

ка. н 6571.
7920²

Принято
1900 г.

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

и

профессора Н. М. ПОПОВА (Казань).

Томъ **IX**, вып. **1.** — IV

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Н. Штернъ. Развѣтіе и современное состояніе ученія о патологическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ (продолженіе).

М. Лапинскій. О заболѣваніяхъ нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи.

И. Г. Наумовъ. Судебно-психіатрическій случай.

Проф. А. В. Смирновъ. Бѣлковая оболочка глаза, какъ мѣсто чувствительныхъ нервныхъ окончаній (съ табл. рис.).

Н. А. Вырубовъ. Множественная саркома черепного мозга вслѣдствіе переноса новообразованія изъ легкаго.

М. М. Маевскій. Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при душевныхъ болѣзняхъ.

В. П. Матѣевъ. Статистика въ психіатріи.

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Отчетъ о дѣятельности Общества за 1900 годъ.

Списокъ членовъ Общества по 1 Января 1901 года.

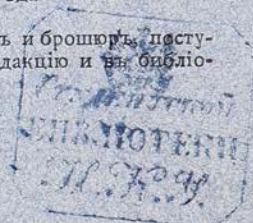
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и въ бібліотеку Общества.

Объявленія.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 1.



220

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Н. Штернъ. Развитие и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ (продолженіе)	1.
М. Лапинскій. О заболѣваніяхъ нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи.	41.
И. І. Наумовъ. Судебно-психіатрическій случай	114.
Проф. А. Е. Смирновъ. Бѣлковая оболочка глаза, какъ мѣсто чувствительныхъ нервныхъ окончаній (съ табл. рис.)	135.
Н. А. Вырубовъ. Множественная саркома черепного мозга вслѣдствіе переноса новообразованія изъ легкаго	141.
М. М. Маевскій. Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при душевныхъ болѣзняхъ	150.
В. П. Малѣвъ. Статистика въ психіатріи	159.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.	206.
--	------

Д-ръ **П. Заболотновъ.** Къ патологіи нервной кѣтки при брюшномъ тифѣ и дифтеритѣ. 206.—**А. Ф. Де-Мезеръ.** Посмертныя измѣненія нервныхъ кѣтокъ, обнаруживаемыя при окраскѣ по Nissl'ю. 208.—**A. Bethe.** Ueber die Primitivfibrillen in den Ganglienzellen vom Menschen und anderen Wirbelthieren. 209.—**A. Bethe.** Ueber die Neurofibrillen in den Ganglienzellen von Wirbelthieren. 214.—**Séglas et Heitz.** Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig. 217.—**Ladame et**



Развитіе и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ.

Николая Штерна.

(Продолженіе; см. т. VIII, вып. 4).

Вскорѣ послѣ этой работы появились наблюденія *Marotte*¹⁾, *Marotte et Luys*²⁾, *Trousseau*³⁾, *Isnard*⁴⁾, *Iaccoud*⁵⁾ и мног. др.

Во всѣхъ этихъ работахъ описываются случаи *tabes'a* со вскрытіемъ, при которыхъ безъ исключенія были найдены измѣненія въ заднихъ столбахъ. Такимъ образомъ, болѣе и болѣе подтверждалось мнѣніе, высказанное *Bourdon*'омъ, что основаніемъ „*атаксії Duchenne'a*“ служитъ измѣненіе заднихъ столбовъ спинного мозга.

Но, съ другой стороны, были сообщены случаи, которые противорѣчили наблюденіямъ. Такъ, въ случаѣ *Monod'a*⁶⁾,

¹⁾ *Marotte*, Observation d'ataxie loc. prog., suivie d'autopsie. Union. méd. 1862.

²⁾ *Luys*, Comptes rend. de la Société de Biologie. 1856.

³⁾ *Trousseau*, De la valeur des differents méthodes de traitement de l'ataxie l. p. Gaz. des hôp. 1863.

⁴⁾ *Isnard*, Observation d'ataxie loc. progr. Union méd. 1862.

⁵⁾ *Iaccoud*, Sur l'ataxie musculaire. Gazette hebdom. 1862.

⁶⁾ *Monod*, Bulletin de la société anatomique. Paris. 1832.

Duchenne'а ¹⁾, *Lancereaux* ²⁾, *Gillaret* и др. при жизни были замѣчены всѣ признаки атаксіи, а между тѣмъ вскрытіе не показало ни малѣйшихъ измѣненій въ спинномъ мозгу. Зато *Lancereaux* и особенно *Duchenne* находили измѣненія (последнія не описаны) въ маломъ мозгу.

Эти обстоятельства ввели *Duchenne*'а въ заблужденіе и онъ установилъ ошибочный взглядъ на атаксію, объясняя ее не анатомическимъ пораженіемъ спинного мозга, а функціональнымъ страданіемъ мозжечка.

Все это, конечно, шло въ разрѣзъ съ мнѣніемъ *Boungdon*'а, и нѣкоторые наблюдатели, особенно *Teissier* ³⁾, *Iaccoud* (l. c.) и др. стали утверждать, что *разстройство координации движеній не есть отдѣльная болѣзнь, а только симптомъ, принадлежащій многимъ другимъ болѣзнямъ.*

Какъ мы видимъ, ученіе объ атаксіи всего болѣе развивалось во Франціи, но вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивались разногласія, такъ что, дѣйствительно, уже не легко было разобратъ въ этомъ вопросѣ. Поэтому Парижская Академія въ 1862 г. предложила задачу, состоявшую въ составленіи исторіи развитія ученія о спинной сухоткѣ. На конкурсъ было прислано нѣсколько работъ, изъ которыхъ мемуаръ *Topinard*'а ⁴⁾ былъ увѣнчанъ преміей.

Эта работа отличается замѣчательнымъ богатствомъ собраннаго въ ней матеріала. *Topinard* разбираетъ, на основаніи работъ прежнихъ авторовъ и многихъ собственныхъ наблюденій, не только клиническую, но и патолого-анатомическую сторону вопроса. Свою работу онъ раздѣляетъ на двѣ части; въ первой части онъ рассматриваетъ тѣ случаи, гдѣ атаксія является какъ симптомъ другихъ болѣзней, во второй части

¹⁾ Duchenne. Traité de l'électrisation localisée. 1861. Gazt. hebdom. 1864.

²⁾ Lancereaux, цит. у Iaccoud'a.

³⁾ Teissier, De l'ataxie musculaire. Gaz. méd. de Lyon. 1861.

⁴⁾ Topinard, De l'ataxie loc. prog. et en particulier de la maladie appelée ataxie loc. pr. Paris. 1864.

онъ разбираетъ случаи атаксіи при табессѣ. *Topinard* наблюдалъ атаксію въ 150 случаяхъ хроническаго воспаленія спинного мозга, въ 24 случаяхъ страданія мозжечка, въ 7 случаяхъ истеріи и мн. др. Нужно замѣтить, что только почти $\frac{1}{3}$ часть случаевъ атаксіи при хроническомъ воспаленіи спинного мозга подтверждена вскрытіемъ, остальные были наблюдаемы лишь при жизни и между ними встрѣчаются много такихъ случаевъ, гдѣ, кромѣ атаксіи, всѣ другіе признаки указываютъ на страданіе головного, а не спинного мозга, куда ихъ причисляетъ *Topinard*.

Что касается его взгляда на атаксію, то онъ считаетъ ее разстройствомъ координаціи движеній, обусловленнымъ уменьшеніемъ рефлекторной силы спинного мозга, а не зависящимъ ни отъ мышечной слабости, ни отъ кожной или мышечной анестезіи.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи его работа представляетъ много интереснаго. Что касается измѣненій заднихъ столбовъ и заднихъ корешковъ, то *Topinard* признаетъ постоянными и необходимыми только измѣненія столбовъ, между тѣмъ какъ *перерожденіе корешковъ считаетъ процессомъ вторичнымъ*, послѣдующимъ за перерожденіемъ столбовъ.

Интересно также его указаніе, что въ шейной части задняго столба сперва заболѣваютъ пучки *Goll*'я, а затѣмъ также вѣтвистыя отдѣлы заднихъ столбовъ вблизи мѣставхожденія заднихъ корешковъ.

Изъ работъ, появившихся подъ прямымъ вліяніемъ труда *Duchenne*'а, я еще долженъ указать на работу *Marius Carre* ¹⁾. Авторъ въ своей работѣ задавался цѣлью доказать, что *ataxie loc. progr.* есть самостоятельная болѣзнь спинного мозга, имѣющая постоянныя и опредѣленныя анатомическія измѣненія въ заднихъ столбахъ спинного мозга; онъ предлагаетъ назвать эту болѣзнь *myelophthisie ataxique*.

¹⁾ Carre, Nouvelles recherches sur l'ataxie loc. prog. Paris. 1865.

Онъ возстаетъ противъ тѣхъ авторовъ, которые полагаютъ, что первичный процессъ лежитъ не въ заднихъ столбахъ, а составляетъ только функциональное заболѣваніе. (Trousseau, Benedikt, Isnard). Онъ категорически заявилъ и многочисленными наблюденіями доказываетъ, что сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ составляетъ первичное измѣненіе при этой болѣзни, а атактическія явленія бывають только послѣдствіемъ этого перерожденія.

Далѣе Carre впервые доказалъ, что во многихъ случаяхъ межпозвоночныя узлы представляются измѣненными и на основаніи этого высказываетъ предположеніе, что перерожденіе заднихъ пучковъ и корешковъ, можетъ быть, стоитъ въ зависимости отъ измѣненій въ этихъ узлахъ.

Этимъ я кончаю обзоръ работъ французскихъ авторовъ, вызванныхъ трудомъ Duchenne'a, и займусь теперь работами нѣмецкихъ авторовъ.

Въ Германіи работа Duchenne'a, обратила на себя также должное вниманіе и вызвала рядъ интересныхъ и важныхъ изслѣдованій, между которыми главное мѣсто занимаютъ труды Rindfleisch'a ¹⁾, Leyden'a ²⁾, Friedreich'a ³⁾, Eisenmann'a ⁴⁾ и Westphal'a ⁵⁾.

Всѣ эти изслѣдованія, главнымъ образомъ, посвящены разработкѣ гистологій при сѣромъ перерожденіи и не мало способствовали развитію ученія о сѣромъ перерожденіи заднихъ столбовъ.

Въ 1863 г. Rindfleisch (l. c.) опубликовалъ свои изслѣдованія о сѣромъ перерожденіи головного и спинного мозга.

¹⁾ Rindfleisch, Histologische Details zu der grauen Deg. von Gehirn u. Rückenmark. Virchow's Archiv. Bd. 26. 1863.

²⁾ Leyden, Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. Berlin. 1863.

³⁾ Friedreich, Ueber Degenerationsatrophie der spinaler Hinterstränge. Virchow's Archiv. Bd. 26, 1863.

⁴⁾ Eisenmann. Die Bewegungsataxie. Wien, 1863.

⁵⁾ C. Westphal, Tabes dorsualis, graue Degeneration der Hinterstränge u. paralysis univ. progr. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. XX. 1862.

Онъ предложилъ новую теорію сѣраго перерожденія, доказывая, что начало процесса состоитъ въ утолщеніи маленькихъ артерій, происходящемъ вслѣдствіе частыхъ и продолжительныхъ, влекшихъ за собою гиперемію, раздраженій центральныхъ органовъ; послѣ этого наступаетъ развитіе промежуточной соединительной ткани, вслѣдствіе чего происходитъ атрофія нервныхъ волоконъ. При дальнѣйшемъ теченіи процесса наступаетъ регрессивный метаморфозъ соединительной ткани. При этомъ изъ этихъ клѣтокъ впослѣдствіи образуются „жировыя зернышки“ (Fettkörnchenkugeln), въ которыхъ, посредствомъ окрашиванія карминомъ, можно доказать присутствіе одного или многихъ ядеръ и которыя, такимъ образомъ, не состоятъ изъ остатковъ нервной субстанции (Rokitansky). Въ патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ онъ различаетъ 3 послѣдовательныхъ стадіи: 1) измѣненіе и утолщеніе стѣнокъ сосудовъ; 2) атрофія нервныхъ элементовъ и 3) метаморфозъ соединительной промежуточной ткани. Этотъ процессъ, по мнѣнію Rindfleisch'a, лежитъ и въ основѣ спинной сухотки.

Процессъ, описанный здѣсь Rindfleisch'емъ, не вполне соответствуетъ картинѣ, наблюдаемой при сѣромъ перерожденіи спинного мозга. Измѣненіе сосудовъ, хотя и было констатировано и другими авторами (Charcot et Vulpian, Leyden, Friedreich), есть явленіе непостоянное и никогда не было выражено въ такой сильной формѣ, чтобы этимъ измѣненіемъ сосудовъ можно было объяснить такія глубокія перерожденія, какъ это бываетъ при табесѣ.

Одновременно съ изслѣдованіями Rindfleisch'a появились изслѣдованія Friedreich'a (l. c.) о дегенеративной атрофіи заднихъ столбовъ спинного мозга. Онъ сообщилъ исторіи шести больныхъ. У всѣхъ при жизни было расстройство движеній, безъ уменьшенія мышечной силы; начиналось оно въ ногахъ, потомъ распространялось на руки и, наконецъ, на языкъ. Случаи особенно замѣчательны тѣмъ, что всѣ больные

принадлежали къ двумъ семействамъ. Трое изъ больныхъ умерли, и при вскрытіи найдены атрофія заднихъ столбовъ и *leptomeningitis spinalis chronica*, преимущественно въ задней части.

Атрофію нервныхъ элементовъ *Friedreich* считалъ явленіемъ послѣдовательнымъ за воспаленіемъ заднихъ столбовъ, начавшимся въ поясничной его части.

Впослѣдствіи оказалось, что описанные здѣсь случаи не принадлежать къ *tabes dorsalis*, но составляютъ опредѣленную болѣзнь, носящую теперь названіе наследственной атаксіи *Friedreich'a*.

Вслѣдъ за *Friedreich'омъ* въ томъ же году (1863) *C. Westphal* (l. c.) опубликовалъ свою работу о *tabes dorsualis* и *paralysis universalis progressiva*.

Въ этой работѣ *W.* на основаніи трехъ своихъ случаевъ и многочисленныхъ наблюденій другихъ авторовъ указываетъ на связь спинной сухотки съ общимъ прогрессивнымъ параличемъ.

Въ двухъ случаяхъ, гдѣ при жизни наблюдался прогрессивный параличъ, къ которому присоединились нѣкоторые симптомы *tabes'a* (симптомъ *Romberg'a*, стрѣляющіе боли и др.), при вскрытіи *Westphal* наблюдалъ „экзквизитное сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга почти по всей длинѣ; между тѣмъ нельзя было доказать измѣненія вещества головного мозга“.

На основаніи приведенныхъ случаевъ и многихъ другихъ тщательныхъ наблюденій *W.* полагалъ несомнѣннымъ, что существуетъ тѣсная связь между заболѣваніемъ спинного мозга при *tabes'ѣ* и разстройствомъ въ психической сферѣ. То, что онъ не могъ констатировать измѣненій въ головномъ мозгу, *W.* объясняетъ тѣмъ, что онъ не обладалъ достаточно точнымъ способомъ изслѣдованія.

При этомъ онъ дѣлаетъ слѣдующіе интересные выводы:

1) Существуетъ заболѣваніе (сѣрое перерожденіе) заднихъ столбовъ спинного мозга, въ дальнѣйшемъ теченіи котораго развивается заболѣваніе головного мозга (*Geistesstörung*).

2) Соответствующее сѣрому перерожденію заднихъ столбовъ заболѣваніе головного мозга еще не могло быть доказано. Природа этой болѣзни еще неизвѣстна, но она, повидимому, осложняется *hydrocephalus internus*.

Работа этого знаменитаго нѣмецкаго клинициста важна особенно въ томъ отношеніи, что здѣсь впервые выражается мысль, что во многихъ случаяхъ болѣзненный процессъ при *tabes* не останавливается на сѣромъ перерожденіи заднихъ столбовъ спинного мозга.

Въ этомъ же году *Eisenmann* (I. c.) опубликовалъ свои изслѣдованія объ „атаксіи движеній“. Трудъ этотъ содержитъ тщательно собранный матеріалъ; авторъ собралъ всѣ имѣющіяся до него наблюденія *ataxie locomotr. progr.* (всего 68 случаевъ) и на основаніи ихъ точнаго анализа онъ разбираетъ патологическую анатомію, клиническую картину и симптомологию.

Eisenmann, однако, не внесъ ничего новаго и оригинальнаго. Что касается природы болѣзни, то Е. полагаетъ, что мѣсто первичнаго заболѣванія находится въ *cerebellum*, который онъ признаетъ центромъ координаціи движеній; задніе столбы Е. считаетъ проводящими импульсы отъ мозжечка, слѣдовательно центрально.

По поводу того, что перерожденіе заднихъ столбовъ постепенно уменьшается снизу вверхъ, *Eisenmann* говоритъ, „что страданіе мозжечка, по неизвѣстному для насъ закону, вызываетъ перерожденіе снизу вверхъ, а не наоборотъ“ (!).

Въ русской медицинской литературѣ работа *Duchenne* прошла почти незамѣченной. Только въ 1865 г. въ Москвѣ появилась диссертация *Кожевникова*¹⁾: „*Ataxie locomotrice progressive*, прогрессивное уничтоженіе координаціи“.

Въ ней авторъ разсматриваетъ *ataxie*, какъ отдѣльную, самостоятельную болѣзнь, происходящую вслѣдствіе пере-

¹⁾ Кожевниковъ, *Ataxie locomotrice progressive*.—Диссертация. Москва. 1865.

рожденія и атрофіи заднихъ столбовъ спинного мозга, что въ большинствѣ случаевъ составляетъ слѣдствіе хроническаго воспаленія ихъ.

„Разстройство движеній, говоритъ Кожевниковъ, являющееся при этомъ, происходитъ не вслѣдствіе потери чувствительности, а вслѣдствіе уничтоженія прямого и непосредственнаго вліянія заднихъ столбовъ на механизмъ движенія“.

Въ 1866 г. изъ клиники проф. Боткина появилась диссертация *П. Успенскаго* ¹⁾ подъ заглавіемъ „*Ataxie locomotrice progressive*“.

Въ этой весьма интересной работѣ авторъ, разбирая сначала исторію развитія ученія объ *ataxie loc. progr.* на основаніи 9-ти клиническихъ наблюденій (одинъ случай со вскрытіемъ), дѣлаетъ свои выводы.

Вскрытіе дало слѣдующій результатъ:

„Спинной мозгъ въ нижней его части, особенно въ поясничномъ утолщеніи, значительно атрофированъ; *m. optici* очень истончены; микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ поясничной части спинного мозга волокна заднихъ столбовъ не содержали міэлина; выше же количество его постепенно увеличивалось; передніе столбы въ поясничной части также мало содержали міэлина, но кѣтки переднихъ роговъ представлялись неизмѣненными, кѣтки же заднихъ роговъ были сильно пигментированы и тутъ можно было прослѣдить всѣ степени пигментации.

Сосуды, сколько можно было ихъ изслѣдовать, не представляли особенныхъ измѣненій; соединительная ткань, какъ жется, была увеличена.

Изъ этого мы видимъ, что результаты, полученные *Успенскимъ*, въ общемъ тождественны съ другими наблюденіями при *ataxie loc. progr.*

¹⁾ Успенскій, *Ataxie locomotrice progressive*. Диссертация. С.-Петербургъ, 1866.

Что касается сущности процесса, то Успенскій принимает теорію Leyden'a (см. ниже), что въ основаніи этой болѣзни лежитъ *перерожденіе заднихъ столбовъ, происходящее вслѣдствіе страданія чувствительныхъ путей*. Соглашаясь съ Leyden'омъ, Успенскій однако заявляетъ, что не слѣдуетъ думать, что патолого-анатомическія измѣненія при спинной сухоткѣ заключаются въ атрофіи заднихъ столбовъ спинного мозга; есть случаи, гдѣ *присоединяются мозговые симптомы и при вскрытіи наблюдается размяченіе въ головномъ и спинномъ мозгу*.

Эта работа Успенскаго осталась, къ сожалѣнію, совершенно незамѣченной и не упоминается даже русскими авторами.

На разборѣ этихъ работъ я заканчиваю второй періодъ и теперь въ краткомъ резюмѣ постараюсь сопоставить всѣ данныя, полученныя за этотъ и предыдущій періоды.

Разсматривая вкратцѣ результаты перваго и второго періода исторіи развитія ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ, мы должны сказать, что хотя едва ли стоитъ труда рыться въ мемуарахъ и запискахъ авторовъ перваго періода, не давшихъ рѣшительно ничего яснаго и опредѣленнаго, всетаки интересно вспомнить, какъ съ самаго начала этого столѣтія развилось ученіе о табесѣ.

Сначала подъ названіемъ „*tabes dorsalis*“ подразумѣвали всевозможныя заболѣванія нервной системы, но мало-по-малу болѣе наблюдательные авторы (E. Horn, Schesmer; Weidenbach и др.) начинаютъ понимать, что *tabes dorsalis* не есть коллективное понятіе для различныхъ заболѣваній, но что спинная сухотка есть самостоятельная болѣзнь, характеризующаяся опредѣленными симптомами. Но у этихъ авторовъ мы находимъ только указаніе на такое пониманіе болѣзни.

Второй періодъ открывается работами Hutin'a и Horn'a. Первый констатировалъ *снрое перерожденіе* заднихъ столбовъ, атрофію заднихъ корешковъ и *pervotum opticorum*. Эта работа послужила толчкомъ къ новымъ изслѣдованіямъ. Вслѣдъ

за этой работой появились наблюденія Ollivier, Monod, Cruveilhier и др.—Horn далъ довольно точную симптоматиологию и первый предложилъ выдѣлить *tabes* изъ различныхъ другихъ болѣзней. И его работа повлекла за собой цѣлый рядъ новыхъ, интересныхъ изслѣдованій (Meyer, Brach, Canstatt, Steinthal, Spiess, Albers, Romberg и др.).

Уже въ природѣ этой сложной болѣзни мы должны искать ту причину, что только медленно и только благодаря долгимъ и тщательнымъ наблюденіямъ у постели больного и у секціоннаго стола могло развиваться приблизительно ясное представленіе о патологіи и патологической анатоміи этой болѣзни.

Если мы припомнимъ, насколько недостаточны были тогдашнія анатомическія знанія о строеніи нервной системы вообще и спинного мозга и заднихъ корешковъ въ частности, то мы собственно должны удивляться тому обстоятельству, что уже въ этомъ второмъ періодѣ стало пробиваться вѣрное представленіе о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ спинномъ мозгу при *tabes dorsalis*. Вѣдь до 1860 г. знали только, что задніе столбы состоятъ изъ двухъ родовъ волоконъ, изъ которыхъ одни идутъ въ спинномъ мозгу въ поперечномъ, а вторые въ продольномъ направленіи. „Молча согласились, говорятъ анатомъ Stilling, признать первыя за продолженіе заднихъ столбовъ“.

Дальнѣйшія изслѣдованія Stilling'a доказали, что часть заднихъ столбовъ спинного мозга непосредственно образуется изъ восходящихъ волоконъ заднихъ корешковъ. Goll подтверждаетъ это открытіе (1860). Къ этому вскорѣ присоединились фундаментальныя физиологическія работы van Deen'a, Schiff'a, Longet, Brown-Séguard, Todd, Chavéau и др., которые доказали, что задніе столбы преимущественно служатъ проводниками чувствительности и рефлексовъ. Вскорѣ появились замѣчательныя наблюденія Türk'a и Waller'a и работа Deiters'a о гангліозныхъ клѣткахъ. Эти послѣднія работы, которыя по времени появленія относятся собственно ко второму періоду,

но должны быть причислены уже къ третьему періоду, такъ какъ онѣ сдѣлались общеизвѣстными въ 60-хъ годахъ.

Всѣ эти изслѣдованія сдѣлали возможнымъ поставить вопросъ о *tabes*’ѣ на болѣе прочную и болѣе вѣрную почву.

Въ началѣ этого періода господствовало еще полное непониманіе патолого-анатомическихъ измѣненій при *tabes*’ѣ, и хотя перерожденіе заднихъ столбовъ и заднихъ корешковъ было констатировано нѣсколько разъ, все-таки ни одинъ авторъ не призналъ это явленіе постояннымъ патолого-анатомическимъ субстратомъ этой болѣзни.

Мы видѣли, что даже такіе изслѣдователи, какъ Romberg и Wunderlich, имѣли самыя сбивчивыя понятія о спинной сухоткѣ. Доказательствомъ того, какъ Romberg смотрѣлъ на табесъ, можетъ служить тотъ фактъ, что R. былъ крайне удивленъ, когда при вскрытіи табетика передніе корешки найдены были неповрежденными, между тѣмъ какъ чувствительные корешки были атрофированы и перерождены.

Далѣе интересно одно мѣсто изъ сочиненія знаменитаго Wunderlich’a ¹⁾, которое лучше всего иллюстрируетъ намъ, каковы были взгляды на эту болѣзнь:

„*Tabes dorsalis* принадлежитъ къ числу тѣхъ заболѣваній спинного мозга, которыя впервые обратили на себя вниманіе изслѣдователей; при этомъ въ тотъ періодъ, когда анатомическія изслѣдованія находились еще въ зачаткѣ, симптомы этой болѣзни ставили въ зависимость отъ спеціальнаго анатомическаго состоянія: сухотки (*Abzehrung*) и атрофіи спинного мозга. Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что эти поспѣшныя заключенія объ анатомическихъ измѣненіяхъ не совсѣмъ оправдались, такъ какъ, если мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ и находимъ сморщиваніе органа, все-таки гораздо чаще констатируемъ другія измѣненія, отчасти даже отсутствіе всякихъ измѣненій“.

¹⁾ Wunderlich, Handbuch der Pathologie und Therapie. Stuttgart. 1854.

Duchenne также не былъ въ состояніи указать на анатомическое измѣненіе, лежащее въ основѣ ataxie loc. prog. Онъ видѣлъ всего одно вскрытіе табетика съ совершенно отрицательными результатами и могъ поэтому дѣлать свои заключенія лишь теоретически.

„Гдѣ же, слѣдовательно, лежитъ анатомически строго-опредѣленное мѣсто поврежденія при ataxie loc. progr., спрашиваетъ Duchenne; вѣдь, несомнѣнно, при этой болѣзни существуетъ патолого-анатомическое измѣненіе на точно опредѣленномъ мѣстѣ въ центральной нервной системѣ“?

Основываясь на опытахъ Flourens и Longet, Duchenne построилъ теорію, что болѣзнь локализуется въ мозжечкѣ, въ центрѣ координаціи движеній. Изъ всего этого становится понятнымъ, что даже болѣе или менѣе ясное представленіе о патологическихъ измѣненіяхъ при этой болѣзни продолжало оставаться „*primum desiderium*“.

Англійскій врачъ Gull ¹⁾ первый указалъ на постоянное заболѣваніе заднихъ столбовъ спинного мозга. Онъ въ 1858 г. въ *Guys Hospital Reports* опубликовалъ одно наблюденіе, сдѣланное имъ вполне независимо отъ работы Duchenne'a и прежде, чѣмъ послѣдняя стала извѣстной. Наблюденія Gull'я вполне соответствовали картинѣ болѣзни, описанной французскими авторами, и были въ патолого-анатомическомъ отношеніи крайне важны, такъ какъ Gull при помощи микроскопа доказалъ при этомъ процессъ сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ.

Вслѣдъ за этой работой появились во Франціи наблюденія Bourdon'a, Luys'a, Dumesnil'я, Iaccoud, Trousseau, Carre и др., въ Германіи работы Rindfleisch'a, Eisenmann'a, Westphal'я, Fromman'a и др.

Работы этихъ авторовъ отчасти подтвердили ученіе Gull'я, отчасти дальше развили его.

Казалось, что вопросъ о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при tabes'ѣ до извѣстной степени былъ рѣшенъ; это

¹⁾ Gull, *Guy's Hospital reports* 1858. T. IV p. 169.

мнѣніе нашло свое полное выраженіе въ выставленномъ *Marius Carre*’омъ положеніи:

„*Ataxie locomotrice progressive* есть болѣзнь спинного мозга, имѣющая постоянныя, опредѣленныя анатомическія измѣненія въ заднихъ столбахъ.

Что касается природы процесса, то мы видимъ, что въ этомъ отношеніи существовало крайнее разногласіе. *Luys* считалъ процессъ вторичнымъ перерожденіемъ, происходящимъ отъ первичнаго заболѣванія заднихъ корешковъ, подвергшихся раньше измѣненіямъ отъ менингита.

Это мнѣніе не выдерживало критики, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ была констатирована неповрежденность мозговыхъ оболочекъ.

Charcot, *Vulpian*, *Friedreich* думали, что въ основѣ этой болѣзни лежитъ хронически-воспалительный процессъ, который постепенно ведетъ къ атрофіи нервныхъ элементовъ и къ разраженію соединительной ткани.

Противъ этой теоріи говоритъ, по моему мнѣнію, во 1) тотъ фактъ, что при развитіи этого процесса отсутствуютъ всѣ признаки воспаленія (гиперемія, эмиграція бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ) и 2) локалізація процесса въ заднихъ только столбахъ остается непонятной, если искать источникъ его въ соединительно-тканыхъ или сосудистыхъ элементахъ.

Много сторонниковъ нашла себѣ теорія *Wunderlich*’а, которая разсматриваетъ процессъ, какъ неврозъ (*Teissier*, *Isnard*, *Eisenmann*, *Trousseau* и др.).

Trousseau на основаніи своихъ наблюденій вывелъ заключеніе, что „*l’ataxie est une névrose spasmodique, caractérisée par un manque d’aptitude de coordination des mouvements volontaires*“.... и къ этому онъ впослѣдствіи прибавилъ, что неврозъ этотъ влечетъ за собою спеціальныя измѣненія въ спинномъ мозгу и заднихъ корешкахъ.

На этомъ оканчиваю разборъ работъ второго періода.

II.

«Die Tabes stellt eine Affection des Gesamtnervensystems dar, bei der das Rückenmark erst secundär erkrankt, aber in einer so charakteristischen Weise, dass man auf andere weniger erhebliche Befunde nicht geachtet hat».

(Д-ръ Гирьеръ, Deutsche Med. Woch. 1893).

Третій періодъ: Отъ *Лейдена* до *Штрюмпелля* (1863—1882).

Съ появленіемъ работы *Leyden*'а „Die gräue Degeneration der hintern Rückenmarkstränge“ въ исторіи развитія ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ открывается *третій періодъ*.

Въ этой извѣстной работѣ *Leyden* поставилъ себѣ задачей изучить патологическую анатомію при спинной сухоткѣ и доказать зависимость клинической картины болѣзни отъ патолого-анатомическихъ измѣненій, такъ чтобы существенныя черты ея могли быть объяснены выпаденіемъ тѣхъ функцій, которые присущи пораженнымъ отдѣламъ.

Въ этой работѣ онъ собралъ большую часть извѣстныхъ до него случаевъ этого страданія и къ этому присоединилъ еще 9 собственныхъ наблюденій.

Несмотря на сильныя нападки, которымъ долго подвергалась эта работа, результаты, добытые *Leyden*'омъ, сохранили свое значеніе до настоящаго времени. Преимущественно въ послѣдніе годы, когда подъ вліяніемъ работъ *Marie*, *Déjérine*, *Redlich*'а и др. развилось ученіе объ экзогенномъ заболѣваніи заднихъ корешковъ и заднихъ столбовъ при спинной сухоткѣ, вернулись къ старой теоріи *Leyden*'а, высказанной имъ еще въ 1863 году.

Я поэтому болѣе подробно займусь разборомъ этой работы.

Описаніе, данное Leyden'омъ объ анатомическихъ и гистологическихъ измѣненіяхъ въ спинномъ мозгу и въ корешкахъ остались почти вполне дѣйствительными до сегодня.

Основываясь на результатахъ девяти вскрытій табетиковъ, при чемъ Leyden весьма подробно изслѣдовалъ макро и микроскопически спинной мозгъ и задніе корешки, онъ установилъ свою общезвѣстную теорію и этимъ самымъ вызвалъ совершенно новый переворотъ въ ученіи о tabes'ѣ. Теорія эта гласитъ:

„Die graue Dégénération der Hinterstränge schliesst sich an die Function der Nerven an und wird in der Regel durch sie bestimmt, so dass sie (die dr. Deg.) also eine eigentümliche Atrophie oder Degeneration der sensiblen Partien des Rückenmarks ist“ (стр. 152).

Въ своихъ изслѣдованіяхъ Leyden основывался, главнымъ образомъ, на данныхъ физиологін. На основаніи весьма точныхъ физиологическихъ наблюденій онъ пришелъ къ убѣжденію, что въ задніе столбы входитъ часть волоконъ заднихъ корешковъ, такъ „что между ними существуетъ такое соотношеніе, что задніе столбы проводятъ раздраженія волоконъ заднихъ корешковъ въ sensorium“.

Для заднихъ корешковъ было несомнѣнно доказано, что они содержатъ чувствительныя волокна. Если, слѣдовательно, разсуждаетъ Leyden, названныя части измѣнены, перерождены, то непременно должна выпадать присущая имъ функція, въ данномъ случаѣ проводимость чувствительности. Эти соображенія нашли свое полное подтвержденіе въ данныхъ клиническаго наблюденія: болѣзнь преимущественно начинается „экспцентрическими“, стрѣляющими, молніеобразными болями, которыя указываютъ на заболѣваніе чувствительныхъ нервовъ. Характеръ же болей указываетъ на центральное ихъ происхожденіе; слѣдовательно, мы имѣемъ пораженіе чувствительныхъ частей спинного мозга. Далѣе степень болѣзненности постепенно ослабѣваетъ; это явленіе даетъ намъ право заключить, что болѣзненный процессъ привелъ къ окончатель-

ной гибели чувствительные элементы, т. е. полной атрофии ихъ.

„Мы познакомились, готорить Leyden, такимъ образомъ, съ болѣзненнымъ процессомъ, который по своему теченію и имѣющимся анатомическимъ измѣненіямъ указываетъ на заболѣваніе чувствительныхъ путей въ спинномъ мозгу и въ заднихъ корешкахъ“.

Исслѣдуя далѣе двигательную сферу, Leyden нашелъ, что, хотя въ функціяхъ мышцъ и наблюдаются значительныя измѣненія, двигательная способность ихъ и нормальная сила сохранены. Изъ этого явленія Leyden выводитъ заключеніе, что передніе корешки не должны быть повреждены. Разстройство въ функціяхъ мышцъ Leyden объясняетъ *потерей чувствительности* (*sensorische ataxie*)¹⁾.

Чтобы подтвердить вышеприведенныя воззрѣнія, Leyden изслѣдовалъ спинной мозгъ и другія части нервной системы у довольно большого числа табетиковъ и пришелъ при этомъ къ слѣдующимъ результатамъ:

На мѣстѣ бѣлаго вещества заднихъ столбовъ просвѣчивается пучокъ сѣраго или сѣровато-бѣлаго цвѣта, который тянется по всей длинѣ спинного мозга. То онъ кажется по всей своей ширинѣ равномерно окрашеннымъ въ сѣрый цвѣтъ, то уже невооруженнымъ глазомъ можно отличить болѣе интенсивный цвѣтъ среднихъ частей отъ менѣе выраженной окраски боковыхъ частей, которыя прерываются еще болѣе тонкими, бѣловатыми, нитевидными полосками.

На поперечномъ разрѣзѣ видно, что эта окраска не только поверхностна, но проходитъ глубоко въ вещество заднихъ столбовъ. Последніе въ большей или меньшей степени замѣщены сѣрой полупрозрачной, студенистой массой, которая рѣзко отдѣлена отъ нормальнаго бѣлаго вещества. Это

¹⁾ Leyden, Ueber Muskelsinn u. Ataxie. Arch. f. path. Anat. 1869. Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Bd. II.

измѣненіе съ одной стороны простирается до сѣрыхъ заднихъ роговъ, периферическіе концы которыхъ также вовлечены въ процессъ дегенераціи; съ другой стороны процессъ простирается въ глубину до задней центральной спайки.

Обыкновенно дегенерація рѣзко ограничивается этими отдѣлами, въ рѣдкихъ случаяхъ, однако, процессъ переходитъ на боковые столбы.

Дегенерація занимаетъ всю длину или большую часть спинного мозга. Въ большинствѣ случаевъ она начинается съ *cauda equina* и распространяется вверхъ до *medulla oblongata*. Въ другихъ случаяхъ она не занимаетъ всей длины, а оставляетъ свободнымъ кверху и книзу нѣкоторый участокъ.

Наивысшей интенсивности процессъ достигаетъ въ периферическихъ частяхъ спинного мозга, отсюда направляется по средней перегородкѣ такимъ образомъ, что послѣдняя исчезаетъ. Процессъ въ сильныхъ степеняхъ развитія распространяется все дальше, *при чемъ въ передней части, около задней спайки и въ участкахъ, прилегающихъ къ заднимъ рогамъ, всегда остаются нормальныя нереперожденные волокна.* Кромѣ этихъ участковъ замѣчаются еще простымъ глазомъ желтыя точки (описанныя также Charcot); это маленькіе сосуды съ сильно утолщенными стѣнками.

Задніе корешки представляютъ тѣ-же измѣненія, что и задніе столбы. Если же въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствительно не удалось простымъ глазомъ констатировать въ нихъ измѣненія, то намъ кажется, что при микроскопическихъ изслѣдованіяхъ эти измѣненія могли бы быть доказаны. „Во всякомъ случаѣ, говоритъ Leyden, существованіе перерожденія заднихъ столбовъ безъ участія корешковъ не можетъ быть доказаннымъ“. При этомъ Leyden еще указываетъ, что существуетъ параллель между дегенераціей заднихъ корешковъ и заднихъ столбовъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи Leyden въ общемъ нашелъ такія же измѣненія, какъ и Türk, Vichow и Bourdon. Особенно Leyden'a поражала бѣдность перерожденныхъ ча-

стей первыми элементами. Въмѣсто нормальной ткани находятъ прозрачную, однородную, наполненную зернистыми элементами, основную массу, въ которой разбросаны кое-гдѣ нормальныя волокна. Далѣе на препаратахъ можно видѣть очень тонкую, мелкоклѣточную соединительную ткань. Leyden не соглашается съ Rokitansky'мъ въ объясненіи происхожденія этихъ соединительно-тканыхъ волоконъ; онъ думаетъ такимъ образомъ, что сперва атрофируются первныя волокна, находящіяся между соединительно-тканымъ сплетеніемъ, вслѣдствіе чего (т. е. атрофіи) первныя трубочки спадаются; волокна соединительной ткани сближаются и образуютъ такимъ образомъ болѣе густую сѣть.

Мы однако и съ этимъ мнѣніемъ Leyden'a не можемъ вполне согласиться, такъ какъ несомнѣнно, что послѣ гибели нормальной нервной ткани развивается вновь соединительная ткань на ея мѣстѣ, стремясь какъ бы выполнять свободное пространство.

Заднія периферическія части заднихъ роговъ (по теперешней терминологіи — краевой поясъ Lissauer'a или наружный поясъ Flechsig'a) обыкновенно также участвуютъ въ перерожденіи. При этомъ Leyden не рѣшается указать, въ чемъ именно состоитъ измѣненіе сѣраго вещества, но полагаетъ, что существуетъ уменьшеніе въ числѣ первныхъ волоконъ.

Въ заднихъ корешкахъ микроскопически Leyden могъ доказать такія же измѣненія, какъ въ заднихъ столбахъ. Они оказываются обѣднѣвшими нормальными волокнами, но всегда, даже въ высшихъ степеняхъ перерожденія, можно въ нихъ доказать то болѣе тонкія, то болѣе толстыя нормальныя волокна (какъ это уже наблюдали Luys, Charcot и др.).

