегородки предсердій лягушки вмѣстѣ съ нервами, къ изображенной кѣткѣ подходящими. Безмякотное нервное волокно (Rf) дѣлится на двѣ вѣтви (*a* и *b*), изъ коихъ одна (*a*), дѣлая нѣ-

сколько извилинъ, ложится на тѣло мышечной клѣтки и здѣсь теряется отъ взора, вторая вѣтка (*b*), образуя въ общемъ дугу въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ мышечной клѣтки, даетъ нѣсколько побочныхъ тонкихъ вѣточекъ въ сторону мышечной клѣтки; эти вѣточки, то прямо, то послѣ повторнаго дѣленія, доходятъ до поверхности сократительнаго элемента, гдѣ уже и теряются отъ дальнѣйшаго наблюденія, какъ-бы сливаясь съ тѣломъ мускульнаго волокна. Въ 1899 году я имѣлъ возможность въ теченіе лѣта, начиная съ іюня по сентябрь, приготовить сотни препаратовъ изъ сердца водящейся въ окрестностяхъ города Томска малевькой *Rana temporaria* и нѣсколько, повидимому, подвинуть впередъ свои болѣе раннія наблюденія, произведенныя надъ сердцемъ *Rana temporaria*, *R. esculenta* и *Bufo vulgaris* въ городѣ Казани. На фиг. 2-й скопированы нервныя двигательныя развѣтвленія на мышечныхъ клѣткахъ *Rana temporaria*, водящейся въ окрестностяхъ г. Томска. Въ „а“ и „б“ этой фигуры представлены мышечныя клѣтки изъ пучковъ желудочка, недалеко отъ мѣста выхода *bulbus aortae*; въ „с“ изображенъ рядъ нервныхъ двигательныхъ развѣтвленій въ одномъ изъ мышечныхъ пучковъ стѣнки предсердій. Фигуры „а“ и „б“ сняты подъ микроскопомъ С. Zeiss'a при „б“ компенз. окул. и объективѣ „Е“; фигура „с“ срисована подъ тѣмъ же микроскопомъ, но при болѣе слабомъ увеличеніи (ок.4, объект. С), при чемъ клѣтки мышечнаго пучка здѣсь не изображены, а срисованы лишь одни нервныя двигательныя развѣтвленія на тѣсво сплоченныхъ сократительныхъ элементахъ пучка. На клѣткахъ этой (2-ой) фигуры подъ буквами а и б видны развѣтвленія подходящихъ къ мышечнымъ волокнамъ нервныхъ безмякотныхъ волоконъ; эти развѣтвленія, лежа на поверхности сократительнаго вещества, распространяются на значительномъ районѣ этой поверхности. Если это послѣдніе концы нервныхъ двигательныхъ развѣтвленій,—сказать категорически не имѣю возможности, но полагаю, что окраска метиленовой сивью при данныхъ условіяхъ ея примѣненія едва-ли въ состояніи указать болѣе въ этомъ

отношеніи. Фиг. 3-я даетъ примѣръ первыхъ окончаній на мышечныхъ клѣткахъ сердца млекопитающихъ; рисунокъ взятъ изъ лѣваго предсердія сердца собаки съ препарата, полученнаго послѣ инъекціи по способу Р. Ehrlich'a метиленовой сини черезъ аорту и закрѣпленія окраски хлористымъ цинкомъ. Рисунокъ изображенъ подъ микроскопомъ С. Zeiss'a при ок. 5, объект. Е съ выдвинутой вполнѣ трубой. Отъ нервнаго стволика (Sf) видны отходящія нити, которыя идутъ либо между сосѣдними мышечными клѣтками, либо прямо переходятъ въ двигательныя развѣтвленія на широкой поверхности мышечныхъ клѣтокъ. При самомъ сильномъ увеличеніи подъ микроскопомъ С. Zeiss'a и при искусственномъ освѣщеніи можно убѣдиться, что какъ нервныя волокна, дающія концевыя двигательныя развѣтвленія, такъ равно и проходящія между отдѣльными мышечными клѣтками состоятъ изъ тончайшихъ нитей, расхожденіемъ коихъ другъ отъ друга и видимымъ прекращеніемъ ихъ хода обуславливается въ общемъ та или иная морфологія самыхъ концевыхъ двигательныхъ нервныхъ образований.

Перечень приведенной въ статьѣ литературы.

1) Проф. К. А. Ариштейнъ: а) «Die Methylenblaufärbung als histologische Methode». Anatomischer Anzeiger, II Jahrg. 1887. № 5. б) «Über die Fortsätze der Nervenzellen in den Herzganglien». Archiv f. Mikrosk. Anatomie, Band XXIX. 1887.

2) Henry I. Berkley: а) «On complex nerve terminations and ganglioncelle in the muscular tissue of the heart-ventricle». Anat. Anz. Bd. IX. 1892. б) «The Intrinsic Nerve Supply of the Cardiac Ventricles in Certain Vertebrates». The Johns Hopkins Hospital Reports. Report in Neurology, II, Volume IV. Nos. 4—5. 1894.

3) R. y Cajal. Цитировано по G. Retzius, Biologische Untersuchungen. Neue Folge III. 1892.

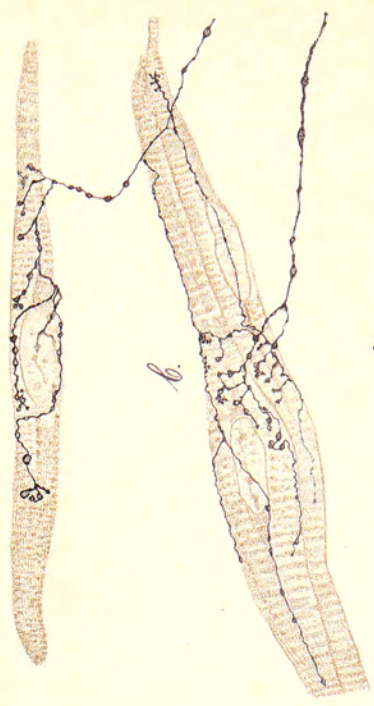
4) E. Fischer: «Ueber die Endigung der Nerven im quergestreiften Muskel der Wirbelthiere». Archiv für Mikrosk. Anatomie, Bd. XIII. 1887.

5) D-r. Leo Gerlach: «Ueber die Nervenendigungen in der Muskulatur des Froscherzens». Virchow's Archiv. LXVI Bd. 1876.

- 6) D-rs I. F. Heymans et L. Demoor: «Etude de l'innervation du cœur des Vertébrés à l'aide de la méthode de Golgi». Archives de Biologie. Tome XIII. 1893—94.
- 7) D-r P. Jacques: «Recherches sur les nerfs du cœur chez la grenouille et les mammifés». Journal de l'Anatomie et de la Physiologie. XXX-e année 1894.
- 8) F. Klug: «Ueber die Herznerven des Frosches». Archiv f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Jahrgang. 1881.
- 9) A. von Kölliker: «Handbuch der Gewebelehre des Menschen». Vierte Auflage 1862 и fünfte Auflage 1867.
- 10) W. Krause: «Anatomie des Kaninchens». Leipzig. 1868.
- 11) D-r Paul Langerhans: «Zur Histologie des Herzens». Virchow's Archiv. LVIII Bd. 1873.
- 12) D-r. Th. von Openchovski: «Beitrag zur Kenntniss der Nervenendigungen im Herzen». Arch. für Mikrosk. Anat. Bd. XXII. 1883.
- 13) L. Ranvier: «Leçons d'Anatomie générale». Paris. 1880. Также «Traité technique d'Histologie». VII Fascicule. Paris, 1888.
- 14) I. Renaut: «Traité d'Histologie pratique». Tome second. Paris. 1899. pp. 1001—1005. См. также рисунокъ (Fig 757) на стр. 1003 Этотъ авторъ признаетъ свободныя простыя нервныя окончанія на мышечныхъ клеткахъ сердца млекопитающихъ. слѣдуя вполне Gustaf'u Retzius'у.
- 15) Prof. D-r Gustaf Retzius: «Biologische Untersuchungen». Neue Folge III. 1892.
- 16) Д-ръ Викторъ Шмидтъ: «Къ вопросу объ иннервации сердца». Русскій Архивъ Патологій, Клинической Медицины и Бактеріологій. 1897. Отдѣльный оттискъ»
- 17) F. Schweigger-Seidel: «Das Herz». S. Stricker's «Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere». 1871.
- 18) А. Е. Смирновъ: а) Die Struktur der Nervenzellen im Sympathicus der Amphibien. Arch. f. Mikrosk. Anat. Bd. XXIV. 1890; б) «Неврологическій Вѣстникъ». Казань. 1893. См. мои рефераты по гистологій нервной системы.



Fig. 2.
a.



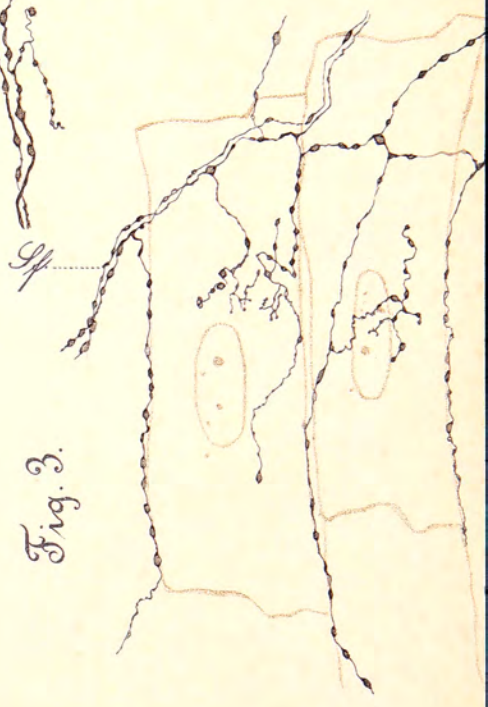
c.



Fig. 1.



Fig. 3.



КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рецензіи новыхъ книгъ.

Владиміръ Яковенко. Душевно-больные Московской губерніи. — Москва, 1900.

Настоящій весьма обстоятельный трудъ почтеннаго автора представляетъ собою первую наиболѣе удачную попытку обрисовать дѣйствительное положеніе душевно-больныхъ въ определенномъ районѣ, въ данномъ случаѣ—въ предѣлахъ Московской губерніи. Матеріаломъ для этой работы послужили данныя, собранныя въ 1893 году при статистическомъ изслѣдованіи душевно-больныхъ по порученію и на средства Московскаго Губернскаго Земства.

Весь трудъ автора распадается на 14 главъ. Въ 1 главѣ представленъ краткій историческій очеркъ психіатрическаго дѣла въ Московской губерніи, а также приведены тѣ мотивы, которые побудили Московское земство тщательно изучить всѣхъ душевно-больныхъ въ губерніи; здѣсь же описанъ и тотъ способъ, который употреблялся при статистическомъ изслѣдованіи душевно-больныхъ въ губерніи, причѣмъ сдѣлана также надлежащая критическая оцѣнка этого способа. Во 2 главѣ обрисованы бытовые условія жизни душевно-больныхъ среди населенія Московской губерніи. Въ 3 главѣ приведены цифровыя данныя всѣхъ душевно-больныхъ въ губерніи и указано отношеніе общаго числа душевно-больныхъ къ здоровому населенію; вмѣстѣ съ этимъ сдѣлано сопоставленіе этихъ данныхъ съ таковыми же, полученными для Западной Европы. Въ 4, 5, 6, 7 и 8 главахъ душевно-больные распределены по полу, возрасту, семейному положенію, вѣроисповѣ-

данію, а также по ихъ поведенію и степени опасности для себя п окружающихъ. Въ 9 главѣ, въ которой душевно-больныя распредѣлены по мѣсту жительства въ связи съ формами болѣзней, сдѣлано въ то же время сопоставленіе топографіи психозовъ съ топографіей преступности, алкоголизма и сифилиса. 10-я глава содержитъ указанія относительно процесса накопленія душевно-больныхъ въ Московской губерніи въ связи съ убываніемъ; здѣсь же приведены данныя, касающіяся средней продолжительности болѣзни и средней продолжительности жизни у душевно-больныхъ. Въ 11 главѣ говорится о физическихъ осложненіяхъ, наблюдаемыхъ въ теченіе болѣзни у душевно-больныхъ. Въ 12 главѣ приведены подробныя данныя, касающіяся личнаго анамнеза душевно-больныхъ. 13-я глава содержитъ описаніе признаковъ вырожденія. Въ 14 главѣ всѣ душевно-больные губерніи распредѣлены по формамъ болѣзней.