Далѣе Leyden сдѣлалъ весьма важное и интересное изслѣдованіе. Онъ впервые доказалъ, что *периферическіе нервы также перерождаются* при tabes dorsalis. Для этой цѣли имъ былъ изслѣдованъ ischiadicus одного табетика, который, хотя казался нормальнымъ и бѣлаго цвѣта, однако на поперечномъ разрѣзѣ былъ найденъ атрофированнымъ.

Что касается *природы и сущности процесса*, то Leyden главным образом оспаривает мнѣніе, что измѣненія заднихъ столбовъ при *tabes* могутъ быть подведены подъ группу обычнаго хроническаго воспаленія (Fromman, Ціонъ, Friedreich и др.); онъ на основаніи вышеприведенныхъ соображеній принимаетъ процессъ за своеобразное *перерожденіе*, *распространяющееся въ восходящемъ направленіи*, при чемъ первые элементы все болѣе и болѣе подвергаются атрофіи.

Изъ приведеннаго здѣсь описанія макро-и микроскопическихъ измѣненій становится яснымъ, что Leyden точнѣе указываетъ на область распространенія перерожденія. Указанія эти вполне подтвердились дальнѣйшими изслѣдованіями. Leyden, между прочимъ, указалъ уже на неповрежденность участка, прилегающаго къ задней спайкѣ и къ заднимъ рогамъ, т. е. участка, который занимаетъ исключительное положеніе въ строеніи заднихъ столбовъ.

Если мы такимъ образомъ рассмотримъ результаты, къ которымъ Leyden пришелъ, то мы должны согласиться, что, начиная съ этого времени, какъ патолого-анатомическая, такъ и клиническая стороны вопроса стали на болѣе твердую и на болѣе вѣрную почву.

Намъ въ теченіе нашей работы еще многократно придется вернуться къ тѣмъ выводамъ, къ которымъ Leyden пришелъ уже въ 1863 году, именно при разборѣ новѣйшихъ работъ.

Трудъ Leyden'a вызвалъ цѣлый рядъ работъ, въ которыхъ авторы пытались опровергнуть его теорію.

Среди этихъ работъ особенной рѣзкостью критики отличается монографія Ціона ¹⁾: *Die Lehre von der tabes dorsalis*.

Ціонъ въ своей работѣ критикуетъ главнѣйшія изслѣдованія, относящіяся къ этому вопросу, и въ концѣ книги даетъ довольно цѣнную таблицу 203 случаевъ спинной сухотки.

¹⁾ Ціонъ Э. *Die Lehre von der tabes dorsalis. Kritisch u. experimentell erläutert.* Berlin. 1867.

Онъ опровергаетъ мнѣніе Eisenmann'a, Duchenne'a, а особенно рѣзко выступаетъ противъ воззрѣній Leyden'a. Ціонъ разбираетъ выставленные Leyden'омъ теоріи о происхожденіи атаксіи, при чемъ приводитъ слѣдующія данныя: есть случаи съ сильно-выраженной атаксіей безъ потери чувствительности и съ другой стороны наблюдались случаи, гдѣ при полной потери чувствительности атаксія не наступала. Ціонъ самъ выставляетъ слѣдующую теорію: *„координація движенія обусловливается рефлекторнымъ актомъ со стороны чувствительныхъ мышечныхъ нервовъ“*.

Ціонъ основываетъ свой взглядъ на результатахъ физиологическихъ опытовъ, показавшихъ, что задніе корешки и столбы содержатъ чувствительныя и проводящіе рефлексы волокна. Такъ какъ во многихъ случаяхъ чувствительность сохранена и слѣдовательно чувствительные нервы цѣлы, то Ціонъ предполагаетъ, что дегенерація проводящихъ рефлексы волоконъ вызываетъ разстройство координаціи движеній.

Ціонъ не въ состояніи съ точностью указать мѣстоположеніе этихъ нервныхъ волоконъ, склоненъ однако думать, что они находятся въ самомъ спинномъ мозгу; по всей вѣроятности, говоритъ онъ, это тѣ волокна, которыя идутъ отъ ганглій задняго отдѣла спинного мозга черезъ сѣрое вещество къ двигательнымъ гангліознымъ клѣткамъ.

Эта теорія идетъ въ разрѣзъ съ „сенсорной теоріей“ Leyden'a ¹⁾.

¹⁾ Эта теорія атаксіи, которая сводитъ все на разстройство чувствительности, была видоизмѣнена Takacz'емъ [Takacz, Eine neue Theorie der Ataxie loc. Centralblatt für med. Wissenschaften 1878 № 50]. Этотъ авторъ допускаетъ, что при атаксіи можетъ отсутствовать анестезія; онъ принимаетъ, какъ постоянное явленіе при tabes'ѣ, замедленіе чувствительной проводимости, въ зависимости отъ того, что «центростремительные импульсы, проходящіе по заднимъ столбамъ, вслѣдствіе склероза послѣднихъ, проводятся сѣрымъ веществомъ спинного мозга; отъ этого замедленія проведенія чувствительныхъ импульсовъ нарушается правильная координація движеній».

Эти объѣ теории и до настоящаго времени не провѣрены окончательно, хотя теорія Leyden'a, благодаря болѣе точнымъ фیزیологическимъ опытамъ, дѣлается все болѣе вѣроятной.

Что касается взгляда Ціона на анатомическую природу процесса, то онъ различаетъ двѣ формы. Въ однихъ случаяхъ можно наблюдать уменьшеніе объема спинного мозга: при этомъ спинно-мозговые оболочки не измѣнены, задніе столбы сморщены и представляются въ видѣ сѣроватаго пучка. Подъ микроскопомъ наблюдается значительное исчезаніе нормальныхъ нервныхъ волоконъ. Стѣнки сосудовъ не утолщены, нигдѣ не замѣчается признаковъ воспаленія.

Въ другихъ случаяхъ можно констатировать нормальный, или слегка увеличенный объемъ спинного мозга, сильно утолщенную твердую мозговую оболочку, которая срослена съ pia mater; послѣдняя также утолщена, мутна. Подъ микроскопомъ можно доказать только слѣды нервныхъ волоконъ; соединительная ткань сильно разрослась и это разращеніе вызвало атрофію нервной ткани. Сосудистыя стѣнки утолщены, отчасти находятся въ стадіи жирового перерожденія.

Ціонъ, слѣдовательно, различаетъ одну форму, при которой процессъ состоитъ въ первичной атрофіи нервной ткани заднихъ столбовъ, и вторую, гдѣ спинальный менингитъ служитъ первичной причиной, а атрофія ткани есть только вторичное явленіе.

Какъ мы видимъ, Ціонъ не указалъ одной опредѣленной патолого-анатомической картины для этой болѣзни, но допускалъ нѣсколько анатомическихъ картинъ для одной и той же болѣзни, что, конечно, невозможно, такъ какъ опредѣленной клинической картинѣ должны соответствовать опредѣленные анатомическія измѣненія.

Я еще хочу обратить вниманіе на одно довольно интересное мѣсто въ этой работѣ. Ціонъ, оспаривая теорію Leyden'a о сущности самаго процесса, говоритъ: „я (т. е. Ціонъ) и другіе читатели поняли теорію Leyden'a въ такомъ смыслѣ, что перерожденіе заднихъ столбовъ, начинающееся въ пери-

фериическихъ развѣтвленіяхъ чувствительныхъ нервовъ, распространяется затѣмъ вверхъ на задніе корешки, отсюда на задніе столбы, слѣдуя направленію функціи чувствительныхъ путей, т. е. центростремительно“.

Правда, въ то время Leyden не имѣлъ еще достаточныхъ доказательствъ, чтобы высказаться въ такой опредѣленной формѣ о процессѣ распространенія перерожденія.

Въ 1894 г. Leyden, указывая на вышеприведенное мѣсто Ціона, говоритъ, что онъ (Leyden) весьма благодаренъ этой полемикѣ, которая признала за нимъ первенство весьма цѣнныхъ выводовъ, которые вытекли изъ его работы, но которые онъ (Leyden) не осмѣлился высказать, такъ какъ не имѣлъ достаточныхъ доказательствъ для этого.

По поводу этой работы Ціона возникла непріятная литературная полемика между Leyden'омъ и Ціономъ, о которой говорить здѣсь нѣтъ надобности. Во всякомъ случаѣ, благодаря столь рѣзкимъ нападкамъ со стороны Ціона и многихъ другихъ авторовъ, которыхъ я здѣсь лишь назову, такъ какъ они не внесли ничего существеннаго въ нашъ вопросъ [Niemeyer, Spätt, Benedikt, Finkelburg, Boening и др.], теорія Leyden'а встрѣтила лишь слабое сочувствіе.

Мы видимъ, что на самомъ дѣлѣ въ теченіе продолжительнаго времени работа Leyden'а оставалась почти незамѣченной и непризнанной.

Тою же причиной можетъ быть объясненъ тотъ фактъ, что ни одинъ изъ французскихъ авторовъ того періода не обращалъ должнаго вниманія на изслѣдованія Leyden'а. Лишь благодаря работамъ Pierre Marie, Déjérine и др. объ анатомическомъ строеніи заднихъ столбовъ и ихъ участіи въ табетическомъ процессѣ, снова вернулись къ ученію Leyden'а, причемъ была доказана вѣрность многихъ его положеній.

Но объ этомъ послѣ. Теперь же вернемся къ остальнымъ работамъ этого періода.

Во Франціи работы Charcot, Bouchard, Vulpian, Pierret и др. вызвали значительный переворотъ въ ученіи о tabes'ѣ.

Въ 1866 г. *Charcot* и *Bouchard*¹⁾ опубликовали одинъ случай *tabes incipiens* со вскрытіемъ. Прижизненные явленія состояли лишь въ продромальныхъ симптомахъ (стрѣляющія боли, легкія разстройства чувствительности). При вскрытіи (смерть отъ *hydrothorax*) всетаки имъ удалось доказать ясно выраженные, хотя и довольно *слабыя, измѣненія въ заднихъ столбахъ*. Хотя въ описаніи этого вскрытія точная локализція патологическихъ измѣненій не обозначена, но мы находимъ здѣсь указаніе нато, что *Charcot* обратилъ свое вниманіе на постоянно встрѣчающійся поясъ дегенераціи въ поясничной части спинного мозга. *Charcot* говоритъ: „кажется, что въ поясничной части подвергаются перерожденію всегда опредѣленные участки: внутри поясничнаго утолщенія въ наиболѣе кнутри лежащихъ участкахъ заднихъ столбовъ, примыкающихъ непосредственно къ задней перегородкѣ, всегда замѣчается сѣровая окраска бѣлаго вещества“.

Болѣе точное опредѣленіе мѣста первичнаго заболѣванія въ спинномъ мозгу мы встрѣчаемъ въ знаменитыхъ работахъ *Charcot* и *Pierret*²⁾.

Въ 1870—1872 годахъ появился цѣлый рядъ работъ только что названныхъ авторовъ, которыя имѣли громадное значеніе для пониманія патологическихъ и патолого-анатомическихъ измѣненій при спинной сухоткѣ.

Pierret описалъ три случая *tabes dorsalis*, при которыхъ онъ производилъ тщательныя микроскопическія изслѣдованія спинного мозга. При этомъ онъ показалъ, что при *tabes* въ извѣстныхъ частяхъ спинного мозга, преимущественно въ

¹⁾ *Charcot* et *Bouchard*.—*Gaz. med. de Paris*. 1866.

²⁾ *Pierret*, Sur les altérations de la substance grise de la moëlle épinière dans l'ataxie locomotrice. *Arch. de phys.* 1870. Note sur la sclérose des cordons postérieurs dans l'ataxie loc. prog. *Arch. de phys.* 1871. Note sur la sclérose des cordons postérieurs. *Arch. de phys.* 1872. Considerations anatomiques et pathologiques sur le faisceaux postérieurs de la moëlle épinière. *Arch. de physiolog.* 1873.

верхнихъ отдѣлахъ его, на ряду съ перерожденіемъ среднихъ частей заднихъ столбовъ, встрѣчается также заболѣваніе въ формѣ узкой полосы, которая окаймляетъ внутренній край заднихъ роговъ и содержитъ волокна спайки и другія нервныя волокна.

Эти полоски *Pierret* называетъ *rubans externes des cordons posterieures (bandelettes externes)*. *Pierret* полагаетъ, что *ataxie loc. progr.* можетъ развиваться лишь тогда, когда въ заднихъ столбахъ заболѣваютъ не средніе (клиновидные) участки, а только внѣшніе, прилежающіе къ заднимъ рогамъ, слѣдовательно *rubans externes*. Въ срединѣ этого участка развивается склерозъ, который постепенно распространяется на задніе корешки.

Какъ показалъ случай *Pierret'a*, одного уже перерожденія этихъ внѣшнихъ участковъ заднихъ столбовъ (*rubans externes*) вполне достаточно, чтобы вызвать всю клиническую картину *tabes'a*.

Въ болѣе позднихъ стадіяхъ процесса *Pierret* находилъ также измѣненія въ медіальныхъ участкахъ заднихъ столбовъ.

Если процессъ начинается съ поясничной части и клиническія явленія при *tabes'ѣ* ограничиваются расстройствами нижнихъ конечностей, то въ поясничной части можно найти полное перерожденіе заднихъ столбовъ; въ шейной части, напротивъ, измѣненными оказались медіальные участки заднихъ столбовъ, т. е. *Goll'евскіе пучки*. Перерожденіе этихъ послѣднихъ пучковъ *Pierret* рассматриваетъ какъ *вторичное восходящее перерожденіе, не имѣющее ничего общаго съ табетическимъ процессомъ, такъ какъ заболѣваніе ихъ (какъ въ приведенномъ случаѣ), по мнѣнію Pierret, не вызываетъ табетическихъ симптомовъ въ верхнихъ конечностяхъ.*

Когда же къ этому присоединяется атаксія со стрѣляющими болями въ верхнихъ конечностяхъ, то находимъ, какъ это показываетъ одинъ случай *Pierret'a*, перерожденіе внѣшнихъ, а также внутреннихъ участковъ заднихъ столбовъ шейной части спинного мозга.

Въ третьемъ случаѣ, представлявшемъ уже позднюю стадію *tabes'a*, съ весьма интенсивными болями, атаксіей и съ анестезіей лѣвой верхней конечности, Pierret при микроскопическомъ изслѣдованіи спинного мозга нашелъ сильно выраженное перерожденіе въ лѣвыхъ заднихъ корешкахъ и во внѣшнемъ участкѣ заднихъ столбовъ всей шейной лѣвой части спинного мозга, между тѣмъ какъ на правой половинѣ перерожденіе заднихъ столбовъ не простиралось выше высоты 6-го шейнаго позвонка; внѣшніе участки заднихъ столбовъ правой половины казались значительно менѣе перерожденными, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. „Мы видимъ, говоритъ Pierret, что въ начальныхъ стадіяхъ процессъ сосредоточивается исключительно въ *bandelettes externes* и лишь послѣ, въ дальнѣйшемъ стадіи развитія, занимаетъ также средніе отдѣлы“. При этомъ Pierret указываетъ, что участіе въ процессѣ пучка Goll'я должно быть разсматриваемо, какъ явленіе вторичное. „Склеротическій процессъ, учить далѣе Pierret, однако имѣетъ не только тенденцію распространяться съ боковыхъ (внѣшнихъ) отдѣловъ заднихъ столбовъ на медіальные, но онъ переходитъ также на задніе рога, иногда даже на боковые столбы, при чемъ однако должна наступить гибель всѣхъ заднихъ корешковъ и какъ слѣдствіе этого — полная анестезія“. Основываясь на этихъ наблюденіяхъ, Pierret дѣлаетъ нѣсколько выводовъ относительно локализациі нѣкоторыхъ клиническихъ симптомовъ: *начальные симптомы tabes'a — молніеобразныя, стрѣляющія боли и атаксія соответствуютъ первичнымъ анатомическимъ измѣненіямъ въ bandelettes externes*; появленіе анестезіи указываетъ на имѣющійся склерозъ въ заднихъ рогахъ и на перерожденіе большей части нервныхъ волоконъ въ заднихъ корешкахъ. Наступающему, наконецъ, параличу соотвѣтствуетъ въ анатомической картинѣ распространеніе склероза на боковые столбы.

Эти работы Pierret обозначаютъ весьма большой прогрессъ въ ученіи о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при *tabes'ѣ*, такъ какъ въ нихъ въ первый разъ указана была

точная и опредѣленная локализація патолого-анатомическихъ измѣненій при спинной сухоткѣ. Правда, значительная часть выставленныхъ Pierret'омъ положеній о зависимости отдѣльныхъ клиническихъ симптомовъ отъ названныхъ анатомическихъ измѣненій не оправдалась на основаніи дальнѣйшихъ наблюденій, тѣмъ не менѣе изслѣдованія эти должны быть причислены къ фундаментальнымъ работамъ по вопросу о *tabes*'ѣ.

Дальнѣйшему распространенію ученія Pierret весьма много способствовалъ авторитетъ Charcot, подъ руководствомъ котораго работалъ Pierret.

Въ своихъ лекціяхъ Charcot не только не стоялъ на почвѣ ученія Pierret'a о *tabes*'ѣ, но расширялъ и развивалъ его далѣе. Charcot касался также природы этого процесса и склоненъ думать, что мы здѣсь имѣемъ дѣло съ паренхиматознымъ перерожденіемъ нервной ткани съ послѣдующимъ разрастаніемъ соединительной.

Вѣрность такого предположенія Charcot основываетъ на бросающемся въ глаза (*frappant*) фактѣ, что перерожденіе сосредоточивается постоянно въ точно-опредѣленныхъ нервныхъ столбахъ и пучкахъ.

Въ вопросѣ объ участіи среднихъ участковъ заднихъ столбовъ Charcot вполне согласенъ съ Pierret и говоритъ: „*Ataxie l. p.* не исходитъ изъ медіальныхъ участковъ заднихъ столбовъ, но обусловливается склерозомъ латеральныхъ ихъ участковъ, преимущественно опять въ тѣхъ частяхъ ихъ, гдѣ, по Pierret, начинается склерозъ“.

Вслѣдствіе этого Charcot и различаетъ двѣ формы „пучковидныхъ“ склероза, а именно: 1) медіальную, симптомы которой еще неизвѣстны; этотъ склерозъ бываетъ то первичнымъ, то вторичнымъ заболѣваніемъ и 2) *латеральную форму, табетическую*; она также бываетъ то первичнымъ, то вторичнымъ процессомъ.

Высказанныя здѣсь теоріи Charcot и Pierret защищали въ цѣломъ рядъ работъ, въ разборъ которыхъ мы можемъ

не входить, такъ какъ онѣ лишь подтверждаютъ вышеприведенныя положенія.

Изъ разбора этихъ трудовъ мы видимъ, что Charcot et Pierret стали на совсѣмъ новую точку зрѣнія; во 1) *точно локализируютъ самый ранний процессъ въ rubans externes des cordons posterieurs (bandelettes externes)* и во 2) *разсматриваютъ природу этого заболѣванія, какъ первичное парексиматозное перерожденіе нервной кѣтки.*

Что касается перваго пункта, то вѣрность его была доказана впоследствии; но объясненіе, почему именно здѣсь начинается болѣзненный процессъ въ спинномъ мозгу, было дано только гораздо позже, и мы вернемся еще къ этому вопросу.

Во второмъ пунктѣ взглядъ Charcot сближается со взглядомъ Leyden'a, который смотритъ на этотъ процессъ, какъ на первичную дегенерацію нервной ткани. Но все-таки есть и значительная разница во взглядахъ этихъ двухъ изслѣдователей. Leyden, какъ мы видѣли, разсматриваетъ процессъ какъ перерожденіе заднихъ столбовъ, распространяющееся вверхъ по направленію функціи чувствительныхъ нервовъ, при чемъ задніе корешки принимаютъ постоянно участіе въ этомъ процессѣ.

Charcot, напротивъ, высказалъ совершенно иной взглядъ на это заболѣваніе; согласно его теоріи, участки перерождаются самостоятельно *въ определенныхъ системахъ по всей длинѣ спинного мозга.*

Для лучшаго пониманія этого ученія намъ придется сказать нѣсколько словъ о разившемся въ то время ученіи о „*системныхъ заболѣваніяхъ*“. Въ своихъ лекціяхъ о заболѣваніи спинного мозга Vulpian отличалъ двѣ группы патологическихъ процессовъ: пучковидныя (fasciculaire) заболѣванія и гнѣздныя заболѣванія спинного мозга. Первый видъ онъ называлъ „системнымъ перерожденіемъ“.

Изъ этого „системнаго перерожденія“, которое первоначально обозначало лишь пучковидную дегенерацію, Charcot

развилъ свое клиническое ученіе о системныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга.

Въ первое время Charcot не могъ точно анатомически различать отдѣльные пучки въ спинномъ мозгу, такъ какъ законченныхъ анатомическихъ изслѣдованій по этому вопросу не имѣлось. Поэтому приходилось довольствоваться гипотезой, что спинной мозгъ распадается на отдѣльные пучки (системы), которымъ соотвѣтствуютъ особыя опредѣленные функціи, которыя при перерожденіи соотвѣтствующихъ пучковъ выпадаютъ.

Эту же теорію Charcot примѣнилъ также для объясненія *ataxie loc. prog.* Исходя изъ того факта, что перерожденіе заднихъ столбовъ, преимущественно *rubans externes*, вызываетъ атаксію, онъ заключилъ, что эти участки (системы) служатъ анатомическимъ субстратомъ для *ataxie l. p.*, слѣдовательно *ataxie l. p. есть заболѣваніе, обусловленное перерожденіемъ системы „bandelettes externes“.*

Однако фзіологическихъ доказательствъ вѣрности этого ученія ни Charcot, ни Pierret не привели.

Это ученіе встрѣтило большое сочувствіе со стороны большинства невропатологовъ. Такому успѣху не мало способствовала работа Flechsig'a о системахъ спинного мозга ¹⁾.

Между тѣмъ какъ, благодаря работамъ Charcot, Vulpian и Pierret, стало распространяться воззрѣніе, что *tabes* есть системное заболѣваніе, въ Германіи, благодаря изслѣдованіямъ Lange ²⁾, Schiefferdecker'a ³⁾, Singer и Münzer'a ⁴⁾,

¹⁾ Flechsig, Ueber Systemerkrankungen. Leipzig. 1878. Die Leitungsbahnen in Gehirn und Rückenmark. Arch. für Heilkunde. Bd. 18. 1877.

²⁾ Lange, Leitungsverhältnisse in den hintern Rückenmarkssträngen, nebst Bemerkungen über die Pathologie des *Tabes dorsalis*. Ref. Schmidt's Jahrbüch. 1872. Bd. 155.

³⁾ Schiefferdecker, Ueber Regeneration, Degeneration u. Architektur des Rückenmarks. Virchow's Arch. Bd. 67. 1876.

⁴⁾ Singer u. Münzer, Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems, ins besondere des Rückenmarkes. Denk. der Kaiserl. Academie der Wissenschaften. 1890.

Kahler'a и Pick'a ¹⁾, постепенно развилось учение, которое считало патолого-анатомическія явленія при tabes'ѣ аналогичными вторичнымъ перерожденіямъ.

Эти работы основывались на интересныхъ наблюденіяхъ Türk'a о восходящемъ вторичномъ перерожденіи, которое показываетъ всегда столь рѣзко ограниченную локализацию. Отчасти эти работы были вызваны изслѣдованіями Leyden'a, который старался выяснитъ зависимость заднихъ столбовъ отъ заднихъ корешковъ.

Рѣшенія этого вопроса надѣялись прежде всего добиться тѣмъ, что старались вызвать экспериментально у животныхъ вторичное перерожденіе посредствомъ поврежденія спинного мозга. Такіе опыты впервые были сдѣланы Philippeau et Vulpian ²⁾, но они не привели ни къ какимъ результатамъ.

Послѣ этого Westphal ³⁾ опубликовалъ нѣкоторые опыты, при которыхъ ему удалось вызвать экспериментальнымъ путемъ вторичное перерожденіе.

Westphal просверлилъ у собакъ отверстие въ позвоночникѣ и поранилъ такимъ путемъ спинной мозгъ, послѣ чего оставилъ собакъ на нѣсколько мѣсяцевъ жить. Въ одномъ случаѣ былъ поврежденъ преимущественно лѣвый задній столбъ и лѣвое сѣрое вещество. Вторичное перерожденіе развилось исключительно въ лѣвомъ заднемъ столбѣ, всего сильнѣе вверхъ отъ мѣста пораженія. (Эти результаты впослѣдствіи были всецѣло подтверждены Philippeau и Vulpian'омъ).

Первыя основательныя изслѣдованія по этому вопросу мы находимъ въ работѣ Schifferdecker'a, воспользовавшагося

¹⁾ Kahler u. Pick. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Nervensystems. Prager Vierteljahrschrift. Bd. CXLI u. CXLII 1879. Kahler und Pick, Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. Zeitschr. f. Heilk. Bd. II 1881.

²⁾ Vulpian et Philippeau, Degeneration secondaire. Arch. de Physiologie. 1870. № 4.

³⁾ Westphal, Ueber künstlich erzeugte Degeneration einzelner Rückenmarksstränge. Arch. f. Psych. II.

мало извѣстной работой *C. Lange. Schifferdecker* у впервые удалось доказать закономерную послѣдовательность вторичнаго перерожденія.

Онъ нашель, что при полномъ перерѣзываніи у собакъ спинного мозга опредѣленные мѣста бѣлаго вещества перерождаются, а именно—задніе столбы спинного мозга въ восходящемъ направленіи. На срѣзахъ, сдѣланныхъ сейчасъ надъ мѣстомъ перерѣзки, можно видѣть, что преимущественно весь задній столбъ перерожденъ. Лишь спереди у самаго края сѣраго вещества находятся еще нѣкоторыя нормальныя волокна. (См. выше Leyden). Чѣмъ ближе къ мѣсту поврежденія сдѣланы срѣзы, тѣмъ менѣе здоровыхъ волоконъ мы находимъ; болѣе кверху отъ мѣста пораненія встрѣчаемъ болѣе число нормальныхъ волоконъ.

При разсмотрѣніи этихъ явленій у насъ невольно возникаетъ вопросъ о происхожденіи этихъ волоконъ. Происходятъ-ли они исключительно изъ заднихъ корешковъ, или изъ сѣраго вещества, или изъ того и другого?

Вопросъ этотъ разрѣшается наблюденіемъ Lange (1872), которое тогда не встрѣчало должнаго вниманія, хотя оно имѣло очень большое значеніе для дальнѣйшаго развитія ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ *tabes a. Schifferdecker* первый воспользовался этимъ интереснымъ наблюденіемъ.

Lange сообщаетъ одинъ случай, при которомъ первичное заболѣваніе локализовалось въ заднихъ корешкахъ, при чемъ спинной мозгъ самъ не былъ поврежденъ. Вотъ детали случая:

При вскрытіи оказалось слѣдующее: въ нижней части позвоночнаго канала опухоль, давящая на задніе корешки, которые атрофированы, начиная съ мѣста поврежденія до вхожденія въ спинной мозгъ; спинной мозгъ казался нормальнымъ. Въ серединѣ заднихъ столбовъ вдоль задней перегородки былъ виденъ клинъ, который оказался вторично-перерожденнымъ.

Поясничная часть спинного мозга на поперечномъ разрѣзѣ оказалась совершенно перерожденной. Чѣмъ выше разрѣзъ сдѣланъ, тѣмъ перерожденный участокъ суживается и отодвигается къ медиальной линіи.

Распространеніе перерожденія на весь поперечникъ заднихъ столбовъ въ поясничной части служить, по Lange, доказательствомъ того, что задніе столбы не содержатъ, какъ это думали, продольныхъ спаечныхъ волоконъ, но лишь продолженія нервныхъ волоконъ заднихъ корешковъ.

По мнѣнію Lange, кажется въ высшей степени вѣроятнымъ, что такое вторичное перерожденіе играетъ большую роль при *tabes dorsalis*, такъ какъ оно вполне объясняетъ намъ то характерное распространеніе и ту опредѣленную локализацию анатомическихъ измѣненій, которыя мы встрѣчаемъ при этой болѣзни.

Далѣе изъ наблюденій Lange становится яснымъ, что сѣрое перерожденіе не только пучковъ Goll'я, но и всего задняго столба не только можетъ встрѣчаться, но даже должно существовать, если всѣ или большая часть заднихъ корешковъ перерождены или атрофированы; въ самомъ дѣлѣ, такое измѣненіе и встрѣчается въ большинствѣ случаевъ *tabes dorsalis*.

„Лишь только найдена будетъ причина первичной атрофіи заднихъ корешковъ, то не можетъ быть болѣе сомнѣнія, что въ этой первичной атрофіи слѣдуетъ видѣть причину спинной сухотки“. (Lange).

Такая причина можетъ лежать, конечно, въ заболѣваніи мозговыхъ оболочекъ или межпозвоночныхъ узловъ.

Lange самъ изслѣдовалъ и тѣ и другіе и нашелъ, что межпозвоночные узлы были нормальны, но мозговья оболочки почти всегда измѣнены.

Какъ мы видимъ, уже Lange сумѣлъ вѣрно опѣнить значеніе своихъ изслѣдованій и вывести изъ нихъ тѣ заключенія для теоріи о патогенезѣ *tabes'a*, которыя въ самомъ дѣлѣ могутъ быть сдѣланы изъ этихъ наблюденій. Къ сожа-

лѣнію, эта работа Lange, такъ же какъ и изслѣдованія Schiffer-decker'a, была затемнена ученіемъ Charcot и его школы.

Съ этими изслѣдованіями Lange вполне согласуются работы Meiser'a ¹⁾, Singer'a ²⁾, Kahler'a ³⁾ и др., въ болѣе подробный разборъ которыхъ я поэтому могу и не входить.

Въ то время какъ въ Германіи и Франціи, какъ мы видѣли, появился цѣлый рядъ весьма важныхъ и драгоценныхъ работъ, въ Англіи, напротивъ, за исключеніемъ извѣстныхъ изслѣдованій L. Clarke'a, собственно мало было написано по вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при tabes; всѣ работы большей частью занимаются клинической стороной вопроса [Lohnson, Sankey, Newcombe, Stewart, Weber, Althaus и др.] Lockhart Clarke ⁴⁾ въ 1869 г. опубликовалъ нѣсколько весьма важныхъ наблюденій. Основываясь на многочисленныхъ изслѣдованіяхъ, Clarke приходитъ къ крайне интересному заключенію, что задніе рога постоянно перерождаются при спинной сухоткѣ. Эта дегенерация сказывается въ исчезаніи нервныхъ волоконъ и утолщеніи соединительной ткани, между тѣмъ какъ гангліозныя кѣтки мало измѣнены или, какъ ему въ нѣкоторыхъ случаяхъ казалось, нѣсколько сильнѣе пигментированы; столбы Clarke'a также были найдены измѣненными; измѣненіе выражалось въ уменьшеніи нормальныхъ нервныхъ волоконъ.

Это участіе сѣраго вещества, по Clarke'у, столь постоянное явленіе, что онъ считаетъ возможнымъ, что *спрое вещество перерождается раньше всего или, что оно, по крайней мѣрѣ, во всѣхъ случаяхъ tabes очень рѣзко дегенерируетъ.*

¹⁾ Meiser Paul, Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Baues des Kanninchens-Rückenmarks. Arch. zur Phys. Bd. VII. 1877.

²⁾ Singer, Ueber secundäre Degeneration im Rückenmark des Hundes. Sitzungsab. der Acad. Wissen. 1881.

³⁾ Kahler, Ueber Veränderungen, welche sich im Rückenmark infolge einer geringgradigen. Compression entwickeln. Zeitschrift. für Heilk. 1882.

⁴⁾ Clarke, On locomotor ataxy. Brit. Med. Journ. 1869.

Если мы теперь сдѣлаемъ оцѣнку результатовъ, полученныхъ Clarke'омъ, то мы должны признать, что Clarke первый съ большей увѣренностью указалъ на заболѣваніе сѣраго вещества. Clarke такимъ образомъ обратилъ вниманіе изслѣдователей и на другія части нервной системы и, между прочимъ, высказался въ томъ смыслѣ, что *наверядь-ли задніе столбы одни только заболѣваютъ при tabes*'а. Въ этомъ, по нашему мнѣнію, состоитъ великое значеніе изслѣдованій Clarke'a.

Мы ниже будемъ имѣть случай видѣть, какъ уже въ этомъ періодѣ постепенно развивается мысль, что задніе столбы представляютъ хотя излюбленное, но далеко не единственное мѣсто локализаціи болѣзненнаго процесса. За такой взглядъ выступаетъ уже цѣлый рядъ ученыхъ, между которыми я долженъ назвать Fournier, Erb, Moebius и Takacs ¹⁾.

Признавая tabes за болѣзнь всей нервной системы, они вмѣстѣ съ тѣмъ отвергаютъ господствующее ученіе о системномъ заболѣваніи tabes'a.

Такъ Fournier ²⁾ говоритъ, что рѣшительно нѣтъ никакого основанія признать tabes dorsalis за системное заболѣваніе, такъ какъ

1) *tabes вовсе не ограничивается задними столбами* и

2) если даже мы примемъ такое системное заболѣваніе внутри спинного мозга, то все-таки остается вполне невыясненнымъ, почему такъ часто при tabes dorsalis заболѣваютъ также и остальные отдѣлы нервной системы: черепные нервы, головной мозгъ, чувствительные периферическіе нервы и т. д.?

„*Tabes, говоритъ Fournier, вообще не есть склерозъ заднихъ столбовъ, но всеобщее заболѣваніе всей нервной системы*“.

¹⁾ Takacs, Eine neue Theorie der Ataxie loc. Centralblatt für med. Wissenschaften. 1878. № 50.

²⁾ Fournier, De l'ataxie loc. d'origine syphilitique (tabes spécifique). Paris. 1882.

Въ томъ же смыслѣ высказываются и остальные выше-названные авторы.

*Erb*¹⁾, исходя изъ разсмотрѣнія разнообразныхъ симптомовъ при *tabes*’ѣ, приходитъ къ тому заключенію, что при столь сложныхъ и разнообразныхъ симптомахъ не можетъ быть рѣчи о заболѣваніи одной лишь системы. „Что это должна быть за система, замѣчаетъ онъ весьма остроумно, въ которой находятъ мѣсто нервы глазныхъ мышцъ и п. *opticus*, нервы мочевого пузыря, нервныя волокна, регулирующія координацію движеній, чувствительные нервы кожи и т. д.“?

Весьма важное и цѣнное замѣчаніе мы находимъ у *Moebius*’а (*Schmidt’s Jahrbucher* 1881). Онъ говоритъ, что съ точки зрѣнія симптоматологіи становится вполне яснымъ, что *tabes* представляетъ заболѣваніе всей центральной нервной системы, несмотря на постоянную локализацию въ заднихъ столбахъ спинного мозга, и къ этому прибавляетъ: „*Diese Erkenntniss der Allgemeinerkrankung des Nervensystems schien zeitweise durch eine einseitige anatomische Richtung verloren zu sein*“.

Но, къ сожалѣнію, такіе взгляды остались долгое время единичными.

Особенно большую цѣнность имѣетъ работа *C. Westphal*’я²⁾. Онъ нашелъ въ одномъ случаѣ *tabes*’а глубокія измѣненія большинства изслѣдованныхъ имъ периферическихъ нервовъ. *Westphal* на основаніи такихъ наблюденій высказываетъ возможность, что при *tabes*’ѣ постоянно заболѣваютъ и периферическіе нервы.

¹⁾ Erb, Die ätiologische Bedeutung des Syphilis für die *Tabes dor.* Intern. med. Congr. Lond. 1881.

²⁾ C. Westphal, *Tabes dorsalis, graue Degeneration der Hinterstränge u. paralysis univers. progressiva.* Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. XX. 1863.

Такое же указаніе мы уже раньше встрѣчали у Friedrich'a, Leyden'a и Vulpian'a, но у нихъ такая находка считалась случайной, не имѣющей значенія для табетическаго процесса. Между тѣмъ Westphal обратилъ вниманіе на этотъ пунктъ, и вскорѣ послѣ этого появились обстоятельныя изслѣдованія другихъ авторовъ, которые подтвердили результаты Westphal'я (см. слѣдующую главу).

Совершенно обособленное мѣсто занимаетъ ученіе Adamkiewicz'a ¹⁾ о *tabes*'ѣ. Въ Archiv für Psychiatrie X (1879/80) появилась работа Adamkiewicz'a, въ которой этотъ ученый разсматриваетъ тонкія измѣненія въ перерожденныхъ заднихъ столбахъ одного табетика. Въ описанномъ случаѣ оказалось, что перерожденіе во всѣхъ уровняхъ спинного мозга неодинаково, а именно интенсивнѣе всего оказались перерожденными тѣ мѣста заднихъ столбовъ, отъ которыхъ отходятъ соединительно-тканныя перегородки въ вещество спинного мозга (т. е. septum posterius, граница между пучками Goll'я и Burdach'a и др.) и которыя, какъ въ другихъ паренхиматозныхъ органахъ, развѣтвляются по направленію артеріальнаго тока. На основаніи такихъ соображеній Adamkiewicz даетъ слѣдующее опредѣленіе *tabes*'а:

„Tabes есть хроническое перерожденіе соединительной ткани, которое распространяется по направленію артеріальнаго тока, слѣдовательно въ интерстиціяхъ паренхимы заднихъ столбовъ“.

Для обоснованія своей теоріи Adamkiewicz опубликовалъ цѣлый рядъ работъ, въ которыхъ онъ старался доказать, что въ спинномъ мозгу перерождаются совершенно опредѣленные участки, вполне соотвѣтствующіе описаннымъ выше областямъ. Съ этой же цѣлью Adamkiewicz изучалъ на инъецированныхъ препаратахъ распредѣленіе кровеносныхъ сосудовъ

¹⁾ Adamkiewicz, Die feineren Veränderungen in den degenerativen Hintersträngen eines Tabes-kranken; Arch. für Psychiatrie. X 1880 г.

въ спинномъ мозгу и нашелъ при этомъ, что задніе столбы распадаются на нѣсколько опредѣленныхъ областей питанія (т. е. области, которыя получаютъ кровь отъ опредѣленныхъ кровеносныхъ сосудовъ). При *tabes* перерожденіе соотвѣтствуетъ области перерожденія этихъ питающихъ артерій.

Однако, несмотря на всѣ эти опыты, Adamkiewicz'у суждено было оставаться единственнымъ поборникомъ своего собственного ученія, такъ какъ и всѣ дальнѣйшія попытки его найти приверженцевъ для этой теоріи кончились полной неудачею.

Несостоятельность этихъ положеній была неоднократно доказана особенно *Fr. Schultz'*емъ¹⁾.

Оставляя въ сторонѣ всѣ остальные работы этого времени, заключающія въ себѣ лишь повторенія приведенныхъ уже наблюденій и мнѣній, я постараюсь вкратцѣ *резюмировать и этотъ третій періодъ* въ исторіи развитія ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ.

Между тѣмъ какъ ученіе о *tabes* въ первыхъ двухъ періодахъ не имѣло подъ собою твердой почвы, оно въ третьемъ періодѣ (1863—1882) значительно пошло впередъ.

Благодаря тщательнымъ патолого-анатомическимъ изслѣдованіямъ, болѣе тонкому знанію анатоміи и значительному расширенію нашихъ физиологическихъ познаній, ученіе о болѣзненныхъ процессахъ при *tabes'*ѣ дошло до такой степени развитія, что нѣкоторые ученые считали вопросъ о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при *tabes'*ѣ вполне законченнымъ. Правда, такой оптимизмъ можетъ быть объясненъ лишь непониманіемъ характера болѣзни, такъ какъ, несмотря на всѣ изслѣдованія, вопросъ о *tabes'*ѣ продолжаетъ и теперь еще оставаться весьма темнымъ и невыясненнымъ. Причину того, что несмотря на громадную непреодолимую литературу, которая была написана по этому вопросу, все-таки не полу-

¹⁾ Schultz, Professor Adamkiewicz und die *Tabes dorsalis*. Neur. Centralblatt. 1885.

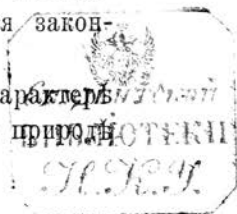
чены окончательные результаты, мы должны искать прежде всего въ чрезвычайно сложномъ характерѣ этой болѣзни, но также и въ *односторонности изученія патолого-анатомическихъ измѣненій при tabes'ѣ.*

Въ своемъ учебникѣ Hirt замѣчаетъ слѣдующее относительно этого вопроса: „если не во всѣхъ случаяхъ удастся доказать участіе всей нервной системы въ этомъ процессѣ, и если во многихъ изъ этихъ случаевъ спинной мозгъ оказывается наиболѣе пораженнымъ, между тѣмъ какъ мозгъ и его нервы кажутся менѣе заинтересованными въ процессѣ то причина такого явленія лежитъ въ томъ фактѣ, что мы съ давнихъ временъ привыкли изслѣдовать спинной мозгъ съ особенной тщательностью, между тѣмъ какъ головной мозгъ и периферическіе нервы рассматриваемъ какъ второстепенныя для табетическаго вопроса явленія“.

Если мы, однако, оставимъ въ сторонѣ отдѣльныя, многочисленныя попытки рассматривать tabes, какъ заболѣваніе всей нервной системы, то мы можемъ сказать, что всѣ ученые того времени согласились признать, что въ основѣ tabes'a лежитъ сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга. Мы во всѣхъ учебникахъ того періода находимъ почти одинаковое опредѣленіе этой болѣзни: *Tabes dorsalis* есть хроническое, всегда прогрессирующее заболѣваніе спинного мозга, которое въ стадіи окончательнаго развитія характеризуется своеобразнымъ разстройствомъ мышечнаго движенія, названнаго *ataxie*, и въ основѣ котораго лежитъ перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга (Leyden, *Real-Encyclopedie*).

Какъ мы видимъ, заболѣваніе заднихъ столбовъ почти всѣми изслѣдователями этого періода принимается за постоянное явленіе, и вопросъ объ участіи заднихъ столбовъ въ табетическомъ процессѣ до нѣкоторой степени считался законченнымъ.

Совершенно иначе представляется вопросъ о характерѣ распространенія и локализациі процесса, а также о природѣ



и этиологии *tabes'a*. Въ вопросѣ о способѣ распространенія и локализациі процесса французская школа (Charcot, Pierret и др.) сдѣлала первыя точныя изслѣдованія; она указала на мѣсто первичнаго заболѣванія въ заднихъ столбахъ (*bandelettes externes*) и старалась также выяснитъ соотношеніе между клиническими симптомами и анатомическими измѣненіями.

Взгляды Charcot и Pierret, которые мы довольно подробно изложили выше, слѣдующіе:

- 1) Склерозъ начинается въ *bandelettes externes*.
- 2) Этотъ склерозъ заднихъ столбовъ представляетъ единственное существенное анатомическое измѣненіе при *ataxie loc. prog.*
- 3) Склерозъ пучковъ Goll'я есть вторичное перерожденіе, не имѣющее прямого отношенія къ табетическому процессу.
- 4) Задніе корешки участвуютъ въ процессѣ только въ незначительной степени и
- 5) Процессъ по *bandelettes externes* распространяется вверхъ.

Эти воззрѣнія впослѣдствіи не вполне подтвердились, какъ видно будетъ въ слѣдующей главѣ.

Что касается природы процесса, то Leyden первый выставилъ теорію, что задніе столбы содержатъ чувствительные проводники и что на заболѣваніе ихъ (столбовъ) при *tabes* надо смотрѣть какъ на перерожденіе чувствительныхъ путей въ спинномъ мозгу, въ анатомическомъ же смыслѣ область, занимаемая табетическимъ процессомъ, не соотвѣтствуетъ какой-нибудь опредѣленной системѣ волоконъ.

Противъ этого ученія выступили многіе ученые (Charcot, Pierret и др.), которые высказали мнѣніе, что болѣзненный процессъ начинается не въ заднихъ корешкахъ, а внутри самаго спинного мозга.

Весьма существенную поддержку теорія Leyden'a нашла въ изслѣдованіяхъ Lange, Schifferdecker'a и др. Однако на ученіе Leyden'a, какъ мы видѣли, въ продолженіе долгого

времени не было обращено должнаго вниманія, и лишь въ послѣднее время, на основаніи изученія тончайшаго строенія спинного мозга и на основаніи изученія физиологическаго значенія проходящихъ въ немъ проводниковъ, большинство авторовъ склоняется къ тому взгляду Leyden'a, что на перерожденіе заднихъ столбовъ должно смотрѣть, какъ на заболѣваніе вторичное, послѣдовательное за перерожденіемъ заднихъ корешковъ (вне спинно-мозговое происхожденіе, *extramedullär, origine exogène*).

Весьма цѣнны для ученія о спинной сухоткѣ были гистологическія изслѣдованія периферическихъ нервовъ (впервые изслѣдованы Westphal'емъ и Pierret) и сѣраго вещества (Leyden, Clarke). Нервы оказались измѣненными далеко не рѣзко, причемъ эти измѣненія заключаются въ невритическомъ процессѣ, приводящемъ къ разрушенію большаго или меньшаго числа нервныхъ волоконъ. Болѣе всѣхъ на невриты при *tabes*'ѣ обратилъ вниманіе французскій ученый Déjérine, о работѣ котораго скажемъ въ слѣдующей главѣ.

Значительное обогащеніе для патологіи болѣзней спинного мозга дало изученіе колѣннаго феномена. Оцѣнка этого явленія для діагностики нервныхъ болѣзней была произведена одновременно Westphal'емъ и Erb'омъ въ 1875 году.

Въ то же время первый авторъ выставилъ положеніе, что при *tabes* рефлексъ колѣннаго сухожилія (феноменъ Westphal'я) постоянно отсутствуетъ на обѣихъ ногахъ. При этомъ отсутствіе колѣннаго феномена появляется уже въ очень раннихъ стадіяхъ далеко до развитія атаксін.

Точныя, окончательныя изслѣдованія патолого-анатомическихъ измѣненій, соотвѣтствующихъ этому феномену, Westphal привелъ лишь нѣсколько лѣтъ спустя, но уже въ 1875 г. онъ высказался въ томъ смыслѣ, что потеря сухожильнаго рефлекса, по всей вѣроятности, обусловлена перерожденіемъ заднекорешковыхъ волоконъ „на протяженіи заднихъ столбовъ въ поясничной части спинного мозга“. Здѣсь, какъ въ послѣдствіи было доказано Strümpell'емъ, имѣются самыя

равніа патолого-анатомическіа измѣненія и это вполне соотвѣтствуетъ раннему появленію „симптома Westphal'я“.

Также для остальныхъ симптомовъ старались найти соотвѣтствующія анатомическіа измѣненія, но только для нѣкоторыхъ изъ нихъ удалось констатировать анатомическій субстратъ (такъ напр. для crises laryngées въ болѣзненныхъ измѣненіяхъ въ n. vagus).

Для табетическихъ поражений костей и суставовъ (Charcot joint disease, названіе въ честь Charcot) Charcot, впервые (1868) описавшій и изучившій эти явленія, принималъ, что они обусловлены заболѣваніемъ переднихъ роговъ. Процессъ, по его мнѣнію, съ заднихъ столбовъ можетъ распространяться на переднія гангліозныя кѣтки по тому же пути, по которому эти послѣднія распространяють чувствительные импульсы. (Charcot, Ioffroy, Pierret, Leyden, Seeligmüller и др.). Другіе авторы полагають, что причиной этихъ измѣненій служатъ перерожденія периферическихъ нервовъ (Pitres et Veillard, Westphal, Siemerling, Россолимо ¹⁾, Эрлицкій и Рыбалкинъ ²⁾, Фельдманъ ³⁾ и др.

Вотъ вкратцѣ результаты третьаго періода.

Слѣдующій теперь четвертый періодъ не представляетъ собою собственно новую эпоху въ исторіи развитія ученія о tabes'ѣ, такъ какъ въ этомъ періодѣ слѣлана лишь болѣе точная разработка существовавшихъ уже теорій.

Лишь для большей наглядности я рѣшился начать новый періодъ съ появленія работы Strümpell'я, которая поставила на болѣе твердую почву ученіе о tabes'ѣ, какъ о системномъ заболѣваніи.

(Продолженіе слѣдуетъ).



¹⁾ Россолимо, Trophische Störungen der Haut bei Tabes dors. Arch. f. Psych. Bd. XV.

²⁾ Эрлицкій и Рыбалкинъ, Вѣстникъ психіатріи и невроп., годъ III. Вып. I.

³⁾ Фельдманъ. Къ вопросу о трофическихъ разстройствахъ при спинной сухоткѣ. Вѣстникъ психіатріи Мержеевскаго, т. 7. 1889 г.

О заболѣваніяхъ нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи.

Михаила Лапинскаго.

Приватъ-доцента Кіевскаго университета Св. Владиміра.

Заболѣванія нервной системы при сахарной болѣзни, совершенно неизвѣстныя старымъ авторамъ, обратили на себя вниманіе лишь въ нынѣшнемъ вѣкѣ и сдѣлались достояніемъ научной разработки сравнительно въ недавнее время.

Первыя указанія по этому поводу мы находимъ у Steint-hal'я ⁸⁶⁾, опубликовавшаго свое весьма краткое наблюденіе по этому предмету въ Deutsche Klinik 1858 г. Болѣе полно и подробно изслѣдованіе французскаго ученаго Maréchal de Calvi ⁶⁴⁾, который въ 1864 г. имѣлъ возможность выпустить въ свѣтъ уже настоящую небольшую монографію, относящуюся къ данному же вопросу. Въ 1873 г. вышло еще одно обширное французское сочиненіе объ измѣненіяхъ нервной системы при діабетѣ. Авторъ этого послѣдняго труда Christi de Buoli ¹⁹⁾ излагаетъ въ своихъ изысканіяхъ весьма много новаго для своего времени, а матеріалъ, находившійся въ его рукахъ, онъ разрабатываетъ съ пониманіемъ и съ широтою гораздо бѣльшими, чѣмъ его предшественники.

Эти первыя работы, трактующія нервныя заболѣванія при сахарной болѣзни, въ общемъ однако весьма наивны и имѣютъ въ настоящее время лишь историческій интересъ. Тѣмъ не

менѣ заслуга этихъ авторовъ велика, они обратили вниманіе ученыхъ на совершенно новую этиологию нервныхъ заболѣваній, которая дотолѣ была вовсе неизвѣстна, и оцѣнили ее въ должной степени.

Личнымъ своимъ трудомъ и знаніями они сдѣлали лишь первые шаги будущаго ученія, но по мѣрѣ улучшенія клиническихъ методовъ изслѣдованія, съ расширеніемъ общаго медицинскаго кругозора и благодаря громадному прогрессу изученія нервныхъ болѣзней—начала, положенныя ими, нашли себѣ весьма скоро продолжателей. Возникли новыя болѣе точныя работы; появились отдѣльныя попытки систематизировать извѣстные уже факты; установилась раціональная, въ тоже время совершенно новая, группировка матеріала. Постепенно стало яснымъ, что діабетъ имѣетъ весьма серьезное и чрезвычайно широкое этиологическое значеніе въ развитіи нервныхъ страданій. Обнаружилось, что какъ центральная нервная система—головной и спинной мозгъ, такъ и периферическіе отдѣлы ея, включая сюда развѣтвленія и узлы симпатическаго нерва, подвергаются при сахарномъ мочеизнуреніи разнымъ заболѣваніямъ въ различной степени и, повидимому, совершенно независимо другъ отъ друга. При тщательномъ клиническомъ наблюденіи диабетиковъ выяснилось далѣе, что даже высшіе психическіе центры могутъ страдать при этой формѣ заболѣванія.

Желая въ настоящемъ очеркѣ привести нѣсколько собственныхъ наблюденій по поводу заболѣваній нервной системы при діабетѣ, мы находимъ умѣстнымъ представить общій взглядъ на этиологическое значеніе сахарнаго мочеизнуренія въ томъ видѣ, какое онъ въ настоящее время занимаетъ въ литературѣ, и для большей убѣдительности перечислить тѣ болѣзненные формы, которыя приписываются вреднымъ вліяніямъ діабета на нервныя ткани.

I.

Начиная свой обзоръ съ разстройствъ психическихъ отравленій при сахарномъ мочеизнуреніи, упомянемъ, что уже при слабыхъ степеняхъ его трудами главнымъ образомъ французскихъ авторовъ (Legrand du Saule ^{56, б)}, Marie ⁶⁵, Fossy ^{46, б)}) отмѣчено измѣненіе характера. Иногда у больныхъ подобнаго рода развивается скупость, высокомеріе, честолюбіе, эгоизмъ и др. нравственные недостатки. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ діабета и при высшихъ степеняхъ его Legrand du Saule ^{56, б)}, а вмѣстѣ съ нимъ Laudenheimer ⁵⁷, Féré-Bernard ⁶⁾, Lecorche ⁵⁵) и др. отмѣтили измѣненіе душевнаго настроенія, апатію, упадокъ психической свѣжести, слабость сужденія и потерю памяти. Подобные симптомы дали поводъ авторамъ (Kolstein ⁴²), Sekeyan ⁹⁷), Bond ¹⁰) и др.) утверждать, что діабетъ можетъ вести къ развитію даже настоящихъ душевныхъ заболѣваній. Дѣйствительно, отдѣльныя клиническія наблюденія подтверждаютъ это предположеніе. Такъ, Binswanger ^{17, б)} наблюдалъ острую спутанность при діабетѣ (послѣ ампутаціи гангренозной ноги), перешедшую въ дальнѣйшемъ теченіи въ слабоуміе.

Laudenheimer ⁵⁷), разработавшій тщательно этотъ вопросъ, различаетъ острые и хроническія душевныя разстройства при діабетѣ. Первые встрѣчаются очень часто. Къ числу острыхъ психическихъ страданій при сахарной болѣзни онъ относитъ *coma diabeticum*, а также ея эквивалентъ, который выражается въ остромъ возбужденіи психики и наступаетъ обыкновенно въ послѣднихъ періодахъ болѣзни. Гораздо рѣже по мнѣнію этого автора наблюдаются при діабетѣ хроническія формы заболѣваній.

Charpantier ^{20, б)}, извѣстный парижскій психіатръ (въ Сальпетріерѣ), особенно много интересовавшійся вопросомъ объ измѣненіяхъ психики при діабетѣ, съ положительностью заявляетъ, что сахарное мочеизнуреніе можетъ быть причиною даже *dementia paralytica*. Утвержденіе это тѣмъ болѣе

цѣнно, что рядъ другихъ авторовъ, среди которыхъ мы можемъ упомянуть Schüle ^{83.б)}, Maréchal de Calvi ⁶⁴⁾, Frerichs ^{49.б)}, Sommer ^{89.б)}, Sigmund ⁶⁷⁾, Laudenhimer ⁵⁷⁾ наблюдали развитіе типичнаго прогрессивнаго паралича во время сахарной болѣзни. Симптомы этой душевной болѣзни однако быстро исчезали съ назначеніемъ антидіабетическаго лѣченія, вслѣдствіе чего Laudenhimer ⁵⁷⁾ предлагаетъ называть подобный видъ психическаго заболѣванія pseudoparalysis diabetica.

Гораздо чаще, чѣмъ страданіе психики, наблюдалось поврежденіе отдѣльныхъ центровъ головного мозга. Maréchal de Calvi ⁶⁴⁾, Lepine et Blane ⁶⁰⁾, Dronineau ²⁸⁾, Corneille ²²⁾, Naudin ⁶⁹⁾ и многіе другіе, интересовавшіеся этимъ вопросомъ и имѣвшіе возможность провѣрить свои наблюденія патолого-анатомически, констатировали при діабетѣ поврежденіе какъ коры мозга, такъ и глубокихъ частей centri Vieussenii. Клинически эти поврежденія сказывались различно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они сопровождались длительнымъ возбужденіемъ центральной нервной системы и проявлялись въ видѣ дрожанія конечностей, вздрагиванія ихъ, судорогъ, подергиваній и даже настоящихъ припадковъ конвульсій съ потерей сознанія и прочихъ явленій, характерныхъ для эпилепсін.

Іасобу ^{50.б)} сдѣлалъ нѣсколько такихъ наблюденій надъ пациентами, страдавшими діабетомъ, у которыхъ въ началѣ были замѣчены легкія подергиванія, перешедшія въ дальнѣйшемъ въ конвульсін съ утратою сознанія и прочими признаками, типичными для падучей болѣзни. Въ одномъ его случаѣ, гдѣ не было проведено антидіабетическаго лѣченія, припадки судорогъ перешли въ продолжительную спячку, закончившуюся смертію. Въ другомъ—съ назначеніемъ лѣченія противъ сахарной болѣзни приступы большихъ конвульсій исчезли, но остался petit-mal. Въ третьемъ его наблюденіи пациентъ, страдавшій уже ранѣе діабетомъ, а теперь заболѣвшій эпилепсіей, поправился съ назначеніемъ ему антидіабетической терапіи: у него исчезъ сахаръ изъ мочи, повысился общій вѣсъ, увеличились силы, но вмѣстѣ съ этимъ у

него исчезли судороги и др. явленія раздраженія головного мозга.

Болѣе извѣстны однако пораженія головного мозга при диабетѣ, сопровождающіяся не возбужденіемъ извѣстныхъ центровъ, но утратой функціи ихъ или угнетеніемъ ея. Клинически это сказывается, въ зависимости отъ локализаціи пораженнаго центра, половиннымъ параличемъ, моноплегіями, афазіей и т. п. Гемиплегіи у страдающихъ сахарномъ мочеизнуреніемъ отмѣчены многими авторами, въ томъ числѣ Maréchal de Calvi ⁶⁴⁾, Corneille ²²⁾, Drouneau ²⁸⁾, Naunin ⁶³⁾, Marinesco ⁶⁶⁾ и др. Весьма типичной формой половинныхъ параличей при диабетѣ считается *hemiplegia alternans*, которую особенно тщательно изслѣдовали Bernard, Féré ⁶⁾. Поощряемые Charcot, эти ученые весьма подробно описали этотъ видъ пораженія нервныхъ центровъ головного мозга при диабетѣ и ихъ изысканія всецѣло подтверждены работами Ogle'а, ихъ же соотечественника.

Нѣсколько позже, чѣмъ страданія головного мозга, были отмѣчены органическія пораженія спинного мозга и периферическихъ нервовъ. О страданіяхъ этихъ отдѣловъ, которыя представляютъ большой практическій интересъ и заслуживаютъ быть упомянутыми болѣе детально, имѣется, однако, весьма скудная литература.

Что касается пораженій спинного мозга, то какъ симптоматологія ихъ, такъ и распредѣленіе въ немъ органическихъ измѣненій вообще весьма неопредѣленны и очень мало изучены. Изъ цитируемыхъ ниже наблюденій видно однако, что въ случаяхъ, опубликованныхъ по настоящее время, перерожденія охватываютъ рѣдко отдѣльныя функціональныя системы порознь; болѣею же частью таковыя поражены сразу нѣсколько и притомъ одновременно.

Для большой точности мы приводимъ здѣсь *in extenso* всю имѣющуюся въ литературѣ казуистику органическихъ пораженій спинного мозга.

Nonne ^{10, b. d)} описалъ пациентку 64 лѣтъ, которая послѣдніе четыре года жизни страдала сахарнымъ мочеизнуреніемъ. На второмъ году этой болѣзни у нея развились парезъ и нисходящая атрофія мышцъ обѣихъ верхнихъ конечностей безъ всякихъ болей и парестезій. При объективномъ изслѣдованіи чувствительность найдена нормальной; мышцы же и нервы пораженныхъ конечностей обнаружили частичную реакцію перерожденія. Рефлексы сухожильные и періостальные тѣхъ же частей слегка ослабѣли, нервные стволы были нечувствительны при сдавливаніи ихъ; грубая сила была рѣзко понижена; при пассивныхъ движеніяхъ пораженные конечности оказались совершенно вялыми. Черезъ полгода аналогичное пораженіе охватило обѣ ноги, гдѣ повторилась аналогичная картина: развились атрофіи мышцъ съ частичной реакціей перерожденія, съ потерей сухожильныхъ рефлексовъ (колѣнныхъ), безъ ригидности пассивныхъ движеній и безъ разстройства чувствительности. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ въ спинномъ мозгу было констатировано рѣзкое уменьшеніе числа клѣтокъ въ переднихъ рогахъ шейнаго отдѣла; среди уцѣлѣвшихъ клѣтокъ не было ни одной нормальной. Волокнистая мѣлиновая сѣть сѣраго вещества была очень разрѣжена; передніе корешки были рѣзко перерождены. Таковой же болѣзненный процессъ былъ найденъ и въ переднихъ рогахъ грудного и поясничнаго отдѣловъ спинного мозга, но въ меньшей степени; отъ времени до времени здѣсь можно было встрѣтить нормальную клѣтку съ видимымъ ядромъ; передніе корешки грудныхъ и поясничныхъ сегментовъ содержали лишь незначительное число нормальныхъ мѣлиновыхъ волоконъ. Перерождены были кромѣ того боковые и передніе столбы; волокна ихъ были явственно, но не очень интенсивно rareфицированы; неврогія же казалась слегка сгущенной и утолщенной. Этотъ послѣдній процессъ авторъ считаетъ за первичную простую атрофію мѣлиновыхъ волоконъ, а въ утолщеніи неврогіи видитъ явленіе вторичное, послѣдовательное. Задніе корешки на всемъ протяженіи спинного

мозга были нормальны; сосуды спинного мозга не были измѣнены. Периферическіе нервы представляли ясно выраженную атрофію мієлиновыхъ волоконъ.

Мышцы, управляемыя пораженными нервами, были также атрофированы.

Свой случай авторъ квалифицируетъ какъ *poliomyelitis anterior* и доказываетъ, что диабетъ можетъ повлечь за собою изолированное пораженіе переднихъ роговъ. Главнѣйшимъ основаніемъ для этого діагноза онъ считаетъ, во-первыхъ, клиническую картину, во-вторыхъ—данныя, добытыя патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ, т. е. упомянутыя рѣзко выраженные измѣненія клѣточныхъ элементовъ.

Это наблюденіе Nonne, отмѣчающее исключительное пораженіе переднихъ роговъ, единственное въ литературѣ. Нѣсколько чаще отмѣчались измѣненія, сосредоточенныя въ заднихъ столбахъ.

Kalmus⁵²⁾ описалъ двухъ діабетиковъ, по смерти которыхъ онъ имѣлъ возможность изслѣдовать спинной мозгъ.

Первый изъ этихъ больныхъ, клиническая картина котораго страдаетъ большой краткостью, перенесъ антисифилитическое лѣченіе и представлялъ явные признаки меркуриализма въ періодъ, когда онъ находился въ больницѣ для лѣченія сахарной болѣзни. Изслѣдованіе подъ микроскопомъ констатировало въ этомъ случаѣ рѣзкое измѣненіе въ шейномъ утолщеніи спинного мозга пучковъ Бурдаха и Голля, которые оказались особенно сильно пораженными. Нервные волокна ихъ совсѣмъ исчезли, невроглія-же и соединительнотканная основа имѣли совершенно нормальный видъ. Перерожденіе волоконъ заднихъ столбовъ быстро уменьшалось по направленію внизъ и вверхъ, такъ что въ продолговатомъ и грудномъ отдѣлахъ мозга не было замѣтно никакихъ уклоненій отъ нормы.

Должно замѣтить по поводу этого наблюденія Kalmus'a, что измѣненія, описанныя имъ, врядъ-ли типичны для диабета исключительно. Весьма сложная этиологія въ данномъ слу-

чаѣ—сифилисѣ, меркуріализмѣ и диабетѣ—не позволяетъ приписать найденныя измѣненія въ спинномъ мозгу исключительно только сахарному мочеизнуренію.

Второй случай того же автора—точно также темный съ клинической стороны, но болѣе чистъ съ этиологической точки зрѣнія; въ немъ кромѣ диабета нельзя было найти какой-либо иной предшествующей истощающей болѣзни; къ сожалѣнію, спинной мозгъ отъ этого паціента не былъ изслѣдованъ подъ микроскопомъ; при осмотрѣ же его невооруженнымъ глазомъ отмѣчены были измѣненія лишь Бурдаховскихъ столбовъ.

Hensay ⁴¹⁾ изслѣдовалъ спинной мозгъ отъ семи диабетиковъ, находившихся подъ наблюденіемъ Naunin'a въ Страбуржской клиникѣ, и нашелъ измѣненія въ двухъ случаяхъ.

Въ одномъ изъ нихъ имѣлось слабое перерожденіе небольшого числа волоконъ верхней части шейнаго мозга въ пучкахъ, прилегающихъ къ заднимъ корешкамъ XI нерва. Самые корешки этого нерва оказались неизмѣненными. Надѣ IV желудочка близъ ядра 10 шейнаго нерва имѣлось незначительное кровоизліяніе. Кромѣ того мелкіе сосуды мозга были гиперемированы безъ измѣненія стѣнокъ ихъ и перерожденія окружающей ихъ нервной ткани.

Во второмъ случаѣ перерожденіе занимало два ограниченныхъ мѣста въ заднихъ столбахъ, располагаясь совершенно симметрично на границѣ между Голлевскими и Бурдаховскими столбами; переднія части этихъ перерожденныхъ отдѣловъ сливались другъ съ другомъ, встрѣчаясь подѣ тупымъ угломъ, позади задней спайки; задніе же отдѣлы этой треугольной фигуры, въ формѣ которой обнаружилось перерожденіе волоконъ, не доходили до края спинного мозга; это измѣненіе заднихъ столбовъ распространялось вверхъ и внизъ на всемъ протяженіи спинного мозга отъ шейнаго до поясничнаго отдѣловъ. Очень странное явленіе представляли собою задніе корешки поясничнаго мозга. На поперечномъ разрѣзѣ ихъ только центральная часть корешка имѣла міелиновыя волокна, красившіяся еще по Weigert'у и Pal'ю; крае-

выя же части были совершенно перерождены. Уцѣлѣвшія мѣлиновыя волокна изъ центральной части корешка не были однако совсѣмъ нормальны. Ихъ мѣлиновая обкладка красилась въ периферическихъ слояхъ по Weigert'у; части же, прилегающія къ осевому цилиндру, представлялись или безцвѣтными, или же мутными. Reklinhausen, видѣвшій эти препараты, счелъ эти измѣненія корешковъ за артефактъ.

Sandmeyer^{85, b)} изслѣдовалъ одинъ случай діабета, причѣмъ, обработавъ спинной мозгъ по Marchi, нашелъ всюду перерожденіе пучковъ Голя въ начальной степени.

Приведенныя наблюденія трехъ послѣднихъ авторовъ отмѣчаютъ измѣненія главнымъ образомъ въ заднихъ столбахъ спинного мозга. Какъ уже упомянуто, описаны также и комбинированныя страданія спинного мозга при діабетѣ, гдѣ, кромѣ измѣненія въ заднихъ путяхъ, поражены одновременно и передніе рога сѣрой субстанціи. Обыкновенно при этомъ оказывается пострадавшимъ и периферическій невронъ. Весьма интересное исключеніе въ этомъ отношеніи представляетъ наблюденіе Williamson'a⁹¹⁾, въ случаѣ котораго этотъ отдѣлъ первой системы не обнаружилъ особенныхъ измѣненій.

Изслѣдованіе Williamson'a⁹¹⁾ касается 52 л. діабетика съ артеріосклерозомъ и атрофіей мышцъ плечевого пояса и плеча; чувствительность у него оставалась нормальной, колѣнные рефлексы оказались однажды утраченными, но послѣ нѣкотораго кратковременнаго отсутствія вновь появились. Послѣ смерти у этого паціента было найдено перерожденіе заднихъ столбовъ въ шейномъ и грудномъ отдѣлахъ спинного мозга. Осевые цилиндры многочисленныхъ волоконъ были сильно набухши. Невроглія слегка умножена лишь въ шейномъ отдѣлѣ. *Клѣтки переднихъ роговъ въ нижнемъ грудномъ отдѣлѣ спинного мозга слегка атрофированы. Нервы же, подходившіе къ атрофированному т. biceps, оказались безъ измѣненія.*

II. Во второмъ случаѣ того же автора, а именно при весьма тяжеломъ діабетѣ, окончившемся весьма скоро смертію въ

больницѣ, пателлярные рефлексy отсутствовали во время наблюденія. Измѣненія въ спинномъ мозгу были здѣсь тѣ же, что и въ его I-мъ наблюденіи, и заходили до поясничнаго отдѣла спинного мозга. *N. cruralis* *оказался безъ измѣненій*.

Весьма поучительно описаніе одного случая діабета, слѣланное Leichtentritt'омъ⁵⁴⁾. У его пациентки, женщины 60 л., съ рѣзко выраженнымъ артеріосклерозомъ, въ послѣдній годъ жизни было констатировано сахарное мочеизнуреніе, а въ то же время найденъ рядъ разстройствъ чувствительности и потеря кожныхъ рефлексовъ, что позволило поставить діагнозъ *pseudotabes diabetica*. Передъ самой смертію у больной развились атрофія мышцъ и полный параличъ конечностей, сопровождавшіеся болями и парестезіями. Кромѣ того обнаружилось пораженіе глазъ, кожи и наконецъ появилась гангрена *spontanea*. *Post mortem* при микроскопическомъ изслѣдованіи спинного мозга въ данномъ случаѣ авторъ нашелъ перерожденіе Голлевскихъ и Бурдаховскихъ столбовъ на всемъ протяженіи спинного мозга (кромѣ крестцоваго отдѣла). Задніе корешки оказались нормальными. Число клѣтокъ заднихъ и переднихъ роговъ не было уменьшено, но ихъ протоплазма была очень зерниста, а ядро не всюду хорошо видно. Ихъ отростки стали тупы и мѣстами какъ бы обломаны. Въ заднихъ столбахъ найдены въ обиліи паукообразныя клѣтки и амилоидныя тѣльца. Периферическіе нервы, особенно *N. N. cruralis et peroneus*, въ данномъ случаѣ были также рѣзко измѣнены.

Стѣнки ихъ *vasa nervorum* были сильно утолщены, просвѣтъ ихъ мѣстами суженъ, въ другихъ — расширенъ. Общая масса *epinervii* увеличена; ихъ волокна утолщены; мѣстами въ толщѣ *epinervii* встрѣчаются кровоизліянія. *Perinervium* содержитъ обиліе инфильтрирующихъ ядеръ. Утолщены также волокна *endonervii*; капиллярные сосуды его гиперэмированы. Міэлинъ отдѣльныхъ нервныхъ волоконъ въ сильномъ распадѣ. Авторъ считаетъ описываемыя

измѣненія гемморрагическимъ невритомъ діабетическаго происхожденія. Однако ихъ очень трудно приписать влиянію одного діабета. Увеличеніе соединительной основы въ нервѣ, утолщеніе его влагалища и типичныя измѣненія сосудовъ (включая сюда и кровоизліянія) отвѣчаютъ тому состоянію нервовъ, которое развивается въ нихъ при хроническомъ артеріосклерозѣ.

Souques et Marinesco ^{85.а)} въ изслѣдованномъ ими спящемъ мозгу отъ женщины, погибшей въ діабетическомъ марзмѣ, клиническая картина болѣзни которой къ сожалѣнію не приведена, предполагаютъ точно также нѣкоторую атрофію клѣтокъ передняго рога шейнаго мозга. Кромѣ того они нашли въ высшей степени нѣжное измѣненіе обоихъ заднихъ столбовъ въ поясничномъ и грудномъ отдѣлахъ. Измѣненіе это можно было констатировать лишь на основаніи блѣдности окраски по Рау, сосуды же и неврогія не обнаруживали никакихъ знаковъ перерожденія. Авторы находятъ большое сходство даннаго перерожденія заднихъ столбовъ съ тѣмъ, который наблюдается при нисходящемъ перерожденіи заднихъ столбовъ послѣ пересѣченія заднихъ корешковъ выше лежащихъ сегментовъ.

Bonardi ⁵⁾ (статью его въ оригиналѣ намъ не удалось прочесть) наблюдалъ случай діабета, во время котораго у пациента развилась атрофія мышцъ конечностей, утратились сухожильные рефлексы и обнаружился рядъ симптомовъ, позволившихъ автору видѣть въ данномъ заболѣваніи картину *pseudotabes diabetica*. *Post mortem* при изслѣдованіи спиннаго мозга подъ микроскопомъ въ этомъ случаѣ было найдено перерожденіе передне-боковыхъ пучковъ; клѣтки переднихъ роговъ сѣраго вещества были уменьшены въ числѣ и размѣрахъ и обнаружили первоначальные признаки распада. Периферическіе нервы конечностей были поражены смѣшаннымъ невритомъ; мышцы, управляемыя перерожденными нервами, представляли типичную картину перерожденія.

Болѣе ясными, по симптоматологіи, чѣмъ органическія пораженія спинного мозга при діабетѣ, представляются органическія измѣненія периферическихъ нервовъ въ видѣ дегенеративнаго неврита.

Страданіе это, согласно изслѣдованіямъ Davis-Pryce ⁷⁴⁾, Ziemsen'a ⁹⁵⁾, Charcot ^{20.а)}, Auchet ²⁾, Gregoire ^{35.а)}, William-son'a ⁹¹⁾, Althaus'a ¹⁴⁾, Buzzard'a ¹⁵⁾, Naunin'a ⁶⁹⁾, Buck'a, Vanderlinden'a ¹⁴⁾ и другихъ авторовъ, обнаруживается длительными и молніевосными болями, упадкомъ моторной функціи, пониженіемъ или потерей чувствительности, рефлексовъ, реакціей перерожденія въ нервахъ, атрофіей мышцъ и трофическимъ измѣненіемъ кожныхъ покрововъ (Glanzhaut или mal perforant du pied).

Локализація этихъ пораженій чрезвычайно разнообразна. Въ настоящее время описаны невриты N. facialis (Gregoire ^{35.а)}, Naunin ⁶⁹⁾ и притомъ иногда двусторонніе (Gregoire ^{35.а)}), N. vagi (Eichhorst ³¹⁾), N. axillaris (Althaus ¹⁴⁾), N. cruralis (Bruns ¹⁷⁾, Eichhorst ³¹⁾, Leichtentritt ⁵⁴⁾), N. peronei (Bruns ⁷⁾, Leichtentritt ⁵⁴⁾), N. optici (Froser and Bruce ^{46.а)}), N. obturatorii (Bruns ⁷⁾), N. tibialis (Pryce ⁷⁴⁾). Сюда же можно отнести до извѣстной степени и перерожденіе N. sympatici, найденное Cavazzani ^{18.с)}.

Кромѣ перечисленныхъ вѣроятно однако и всѣ остальные нервные стволы не гарантированы отъ заболѣванія и точно также могутъ подлежать пораженію при діабетѣ.

Davis Pryce'y ⁴⁷⁾ принадлежитъ одному изъ первыхъ заслуга установить анатомическія измѣненія нервовъ при діабетѣ. Онъ опубликовалъ нѣсколько наблюденій. Въ первомъ его случаѣ дѣло идетъ о 56 лѣтнемъ сифилитикѣ и алкоголикѣ съ рѣзко выраженнымъ артеріосклерозомъ, у котораго, судя по анамнестическимъ свѣдѣніямъ, развился діабетъ въ теченіе послѣднихъ полутора лѣтъ жизни. Изъ нервныхъ расстройствъ отмѣчалось у пациента пониженіе чувствительности, потери колѣнныхъ рефлексовъ и ослабленіе

таковыхъ зрачка. При изслѣдованіи нервной системы даннаго пациента *post mortem* периферическіе нервы оказались очень утолщены (*N. tibialis*) и окружены воспалительною тканью. Міѣлиновыя влагалища отдѣльныхъ волоконъ были гранулезны и не красились осміевою кислотой. Осевые цилиндры въ большинствѣ были атрофированы. Интерстиціальная соединительнотканная основа нерва была слегка гиперплазирована. Въ поясничномъ утолщеніи спинного мозга клѣтки переднихъ роговъ были также поражены. Большая часть ихъ исчезла, другія гранулезно атрофированы; у многихъ изъ нихъ отростки обломаны. Какой либо инфильтраціи въ сѣрой или бѣлой массахъ не замѣчено.

Въ другомъ наблюденіи *Pryce*'а прижизненные разстройства нервной системы у одного діабетика имѣли всѣ признаки *neurotabes diabetica*, и дѣйствительно послѣ смерти найденъ въ этомъ случаѣ типичный периферическій невритъ.

Auché ²⁾ описалъ нѣсколькихъ больныхъ, у которыхъ можно было произвести патолого-анатомическое изслѣдованіе.

I. Женщина, 74-хъ лѣтъ, съ рѣзко выраженнымъ артеріосклерозомъ, страдаетъ повышенной жаждой уже болѣе 10-ти лѣтъ. Послѣдніе годы жизни кромѣ того испытываетъ стрѣляющія боли и зудъ въ конечностяхъ; не задолго до смерти у нее появились язвы на стопѣ и *gangraena spontanea* IV-го пальца на ногѣ. Чувствительность болевая и температурная не измѣнены; напротивъ, произвольная подвижность очень понижена.

Post mortem при микроскопическомъ изслѣдованіи большое число отдѣльныхъ міѣлиновыхъ волоконъ въ нервныхъ стволахъ найдены совершенно нормальными. Ихъ міѣлинь совершенно правильно окрашенъ и сохранилъ свою естественную форму. Міѣлиновое влагалище меньшаго числа волоконъ, напротивъ, имѣло неровный край съ зазубринами, распадалось на сегменты, глыбы и шары. По мѣстамъ единичныя волокна были лишены міѣлина и осевого цилиндра и сохра-

нялись лишь въ видѣ пустого швановскаго влагалища, утолщеннаго въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ лежали набухшія швановскія ядра и капли міэлина. Спинной мозгъ въ данномъ случаѣ не былъ изслѣдованъ; какихъ либо другихъ этиологическихъ моментовъ, кромѣ діабета и артеріосклероза, нельзя было предполагать.

II. У 50-ти лѣтняго старика, страдавшаго послѣдніе 6-ти лѣтъ повышенной жаждой и погибшаго отъ діабетической комы, оказались слѣдующія измѣненія въ периферическихъ нервахъ: совершенно здоровыхъ волоконъ не было видно; ихъ міэлиновое влагалище оказалось весьма измѣненнымъ; мѣстами оно было въ полномъ распадѣ, осевой-же цилиндръ оказался незатронутымъ.

О состояніи сосудистой системы авторъ не упоминаетъ ни слова.

III. Въ своемъ третьемъ наблюденіи Auché описываетъ 19-ти лѣтн. юношу, у котораго первые признаки діабета обнаружались за три мѣсяца до смерти. При изслѣдованіи пациента въ больницѣ произвольная подвижность у него найдена всюду нормальной; болевая чувствительность (къ уколу) оказалась слегка пониженной на тылѣ предплечія; коленный рефлексъ вовсе отсутствовалъ.

На вскрытіи при макроскопическомъ осмотрѣ сосуды оказались нормальными. При микроскопическомъ изслѣдованіи міэлиновыя волокна нервовъ красились хорошо осміевою кислотой, но имѣли крайне неровный изорванный контуръ; мѣстами глубокія узуръ, которыя проникали до осевого цилиндра. На ряду съ этимъ было очень много швановскихъ пустыхъ влагалищъ, внутри которыхъ видѣлись утолщенные и умноженные ядра. Въ общемъ картина пораженія нервовъ соответствуетъ таковой при паренхиматозномъ невритѣ.