На основаніи подробнаго разбора всего имѣвшагося въ распоряженіи матеріала и критической оцѣнки полученныхъ данныхъ авторъ дѣлаетъ цѣлый рядъ выводовъ и заключеній, которые до извѣстной степени освѣщаютъ нѣкоторые теоретическіе вопросы, имѣющіе весьма важное практическое значеніе. Въ этомъ отношеніи особенный интересъ представляютъ вопросы о способѣ накопленія и убыванія душевно-больныхъ въ данномъ районѣ, о распредѣленіи психическихъ заболѣваній между мужскимъ и женскимъ поломъ, о преступности душевно-больныхъ и т. д. Многіе выводы и сопоставленія, сдѣланныя авторомъ въ указанномъ направленіи, заслуживаютъ самаго серіознаго вниманія. Во всякомъ случаѣ полученные авторомъ данныя могутъ послужить цѣннымъ матеріаломъ для будущихъ изслѣдованій въ этой почти еще не затронутой области психіатріи. А подобное обстоятельное изученіе положенія душевно-больныхъ въ каждой мѣстности, подобныя статистическія изслѣдованія крайне желательны и необходимы, такъ какъ идя только этимъ путемъ мы можемъ разсчитывать на правильную постановку у насъ въ будущемъ дѣла призрѣнія душевно-больныхъ. Вотъ почему можно только пожелать, чтобы удачный починъ автора послужилъ хорошимъ примѣромъ для будущихъ изслѣдователей въ этомъ направленіи. Особенное вниманіе должны обратить на трудъ автора представители городского и земскаго самоуправленія, а также русскіе психіатры, стоящіе во главѣ психіатрическихъ лечеб-

ницъ. Имя В. И. Яковенко давно и хорошо извѣстно всѣмъ русскимъ психіатрамъ, и онъ по праву и вполне заслуженно считается опытнымъ организаторомъ и знаткомъ общественной психіатріи.

Б. Воротыинскій.

Академикъ *В. М. Бехтеревъ*. Невропатологическія и психіатрическія наблюденія.—Спб. 1900.

Въ настоящемъ изданіи авторъ собралъ около 50 клиническихъ наблюденій, касающихся области нервныхъ и душевныхъ заболѣваній, которыя были опубликованы имъ за нѣсколько послѣднихъ лѣтъ. Содержащіяся въ этомъ выпускѣ сообщенія главнымъ образомъ имѣютъ непосредственное отношеніе къ клиникѣ. Нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ цѣлью разработку симптоматики отдѣльныхъ болѣзненныхъ процессовъ („Автоматизмъ, какъ одно изъ проявленій мозгового сифилиса“, „О слыханіи собственныхъ мыслей“, „О соотношеніи между общей и чувственной анестезіей“ и проч.), другія содержатъ описаніе новыхъ приборовъ для изслѣдованія (адгезіометръ и электрическій трихэстезіометръ) или же выясняютъ диагностическое значеніе тѣхъ или другихъ симптомовъ („о феноменѣ колебной чашки“, „о малоизвѣстныхъ симптомахъ синной сухотки“), третьи носятъ терапевтическій характеръ („о леченіи міотоніи“, „о леченіи внушеніемъ“, „о леченіи Виттовой пляски“), наконецъ четвертыя представляютъ собою описаніе мало или даже вовсе неизвѣстныхъ ранѣ болѣзненныхъ состояній, какъ-то: „боязнь покраснѣть“, „хореическая падучая“, „одеревенѣлость позвоночнаго столба“ и нѣк. др.

Вообще въ настоящемъ изданіи авторомъ приведены такія клиническія наблюденія и подробно описаны такіе мало извѣстные болѣзненные симптомы и рѣдкія формы нервныхъ и душевныхъ страданій, относительно которыхъ въ учебникахъ и ходячихъ руководствахъ или ничего не говорится или упоминается лишь вскользь. Въ виду этого вышедшія „наблюденія“ автора пріобрѣтаютъ особенное значеніе и представляютъ несомнѣнный интересъ не только для спеціалиста, но и для всякаго врача, которому приходится сталкиваться съ случаями нервныхъ и душевныхъ расстройствъ.

Б. Воротыинскій.

Резюмэ по психіатріи и невропатологіи.

Д-ръ *С. Сухановъ*. О психозахъ у близнецовъ. — Клин. Журн. № 4, 1900.

Случаевъ психическаго заболѣванія у близнецовъ описано немного; авторъ нашелъ въ литературѣ всего 29 такихъ случаевъ. Приведя краткія выдержки изъ этихъ наблюденій, авторъ затѣмъ переходитъ къ описанію собственнаго случая, наблюдавшагося въ Московской психіатрической клиникѣ въ концѣ 1899 года. Дѣло шло о братьяхъ-близнецахъ, 33 лѣтъ, происходившихъ изъ семьи, предрасположенной къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ; у обоихъ наблюдалась довольно сходная картина болѣзни, а именно: у того и другого постепенно и незамѣтно развилось преждевременное ослабленіе умственныхъ способностей, выразившееся въ формѣ dementia praecox. Случаи психозовъ у близнецовъ, по мнѣнію автора, особенно ярко подчеркиваютъ значеніе наследственности въ происхожденіи душевныхъ болѣзней. Такого рода случаи, говоритъ авторъ, наглядно показываютъ, что „сходная физическая организація нервной системы даетъ одинаковыя патологическія расстройства и что существуетъ тѣсная взаимная зависимость нашихъ душевныхъ проявленій отъ физическаго строенія нашего организма“.

Б. Воротынский.

Д-ръ *Н. А. Вырубовъ*. О перерожденіяхъ нервныхъ клѣтокъ и волоконъ въ спинномъ мозгу при нарастающемъ параличномъ слабоуміи — Дисс. Спб. 1899.

Работа произведена подъ руководствомъ проф. В. М. Бехтерева. Матеріаломъ для изслѣдованія послужили 12 случаевъ, собранныхъ авторомъ въ больницѣ Св. Пантелеймона и въ Домѣ призрѣнія душевно-больныхъ Императора Александра III. При изслѣдованіи авторъ одновременно пользовался различными методами окраски. Окрашиваніе нервныхъ клѣтокъ производилось по способу Nissl'я и по способу, предложенному Weigert'омъ для окраски коріокинетическихъ фигуръ; для одновременной окраски клѣтокъ и волоконъ упо-

треблялись средней и шавелево-кислый карминъ, гематоксилинъ съ эозиномъ, способъ van-Gieson'a; для окрашивания мякотныхъ волоконъ применялись способы Weigert-Pal'a и Marchi; невроглия окрашивалась по способу Weigert'a, Купльцицаго и Rehn'a.

На основаніи полученныхъ данныхъ авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) Пораженіе спинного мозга при нарастающемъ параличномъ слабоуміи есть явленіе постоянное и представляетъ собою болѣзненный процессъ, который вызывается неизвѣстнымъ пока токсиномъ. 2) Въ нервныхъ клѣткахъ болѣзненный процессъ выражается поражениемъ первичнаго и вторичнаго типа Marinesco и атрофіей, какъ простой, такъ и пигментно-жировой. 3) Въ нервныхъ волокнахъ спинного мозга наблюдаются перерожденія двухъ родовъ — экзогенныя и эндогенныя. 4) Къ экзогеннымъ перерожденіямъ въ передне-боковыхъ столбахъ принадлежатъ перерожденія пирамидныхъ пучковъ; въ заднихъ — внутри-мозговья продолженія задне-корешковыхъ волоконъ; въ сѣромъ веществѣ — ихъ дальнѣйшія развѣтвленія. 5) Къ эндогеннымъ перерожденіямъ относятся: въ передне-боковыхъ столбахъ перерожденія переднихъ корешковъ и ихъ боковыхъ отростковъ, волокна столбовыхъ и спаечныхъ клѣтокъ; въ среднихъ рогахъ — между-кѣлочная сѣть волоконъ; въ заднихъ столбахъ — перерожденія нисходящихъ и частью восходящихъ системъ короткаго протяженія (пучекъ Schultze, овальное поле Flechsig'a и тыльно-внутренній пучекъ, передне-корешковая область). 6) Перерожденія эндогенныхъ системъ, какъ показываетъ и самое названіе, зависятъ отъ пораженія нервныхъ клѣтокъ сѣраго вещества спинного мозга. Перерожденія экзогенныя различны по своему происхожденію въ передне-боковыхъ и въ заднихъ столбахъ. Перерожденіе пирамидныхъ пучковъ стоитъ въ несомнѣнной связи съ поражениемъ двигательной области мозговой коры; перерожденіе корешковыхъ системъ заднихъ столбовъ зависитъ отъ заболѣванія клѣтокъ межпозвоночныхъ столбовъ. 7) Пораженіе сосудовъ и оболочекъ представляетъ только сопутствующее явленіе. Разростаніе невроглии есть явленіе вторичное, развивающееся вслѣдъ за гибелью нервныхъ волоконъ. 8) Вся совокупность пораженія какъ нервныхъ клѣтокъ, такъ и волоконъ спинного мозга представляетъ полное сходство съ табетическимъ заболѣваніемъ; особенность его состоитъ только въ постоянствѣ пере-

рожденія пирамидныхъ пучковъ. 9) Въ анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ все изслѣдованные случаи могутъ быть раздѣлены на три группы. Первая группа, съ рѣзкимъ повышеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ, характеризуется ограниченнымъ корешковымъ перерожденіемъ въ заднихъ столбахъ въ грудномъ отдѣлѣ и свѣжимъ перерожденіемъ пирамидныхъ пучковъ; вторая группа, съ потерей колѣнныхъ рефлексовъ, — значительнымъ перерожденіемъ заднихъ столбовъ въ поясничномъ отдѣлѣ и ограниченнымъ — въ грудномъ отдѣлѣ и перерожденіемъ пирамидныхъ пучковъ; наконецъ, третья группа, съ полной картиной спинной сухотки, имѣетъ въ своей основѣ сильное пораженіе заднихъ столбовъ на всѣхъ уровняхъ спинного мозга и перерожденіе пирамидныхъ пучковъ.

Къ работѣ приложены двѣ таблицы хорошо исполненныхъ рисунковъ и весьма подробный указатель литературы вопроса.

Б. Воротышскій.

Академикъ *В. М. Бехтеревъ*. Лечебное значеніе гипноза. Спб. 1900.

Брошюра автора представляетъ собою переработку его статьи „о врачебномъ значеніи гипноза“, опубликованной въ 1894 году. Въ настоящемъ изданіи авторомъ сдѣланы нѣкоторыя дополненія, основанныя на позднѣйшихъ наблюденіяхъ. Въ своей работѣ авторъ прежде всего занимается выясненіемъ вопроса о сущности гипноза и на основаніи своихъ личныхъ наблюденій склоняется больше въ пользу взгляда на гипнозъ, какъ на особое видоизмѣненіе нормальнаго сна, вызываемое извѣстными приемами. По силѣ и степени развитія различныя состоянія гипноза могутъ быть вполне уподоблены различнымъ степенямъ естественнаго сна. Внушенія въ состояніи гипноза суть ни что иное, какъ свидѣнія, которыя являются въ головѣ усыпленнаго по желанію или внушенію со стороны усыпителя. Что касается методовъ гипнотизаціи, то способъ вызванія гипноза психическимъ путемъ съ помощью внушенія для лечебныхъ цѣлей долженъ быть признанъ скорымъ и удобнымъ и потому заслуживающимъ предпочтенія передъ всѣми остальными. Если признавать гипнозъ за видоизмѣненіе естественнаго сна, то въ такомъ случаѣ, по

мишню автора, и вопрос о кажущемся вредѣ примѣненія гипноза съ лечебною цѣлью не долженъ представлять особеннаго значенія. Конечно, гипнозъ, какъ и всѣ вообще дѣйствительныя цѣлебныя средства, не является вполнѣ безразличнымъ, но во всякомъ случаѣ, при правильномъ и умѣломъ примѣненіи, онъ не приноситъ и того вреда, въ который иные лица такъ легко вѣрятъ: между тѣмъ польза его во многихъ случаяхъ несомнѣнна. Что касается вліянія гипнотическихъ внушеній на различныя функціи организма, то въ этомъ отношеніи большую роль играетъ не только степень вызываемаго гипноза, но и индивидуальность гипнотизируемаго лица. На основаніи своихъ личныхъ наблюденій авторъ заявляетъ, что гипнотическія внушенія оказываютъ рѣшительное вліяніе на весьма многія нервныя расстройства, обусловленныя органическими пораженіями, какъ то: конвульсивныя истерическія и иные припадки, истерическія параличи и контрактуры, заиканіе, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда оно является симптомомъ истеріи или неврастенія, разнообразныя расстройства чувствительности, головныя боли, нервныя расстройства сердечбіенія и дыханія, ночное недержаніе мочи, припадки сомнамбулизма, бессоницу, расстройства въ отдѣленіи мѣсячныхъ и др. Далѣе, внушенія въ гипнозѣ дѣйствуютъ крайне благотворно на различныя болѣзненныя влеченія, какъ то: пьянство, морфинизмъ и всѣ вообще виды варкоманіи, не исключая и привычнаго употребленія табаку. Изъ психическихъ расстройствъ могутъ быть излѣчиваемы съ помощью гипнотическихъ внушеній навязчивыя идеи и различныя виды патологическаго страха. Нужно замѣтить при этомъ, что гипнозу доступны также и различныя органическія пораженія нервной системы; но здѣсь вліяніе гипноза условное: почти при всякомъ органическомъ заболѣваніи нервной системы имѣются расстройства, обусловленныя сопутствующими функціональными измѣненіями сосѣднихъ или болѣе удаленныхъ участковъ нервной ткани, вмѣющими въ основѣ своей болѣе или менѣе временныя или, по крайней мѣрѣ, вѣстойкія нарушенія кровообращенія и питанія, — вотъ этимъ самымъ и дается возможность нѣкотораго вліянія гипнотическихъ внушеній на нервныя болѣзни органическаго происхожденія. Что касается средствъ, наиболѣе вѣрно способствующихъ полученію глубокихъ степеней гипноза, то въ этомъ отношеніи предварительныя приемы хлорала, сульфонала и

др., по наблюдениямъ автора, существенно содѣйствуютъ вызванію и отчасти усиленію гипнотическаго сна.