Авторъ утверждаетъ, что у пациента не было сифилиса и что сосуды кровеносные были найдены совершенно нормальными. Возможность иныхъ этиологическихъ моментовъ Auché повидимому вовсе не имѣетъ въ виду.

Данное наблюденіе поражаетъ контрастомъ клинической картины съ патолого-анатомическою находкою. Тѣ значительныя разрушенія нервовъ, которыя описываетъ авторъ, требовали бы рѣзкихъ клиническихъ поражений; между тѣмъ въ status praesens совершенно отрицаются моторныя разстройства, а чувствительность найдена слабо измѣненной лишь въ ограниченномъ участкѣ верхнихъ конечностей.

Огромныя измѣненія периферическихъ нервовъ кажутся тѣмъ болѣе странными, что діабетъ былъ замѣченъ лишь за три мѣсяца до смерти. Невольно является вопросъ, не артефактъ ли тѣ измѣненія, которыя найдены подъ микроскопомъ.

Dreschfeld ^{56. a)} изслѣдуя нервную систему у одного діабетика, нашелъ въ периферическихъ нервахъ, особенно въ сѣдалищномъ, умноженное число ядеръ въ его влагалищѣ, разрастаніе интерстиціальной соединительной ткани, распадъ міэлина и гибель осевыхъ цилиндровъ.

Froser and Bruce ^{46. a)} сдѣлали весьма интересное наблюденіе, которое можно отчасти отнести сюда же. 36 лѣтній діабетикъ, съ центральной скотомой и потеряннымъ рефлексомъ зрачка на свѣтъ, страдалъ стрѣляющими болями въ глазу. По смерти при изслѣдованіи подъ микроскопомъ было констатировано въ N. opticus распадъ міэлина его волоконъ; осевой же цилиндръ болѣе или менѣе хорошо сохранился.

Eichhorst ³¹⁾ описалъ два случая діабета съ поражениемъ нервной системы, окончившихся смертію.

I. Женщина 47 л., діабетичка, жалуется на мучительное чувство пояса. Подошвенный рефлексъ и таковой же съ ахиллова сухожилія сохранены; колѣнный — совсѣмъ утраченъ. Послѣ смерти, при микроскопическомъ изслѣдованіи спинной мозгъ и N. ischiadicus найдены нормальными. Напротивъ, N. cruralis представлялъ типичную картину рѣзкаго паренхиматознаго неврита съ набуханіемъ ядеръ швановскаго влагалища, умноженіемъ числа ихъ и распадомъ міэлинового влагалища. Epi-peri-endonervium оказались безъ измѣненій.

II. Дѣвунка 23-хъ лѣтъ доставлена въ больницу въ глубокомъ упадкѣ силъ, на другой день впала въ глубокое коматозное состояніе и въ тотъ же день умерла. Въ больницу констатировано: нормальный рефлексъ зрачка на свѣтъ, тугоподвижность затылка и утрата колѣнныхъ рефлексовъ. По смерти изслѣдованіе подъ микроскопомъ нервной системы обнаружило — при нормальномъ спинномъ мозгѣ — паренхиматозный невритъ въ N. N. ischiadicus et cruralis того же характера, какъ и въ I-омъ случаѣ.

Весьма хорошо изучена также другая форма страданія периферической нервной системы, причисляемая авторами къ отдѣлу функциональных страданій. Мы разумѣемъ здѣсь диабетическія невралгіи, изслѣдованія которыхъ принадлежатъ къ числу весьма давнихъ и своимъ возникновеніемъ обязаны настоятельнымъ жалобамъ самихъ пациентовъ. Вниманіе авторовъ было привлекаемо именно весьма часто болями въ различныхъ частяхъ тѣла, которыя возникали на высотѣ развитія диабета и доставляли пациентамъ жесточайшія страданія. Характерной особенностью таковыхъ болей было появленіе ихъ въ видѣ длительныхъ приступовъ и притомъ на симметрическихъ частяхъ тѣла.

При объективномъ изслѣдованіи подобные страдальцы обнаруживали лишь повышенную болѣзненность нервныхъ стволовъ при давленіи на нихъ. Моторная сфера, чувствительность, рефлексы и электрическая реакція оставались совершенно нормальными. Точно также отсутствовали и трофическія разстройства въ пораженной области. Griesinger ^{40.а)}, Worms ⁹⁰⁾, Hosslin ⁴³⁾, Ziemsen ⁹⁵⁾, Charcot ^{20.а)}, Bruns ⁷⁾ и Berger ⁸⁾, которые были въ числѣ первыхъ, изучившихъ этотъ видъ страданій, доказывали, что въ данномъ случаѣ имѣется особый видъ невралгій диабетическаго происхожденія.

Позднѣе Ziemsen ⁹⁵⁾, Berger ⁸⁾ и Cornillon ^{18.б)}, опираясь отчасти на свои наблюденія, но главнымъ образомъ на литературныя данныя, нашли возможнымъ установить нѣсколько типичныхъ признаковъ для диабетическихъ невралгій. Во

первыхъ, по мнѣнію этихъ авторовъ, данный видъ невралгій развивается на высотѣ основной болѣзни, т. е. діабета. Въ началѣ боли появляются лишь по утрамъ, послѣ безсонныхъ ночей; въ дальнѣйшемъ онѣ ожесточаются при движеніяхъ и достигаютъ высшей степени по ночамъ. Во-вторыхъ, онѣ возникаютъ на симметрическихъ частяхъ тѣла. Въ третьихъ, теченіе этихъ невралгій затяжное; устраненіе сахара не всегда сопровождается полнымъ выздоровленіемъ и антидіабетическое лѣченіе ведетъ лишь къ улучшенію состоянія. Микроскопическихъ измѣненій нервныхъ стволовъ при этомъ пораженіи нервныхъ стволовъ не сдѣлано, но на основаніи многихъ соображеній эти болѣзненные стволы предполагаются анатомически-неизмѣненными и ихъ страданіе считается по этому функціональнымъ.

Кромѣ этого заболѣванія, локализируемаго большинствомъ ученыхъ въ периферическихъ нервахъ и относимаго авторами къ разряду функціональныхъ пораженій, существуетъ при діабетѣ еще одинъ родъ функціональнаго страданія, локализациа котораго однако не совсѣмъ ясна.

При этой послѣдней формѣ существуютъ точно также боли, но онѣ представляютъ рѣзкое отличіе отъ только-что упомянутыхъ невралгическихъ болей. Подобный пациентъ называетъ свои боли не тянущими, не стойкими и продолжительными, какъ при невралгій, но летучими, молніеносными; локализациа ихъ не отличается симметрией. На ряду съ жалобами на боли имѣются еще и другіе симптомы. Больные отмѣчаютъ чувство пояса или корсета, постоянно мучающаго ихъ; они жалуются на упадокъ потенціи, на разстройство сфинктеровъ. Въ очень многихъ случаяхъ утрачивается равновѣсіе, появляется рѣзкая атаксія до полной невозможности ходить въ темнотѣ и проч.

При объективномъ изслѣдованіи такихъ пациентовъ обыкновенно находятъ разстройства со стороны зрачковъ, неравномѣрность ихъ и отсутствіе реакціи на свѣтъ. Этотъ послѣдній симптомъ, который Leyden ⁵⁸⁾ и Fischer ^{49. a)} считали кар-

динальнымъ признакомъ спинной сухотки, никогда не встрѣчающимся при диабетѣ, былъ безспорно констатированъ и доказанъ у диабетиковъ данной категоріи четырьмя авторами: Grube ³⁶⁾, Pryce ⁷⁴⁾ и Faser-Bruce ^{46.а)}. Сухожильные рефлексy у данныхъ больныхъ большею частію утрачиваются. Чувствительность у нихъ глубоко разстроена. Мышечное чувство, способность осязать прикосновеніе, чувство боли и тепла понижены или вовсе утеряны.

Vergely ²²⁾ констатировалъ рѣзкую диссоціацію чувствительности и замедленіе проводимости ее у больныхъ этого рода. Въ одномъ своемъ наблюденіи онъ видѣлъ утрату температурныхъ ощущеній при сохраненіи тактильной чувствительности. Въ другомъ его случаѣ проведеніе болевыхъ ощущеній было замедлено на 5 сек. по сравненію съ тактильной чувствительностію.

Грубая мышечная сила у пациентовъ данной группы въ большинствѣ случаевъ сохранена или весьма незначительно понижена.

Описываемый сложный симптомокомплексъ былъ весьма тщательно изслѣдованъ и разработанъ Leval-Piquet'омъ ^{56.а)}, который, отчасти на основаніи литературныхъ данныхъ, отчасти на основаніи собственныхъ изысканій, нашелъ полную аналогію описываемаго страданія при диабетѣ съ *tabes* и въ виду того, что антидиабетическая терапія обыкновенно весьма скоро устраняетъ всѣ или во всякомъ случаѣ многіе упомянутые субъективные и объективные симптомы,—предложилъ называть данное заболѣваніе *pseudo-tabes-diabetica*. Одновременныя и позднѣйшія наблюденія Charcot ^{20.а)}, Leyden'a ^{58.д)}, Chauffard'a ^{22.б)}, Pryce ⁷⁴⁾, Raymond ⁸¹⁾, Fischer'a ^{49.а)}, Strümpel'я ⁸⁴⁾, Oppenheim'a ⁷³⁾ и много др. подтвердили изысканія французскаго ученаго, и теперь названіе *pseudo-tabes-diabetica* считается общепринятымъ въ медицинской терминологіи. При этомъ симптомокомплексѣ не найдено органическихъ поврежденій ни въ спинномъ мозгу, ни въ периферическихъ нервахъ;

эти отдѣлы считаются поэтому при *pseudo-fabes diabetica* совершенно нормальными.

Въ приведенной здѣсь казуистикѣ всюду на ряду съ клиническими явленіями цитировались также данныя, найденныя подъ микроскопомъ. Нужно сознаться, что эти послѣднія чрезвычайно скудны. Вообще изысканія патологс-анатомическія при діабетѣ были до сихъ поръ менѣе плодотворны, чѣмъ клиническія наблюденія.

Что касается макроскопическихъ находокъ при сахарномъ мочеизнуреніи, то грубыя измѣненія главнымъ образомъ головного мозга въ видѣ кровоизліяній и размягченій были извѣстны уже давно, и новѣйшія изслѣдованія прибавили мало новыхъ данныхъ въ этомъ направленіи; болѣе же тонкія измѣненія нервной системы, особенно периферическихъ нервовъ, а также спинного и продолговатаго мозга, принадлежатъ къ числу недавнихъ открытій и представляются лишь въ начальныхъ стадіяхъ изслѣдованія.

Изъ обширной казуистики, имѣющей въ литературѣ и касающейся пораженія нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи, только въ 20-ти случаяхъ намъ болѣе или менѣе извѣстна патологическая анатомія спинного мозга и периферическихъ нервовъ; только въ этихъ ничтожныхъ исключеніяхъ намъ извѣстны, и притомъ лишь болѣе или менѣе приблизительно, причины тѣхъ или иныхъ клиническихъ картинъ.

Большинство же другихъ случаевъ, подвергшихся даже вскрытію и микроскопическому изслѣдованію, остались вовсе неразъясненными; въ значительномъ числѣ наблюденій изслѣдованія подъ микроскопомъ дали только отрицательные результаты.

Совершенно темной считается въ настоящее время и ближайшая этиологія заболѣваній нервной системы при діабетѣ.

По мнѣнію Bouchard ³⁾, Pryce ⁷⁴⁾, Bruns ⁷⁾, Charcot ^{20. a)}, Dikkinson ²⁴⁾, причину измѣненія нервной системы нужно искать въ перерожденіи сосудовъ, свойственномъ діабету.

Другіе авторы, тщательно изслѣдуя кровеносные пути при сахарномъ мочеизнуреніи, не нашли никакихъ измѣненій ихъ стѣнокъ (Müller ⁶²), Külz ⁵³), Redlich ⁷⁸), Sandmeyer ^{85.б}), Nonne ^{70.а}).

Нѣкоторые изслѣдователи (Füterer ⁴⁸) находили пробки гликогена въ мозговыхъ сосудахъ и ими объясняли различныя нервныя расстройства при диабетѣ. Другіе сводили всю клиническую картину къ расстройству (Lecorché ⁵⁵) циркуляціи въ мозгу, къ анеміи или гипереміи нервныхъ тканей.

Hosslin ⁴³), Florain ⁴⁷), Raymond et Oulmont ⁸⁰), не вдаваясь въ болѣе глубокія объясненія, ставятъ всѣ расстройства въ причинную зависимость съ накопленіемъ сахара въ крови.

Worms ⁹⁰), желая точнѣе опредѣлить вредное дѣйствіе этого послѣдняго, высказалъ мнѣніе, что сахаръ дѣйствуетъ непосредственно на нервныя волокна и именно такимъ же способомъ, какъ мочевины при подагрѣ.

Напротивъ, Christi du Buicli ¹⁹), Bouchard ⁹) и Dieulafoy ²³) утверждаютъ, что сахаръ дѣйствуетъ косвенно на нервныя ткани, а именно: накопленіе сахара въ организмѣ—glycémie (Christi du Buicli ¹⁹) и hyperglycémie (Bouchard ⁹), Dieulafoy ²³)—уменьшаетъ количество кислорода въ крови и только вслѣдствіе этого развиваются различныя расстройства въ нервныхъ волокнахъ.

Въ противоположность всему этому Bouzzard ¹⁵), Cornil-лон ^{18.б}), Drasche ²⁷), Ziemsen ⁹⁵) и Rosenstein ^{77.б}) отрицаютъ какъ посредственное, такъ и непосредственное вредное вліяніе накаплиющагося въ организмѣ сахара, ибо пораженія нервной системы не находятся въ прямой зависимости отъ количественнаго содержанія его въ мочѣ.

Одни изслѣдователи склонны объяснять пораженія нервныхъ тканей токсическимъ дѣйствіемъ ацетона и др. дериватовъ уксусной кислоты (Auché ²). Другіе приписываютъ сказанныя расстройства вліянію известковыхъ солей, извлекаемыхъ изъ костей кислотами, свободно циркулирующими въ крови при диабетѣ (Harrine et Guinard ²¹), Marie ⁶⁵), Raymond et

Oulmont⁸⁰⁾ предполагаютъ здѣсь извѣстный видъ *dyscrasie sanguine*. Berger⁸⁾, Drasche²⁷⁾, Barth¹¹⁾, Leyden^{58 c)}, Eichhorst³¹⁾, Auché²⁾ утверждаютъ, что въ крови плаваютъ токсическія начала еще неизвѣстнаго происхожденія, а они то и обуславливаютъ заболѣванія нервной системы.

Naunin⁶⁹⁾ (276 стр.) раздѣляетъ токсэмическую теорію, но затрудняется однако сказать, какой видъ вредности здѣсь дѣйствуетъ. Онъ и Rosenstein^{77. b)} увѣрены лишь въ одномъ, что ни кислоты, ни сахаръ въ крови не имѣютъ въ этомъ отношеніи большаго значенія.

По мнѣнію Marinesco⁶⁶⁾, Souques^{85. a)}, Neusay⁴¹⁾, Lescorché⁵⁵⁾, заболѣваніе нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи происходитъ вслѣдствіе побочныхъ страданій, развивающихся въ теченіе данной болѣзни, а именно—вслѣдствіе туберкулеза, кахексии, малокровія и недостаточной артеріализаціи крови.

Souques³⁷⁾, Guignon³⁷⁾, Block¹²⁾, находя въ діабетическихъ нервныхъ расстройствахъ много сходныхъ чертъ съ *tabes*, объясняютъ появленіе таковыхъ при діабетѣ рядомъ тѣхъ же неизвѣстныхъ условій, каковыя благопріятствуютъ появленію *tabes'a*; быть можетъ, думаютъ они, первично развивается *tabes* и лишь вторично къ нему присоединяется діабетъ.

Raymond⁸⁰⁾ и Auché¹⁾ высказываютъ предположеніе, что большія потери воды при діабетѣ способствуютъ плохому питанію и другимъ расстройствамъ нервной системы.

Dieulafoy²³⁾ видитъ въ этомъ-же самомъ причину плохой функціи мышцъ. Naunin⁶⁹⁾ придаетъ большое значеніе *neuropatischer Belastung*, а также простудѣ и травмѣ.

Переходя къ частностямъ и отдѣльнымъ видамъ нервныхъ страданій при діабетѣ, мы встрѣчаемъ точно также гипотезы, ничѣмъ недоказанныя предположенія и полную невозможность опредѣлить причины страданія.

Причины душевныхъ разстройствъ при діабетѣ авторы относятъ на счетъ токсическихъ веществъ, плавающихъ при этомъ въ крови. (Laudenheimer, Steinthal, Charpantier, Legrand du Saule и др.).

Въ многихъ случаяхъ грубыя пораженія головного мозга приписываемы были кровоизліяніямъ, разрушившимъ нервныя ткани. Нерѣдко, впрочемъ, были находимы размягченія мозга, отмѣченныя особенно въ работахъ Steinthal'я ⁸⁶, Frerichs ^{49.c)}, Ogle ^{72.b)}, Dreyfus ⁶³⁾, Bernard-Féré ⁶⁾, Marinesco ⁶⁶⁾ и мн. др. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ весьма стойкое прижизненное пораженіе объяснялось разрушеніемъ въ большомъ мозгу, а на вскрытіи это предположеніе вовсе не подтверждалось и центръ, предполагавшійся разрушеннымъ, былъ находимъ неизмѣненнымъ.

Naunin ⁶⁹⁾ напр. (84-й случай его монографіи) наблюдалъ стойкую афазію и правостороннюю гемиплегію при діабетѣ, а послѣ смерти на вскрытіи въ большомъ мозгу не было найдено никакихъ измѣненій. Авторъ подчеркиваетъ это обстоятельство и видитъ въ этомъ полную аналогію съ параличами уремического и туберкулезнаго происхожденія, гдѣ на вскрытіи точно также не открывается никакихъ измѣненій.

Bedlich ⁷³⁾ весьма тщательно изслѣдовалъ подъ микроскопомъ головной мозгъ діабетика, представлявшаго при жизни половинный параличъ и утратившаго рѣчь; авторъ нашелъ лишь гиперемію пораженныхъ центровъ безъ малѣйшихъ признаковъ разрушенія нервной ткани.

Lepine et Blanc ⁶⁰⁾ на вскрытіи субъекта, страдавшаго гемиплегіей съ потерей рѣчи, не нашли никакихъ макроскопическихъ измѣненій и только при тщательномъ изслѣдованіи съ микроскопомъ отмѣтили гибель большихъ пирамидъ Роландовой области и расширеніе лимфатическихъ влагалищъ.

Совершенно темными въ настоящее время являются причины утраты колѣнныхъ рефлексовъ. Рядъ авторовъ, среди которыхъ мы можемъ назвать Marinian, Landouzy ⁵⁹⁾,

Eichorst ³¹⁾, Maschka ⁶⁷⁾, Bouchard ⁹⁾, Hosslin ⁴³⁾, Niviere ⁷²⁾, Nonne ^{70.а)}, Rosenstein ^{77.б)}, Pierre Marie et Guignon ⁶³⁾, Williamson ⁹¹⁾, Grube ³⁶⁾, Auerbach ³⁾, совершенно отказываются объяснить, что именно способствуетъ исчезновенію пателлярныхъ рефлексовъ. Другіе ученые предполагаютъ въ подобномъ случаѣ функциональныя разстройства, напр. Raven ⁷⁵⁾, который нашелъ, что утерянныя сухожильные (пателлярные) рефлексы возстановляются съ назначеніемъ антидіабетическаго лѣченія. Тоже самое наблюдалъ Williamson ⁹¹⁾.

Marinesco ^{66.а.с)} описалъ діабетика, съ исчезнувшими коѣнными рефлексами, у котораго внезапно развился половинный параличъ; при этомъ коѣнный рефлексъ, до тѣхъ поръ отсутствовавшій на обѣихъ ногахъ, возстановился и притомъ лишь на сторонѣ паралича, безъ того однако, чтобы производилось какое-либо антидіабетическое лѣченіе.

Nonne ^{70.а)} изслѣдовалъ спинной мозгъ и периферическіе нервы въ одномъ случаѣ діабета, гдѣ рефлексы отсутствовали при жизни, и не нашелъ никакихъ измѣненій, оправдывающихъ утрату рефлексовъ.

Съ другой стороны, Naunin ⁶⁹⁾, Dreyfus ⁶⁹⁾, Grube ³⁶⁾ нашли при діабетѣ, напротивъ, повышеніе рефлексовъ, и это явленіе остается точно также необъясненнымъ.

Что касается причинъ невралгій при сахарномъ мочеизнуреніи, то въ тѣхъ значительныхъ по количеству случаяхъ, гдѣ невралгіи совершенно исчезаютъ съ прекращеніемъ сахарнаго мочеизнуренія, авторы (Rosenstein ^{77.б)}, Draschke ²⁷⁾, Peters, Worms ⁹⁰⁾ и др.) приписываютъ появленіе невралгій болѣзненному составу крови; вотъ почему при назначеніи терапіи, способствующей очищенію крови отъ разныхъ примѣсей и съ возстановленіемъ послѣдней до нормы, исчезаетъ и причина болей. Garrod видитъ въ такихъ случаяхъ также особый видъ ревматизма, поддающійся лѣченію.

Во второй категоріи невралгій—съ неблагоприятнымъ прогнозомъ—имѣется, по Rouchard'у ⁹⁾, измѣненія *vasa vasorum*, артеріяты ихъ и пролиферація ихъ внутри ткани нерва.

Raymond и Oulmont⁸⁰⁾ предполагаютъ въ такихъ случаяхъ заболѣваніе оболочекъ спинного мозга, инфильтрацію, а вслѣдствіе этого—сдавленіе корешковъ и т. д.

Ближайшее знакомство съ литературой интересующаго насъ вопроса обнаруживаетъ вообще, что ученіе о заболѣваніяхъ нервной системы при діабетѣ принадлежитъ къ числу весьма мало разработанныхъ областей медицины; и это весьма понятно: оно очень молодо.

Въ 1885 г. установлено заболѣваніе нервной системы въ формѣ *pseudotabes diabetica*.

1890 годъ былъ эпохой открытія новой формы пораженія периферическихъ нервовъ при сахарномъ мочеизнуреніи въ формѣ дегенеративнаго неврита.

Въ 1896 г. описанъ *polyomyelitis anterior* при діабетѣ (Nonne), чего до тѣхъ поръ никто не наблюдалъ.

Въ 1898 г. было сдѣлано въ первый разъ изслѣдованіе мозга по Nissl'ю въ лабораторіи проф. Высоковича докторомъ Лиятваревымъ^{86.б)} и докторомъ Маньковскимъ^{88.б)} въ лабораторіи проф. Подвысоцкаго.

Въ виду такой бѣдности фактовъ, добытыхъ до сихъ поръ какъ клиницистами, такъ и патолого-анатомами, всякій новый казуистическій вкладъ, касающійся пораженія нервныхъ центровъ при діабетѣ, кажется намъ въ высокой степени умѣстнымъ.

II.

Первое наблюденіе. Чернорабочій 40 л. поступилъ въ клинику проф. О. А. Леша^{17.ж)} въ 1897 году.

Многоуважаемый товарищъ Ю. А. Гвоздинскій, который производилъ наблюденіе соматическихъ симптомовъ у этого пациента и велъ лѣченіе, въ высшей степени любезно предоставилъ мнѣ разработать данный случай съ невропатологической точки зрѣнія.

Краткое извлеченіе изъ исторіи болѣзни содержитъ слѣдующее:

Діабетикъ давности около 3—4 л. Парестезіи и стрѣляющія боли дали себя чувствовать 1½ года тому назадъ; позже появились атаксія, головокруженіе, импотенція. При объективномъ изслѣдованіи въ больницѣ найдены парезъ нижнихъ конечностей съ атрофіей отдѣльныхъ мышцъ стопы и голени, расстройство чувствительности въ нижней части туловища, на половыхъ частяхъ и нижнихъ конечностяхъ, пониженіе остроты зрѣнія. Плаксивость, упадокъ памяти, утрата сухожильныхъ коленныхъ рефлексовъ и таковыхъ съ ахилловаго сухожилія. Реакція перерожденія. Смерть отъ туберкулеза. При микроскопическомъ изслѣдованіи спинного мозга и периферическихъ нервовъ констатированы перерожденіе клетокъ переднихъ роговъ въ шейномъ утолщеніи въ слабой степени, болѣе рѣзко выраженное перерожденіе тѣхъ-же клетокъ въ поясничномъ утолщеніи и поясничныхъ спинальных ганліяхъ. Паренхиматозное перерожденіе мышечныхъ и кожныхъ нервовъ нижнихъ конечностей, n. pudendi и вѣточекъ, заложенныхъ въ корнь penis.

Пациентъ началъ отмѣчать рядъ «нервныхъ симптомовъ» уже за ½ года до поступленія въ клинику. Вначалѣ онъ испытывалъ стрѣляющія и тянущія боли и крайне мучительныя для него парестезіи (чувство ваты подъ подошвами, ползаніе мурашекъ, онѣмѣніе ногъ и т. д.); позже появилась неувѣренность походки обѣихъ ногъ, импотенція и головокруженіе. Увеличенное количество мочи до 3000—4000 к. с. въ сутки. Уже три года т. н. сильная жажда и голодъ мучили пациента задолго до настоящаго страданія. Впервые констатированъ сахаръ въ мочѣ 1 годъ т. н. и въ это время пациенту амбулаторно было предписано лѣченіе, которое онъ однако не провелъ. Въ анамнезѣ нѣтъ ни сифилиса, ни алкоголизма; по словамъ больного, онъ не болѣлъ до сихъ поръ никакими изнурительными болѣзнями, не подвергался какимъ либо профессиональнымъ вредностямъ.

При изслѣдованіи въ клиникѣ проф. О. А. Леша мною найдено слѣдующее. Ростъ пациента выше средняго; тѣлосложеніе въ общемъ правильное, среднее. Мѣстами встрѣчаются небольшія эритоматозныя пятна и пустулы. Подкожная клѣтчатка сильно исхудала; мышечныя массы нижнихъ конечностей, особенно тыла стопы и голени, рѣзко уменьшены, притомъ не совсѣмъ равномерно, т. ч. нѣкоторые мускулы кажутся вовсе исчезнувшими, другіе-же только уменьшены въ объемѣ или вовсе не измѣнены. Отека нигдѣ нѣтъ. Кожная температура нигдѣ не понижена. Артеріи слегка тверды, но рѣзкаго артеріосклероза констатировать нельзя. Грубая сила

верхних конечностей безъ большихъ измѣненій. Таковая-же нижнихъ сильно понижена. Мышцы, управляемая N. peroneus, съ обѣихъ сторонъ очень паретичны. Движеніе пальцевъ ноги вполне парализовано. Походка атактически - паретическая. Стояніе на одной ногѣ невозможно даже съ открытыми глазами. Болевая, температурная и тактильная чувствительность рѣзко понижена на обѣихъ конечностяхъ, на половыхъ частяхъ и нижней части живота. Мышечное чувство въ пальцахъ и стопѣ утрачено. Чувство мѣста на обѣихъ ногахъ разстроено въ значительной степени.

Голова, верхняя часть туловища и верхнія конечности не отступаютъ отъ нормы по своей чувствительности.

Рефлексы шекотанія стопы отсутствуютъ. Рефлексъ на Cremaster вялъ; брюшные и глоточные—нормальны. Сухожильные рефлексы съ ахилловаго сухожилія и коленные отсутствуютъ, таковыя же на верхнихъ конечностяхъ нормальны.

Сфинктеры пузыря и прямой кишки функционируютъ правильно.

Эрекция совершенно отсутствуетъ уже 6-тъ мѣсяцевъ.

Рефлексы зрачка безъ измѣненія. Зрѣніе на обѣихъ глазахъ понижено. Правый глазъ $V=20/30$. Лѣвый глазъ $V=20/40$. Катаракты нѣтъ.

Электрическая реакція нервовъ и мышцъ.

Фарадическій токъ.

Правая сторона.			Лѣвая сторона.	
Отстояніе бобинъ въ сантиметрахъ.			Отстояніе бобинъ въ сантиметрахъ.	
N. Facialis . . .	1,0	Моментальное сокращеніе.		11,0
N. Medianus . . .	1,0			10,5
N. Ulnaris . . .	10,8			11,
N. Radialis . . .	10,5			10,5
N. Cruralis . . .	8,6 вялое сокращ.		7,2 вялое.	
N. Ischiadicus . .	вовсе не реагируетъ			
N. Peroneus . . .	6,8 вялое сокращ.		7,5 вялое.	
N. Tibialis . . .	5,0 слегка вялое сокращ.		6,0 вялое.	
M. Quadriceps	9,0 вялое сокращ.	9,0 слегка вялое сокращ.	8,0 слегка вялое.	
M. Tibialis ant.				
M. Tibial. postic.				
M. Suralis				
Мелкія мышцы стопы . .		вовсе не реагируютъ . .	вовсе не реагируютъ	

Гальваническій токъ.

Правая сторона. Милліаметры.				Лѣвая сторона. Милліамперы.					
N. Facialis	2,0	} KЗС>АЗС	} моментальное	{ 2,0	} KЗС>АЗС				
N. Medianus	2,5					} KЗС>АЗС	} сокращеніе.	{ 2,2	
N. Ulnaris	2,0								{ 2,5
N. Radialis	2,0								
N. Cruralis	6,0	KЗС>АЗС вялое сокр. 6,0 KЗС>АЗС							
N. Ischiadicus . .	не реагируетъ не реагируетъ								
N. Peroneus	8,0	АЗС>КЗС	{ вялое сокращ.	7,0	АЗС>КЗС				
N. Tibialis									
M. Quadriceps . . .	6,0	KЗС>АЗС слегка вялое сокращ. 6,0		6,0	KЗС>АЗС				
M. Tibialis ant. . .	} 7,0	} AЗС>KЗС	{ вялое сокращ.	{ 7,0	} AЗС>KЗС				
M. Tibialis post. .						} 9,0	{ 8,0		
M. Suralis								} 8,0	{ 8,0
Мелкія мышцы	не реагируютъ даже		не реагируютъ даже						
стопы	при 20 М. А.		при 20 М. А.						

Исслѣдованіе психики пациента отмѣтило угрюмо-мрачное настроеніе, постоянную раздражительность, упадокъ памяти, ослабленіе способности дѣлать заключенія. Сонъ плохъ—страшныя сновидѣнія временами. По временамъ плаксивость.

Второе подробное изслѣдованіе пациента было произведено мѣсяцъ спустя и третье—черезъ два съ половиной мѣсяца послѣ перваго, за два дня до смерти. При этихъ послѣдующихъ двухъ изслѣдованіяхъ найденъ status quo ante и какихъ либо прогрессирующихъ или новыхъ, ранѣе не замѣченныхъ разстройствъ со стороны нервной системы не отмѣчено.

На вскрытіи, произведенномъ 12 ч. спустя послѣ смерти, невооруженнымъ глазомъ констатирована была лишь анемичность головного и спинного мозговъ. Сосуды основанія головного мозга несли по мѣстамъ артеріосклеротическія бляшки, проходимость ихъ однако нигдѣ не нарушена. На поперечныхъ разрѣзахъ въ поясничномъ мозгу обнаружилось легкое сѣрое окрашиваніе заднихъ столбовъ.

Для изученія подъ микроскопомъ были взяты продолговатый мозгъ съ Вароліевымъ мостомъ, весь спинной мозгъ и части N. N. vagus, phrenicus, ulnaris, medianus, ischiadicus, cruralis peroneus (на голени и стопѣ), tibialis, pudendus и вся pars pendula penis.

Исследование было произведено различнымъ образомъ. Большая часть взятаго матеріала была уплотнена въ мюллеровской жидкости и обработана по Marchi, Weigert'у, Pal'ю, Van-Gieson и Rosin'у. Часть периферическихъ нервовъ фиксирована 1% раств. осміевои кислоты.

Часть шейнаго и поясничнаго отдѣла спиннаго мозга была фиксирована въ формолѣ для обработки по Nissl'ю.

Результаты исследования подъ микроскопомъ въ краткихъ словахъ слѣдующія: Въ rons Varolii не найдено никакихъ рѣзкихъ отклоненій отъ нормы. Сосуды не измѣнены.

Въ *продолговатомъ мозгу* тоже нормальное состояніе сосудовъ. Ядро N. vagi, на которое было обращено особое вниманіе, и корешокъ этого нерва повидимому нормальны.

Въ *шейномъ мозгу и верхней части груднаго мозга* передніе, боковые и задніе бѣлые столбы нормальны.

Большое вниманіе было посвящено состоянію переднихъ роговъ этихъ отдѣловъ. Въ шейномъ утолщеніи и I-го и II-го сегментовъ груднаго мозга значительное число клѣтокъ переднихъ роговъ (около 20%, 30% общаго количества) и притомъ особенно передней боковой группы—вздуты. Ихъ полигональность менѣе отчетлива, чѣмъ въ нормальныхъ условіяхъ. Количество мелкихъ отростковъ протоплазматическихъ уменьшено. Большіе протоплазматическіе отростки у нѣкоторыхъ клѣтокъ обломаны. Извитыхъ отростковъ не замѣтно нигдѣ. Отложенія пигмента оказались въ ничтожномъ количествѣ.

Хроматофильныя тѣльца Nissl'я¹⁾ въ большинствѣ случаевъ окрашены диффузно и слегка разжижены близъ ядра. У однѣхъ клѣтокъ ядро очень велико и окрашено не ярко, носить не ясныя очертанія; у другихъ оно уменьшено и имѣетъ весьма рѣзкій контуръ. Положеніе ядра казалось центральнымъ.

Другія клѣтки какъ переднихъ, такъ и заднихъ роговъ, а также вообще вся сѣрая центральная масса были нормальны.

Количество ядеръ невроглии, ихъ величина, окраска повидимому не отступали отъ нормы. Общая масса волокнистой невроглии не представляла никакихъ особенныхъ измѣненій.

Сосуды имѣли нормальный видъ, были пусты; лишь нѣкоторые изъ нихъ содержали умѣренное количество кровяныхъ шариковъ.

Задніе и передніе корешки, а также спинные мозговые ганглии шейныхъ сегментовъ оказались безъ измѣненій.

Въ *нижней половинѣ груднаго отдѣла спиннаго мозга, начиная приблизительно съ VII сегмента, и въ поясничномъ отдѣлѣ спиннаго мозга* окраска

¹⁾ Мы не придавали особаго значенія нашимъ препаратамъ, обработаннымъ по Nissl'ю, въ виду того, что вскрытіе было произведено лишь 12 ч. послѣ смерти. Но исследование д-ра Мезера изъ лабораторіи пр. В. К. Высоковича показали, что тѣльца Nissl'я хорошо окрашиваются даже 48 ч. post mortem. Вотъ почему и въ данномъ случаѣ полученныя картины имѣютъ свою цѣну.

по Marchi обнауржила симметрично расположенныя измѣненія въ заднихъ столбахъ и притомъ въ каждомъ столбѣ двойкой локализациі. Перерожденіе болѣе широкое въ поперечникѣ, которое для краткости назовемъ *первымъ*, охватываетъ запятовидную область Шультце на границѣ между бурдаховскимъ и голлевскимъ столбами. Менѣе обширное измѣненіе, которое мы обозначили *вторымъ*, лежитъ внутри бурдаховскаго столба и отвѣчаетъ въ общемъ зонѣ Lissauer'a. *Первое* перерожденіе не доходитъ къзади до периферіи спинного мозга, къпереди — до задней комиссуры; наиболѣе интенсивно выражено оно въ собственномъ центрѣ, слабѣе, распространяясь къпереди и къзади. Наиболѣе широкую площадь захватываетъ оно на высотѣ I-го сегмента поясничнаго отдѣла. *Второе* перерожденіе короче перваго въ направленіи спереди назадъ, гораздо уже его и не доходитъ до периферіи корешковой области. Второе перерожденіе достигаетъ наибольшей ширины и интенсивности въ I-омъ и II-омъ поясничныхъ сегментахъ и исчезаетъ въ тѣхъ-же высотахъ спинного мозга, что и первое. Эти перерожденные мѣста, окрашенные по Pal'ю, Weigert'у, отличаются на общемъ фонѣ заднихъ столбовъ меньшей интенсивностью синяго тона и и большей прозрачностью на свѣтѣ. При окраскѣ по Rosin'у они выступаютъ на оранжевомъ полѣ болѣе жидкимъ содержаніемъ нервныхъ волоконъ. Уцѣлѣвшіе еще осевые цилиндры этихъ мѣстъ окрашены слабо; нѣкоторые изъ нихъ очень набухли и превосходятъ на поперечныхъ срѣзахъ по толщинѣ близъ лежащіе въ 4—5 разъ.

На продольныхъ срѣзахъ, проведенныхъ черезъ задніе столбы, среди хорошо сохранившихся волоконъ имѣется значительный процентъ таковыхъ съ мелкимъ крупнозернистымъ распадомъ міелина. Встрѣчается также небольшое число Fettkörnchenzellen. Осевые цилиндры этихъ частей (окраска по van-Gieson'у) содержатъ мѣстныя вздутія; кое гдѣ замѣчались обрывки осевого цилиндра, скручивавшіеся въ спирали и клубки.

Невроглія заднихъ столбовъ не отстываетъ отъ нормы; ея сѣть не стала гуще, не умножены ея волокна, не утолщены. Число ядеръ ея не увеличено. Сосуды этихъ отдѣловъ спинного мозга не измѣнены и лишь мѣстами наполнены кровью. Кровоизліяній въ окружающую ткань нигдѣ не замѣчено. Точно также не видно пустотъ и щелей, которыя можно было бы объяснить прижизненнымъ отекомъ.

Гораздо сильнѣе были выражены измѣненія въ переднихъ рогахъ нижняго груднаго и поясничнаго отдѣловъ мозга, а именно: X, XI, XII грудныхъ сегментовъ и I-го, II-го, III-го поясничнаго утолщенія. Измѣненія эти весьма отчетливы въ боковой и внутренней передней группѣ; менѣе рѣзки въ среднихъ группахъ.

Число нервныхъ клѣтокъ здѣсь вообще уменьшено. Изъ уцѣлѣвшихъ клѣточныхъ элементовъ весьма многіе малы размѣрами; крупные протоплазматическіе отростки ихъ обломаны; осевой цилиндрической отростокъ ихъ очень извитъ. При обработкѣ по Nissl'ю тѣло такихъ клѣтокъ казалось диффузно окрашеннымъ; хромофильныя зерна весьма плохо дифференцированы. Ядро клѣтки очень мало: имѣетъ рѣзкій контуръ и лежитъ въ

центрѣ. Иногда его вовсе не видно. Такія измѣненія отмѣчаются въ меньшей части клѣтокъ. Другая часть ихъ, въ поясничномъ утолщеніи, кажется напротивъ набухшими; ихъ протоплазма окрашивается очень диффузно, особенно центральные части ея; ядро лежитъ близъ периферіи. Протоплазматическіе отростки очень блѣдны и совершенно не были видимы.

Часть клѣтокъ содержитъ кромѣ того вакуоли.

Кромѣ этихъ различнымъ образомъ измѣненныхъ и перерожденныхъ клѣтокъ имѣется еще большое число другихъ, совершенно повидимому нормальныхъ клѣточныхъ индивидуумовъ.

При обработкѣ по Weigert'у сѣрая масса переднихъ роговъ обнаруживаетъ большое разжиженіе; мелкихъ вѣточекъ resp. осевоцилиндрическихъ и протоплазматическихъ отростковъ видно въ меньшемъ числѣ, чѣмъ при нормѣ. Окраска же по Marchi отмѣчаетъ перерожденіе тонкихъ волоконъ въ передней части переднихъ роговъ.

Сѣтъ неврогліи въ переднихъ рогахъ поясничнаго отдѣла спинного мозга представляется слегка сгущенной (обработка по Rosin'у). Число ядеръ неврогліи слегка увеличено; нигдѣ нельзя замѣтить паукообразныхъ клѣтокъ; кое-гдѣ въ ничтожномъ количествѣ встрѣчаются Fettkörnchenzellen.

Сосуды несутъ утолщенную стѣнку, но всюду имѣютъ просвѣтъ и большею частью пусты. Число ихъ ядеръ б. м. немного увеличено. Размѣръ ихъ не отстаетъ отъ нормы. Какихъ либо кровоизліяній въ окружающую ткань не найдено. Мягкія оболочки совершенно нормальны.

Передніе и задніе корешки представляютъ (при окраскѣ по Weigert'у и Rosin'у) значительную атрофію паренхиматозныхъ частей. Интерстиціальная ткань ихъ и сосуды не измѣнены.

Другіе отдѣлы поясничнаго и нижнегрудного мозговъ, а именно его передніе и боковые столбы не содержатъ никакихъ измѣненій.

Лѣвосторонніе спинальные гангліи отъ пяти сегментовъ (XI-го, XII-го грудного, I-го, II-го, III-го поясничнаго) были изслѣдованы по методу Nissl'я.

Одинъ спинной ганглій (изъ XI-го грудного сегмента) заключалъ небольшое кровоизліяніе. Клѣтки изъ него и изъ двухъ другихъ гангліевъ XII-го, II-го сегм. содержались различно. Одни изъ нихъ были увеличены въ размѣрѣ—набухли. Ихъ Nisslische Körnkörperchen почти совершенно растворились близъ ядра, но существовали въ периферіи клѣтки. Ядро лежало у нихъ въ центрѣ и было окрашено диффузно. Другія клѣтки, точно также лишенныя хромофильной субстанціи въ центрѣ, были диффузно окрашены по краямъ; ихъ ядро не было сдвинуто къ периферіи, но очень уменьшено и интенсивно красилось. Большая половина клѣтокъ этихъ гангліевъ имѣла однако совсѣмъ нормальный видъ. Интерстиціальная ткань этихъ гангліевъ была мѣстами набухша и утолщена. Сосуды ихъ несли слегка утолщенную стѣнку и нѣкоторые изъ нихъ гиперимированы.

Гангліи I-го и III-го поясничнаго сегментовъ были повидимому не измѣнены. Правосторонніе гангліи тѣхъ же сегментовъ, окрашенные по Weigert'у и Marchi, содержали распавшіяся и распадоющіяся миелиновыя

влагалища. Оболочки спинного мозга въ тѣхъ сегментахъ, которые были изслѣдованы подъ микроскопомъ, не представляли ни гдѣ отступленій отъ нормы.

Периферическіе нервы.

N. radialis, фиксированный въ 1% раств. осміевои кислоты представляетъ слѣдующее. Миелиновое влагалище большинства его волоконъ совершенно нормально. У незначительнаго-же числа ихъ міелинъ содержитъ мелкія зернышки, которыя въ частяхъ нерва, взятыхъ изъ дистальныхъ частей конечности, достигаетъ интенсивности мелкозернистаго распада. Этотъ распадъ охватываетъ однако не все нервное волокно, а лишь отдѣльные сегменты его.

Такой сегментарный процессъ особенно интенсивно выраженъ въ предплечіи и кисти. Профиль міелиноваго волокна въ этихъ мѣстахъ неровный; мѣстами онъ узурированъ, имѣетъ пилообразный неровный контуръ.

Vasa nervorum этихъ же нервовъ (окраска карминомъ съ гематоксилиномъ) были совершенно нормальны.

Epi-Peri и *Endonervium* не представляютъ никакихъ измѣненій. Ядра швановскихъ влагалищъ были не увеличены; число ихъ не умножено. Осевой цилиндръ оставался непрерывенъ; только у ничтожнаго числа волоконъ онъ слегка вздутъ по мѣстамъ. Аналогичныя измѣненія найдены точно также въ *N. frenicus*. *N. ulnaris* и *medianus* какъ въ периферическихъ частяхъ, такъ и на плечѣ не содержатъ никакихъ измѣненій (окраска въ осміевои кислотѣ и карминомъ съ гематоксилиномъ). Точно также не обнаружено никакихъ замѣтныхъ измѣненій и въ *N. N. vagus* и *sympaticus*. Напротивъ, въ *N. Isthadicus* оказались измѣненія болѣе сильныя, чѣмъ таковыя *N. N. radialis* и *ulnaris*.

Иначе содержались нервы, подходившіе къ половымъ аппаратамъ и къ нижнимъ конечностямъ.

N. N. pudendus et *cruralis*, фиксированные 1% осміевои кислотой, содержали огромный процентъ волоконъ, міелиновое влагалище которыхъ распалось на крупныя осколки—капли, или содержало мелкозернистый распадъ. Измѣненія эти на отдѣльныхъ волокнахъ сохраняли сегментарный порядокъ, вслѣдствіе чего и здѣсь и рядомъ съ пораженнымъ сегментомъ имѣлись сегменты нормальные, а міелинъ имѣлъ пилообразный узурированный контуръ. Окраска карминомъ и гематоксилиномъ обнаружила нормальное состояніе *Epi-Peri-Endonervium* и *vasa nervorum*.

Стѣнки и ядра послѣднихъ не измѣнены; просвѣтъ свободенъ и пустъ. Кровоизліяній въ нервъ или отека его нельзя отмѣтить. Ядра швановскаго влагалища обнаруживаютъ значительную гипертрофію и гиперплазію. Мѣстами они лежатъ по два и даже по три вмѣстѣ. Осевой цилиндръ меньшаго числа волоконъ имѣетъ нормальный видъ. У большинства-же вздутъ, мѣстами распался на небольшіе кусочки, мѣстами вакуолизированъ. Мѣстами же онъ совершенно не окрасился и о состояніи его нельзя ничего сказать.

Гораздо сильнѣе оказались измѣненными нервныя стволы *N. N. peroneus* et *tibialis*. Фиксированная частію въ 1% раств. осміевои кислоты, частію въ

мюллеровской жидкости и окрашенные по Weigert'y, нервныя волокна въ значительномъ количествѣ (почти 35%) состояли изъ ряда крупныхъ миелиновыхъ шаровъ и капель распада, при чемъ здоровыхъ сегментовъ вовсе не встрѣчалось или же миелиновыя волокна (точно также въ количествѣ, превышающемъ 20%) сохранили въ общемъ мозговое влагалище, но послѣднее было усѣяно мелкозернистымъ распадомъ въ периферическихъ частяхъ отдѣльныхъ сегментовъ, т. е. волокно имѣло очень неровный, слегка изорванный профиль и на ряду съ перерожденнымъ миелиномъ встрѣчались сегменты и совершенно нормальные.

Наконецъ встрѣчались волокна, мозговое влагалище которыхъ выглядѣло совсѣмъ нормальнымъ. Число этихъ послѣднихъ, достигая почти половины общаго числа волоконъ на высотѣ середины голени, уменьшалось въ дистальныхъ частяхъ нервовъ и почти вовсе исчезало на стопѣ. Здѣсь именно даже отдѣльные сегменты миелина встрѣчались въ крайне ничтожномъ количествѣ. Тамъ и сямъ, какъ на стопѣ, такъ и на голени, между распадающимися и перерожденными волокнами встрѣчались очень тонкія волоконца съ весьма нѣжной миелиновой обкладкой, отличавшейся своимъ зеленоватымъ цвѣтомъ отъ нормальнаго состоянія и которыя можно было съ нѣкоторою вѣроятностію считать за регенерирующія волокна.

Осевоу цилиндръ описываемыхъ нервовъ въ общемъ окрашивался диффузно. Во многихъ мѣстахъ на голени видны были вакуоли въ немъ; кое-гдѣ на стопѣ онъ совершенно распался на части. Швановскія ядра и ихъ протоплазма были значительно набухши.

Окраска карминомъ съ гематоксилиномъ *N. N. peroneus* и *tibialis*, какъ на стопѣ, такъ и на голени изъ верхней $\frac{1}{3}$ голени отмѣтила полное отсутствіе какихъ-либо измѣненій со стороны соединительнотканной основы нерва. Ядра *Epi-Peri-Endoneurium* не были умножены; быть можетъ они нѣсколько набухли. Въ толщѣ нервнаго ствола не имѣлось отековъ или кровоизліяній. *Vasa nervorum* несли нормальную стѣнку и были большею частью пусты.

Часть кожныхъ нервовъ *N. N. cutaneus surae medius et internus* содержали очень мало нормальныхъ волоконъ. Осевоу цилиндръ у многихъ волоконъ не былъ вовсе видѣнъ и пустое швановское влагалище выполнено мѣстами скопленіями ядеръ. У меньшинства волоконъ миелинъ видѣнъ былъ въ видѣ крупныхъ и мелкихъ зеренъ распада. Нормальныхъ волоконъ замѣтно было очень мало. Соединительно-тканная основа нерва и *vasa nervorum* не были измѣнены.

Въ мышцахъ, изслѣдованныхъ на стопѣ (*M. extensor digit. communis brevis*, *M. M. interni*) и на голени (*M. M. peronei*) волокна были очень тонкія, содержали мелкія и мельчайшія капли жира, число ядеръ сарколеммы было умножено. *Perimisium* было вообще расширено и содержало въ обилии жиръ,

Такимъ образомъ и съ клинической и съ патолого-анатомической точекъ зрѣнія данный случай діабета представляетъ рѣзко выраженные измѣненія нервной системы.

При жизни отмѣчены подостро развившійся парезъ нижнихъ конечностей, атрофія отдѣльныхъ группъ мышцъ, осо-

бенно на стопѣ и голени, пониженіе электрической реакціи нервовъ, разстройство всѣхъ видовъ чувствительности въ нижнихъ конечностяхъ, потеря рефлексовъ, атаксія, потеря потенціи, упадокъ памяти, угрюмое настроеніе духа и плаксивость. Кромѣ того изслѣдованіе анатомическихъ препаратовъ, сдѣланное подъ микроскопомъ, показало пораженіе спинного мозга, периферическихъ нервовъ и мышцъ.

Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій, то, какъ уже сказано, въ спинномъ мозгу оказались пораженными передніе рога вмѣстѣ съ передними корешками, задніе столбы, отчасти задніе корешки и спинно-мозговые ганглии.

Измѣненіе переднихъ роговъ отмѣчается въ двухъ мѣстахъ.

Въ шейно-грудномъ утолщеніи оно слабо выражено. Площадь его и интенсивность измѣненія клѣтокъ здѣсь не велики. Погибшихъ клѣтокъ вовсе не видно и самый процессъ можно считать еще свѣжимъ.

Въ поясничномъ утолщеніи перерожденіе отдѣльных клѣтокъ гораздо сильнѣе. Многія изъ нихъ совершенно исчезли. Другія на пути къ гибели. Измѣненіе послѣднихъ выражается или уменьшеніемъ объема клѣтки, отпаденіемъ протоплазматическихъ отростковъ и густою окраскою хроматофильной субстанціи, такъ-что ядро плохо видимо, или, наоборотъ, клѣтки представляются сильно набухшими, контуръ ихъ округленъ, ихъ протоплазматическіе отростки утолщены, но въ то же время ихъ хроматофильная субстанція разжижена, вслѣдствіе чего окраска очень блѣдна; хроматолизъ имѣетъ характеръ диффузнаго и выраженъ болѣе въ периферіи клѣтки. Нѣкоторые изъ этихъ же измѣненныхъ клѣтокъ имѣютъ стеклообразный видъ, лишены всякихъ признаковъ ядра и хроматофильной субстанціи, несутъ вакуоли и уменьшены въ размѣрахъ.

Площадь перерожденія охватываетъ всѣ группы передняго рога.

Отмѣченный процессъ разрушеній представляется свѣжимъ. Къ такому заключенію приводитъ видъ невроглии и со-

судовъ, которые вовсе не измѣнены въ шейныхъ сегментахъ и весьма мало въ поясничномъ отдѣлѣ.

Заболѣваніе переднихъ роговъ имѣетъ характеръ атрофическаго. Ни въ шейныхъ сегментахъ, ни въ поясничномъ утолщеніи нѣтъ никакихъ указаній на воспалительныя явленія. Нѣтъ ни гипереміи, ни инфильтраціи клѣтками окружающей ткани, ни кровоизліяній.

Пораженіе заднихъ столбовъ найдено лишь на небольшомъ протяженіи грудино-поясничнаго утолщенія и занимаетъ тѣ мѣста, которыя наблюдаются при *tabes* или при экспериментальныхъ перерожденіяхъ послѣ перерѣзки заднихъ корешковъ. Измѣненія волоконъ этихъ столбовъ не имѣютъ воспалительнаго характера. И здѣсь точно также перерожденіе имѣетъ свѣжій видъ, въ пользу чего говоритъ во-первыхъ отсутствіе послѣдовательныхъ измѣненій со стороны невроглии, во-вторыхъ—самая возможность окраски по *Marchi*.

Что касается спинно-мозговыхъ ганглий, то незначительныя по интенсивности, но все же отчетливыя измѣненія ихъ найдены именно въ тѣхъ нѣсколькихъ поясничныхъ сегментахъ, гдѣ оказались перерожденными задніе корешки. Точно также и здѣсь процессъ очень свѣжій. Это видно изъ распада въ нервныхъ клѣткахъ, зашедшаго сравнительно недалеко впередъ, изъ отсутствія вторичныхъ измѣненій въ интерстиціаль-ныхъ тканяхъ и, точно также, эта свѣжесть процесса явствуетъ изъ возможности окраски препарата по *Marchi*. Быть можетъ, первая причина приводимыхъ измѣненій въ гангліяхъ имѣетъ воспалительное происхожденіе. Въ пользу такого предположенія говорятъ кровоизліянія въ толщѣ ганглий, гиперемія ихъ сосудовъ и пролиферація ядеръ сосудистыхъ стѣнокъ. Совершенно исключается въ данномъ случаѣ гипотеза о послѣдовательномъ страданіи спинальных ганглий—*о воспаленіи ихъ по продолженію*—отъ спинно-мозговыхъ оболочекъ именно потому, что таковыя въ данномъ случаѣ совершенно нормальны. Это обстоятельство имѣетъ также значеніе въ виду одновременности пораженія корешковъ и ганглий, которую нѣкоторые авторы (*Redlich*, *Obersteiner* и др.) въ ана-

логичныхъ случаяхъ объясняли первичнымъ пораженіемъ спинно-мозговыхъ оболочекъ.

Измѣненія заднихъ и переднихъ корешковъ, а также и периферическихъ нервныхъ стволовъ, направляющихся къ половымъ аппаратамъ и нижнимъ конечностямъ, весьма сходны и носятъ почти одинъ и тотъ же характеръ. Отличіе заключается въ различной интенсивности процесса. Измѣнены главнымъ образомъ паренхиматозныя части, а именно—міелиновое влагалище и осевой цилиндръ. Соединительно-тканная основа и сосуды вовсе не измѣнены. Очень много волоконъ имѣютъ нормальный видъ; перерожденіе ихъ идетъ отдѣльными сегментами. Мѣстами видны регенерирующія волокна.

Перерожденіе нервныхъ волоконъ въ нервныхъ стволахъ представляется довольно свѣжимъ; въ пользу раннихъ стадій страданія говоритъ сегментарный распадъ міелина, отсутствіе измѣненій со стороны соединительно-тканной основы и наличность большого количества еще неизмѣненныхъ волоконъ.

Пораженіе какъ периферическихъ нервныхъ стволовъ, такъ и корешковъ въ данномъ случаѣ носитъ признаки послѣдовательнаго или вторичнаго заболѣванія. Считать страданіе ихъ воспалительнымъ и притомъ первичнымъ невозможно, въ виду отсутствія гиперемій, кровоизліяній, отековъ, инфильтраціи и другихъ измѣненій со стороны *vasa nervorum* и промежуточной соединительной ткани нервного ствола.

По той же самой причинѣ измѣненія эти съ трудомъ можно назвать невритомъ, такъ какъ описанный процессъ имѣетъ всѣ признаки атрофіи, но не воспаления. Весьма интереснымъ кажется, что пораженіе нервовъ въ дистальныхъ частяхъ ихъ было болѣе интенсивно и менѣе выражено въ центральныхъ отдѣлахъ ихъ.

Изъ числа изслѣдованныхъ нервовъ оказались нормальными *N. N. vagus* и *sympathicus*. Найденныя же небольшія измѣненія въ нервахъ *N. frenicus* и *N. radialis* не имѣютъ большого значенія и попадаютъ и въ нормальныхъ условіяхъ (см. Meyer ^{64, b}).

Анатомическія измѣненія, найденныя въ данномъ случаѣ, представляютъ интересъ во многихъ отношеніяхъ и на первый взглядъ имѣютъ Komplizirter характеръ. Мы имѣемъ здѣсь пораженіе значительной интенсивности въ спинномъ мозгу, еще сильнѣе въ периферическихъ нервахъ нижнихъ конечностей, особенно на дистальныхъ частяхъ (на стопѣ) и ихъ мышцахъ и гораздо меньшей степени перерожденія на бедрѣ и голени. Однако, при всей кажущейся сложности, пораженія эти, что касается *нижней части спинного мозга*, ограничены лишь областью периферическаго нейрона. Къ такому заключенію приводитъ именно то обстоятельство, что пострадавшія клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга и перерожденные двигательные периферическіе нервы съ мышцами нижнихъ конечностей составляютъ моторный периферическій нейронъ, а съ другой стороны измѣненные спинальные ганглии, чувствительные нервы и дегенерированныя зоны Лиссауера съ запятой Шультце входятъ въ составъ чувствительнаго периферическаго нейрона. Тоже самое разсужденіе приложимо и *въ отношеніи шейнаго мозга*, гдѣ измѣненія ограничены лишь передними рогами и точно также, слѣдовательно, находятся отчасти въ предѣлахъ периферическаго нейрона.

Это соображеніе, упрощая пониманіе даннаго случая, выдвигаетъ съ другой стороны вопросъ о ходѣ и развитіи самаго пораженія. Весьма необходимымъ становится именно выяснить, началось ли сграданіе этихъ нейроновъ въ центрѣ ихъ—въ спинномъ мозгу или въ периферіи, или же заболѣваніе поразило нейронъ сразу въ обоихъ мѣстахъ. Другими словами: предстоитъ разрѣшить, имѣемъ-ли мы предъ собою заболѣваніе восходящее или нисходящее, или-же наконецъ оно охватило весь нейронъ на всемъ его протяженіи одновременно и сразу. При восходящемъ теченіи перерожденіе клѣтокъ поясничнаго мозга нужно было бы разсматривать какъ вторичное или послѣдовательное. При нисходящемъ перерожденіи начало пораженія должно было бы искать въ спинальных гангліяхъ и переднихъ рогахъ, а въ измѣненіяхъ перифери-

ческихъ нервовъ видѣть лишь послѣдовательную атрофію. Наконецъ при одновременномъ пораженіи всѣхъ частей нерона слѣдовало бы считать причину заболѣванія необыкновенно разлитой, способной одновременно захватить сразу и спинной мозгъ и периферическіе нервы.

Допуская перерожденіе нерона восходящимъ отъ дистальныхъ его частей къ центру или, наоборотъ, нисходящимъ изъ центра къ периферіи, пришлось бы считать нервонъ способнымъ къ различнаго рода сопротивленію въ различныхъ его отдѣлахъ. Напротивъ, при одновременномъ пораженіи нерона по всей его длинѣ этотъ послѣдній казался-бы равно уязвимымъ всюду.

Всѣ эти частности еще далеко не разрѣшены и каждый новый случай даетъ поводъ къ новымъ выводамъ.

По мнѣнію Oppenheim'a ^{73.c)}, Strümpel ^{84.a)}, Raymond ⁸¹⁾ и др., нервонъ, состоя изъ нервной клѣтки съ осевымъ цилиндромъ *resp.* съ нервнымъ волокномъ периферическихъ нервовъ, можетъ сопротивляться вреднымъ вліяніемъ съ различной степенью отдѣльныхъ своихъ участковъ. Въ одномъ рядѣ наблюденій страданіе можетъ быть замѣчено или проявиться въ головной части нерона, его началѣ, т. е. главнымъ образомъ въ самой нервной клѣткѣ; въ другомъ аналогичномъ рядѣ можетъ заболѣть дистальная часть нерона, въ третьемъ, наконецъ, бываютъ поражены дистальный и центральный отдѣлы этого послѣдняго одновременно, или вскорѣ другъ за другомъ.

Въ томъ случаѣ, если причина пораженія нервовъ имѣетъ разлитой, а не мѣстный характеръ, допустимъ, если таковая циркулируетъ въ крови,—настаютъ условія благоприятныя для одновременнаго пораженія нерона въ его полномъ составѣ. Однако, если извѣстный нервонъ имѣетъ *locus minoris resistentiae*, допустимъ—въ трофическомъ центрѣ-клѣткѣ или въ дистальныхъ периферическихъ частяхъ, то данный разлитой агентъ окажетъ на него вредное дѣйствіе только мѣстно; измѣненіе обнаруживается именно въ этихъ наи-

болѣе уязвимыхъ частяхъ и будетъ менѣ замѣтнымъ въ частяхъ болѣе стойкихъ; эти послѣднія могутъ даже при извѣстныхъ условіяхъ по прежнему функционировать и явятся способными проводить обычные возбужденія, поскольку это касается, напримѣръ, периферическихъ окончаній неврона.

При отравленіяхъ животныхъ ядами, циркулирующими въ крови, много разъ наблюдалось, напримѣръ, что клѣтки переднихъ роговъ оказывались болѣе или менѣ измѣненными, между тѣмъ какъ ожидаемыя перерожденія периферическихъ нервовъ, отъ нихъ исходящихъ, даже вовсе отсутствовали, а отправляемыя ими функціи совершались безъ измѣненій.

Такъ напр. въ опытахъ Flatau³⁹⁾, Goldscheider'a³⁸⁾ функціи мышечныхъ группъ не были измѣнены, несмотря на то, что клѣтки переднихъ роговъ въ спинномъ мозгу были совершенно перерождены.

Рѣзкія перерожденія тѣхъ же клѣтокъ въ опытахъ и клиническихъ наблюденіяхъ Цвѣтаева⁹³⁾, Попова⁷⁶⁾, Dotto^{30.a)}, Tirelli⁹⁴⁾, Brauer^{18.a)} и моихъ личныхъ иногда не сопровождались ни малѣйшими измѣненіями осевыхъ цилиндровъ resp. периферическихъ нервовъ, и эти послѣдніе способны были отправлять свои функціи, какъ это видно изъ наблюденій Déjérine^{23.c)}, Dutil^{30.b)}, Ballet^{5.c)}, несмотря на то, что должны были быть больны.

Эти наблюденія отмѣчаютъ слѣдовательно чрезвычайную жизнеспособность отдѣльныхъ частей периферическаго конца неврона при страданіяхъ его трофическаго центра, указываютъ на различныя способности отдѣльныхъ частей неврона сопротивляться и позволяютъ допустить предположеніе о начальномъ пораженіи неврона или только въ периферіи его, или лишь въ центрѣ его, такъ что въ одномъ случаѣ страданіе будетъ восходящимъ, а въ другихъ — нисходящимъ.

Переходя теперь къ разбираемому нами пациенту, замѣтимъ, что ближайшее разсмотрѣніе деталей даетъ мало основаній предполагать здѣсь восходящее заболѣваніе отдѣльныхъ нервовъ. Противъ такого предположенія говоритъ во-пер-

выхъ нормальное состояніе нервовъ въ верхнихъ конечностяхъ у нашего паціента, въ то время какъ соотвѣтствующіе имъ сегменты шейнаго утолщенія несутъ измѣненные клѣтки въ переднихъ рогахъ. Во-вторыхъ, для гипотезы о восходящемъ ходѣ страданія именно въ нижнихъ конечностяхъ не достаётъ типичныхъ измѣненій спинно-мозговыхъ клѣтокъ въ поясничномъ утолщеніи, установленныхъ изслѣдованіями Guden'a, Vulpius'a, Nissl'a, Marinesco и др.

Согласно этимъ авторамъ измѣненія клѣтокъ спинного мозга гистологически различаются на первичныя, развившіяся отъ дѣйствія вреднаго вещества первично на самую клѣтку въ спинномъ мозгу, и вторичныя, наблюдающіяся какъ послѣдовательный процессъ при пораженіяхъ периферическихъ нервовъ, являющіяся лишь отдаленной реакціей со стороны нервной клѣтки въ отвѣтъ на перерожденіе ея осевого цилиндра гдѣ-либо въ периферіи.

Въ первомъ случаѣ, при такъ называемомъ аутохтонномъ заболѣваніи клѣтокъ спинного мозга, таковыя претерпѣваютъ дегенерацію Hauser-Fogel'я. Въ нихъ развивается хроматолизъ, начинающійся изъ периферическихъ частей (кромѣ мышьяковаго перерожденія, гдѣ оно начинается въ центрѣ. Поповъ), вздутіе тѣла и его отростковъ. Эти послѣдніе иногда ломаются; нѣкоторые тѣльца Nissl'я при этомъ сближаются и иногда они скопляются возлѣ ядра. Весьма интересно, что ахроматическая субстанція клѣтки при аутохтонной дегенераціи тоже поражается, причемъ она или начинаетъ краситься или же претерпѣваетъ стекловидное измѣненіе и остается безцвѣтной. При этомъ родъ пораженія клѣточныхъ нервныхъ элементовъ страдаютъ и прилежащія части, а именно: клѣтки невроглии начинаютъ пролиферировать близъ измѣненныхъ нервныхъ клѣтокъ.

При вторичномъ перерожденіи клѣтокъ хроматолизъ начинается въ области осевоцилиндрическаго отростка, продолжается въ центральныхъ частяхъ клѣтки и сопровождается переселеніемъ ядра къ периферіи, атрофіей ядра клѣтки,

ахроматизмом этой послѣдней. При этомъ бываетъ нѣсколько стадій, изъ которыхъ наиболѣе важной считаютъ скопленіе тѣлецъ Nissl'я съ одной стороны ядра ¹⁾.

Въ нашемъ наблюденіи при самомъ тщательномъ осмотрѣ препаратовъ не было найдено никакихъ признаковъ вторичныхъ перерожденій нервныхъ клѣтокъ, а потому вопросъ о восходящемъ пораженіи нервной системы въ данномъ случаѣ слѣдовало-бы считать разрѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ. По той же причинѣ весьма трудно согласиться съ воззрѣніями Auché, признающимъ специфическую способность за диабетомъ поражать только периферическіе нервы. Въ одномъ изъ своихъ ранѣе цитированныхъ наблюденій этотъ авторъ нашелъ подъ микроскопомъ рѣзкое перерожденіе дистальныхъ частей периферическихъ нервовъ и, не изслѣдуя центральной нервной системы, считаетъ ее нормальной и неуязвимой вообще для диабета.

Нѣсколько иначе стоитъ вопросъ о нисходящемъ пораженіи нервной системы въ нашемъ случаѣ.

Вообще нужно замѣтить, что въ литературѣ существуетъ воззрѣніе, по которому измѣненіе периферическихъ нервовъ и мышцъ не можетъ быть первично, что этому предшествуетъ

¹⁾ Къ сожалѣнію, эти гистологическія разницы первичнаго перерожденія отъ вторичнаго не всюду бываютъ видимы и не всѣми признаны. Существуютъ очень серьезныя наблюденія весьма опытныхъ изслѣдователей, которые у человѣка при невритѣ не нашли никакихъ измѣненій въ переднихъ рогахъ спинного мозга (Ioffroy ³⁸⁾, Eisenlohr ^{23.б)}, Strümpel ^{67.б)}; въ ихъ случаяхъ не было никакого хроматолиза въ соответствующихъ моторныхъ клѣткахъ.

Рядъ авторовъ, въ числѣ которыхъ упомянемъ Анфимова ¹⁾, Ewing'a, Juliusberger und Meyer'a, van Gehuchten'a и другихъ, хотя и видали различныя измѣненія въ тончайшемъ строеніи клѣтки при первичныхъ и вторичныхъ ея страданіяхъ, но въ виду непостоянства этихъ картинъ и существованія переходныхъ формъ къ нормальнымъ клѣткамъ опровергаютъ подобный способъ различія; другіе же, какъ то: Franc, Déjérine, Thomas, отрицаютъ специфическій характеръ этихъ разницъ первичнаго отъ вторичнаго измѣненія клѣтокъ.

страданіе ихъ спинно-мозговыхъ центровъ, геср. клѣтокъ переднихъ роговъ. Этотъ взглядъ имѣетъ много защитниковъ.

Авторы во главѣ съ Erb'омъ³³⁾, Remack'омъ⁸³⁾, Анфимовымъ¹⁾, Eisenlohr'омъ^{32.а)}, Marie-Babinsky¹⁶⁾, Ioffroy et Lemeller^{50.б)} допускаютъ первичное пораженіе гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ всюду, гдѣ есть атрофія мышцъ и измѣненіе периферическихъ нервовъ. Если таковое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ не обнаруживается подь микроскопомъ, то авторы предлагаютъ считать его динамическимъ, но во всякомъ случаѣ помѣщаютъ въ первныя клѣтки спинного мозга причины перерожденія и мышцъ, безусловно-же они относятъ на счетъ первичнаго пораженія переднихъ роговъ всѣ тѣ случаи, гдѣ подь микроскопомъ периферическіе нервы обнаруживаютъ атрофію, а не воспаленіе.

Babinsky¹⁶⁾ допускаетъ цѣлую группу невритовъ, гдѣ безусловно первично поражаются нервныя клѣтки переднихъ роговъ. Типомъ таковыхъ онъ считаетъ невритъ гемеплегииковъ, у которыхъ атрофированы клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга. Анфимовъ¹⁾ рѣшительно предлагаетъ считать всякій полиневритъ за поліоміэлитъ и въ отличіе отъ дѣтскаго называетъ его *Polyomyelitis adultorum*.

Въ нашемъ случаѣ въ пользу нисходящаго теченія заболѣванія, т. е. первичнаго пораженія центральнаго отдѣла нейрона и послѣдовательной атрофіи периферическихъ нервовъ, говоритъ самое измѣненіе клѣтокъ переднихъ роговъ поясничнаго отдѣла мозга, въ видѣ набуханія ихъ и ихъ отростковъ и т. д., и эти измѣненія, какъ извѣстно, отвѣчаютъ картинѣ Наум-Forel'я при первичномъ перерожденіи клѣтокъ. Точно также въ пользу нисходящаго пораженія говорятъ аналогичныя измѣненія клѣтокъ спинальных ганглій. Наконецъ подтверждаетъ мысль о нисходящемъ перерожденіи также и атрофическій характеръ измѣненій самыхъ периферическихъ нервовъ, управляемыхъ пораженными сегментами. Точно также подтверждаетъ мысль о нисходящемъ перерожденіи различіе въ степени заболѣванія клѣтокъ спинного мозга и перифериче-

скихъ нервовъ; особенно демонстративно это обнаруживается въ шейномъ мозгу: первыя оказываются уже измѣненными, тогда какъ вторыя (именно въ верхнихъ конечностяхъ) представляются близкими къ нормальному своему состоянію.

Предположенію о нисходящемъ перерожденіи нервовъ мало противорѣчить и то обстоятельство, что дистальныя части периферическихъ нервовъ (на стопѣ) поражены сильнѣе центральныхъ отдѣловъ ихъ на голени и бедрѣ. Аналогичное явленіе мы видимъ напр. при спинальных мышечныхъ атрофіяхъ, т. е. при завѣдомо первичныхъ страданіяхъ спинного мозга. При многихъ невритахъ мы весьма часто наблюдаемъ тоже болѣе интенсивное пораженіе дистальныхъ частей нервовъ, безъ того чтобы невритъ въ тѣхъ случаяхъ имѣлъ восходящее теченіе.

Замѣтимъ здѣсь же, что перерожденіе периферическихъ нервовъ, выраженное сильнѣе всего въ дистальныхъ ихъ частяхъ, не означаетъ еще изолированнаго частичнаго пораженія только концовъ отдѣльныхъ нервовъ,—измѣненія только въ ихъ дистальныхъ отдѣлахъ, въ то время какъ центрально лежащія части тѣхъ же нервовъ могутъ оставаться нормальными. Подобный выводъ былъ-бы большой ватажкой, и факты, подавшіе поводъ къ этому заключенію, оказались-бы ложно истолкованными. Нервные стволы, состоя изъ короткихъ нервовъ, прекращающихся уже на бедрѣ, и изъ длинныхъ, тянущихся на самую стопу, могутъ пострадать, напр., только одною своею составною частію, допустимъ, длинными нервами; и при изслѣдованіи подъ микроскопомъ это рѣзкое перерожденіе всѣхъ длинныхъ волоконъ нервнаго ствола кажется рѣзче всего именно на стопѣ и менѣе всего на бедрѣ. Объясненіе этому болѣе значительному перерожденію дистальныхъ частей нерва нужно искать слѣдовательно въ анатомическомъ составѣ нервовъ, которые представляютъ смѣсь длинныхъ и короткихъ нервовъ; если послѣдніе остаются нормальными, то поперечникъ длинныхъ нервовъ *на бедрѣ будетъ казаться менѣе измѣненнымъ, чѣмъ на стопѣ.*

Быть можетъ, подобное измѣненіе первнаго ствола можно назвать восходящимъ перерожденіемъ, но дѣлать отсюда заключеніе о восходящемъ перерожденіи отдѣльныхъ нервовъ было бы весьма смѣло. *На основаніи подобнаго факта правильнѣе допустить другое предположеніе, а именно—видѣть здѣсь меньшую сопротивляемость длинныхъ нервовъ и большую стойкость короткихъ.*

Вотъ почему, далѣе, возможно въ подобныхъ случаяхъ вообще и въ нашемъ въ частности еще третье предположеніе о ходѣ измѣненія нервовъ, а именно, что отдѣльные нервы въ данномъ случаѣ претерпѣли разлитое пораженіе на всемъ протяженіи ихъ сразу и одновременно. Болѣе рѣзко выраженные пораженія дистальныхъ частей периферическихъ нервовъ могутъ быть только кажущимися; на самомъ же дѣлѣ имѣется совершенно одинаковое по степени, какъ на бердѣ, такъ и на стопѣ, общее пораженіе только длинныхъ нервовъ и притомъ сразу во всѣхъ ихъ отдѣлахъ. Эти перерожденные длинные нервы, будучи перемѣшанными съ болѣе короткими и, быть можетъ, болѣе устойчивыми нейронами въ толщѣ стволовъ, на бердѣ и голени очень мало замѣтны, тогда какъ, выходя на стопу, они оказываются преобладающими, и вотъ почему при разлитомъ пораженіи только длинныхъ нервовъ пораженіе дистальныхъ частей нерва кажется сильнѣе выраженнымъ.

Во всякомъ случаѣ, имѣя здѣсь діабетъ, т. е. токсическую, разлитую во всемъ организмѣ, причину, мы можемъ вмѣстѣ съ Babinsky ¹⁶⁾ (стр. 692) допустить наличность такихъ вредныхъ агентовъ, которые производятъ одновременно пертурбацію и въ центральной, и въ периферической нервной системѣ и могутъ вызвать заболѣваніе нейрона сразу во всѣхъ его отдѣлахъ.

Въ пользу этой одновременности заболѣванія всего нейрона сразу на всемъ его протяженіи въ нашемъ случаѣ мы не имѣемъ однако никакихъ доказательствъ.

Изъ другихъ особенностей страданія нервной системы въ данномъ случаѣ весьма интереснымъ кажется, что поврежденіе ограничено исключительно паренхиматозными частями, т. е. нервными клѣтками и волокнами. Только эти именно части были найдены пострадавшими; напротивъ, интерстиціальная ткань оказалась пощаженной. Аналогичное явленіе встрѣчаемъ и у другихъ авторовъ. Такъ, измѣненія сѣрой субстанции спинного мозга въ наблюденіяхъ Bonardi ^{5.b)}, Souques-Marinesco ^{85.a)}, Nonne ^{70.a)}, Williamson ⁹¹⁾, D. Pryce ^{74.c)}, Sandmeyer ^{85.b)} состояли въ поврежденіи только клѣтокъ безъ уплотненія неврогліи, безъ участія сосудовъ, безъ появленія воспалительныхъ симптомовъ, безъ инфильтраціи.

Точно также въ поврежденіи бѣлыхъ столбовъ Kalmus ⁵²⁾, Souques-Marinesco ^{85.a)}, Hensay ⁴¹⁾ въ своихъ наблюденіяхъ нашли признаки первичнаго поврежденія только нервныхъ волоконъ; невроглія же и сосуды оставались безъ измѣненія.

Въ случаѣ Nonne ^{70.b)} невроглія оказалась сгущенной, но авторъ считаетъ это лишь послѣдовательнымъ, а не первичнымъ явленіемъ.

Въ отношеніи периферическихъ нервовъ наблюдается то же самое. Въ большинствѣ упомянутыхъ въ I главѣ наблюденій повреждены только паренхиматозныя части нерва; его интерстиціальная ткань и сосуды оказывались незатронутыми. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поврежденіе ограничивалось лишь миелиновымъ влагалищемъ. Весьма цѣннымъ примѣромъ являются здѣсь наблюденія Bruce ⁴⁶⁾, Auché ²⁾ (IV случай).

Въ литературѣ (Nonne, Pryce) имѣются, впрочемъ, указанія и на страданіе интерстиціальныхъ тканей нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи, но, повидимому, измѣненія этихъ послѣднихъ существенно отличаются отъ поврежденія нервной паренхимы. Въ то время какъ нервныя клѣтки и волокна при диабетѣ атрофируются и погибаютъ, измѣненіе неврогліи въ упомянутыхъ наблюденіяхъ Nonne и Pryce'а имѣло не регрессивный, а прогрессивный характеръ. Въмѣсто атрофіи эти ткани оказывались болѣе плотными, болѣе солидными;

отдѣльныя волокна ихъ болѣе утолщены. Отмѣчены даже новообразованные элементы. Однако связь всѣхъ этихъ измѣненій съ діабетомъ сомнительна. Въ настоящее время совершенно неизвѣстно, слѣдуетъ-ли описанное измѣненіе неврогліи приписать исключительно дѣйствию общихъ токсическихъ веществъ, носящихся въ крови при діабетѣ, или-же нужно въ немъ видѣть результатъ мѣстнаго раздраженія элементами распада, образовавшимися на мѣстѣ умирающей нервной клѣтки, или же наконецъ это уплотнѣніе интерстиціальной ткани нужно разсматривать какъ вторичный процессъ, не имѣющій никакой связи ни съ токсинами діабета, ни съ мѣстными продуктами распада, и считать его послѣдствіемъ лишь механическихъ моментовъ, а именно—результатомъ образованія пустоты на мѣстѣ исчезнувшей нервной паренхимы. Наконецъ, не нужно упускать изъ виду, что тѣ же расстройства неврогліи могутъ произойти и какъ послѣдствіе сифилиса, алкоголизма, артеріосклероза и другихъ моментовъ, стоящихъ совершенно въ сторонѣ отъ діабета, но весьма часто существующихъ въ больномъ одновременно съ сахарнымъ мочеизнуреніемъ.