В. Воротыинскій.

Д-ръ *П. Б. Никитинъ*. Къ вопросу о прирѣвнн эпилептиковъ и идіотовъ. — Изв. Моск. Гор. Думы. Апрель, 1900.

Настоящая брошюра представляетъ собою докладъ, читанный въ Обществѣ психіатровъ въ Москвѣ. Давши краткій обзоръ того, что сдѣлано за послѣднее время относительно прирѣвнн идіотовъ и эпилептиковъ въ Западной Европѣ, авторъ переходитъ затѣмъ къ описанію того положенія, въ которомъ находятся эти несчастные больные у насъ. Изъ специальныхъ заведеній, существующихъ у насъ въ Россіи, первое „лечебно-педагогическое заведеніе для страдающихъ припадками, малоспособныхъ, слабоумныхъ и идіотовъ“ было основано въ Ригѣ д-ромъ Плацъ въ 1854 году. Въ 1882 г. въ Петербургѣ основалъ свое врачебно-воспитательное заведеніе д-ръ Мазуревскій. Въ 1885 г. на „Удѣльной“ близъ Петербурга было открыто отдѣленіе для идіотовъ обоюго пола на 50 человекъ; на „Удѣльной“ же находится пріютъ Петербургскаго Евангелическаго Общества для идіотоовъ (20 мальч. и 20 дѣв.). Въ 1894 году, въ Петербургѣ, архимандритъ Игнатій основалъ пріютъ для эпилептиковъ во имя „Царицы Небесной“, въ которомъ прирѣвняется 48 чел. Въ Воронежѣ и Митавѣ существуютъ небольшіе пріюты для идіотовъ. Въ Москвѣ имѣется пріютъ для идіотовъ и эпилептиковъ на 40 чел., существующій на благотворительныя средства. Кромѣ того въ Москвѣ, при Троицкой больницѣ для хронически-больныхъ женщинъ, существуетъ отдѣленіе для эпилептичекъ всѣхъ возрастовъ, начиная съ 12 лѣтъ. Наконецъ, при Московской Земской психіатрической больницѣ въ с. Мещерскомъ содержится 10 идіотовъ-дѣтей на пожертвованный капиталъ. Вотъ то немногое, что сдѣлано въ Россіи для прирѣвнн идіотовъ и эпилептиковъ. А между тѣмъ число этихъ несчастныхъ у насъ очень велико. По статистикѣ В. И. Яковенко для Московской губ. (кромѣ г. Москвы) на 10 тыс. населенія приходится 125 тупоумныхъ, идіотовъ и эпилептиковъ. Почти къ такимъ же результатамъ пришли д-ръ Бѣляковъ и д-ръ Кашенко, которые пытались добыть подобныя же статистиче-

скія данныя для Петербургской и Нижегородской губерній. Такимъ образомъ изъ этихъ больныхъ у насъ призрѣваются лишь единицы, а требуютъ призрѣнія десятки тысячъ. Такое ненормальное положеніе дѣла давно уже обратило на себя вниманіе и не разъ побуждало интересующихся судьбой этихъ несчастныхъ поднимать свой голосъ въ ихъ защиту. Объ этомъ писали и говорили проф. Ротъ, д-ръ Россолимо, д-ръ Корниловъ (и въ самое послѣднее время проф. Ковалевскій; реф.). Авторъ также имѣлъ цѣлью своимъ докладомъ лишній разъ обратить вниманіе общества на этотъ первостепенной важности и давно назрѣвшій вопросъ—о призрѣніи идиотовъ и эпилептиковъ, оставляемыхъ въ настоящее время на произволъ судьбы. Что касается г. Москвы, то здѣсь вопросъ о призрѣніи идиотовъ и эпилептиковъ вступилъ, повидимому, въ тотъ періодъ, когда вполне можно рассчитывать на его разрѣшеніе въ самомъ благоприятномъ смыслѣ. Известно, что г-жа Медвѣдникова завѣщала Московскому городскому самоуправленію крупную сумму въ 600 тыс. рублей на постройку и оборудованіе больницы для идиотовъ и эпилептиковъ на 80 кроватей. Авторъ высказываетъ увѣренность, что Московское городское управленіе, всегда сочувственно относящееся къ подобнымъ благимъ начинаніямъ, присоединитъ къ этому пожертвованію и свои средства и такимъ образомъ поставитъ начатое доброе дѣло на прочную почву. Въ заключеніе авторъ указываетъ на то, что дѣло призрѣнія идиотовъ и эпилептиковъ въ Москвѣ является дѣломъ, не терпящимъ отлагательства, и потому совѣтуетъ Городскому Управленію снѣшить строить лечебницу на ту сумму, какая имѣется въ данное время.

Б. Воротынский.

Ernst Kurz und Emil Kraepelin. Ueber die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch regelmässigen Alkoholgenuss.— Psychologische Arbeiten herausgegeben von Emil Kraepelin. 3 B., 3 H., S. 417. Leipzig. 1900.

Въ этой интересной работѣ авторы зацѣлились цѣлью изучить вліяніе ежедневнаго потребленія *среднихъ* дозъ алкоголя на интеллектуальную производительность (*Leistungsfähigkeit*) человѣка. Опыты производились на двухъ лицахъ.

врачахъ, изъ которыхъ *A.* 38 л., полный абстинентъ, и *B.* 26 л. тоже непривыченъ къ правильному употребленію спиртных напитковъ. Они получали ежедневно, чаще всего передъ сномъ, 80 грамъ *alcohol. abs.* разведеннаго водой, т. е. то количество спирта, какое приблизительно содержатъ въ себѣ 2 литра пива (что вообще принято считать умѣреннымъ). При соблюденіи возможно правильнаго психическаго и физическаго режима данныхъ лицъ, психологическія работы начинались ежедневно въ 9 ч. утра и продолжались 2 часа безъ перерыва (каждый родъ опытовъ по полчаса).

Исслѣдованію подвергался:

1) Быстрога соображенія. 2) Заученныя ассоціаціи; сложеніе. 3) Свободныя ассоціаціи. 4) Способность запоминать. Заучиваніе чиселъ.

A. работала 27 дней, изъ нихъ первые 6 дней безъ алкоголя, чтобы установить нормальное количество сдѣланной работы, затѣмъ 12 дней съ алкоголемъ, 5 снова безъ алкоголя, 2 съ алкоголемъ и, наконецъ, 2 послѣднихъ безъ алкоголя. *B.* работала всего 13 дней: 5 безъ алкоголя, 6 съ алкоголемъ и 2 снова безъ алкоголя.

Результаты этихъ опытовъ сопоставлены въ таблицахъ и представляютъ очень интересныя данныя, изъ которыхъ слѣдуетъ, что правильное ежедневное потребленіе 80 гр. алкоголя привело къ постепенному развитію стойкихъ измѣненій въ протеканіи психическихъ отвлеченій.

При опытахъ сложенія получились слѣдующіе факты: 1) Подъ влияніемъ алкоголя даже послѣ нѣсколькихъ дней замѣчается легкое пониженіе интеллектуальной производительности, съ 9-го же дня она начинаетъ быстро падать и доходитъ у *A.* до 25% ниже первоначальной. 2) Пріостановка пріемовъ алкоголя у *A.* не повлекла за собой немедленнаго исчезновенія вредныхъ его явленій, напротивъ, легко было съ ясностью прослѣдить дальнѣйшее его дѣйствіе (*Nachwirkung*). У *B.* подобнаго продолженнаго дѣйствія не замѣчалось, очевидно вследствие кратковременности опытовъ. 3) Въ теченіи 5-ти дневнаго перерыва у *A.* все-таки не совсѣмъ исчезло дѣйствіе алкоголя, ибо тотчасъ же послѣ того, какъ начались новыя пріемы, дѣйствіе алкоголя проявилось съ большей противъ прежняго силой. 4) Дѣйствіе второго 2-хъ дневнаго алкогольнаго періода прошло сравнительно скоро, а по окончаніи его значительно поднялась интеллектуальная производительность.

Опыты надъ заучиваніемъ чиселъ дали такіе же результаты, причемъ интеллектуальная производительность пала еще сильнѣе, до 40% ниже нормы. Въ этихъ опытахъ и у *B.* можно было констатировать, что дѣйствіе алкоголя длилось дольше, нежели перерывъ. Въ началѣ алкогольнаго періода у *A.* замѣчались признаки облегченія работъ, приписываемые авторами психо-

моторной сферѣ. Число ассоціацій у А. было надолго уменьшено, до 31% ниже нормы.

Опытъ надъ способностью соображать показали у обоихъ лицъ увеличенное число пропусковъ слоговъ и словъ, а у В. кромѣ того, и ошибки подъ вліяніемъ алкоголя. Явныхъ *качественныхъ* измѣненій не замѣчалось ни тутъ, ни при сложеніи. Объ усиленіи утомляемости подъ вліяніемъ алкоголя можно было съ большою вѣроятностью заключить изъ опытовъ надъ способностью запоминать и соображать.

Всѣ упомянутыя измѣненія въ психическихъ отправленіяхъ вполне согласуются съ результатами, полученными Аш'омъ изъ прежнихъ опытовъ надъ острымъ алкоголизмомъ¹⁾, каковы: 1) замедленное сложение, 2) уменьшенное количество выученныхъ чиселъ, 3) затрудненныя ассоціаціи, 3) затрудненное соображеніе.

Такимъ образомъ хроническій алкоголизмъ является какъ бы продолженіемъ остраго съ тѣми же измѣненіями. Единственная разница въ томъ, что при ежедневномъ потребленіи алкоголя отсутствовало то психомоторное облегченіе, которое найдено при опьяненіи.

Резюмируя работы Smith'a и Fûger'a, производившихъ подобныя же опыты, авторы констатируютъ чрезвычайное сходство *всѣхъ* полученныхъ результатовъ, небольшія же различія между ними приписываютъ индивидуальности лицъ и различнымъ условіямъ, въ которыхъ производились опыты.

Разбирая всѣ полученныя данныя, авторы приходятъ къ слѣдующимъ, практически весьма важнымъ, выводамъ:

1) Одинъ приемъ алкоголя, въ количествѣ приблизительно 80 гр., улетучивается не скоро и не вполне, а оставляетъ по себѣ слѣды, которые еще замѣтны послѣ 24 часовъ. 2) Если такой приемъ повторять каждыя 24 часа, то понемногу дѣйствіе его суммируется, что уже можно считать хроническимъ алкоголизмомъ, весьма замѣтнымъ послѣ 12 дней, когда умственная производительность падаетъ на 25%—40%. Такимъ образомъ мы получаемъ *научное* опредѣленіе *алкоголика*, далеко не совпадающее съ общепринятымъ, по которому *алкоголикъ—всякій, у котораго можно констатировать хроническое дѣйствіе алкоголя*, т. е. у котораго при всякомъ новомъ приемѣ алкоголя еще не успѣло испариться дѣйствіе предыдущаго. 3) Изъ того, что заучиваніе чиселъ дается труд-

¹⁾ А с Н. Psycholog Arbeiten von Emil Kräpelin, III, S. 205.

вѣе подѣ вліаніемъ алкоголя, нежели сложеніе, слѣдуетъ, по-видимому, что болѣе сложный умственный трудъ терпитъ болѣе, нежели простой. Это подтверждается ежедневными наблюденіями. Хроническое дѣйствіе алкоголя можетъ оставаться долгое время незамѣченнымъ при выполненіи обыденной умственной работы, но оно проявляется въ изсяканіи творческой способности, въ потерѣ индивидуальности, въ неспособности выполнить трудную, отвѣтственную задачу. 4) Разъ установившіяся измѣненія исчезаютъ очень медленно, что подтверждается и клиническимъ опытомъ. 5) Продолжительное употребленіе алкоголя оставляетъ по себѣ, несмотря на полное воздержаніе, въ теченіи извѣстнаго времени сильную впечатлительность къ нему, такъ что новое дѣйствіе яда выступаетъ скорѣе и сильнѣе прежняго, что также подтверждается клиническимъ опытомъ.

Такимъ образомъ всѣ упомянутые опыты даютъ намъ какъ бы эскизъ тѣхъ психическихъ измѣненій, которые всѣмъ хорошо знакомы изъ клинической картины хроническаго алкоголизма. Они позволяютъ намъ наблюдать возникновеніе тѣхъ поврежденій, которыя характеризуютъ алкоголика. Каковы бы ни были различія въ степени и времени появленія этихъ поврежденій, обусловливаемые различными факторами, разрушающее дѣйствіе алкоголя въ главныхъ своихъ чертахъ всегда будетъ принимать одинаковое теченіе.

Интересно также отмѣтить, что самыя лица, надѣ которыми производились опыты, и не подозрѣвали ослабленія ихъ интеллектуальной производительности; только путемъ сопоставленія результатовъ можно было доказать этотъ фактъ.

Въ заключеніе авторы говорятъ, насколько ошибочно столь часто, даже въ медицинскихъ сферахъ, распространенное мнѣніе о безвредности умѣреннаго ежедневнаго употребленія алкоголя. Уже донинѣ произведенныхъ опытовъ достаточно, чтобы убѣдиться, что постоянное, правильное употребленіе спиртныхъ напитковъ далеко не безразлично для психическаго благосостоянія, что, наоборотъ, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ новый приѣмъ алкоголя наступаетъ раньше, чѣмъ испарилось дѣйствіе предыдущаго, съ необыкновенной быстротой развивается комплексъ тѣхъ явленій, которымъ присуще названіе хроническаго алкоголизма.

Софія Фуксъ-Вольфрингъ (Вѣна).

Dr. M. Probst. Experimentelle Untersuchungen über die Schleifenendigung, die Haubenbahnen, das dorsale Längsbündel und die hintere Commissur. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 33, Heft. 1, 1900.

Авторъ дѣлитъ свою работу на 4 отдѣла: I. Объ окончаніи петли, II. О ходѣ и окончаніи въѣкоторыхъ системъ покрывки (Haubenbündel), III. О волокнахъ задняго продольнаго пучка, IV. Къ ученію о задней спайкѣ. Работа произведена на кошкахъ и собакахъ въ лабораторіи des Landes-Irren-Anstalt in Wien; мозги оперированныхъ животныхъ обрабатывались методомъ Marchi.

I. Послѣ небольшого литературнаго очерка по вопросу, гдѣ кончается петля, P. приводитъ 5 опытовъ; въ первомъ—петля была разрушена въ своемъ началѣ, т. е. въ ядрахъ заднихъ столбовъ; во второмъ—медіальная петля разрушена въ дистальной области моста; въ третьемъ—въ области продолговатаго мозга; въ четвертомъ—въ области задняго двухолмія; въ пятомъ—произведена односторонняя перерѣзка шейной части спинного мозга подъ перекрестомъ пирамидъ и одностороннее разрушеніе вентральной краевой зоны въ самой верхней части шейнаго отдѣла. На основаніи этихъ опытовъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. гдѣ-бы ни была разрушена петля, въ ядрахъ заднихъ столбовъ, въ области продолговатаго мозга, въ мосту, въ заднемъ четверохолміи, всегда волокна петлевого слоя кончаются въ вентральныхъ ядрахъ (*n. ventralis a*) зрительнаго бугра и между ними въѣтъ такихъ, которыя переходили-бы въ внутреннюю сумку и шли къ корѣ; 2. волокна петли не имѣютъ отношенія къ системѣ волоконъ чечевицеобразнаго ядра; спайка Meunert'a и спайка Fogel'я представляютъ измѣненія только въ опытѣ четвертомъ, но и здѣсь волокна данныхъ спаекъ не связаны съ *cor. lentiforme*; 3. небольшая часть волоконъ петли вступаетъ въ латеральное мозговое вещество краснаго ядра, посылаетъ волокна на другую сторону чрезъ заднюю спайку; 4. въ петлѣ есть волокна, идущія изъ спинного мозга и кончающіяся въ *n. ventralis a thalami*.—II. Описывая ходъ и окончаніе другихъ системъ (кромѣ петли), идущихъ въ покрывкѣ, P. приводитъ пять опытовъ; въ первомъ—разрушена самая боковая часть сѣтчатого вещества, моста и задняго двухолмія, во второмъ—разрушена боковая часть *subs.*

reticularis въ продолговатомъ мозгу, въ третьемъ—передняя ножка мозжечка, въ четвертомъ—различные отдѣлы мозжечка, въ пятомъ—красное ядро и его мозговая капсула. Главнѣйшіе выводы автора слѣдующіе: 1. при разрушеніи subst. reticularis въ области мозгового ствола нѣтъ перерожденія, идущаго далѣ зрительнаго бугра; 2. между зрительнымъ бугромъ и мозжечкомъ есть прямыя восходящія связи: одна изъ нихъ идетъ надъ самымъ медиальнымъ отрѣзкомъ петли и (выше) въ латеральномъ мозговомъ веществѣ красного ядра другой стороны (ventrales Kleinhirn-Thalamusbündel); другая, неперекрещенная, идетъ вверхъ въ боковой части s. reticularis (ungekreuzte Bindearmfasern); третья идетъ въ составѣ brachii conjunctivi въ фронтальное мозговое вещество красного ядра, всѣ эти системы кончаются, главнымъ образомъ, въ медиальной области thalami; 3. Monakow-скій пучокъ состоитъ изъ восходящихъ волоконъ, кончающихся въ красномъ ядрѣ другой стороны, и нисходящихъ, кончающихся въ переднихъ рогахъ спинного мозга; 4. здѣсь же, т. е. въ переднихъ рогахъ, кончаются волокна, идущія изъ моста въ передніе и боковыя столбы. III. Задній продольный пучокъ P. разрушалъ: въ дистальной области моста, въ продолговатомъ мозгу; кромѣ того, перерожденіе въ заднемъ продольномъ пучкѣ замѣтно при разрушеніи вентральной части subst. reticularis въ области n. facialis, при разрушеніи Deiters-овскаго ядра и при поврежденіяхъ въ области задней комиссуры (3 опыта). Изъ всѣхъ опытовъ авторъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія: въ заднемъ продольномъ пучкѣ идутъ восходящія и нисходящія, перекрещенныя и неперекрещенныя, длинныя и короткія системы; восходящія системы отдаютъ много волоконъ въ ядра глазныхъ нервовъ, въ нисходящихъ системахъ такихъ связей—мало; длинныя нисходящія системы могутъ быть прослѣжены отъ ядра задней спайки до поясничнаго отдѣла (въ боковомъ столбѣ); восходящія системы могутъ быть прослѣжены отъ ядра Deiters'a до ядра задней спайки. IV. При изученіи задней спайки послѣдняя была повреждаема въ слѣдующихъ мѣстахъ: въ своей вентральной части, въ области пучковъ покрывки Forel'я, въ своемъ дорзальномъ и вентральномъ отдѣлѣ; кромѣ того, для этой же цѣли были произведены опыты съ поврежденіемъ thalami, мозжечка и ядеръ заднихъ столбовъ. На основаніи всѣхъ этихъ опытовъ авторъ высказываетъ, что волокна задней спайки имѣютъ очень различное происхожденіе: они идутъ изъ ядеръ заднихъ

столбовъ, изъ передней ножки мозжечка, изъ каудальныхъ областей зрительнаго бугра; всѣ эти волокна переходятъ на другую сторону и большею частью кончаются въ thalamus противоположной стороны, отчасти же въ ядрѣ комиссуры Kölliker'a и переднемъ четверохолміи. При разрушеніи задней спайки перерождается внизъ задній продольный пучекъ; при разрушеніи задняго бедра fiss. Sylvii нѣтъ перерожденія въ заднюю спайку.

Какъ послѣднія, такъ и всѣ предыдущія заключенія автора сопоставлены съ данными литературы.

Гр. Трошинъ.

Письмо въ редакцію ¹⁾.

Въ концѣ іюля и началѣ августа сего года появились въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» и во «Врачѣ» объявленія Уфимской Губернской Земской Управы, вызывающія врачей, желающихъ занять мѣста завѣдующаго и двухъ ординаторовъ Уфимской Земской больницы душевно-больныхъ. По поводу этихъ объявленій мы получали письма и запросы отъ товарищей, недоумѣвающихъ, почему это сразу оставляетъ службу весь врачебный составъ психіатрической больницы. Мы думаемъ, что товарищи будутъ удивлены, узнавъ, что двое изъ врачей—завѣдующій С. П. Суховъ до 11 октября и ординаторъ Е. К. Югансонъ до 9 сентября находились на службѣ, не были уволены и не подавали прошеній объ отставкѣ. Намъ лишь было поставлено въ то время въ извѣстность (сообщеніемъ намъ журнальнаго постановленія Управы отъ 20 іюля), что Управа ожидаетъ отъ насъ прошеній объ отставкѣ въ теченіе двухъ мѣсяцевъ и приступитъ къ приисканію на наши мѣста замѣстителей. Подавалъ ли третій товарищъ, ординаторъ О. В. Аптекманъ, прошеніе объ отставкѣ, мы не знаемъ, ибо онъ стоялъ особнякомъ и соединился вмѣстѣ съ Управой для борьбы противъ насъ.

Обстоятельства всего этого дѣла слѣдующія: въ больницѣ душевно-больныхъ Уфимскаго Губернскаго Земства было трое врачей—завѣдующій Суховъ и ординаторы—Югансонъ и Аптекманъ. Первые двое жили въ новой больницѣ въ верстѣ отъ города, а г. Аптекманъ при старомъ городскомъ отдѣленіи больницы. Г. Аптекманъ приглашенъ Управой по представленію С. П. Сухова около года тому назадъ. Черезъ нѣкоторое время по поступленіи г. Аптекмана на службу начались

¹⁾ Даемъ мѣсто настоящему письму многоуважаемыхъ товарищей, такъ какъ въ немъ затрогивается очень важный и наболѣвшій вопросъ, касающійся отношенія «земскихъ хозяевъ» къ своимъ служащимъ-врачамъ. Въ письмѣ товарищей описанное отношеніе къ нимъ Уфимской Губ. Земской Управы представляется въ очень некрасивомъ свѣтѣ и врядъ ли будетъ способствовать надлежащей постановкѣ дѣла призрѣнія и леченія душевно-больныхъ.—Ред.

между нимъ и С. П. Суховымъ недоразумѣнія на почвѣ служебныхъ отношений. Г. Аптекманъ не хотѣлъ признавать правъ С. П. Сухова, какъ старшаго врача; уклонялся отъ совмѣстныхъ съ нимъ обходовъ, отъ врачебныхъ конференцій, переводилъ больныхъ изъ своихъ отдѣленій въ другія безъ согласія и вѣдома С. П. Сухова и т. п. Первое время недоразумѣнія эти улаживались сравнительно легко, но затѣмъ, когда г. Аптекманъ сумѣлъ расположить къ себѣ члена Управы, заведующаго больницами, кн. Кугушева, то поведеніе г. Аптекмана по отношенію къ Сухову стало принимать вызывающій и подчасъ оскорбительный характеръ, пока наконецъ 3 мая сего года Аптекманъ не оскорбилъ Сухова, позволивъ себѣ кричать на него въ больницѣ въ присутствіи надзирателя и больныхъ и не имѣя на это никакого повода. Объ этомъ С. П. Суховымъ было сообщено Управѣ черезъ кн. Кугушева, при чемъ Суховъ выразилъ, что считаетъ дальнѣйшую совмѣстную службу съ Аптекманомъ невозможной. Д-ръ Югансонъ съ своей стороны заявилъ Управѣ, что, будучи въ теченіе долгаго времени свидѣтелемъ столкновеній между Суховымъ и Аптекманомъ и убѣдившись, что Суховъ правъ и что поведеніе Аптекмана по отношенію къ Сухову имѣло явно вызывающій и подчасъ оскорбительный характеръ, крайне возмущенный поведеніемъ Аптекмана во время инцидента 3 мая, онъ вполне солидаренъ съ С. П. Суховымъ и также не находитъ возможной совмѣстную службу съ Аптекманомъ. вмѣстѣ съ этимъ мы указывали Управѣ на необходимость созвать Врачебный Совѣтъ, въ составъ котораго входятъ всѣ врачи Губернскаго Земства, для того, чтобы это дѣло было подвергнуто болѣе компетентному разсмотрѣнію товарищей-врачей. Сначала Управа согласилась на это, о чемъ даже извѣстила насъ письменно, но затѣмъ раздумала и отклонила Врачебный Совѣтъ, при чемъ однимъ изъ возраженій было, что г. Аптекманъ не хочетъ Врачебнаго Совѣта. Послѣ этого Управа сочла возможнымъ взять на себя роль судьи и признала поведеніе Аптекмана совершенно правильнымъ. Тѣмъ временемъ г. Аптекманъ прислалъ къ С. П. Сухову и Е. К. Югансону своихъ довѣренныхъ, гг. Плаксина и Каплана, черезъ которыхъ предл. жидъ намъ судъ чести. Мы отвѣтили, что согласны на судъ чести и желали бы организовать его въ обычной формѣ третейскаго суда. Эта форма почему-то не понравилась г. Аптекману и его довѣреннымъ; завязалась переписка, которая кончилась тѣмъ, что пакетъ, который С. П. Суховъ отвезъ самъ въ старую больницу и послалъ со служителемъ на квартиру Аптекмана для передачи ему, послѣдній принять отказался. Такъ какъ въ этомъ письмѣ мы просили Аптекмана отвѣтить на нѣкоторые вопросы, на которые его довѣренные отвѣтить отказались, заявивъ, что они настолько не уполномочены, то дальнѣйшее веденіе переговоровъ и переписка для насъ оказались невозможными (кстати: гг. Капланъ и Плаксинъ не представили до сихъ поръ намъ никакого письменнаго удостовѣренія г. Аптекмана, изъ котораго можно было бы видѣть, на что онъ ихъ уполномочиваетъ). Г. Югансонъ предлагалъ также представить все это дѣло на разсмотрѣніе мѣстнаго Общества Врачей, но довѣренные Аптекмана на это не согласились.