Отличительнымъ явленіемъ пораженія нервныхъ тканей при діабетѣ въ нашемъ случаѣ, подобно наблюденіямъ другихъ авторовъ, оказывается невозможнымъ отмѣтить какую-либо опредѣленную систему и порядокъ въ распредѣленіи поврежденій. Измѣнены были и центральная нервная система и периферическіе нервы, органы чувствъ и отчасти психика и т. д. Въ спинномъ мозгу пораженіе находилось какъ въ чувствительныхъ проводникахъ, такъ и въ бѣлой субстанции. Пораженіе клѣтокъ сѣрой субстанции какъ въ нашемъ случаѣ, такъ и у другихъ авторовъ отмѣчалось главнымъ образомъ въ переднихъ рогахъ; но ничто не гарантируетъ клѣтки заднихъ роговъ и спинальных ганглій отъ аналогичныхъ измѣненій. Въ периферической нервной системѣ измѣненія охватываютъ одинаково какъ моторные, такъ и чувствительные кожные нервы. Пораженіе, охватывая глав-

нымъ образомъ паренхиматозныя части нервной системы идетъ безъ всякаго порядка, выбора и большого различія между отдѣльными группами, уже выдѣлившимися функціонально или анатомически, или эмбриологически. Находимыя измѣненія носятъ весьма разнообразную локализацию, случайныя комбинаціи, которыя исключаютъ возможность установить при диабетѣ какія-либо чистыя типичныя формы.

По поводу ближайшихъ причинъ пораженія нервной системы въ нашемъ наблюденіи невозможно сдѣлать никакихъ точныхъ заключеній.

Можно вообще сказать, что въ данномъ случаѣ нѣтъ никакихъ поводовъ объяснять заболѣваніе нервной системы перерожденіемъ сосудовъ, хотя бы развившимся во время сахарной болѣзни, ибо во-первыхъ кровеносныя пути найдены нормальными, во-вторыхъ, при заболѣваніи сосудовъ (хроническомъ, какъ этого нужно было бы ожидать въ нашемъ случаѣ) клиническая и анатомо-патологическая картины, въ особенности что касается периферической нервной системы, совершенно иныя. Нельзя объяснить также найденныя измѣненія въ спинномъ мозгу сдавленіемъ корешковъ и атрофіей послѣднихъ утолщенными и инфильтрированными оболочками мозга, ибо послѣднія оказались совершенно нормальными.

Нельзя равно придавать большого значенія и малокровію у нашего паціента. Во-первыхъ, оно не было выражено въ значительной степени, во-вторыхъ—при малокровіи и именно при высшихъ степеняхъ, при такъ наз. летальныхъ анеміяхъ, заболѣваніе идетъ отдѣльными гнѣздами и, хотя иногда расположеніе вторичныхъ перерожденій можетъ симулировать системное перерожденіе, однако отдѣльныя гнѣзда несутъ признаки остраго диссеминированнаго мієлита (Boedeker ¹⁷⁾, Juliusberger ⁵¹⁾, Nonne ^{70.c)}, Munich ⁶⁸⁾), который локализуется большею частію близъ сосудовъ; зона же Lissauer'a и задніе корешки остаются пощаженными. Сѣрая субстанція бываетъ при этомъ поражена крайне рѣдко и притомъ лишь въ хроническихъ случаяхъ. Впрочемъ, пораженіе спинного мозга при

анеміяхъ не зависятъ повидимому непосредственно отъ анеміи, а происходитъ вслѣдствіе случайныхъ *sepsis*, которые при этомъ развиваются (Russel^{77 a)}). Въ нашемъ же случаѣ измѣненія, найденныя подъ микроскопомъ, ничего подобнаго не обнаруживаютъ. Тѣ же соображенія позволяютъ считать значеніе кахексіи и маразма въ данномъ наблюденіи очень небольшимъ въ числѣ прочихъ этиологическихъ моментовъ перерожденія нервной системы.

Тѣ же данныя, констатированныя подъ микроскопомъ, говорятъ и противъ мѣстнаго инфекціоннаго пораженія спинного мозга. Инфекціонная причина вызвала бы, на основаніи экспериментовъ (Nomen⁴⁴⁾) и клиническихъ наблюденій, рядъ измѣненій со стороны сосудовъ (гиперемія, выходеніе бѣлыхъ шариковъ, инфильтрація прилежащей къ нимъ ткани), чего на самомъ дѣлѣ здѣсь нѣтъ.

Нѣтъ также никакихъ основаній объяснять перерожденіе разстройствомъ циркуляціи, свертками и пробками кровяными или гликогенными въ мелкихъ сосудахъ, которые наблюдаются при діабетѣ и вызываютъ всѣ послѣдствія эмболии. Во всякомъ случаѣ при тщательномъ изслѣдованіи нигдѣ не было найдено картины гнѣзнаго размягченія нервной ткани, съ мѣстными кровоизліянiями, глыбами пигмента, отекомъ въ окрестности гнѣзда, обиліемъ *Fettkörnchencellen* и т. д.

Пораженіе нервной системы можно приписать въ нашемъ случаѣ (и то лишь въ формѣ самаго общаго предположенія) вліянію тѣхъ вредныхъ продуктовъ, которые носятъ въ крови при діабетѣ и, приходя въ ближайшее соприкосновеніе съ нѣжными тканями организма, разстраиваютъ ихъ жизнедѣятельность.

Д і а г н о з ъ .

Клинически данный случай до нѣкоторой степени отвѣчаетъ картинѣ „*Pseudotabes diabetica*“. Этому отвѣчаютъ сенсорныя разстройства въ нижней части туловища, атаксія и потеря сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ. Въ полномъ

согласіи съ этимъ стояло-бы сохраненіе рефлексовъ зрачка на свѣтъ и потеря половой функціи.

При классификаціи настоящаго заболѣванія съ патолого-анатомической точки зрѣнія приходится имѣть два типичныхъ заболѣванія, съ которыми можно найти извѣстное сходство, а именно: *tabes dorsalis* и *polyomyelitis anterior subacuta*. Въ пользу предположенія о томъ, что мы имѣли-бы здѣсь дѣло съ *polyomyelitis anterior subacuta*, говорить атрофія мышцъ нижнихъ конечностей (отдѣльными группами) и гибель клѣтокъ переднихъ роговъ; но эта гипотеза не встрѣчаетъ никакой поддержки съ клинической точки зрѣнія, потому что расстройство чувствительности и атаксія совершенно не входятъ въ картину этого страданія.

Еще болѣе противъ *Polyomyelitis anterior* говорятъ данныя гистологическаго изслѣдованія. Противорѣчитъ этому диагнозу именно пораженіе Бурдаховскихъ столбовъ.

Существующія единичныя наблюденія *Polyomyelitis anterior*, гдѣ на вскрытіи были найдены изолированныя пораженія Бурдаховскихъ столбовъ (*Ioffroy - Lellessou*^{50, 51}), *Oppenheim*^{73, 6)}), принадлежать къ большимъ рѣдкостямъ и во всякомъ случаѣ не позволяютъ дѣлать никакихъ обобщеній. Далѣе противъ діагноза *Polyomyelitis anterior* говорятъ отсутствіе воспалительныхъ измѣненій въ переднихъ рогахъ и нормальное состояніе спинно-мозговыхъ сосудовъ. Точно также несовмѣстимо съ предполагаемымъ диагнозомъ наличность диффузныхъ измѣненій спинного мозга и отсутствіе гнѣздныхъ пораженій его.

Болѣе основаній видѣть здѣсь пораженіе спинного мозга, аналогичное съ *tabes*; правда, эта аналогія на первый взглядъ плохо совмѣщается съ гибелью клѣтокъ въ переднихъ рогахъ спинного мозга у нашего пациента, и такіе авторитеты, какъ напр. *Déjérine*^{25, 6)}, совершенно отрицаютъ возможность измѣненія переднихъ роговъ при чистомъ и типичномъ *tabes*. Но другіе весьма почтенные наблюдатели безспорно отмѣтили

перерожденіе клѣтокъ переднихъ роговъ и вообще моторныхъ ядеръ (вмѣстѣ съ атрофіей мышцъ) при спинной сухоткѣ.

Leyden ^{58.а)} при *tabes* нашелъ атрофію мышцъ, склерозъ, пигментацию и сморщиваніе гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ.

Тотъ же авторъ ^{58.б)} нашелъ подобное-же явленіе еще въ одномъ случаѣ, гдѣ кромѣ того нервныя волокна были атрофированы.

Тоже самое нашли Charcot-Pierret ^{20.б)} и Eisenlohr ^{32.с)}.

Raymond et Artand ⁸²⁾ отмѣтили у табетика атрофію языка, *N. hypoglossi* и ядра этого нерва.

Такъ какъ кромѣ того при *tabes* много разъ были наблюдаемы пораженія периферическихъ нервовъ съ атрофіей мышцъ такими авторами, какъ Pierret - Vaillard ⁵⁷⁾, Déjérine ^{25.а)}, Oppenheim ^{73.с)}, Raymond-Arthand ⁸²⁾, Goldscheider ^{38.б)}, то пораженіе у нашего больного слѣдовало бы назвать не *pseudo-tabes*, но просто настоящей *tabes diabetica*.

Наблюденіе второе. Въ дополненіе къ первому наблюденію мы присоединяемъ въ самомъ краткомъ видѣ еще одно изслѣдованіе спинного мозга и периферической нервной системы паціента, погибшаго въ діабетической комѣ, патолого-анатомическіе препараты отъ котораго намъ достались, благодаря особенному вниманію ассистента проф. Образцова, д-ра Гусева, и прозектора Александровской больницы Григорія Ивановича Квятковского.

Клиническое наблюденіе паціента весьма кратко. Въ палатномъ журналѣ третьяго барака Александровской больницы отъ 28. X. 1900 г. за № $\frac{5605}{482}$ значится, что весьма

истощенный и исхудалый паціентъ среднихъ лѣтъ, званія, имени и фамиліи котораго за отсутствіемъ подлинныхъ документовъ не внесено, страдавшій ранѣе сахарной болѣзью, доставленъ въ больницу въ состояніи діабетической комы и черезъ 28 ч. умеръ, не приходя въ полное сознаніе. Сахара

въ мочѣ оказалось около 10%. Изъ разстройствъ нервной системы при жизни наблюдавшимъ врачомъ отмѣчено расширение зрачковъ, плохая (вялая) реакція ихъ на свѣтъ и недержаніе мочи. Моторная сфера, чувствительность, кожные и сухожильные рефлексъ и электрическая реакція остались неизслѣдованными. Артеріосклероза на вскрытіи не отмѣчено. На вскрытіи, произведенномъ 18 ч. послѣ смерти, были взяты спинной мозгъ во всю его длину и часть периферическихъ нервовъ, въ числѣ которыхъ также и *N. pudendus*.

Изслѣдованіе периферическихъ нервовъ было сдѣлано при помощи окраски 1—2% раств. осміевой кислоты, а также карминомъ, квасцовымъ гематоксилиномъ и по Weigert'у.

При этомъ оказалось, что міелиновыя влагалища волоконъ *N. pudendi* несли легкія вздутія, содержали по мѣстамъ крошковатый распадъ въ периферическихъ слояхъ своихъ и ихъ окраска, какъ осміевой кислотой, такъ и по Weigert'у, не была достаточно интенсивна.

Интерстиціальная ткань *N. pudendus*, его *Vasa nervorum*, а также Швановскія ядра оказались совершенно неизмѣненными.

Другіе периферическіе нервы, изслѣдованные точно также, не представляли никакихъ измѣненій подъ микроскопомъ.

Спинной мозгъ былъ раздѣленъ на нѣсколько участковъ и фиксированъ отчасти въ Мюллеровской жидкости для изслѣдованія по Weigert'у, Van-Gieson'у и Marchi, отчасти же въ спиртѣ и другихъ средахъ для изслѣдованія его по методу Nissl'я.

Что касается результатовъ изслѣдованія, то окраска препаратовъ по Weigert'у и по Van-Gieson'у не обнаружила никакихъ измѣненій бѣлыхъ спинно-мозговыхъ столбовъ. Обработка спинного мозга по Marchi показала диффузныя, весьма неопредѣленныя по локализациі, измѣненія по периферіи спинного мозга. Напротивъ, рѣзкія измѣненія были найдены при окраскѣ спинного мозга по Nissl'ю.

Въ поясничномъ утолщеніи въ нѣкоторыхъ сегментахъ грудного мозга и въ шейномъ мозгу на многихъ препаратахъ были найдены слѣдующія особенности:

Число клѣтокъ передняго рога не уменьшено по сравненію съ нормой. Многія изъ нихъ лишены протоплазматическихъ отростковъ, окружены пустыми пространствами и, быть можетъ, слегка уменьшены размѣрами. Нѣкоторыя клѣтки содержатъ скопленіе глыбокъ желтаго пигмента, разсѣяннаго или только на одномъ отросткѣ, или по краю клѣтки между двумя отростками. Въ этихъ пигментированныхъ клѣткахъ Нислевскія зерна окрашены диффузно и весьма блѣдно, границы ядеръ подобныхъ клѣтокъ неясны, окраска ядеръ весьма блѣдна, ядрышко вовсе невидимо.

Нѣкоторыя изъ подобныхъ клѣтокъ, лишенныхъ отростковъ, потеряли свою трехгранную форму и почти совершенно круглы.

Часть клѣтокъ сплошь пропитана желтымъ пигментомъ, но зерна этого послѣдняго чрезвычайно малы. Нислевскія тѣльца такихъ клѣтокъ весьма отчетливо различимы и хорошо окрашены. Ядра такихъ клѣтокъ вовсе закрыты пигментомъ; отростки мало сморщены; вокругъ клѣтки видно пустое пространство.

Нѣкоторыя клѣтки несутъ чрезвычайно вздутое и весьма блѣдное ядро; ядрышко, напротивъ, оказывается интенсивно окрашеннымъ.

Резюмируя только-что изложенное, видимъ въ данномъ случаѣ діабета рѣзко выраженное пораженіе клѣтокъ спинного мозга, при нормальномъ состояніи периферической нервной системы, за исключеніемъ *N. pudendus* слегка перерожденнаго.

Хотя это наблюденіе во многихъ отношеніяхъ весьма недостаточно, мы все-таки его приводимъ, какъ доказывающее, что точно такъ же, какъ и въ первомъ наблюденіи, пораженіе нервной системы при діабетѣ можетъ начинаться въ спинномъ мозгу и имѣть нисходящее развитіе.

По поводу этиологии и распределения поражений в спинном мозгу и периферических нервах мы можем повторить то же самое, что было сказано по поводу первого наблюдения.

Наблюдение третье. Н. 45 л. поступил 12 окт. 1895 г. в Александровскую больницу в хирургическое отделение п.-доц. Н. М. Волковича с гангренозным процессом на левой стопе.

Краткое извлечение из истории болезни содержит следующее:

Diabetes, тянувшийся впрямую около 3 л. Глубокий парез нижних конечностей; боли и парестезии в них. Утрата потенции. Атаксия. Анестезия и болезненность нервов нижних конечностей к давлению. Утрата кожных и сухожильных рефлексов там же. Реакция перерождения. Гангрена стопы. При микроскопическом изслѣдованіи ампутированной голени резко выраженные перерождения периферических нервов, ограничившіяся главным образом паренхиматозными частями их. Замѣтна регенерация волоконъ. Vasa nervorum и мелкие сосуды конечности мало измѣнены.

При осмотрѣ найдено следующее. Пальцы и подошвенная сторона пораженной стороны до головок metatarsi и тыльная часть ея до линіи Chopart'a лишена кожи, покрыта жидкимъ гноемъ, сквозь который просвѣчиваютъ кости пальцевъ и сухожилія разгибателей стопы. Кожа остальной части стопы и нижняя $\frac{1}{3}$ голени цианотична и по мѣстамъ содержитъ кровоизліянія. Цвѣтъ кожи голени и бедра на пораженной ногѣ, на всей здоровой ногѣ и всей остальной части тѣла грязно-желты. Голень на пораженной сторонѣ значительно отекала; отековъ другихъ мѣстъ не замѣчается.

Пальцы пораженной ноги лишены всякой произвольной подвижности. Сгибаніе и разгибаніе голеностопныхъ и колѣнныхъ суставовъ лѣвой ноги очень ослаблены. Въ правой здоровой ногѣ мышцы, управляемыя N. peroneus, паретичны. Дорзальное сгибаніе пальцевъ этой стопы совершенно невозможно. Произвольныя движенія остальныхъ мышечныхъ группъ здоровой нижней конечности и обѣихъ верхнихъ немного ослаблены.

Чувствительность тактильная, болевая и температурная на стопѣ совершенно утрачена; на голени-же и на бедрѣ пораженной ноги, и на всей другой ногѣ она понижена. Верхнія конечности безъ измѣненія. Рефлексы

сть Ахиллова сухожилія и пателлярный, рефлексъ шекотанія, на cremaster на обѣихъ конечностяхъ отсутствуютъ. Рефлексы сухожильные, кожные и періостальные на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ безъ измѣненія. Движенія глазъ безъ измѣненія. Рефлексы зрачковъ сохранены.

Электрическая реакція.

Фарадическій токъ.

Лѣвая нога.

Правая нога.

Отстояніе бобинъ въ сантиметрахъ.

N. Cruralis	8	вялое сокращеніе	10	Моментальн. сокращеніе.
N. Peroneus	}	не реагируютъ.	4	Не реагируетъ.
N. Tibialis			8	Вяль.
N. Obturatorius	11	нормальное сокращ.	11	Нормальн. сокращеніе.
N. Mediadns	10	—	10,5	—
N. Ulnaris	11	—	11	—
N. Radialis	10	—	10	—

Гальваническій токъ.

Лѣвая нога.

Правая нога.

N. Cruralis	K3C > A3C 3 M.A.	K3C > A3C 2 1/2 M.A.
N. Obturatorius	— 2,5 M.A.	— 2,5
N. Tibialis	} Не реагируютъ при 12 MA.	K3C > A3C 6 M.A.
N. Peroneus		A3C > K3C 8 M.A.

Нижнія конечности холодны. Артеріи тверды и извиты. Пульсъ въ a. tibialis ant. et post. прощупывается съ трудомъ. Пульсъ въ a. radialis твердъ, 70 разъ въ минуту. Сердце прикрыто легкими. Тоны глухи, но чисты. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ ателектатическіе хрипы. Печень не очень болѣзненна, выстоитъ на 3—4 поперечныхъ пальца подъ края реберъ.

Анамнезъ. Отецъ страдалъ полагрой; умеръ въ глубокой старости. Мать никакихъ хроническихъ болѣзней не имѣла. Пациентъ не пьетъ спиртныхъ напитковъ; куритъ умѣренно. Сифилиса не имѣлъ. Много лѣтъ тому назадъ болѣлъ febris intermittens въ теченіе 2 1/2 мѣсяцевъ.

Уже 3—4 года, какъ Н. сталъ испытывать необыкновенную жажду и голодь, и хотя вслѣдствіе этого онъ ѣстъ очень много ѣлъ, но въ вѣсѣ

не прибавлялся, а напротив прогрессивно худѣлъ; сонъ сталъ беспокойный по ночамъ его мучили частыя мочеиспусканія и зудъ. Количество мочи очень увеличилось. Полтора года тому назадъ больной сталъ «нервнымъ». У него упала половая функція, появились стрѣляющія боли сначала въ ногахъ, а потомъ и въ рукахъ. Одновременно съ этимъ развилась общая разбитость и большая неувѣренность въ походкѣ. За три мѣсяца до поступленія въ больницу произвольная подвижность въ пальцахъ обѣихъ стопъ рѣзко ослабѣла, а вскорѣ затѣмъ исчезла почти совершенно произвольная подвижность въ правой стопѣ. При походкѣ больной долженъ былъ поднимать высоко обѣ ноги, чтобы перенести стопу впередъ.

Двѣ недѣли тому назадъ появился небольшой «прыщикъ» на подошвѣ большого пальца, который очень скоро изъязвился и язва, давая обильное гнойное отдѣленіе, быстро распространилась вглубь и въ стороны и приняла размѣры, отмѣченные въ *status praesens*.

Полтора мѣсяца тому назадъ изслѣдована была моча въ первый разъ и при этомъ найденъ сахаръ въ ней въ количествѣ 10%, при суточномъ количествѣ мочи до 5-ти—7-ми литровъ.

Въ больницѣ съ назначеніемъ пациенту опредѣленнаго режима и карлсбадской воды количество сахара быстро уменьшилось до 1 про 1000,0 и язвенный распадъ тканей прекратился. Въ концѣ четвертой недѣли пребыванія Н. въ больницѣ, вслѣдствіе того, что язва не обнаружила никакой наклонности къ заживленію, а лихорадка не прекращалась, въ виду паденія силъ больного ему была произведена ампутація голени въ верхней $\frac{1}{4}$ ея на пораженной ногѣ.

Черезъ два мѣсяца послѣ этого больной при прежнемъ питательномъ режимѣ и продолжая пить карлсбадскую воду началъ чувствовать себя совершенно бодро. Его ампутаціонная рана зажила *per primam*; уменьшились и стрѣляющія боли. Параличъ *N. peronei recti* остался въ прежнемъ видѣ. Чувствительность нервныхъ стволовъ къ давленію и различные виды кожной чувствительности, рефлексы и электрическая реакція остались по прежнему разстроеными и не обнаруживали никакихъ признаковъ улучшенія.

Съ такими явленіями пациентъ ушелъ изъ больницы.

Ампутированная голень и стопа при макроскопическомъ осмотрѣ представляли собою слѣдующее. Большіе сосуды *a. tibialis postica, antica et peronea* очень тверды, стѣнки ихъ утолщены; но просвѣтъ сосудистый всюду сохранился. *A. pedis* имѣетъ тѣ же измѣненія, но просвѣтъ ея утраченъ и выполненъ кровянымъ сверткомъ. *N. N. tibialis* и *peroneus* по мѣстамъ имѣютъ слегка синеватый оттѣнокъ, не утолщены, не отечны, м. б. имѣютъ болѣе твердую консистенцію, чѣмъ въ нормѣ.

Части этихъ нервовъ изъ верхней $\frac{1}{3}$ голени, уплотненные въ 1% осміевою кислотѣ и расщипанныя затѣмъ, представляли слѣдующее: отдѣльные сегменты ихъ волоконъ содержатся различно,—они или четкообразно вздуты и содержатъ весьма крупныя черныя зерна на общемъ темно-коричневомъ фонѣ нормально окрашеннаго міелина, или же подобные сегменты,

сохраняя цилиндрическое строеніе, обильно усыпаны мелкозернистымъ такимъ-же чернымъ распадомъ въ периферическихъ своихъ частяхъ. Въ нѣкоторыхъ сегментахъ міелинъ совершенно исчезъ и только небольшая полоска мутно-окрашеннаго міелина, оставшаяся на осевомъ цилиндрѣ, позволяетъ считать это волокно еще сохранившимъ свою цѣлость. Напротивъ, другіе, почти рядомъ лежащіе сегменты того же волокна, кажутся почти неизмѣненными. Кусочки нерва изъ той же верхней $\frac{1}{3}$ голени, на поперечныхъ срѣзахъ, окрашенныхъ по Weigert'у и Pal'ю, содержатъ очень мало правильныхъ круговъ мозговой обкладки. Во многихъ мѣстахъ видны рѣзко вздутые міелиновые влагища, въ другихъ—имѣются лишь небольшія крошки распавшагося міелина.

На продольныхъ срѣзахъ, обработанныхъ по Weigert'у и Pal'ю, совершенно нормальныхъ волоконъ вовсе не видно. Отдѣльные сегменты наилучше сохранившихся волоконъ несутъ мелкозернистый распадъ по периферіи, благодаря чему ихъ контуръ очень не ровенъ или узурированъ; однако міелинъ сохраняется въ осевыхъ частяхъ. Нѣкоторые сегменты вздуты. На ряду съ такими волокнами, пораженными лишь въ отдѣльныхъ своихъ сегментахъ, имѣются и совсѣмъ распавшіяся, отъ которыхъ остались лишь глыбы большаго и меньшаго размѣровъ въ видѣ длинныхъ четокъ или зеренъ.

При окраскѣ карминомъ и гематоксилиномъ отмѣчается слѣдующее. На поперечныхъ срѣзахъ *epi-peri-et endonervium* особыхъ измѣненій не представляютъ. Ядра, заложенные въ соединительно-тканной основѣ нерва, не увеличены ни въ размѣрахъ, ни въ числѣ. *Vasa nervorum* кое-гдѣ имѣютъ утолщенную стѣнку, но просвѣтъ ихъ не суженъ. Число ядеръ въ ихъ стѣнкахъ не увеличено. Мѣстами *vasa nervorum* совершенно нормальны. Просвѣтъ ихъ въ большинствѣ случаевъ пустъ. Отека *epi-peri-endonervium* незамѣтно. Кровоизліяній въ нихъ нигдѣ не видно. На продольныхъ срѣзахъ пустыхъ швановскихъ влагищъ имѣется весьма мало. Они несутъ характерныя вздутія, наполненныя ядрами. Швановскія ядра по мѣстамъ набухли такъ же, какъ и протоплазма, къ нимъ прилежащая, и число ихъ увеличено. Напротивъ, рядомъ лежащіе сегменты того же волокна вовсе не содержатъ измѣненій въ швановскихъ ядрахъ. Осевые цилиндры встрѣчаются совершенно нормальные. Мѣстами однако они набухли; въ другихъ сегментахъ они вакуолизированы. Наконецъ въ пустыхъ Швановскихъ влагищахъ видны обломки распавшихся цилиндровъ. Тѣ же нервы въ нижней $\frac{1}{3}$ голени представляютъ несравненно большія разрушенія, сводящіяся въ общемъ къ слѣдующему: *epi-peri-endonervium* не утолщены, но кое-гдѣ содержатъ умноженное число ядеръ, въ общемъ однако имѣютъ почти совершенно неизмѣненный видъ. *Vasa nervorum* всюду имѣютъ просвѣтъ. Стѣнка ихъ слегка набухла, число ихъ ядеръ мало отступаетъ отъ нормы. Кровоизліяній нигдѣ незамѣтно. Міелиновое влагище у 90% видимыхъ волоконъ распалось крупными и мелкими зернами. У 10% видимыхъ волоконъ содержатся мѣстами еще отдѣльные нормальные сегменты. Швановскія ядра утолщены и умножены въ числѣ. Осевой цилиндръ въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ распадѣ или вакуолизированъ и содержитъ вздутія и жирныя зерна. Огромное

число швановскихъ влагалищъ пусто и содержитъ мѣстами 2—3 швановскія ядра вмѣстѣ.

При окраскѣ по Marchi наиболѣе тонкихъ кожныхъ вѣточекъ въ области *N. suralis, medius* и *safenus* (*n. cutaneus surae internus*) отмѣчено слѣдующее. Нѣкоторые сегменты волоконъ окрашены въ темно-желтый цвѣтъ, въ которомъ однако вкраплены большіе черные шары и крапинки, дѣлающіе контуръ волокна весьма неровнымъ. Очень небольшое число сегментовъ тѣхъ же волоконъ окрашено въ темный, желто-зеленый цвѣтъ съ мелкими пылевидными черными частичками, нисколько не нарушающими ровность контура. Наружный контуръ волоконъ течетъ весьма неравномерно и изрытъ ступенями. По мѣстамъ волокна нормальной ширины; въ рядомъ лежащихъ сегментахъ они, напротивъ, очень узки; кое-гдѣ они еще уже. мѣлиновая обкладка тамъ чрезвычайно тонка и состоитъ лишь изъ небольшихъ обломковъ мѣлина, лежащаго очень ровно и повидимому новообразовавшагося.

Кусочки тѣхъ же кожныхъ нервовъ, фиксированные Флеминговою жидкостью и окрашенные сафраниномъ, представляютъ въ общемъ ту же картину содержанія мѣлина. Кромѣ того на этихъ препаратахъ можно было видѣть осевые цилиндры въ большомъ количествѣ; пустыхъ Швановскихъ влагалищъ имѣлось очень мало. Ядра Швановскаго влагалища были увеличены размѣрами и 6. м. и въ числѣ. Ткань *epi-peri-endonevrii* не измѣнена. Она не содержала никакихъ обильныхъ ядеръ, инфильтрировавшихъ ихъ. *Vasa nervorum*, хотя мѣстами и утолщены, но всюду имѣли просвѣтъ.

Изслѣдованіе большихъ сосудовъ при помощи микроскопа отмѣтило слѣдующее. Оттѣнки ихъ по мѣстамъ имѣли артеріосклеротическія бляшки. Ихъ мелкія вѣтви малоизмѣнены, просвѣтъ сосудовъ, какъ большихъ, такъ и мелкихъ, не нарушенъ. *A. pedis* на высотѣ линіи Chopart'a содержитъ тромбъ.

Резюмируя все выше приведенное, мы видимъ, что съ клинической точки зрѣнія данный случай характеризуется глубокимъ парезомъ обѣихъ нижнихъ конечностей, болями и парѣстезіями въ нихъ, анестезіей, болѣзненностью нервныхъ стволовъ при давленіи, утратою кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ и реакціей перерожденія. Кромѣ того отмѣчались атаксія нижнихъ конечностей и утрата половой способности. Изслѣдованіемъ подъ микроскопомъ было найдено сильное перерожденіе нервовъ нижнихъ конечностей, ограниченное лишь паренхиматозными частями и притомъ сильнѣе въ частяхъ нерва, удаленныхъ отъ центра. Пораженіе мѣлиноваго влагалища сосредоточивалось главнымъ образомъ въ перифе-

рическихъ его слояхъ и происходило отдѣльными сегментами. Этотъ сегментарный процессъ особенно отчетливъ въ верхней трети голени и въ кожныхъ вѣточкахъ нервовъ *suralis medius* и *N. cutaneus internus*. Онъ можетъ быть понимаемъ какъ признакъ свѣжаго процесса. Громадныя измѣненія осевого цилиндра найдены главнымъ образомъ въ дистальныхъ частяхъ конечности.

Весьма малыми, сравнительно съ этимъ, кажутся измѣненія ядеръ швановскаго влагалища. Совсѣмъ отсутствуютъ измѣненія соединительно-тканной основы нерва.

О причинахъ пораженія нервовъ приходится повторить то же, что было сказано относительно перваго нашего случая. Описанныя измѣненія нервовъ невозможно приписать какому либо инфекционному началу. Противъ этого говорятъ весьма слабыя измѣненія швановскихъ ядеръ и полное отсутствіе реактивныхъ явленій со стороны сосудовъ и соединительно-тканной основы. Объяснить гибель нервныхъ волоконъ пораженіемъ сосудовъ, а именно артеріосклерозомъ большихъ сосудовъ—тоже нельзя; съ этимъ несогласна во первыхъ проходимость самыхъ сосудовъ, во вторыхъ—нормальное или незначительное измѣненіе соединительно-тканныхъ влагалищъ нервныхъ стволовъ и наконецъ самая клиническая картина, въ которой пораженіе чувствительности и реакція перерожденія не отвѣчаютъ типической формѣ васкулярнаго пораженія нервовъ; отмѣченныя измѣненія нельзя также приписать сосѣдству язвы на стопѣ и всасыванію продуктовъ изъ нея, потому что нервы другой здоровой конечности точно также поражены безъ того, чтобы на той ногѣ были язвы.

Въ данномъ измѣненіи нервовъ, состоящемъ въ умираніи отдѣльныхъ нервныхъ волоконъ безъ участія въ этомъ соединительно-тканной основы нерва, легче признать какектическую атрофію отдѣльныхъ нервныхъ волоконъ, вслѣдствіе недостаточнаго питанія, или ненормальнаго состава питательныхъ соковъ, или отравленія. Такія картины паренхиматознаго распада видимъ мы именно при продолжительно

дѣйствующихъ, но незначительной интенсивности интоксикаціяхъ.

О давности этого процесса можно судить во первыхъ по анамнезу, во вторыхъ—на основаніи анатомической картины. Однако эти два источника не вполне согласны другъ съ другомъ. Опираясь на показаніе больного, можно было-бы думать, что страданіе его нервовъ началось 2 года тому назадъ. Анатомическая же картина не позволяетъ отнести начало заболѣванія нервовъ такъ далеко; напротивъ, сегментный процессъ въ мѣлиновомъ влагалищѣ указываетъ, что заболѣваніе нерва лишь въ самомъ началѣ; отсутствіе вторичныхъ измѣненій *epi-peri-endonervium* подтверждаетъ лишь это предположеніе, т. к. такіа вторичныа измѣненія должны имѣть время, чтобъ образоваться.

Очевидно отсюда, что слабость и атаксія, о которыхъ упоминается въ анамнезѣ, имѣли свои причины не въ органическомъ пораженіи периферическихъ нервовъ, а въ функциональномъ страданіи ихъ, или быть можетъ также въ пораженіи центральныхъ частей нервной системы спинного мозга.

Подобно тому какъ въ первомъ наблюденіи, такъ и въ отношеніи этого случая, имѣя предъ собою пораженіе нерва, болѣе рѣзко выраженное въ дистальныхъ частяхъ, мы не можемъ однако, согласно Auché, считать здѣсь восходящій невритъ; напротивъ, принимая во вниманіе, съ одной стороны, атрофическій характеръ измѣненій (пораженіе ограничивается лишь паренхимой), свѣжесть процесса и сегментарное теченіе его; опираясь далѣе на нашъ первый случай, гдѣ точно также дистальныа части нервовъ были поражены сильнѣе, чѣмъ средніе отдѣлы его, и тѣмъ не менѣе спинно-мозговыа вѣтки оказались рѣзко измѣненными, — мы склонны видѣть и здѣсь также исключительное пораженіе длинныхъ нервовъ, б. м. вообще болѣе уязвимыхъ, и притомъ или нисходящее ихъ страданіе, или же пораженіе ихъ на всемъ протяженіи сразу одновременно.

Діагнозъ даннаго случая не представляетъ большого затрудненія. Клиническая картина страданія, главнымъ образомъ сенсорныя разстройства, упадокъ потенціи, атаксія и проч. страданія—отвѣчаютъ *pseudotabes diabetica*; анатомическія измѣненія периферическихъ нервовъ позволяютъ считать данный случай за *neurotabes peripherica diabetica*.

III.

Вниманіе наше было обращено на одинъ симптомъ, весьма часто встрѣчающійся при діабетѣ, а именно—на упадокъ половой силы.

Вышеприведенные два паціента (первое и третье наблюденіе), какъ было уже сказано, утратили потенцію за 5—8 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу, т. е. въ періодъ полнаго развитія ихъ сахарнаго мочеизнуренія. При клиническомъ осмотрѣ половыхъ органовъ у обоихъ ихъ были найдены тождественныя явленія. *Penis* былъ правильно развитъ. Онъ не сморщенъ, не анемиченъ; не вялъ въ той степени, какъ это бываетъ при покоѣ у нормальныхъ субъектовъ. Напротивъ, онъ былъ объемистъ, содержалъ довольно значительное количество крови, какъ это бываетъ въ начальныхъ стадіяхъ эрекции, но былъ очень мягокъ. Въ то же время чувствительность тактильная, болевая и температурная на головкѣ, корнѣ, тѣлѣ *penis*, а также и на *scrotum* была рѣзко понижена, а давленіе на промежность по ходу *N. pudendi* весьма болѣзненно. Изъ анамнеза выяснилось, что упоминаемое состояніе тонуса и объема *penis* установилось лишь послѣдніе 8—10 мѣсяцевъ. Ранѣе въ покойномъ состояніи половой членъ былъ гораздо меньше размѣрами, сморщенъ, менѣе пушистъ, чѣмъ теперь, и вообще при обыкновенныхъ условіяхъ не отличался отъ состоянія покоя у нормальныхъ субъектовъ. Оба паціента отмѣчали далѣе, что въ теченіе нѣсколькихъ недѣль до окончательной утраты половой силы

и по настоящее время они испытывают боли въ промежности, зудъ и различныя парестезіи въ penis и scrotum.

Какъ сказано уже, отъ перваго изъ упомянутыхъ пациентовъ, умершаго въ больницѣ, были взяты для микроскопическаго изслѣдованія *N. pudendus*, часть корня penis; при изслѣдованіи срѣзовъ, сдѣланныхъ изъ этихъ частей, было найдено умѣренное паренхиматозное перерожденіе волоконъ *N. pudendi* и нервныхъ вѣточекъ корня, а именно—въ кожныхъ вѣткахъ и въ нервныхъ стволикахъ, сопровождающихъ *a. penis dorsalis*. Всюду здѣсь пораженіе коснулось лишь паренхимы нервного ствола, т. е. однихъ нервныхъ волоконъ; интерстиціальная же ткань оставалась безъ видимыхъ измѣненій.

Аналогичное-же, но менѣе выраженное измѣненіе въ *N. pudendus* было констатировано мною и у пациента, описаннаго во второмъ наблюденіи.

Кромѣ двухъ пациентовъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ въ клиникѣ, намъ удалось видѣть еще другихъ диабетиковъ съ утерянной или сохранившейся половой функціей, исторію болѣзни которыхъ мы излагаемъ кратко, лишь насколько это касается половыхъ органовъ пациентовъ.

Намъ пришлось наблюдать въ частной практикѣ одного пациента-импотента диабетика, котораго можно причислить къ той же группѣ, что и первые два, только-что упомянутые. У него penis въ покойномъ состояніи точно также сталъ больше со времени утраты потенціи. Утратѣ эрекціи точно также предшествовали боли (острыя и тянущія) въ промежности и паху. Объективно было найдено у этого пациента нѣкоторое пониженіе чувствительности на ногахъ и на половыхъ органахъ. Кожные и сухожольные рефлексы были всюду сохранены. Penis не былъ сморщенъ; напротивъ, онъ былъ умѣренно налитъ кровью и очень мягокъ. Давленіе на промежность по ходу *N. pudendi* было очень болѣзненно.

Мы встрѣтили далѣе двухъ диабетиковъ въ амбулаторіи Покровскаго монастыря, у которыхъ сахарное мочеизнуреніе

было констатировано около года, а потенція во время осмотра ихъ мною оказалась еще сохранившейся. Оба пациента жаловались на боли въ нижнихъ конечностяхъ и слабость. Чувствительность и сухожильные рефлексy на ногахъ были понижены. Ихъ penis въ покойномъ состояніи, по описанію самихъ больныхъ, не измѣнилъ своей формы по сравненію съ предыдущимъ временемъ. Чувствительность на penis и на scrotum оказалась нормальной. Болей въ промежности они не испытывали и давленіе на N. pudendus было неболезненно.

Еще одного діабетика намъ удалось наблюдать въ частной практикѣ, у котораго половая сила угасла. Пациентъ не имѣлъ никакихъ разстройствъ чувствительности ни на ногахъ, ни на половыхъ частяхъ. Не жаловался на то, чтобы когда-либо у него были боли въ ногахъ и въ половыхъ органахъ. Penis у этого пациента имѣлъ сморщенный видъ, не отличаясь ничѣмъ отъ такового у нормальнаго человѣка въ покойномъ состояніи. Изъ распросовъ-же выяснилось, что penis въ покойномъ состояніи сталъ, по наблюденію самого пациента, меньше со времени развитія діабета по сравненію съ тѣмъ, какъ онъ былъ до начала этой болѣзни.

Здѣсь же я хочу упомянуть еще объ одномъ микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ мною надъ N. pudendus и корнемъ penis, взятыхъ въ анатомическомъ покоѣ Александровской больницы отъ трупа одного діабетика, умершаго въ отдѣленіи проф. Образцова. О состояніи потенціи его, состояніи penis и чувствительности при жизни я не могъ достать никакихъ свѣдѣній.

Изслѣдованіе добытыхъ частей отмѣтило также паренхиматозныя измѣненія въ N. pudendus, кожныхъ вѣточкахъ penis и маленькихъ нервахъ, идущихъ рядомъ съ a. penis dorsalis.

Соединительно-тканная основа изслѣдованныхъ нервовъ и vasa nervorum не были измѣнены.

Резюмируя въ короткихъ словахъ эти наблюденія, видимъ, что въ трехъ случаяхъ діабета penis, при утратѣ-

потенцій, оставаясь въ полномъ покоѣ, имѣетъ умеренно налитое состояніе, какъ при начальныхъ стадіяхъ эрекціи. Этихъ пациентовъ мучили боли и парестезіи въ половыхъ органахъ, а объективно найдено тамъ-же нѣкоторое разстройство чувствительности и болѣзненность N. pudendi.