Отклоняя врачебный совѣтъ и не дѣлая никакихъ попытокъ для безпристрастнаго выясненія дѣла, напротивъ отстраняя все, что могло этому способствовать, Управа начала по своему улаживать отношенія между нами и Аптекманомъ. 8 іюня мы были вызваны по телефону въ помѣщеніе Управы, при чемъ вамъ было сказано, что мы приглашаемся для обсужденія съ двумя членами Управы—Кугушевымъ и Кутлубасвымъ стоявшаго на очереди вопроса о крупномъ перемѣщеніи больныхъ изъ новой больницы въ старую; при этомъ кн. Кугушевъ ясно и опредѣленно сказалъ С. П. Сухову, что на совѣщаніи будетъ четверо: Суховъ, Іогансонъ и двое членовъ Управы. Пріѣхавъ въ Управу, мы къ удивленію своему узнали, что на совѣщаніе прибылъ и г. Аптекманъ, находившійся въ другой комнатѣ. Тогда мы заявили, что всякія совѣщанія и *коллегіальныя* отношенія съ Аптекманомъ считаемъ преждевременными до выясненія нашего дѣла на Врачебномъ совѣтѣ. На другой же день мы представили письменно свои соображенія по вопросу о перемѣщеніи больныхъ, но Управа заявила, что безъ совмѣстнаго совѣщанія трехъ врачей этотъ переводъ состояться не можетъ. Такъ какъ переводъ этотъ былъ очень важенъ для дѣла, мы уступили и явились на совѣщаніе, назначенное Управой 15 іюня. На этомъ совѣщаніи всѣ наши соображенія были приняты. Затѣмъ мы узнали, что Управа, не спросивши нашего согласія, не предупредивъ насъ даже, постановила собирать подобныя совѣщанія периодически, тогда какъ обычно особо важныя дѣла разбирались во «Врачебномъ Совѣтѣ», а остальные рѣшались врачами, заведующими больницами.

Далѣе Управа выражаетъ уже неудовольствіе, что мы—Суховъ и Іогансонъ—проявляемъ къ этимъ совѣщаніямъ мало интереса и осмѣливаемся имѣть относительно нихъ свое мнѣніе. Общій характеръ этихъ совѣщаній былъ таковъ: Управа допрашивала врачей по поводу разныхъ вопросовъ и записывала ихъ мнѣнія, сама же не высказывала (на послѣднемъ—второмъ совѣщаніи) таковыхъ и поддерживала лишь мнѣнія г. Аптекмана. Когда Управа находила возможнымъ упрекнуть въ чемъ-либо С. П. Сухова, къ ней горячо присоединялся г. Аптекманъ. На послѣднемъ (второмъ) совѣщаніи протоколъ велся кн. Кугушевымъ настолько пристранно, что мы были вынуждены подать въ Управу относительно него особое мнѣніе—мнѣніе, послужившее однимъ изъ мотивовъ, какъ было объявлено С. П. Сухову въ Управѣ, къ выраженію ожиданія нашей отставки. Надо ли говорить о томъ, могли ли подобныя совѣщанія быть полезны для дѣла и для улаживанія нашихъ взаимныхъ отношеній? Затѣмъ Управа старается уже освободиться отъ насъ, уладить насъ со сцены и ищетъ на наши мѣста замѣстителей въ то время, когда мы находимся еще на службѣ и не подавали прошеній объ отставкѣ. Чѣмъ объяснить такую поспѣшность Управы? По нашему мнѣнію, причина тутъ можетъ быть одна: близость Губернскаго Земскаго Собранія, до котораго осталось менѣе 2 мѣсяцевъ и на которомъ все это дѣло могло бы представать въ невыгодномъ для Управы и г. Аптекмана свѣтѣ.

24 августа сего года д-ръ Іогансонъ подалъ просьбу въ Управу объ увольненіи его въ отпускъ. Управа разрѣшила ему, но при этомъ добавила, что къ концу отпуска, т. е. къ 24 сентября, онъ—Іогансонъ—долженъ подать

прошеніе объ отставкѣ. Получивши за это время приглашеніе въ Тамбовъ, д-ръ Югансонъ, въ виду такихъ угрозъ Управы и не желая ради семьи подвергать себя риску остаться совсѣмъ безъ мѣста, не смотря на все желаніе повести дѣло до конца, уступилъ и подалъ прошеніе, вслѣдствіе чего и былъ уволенъ 24 сентября сего года.

Врачъ же, завѣдующій больницей, С. П. Суховъ за это время просилъ Управу, не найдеть ли она возможнымъ продлить срокъ своего ожиданія прошенія объ отставкѣ до окончанія Земскаго Собранія и выставлялъ при этомъ на видъ, что его побуждаетъ къ этому долгъ подать отчетъ по больнице Земскому Собранію за годъ по 1 октября сего года. Управа отвѣтила ему, что она не можетъ удовлетворить его просьбы, такъ какъ уже состоялось приглашеніе ему замѣстителя.

29 сентября д-ръ Суховъ получилъ копію журнальнаго постановленія Управы, въ которомъ она, не увольняя его, предлагала ему сдать больницу д-ру П. А. Соколову, — врачу, занимающему въ Уфѣ 4 или 5 должностей и никогда ранѣе психіатріей не занимавшемуся. Недоумѣвая, почему Управа предложила сдать больницу, д-ръ Суховъ отказался отъ сдачи, заявивъ, что онъ можетъ сдѣлать это лишь при увольненіи его отъ службъ. Нужно замѣтить, что Управа какъ въ этомъ постановленіи, такъ и гораздо ранѣе, заявляла, что прошенія объ отставкѣ были Суховымъ и Югансономъ ей обѣщаны; въ дѣйствительности же такихъ обѣщаній никогда не дѣлалось и мы рѣшительно опровергали такыя заявленія Управы. Какъ заключительный актъ всей исторіи, — было слѣдующее: Управа 3 октября оповѣстила Сухова, что она прекращаетъ съ своей стороны соглашеніе о его службѣ, увольняетъ его отъ должности и предлагаетъ ему въ теченіе 5 дней сдать больницу П. А. Соколову, какъ завѣдующему; было также упомянуто, что должности ординаторовъ будутъ исполнять Аптекманъ и Полферовъ (мѣстный эпидемическій врачъ).

Такимъ образомъ, по мнѣнію Управы, г. Аптекманъ оказался настолько правымъ, что она не поцеремонилась уволить завѣдующаго, служившаго 8 лѣтъ и въ продолженіе всей своей службъ, кромѣ одобренія, отъ своего Земства ничего не имѣвшаго, выжить ординатора Югансона, служившаго 4 года, лишь за то, что онъ присоединился къ своему товарищу, завѣдующему врачу, и больницу, имѣющую 350 больныхъ, оставить лишь на попеченіи одного психіатра, г. Аптекмана, такъ какъ 2 другихъ врача — П. А. Соколовъ и В. Я. Полферовъ — ранѣе никогда душевными болѣзнями не занимались. Крайне грустно здѣсь то, что Земскіе люди, пользуясь формальнымъ правомъ, рѣшились не позволить дойти этому Земскому дѣлу до своей высшей Земской инстанціи, до Собранія, оборвавъ теченіе его менѣе чѣмъ за 2 мѣсяца до Собранія.

Бывшій завѣдующій врачъ больницы душевно-больныхъ Уфимскаго Губернскаго Земства *С. Суховъ*.

Бывшій ординаторъ той же больницы *Ев. Югансонъ*.

1900, октября 31.

Хроника и смѣсь.

— Въ состоявшемся въ Сентябрь мѣсяцѣ засѣданіи Московскаго Общества невропатологовъ и психіатровъ была утверждена программа проектируемаго Обществомъ «Журнала по невропатологіи и психіатріи имени профессора С. С. Корсакова». Затѣмъ были произведены выборы редакторовъ журнала, причѣмъ избранными оказались: проф. В. К. Ротъ и приватъ-доценты—В. П. Сербскій, Л. С. Миноръ, Г. И. Россолимо, А. А. Корниловъ, С. А. Сухановъ и А. А. Токарекій. Програма вмѣстѣ съ ходатайствомъ о разрѣшеніи изданія препровождены въ Главное Управленіе по дѣламъ печати. Журналъ будетъ выходить въ количествѣ 6—12 книжекъ въ годъ.—*Еженед.*

— Газеты сообщаютъ, что психіатръ Н. Н. Баженовъ приглашенъ занять кафедру судебной психопатологіи въ Bruxelles-скій вольный университетъ.

— 25 Ноября т. г. приватъ-доцентъ Казанскаго Университета *В. П. Вортыцкій* читалъ въ актовомъ залѣ Университета публичную лекцію на тему: *біологическіе и социальныя факторы преступности.*

— Сверхштатный ординаторъ психіатрической клиники Казанскаго Университета *А. Е. Янишевскій* избранъ медицинскимъ факультетомъ профессорскимъ стипендіатомъ на два года.

— «Россия» сообщаетъ, что предсѣдателемъ *Общества экспериментальной психологіи*, вмѣсто проф. Н. Н. Вагнера, избранъ проф. В.-Мед. Академіи *В. М. Бехтревъ.*

— Ассистеномъ вновь устроенной нервной клиники въ Спб. Женскій Медицинскій Институтъ приглашенъ докторъ медицины *В. П. Осиповъ.*—*В. Г. Б.*

— Съ будущаго года въ Спб. Университетѣ открывается новая кафедра по изученію алкоголизма.

— Съ настоящаго учебнаго года приватъ-доцентъ *А. Нечаевъ* открылъ въ С.-Петербургскомъ университетѣ частный курсъ педагогической психо-

логи; занятія, сопровождаемая разнообразными опытами. будутъ вестись не только въ университетѣ, но и въ школахъ.—Нов. Вр.

— «Нов. Вр.» передаетъ разговоръ литератора съ психіатромъ о современномъ искусствѣ. Известный психіатръ Клайт-Ебингъ, гостя въ Кіевѣ, имѣлъ бесѣду съ сотрудникомъ «Кіевск. Слова» о новыхъ теченіяхъ въ искусствѣ и высказался противъ послѣднихъ: «Музыка неомузыкантовъ,—сказалъ онъ,—продуктъ измочаленныхъ нервовъ, больного, галлюцинирующаго воображенія, и эта-то музыка вліяетъ на болные нервы больныхъ слушателей такъ-же, какъ морфій, кокаинъ, алкоголь, приподымая на мгновение душевное настроеніе, чтобы затѣмъ окунуть его въ еще болѣе глубокую бездну апатіи и отчаянія! Далѣе профессоръ, указавъ на висѣвшую передъ нимъ картину, изображавшую зеленовато-малиновую женщину, купающуюся въ желтомъ прудѣ, подъ ярко-краснымъ небомъ, замѣтилъ: «Вотъ взгляните на эту картину: ну что это такое? Развѣ это не продуктъ больныхъ, разслабленныхъ нервовъ? Развѣ нормальный человѣкъ видѣлъ когда-либо зеленовато-малиновыхъ женщинъ и яично-желтые пруды? Да, въ живописи, музыкѣ, литературѣ эти «новыя» школы—это все плоды больного воображенія бѣднаго, истощеннаго, переутомленнаго, невротическаго человечества».

— Въ текущемъ учебномъ году на юридическомъ факультетѣ Петербургскаго университета приватъ-доцентъ *В. В. Томашевскій* объявилъ два необязательныхъ курса: «Судебная и общая психопатологія въ учени о психическомъ вырожденіи» и «Разборъ иностранныхъ и русскихъ уголовныхъ процессовъ съ психопатологической точки зрѣнія». Второй курсъ будетъ читаться въ весеннемъ полугодіи и будетъ сопровождаться практическими занятіями въ больницѣ для душевно-больныхъ св. Николая Чудотворца.—Каз. Гел.

— Въ Петербургѣ существуютъ два антропологическихъ Общества: одно—при Петербургскомъ университетѣ и другое—при Военно-Медицинской Академіи. Предстоящая послѣ лѣтнихъ каникулъ дѣятельность этихъ Обществъ обѣщаетъ немало плодотворныхъ результатовъ, въ виду состоявшаго между ними соглашенія относительно совместной дѣятельности по разработкѣ разнаго рода научныхъ вопросовъ, по выработкѣ программъ для разныхъ научныхъ изслѣдованій и по совместному участію въ научныхъ предпріятіяхъ, требующихъ матеріальныхъ средствъ.—«Нов. Вр.».

— Комисія по вопросу объ алкоголизмѣ, состоящая при Русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія, выработала проектъ закона о принудительномъ лишеніи свободы пьяницъ. Законъ проскитированъ въ 2-хъ пунктахъ: 1) Привычные пьяницы, т. е. лица, доведшія себя злоупотребленіемъ спиртными напитками или другими опьяняющими веществами до такого болѣзненнаго состоянія, что поступки ихъ оказываются вредными или опасными для нихъ самихъ, для окружающихъ или для общества, могутъ подлежать принудительному помѣщенію на срокъ отъ 6 мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ въ назначенныя для сего лечебныя учрежденія и ограниченію право-

способности, съ учрежденіемъ надъ ними опеки. 2) Принятіе противъ привычныхъ пьяницъ указанныхъ выше мѣръ въ совокупности или какой-нибудь изъ нихъ въ отдѣльности можетъ состояться не иначе, какъ на основаніи постановленія судебного присутствія, по призванію послѣднимъ необходимости ихъ въ порядкѣ, опредѣленномъ статьями 171—197 проекта опекунскаго устава.—Мы считаемъ этотъ законопроектъ и свосременнымъ и вполнѣ дѣлесообразнымъ. Необходимо при этомъ замѣтить, что главныя положенія законопроекта являются хорошо обоснованными и въ то же время выражены въ весьма осторожной и предусмотрительной формѣ.

— Значительное переполненіе Московскихъ городскихъ психіатрическихъ больницъ побудило, по словамъ «Рус. Лист.», старшаго врача городской Алексѣевской больницы снова вступить въ переговоры съ различными крестьянскими обществами о помѣщеніи больныхъ въ деревняхъ.

— Администрація С.-Петербургской городской больницы для душевнобольныхъ на Ново-Знаменской дачѣ разрѣшила больнымъ издавать собственный журналъ «Колонистъ», сотрудниками котораго состоятъ призрѣваемые въ больницѣ-колоніи. Журналъ выходитъ въ свѣтъ еженедѣльно и на дняхъ уже выпущенъ второй номеръ. Редактируетъ «Колонистъ» призрѣваемый въ больницѣ В. М. Гриммонъ, который вмѣстѣ съ тѣмъ является и инициаторомъ этого дѣла.—Нов. Вр.

— Гимназистъ Ивановъ, убившій директора второй Харьковской гимназіи Тихоновича освидѣтельствованъ въ распорядительномъ засѣданіи суда, который постановилъ подвергнуть Иванова наблюденію въ психіатрическомъ отдѣленіи Харьковской Губернской Земской Больницы.

— По ходатайству Московскихъ членовъ комисіи русской группы международнаго союза криминалистовъ, рѣшено созвать на Рождествѣ съѣздъ группы въ Москвѣ. Въ числѣ намѣченныхъ докладовъ значится между прочимъ докладъ пр.-доц. *В. П. Сербскаго*: «объ условіяхъ помѣщенія душевнобольныхъ преступниковъ въ больницы по судебнымъ опредѣленіямъ».

— 15 Сентября совершено въ Москвѣ командированнымъ изъ Петербурга чиновникомъ особыхъ порученій А. М. Кривцовымъ купчая на приобрѣтеніе министерствомъ внутреннихъ дѣлъ черезъ посредство города имѣнія г-жи Иваненко размѣромъ 420 дес. взаменъ уступленныхъ городу Воробьевыхъ горъ. Въ приобрѣтенномъ имѣніи въ непродолжительномъ времени будетъ произведена закладка Московской Окружной Лечебницы.—Об. псих.

— Въ Парижѣ недавно вышла изъ печати книга проф. *В. М. Бекстера* «Les voies de conduction du cerveau et de la moelle». Изданіе очень изящное. Цѣна 18 фр.

— С.-Петербургскимъ Губ. Земствомъ для постройки больницы для душевно-больныхъ куплено за 200 тыс. руб. имѣніе «Сиворицы», Царскосельскаго уѣзда, въ 12 вер. отъ Гатчины и въ 5 вер. отъ ст. Суйда. Имѣніе

занимаетъ площадь въ 952 дес. Больницу предполагается построить на 350 кроватей, на что потребуется около 350 тыс. рублей. Проектъ устройства больницы находится въ настоящее время на разсмотрѣніи Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. Постройку предполагается окончить въ 1904 году. — Ежедневникъ.

— «Кав. Тел.» (№ 2382) передаетъ, что г. Ге, сынъ художника, бесѣдая въ Киевѣ съ сотрудникомъ мѣстной газеты, сообщилъ кое-что о графѣ Л. Н. Толстомъ. По словамъ г. Ге, графъ Л. Н. Толстой будто бы сказалъ въ разговорѣ съ нимъ: «Самыя ужасныя учрежденія—это больницы, остроги и дома умалишенныхъ. Въ особенности послѣдніе: нужно пожить тамъ, чтобы видѣть, что тамъ дѣлается. Въ домахъ умалишенныхъ, устроенныхъ для простонародія въ провинціяхъ, дѣлаются ужасныя вещи: ихъ морятъ постепенно голодомъ, не говоря уже о томъ, какъ ихъ тамъ бьютъ. Но родные заплатили деньги, и совѣсть ихъ чиста!»—Достоверность этого факта мы оставляемъ подъ большимъ знакомъ вопроса. Трудно повѣрить, чтобы нашъ великій писатель выразился въ такой именно формѣ о психіатрическихъ больницахъ. Не виновата-ли тутъ слишкомъ смѣлая развязность гг. интервьюэровъ. Если бы дѣйствительно въ этихъ больницахъ жили и видѣли, что тамъ происходитъ, тогда бы не было и подобныхъ вымысловъ. А обобщать единичные факты въ желаемомъ смыслѣ всегда возможно. Но только позволительно ли это?

— «Юрид. Газ.» сообщаетъ, что Петербургскому Окружному Сулу вскорѣ предстоитъ рѣшить рѣдкое въ практикѣ нашихъ судебныхъ установленій дѣло, породившее въ столичномъ обществѣ много толковъ и сильно заинтересовавшее мѣстный юридическій міръ. Дѣвица Е. Б. была загипнотизирована своею подругою; находясь подъ вліяніемъ внушенія, она явилась въ общество неизвѣстныхъ ей лицъ, гдѣ была изнасилована и растлѣна. Очнувшись послѣ совершеннаго надъ нею гнуснаго преступленія, несчастная явилась къ прокурору суда, которому и передала подробно все, что съ нею продѣлано. Прокурорскій назаоръ далъ этому дѣлу надлежащій ходъ, и въ настоящее время къ отвѣтственности по обвиненію въ изнасилованіи дѣвицы Е. Б., совершеннымъ надъ нею въ то время, когда она находилась подъ вліяніемъ сдѣланнаго ей предварительнаго внушенія, привлекаются трое подсудимыхъ.—Этотъ случай въ нашей криминальной хроникѣ безъ сомнѣнія обратитъ на себя должное вниманіе и, быть можетъ, дастъ поводъ къ дополненію нашего уголовного уложенія, которое совѣсть не предусматриваетъ пользованія гипнотизмомъ съ преступной цѣлью. А между тѣмъ злоумышленное пользованіе гипнотизмомъ представляетъ особый видъ преступной дѣятельности, крайне опасной для общества и потому заслуживающей соответственной уголовной кары. Только при существованіи строгаго законнаго преслѣдованія за злоупотребленіе гипнотизмомъ и мыслима борьба съ этимъ новымъ видомъ преступленія.

— «Кав. Тел.» передаетъ, что въ Августѣ мѣсяцѣ въ Виленскій еврейскій госпиталь явился душевно-больной въ сопровожденіи родныхъ и зна-

комыхъ и заявилъ, что онъ проглотилъ большую металлическую ложку. Исследование зондомъ и помощью рентгеновскихъ лучей действительно обнаружило въ пищеводе присутствіе большой столовой ложки. Была произведена операція и ложка удалена черезъ желудокъ.

— «Нов. Вр.» передаетъ, что покушавшаяся на убійство своего мужа куличиха О. А. Фирсанова была признана сумасшедшей и помѣщена въ Преображенскую больницу, но 2 Юня 1900 г. главный врачъ этой больницы заявилъ прокурору о выздоровленіи Фирсановой и просилъ вновь освидѣтельствовать ее. Однако врачи, вторично свидѣтельствовавшіе Фирсанову, не признали ее вполне нормальной. Присяжный повѣренный И. А. Муромцевъ обжаловалъ такое заключеніе врачей, и теперь Московская судебная палата постановила произвести новое, болѣе тщательное освидѣтельствованіе Фирсановой, дѣло которой возбуждаетъ въ Москвѣ большой интересъ.

— 27 Августа въ десяти верстахъ отъ Пскова, въ казенной лѣсной дачѣ, была совершена торжественная закладка зданій для колоніи душевно-больныхъ, устраиваемой Губернскимъ Земствомъ. До сихъ поръ душевно-больные помѣщались въ Псковѣ въ особомъ отдѣленіи при Губернской Земской больницѣ. На постройку колоніи ассигнована сумма въ 450 тыс. рублей, причѣмъ колонія должна быть построена не менѣе какъ на 250 кроватей. Насколько необходимо сооруженіе въ Псковской губерніи такой колоніи, можно видѣть изъ слѣдующихъ цифръ: въ существующемъ отдѣленіи для душевно-больныхъ содержится лишь 193 человѣкъ; между тѣмъ, если считать только 10 душевно-больныхъ на 10 тыс. здороваго населенія, то для Псковской губерніи получится болѣе 1000 человѣкъ, требующихъ леченія въ психіатрическихъ лечебницахъ.—Нов. Вр. № 8804.

— Въ Московское дворянское депутатское собраніе поступилъ капиталъ въ 36 тыс. руб., завѣщанный архитекторомъ П. П. Зыковымъ на устройство лечебницы для душевно-больныхъ дворянскаго сословія.—Б. Г. Б.

— При Алексѣевской больницѣ для душевно-больныхъ въ Москвѣ будутъ устроены мастерскія на 30 тыс. руб., изъ которыхъ 15 тыс. рублей пожертвованы А. В. Алексѣевой, а другіе 15 тыс. руб.—душеприказчикомъ А. К. Медвѣдниковой.—Врачъ.

— Московскія газеты передаютъ, что находившійся въ Преображенской больницѣ для душевно-больныхъ на испытаніи врачъ *Шатуновскій* (обвиняемый въ прививкѣ своимъ паціентамъ заразныхъ болѣзней и въ вымогательствахъ) бѣжалъ изъ больницы 29 Августа, но вскорѣ былъ задержанъ и доставленъ обратно въ больницу.—Еженед.

— По словамъ газетъ, въ Костромѣ преосвященный епископъ Виссарионъ подвергся дерзкому нападенію во время слѣдованія изъ Ипатьевскаго монастыря въ Соборъ. Карета преосвященнаго была остановлена нѣкимъ Дифпровскимъ, который вытащилъ изъ кармана бутылку съ водкой и со словами «а не хочешь ли, владыка, выпить?»—бросилъ ее по направленію

сидящаго архіерея, а затѣмъ, поднявъ кирпичъ, тоже бросилъ его въ карету. Днѣпровскій арестованъ и препровожденъ въ домъ умалишенныхъ, такъ какъ онъ оказался психически-больнымъ.

— Въ Лексингтонѣ, въ Соединенныхъ штатахъ, одинъ врачъ, если вѣрить *Coggiere della Sera*, задумалъ новый опытъ гипнотизма, который могъ, однако, имѣть плачевныя послѣдствія. Усыпивъ одну четырнадцатилѣтнюю дѣвочку, по имени Модъ Малсіузъ, онъ внушилъ ей, что она умерла. Мнимую покойницу положили въ гробъ, опустили въ могилу, которую и засыпали землей. Спустя три дня, могилу разрыли и, открывъ гробъ, нашли тамъ спокойно спящую дѣвочку. Медики, нагнувшись надъ дѣвочкой, прошептали ей на ухо нѣсколько словъ, и Модъ сразу проснулась. Затѣмъ, совершенно здоровая и веселая, она выпрыгнула изъ гроба и отправилась домой со своими родными, присутствовавшими при опытѣ. Счастливый исходъ опыта былъ встрѣченъ всеми съ радостнымъ облегченіемъ, но самый опытъ произвелъ на всѣхъ удручающее впечатлѣніе.—*Si non e vero, e bene trovato.*



ЛѢТОПИСЬ СЪЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія Общества 30 апрѣля.

Предѣлательствовалъ Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали гг. дѣйствительные члены: В. С. Болдыревъ, В. Н. Васяткинъ, Б. И. Воротынской, А. Э. Гебергъ, В. Н. Долговъ, М. М. Маевскій, Н. А. Миславскій, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Д. А. Тимофеевъ, Н. Н. Топорковъ, А. Е. Янишевскій, гости: д-ра Малѣевъ, Лошиловъ, Карауловъ и нѣсколько человѣкъ публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ Д. А. Тимофеевъ демонстрировалъ препараты окончанія нервовъ въ діафрагмѣ и брюшинѣ и сдѣлалъ при этомъ соотвѣтственныя разъясненія.

По поводу показаннаго проф. Н. А. Миславскій возбудилъ интересный вопросъ объ опредѣленіи центральнаго мѣста происхожденія тѣхъ нервныхъ волоконъ, инкапсулированныхъ окончанія которыхъ докладчикъ демонстрировалъ въ *centrum tendineum*, а также замѣтилъ, что въ высокой

степени важно изучить рефлексы съ этихъ первыхъ окончаній, и что громадная величина Пачиніевыхъ тѣлецъ наводитъ на мысль объ ихъ специально назначеніи.

Д-ръ Д. А. Тимофеевъ отвѣтилъ, что Краузе смотритъ на Пачиніевы тѣльца, какъ на снарядъ, служащій прыгающимъ животнымъ для опредѣленія перемѣщенія центра тяжести, но съ своей стороны докладчикъ предполагаетъ, что, вѣроятно, у другихъ животныхъ также эти тѣльца существуютъ, но меньшихъ размѣровъ, почему просматриваются изслѣдователями.

Д-ръ В. П. Малѣевъ сдѣлалъ докладъ «Къ патологической анатоміи бульбарныхъ параличей сосудистаго происхожденія».