У одного изъ упомянутыхъ пациентовъ (Р., 1-е наблюдение) изслѣдованіе N. pudendus и мелкихъ нервовъ корня penis отмѣтило паренхиматозное перерожденіе ихъ. Подобное-же измѣненіе тѣхъ же нервныхъ стволовъ найдено было также у одного діабетика и только одного N. pudendus у другого, погибшаго въ діабетической комѣ, о половыхъ функцияхъ которыхъ ничего неизвѣстно.

Съ другой стороны, у двухъ діабетиковъ, не утратившихъ половыхъ функций, не испытывавшихъ ни болей, ни парестезій половыхъ органовъ, не найдено было объективно никакихъ мѣстныхъ разстройствъ чувствительности. *Состояніе-же penis и объемъ его ничѣмъ не отличались отъ нормальнаго при покоѣ полового органа.*

Наконецъ, у одного импотента діабетика, который не могъ отмѣтить какихъ-либо болей половыхъ аппаратовъ, *penis съ развитіемъ диабета сморщился и сталъ меньше нормы безъ того, чтобы при объективномъ осмотрѣ были бы найдены какія-либо разстройства чувствительности.*

Въ этихъ наблюденіяхъ половой аппаратъ при диабетѣ обрисовывается въ трехъ различныхъ фазахъ, а именно: *объемъ penis съ утратой эрекціи не уменьшается, а увеличивается, даже превышаетъ таковой при покоѣ у нормальныхъ субъектовъ и оказывается послѣ потери потенціи въ полуналитомъ состояніи (у трехъ больныхъ).* Въ то же время кожная чувствительность половыхъ аппаратовъ разстроена. Утратѣ потенціи предшествуютъ и ее сопровождаютъ боли и парестезіи въ промежности, въ penis и въ scrotum. Последнее обстоятельство, т. е. разстройство чувствительности, заставляющее предполагать здѣсь перерожденіе волоконъ чувствительныхъ или смѣшанныхъ периферическихъ нервовъ,

вполнѣ совпадаетъ съ находками (въ трехъ случаяхъ) подѣ микроскопомъ, гдѣ таковыя измѣненія периферическихъ нервовъ въ половыхъ аппаратахъ были констатированы.

Въ полную противоположность этому (одинъ случай изъ частной практики) *при импотенціи вслѣдствіе діабета половой членъ найденъ уменьшеннымъ въ размѣръ по сравненію съ нормой*, при покоѣ вовсе не налитъ кровью, представляетъ при объективномъ изслѣдованіи совершенно нормальную чувствительность. Утрата потенціи происходитъ безъ предшествующаго періода болей и парестезій въ половыхъ аппаратахъ.

Наконецъ (въ двухъ случаяхъ) *у діабетиковъ потентовъ половыя органы при діабетѣ могутъ сохранять свой естественный видъ и нормальную функцію, ихъ размѣръ, налитіе кровью, чувствительность и могутъ быть совершенно нормальны*. Въ подобныхъ случаяхъ нѣтъ никакихъ жалобъ на боли и парестезіи въ промежности и въ половыхъ органахъ.

Объясняя себѣ сущность этихъ расстройствъ, вспомнимъ, что въ настоящее время наибольшей достовѣрностью о причинахъ эрекции пользуется гипотеза Goltz'a⁴⁰⁾, допускающая существованіе вазомоторныхъ ганглій въ кавернозныхъ тѣлахъ penis, назначеніе которыхъ—держатъ сосуды этихъ послѣднихъ въ закрытомъ состояніи. Къ этимъ гангліямъ изъ центровъ поясничнаго мозга подходятъ двоякаго рода нервныя волокна. Одни изъ нихъ несутъ угнетающіе или правильнѣе сказать, тормозящіе импульсы. Это суть N. N. erigentes; съ возбужденіемъ ихъ угнетается дѣятельность вазомоторныхъ ганглій и кавернозные сосуды расширяются. Другіе нервы, напротивъ, должны усиливать энергію сосудистыхъ ганглій, способствовать лучшему и сильнѣйшему закрытію сосудистаго просвѣта, и эту функцію приписываютъ волокнамъ N. pudendus.

Въ томъ случаѣ, если N. N. erigentes или тормозящій центръ, ихъ посылающій, находятся въ возбужденномъ состояніи, тонусъ вазомоторныхъ ганглій падаетъ, сосудистыя полости въ corpora cavernosa расширяются, къ нимъ приливаетъ

обильная масса крови — и наступает эрекция. Такое заключение слѣдуетъ именно изъ опытовъ Eckhard'a ³⁴⁾ и Loven'a ⁶¹⁾, которые, раздражая животнымъ *N. N. erigentes*, могли получить у нихъ такимъ экспериментальнымъ путемъ эрекцію.

При нормальныхъ условіяхъ вазомоторные ганглии въ *corpora cavernosa*, находясь въ связи съ данными угнетающими спинно-мозговыми центрами, пребываютъ въ постоянной зависимости отъ нихъ и благодаря этому сосудистыя отверстія пещеристыхъ тѣлъ имѣютъ возможность расширяться, а степень кровенаполненія пещеристыхъ полостей можетъ постоянно мѣняться (такъ какъ при каждомъ возбужденіи тормозящихъ центровъ сосуды расширяются). Съ утратой этихъ тормозящихъ центровъ или послѣ перерыва волоконъ *N. N. erigentes*, идущихъ отъ нихъ, исчезаютъ всякіе шансы расширенія сосудистыхъ полостей, кровенаполненіе ихъ рѣзко понижается, а эрекция должна отсутствовать.

Напротивъ, возбужденія тонизирующаго спинно-мозгового центра, проходящаго по *N. pudendus*, прекращаютъ эрекцію полового члена. Возбуждая и усиливая тонусъ вазомоторныхъ ганглий въ кавернозныхъ органахъ, они способствуютъ закрытію просвѣта ихъ сосудовъ.

Повидимому, вазомоторные ганглии, состоя въ постоянной связи съ спинно-мозговыми тонизирующими центрами, находятся подъ постояннымъ, хотя и слабымъ, тонусомъ, распространяющимся на нихъ со стороны *N. pudendi*. Вотъ почему случайныя пораженія даннаго нерва или тонизирующаго спинно-мозгового центра, отнимая эту долю энергіи у вазомоторныхъ ганглий, ведутъ къ ослабленію тонуса ихъ, и просвѣтъ кавернозныхъ сосудовъ, до тѣхъ поръ плотно закрытый, можетъ расширяться, а *penis* вслѣдствіе этого оказывается въ полувалятомъ состояніи. Къ такому заключенію приводятъ именно наблюденія Hausmann'a ⁴⁵⁾, который замѣтилъ, что перерѣзка *N. N. pudendorum* у собакъ дѣлаетъ ихъ половой членъ болѣе полнокровнымъ, вслѣдствіе чего онъ выпадаетъ изъ *praeputium* (*Die Ruthe besonders Eichel*

werden blutreicher, so dass dieselben aus ihrem Schlauch vorfüllt).

Аналогичное явленіе наблюдалъ Günter ^{35, b)} у жеребцовъ.

Eckhard ³⁴⁾, перепѣывая N. pudendus, видѣлъ расширеніе a. penis dorsalis и несовершенную эрекцію.

Тоже самое наблюдалъ Никольскій ⁷¹⁾ у собакъ.

Особые центры въ поясничномъ мозгу, откуда вазомоторные гангліи въ кавернозныхъ тѣлахъ получаютъ тормозящіе импульсы, доступны непосредственному раздраженію. Segalas ⁸⁹⁾, отсѣкая головной мозгъ у морской свинки, вводилъ имъ стилетъ въ спинной мозгъ и, раздражая этотъ послѣдній такимъ грубымъ механическимъ образомъ, вызывалъ эрекцію, возникавшую очевидно вслѣдствіе непосредственнаго раздраженія упомянутаго тормозящаго центра.

Если эти данныя, добытыя экспериментально надъ животными, примѣнить къ человѣку, то становятся понятными упомянутыя растройства половыхъ функцій у описанныхъ нами діабетиковъ.

Увеличеніе объема penis у первыхъ импотентовъ съ разстроенной чувствительностью половыхъ аппаратовъ, болѣзненными N. pudendus при давленіи и мѣстными невралгическими болями въ половомъ аппаратѣ можно было бы объяснить пораженіемъ тонизирующихъ нервныхъ волоконъ, заложенныхъ въ N. pudendus, которыя, какъ показали изслѣдованія подъ микроскопомъ, а также болѣзненность при давленіи на этотъ нервъ, должны были быть повреждены. Вслѣдствіе пораженія этихъ волоконъ сосуды пещеристыхъ тѣлъ оказывались въ завѣдываніи лишь упомянутыхъ мѣстныхъ вазомоторныхъ ганглій, и эти послѣдніе, какъ и въ опытахъ Hausman'a, Eckhard'a, Günter'a и Никольскаго, лишась тонизирующаго вліянія, текущаго по N. pudendus, и не будучи въ силахъ болѣе удерживать сосуды penis въ наиболѣе сокращенномъ состояніи, уступая напору кровяного давленія, слегка раскрыли просвѣтъ сосудистыхъ полостей пещеристыхъ

тѣлъ, вслѣдствіе чего penis оказался въ полуналитомъ состояніи, какъ въ начальныхъ стадіяхъ эрекции.

Это состояніе penis могло-бы перейти въ полную эрекцію (при соотвѣтствующей обстановкѣ), если-бы сосудистые ганглии подчинялись угнетающему вліянію *N. N. erigentes*; во всякомъ случаѣ начальные стадіи ея были уже налицо. Но т. к. эрекция не появлялась (несмотря на то, что членъ находился въ полуналитомъ состояніи), то мы въ правѣ заключить отсюда, что полной эрекции мѣшало отсутствіе угнетающихъ импульсовъ, а слѣдовательно у разбираемой категоріи импотентовъ табетиковъ съ увеличеннымъ противъ нормы penis поражены были не только тонизирующія волокна, заложенные въ *N. pudendus*, но также и проводники тормозящихъ вліяній, т. е. *N. N. erigentes*.

Конечно, тѣ же явленія при импотенціи должны были бы наступить и при пораженіи тонизирующихъ и тормозящихъ центровъ, заложенныхъ въ спинномъ мозгу, но о состояніи ихъ въ данномъ случаѣ намъ рѣшительно ничего неизвѣстно; напротивъ, изслѣдованіе подъ микроскопомъ въ трехъ случаяхъ діабетика открыло паренхиматозныя перерожденія проводниковъ, а именно *N. pudendus* и др. болѣе мелкихъ нервовъ, подходящихъ къ наружнымъ половымъ аппаратамъ, и которые можно считать за вѣтки *N. N. erigentes*. И это совершенно достаточно для клиническаго толкованія разбираемыхъ симптомовъ. Допуская пораженіе этихъ угнетающихъ или тормозящихъ волоконъ, становится понятной импотенція при налитомъ состояніи penis; очевидно вазомоторные сосудистые ганглии, освободившись отъ тормозящаго вліянія, исходящаго изъ центровъ спинного мозга, не расслабляютъ достаточно сосудистыя полости пещеристыхъ тѣлъ до степени, обуславливающей полную эрекцію, а въ то же время, будучи лишены вспомогательныхъ тонизирующихъ импульсовъ, текущихъ къ нимъ по *N. pudendus*, они не въ силахъ держать сосуды пещеристыхъ тѣлъ въ совершенно закрытомъ состояніи.

Что касается другихъ фазъ потенціи разсматриваемыхъ здѣсь случаевъ, то импотенція у діабетика со сморщеннымъ penis, не имѣвшего никакихъ болей и парестезій въ половыхъ органахъ, у котораго чувствительность оказалась нормальной,—объяснялась бы или пораженіемъ однихъ угнетающихъ центровъ въ спинномъ мозгу, или ихъ проводниковъ, т. е. *Nervi erigentes*. Напротивъ, функція мѣстныхъ сосудистыхъ ганглій и тонизирующихъ волоконъ, идущихъ къ нимъ въ смѣшанномъ *N. pudendus*, осталась безъ измѣненія; благодаря этому, вазомоторные гангліи пещеристыхъ тѣлъ, подкрѣпляемые постоянными тонизирующими импульсами, держатъ сосуды penis плотно сжатыми, и penis не имѣетъ возможности набухать. Въ пользу нормального состоянія *N. pudendi* у подобныхъ діабетиковъ говоритъ именно нормальное состояніе чувствительности половыхъ аппаратовъ и отсутствіе въ нихъ болей и парестезій.

Два діабетика изъ амбулаторіи Покровскаго монастыря, у которыхъ размѣры penis въ покойномъ состояніи, его тонусъ и способность функціонировать нормальны, сохранили тормозящіе центры и ихъ проводники точно также въ цѣлости.

Въ прогностическомъ отношеніи благопріятны повидимому тѣ случаи, гдѣ пораженіе, хотя-бы и органическое, ограничивалось исключительно периферическими вѣтвями. Регенерація нервныхъ волоконъ въ периферическихъ нервахъ, возможная теоретически и доказанная гистологически, позволяетъ во всякомъ случаѣ надѣяться на возстановленіе перерожденныхъ какъ тонизирующихъ, такъ и тормозящихъ волоконъ, а вмѣстѣ съ этимъ на появленіе утраченной половой функціи.

ЗАКЛЮЧЕНІЕ.

I. Незвѣстные агенты, плавающие въ крови при діабетѣ, поражаютъ нервную систему безъ опредѣленнаго выбора и предпочтенія къ тѣмъ или другимъ отдѣламъ ея, обособлен-

нымъ функціонально, анатомически и эмбріологически, вслѣдствіе чего найденныя до сихъ поръ пораженія нервной системы при діабетѣ не имѣютъ рѣзко выраженнаго, опредѣленнаго клиническаго или чистаго патологоанатомическаго типа. Въ большинствѣ случаевъ попытки опредѣлить находимое при діабетѣ заболѣваніе нервной системы тѣмъ или другимъ, извѣстнымъ въ клинической номенклатурѣ невропатологіи, названіемъ совершается съ большими натяжками.

II. Пораженіе нервной системы при діабетѣ ограничивается ея паренхиматозными частями. Быть можетъ страдаютъ предпочтительно длинные нейроны, и т. к. они почти исключительно составляютъ конечные отдѣлы периферическихъ нервовъ, то дистальныя части этихъ послѣднихъ кажутся наиболѣе пораженными; средніе же и центральные отдѣлы тѣхъ же самыхъ нервныхъ стволовъ, состоящіе въ главной своей части изъ короткихъ нейроновъ, кажутся менѣе пораженными.

III. Импотенція при діабетѣ, кромѣ функціональной, можетъ быть еще и органической. Эта послѣдняя можетъ зависѣть или отъ пораженія периферическихъ нервовъ, направляющихся къ половымъ аппаратамъ, или отъ заболѣванія спинномозговыхъ центровъ, управляющихъ этими нервами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ причина импотенціи лежитъ вѣроятно въ перерожденіи проводниковъ, тонизирующихъ сосудистые ганглии, объемъ полового члена, неспособнаго къ эрекціи, не только не уменьшенъ, но можетъ быть даже увеличенъ, и самый органъ находится въ состояніи значительнаго налитія кровью. Напротивъ, въ другомъ рядѣ случаевъ, гдѣ перерождены тормозящія волокна, объемъ обезсиленнаго и не функціонирующаго члена меньше нормы.

Л и т е р а т у р а.

- 1) Анфимовъ. О Невритахъ... Труды Харьковского медицинскаго общества. 1898.
- 2) Auché. Des altérations des nerfs... Arch. de méd. experiment. 1890.
- 3) Auerbach. Ueber das Verhalten... des Diabetes.. Deutsch. Arch. f. Klin. Medicin. 1887. Bd. 41.
- 4) Althaus. Neuritis of of the circumplex Nervi in diabet. Lancet. 1890.
- 5 а) Ballet. Progrès medic. 1897. p. 70.
- 5 б) Bonardi. Sclérose diffuse de la moelle dans un cas de diabete. Revue neurolog. 1897. p. 694.
- 6) Bernard-Féré. Des troubles nerveux observés chez les diabétiques. Arch. de neurologie. 1883. IV.
- 7) Bruns. Ueber neuritische Lähmungen bei Diabetes. Berlin. Klin. Wochenschr. 1890. № 23.
- 8) Berger. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1882.
- 9) Bouchard. а) Maladies de rallentissement de nutrition. 1882. б) Congrès de Blois. 1884. в) Sur la perte du reflexe rotulienne. Rev. médicale. 1886.
- 10) Bond. Mendel's Jahresbericht über Neurologie. 1898.
- 11) Barth. Union. méd. 1883.
- 12) Blocq. Tabes et diabetes. Revue neurologique. 1894.
- 13) Bernhardt. Berl. Klin. Woch. 1892.
- 14) Buch et Vanderlinden. Notes sur un cas du mal perforant. Belgique médicale. 1897.
- 15) Bouzzard. Britisch. med. Journal. 1890.
- 16) Babinski. Nevrites. Traité de médecine. Vol. V.
- 17 а) Boedeker. Mendel's Jahresbericht 1897. S. 224.
- 17 б) Binswanger. Arch. f. Psychiat. XXIX. S. 987.
- 18 а) Brauer. Der Einfluss des Quecksilbers auf das Nervensystem des Kaninrchens. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. XII.
- 18 б) Cornillon. Revue de Méd. 1884.
- 18 в) Covazzani. Sympaticus Veränderungen bei Diabetes. Centrbl. f. allgemeine Pathologie. 1893.
- 19) Christi-Baili. Notes sur quelques points de diabète. Thèse de Paris. 1873.
- 20 а) Charcot. Sur un cas de paraplegie diabétique. Arch. de Neurol. 1890. Vol. 19. № 57.
- 20 б) Charpantier. Annales med. psychol. 1888. Vol. VII. P. 436. 1890 Vol. 12. p. 230.
- 21) Charrin et Guignard. Arch. générales de médecine. 1882.
- 22) Corneille. L'aphasie dans la diabète. Gazette hebdomadaire. 1898.
- 23) Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. 1884.
- 24) Dickinson. Medic. chirurg. Vol. LIII. 1870. p. 223.

- 25) Déjérine *a*) De l'atrophie musculaire des tabétiques. Soc. de Biol. 1888. II. 25. *b*) Paralyse au cours de tabes. *Мédec. moderne*. 1890. № 13.
- c*) Déjérine. Mendel's Jahresber. über Psych. u. Neurolog. 1897.
- 26) Déjérine et Thomas. Comptes rendus de la société de Biologie. Séans 1-er Mai. 1897. «Sur l'absence d'altération des cellules nerveuses dans un cas de paralysie alcoolique».
- 27) Drasche. Wiener med. Wochenschr. 1882.
- 28) Drouineau. Observation d'un cas d'hémiplégie diabétique. Gazette des hôpitaux. 1897.
- 29) Distrail. Journal de Bruxelles. Vol. 61. p. 422.
- 30 *a*) Dotlo. Цитировано по Brauer'y. p. 54.
- 30 *b*) Dutil. Neurolog. Centrblt. 1897. s. 915.
- 31) Eichhorst. Neuritis diabetica und ihre Beziehungen zum fehlendem Patellarsehnenreflexen. Virch. Arch. 1892. Bd. 127.
- 32) Eisenlohr *a*). Ueber progressive atrophische Lähmung. Neur. Centr. 1884. № 7. *b*) Centrblt. für. Nervenheilk. 1879. № 5. *c*) D. med. Wochenschr. 1884. s. 554.
- 33) Erb. *a*) Neurolog. Centralbl. 1888 *b*). Bemerkungen über gewisse Formen der neuritisch. Atrophie. Neurol. Centr. 1883. N. 23.
- 34) Eckhard. Beiträge zur Physiologie und Anatomie. Giesen. Bd. III. 125. Bd. IV. 70. Bd. VII. 70.
- 35 *a*) Gregoire. De la paralysie faciale chez les diabetiques. F. de P. 1883.
- 35 *b*) Günter. Untersuchungen und Erföhrungen aus dem Gebiete der Anatomie. Hannover. 1837.
- 36) Grube. *a*) Tabes dorsalis oder Diabetes mellitus. Neurolog. Centralbl. 1895. *b*) Ueber des Verhalten der Sehnenreflexe bei diabef. mellitus. Neurol. Centr. 1893.
- 37) Guignon et Souques. Association du tabes avec le diabète. Arch. de Neurol. 1896. Vol. XXII.
- 38) Goldscheider. *a*) Berliner. Kl. Wochenschr. 1894. 19. *b*) Zeitsch. f. Klin. Medic. 1891.
- 39) Goldscheider und Flatau. Forscritte der Medicin. 1897.
- 40) Goltz. Ueber die Functionen des Lendenmarkes des Hundes. Pflüger's Arch. Bd. VIII. 1874.
- 41) Hensay. Untersuchungen des Centralnervensystems bei Diabetes mellitus. Dissertation. Strassburg. 1897.
- 42) Holstein. La paralysie générale d'originé diabétique. Semaine méd. 1897.
- 43) Hösslin. Ueber diabetische Neuralgien. Münch. med. Wochensch. 1886. 14.
- 45 *a*) Hausmann—Citirt nach Spina.
- 45 *b*) Féré-Bernard. Arch. der Neurol. IV. 1882. S. 353.
- 46 *a*) Faser and Bruce. A case of multiple diabetic neuritis with pathological specimens, Brit. med. Journ. 1895.

- 46 б) Fassy.—Thèse de Bordeaux. 1887.
47) Florain. Gazette méd. de Paris. 1885.
48) Fütterer. Glicohen in den Capillaren der Grosshirnrinde bei diabetes mellitus. Centr. f. med. Wissensch. 1888.
49 а) Flatau а) Fortschritte der Medicin. 1897. № 8. б) Deutsche Medic. Wochenschr. 1897. № 19.
49 б) Fischer. Ueber die Beziehungen zwischen Tabes und Diabetes mellitus. Centr. f. Nervenheilkunde. 1886.
49 в) Frerichs. Ueber Diabetes. 1884. S. 212.
50 а) Joffroy. Arch. de physiol. 1879. p. 172.
50 а) Jakoby. Neurolog. Centr. bl. 1896. II. 15.
51) Juliusburger. а) Archiv. für Psych. XXXII, s. 284 б). Mendel's Jahresbericht für Psychiatrie. 1898.
52) Kalmus. Zeitschrift für Klinische. Medic. Bd. 30.
53 а) Külz. Beitrag zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Marburg. 1874.
53 б) Лянтваревъ. Врачъ. 1899.
54) Leichtentritt. Ein Beitrag zur Erkrankung peripherer Nerven.... bei Diabetes. Dissertation. Berlin. 1893.
55) Lecorché. Troubles nerveux dans la diabète chez les femmes. Arch. de Neurol. 1883. IV.
56 а) Leval-Piquesscheff. Des Pseudotabes. Thèse de Paris. 1885.
56 б) Legrand-du-Sault. Gazette des Hopitaux. 1884. № 21.
57) Landenheimer. Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankheit. Arch. f. Psych. Bd. 29.
58) Leyden. а) Klinik der Rückenkrankheiten II. Theil. s. 331. б) Ueber die Betheiligung der Muskel-Nerven-Apparate bei Tabes. D. Zeit. f. pract. Medic. 1877. в) Wiener Med. Wochsch. 1893. д) Entzündung. der Nerven. Berlin. 1881.
59) Landouzy. Lecons cliniques de Charité. 1882.
60) Lepine et Blanc. Hemiplegie diabetique. Revue de Medec. 1896.
61) Loven. Arbeiten aus physiologischen Laboratorium zu Leipzig. 1866. S. 20 и слѣдующія.
62) Müller. Beiträge z. pathologischen Anatomie und Physiologie des Rückenmarkes. Leipzig. 1871.
63) Marie et Guignon. Sur la perte du reflex. rotul. dans la diabete. Rev. de Med. 1886.
64) Maréchal de Calvi. Recherches sur les accidents diabetiques. P. 1864.
65) Marie. Considerations sur la diabète sucré. Thèse de P. 1881.
66) Marinesco. а) Société de Biologie. 1896. б) Revue neurologique. 1896. № 5. 15. в) Revue neurol. 1896. p. 54. д) Société de Biologie 1895. Octobre. е) Presse médicale. 1897. p. 41.
67) Maschka. Ein Beitrag z. Symptomatologie des Diabetes. W. m. Presse. 1885.
68 а) Minich. Deutsche klin. f. innere Medecin. 1892—1893,

- 68 б) Маньковский. Врачъ. 1898.
- 69) Naunin. Diabetes mellitus. Nothnagel's Sammlung. VII. 6.
- 70) Nonne. а) Festschrift zur Erröfnung neues Krankenhauses in Hamburg. 1899. Einige Befunde bei Mangel der Patellarreflexe. б) Ueber Polyomyelitis anterior chronica.... Berlin. K. Wochensch. 1896. д) Arch. f. Psychiatr. 1888. е) D. Zeitsch. f. Nervenheil. 1899.
- 71) Nikolsky. Ein Beitrag z. Physiologie der N. erigentes. Dubois-Raymond's Ar. 1879
- 72) Nivière. De la perte du reflexe retulien dans le diabète. Thèse de P. 1886.
- 73) Oppenheim. а) Arch. f. Psych. XIX. б) Beiträge zur Pathologie der Multiplex Neuritis. Zeitsch. f. kl. Med. XI.
- 74) Pryce. а) The Lancet. 1888. II. 59. б) Brit. medic. Journal. 1888. Peripherd Neurit. в) Brain. 1893. On diabetic nenritis with a clinical description. д) Brit. med. Journal. 1889.
- 75) Pitres et Vaillard. Revue de med. 1886.
- 76) Popoff. Virchow Archiv. 1893. Bd. 93. S. 351. Ueber Veränderungen in Rückenmark nach Vergiftung mit Arsen.
- 77 а) Russel. Lancet. 1898. VIII.
- 77 б) Rosenstein. Ueber das Verhalten des Kniefenomens bei Diabetes mellitus. Berl. kl. Woch. 1885. № 8.
- 78) Redlich. Wien. Med. Wochensch. 1892. № 37—40. Ueber eine Fall von diabetischer Aphasie.
- 79) Raven. Brit. med. Journ. 1887.
- 80) Raymond et Oulmont. Douleurs fulgurantes dans le diabète. Gaz. med de Paris. 1881.
- 81) Raymond. Maladies du système nerveux. II. P. 1897.
- 82) Raymond et Artand. Arch. de Physiologie. 1884.
- 83 а) Remack und Platau. Neuritis multiplex. In Nothnagel's Sammlung.
- 83 б) Schüle. Sectionsergebnisse. 1874. s. 710.
- 84) Strümpel. а) Neurol. Centrl 1884. II. б) Multiplex Neuritis und Ataxie... ibidem. 1889. № 21. в) Arch. f. Psychiatrie. 1885. Bd. XIV.
- 85 а) Souques et Marinesco. Lésions de la moelle épinière dans un cas de diabete. Rev. de Med. 1897.
- 85 б) Sandmeyer. Beitrag z. Pathologie und Anatomie des Diabetes. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 1892. Bd. 50. s. 381.
- 86) Steinthal. Ein seltener Ausgang von Diabetes mellitus. Deutsche Klinik. 1858. s. 160.
- 87) Sekeyan. Contribution à l'étude du diabète levulosorique. Th. de P. 1898.
- 88) Spina. Experimentälle Beiträge z. Lehre von der Erection und Ejaculation. W. med. Blätter. 1897.
- 89) Segalas. Untersuchungen z. Physiologie und Pathologie. Frideich. und Nasse. 1835
- 90 а) Sommer. Diagnostik der Geiteskrankheiten 1894. s. 18.

90 б) Worms. а) Des neuralgies symétriques dans le diabète. Acad. de Med. 1880. б) Gaz. hebdomad. de Med. et Chirirg. 1880.

91) Williamson. а) On the Knee Ferks. Med. Chronicl. 1893. б) Changes in the posterior columns of the spinal cord in diabet mellit. Brit. med. Journal. 1894.

92) Vergely. Gazette hebdomadaire. 1893. 40.

93) Цвѣтаевъ. Патолого-анатомическія измѣненія нервной системы у собаки при отравленіи мышьякомъ. Неврологич. Вѣстникъ. Томъ 6. 1898 № 2-й.

94) Tirelli. Sur l'anatomie pathologique des éléments nerveux. Arch. italienne de biologie. 1896.

95) Ziemsen. Neuralgia und Neuritis bei Diabet. Mellit. Aertzlich. Intelligentblatt. 1885 № 44.



Судебно-психіатрическій случай ¹⁾.

(Убіійство, совершенное эпилептикомъ).

И. И. Наумова.

Судебно-психіатрическая практика показываетъ, что масса преступленій совершается лицами, страдающими эпилепсіей. „Нѣтъ ничего удивительнаго, говоритъ проф. Ковалевскій, что во многихъ случаяхъ преступленій эпилептиковъ возникаютъ недоразумѣнія и несогласія какъ между экспертами (медиками) и судомъ, такъ и между судьями“.

Съ судебно-медицинской точки зрѣнія, по мнѣнію проф. Ковалевскаго, можно дѣлить всѣ случаи эпилепсіи на три отдѣла: 1) случаи эпилепсіи, когда умственные способности больного въ промежуткѣ между припадками эпилепсіи совершенно не тронуты и не пострадали; 2) случаи эпилепсіи, когда приступы эпилепсіи сопровождаются временными буйствами, т. е. временнымъ пораженіемъ умственныхъ способностей и 3) случаи эпилепсіи, когда въ промежуткахъ приступовъ эпилепсіи больной обнаруживаетъ переходъ въ эпилептическое слабоуміе. Соотвѣтственно этимъ тремъ группамъ различаютъ и три степени вмѣняемости: для первой группы—полную вмѣняемость, для второй—не полную и для третьей—полную невмѣняемость ²⁾.

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи 0-ва невропатологовъ и психіатровъ въ Казани 26 сентября 1900 года.

²⁾ Ковалевскій. Эпилепсія, ея леченіе и судебно-психіатрическое значеніе. Стр. 228.

„Что касается самого приступа эпилепсіи, то едва-ли даже можетъ быть рѣчь о вмѣняемости преступника въ этотъ моментъ. Больной теряетъ сознание, слѣдовательно всѣ поступки его въ этотъ моментъ вполнѣ безсознательны, болѣзненны, а потому и невмѣняемы“ ¹⁾.

Дѣло труднѣе представляется при рѣшеніи вопроса о предъ-эпилептическомъ состояніи и послѣ-эпилептическомъ состояніи.

„Объ этомъ состояніи можно сказать, что оно можетъ быть невмѣняемо и вмѣняемо, но вмѣняемость должна быть условная и находится въ зависимости отъ мнѣнія экспертовъ, или точнѣе отъ доказательности и убѣдительности экспертизы“ ²⁾.

Приходя къ окончательному слову, проф. Ковалевскій считаетъ себя въ правѣ сдѣлать такіе выводы:

Въ различные моменты жизни эпилептиковъ вмѣняемость преступленій ихъ можетъ быть тройкая: вмѣняемость полная, вмѣняемость условная или смягченная и полная невмѣняемость.

Полная вмѣняемость бываетъ въ свѣтлые промежутки, когда умственная и нравственная стороны жизни эпилептика остались нисколько не тронутыми и непораженными; условная или уменьшенная вмѣняемость относится къ тѣмъ случаямъ, когда на здоровые выводы неповрежденнаго разсудка эпилептика вліяли болѣзненные проявленія страсти или органовъ чувствъ; и, наконецъ, полная невмѣняемость относится ко всѣмъ тѣмъ случаямъ, когда умственные и нравственные способности потерпѣли значительный ущербъ отъ эпилептическихъ припадковъ; сюда относятся: самые припадки эпилепсіи, отчасти до-и послѣ-эпилептическое состояніе, состояніе эпилептического слабоумія и отчасти промежуточный періодъ перехода отъ здраваго ума къ слабоумію и приступъ

¹⁾ Тамъ же, стр. 229—230.

²⁾ Тамъ же, стр. 233.

психической эпилепсії. Во всѣхъ вышеуказанныхъ случаяхъ требуется научная экспертиза.

„Вопросъ о способности ко вмѣненію эпилептиковъ, говорить Крафтъ-Эбингъ ¹⁾, допускаетъ только конкретное рѣшеніе его по отношенію къ каждому данному случаю въ отдѣльности.

Тотъ фактъ, что нѣкоторые эпилептики остаются всю свою жизнь пощаженными отъ психическихъ разстройствъ, не позволяетъ признавать эпилепсію безусловнымъ основаніемъ для ненаказуемости преступныхъ дѣяній, совершаемыхъ больными ею. Однако же, статистика доказываетъ, что подобные случаи психической неповрежденности въ концѣ концовъ слѣдуетъ считать исключеніями изъ общаго правила, потому что у огромнаго большинства эпилептиковъ наблюдаютъ,—временно, или постоянно,—различныя психическія разстройства; этимъ статистическимъ доказательствомъ вполне оправдывается логическое требованіе, чтобы всякій разъ, когда подсудимымъ является эпилептикъ, судомъ возбуждался вопросъ о способности ко вмѣненію такого подсудимаго.

Тогда какъ невмѣняемость эпилептиковъ съ рѣзко выраженными признаками психическаго вырожденія не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, встрѣчаются, напротивъ того, величайшія затрудненія при обсужденіи тѣхъ случаевъ, когда изслѣдуемый эпилептикъ, повидимому, оказывается душевно-здоровымъ, по крайней мѣрѣ—во время судебно-медицинскаго наблюденія за нимъ, а между тѣмъ нѣкоторыя обстоятельства совершеннаго имъ преступнаго дѣянія (безцѣльность, жестокость, смутное воспоминаніе о содѣянномъ) невольно заставляютъ усомниться въ его психическомъ здоровьи. Эпилепсія, конечно, сама по себѣ не служитъ основаніемъ для уничтоженія способности ко вмѣненію, но при мимолетности и ча-

¹⁾ Судебная психопатологія, стр. 287—288.

стомъ появленіи при ней психопатическихъ состояній, при всегда существующей здѣсь возможности, что наказуемое дѣяніе находилось въ тѣсной связи съ незамѣченнымъ эпилептическимъ приступомъ (можетъ быть обморочнымъ или почнымъ!), или было совершено во время перехода сознанія изъ эпилептическаго омраченія его въ ясное состояніе—судья всегда имѣетъ полное основаніе быть въ высшей степени осторожнымъ при обсужденіи подобныхъ случаевъ и снисходительнымъ при опредѣленіи степени виновности несомнѣнныхъ эпилептиковъ.

Немало судебныхъ ошибокъ, повлекшихъ за собою даже смертную казнь, было сдѣлано, благодаря только тому, что на судѣ не было обращено надлежащаго вниманія на эпилепсію. Вспомнимъ также, сколько эпилептиковъ встрѣчается между людьми, отбывающими наказанія въ тюрьмахъ и другихъ карательныхъ учрежденіяхъ.

Основное положеніе Закхаса, что преступныя дѣянія эпилептиковъ, совершаемыя въ теченіи 3 дней, предшествующихъ падучему припадку и слѣдующихъ за нимъ, должны остаться ненаказуемыми,—проникнуто добрымъ намѣреніемъ, но непрактично. И здѣсь нельзя установить никакого общаго правила. Одинъ эпилептикъ приходитъ въ полное сознаніе послѣ приступа уже черезъ полчаса, а другой—только черезъ нѣсколько дней. Но, конечно, важное значеніе для суда долженъ бы былъ имѣть другой принципъ, а именно тотъ, что эпилепсія, разъ она доказана, уже сама по себѣ служитъ основаніемъ для смягченія наказанія, и старинное юридическое положеніе „in dubio pro reo“ должно бы находить здѣсь свое полное примѣненіе. Благодѣяніе смягчающихъ вину обстоятельствъ, признаваемыхъ прогрессивными законодательствами нашего времени, сказывается въ особенности въ этихъ случаяхъ, гдѣ врачебная наука часто является во всеоружіи своихъ техническихъ доказательствъ, указывая на громадное значеніе психоза, овладѣвающей всею нервною системою, но сплошь и рядомъ бываетъ не въ состояніи входить въ даль-

нѣйшее, желательное для всѣхъ, разъясненіе подробностей даннаго случая“.

Разсматриваемый нами случай представляетъ особенный интересъ въ томъ отношеніи, что испытуемой И., свершившей преступленіе, до поступленія въ Казанскую Окружную Лечебницу, гдѣ мнѣ его пришлось наблюдать, находился болѣе мѣсяца въ Челябинской тюремной больницѣ, гдѣ, какъ это видно изъ исторіи болѣзни, былъ подвергнутъ д-ромъ Ю. самому тщательному и всестороннему наблюденію и изслѣдованію какъ съ физической, такъ и съ психической стороны, и тѣмъ не менѣе на основаніи своихъ наблюденій д-ръ Ю. категорическаго заключенія о существованіи эпилепсіи у И. не далъ. Мотивированное мнѣніе д-ра Ю. я считаю здѣсь вполне уместнымъ привести цѣликомъ. „Разсматривая настоящую исторію наблюденій надъ состояніемъ умственныхъ способностей И., говоритъ д-ръ Ю., въ ней нельзя найти ясныхъ указаній къ признанію у него какой-либо психической болѣзни. Выраженныхъ припадковъ временной потери сознанія, а тѣмъ болѣе характернаго эпилептическаго приступа, также не констатировано. Всѣ распросы, увѣренія И. о его болѣзни, подтвержденные и его родителями, показанія заключенныхъ о болѣзненныхъ припадкахъ, бывшихъ въ тюремномъ замкѣ и больницѣ, безъ констатированія болѣзни объективнымъ наблюденіемъ для опредѣленія состоянія умственныхъ способностей И. значенія не имѣютъ. Напротивъ, множество разказовъ И. о его высокихъ дарованіяхъ, о значеніи, которое онъ имѣлъ въ своемъ обществѣ, многія дѣйствія его, какъ напр. неправильное и грубое поведеніе, особенно въ послѣдніе дни наблюденій за нимъ, зарываніе въ солому, своевольное поведеніе, прекратившіяся съ переводомъ въ тюремный замокъ, гдѣ присмотръ строже, носятъ попытки симуляціи.

Изъ объективныхъ явленій были констатированы временное дрожаніе тѣла или одиночные судороги той или другой мышцы, одновременное странное выраженіе лица, временная малоподвижность его, измѣненіе механизма рѣчи, носовое бро-

вотеченіе и послѣдовательная наклонность ко сну. На основаніи чего должно заключить, что И. можетъ быть одержимъ эпилептическими припадками съ временной потерей сознанія со времени нанесенія ушибовъ головы при паденіи съ высоты“.

Относительно мнѣнія д-ра Ю. я скажу ниже, а теперь приведу данныя слѣдствія и результаты своихъ наблюденій и изслѣдованій надъ И. въ Казанской Окружной Лечебницѣ.

Въ ночь на 21 Іюля 1889 года въ четырехъ верстахъ отъ Міасской станицы Челябинскаго уѣзда, по дорогѣ въ село Бродокалмакское, убиты были топоромъ крестьяне Бѣлоярской волости, дер. Боровой Александръ Федотовъ Мухаркинъ и Степанъ Семеновъ Пашнинъ, у которыхъ ограблены были лошади съ телѣгой и бывшія при нихъ деньги въ кошелькахъ около 70 рублей.