Д-ръ Б. И. Воротынской по поводу сообщеннаго замѣтилъ, что затронутый докладчикомъ вопросъ о бульбарныхъ параличахъ мало еще разработанъ съ анатомической стороны, не смотря на то, что острые и хроническіе случаи бульбарныхъ параличей встрѣчаются довольно часто. Докладчикъ, къ сожалѣнію, располагалъ несвѣжимъ случаемъ, почему также не могъ воспользоваться всѣми лучшими современными способами изслѣдованія, чтобы, установивши въ точности патолого-анатомическую картину, сопоставить ее съ клинической картиной болѣзни. Тѣмъ не менѣе работа докладчика имѣетъ свое значеніе, какъ попытка разобратся въ патолого-анатомической картинѣ указаннаго страданія.

Д-ръ В. П. Малѣевъ отвѣтилъ, что карминные препараты, имъ приготовленные, дали надежные результаты, тѣмъ болѣе, что выводы дѣлались при просмотрѣ цѣлой серіи препаратовъ, тогда какъ способъ Marchi въ данномъ случаѣ непригоденъ, такъ какъ вскрытіе человѣческихъ труповъ происходитъ обычно по прошествіи 3 дней послѣ смерти, способъ же Marchi даетъ удовлетворительные результаты лишь въ свѣжихъ случаяхъ. Обработка по Вейгерту также не примѣнялась вслѣдствіе своей крайней медленности.

Проф. Н. А. Миславскій, обращая вниманіе докладчика на описанныя имъ измѣненія волоконъ п. Hypoglossi у выхода, настаивалъ для правильности выводовъ на необходимость прослѣживать измѣненія и по всей длинѣ волоконъ, ибо иногда легко мѣста, гдѣ образовался Kunstproduct, принять за патологически измѣненныя.

Проф. Н. М. Поповъ, видѣвшій всѣ препараты докладчика, выяснилъ, что измѣненія наблюдались по всей длинѣ волоконъ и въ самой толщѣ п. Hypoglossi, также добавилъ, что за послѣднее время ученіе о бульбарныхъ параличахъ чрезвычайно подвинулось съ развитіемъ новыхъ методовъ изслѣдованія, такъ что теперь есть возможность клиническую картину связать съ патолого-анатомическими измѣненіями, которыя обычно локализуются въ такихъ случаяхъ на днѣ 4-го желудка въ его задней половинѣ. Этиологическимъ моментомъ бульбарныхъ параличей являются измѣненія кровообращенія въ головномъ мозгу, инсульты же въ толщу мозговой коры обуславливаютъ псевдобульбарные параличи.

Докладчикомъ обстоятельно описана клиническая картина болѣзни и сколько возможно выяснена патолого-анатомическая сторона страданія, и такимъ образомъ данный случай, можетъ быть, дать возможность отчасти осветить тотъ симптомокомплексъ, который носитъ названіе астеническаго бульбарнаго паралича Эрба, который описываетъ подъ такимъ названіемъ крайне затяжную форму болѣзни, оканчивающуюся то полнымъ выздоровленіемъ, то смертью, но въ такомъ случаѣ патолого-анатомическихъ измѣненій нѣтъ; случай же докладчика имѣетъ ту особенность, что хотя развился чрезвычайно быстро, но выразился глубокими патолого-анатомическими измѣненіями центральной нервной системы.

Проф. Н. А. Миславскій допускаетъ объясненіе происхожденія астеническаго бульбарнаго паралича Эрба вазомоторной ишеміей, вслѣдствіе, напримѣръ, пораженія нервныхъ кѣтокъ гангліозныхъ периферическихъ центровъ сосудодвигателей.

Д-ръ Б. И. Воротынскій указалъ на то, что, принимая во вниманіе характеръ картины астеническаго паралича, можно склоняться къ тому мнѣнію, что здѣсь дѣло идетъ какъ будто объ утомленіи извѣстныхъ центровъ, зависящемъ быть можетъ, отъ измѣненія кровообращенія въ головномъ мозгу.

Въ административной части засѣданія произведена баллотировка въ дѣйствительные члены О-ва д-ра В. П. Малѣва, который и былъ выбранъ единогласно.

Протоколъ засѣданія Общества 26 сентября.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали г. почетный членъ О-ва К. А. Ариштейнъ и гг. дѣйствительные члены: В. С. Болдыревъ, Б. И. Воротынскій, Г. А. Клячкинъ, В. И. Левчаткинъ, М. М. Маевскій, В. П. Малѣвъ, Н. А. Миславскій, И. И. Наумовъ, Д. В. Полумордвиновъ, Л. А. Сергѣевъ, П. С. Скуридинъ, Д. А. Тимофеевъ, Н. Н. Топорковъ, А. Е. Янишевскій, гости: д-ръ Лоциловъ и около 30 человекъ публики.

Г. Предсѣдатель О-ва, открывая засѣданіе, сказалъ, что со времени послѣдняго засѣданія наука потеряла одного изъ выдающихся русскихъ психiatровъ, проф. С. С. Корсакова, скончавшагося лѣтомъ въ Москвѣ. Предсѣдатель, указывая, что медицинская и общая пресса достаточно уже выяснили заслуги покойнаго, предложилъ присутствующимъ почтить память усопшаго вставаніемъ.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ръ А. Е. Янишевскій сообщилъ «Къ патологіи сухожильныхъ рефлексовъ» и демонстрировалъ больного.

По поводу изложеннаго проф. Н. А. Миславскій пожелалъ добавить, не возражая на сказанное, что, во-первыхъ, одновременно съ двигательнымъ эффектомъ можно получить съ коры головного мозга и угнетающій эффектъ на мышца; такъ, было прослѣжено нѣкоторыми авторами и самимъ Н. А. Миславскимъ, когда онъ совмѣстно съ проф. В. П. Курчинскимъ производилъ раздраженіе двигательной области коры заднихъ конечностей, что при сокращеніи сгибателей наблюдается активное расслабленіе разгибателей, во-вторыхъ, хотя движенія съ мозжечка не получаются, но этотъ органъ имѣть громадное значеніе, когда движенія получаются съ коры, и разницу въ этомъ случаѣ надо искать въ количественной сторонѣ движеній. Въ третьихъ, оппонентомъ рефлексы были получены при комбинированномъ раздраженіи коры и заднихъ корней. Кромѣ того Н. А. Миславскій указалъ, что докладчикъ въ литературномъ очеркѣ по затронутому вопросу опустилъ очень важную по экспериментальнымъ даннымъ работу Thoma's, занимавшася въ лабораторіи Dejerme'a.

Д-ръ Б. И. Воротынский высказался въ томъ смыслѣ, что въ случаѣхъ докладчика едва ли можно было съ полной увѣренностью діагностировать фокусное заболѣваніе на сифилитической почвѣ; въ исторіяхъ болѣзни приведены симптомы, говорящіе за разлитой характеръ пораженія головного мозга, а въ такомъ случаѣ нельзя говорить о томъ или иномъ влияніи мозжечка на сухожильные рефлексы. Кромѣ того, авторъ почему то не привелъ теоріи Sternberg'a, которая тоже заслуживаетъ извѣстнаго вниманія.

Д-ръ Янишевскій отвѣтилъ, что сомнѣніе въ строгой локализациі можетъ вызвать 2-й его случай, который приведенъ въ дополненіе къ первому по сходству клинической картины. Что касается I случая, то локализациа пораженія въ мозжечкѣ не вызывала сомнѣній у наблюдавшихъ больного въ разгарѣ болѣзни. Противъ теоріи Sternberg'a, предполагающей постоянное раздраженіе волоконъ, подавляющихъ рефлексы, говорятъ случаи съ весьма продолжительнымъ теченіемъ, какъ напримѣръ случай Egger'a, продолжавшійся н лѣтъ. Кромѣ того эта теорія примѣнима для объясненія отсутствія рефлексовъ при пораженіи спинного мозга, чего въ приведенныхъ случаяхъ нѣтъ.

Д-ръ Д. В. Полумординовъ, желая обратить вниманіе докладчика, что общераспространенная схема рефлекторной дуги можетъ быть извѣнена въ томъ смыслѣ, что ganglion vertebrale можетъ не имѣть существеннаго значенія для передачи рефлексовъ,—привелъ въ доказательство опыты Steinch'a съ прекращеніемъ крови къ чувствительнымъ клѣткамъ спинного мозга, при чемъ все-таки рефлексъ получался, такъ какъ еще существовалъ путь передачи раздраженія, именно съ отростка на отростокъ, минуя клѣтку.

Проф. Н. А. Миславскій указалъ, что Бете еще раньше опубликовалъ свой опытъ надъ крабами, устанавливающіе этотъ фактъ съ несомнѣнностью.

Проф. Н. М. Поповъ сказалъ, что съ клинической стороны два случая, описанные д-ромъ А. Е. Янишевскимъ, имѣютъ не одинаковое зна-

ченіе. Въ то время какъ относительно 2-го случая можно возражать, что больной, выписанный изъ больницы съ слабыми рефлексами, могъ имѣть таковыми же и до болѣзни, относительно 1-го случая не можетъ быть сомнѣнія въ томъ, что у больной рефлексы понизились во время страданія. Съ діагностикой фокуснаго заболѣванія мозжечка въ этомъ послѣднемъ случаѣ необходимо согласиться, хотя симптомы проявленія страданія сосудовъ отличаются крайней измѣчивостью. Настоящее сообщеніе имѣеть цѣлью внести свѣтъ въ крайне сложный и запутанный вопросъ, какимъ представляется ученіе о кожныхъ и сухожильныхъ рефлексахъ. Приведенный случай тѣмъ болѣе имѣеть значеніе, что объектомъ наблюденія служитъ человекъ, тогда какъ для экспериментовъ пользуются животными, а полного переноса выводовъ въ послѣднемъ случаѣ на человека дѣлать нельзя.

Д-ръ И. И. Наумовъ сдѣлалъ докладъ «Судебно-психіатрической случай».

При обсужденіи доклада проф. Н. М. Поповъ обратилъ вниманіе докладчика, что поднятіе ноги при изслѣдованіи сухожильныхъ рефлексовъ ранѣе удара молоткомъ можетъ происходить и не изъ желанія симулировать, какъ на то смотритъ И. И. Наумовъ. Особенно важный и крайне интересный симптомъ, безспорно указывающій на страданіе нервно-мышечнаго аппарата кровеносныхъ сосудовъ, былъ отмѣченъ докладчикомъ—это покраснѣніе груди во время эпилептического припадка.

Д-ръ В. П. Малѣевъ высказалъ взглядъ, что цѣлесообразность поступковъ изъ желанія скрыть слѣды совершеннаго преступленія въ случаѣ докладчика говоритъ какъ бы за то, что преступникъ убилъ не въ состояніи умственного разстройства.

Д-ръ Б. И. Воротынской указалъ на то, что при рѣшеніи вопросовъ объ отвѣтственности подсудимыхъ въ случаяхъ подозрѣнія на эпилепсію имѣютъ большое значеніе для эксперта обстоятельства дѣла; въ данномъ же случаѣ преступленіе было совершено при исключительныхъ условіяхъ—безъ свидѣтелей, это и было главнѣйшей причиной трудности экспертизы, не давшей категорическаго заключенія.

Д-ръ А. Е. Янишевскій сообщилъ, что проф. Чижевскій въ своей послѣдней статьѣ указываетъ еще на одинъ симптомъ для діагностики эпилепсіи—оловянный блескъ глазъ. Присматриваясь къ эпилептикамъ, дру Янишевскому также удавалось подмѣтить такой блескъ глазъ.

Въ обсужденіи происхожденія такого феномена у больныхъ приняли участіе И. И. Наумовъ, Н. А. Миславскій, Б. И. Воротынской.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ обратилъ вниманіе, что въ судебно-психіатрической практикѣ приходится постоянно имѣть дѣло съ преступниками эпилептиками, относительно которыхъ необходимо рѣшать, въ какомъ состояніи ими было совершено преступленіе. Давать заключеніе бываетъ тѣмъ еще труднѣе, что слѣдствіе обыкновенно не собираетъ и не даетъ никакихъ указаній, необходимыхъ для врача-психіатра.

Въ административной части засѣданія просили проф. Н. А. Миславскаго прочитать рѣчь въ предстоящемъ годичномъ засѣданіи О-ва. Н. А. Миславскій общалъ сообщить въ ближайшемъ засѣданіи О-ва заглавіе своей рѣчи.

Д-ръ И. И. Наумовъ, завѣдующій кассой О-ва, сообщилъ о своемъ скоромъ отъѣздѣ изъ Казани.

Поручено передать кассовыя книги, дѣла и кассу въ завѣдываніе члену бюро О-ва А. Е. Янишевскому. Дру же И. И. Наумову выражена, по предложенію Н. А. Миславскаго, благодарность за исполненіе обязанностей казначея.

Доложено предложеніе Ковенскаго О-ва врачей объ обмѣнѣ изданіями.

Постановлено: принять предложеніе.

Предложенъ въ дѣйствительные члены О-ва профессоръ В. С. Грузлевъ (профессорами К. А. Арштейномъ, Н. А. Миславскимъ и Н. М. Поповымъ).

**Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и
библіотеку Общества:**

- Извѣстія Императорской Военно-Медицинской академіи. 1900, № 1.
- D-r P. Kouindjy. Le traitement mécano-thérapique des Hémiplé-
giques. Extrait des Archives de Neurologie. 1900, № 59.
- Труды комиссіи по вопросу объ алкоголизмѣ. Вып. V.
- Soukhanoff et F. Geier. Contribution à l'étude de l'anatomie
pathologique et de l'histopatologie de la paralysie générale. Extr. de la nou-
velle iconogr. de la Salpêtrière.
- Soukhanoff. Note sur l'impregnation isolée des cellule neurogli-
ques par la méthode de Golgi-Ramon-y-Cajal. Extr. du Journal de Neurologie.
1900.



ОБЪЯВЛЕНІЯ.

На 1901 годъ

(девятый годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА и проф. Н. М. ПОНОВА.

Въ 1901 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходитъ по прежнему періодически четырежды 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.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1901 ГОДЪ

(Шестой годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ

И

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ“.

Ежемесячный журналъ, издаваемый подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера (Невскій 14) и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 руб.; за полгода—4 р. 50 коп.; за 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обозрѣнія» за 1895—1899 года можно приобрѣтать у издателя по 9 рублей за годъ.

1901 г.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

ГОДЪ 6.

НА ЖУРНАЛЬ

„ВОПРОСЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ“

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ ПРОФЕССОРА УНИВ. СВ. ВЛАДИМІРА

И. А. Сикорскаго

въ Кіевѣ.

Журналъ выходитъ книжками каждыя три мѣсяца по слѣдующей программѣ:

- 1) Оригинальныя статьи по вопросамъ психіатріи и нервной патологии, а также по вопросамъ анатоміи, фізіологіи, гігіены нервной системы и врачебной экспертизы, относящейся къ этимъ предметамъ.
- 2) Критика и библіографія по тѣмъ же вопросамъ.
- 3) Хроника нервныхъ клиникъ, психіатрическихъ клиникъ, домовъ для умалишенныхъ, заведеній идиотовъ и исправительныхъ заведеній.
- 4) Краткія замѣтки по содержанію трехъ предыдущихъ отдѣловъ.

Статьи для журнала присылаются редактору въ заказныхъ письмахъ или бандероляхъ по слѣдующему адресу: Кіевъ, профессору И. А. Сикорскому (Б.-Подвальная, 15).

Авторы критическихъ обзоровъ получаютъ гонораръ 60 р. за печ. листъ.

Авторы статей получаютъ по 25 экз. отдѣльныхъ оттисковъ. О присланныхъ въ редакцію книгахъ и изданіяхъ будетъ оповѣщено въ одной изъ ближайшихъ книжекъ.

Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой въ годъ 6 р.

Лица, подписывающіяся на 5-й и 6-й годъ журнала, платятъ 10 р., на 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й и 6—24.

Подписка принимается: въ Редакціи журнала (Кіевъ, Б.-Подвальная 15), въ книжныхъ магазинахъ Оглоблина, Югансона и Розова въ Кіевѣ, а также въ книжномъ магазинѣ Карла Риккера въ Спб. (Невскій, 14).

Подписка на 1901 годъ на журналъ ПЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ „ДѢЯТЕЛЬ“.

Въ качествѣ согрудниковъ принимаютъ участіе профессора: А. И. Александровъ, Е. О. Будде, Л. О. Даркшевичъ, И. М. Догель, Г. О. Дормидонтовъ, В. Ф. Задѣвскій, Н. О. Катановъ, О. Г. Мищенко, Н. В. Сорокинъ, Е. П. Янишевскій, А. И. Подбѣльскій и, кромѣ того, Б. Н. Агаѳоновъ, Я. Посадскій, Р. В. Ризположенскій, С. М. Смирновъ, В. А. Никитская, М. Д. Закревская, М. А. Готвальдъ и др.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- 1) Правительственныя распоряженія.
- 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
- 3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія.
- 4) Письма изъ провинцій.
- 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.
- 6) Изъ жизни и печати.

- 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.
- 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
- 9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
- 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
- 11) Критика и библиографія.
- 12) Объявленія.

Подписная цѣна только за полный годъ 2 рубля.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ безплатныя народныя библіотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898 и 1899 годы платятъ 6 рублей.

Подписчикамъ за 1899 годъ выдается безплатно «Исторія Казани» К. О. Фукса.

ПОЛУГОДОВАЯ ПОДПИСКА НЕ ПРИНИМАЕТСЯ.

Адресъ редакціи: Казань, почтамту извѣстенъ.

Редакторъ-издатель **А. Соловьевъ.**

Подписка принимается на 1901 годъ

ЖУРНАЛЪ РУССКАГО ОБЩЕСТВА ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

ОДИННАДЦАТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

Допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ библиотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

«Журналъ» выходитъ ежемѣсячно, книжками отъ 5 до 7 печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія.—II. Отчеты о заведеніяхъ отдѣловъ и секцій Общества.—III. Научныя корреспонденціи.—IV. Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы.—V. Критика и библиографія.—VI. Хроника. VII. Частныя объявленія и публикаціи.—VIII. Приложенія.

Подписная цѣна въ годъ 4 руб. съ доставкою и пересылкою.

Подписка принимается: въ С.-Петербургѣ: въ канцеляріи Общества охр. нар. здравія.—С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15, и въ книжныхъ магазинахъ: Риккера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина и др. «Журналъ» можетъ быть высланъ наложеннымъ платежемъ.

Плата за объявленія—за одинъ разъ: за страницу 10 рублей, за $\frac{1}{2}$ страницы 7 руб., за $\frac{1}{4}$ страницы 4 руб. Объявленія впереди текста на 25% дороже.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ.

Экземпляры «Журнала» за предыдущіе годы по 3 руб. съ перес.

Контора Журнала помѣщается въ канцеляріи Р. Общества охр. народн. здравія: С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15. Контора редакціи открыта ежедневно, исключая праздниковъ, отъ 6 до 8 часовъ вечера.

Редакторъ А. А. Липскій.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1901 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по научнымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библиографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертации, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и заграничѣ книгахъ и сочиненіяхъ по всеѣмъ отраслямъ знанія; библиографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протоколовъ засѣданія Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, биографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія, распредѣленія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованные.

Ученыя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всеѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ *Ө. Мищенко.*

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1901 ГОДЪ

(12-й годъ изданія)

НА

БОЛЬНИЧНУЮ ГАЗЕТУ БОТКИНА,

выходящую 1 разъ въ недѣлю въ объемѣ 2¹/₂—3 листовъ.

Подъ редакціей проф. М. М. ВОЛКОВА и прив.-доц. Н. Я. КЕТЧЕРА

и при ближайшемъ участіи д-ра В. М. Бородулина, доц. Е. С. Боткина, проф. С. С. Боткина, д-ра А. А. Нечаева, проф. Т. П. Павлона, проф. В. Н. Сиротинина, доц. Г. А. Смирнова и д-ра А. А. Троянова.

Программа газеты въ 1901 году будетъ заключать слѣдующіе отдѣлы:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отраслямъ медицины и соприкасающихся съ ней наукъ. II. Больничное и общественно-санитарное дѣло въ Россіи и за границей. III. Систематизированные рефераты и обзорѣнія главнѣйшихъ произведеній русской и иностранной медицинской литературы. IV. Корреспонденціи. V. Отчеты о больничныхъ совѣщаніяхъ по научному отдѣлу, о засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ, о медицинскихъ съѣздахъ, о диспутахъ Военно-Медицинской Академіи и медицинскихъ факультетовъ Имперіи. Газета печатаетъ официальные протоколы засѣданій Общества Русскихъ Врачей и Общества Дѣтскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ. VI. Критика и библиографія. VII. Обзорѣніе текущихъ событій медицинской жизни, мелкія сообщенія; справочныя свѣдѣнія; данныя о движеніи больныхъ въ С.-Петербургскихъ больницахъ, сообщаемыя Спб. статистическимъ бюро.

Подписная цѣна: за годъ съ доставкой 8 руб., за полгода—4 р. 50 коп.

Подписка принимается въ магазинѣ книгъ и учебныхъ пособій Н. Н. Морева подъ фирмою Н. Фену и К^о (С.-Петербургъ, Невскій просп., 90—92, телефонъ № 1323) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

ГОДЪ ИЗДАНІЯ ВОСЬМОЙ „ЕЖЕНЕДЪЛЬНИКА“

журнала „Практическая Медицина“.

Подъ редакціей д-ра А. А. Лозинскаго.

Вступая въ восьмой годъ своего существованія, „Еженедѣльникъ“ и при новой редакціи сохранить, въ главныхъ чертахъ, прежнее свое направленіе. Основныя задачи редакціи—сохранить преобладающій практической характеръ, удѣлять подобающее мѣсто и теоретической сторонѣ медицины въ научномъ отдѣлѣ газеты и защищать врачебные интересы вообще и каждаго изъ членовъ его порознь—въ бытовомъ. Строго разграничивая домашнюю жизнь врача отъ его общественной дѣятельности, редакція, какъ и донныѣ, при разсмотрѣніи бытовыхъ вопросовъ, будетъ избѣгать обвиненія отдѣльныхъ лицъ, не стѣсняясь въ то же время указывать на общіе грѣхи врачебнаго сословія.

ПРОГРАММА ИЗДАНІЯ СЛѢДУЮЩАЯ:

1) Оригинальныя и переводныя статьи преимущественно практическаго направленія, иллюстрированныя, при надобности, рисунками, 2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ вопросамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному сословію. 3) Рефераты *всѣхъ* оригинальныхъ статей, печатающихся въ главныхъ общихъ русскихъ медицинскихъ журналахъ, дающіе возможность полнѣе ознакомиться съ научными матеріалами каждаго изъ этихъ журналовъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Отчеты о засѣданіяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 6) Корреспонденціи. 7) Хроника и мелкія извѣстія. 8) Объявленія.

Редакторъ журнала «Практическая Медицина» и газеты «Еженед. Практ. Медик.» д-ръ А. А. ЛОЗИНСКІЙ.

Помощникъ редактора д-ръ О. А. ЛУНЦЪ.

Издатель В. С. ЭТТИНГЕРЪ.

Цѣна журнала «Практическая Медицина» и газеты «Еженедѣльникъ» журнала «Практическая Медицина» 10 р. съ перес. и доставк. Заграницу 14 р. Для желающихъ допускается разсрочка ежегоднаго взноса въ три срока: 4 руб. при подпискѣ, 3 р. 1 Мая и 3 р. 1 Августа; или въ пять сроковъ: при подпискѣ 2 руб., затѣмъ 1 Марта 2 руб., 1 Мая 2 руб., 1 Юля 2 руб. и 1 Сентября 2 р.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, Малая Итальянская, 13, въ конторѣ журнала «Практическая Медицина», и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

Гонораръ за статьи, помѣщаемыя въ «Еженедѣльникѣ», 30 руб. съ листа въ 8 страницъ и 25 отдѣльныхъ оттисковъ съ оригинальныхъ статей; оттиски фельетоновъ не печатаются.



Стр.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи.	184.
<i>С. Сухановъ.</i> О психозахъ у близнецовъ. 184.— <i>Н. Вырубовъ.</i> О перерожденіяхъ нервныхъ клѣтокъ и волоконъ въ спинномъ мозгу при нарост. параличѣ. 184.— <i>В. Бехтерева.</i> Лечебное значеніе гипноза. 186— <i>П. Никитинъ.</i> Къ вопросу о прирѣвннхъ эпилептиковъ и идиотовъ. 188.— <i>E. Kurz</i> und <i>E. Kraepelin.</i> Ueber die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch regelmässigen Alcoholgenuss. 189.— <i>M. Probst.</i> Experimentelle Untersuchungen über die Schleifenendigung etc. 193.	
Письмо въ редакцію	196.
Хроника и смѣсь	200.
Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ	205.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку Общества.	
Объявленія.	

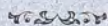
ВЪ ПРОДАЖѢ ИМѢЮТСЯ СЛѢДУЮЩІЯ НОВЫЯ КНИГИ:

Академика **В. М. Бехтерева.** Невропатологическія и психіатрическія наблюденія.—Спб. 1900. Ц. 2 р.

Его-же. Лечебное значеніе гипноза.—Спб. 1900. Ц. 30 к.

Проф. **Н. М. Попова.** Шесть лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.—Казань, 1900. Ц. 75 к.

Прив.-доц. **В. И. Воротынскаго.** Психо-физическія особенности преступника - дегенеранта.—Казань, 1900. Ц. 25 к.



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

Предсѣдатель **Н. Поповъ.**

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четыремѣ
книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками
въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по
2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіа-
трической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ раз-
стройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной фи-
зіологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи повсѣмъ вышеуказаннымъ
отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензии, относящіяся къ
тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ
и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакцію* (Казань, Университетъ
психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магази-
нахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ вы-
пусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ
немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ *редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ»,
просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ,
Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Ка-
зань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою
статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ,
благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя председателя
(Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ
надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время на-
печатанія статей и распределеніе ихъ по книжкамъ производится сообразно
наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редак-
цію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ
въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи по-
лучаютъ 30 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или
въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань,
Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или
въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1893 г.—4 руб., за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898
и 1899 гг.—по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи В. И. Воротынский.