Судебно-медицинскимъ вскрытіемъ труповъ констатировано, что смерть Александра Мухаркина и Степана Пашнина послѣдовала отъ раздробленія черепныхъ костей тупымъ орудіемъ. 21 Іюля похищенная у убитыхъ лошадь съ телѣгой найдены были въ 1½ верстахъ отъ поселка Шибанова, завязшія въ болотѣ, такъ-что пришлось вытаскивать ихъ съ помощію людей. По произведеннымъ розыскамъ оказалось, что крестьяне Александръ Мухаркинъ и Степанъ Пашнинъ 18 Іюля отправились изъ своей деревни съ четырьмя возами хлѣба въ городъ Челябинскъ, гдѣ они этотъ хлѣбъ продали и на часть вырученныхъ денегъ закупили соли, которою нагрузили три телѣги, а въ четвертую посадили какого-то рыжеватаго человѣка съ его женой и ребенкомъ, подрядившихъ Мухаркина довести ихъ до села Бродокалмакскаго черезъ деревню Боровую. Ночью съ 20 на 21 Іюля возчики остановились на ночлегъ въ четырехъ верстахъ отъ Міасской станицы, гдѣ и были убиты. Рыжеватый-же человѣкъ, оказавшійся крестьяниномъ села Некрасова Иваномъ И., гдѣ-то скрылся. На него то и пало подозрѣніе въ убійствѣ Мухаркина и Пашнина.

И. имѣлъ намѣреніе на взятой имъ лошади убитыхъ добраться въ свою деревню, но не зная дороги, въ 12 верстахъ отъ Міасской станицы заѣхалъ въ болото, въ которомъ лошадь до того завязла, что онъ долженъ былъ бросить ее. Оставшись безъ лошади, И. съ женою принуждены были

идти пѣшкомъ по неизвѣстной имъ мѣстности и только благодаря встрѣчѣ съ крестьяниномъ Феодоромъ Воронинимъ, которому они назвались изъ села Канева, попали на хороший путь въ с. Попово. Только въ 6 верстахъ отъ села Бродокалмакского И., подрядилъ Егора и Василя Невѣровыхъ довести его до села, при чемъ онъ называлъ себя жителемъ Каменскаго завода. За симъ изъ Бродокалмакского И. подъ названіемъ Камышловскаго жителя безостановочно ѣдетъ по тракту въ городъ Шадринскъ, въ село Нижне-Петропавловское, отсюда сворачиваетъ съ большой дороги по направленію въ Каменскій заводъ, въ д. Букаево и 22 іюля ночью прибываетъ въ Каменскій заводъ, гдѣ, накупивъ для жены разныхъ вещей: сахару, пару мужского платья, шаль, дипломатъ, ситцу и платковъ, отправляется на другой день въ село Некрасово, гдѣ онъ и былъ задержанъ (л. д. 14—92). Будучи привлеченъ къ слѣдствію въ качествѣ обвиняемаго, Иванъ И., не признавая себя виновнымъ, объяснилъ приставу 3 стана Камышловскаго уѣзда, что онъ въ г. Челябинскѣ подрядилъ 2-хъ неизвѣстныхъ ему лицъ, ѣхавшихъ въ Бродокалматскъ за покупками. По приѣздѣ на базарной площади выдалъ имъ деньги.

Судебному же слѣдователю 2 участка Челябинскаго уѣзда Оренбургской губерніи показалъ, что 20 іюля онъ нанялъ въ городѣ Челябинскѣ ѣхавшихъ съ солью въ дер. Боровую Александра Мухаркина и Степана Пашнина отвезти его въ село Бродокалматское. На ночлегъ они остановились въ томъ мѣстѣ, гдѣ найдены были убитые. Съ ними былъ еще вышедшій изъ арестанскихъ ротъ Петръ Соколовъ. Ночью онъ И. проснулся отъ крика и увидѣлъ, что Соколовъ убилъ Мухаркина и Пашнина и самъ бѣжалъ. Испугавшись, онъ И. запрягъ лошадь и уѣхалъ на ней, боясь, чтобы на него не пало подозрѣніе въ убійствѣ. Но, не доѣзжая поселка Шибанова, по незнанію дороги заѣхалъ въ болото и не могъ оттуда выѣхать. Затѣмъ онъ 22 іюля добрался до своего села Некрасова, гдѣ онъ былъ арестованъ. Кто ограбилъ деньги у потерпѣвшихъ—ему неизвѣстно (лис. д. 95).

Допрошенная въ качествѣ обвиняемой Палагея И. заявила, что Мухаркинъ и Пашнинъ были убиты ею мужемъ Иваномъ И., когда она спала. Совершивъ убійство, ее мужъ разбудилъ ее и велѣлъ собираться въ дорогу. Мужъ ее похитилъ у убитыхъ бывшія у нихъ деньги въ кошелькахъ, но сколько

тамъ было денегъ, не говорилъ. Соколова на ночлегъ не было. Сама она участія въ убійствѣ не принимала, не доносила-же она о сдѣланномъ преступленіи изъ любви къ мужу (лист. д. 114 и 130).

Петръ Соколовъ показалъ, что дѣйствительно встрѣтилъ на дорогѣ Мухаркина и Пашнина, ѣхавшихъ съ солью, но, не доѣзжая пяти верстъ отъ станицы Міясской, отсталъ отъ нихъ и ночевалъ въ станицѣ. Объ убійствѣ ему ничего не извѣстно (лист. д. 133 и 152).

На вторичномъ допросѣ Иванъ И. чистосердечно сознался, что онъ убилъ крестьянъ Мухаркина и Пашнина на ночлегѣ около Міясской станицы и объяснилъ, что когда одинъ изъ возчиковъ уснулъ, а другой сидѣлъ съ нимъ у костра, то онъ И., ударомъ топора лишилъ его жизни, а потомъ тѣмъ-же топоромъ онъ убилъ и другого спавшаго крестьянина.

Въ это время жена его спала и не видѣла обстоятельствъ совершенія убійства. По совершеніи убійства онъ разбудилъ жену, запрягъ лошадь и уѣхалъ на ней, но засѣлъ въ болотѣ.

Соколовъ въ убійствѣ съ нимъ не участвовалъ. Означенное убійство было имъ совершено безъ обдуманнаго намѣренія, а въ состояніи умственного помраченія. Онъ страдаетъ эпилептическими припадками и у него бываютъ частыя головокруженія съ того момента, какъ онъ упалъ съ водокачки во время службы на Екатеринбургско-тюменской желѣзной дорогѣ (163 и 279).

Свидѣтели Татьяна, Катерина и Василій Григорьевы показали, что Мухаркинъ и Пашнинъ купили у нихъ соли 80 пудовъ на 30 рублей (лист. д. 156); при этомъ Катерина добавила, что у Мухаркина и Пашнина осталосы еще много денегъ.

Устинья Пашнина объяснила, что мужъ ея продалъ 47 пудовъ пшеницы, за которую, какъ она узнала, выручилъ 49 руб. (лист. д. 165).

Для выясненія вопроса о томъ, страдаетъ-ли И. какими-либо припадками, былъ произведенъ большой повальный обыскъ (л. 286—290) и допрошены свидѣтели: Козьма Исаковъ, Егоръ Исаковъ и Платонъ Лазуновъ (д. 253 и 254), а также тюремные надзиратели: Ефимъ Корневъ, Григорій Ружненко и Михаилъ Гавриловъ (лис. д. 303 и 307) и смотритель тюрьмы Григорій

Половниковъ (лист. д. 306). При этомъ повально обысканные, а также и остальные свидѣтели единогласно заявили объ И., какъ о человѣкѣ выдающемся изъ среды своимъ умомъ; нѣкоторые изъ односельчанъ показали, что И., будучи замѣшанъ въ кражѣ и поджогѣ сѣна, не считался въ селѣ за человѣка хорошаго поведенія. Допрошенные по ссылкѣ обвиняемаго Яковъ Язовъ и Никифоровъ подтвердили, что Иванъ И. дѣйствительно упалъ на песокъ съ лѣсовъ строившейся водоканки, высотой не менѣе сажени, но сейчасъ же всталъ и продолжалъ работать, но ни тогда, ни послѣ того не жаловался на боль въ головѣ (лис. д. 296 и 297); только *отецъ обвиняемаго Яковъ И., мать Аксинья И., жена Пелагея И. и Яковъ Язовъ подтвердили, что обвиняемый И. страдаетъ припадками, послѣ которыхъ впадаетъ въ продолжительный сонъ* (лист. д. 283, 391, 318 и 321).

По отзыву начальника XI участка Уфимско-Златоустовской желѣзной дороги, И., бывшій тамъ рядовымъ камнетесомъ, считался толковымъ и способнымъ работникомъ, но не пользовался довѣріемъ ни начальства, ни конторы, такъ какъ онъ не рассчитывалъ рабочихъ, а потомъ, работая за поручительство другого, обманулъ его подложною роспискою и неотдачею заимообразно взятыхъ имъ у него денегъ (лист. д. 145—247).

Для испытанія умственныхъ способностей и здоровья И. былъ помѣщенъ въ тюремную больницу, гдѣ пробылъ съ 25 Сентября по 30 Октября 1890 года, какъ видно изъ скорбнаго листа за № 233. Тюремный врачъ, не смотря на пребываніе И. въ больницѣ больше мѣсяца, не пришелъ ни къ какому положительному результату относительно болѣзни испытуемаго, однако заключилъ, что поведеніе И. въ больницѣ носило на себѣ попытки симуляціи (лист. д. 207—248).

При освидѣтельствovanіи И. въ особомъ присутствіи Оренбургскаго губернскаго правленія у И. не найдено никакихъ поврежденій, на которыя онъ ссылается, какъ на причину появленія эпилептическихъ припадковъ, причемъ члены врачебнаго отдѣленія нашли, что изъ дѣла не видно, чтобы И. страдалъ этими припадками до и во время совершенія преступленія. Для разрѣшенія-же вопроса о томъ, насколько И. психически здоровъ въ настоящее время и страдаетъ-ли припадками эпилепсіи, необходимо отправить И. въ одно изъ специальныхъ учреждений этого рода (л. 224—226).

Въ Казанскую Окружную Лечебницу И. поступилъ 18 мая 1891 г., а выписанъ 11 апрѣля 1892 г.

Наблюденіе и изслѣдованіе надъ нимъ показали слѣдующее:

Испытуемый росту 175,5 с., обхватъ груди 92 с., тѣлосложенія крѣпкаго, питаніе довольно удовлетворительное, кожа и видимыя слизистыя оболочки нормально окрашены, подкожный жиръ отложенъ въ умѣренномъ количествѣ, въ строеніи мышечной и костной системъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Въ размѣрахъ черепа уклоненій нѣтъ, по формѣ черепъ суббрахицефалическій. Зрачки умѣренно расширены, на свѣтъ и боль реагируютъ удовлетворительно, твердое небо нѣсколько приподнято, съ валикомъ по срединѣ, зубы построены неправильно, стоятъ косо одинъ къ другому, языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ, при высовываніи дрожитъ. Въ органахъ груди и живота болѣзненныхъ уклоненій не замѣчается; пульсъ 64 въ 1', средняго наполненія. Рефлексы пателлярные, мышечные, кожные и на т. cremaster повышены, кожные безъ особенныхъ измѣненій. Болевая чувствительность значительно понижена и больше на лѣвой половинѣ, чѣмъ на правой. Цвѣтоощущеніе правильно, периферическій слухъ слѣва ослабленъ, костная проводимость понижена на правой половинѣ головы. 10% Acid. mur. назвалъ сладкимъ, 10% растворъ chinini sulfurici—какъ клюква, сахарный сиропъ—кисловатымъ.

Въ первое время по поступленіи въ лечебницу испытуемый давалъ крайне неопредѣленные отвѣты относительно своего состоянія, своего положенія, своей подсудимости, времени года и вообще времени, говоря только, что теперь лѣто и ссылаясь на то, что онъ рѣшительно ничего не помнитъ съ 1889 г. и не знаетъ, гдѣ и какъ онъ провелъ время, не помнитъ будто-бы и о томъ, былъ-ли онъ въ какомъ-нибудь тюремномъ замкѣ и за что. Но уже 29 Мая и особенно позднѣе выяснилось, что понятіе о времени у испытуемаго хорошо сохранено, что онъ подтвердилъ правильною передачею фактовъ, имѣвшихъ мѣсто уже послѣ его ареста. Отноительно убійства крестьянъ Мухаркина и Пашнина И. давалъ также въ разное время неодинаковыя объясненія. Такъ, на другой день по поступленіи въ лечебницу онъ положительно отрицалъ всякое участіе въ фактѣ убійства и высказалъ, что ему совершенно ничего неизвѣстно про убійство вышеназванныхъ крестьянъ и ему никто объ этомъ ничего не говорилъ. Черезъ недѣлю времени И., спрошенный по

дѣлу объ убійствѣ, высказалъ, что онъ отъ кого-то, не знаетъ здѣсь, не знаетъ въ другомъ мѣстѣ, слышалъ, что онъ обвиняется въ убійствѣ ямщиковъ, но самъ онъ объ этомъ фактѣ сообщить ничего не можетъ, такъ какъ не помнитъ, чтобы кого-нибудь убивалъ. И если обвиняютъ его, то, какъ онъ думаетъ, вѣроятно по злобѣ, и должно быть инженеръ Бѣлобородовъ, у котораго онъ служилъ и который не платилъ ему за работу денегъ. Затѣмъ, говоритъ И., Бѣлобородовъ возложилъ на него кладку казенныхъ зданій на желѣзной дорогѣ и за эту кладку также ему ничего не заплатилъ. Далѣе испытуемый будто-бы открылъ на Уралѣ въ большомъ количествѣ мраморъ, на который получили уже большія заказы. Мраморъ этотъ Бѣлобородовъ перевелъ на себя. Вотъ изъ за всего этого у нихъ и были между собой неудовольствія и въ отмѣстку Бѣлобородовъ вѣроятно взвелъ на испытуемаго еще обвиненіе въ убійствѣ.

Наконецъ, спрошенный 6 Іюня относительно убійства въ Іюлѣ 99 г. крестьянъ д. Боровой Мухаркина и Пашнина, испытуемый сначала отозвался полнымъ незнаніемъ дѣла, ссылаясь на то, что съ Іюля 89 г. онъ рѣшительно ничего не помнитъ. Когда-же ему было указано, что такое его заявленіе совершенно несогласно съ обстоятельствами дѣла, что свидѣтельскими показаніями вполне выяснено, что испытуемый совершилъ убійство въ сознаніи, и что наконецъ грубая ложь со стороны испытуемаго можетъ лишь повредить ему, то онъ послѣ долгаго раздумья сначала высказался такъ: „можетъ быть дѣйствительно и я убилъ крестьянъ, я вѣдь не отрицаю этого. Я только не помню факта убійства“. На замѣчаніе, что это неправда и что разъ испытуемый уже вполне чистосердечно сознался судебному слѣдователю 2 уч. Челябинскаго уѣзда въ убійствѣ, онъ отвѣтилъ: „я вполне признаю справедливымъ показаніе судебному слѣдователю“. На вопросъ: т. е. ты, значить, признаешь, что дѣйствительно ты убилъ Мухаркина и Пашнина и помнишь объ этомъ, — отвѣтилъ „да“. Послѣ нѣкоторой паузы испытуемый замѣтилъ: „но что было послѣ убійства, я не помню“. Впослѣдствіи 25 Іюня И. между прочимъ передалъ слѣдующія подробности. Въ то время, какъ онъ съ убитыми имъ крестьянами остановился на ночлегъ, у нихъ (крестьянъ) сначала между собой былъ изъ за разныхъ денежныхъ вопросовъ довольно крупный разговоръ и потомъ зашелъ общій вопросъ относительно религіи, въ которомъ принялъ участіе и испы-

туемый. Сначала разговор шел довольно еще ровно, а потом принялъ очень острый характер особенно потому, что одинъ изъ убитыхъ былъ старовѣръ, а другой убитый и онъ, испытуемый, православные. На вопросъ: при нанесеніи ударовъ топоромъ первому изъ крестьянъ (который, какъ видно изъ дѣла, не спалъ) издавалъ-ли послѣдній крики,—испытуемый отвѣтилъ: „нѣтъ, онъ не кричалъ, а лишь простоналъ“. Настроеніе испытуемаго было рѣзко измѣнчивое. Въ первое время по поступленіи въ Лечебницу И. былъ повидимому болѣе или менѣе равнодушенъ, онъ не интересовался своимъ положеніемъ, не заглядывая въ свое будущее, не обращая вниманія на окружающее, самъ никогда не вступалъ въ разговоръ, а отвѣчалъ лишь тогда, когда его о чемъ-нибудь спрашивали. По временамъ испытуемый былъ грустенъ, плакалъ, жаловался на головную боль и боль въ области сердца, сильную раздражительность и неопредѣленную тоску, доходящую по временамъ до того, что испытуемый въ это время говорилъ: „если-бы кто попалъ подъ руку, убилъ-бы“; просился въ буйное отдѣленіе „изъ боязни, чтобы не надѣлать чего-нибудь въ безпокойномъ отдѣленіи“, жаловался на боль въ сердцѣ, которая, по словамъ испытуемаго, росла какъ давленіе пара въ машинѣ, просилъ для облегченія выпустить кровь изъ сердца, жаловался, что ему изъ сердца бросается что-то въ голову и обуславливаетъ сильныя боли въ головѣ. Бывало и наоборотъ, что иногда незначительный поводъ въ томъ или другомъ направленіи вызывалъ у И. благодушное, веселое, даже „счастливое“ настроеніе. Иногда это случалось повидимому и безъ всякаго повода. Вообще относительно настроенія испытуемаго нужно сказать, что оно отличалось крайнею неустойчивостью: подавленность, капризность, раздражительность, тоска почти то и дѣло смѣнялись хорошимъ, благодушнымъ настроеніемъ, и наоборотъ. Память какъ прошлаго, такъ и недавнихъ событій, за исключеніемъ тѣхъ моментовъ, когда у испытуемаго, по его словамъ, бывали припадки, сохранена. И. помнитъ разныя детали изъ своей прошлой жизни и текуція событія также сохраняются въ его памяти. Сознаніе собственной личности, мѣста, времени, окружающаго и дѣли пребыванія у испытуемаго вполне ясное и правильное. Кругъ представленій, принимая во вниманіе социальное и бытовое его положеніе, вполне достаточенъ. Въ разговорахъ съ окружающими И. нерѣдко проявляетъ даже нѣ-

которую долю остроумія. Его сужденія вполне логичны, а что касается многихъ житейскихъ вопросовъ, то взгляды его здѣсь носятъ вполне правдивый и реальный характеръ, указывающій на практическую опытность подсудимаго. Въ сферѣ представленій бредовыхъ идей и обмановъ чувствъ замѣчено не было. Въ поведеніи испытуемаго нельзя не отмѣтить нѣкоторыя странности. Такъ, при изслѣдованіи 27 Мая колѣнныхъ рефлексовъ замѣчено, что испытуемый иногда прежде удара по колѣну молоточкомъ быстро самъ поднималъ ногу, обнаруживая этимъ какъ бы повышеніе рефлексовъ. Это явленіе было замѣчено неоднократно. Далѣе, въ разговорѣ 4 Іюня испытуемый отрицалъ, чтобы онъ когда нибудь былъ въ Челябинской больницѣ и утверждалъ, что онъ былъ въ Златоустовской больницѣ, гдѣ въ дѣйствительности онъ не былъ. Уличенный въ несправедливости И. послѣ нѣкотораго раздумья признался, что онъ дѣйствительно былъ въ Челябинской тюремной больницѣ. Кромѣ того неоднократно было замѣчено, что при врачѣ испытуемый держитъ себя такъ, что постоянно жалуется на головную боль, неопредѣленные болѣзненные ощущенія въ области сердца, съ трудомъ говорить (какъ бы отъ слабости), безъ врача же онъ бодръ и веселъ, совершенно свободно себя держитъ, ни на какія болѣзненные ощущенія не жалуется, а напротивъ, проводитъ врача, охотно принимается за развлеченія съ другими больными. За время пребыванія въ Лечебницѣ у испытуемаго было *три судорожныхъ припадковъ*. Причемъ первые два начинались съ *трясенія лѣвой ноги, переходящаго на туловище*; затѣмъ наступала *тоническая судорога скелетныхъ мышцъ*, послѣ чего *испытуемый спалъ часа 3*. Передъ припадкомъ, бывшимъ 11 Іюня, И. внезапно пришелъ въ возбужденное состояніе, сильно жестикулировалъ, глаза у него блестя, онъ кого-то ругалъ, высказывалъ, что онъ „никого не боится и что они это зря дѣлаютъ“. *Припадокъ начался и кончился одной тонической судорогой скелетныхъ мышцъ*¹⁾. Продолжительность припадковъ 3—5 минутъ. Сознаніе вполне потеряно.

Кромѣ того у испытуемаго два раза были наблюдаемы *эпилептическіе припадки безъ судорогъ, но съ потерю сознанія*. Такъ, 15 Января И. съ утра

¹⁾ Зрачки были расширены, болевая чувствительность потеряна.

чувствовалъ себя нехорошо, жаловался на головную боль и боль въ области сердца, на тоскливое настроеніе, по временамъ плакалъ, въ окраскѣ лица была частая переменна. Въ 6-мъ часу вечера это состояніе рѣзко измѣнилось. Испытуемый вдругъ заплакалъ навзрыдъ. На вопросъ, что съ нимъ, отвѣтилъ: „ахъ, оставьте меня, оставьте“ и еще сильнѣе зарыдалъ, хватаясь за область сердца и охая и мечась въ постели. Сильное аффективное состояніе продолжалось минутъ 5 со слѣдующими физическими измѣненіями: *эритемой на передней поверхности груди и полной потерей болевой чувствительности на всемъ тѣлѣ*. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа больной успокоился, о своемъ аффективномъ состояніи ничего не помнилъ, на вопросы отвѣчалъ вяло, былъ разбитъ и подавленъ. На слѣдующій день больной очень смутно помнилъ, что съ нимъ было наканунѣ, а многія событія совсѣмъ позабылъ, какъ-то: пилъ-ли чай, обѣдалъ, видѣлъ-ли ординатора и т. д.

13 Февраля былъ у испытуемаго припадокъ, аналогичный съ припадкомъ, бывшимъ 15 Января, но съ нѣкоторыми видоизмѣненіями, а именно: съ утра И. былъ раздражителенъ и требователенъ и очень рѣзко реагировалъ на всякіе отказы. Лицо было красное, рѣчь заикающаяся. Въ 11 часовъ утра сильный аффектъ—тоска, плачь, хватаніе за область сердца, лицо сильно блѣдное, пульсъ малый, 84 въ 1', *эритема по всей передней поверхности груди и полная потеря болевой чувствительности на всемъ тѣлѣ*. Аффектъ угнетенія смѣнился черезъ нѣкоторое время минутъ 20—30 противоположнымъ состояніемъ: И. соскочилъ съ койки, дико плясалъ и пѣлъ пѣсни. *Сознаніе вполне потеряно*. О припадкѣ испытуемый ничего не помнилъ.

Изъ вышесказаннаго такимъ образомъ видно, что испытуемый И. одержимъ эпилептическими припадками съ полною потерей сознанія и рѣзкими физическими измѣненіями, особенно со стороны сосудистой системы.

Что-же касается вопроса, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей обвиняемый И. находился въ моментъ совершенія преступленія, то отвѣтить на него съ положительностью, по отсутствію въ дѣлѣ достаточныхъ данныхъ, говорящихъ о психическомъ состояніи испытуемаго въ то время, въ высокой степени трудно.

Изъ изложеннаго выше такимъ образомъ видно, во-1-хъ, что И., находящійся до поступленія въ Казанскую Окружную

Лечебницу болѣе мѣсяца подѣ наблюдениемъ д-ра Ю. въ Челябинской тюремной больницѣ, не былъ признанъ послѣднимъ страдающимъ эпилепсіей, а у И. лишь была допущена д-ромъ Ю. возможность подобнаго страданія; во 2-хъ, ясныхъ указаній къ признанію у И. какой-либо психической болѣзни д-ромъ Ю. не найдено. Напротивъ, множество разсказовъ И., многія дѣйствія его, особенно въ послѣдніе дни наблюдений за нимъ, съ переводомъ въ тюремный замокъ, гдѣ присмотръ строже, прекратившіяся, носятъ попытки симуляціи; въ 3-хъ, въ особомъ присутствіи Оренбургскаго Губернскаго Правленія члены врачебнаго отдѣленія нашли, что изъ дѣла не видно, чтобы И. страдалъ эпилептическими припадками до и во время совершенія преступленія; въ 4-хъ, въ Казанской Окружной Лечебницѣ у И. несомнѣнно были констатированы судорожные припадки съ потерей сознанія, и наконецъ, въ 5-хъ, на основаніи наблюдений въ Казанской Окружной Лечебницѣ и обстоятельствъ дѣла съ положительностью было въ высокой степени трудно сказать, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей находился И. въ моментъ совершенія имъ преступленія.

Остановимся и разберемъ подробнѣе вышеуказанные пять пунктовъ. Во-1-хъ, д-ромъ Ю. изъ объективныхъ явленій у И. были констатированы: временное дрожаніе тѣла или одиночныя судороги той или другой мышцы, одновременное странное выраженіе лица, временная малоподвижность его, измѣненіе механизма рѣчи, носовыя кровотеченія и послѣдовательная склонность ко сну. Для д-ра Ю. этихъ признаковъ было недостаточно, чтобы на основаніи ихъ видѣть у И. явленія эпилепсіи. И дѣйствительно, строго говоря, настолько ли характерны эти признаки, чтобы по нимъ можно было заключить о существованіи эпилепсіи у И. Да, наконецъ, не могли ли быть эти признаки симулированы? Если ближе приглядѣться къ объективнымъ явленіямъ, указаннымъ д-ромъ Ю. у И., то дѣйствительно приходится сказать, допуская даже одновременное существованіе ихъ, что сами по себѣ эти дан-

ныя еще не характерны для эпилепсiи и что кромѣ того они легко могутъ быть и симулированы. Въ самомъ дѣлѣ: что же въ данномъ случаѣ было бы трудно симулировать. Развѣ только носовыя кровотеченiя и наклонность ко сну? А остальное, какъ-то: временное дрожанiе тѣла, одиночныя судороги той или другой мышцы и т. д. — симулировать не трудно. Съ другой стороны нельзя не сказать, чтобы объективныя данныя, указанныя д-ромъ Ю. у И., не встрѣчались при эпилепсiи. Напротивъ, сплошь и рядомъ мы видимъ такiя физическiя разстройства при эпилепсiи. Но однихъ ихъ недостаточно для постановки діагноза эпилепсiи. Это обстоятельство, по моему, и ставитъ врача эксперта въ очень затруднительное положенiе, чтобы дать категорическiй отвѣтъ въ конкретномъ случаѣ, напр. у И., тѣмъ болѣе, что время наблюденiя надъ И. д-ромъ Ю. было не особенно продолжительно и д-ръ Ю. былъ совершенно справедливъ, отказавшись категорически признать эпилепсiю у И., а допустилъ лишь возможность существованiя у него таковой.

Во-2-хъ. Ясныхъ указанiй къ признанiю у И. какой-либо психической болѣзни д-ромъ Ю. не найдено. Напротивъ, множество разказовъ И., многiя дѣйствiя его, особенно въ послѣднiе дни наблюденiй надъ нимъ, съ переходомъ въ тюремный замокъ, гдѣ присмотръ строже, прекратившiяся, носятъ попытку симуляцiи. Относительно психическаго состоянiя д-ръ Ю. высказывается опредѣленнѣе, чѣмъ относительно существованiя эпилепсiи у И., а именно: во-1-хъ, не находитъ ясныхъ указанiй къ признанiю у И. какой-либо психической болѣзни и во 2-хъ говоритъ о симуляцiи больного. Эти два обстоятельства какъ будто стоятъ въ тѣсной, неразрывной связи между собою. Съ одной стороны человекъ здоровъ, а съ другой онъ симулируетъ душевное заболѣванiе. Я далекъ отъ мысли ставить въ упрекъ д-ру Ю. спѣшность или категоричность даннаго имъ заключенiя, а хочу указать лишь на слѣдующее обстоятельство. Если взять во вниманiе цѣлый рядъ физическихъ разстройствъ, указанныхъ д-ромъ Ю. у нашего

испытуемаго, то на основаніи ихъ казалось бы легче было констатировать у И. эпилецію, но д-ръ Ю. допустилъ только возможность подобнаго страданія у испытуемаго и, какъ я сказалъ выше, былъ справедливъ. Чтобы судить о состояніи душевной дѣятельности того или другого лица, а особенно еще въ такомъ затруднительномъ случаѣ, какъ данный, нужны для категорическаго заключенія и болѣе или менѣе продолжительный срокъ наблюденія и вѣскіе данныя. Въ данномъ случаѣ, какъ мы уже видѣли, время наблюденія надъ И. въ Челябинской тюремной больницѣ было не продолжительное, мѣсяць съ небольшимъ, а вѣскихъ данныхъ, которыя знакомили бы обстоятельно съ психическимъ состояніемъ И. не указывается. Поэтому, въ видахъ по крайней мѣрѣ осторожности и справедливости, казалось бы въ такихъ случаяхъ лучше не давать опредѣленнаго заключенія о состояніи душевной дѣятельности испытуемаго, тѣмъ болѣе, что ни что въ этому и не вынуждаетъ врача.

Д-ръ Ю. указываетъ еще на симуляцію у И., подтвержденіемъ чего, по мнѣнію д-ра Ю., служитъ то обстоятельство, что множество разсказовъ И., многія дѣйствія его, особенно въ послѣдніе дни наблюденій за нимъ, съ переводомъ въ тюремный замокъ, гдѣ присмотръ строже, прекратившіяся, носятъ попытки симуляціи. Этотъ доводъ д-ра Ю. едва-ли можно считать убѣдительнымъ, особенно если еще принять во вниманіе то обстоятельство, что душевно-больные усваиваютъ гораздо болѣе легкія дисциплинарныя мѣры, чѣмъ тѣ, какія примѣняются въ тюрьмахъ.

Что касается пункта 3-го, а именно, что въ особомъ присутствіи Оренбургскаго Губ. Правленія члены врачебнаго отдѣленія нашли, что изъ дѣла не видно, чтобы И. страдалъ эпилептическими припадками до и во время совершенія преступленія, то на это одно можно сказать: такое заключеніе членовъ врачебнаго отдѣленія по меньшей мѣрѣ странно. Изъ дѣла между прочимъ видно (листъ д. 283, 291, 318 и 321), что отецъ обвиняемаго Яковъ И., мать Аксинья И.,

жена Пелагея И. и Яковъ Язовъ подтвердили, что обвиняемый И. страдает припадками, послѣ которыхъ впадаетъ въ продолжительный сонъ. Правда, эти свидѣтели не говорятъ прямо, что И. страдает эпилептическими припадками. Но отъ людей простыхъ, необразованныхъ, непосвященныхъ въ научное образованіе нельзя и требовать, чтобы они знали, какими припадками и чѣмъ болѣетъ подсудимый. Достаточно съ нихъ и того, что они указываютъ на какіе-то припадки, послѣ которыхъ человѣкъ впадаетъ въ продолжительный сонъ. Очевидно, члены врачебнаго отдѣленія не обратили вниманія на эти показанія свидѣтелей или не придали ему никакого значенія. И то и другое одинаково не простительно. Ужъ если ссылаться на дѣло, то ссылка должна быть обоснована и всякое свидѣтельское показаніе должно быть строго взвѣшено. Въ противномъ случаѣ лучше вовсе не касаться данныхъ дѣла.

Наблюденіями и изслѣдованіями въ Казанской Окружной Лечебницѣ несомнѣнно констатировано, что И. одержимъ эпилептическими припадками. За это говорятъ: характеръ судорожныхъ сокращеній, расширеніе зрачковъ во время припадковъ, полная потеря болевой чувствительности на всемъ тѣлѣ и глубокій сонъ, въ какой впадалъ И. послѣ припадковъ, а также и рѣзкія колебанія въ сосудистой системѣ. Это съ физической стороны. А съ психической—рѣзкое измѣненіе въ состояніи душевной дѣятельности передъ припадкомъ: сильное раздраженіе и возбужденіе и полная потеря сознанія во время припадковъ и нѣкоторое время вслѣдъ за нимъ. Кромѣ того, какъ уже сказано выше, у испытуемаго два раза были наблюдаемы эпилептическіе припадки безъ судорогъ, но съ потерей сознанія. Въ этихъ случаяхъ одинъ разъ передъ припадкомъ, кромѣ субъективныхъ жалобъ И. на головную боль и боль въ области сердца, наблюдалось сильное аффективное состояніе въ смыслѣ угнетенія, а въ другой—аффектъ тоски, наблюдавшійся передъ припадкомъ, смѣнялся вслѣдъ за припадкомъ противоположнымъ состояніемъ:

соскочивъ съ койки И. дико плясалъ и пѣлъ пѣсни. Помимо того въ томъ и другомъ случаѣ наблюдалась во время припадка рѣзко выраженная эритема по всей поверхности груди и полная потеря чувствительности на всемъ тѣлѣ.

Что касается 5-го пункта, самаго важнаго и интереснаго въ данномъ случаѣ, т. е. того, что на основаніи наблюденій въ Казанской Окружной Лечебницѣ и обстоятельствъ дѣла съ положительностью было въ высокой степени трудно сказать, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей находился И. въ моментъ совершенія имъ преступленія, то причина этого заключается съ одной стороны въ томъ, что у И. за время пребыванія его въ Лечебницѣ не было констатировано какого-либо душевнаго заболѣванія, а лишь только страданіе эпилепсией, а съ другой и въ давнихъ дѣла также не имѣется никакихъ указаній на то, чтобы И. обнаруживалъ въ то время какіе-либо признаки душевнаго расстройства. Послѣдняя причина къ сожалѣнію очень часто имѣетъ мѣсто въ судебно-медицинскихъ дѣлахъ и зависитъ отъ неполноты изслѣдованія и отъ той шаблонности, съ какою собираютъ данныя о прежней жизни испытуемаго на предварительномъ слѣдствіи, а это въ свою очередь иногда неизбѣжно отражается и на качествѣ окончательныхъ выводовъ эксперта.

Однако же хотя у И. и не было констатировано въ лечебницѣ какого-либо душевнаго заболѣванія, тѣмъ не менѣе нельзя сказать того, чтобы И. былъ совершенно здоровый человѣкъ. Изъ приводимой выше исторіи болѣзни видно, что испытуемый представлялъ изъ себя человѣка по временамъ неуравновѣшеннаго, неустойчиваго и носилъ въ себѣ признаки дегенерациі.

Въ сферѣ чувствъ у И. отмѣчаются колебанія, настроеніе духа часто и иногда немотивированно мѣняется. По временамъ испытуемый былъ грустенъ, плакалъ, жаловался на головную боль и боль въ области сердца, сильную раздражительность и неопредѣленную тоску, доходящую по временамъ до того, что испытуемый въ это время говорилъ: „если бы кто попалъ подъ руку, убилъ-бы“, просился въ буйное

отдѣленіе „изъ боязни, чтобы не надѣлать чего-нибудь въ безпокойномъ отдѣленіи“, жаловался на боль въ сердцѣ, которая, по словамъ испытуемаго, нарастала какъ давленіе пара въ машинѣ, просилъ для облегченія выпустить кровь изъ сердца, жаловался, что ему изъ сердца бросается что-то въ голову и обусловливаетъ сильныя боли въ головѣ. Бывало и наоборотъ, что иногда незначительный поводъ въ томъ или другомъ направленіи вызывалъ благодушное, веселое и даже „счастливое настроеніе“. Это конечно существенная особенность въ душевной сферѣ испытуемаго, столь свойственная такъ называемымъ дегенерантамъ.

Далѣе обращать на себя вниманіе поведеніе испытуемаго въ смыслѣ симуляціи душевнаго разстройства. Въ первое время по поступленіи въ Лечебницу, какъ уже выше было сказано, испытуемый давалъ крайне неопредѣленные отвѣты относительно своего положенія, своей подсудимости, времени года и вообще времени, говоря только, что теперь лѣто и ссылаясь на то, что онъ рѣшительно ничего не помнитъ съ 1899 г. и не знаетъ, гдѣ и какъ онъ провелъ время, не помнитъ будто бы и о томъ, былъ ли онъ въ какомъ-нибудь тюремномъ замкѣ и за что. Относительно убійства Мухоркина и Пашнина давалъ также въ разное время неодинаковыя объясненія: то отрицалъ всякое участіе въ фактѣ убійства, то высказывалъ, что онъ отъ кого-то, не знаетъ здѣсь, не знаетъ въ другомъ мѣстѣ слышалъ, что онъ обвиняется въ убійствѣ ямщиковъ, но самъ онъ объ этомъ фактѣ сообщить ничего не можетъ, такъ какъ не помнитъ, чтобы кого-нибудь убивалъ. То высказывалъ, что его обвиняетъ въ убійствѣ инженеръ Бѣлобородовъ изъ за недружелюбнаго къ нему отношенія. Но послѣ того, какъ испытуемому была указана вся недѣльность его отвѣтовъ и противорѣчіе съ обстоятельствами дѣла и объяснено, что грубая ложь можетъ лишь повредить ему, онъ сначала допускалъ возможность убійства, а затѣмъ призналъ фактъ преступленія, передавъ и нѣкоторые о немъ подробности съ показаніемъ на то, что онъ не

помнить, что было послѣ убійства. Характеръ симуляціи однако же не указываетъ на ея стойкость, ни на особенную изобрѣтательность.

Но если у И. не было констатировано постоянного душевнаго разстройства, то не могло ли у него быть преходящаго, находясь въ какомъ онъ и сдѣлалъ преступленіе, напримѣръ подъ влияніемъ аффекта тоски, тѣмъ болѣе, что И. жаловался на тоску. Возможно конечно. Но для того, чтобы допустить подобное предположеніе, нужны данныя. А такихъ данныхъ мы въ дѣлѣ не имѣемъ. И кромѣ того какъ то невольно начинаешь сомнѣваться въ правдивости подобныхъ предположеній, когда примешь во вниманіе, насколько объ этомъ позволяютъ судить обстоятельства дѣла, поведеніе И. вслѣдъ за совершеніемъ преступленія. Вотъ въ этомъ то собственно и состоитъ трудность рѣшенія разбираемаго вопроса, когда послѣ строгаго разбора дѣла нельзя опредѣленно сказать ни да, ни нѣтъ. Еще тамъ, гдѣ судебно-медицинскія мнѣнія даются коллегіально, на пишущаго мнѣніе не падаетъ такой моральной отвѣтственности, какъ въ томъ случаѣ, когда приходится давать единоличное мнѣніе. И поэтому въ случаяхъ, подобныхъ разобраннымъ нами, для категорическаго заключенія нужна величайшая осторожность во избѣжаніе того, что ошибочное заключеніе поведетъ къ очень печальнымъ недоразумѣніямъ. И поэтому не слѣдуетъ забывать старинное юридическое положеніе: *in dubio pro reo*.

Бѣлковая оболочка глаза, какъ мѣсто чувствительныхъ нервныхъ окончаній.

Проф. А. Е. Смирнова.

(Съ таблицею рисунковъ).

Изслѣдованіями *F. Helfreich'a*, *W. Waldeyer'a* и *L. Königstein'a* доказано, что бѣлковая оболочка глаза позвоночныхъ, включая сюда и человѣка, кромѣ проходящихъ черезъ нее нервныхъ стволиковъ различнаго размѣра, обладаетъ и собственными нервами. Относительно окончаній этихъ послѣднихъ поименованные авторы не даютъ никакихъ указаній.

Еще четыре года тому назадъ я имѣлъ удовольствіе наблюдать свободныя нервныя окончанія среди ткани бѣлковой оболочки у млекопитающихъ (собака, кошка, кроликъ) и человѣка. Наблюденія производились на плоскостныхъ препаратахъ и разрѣзахъ послѣ окраски по способу *P. Ehrlich'a*, *C. Golgi*, или же хлористымъ золотомъ въ различныхъ видоизмѣненіяхъ первоначальнаго способа *J. Conheim'a*. Бѣлковая оболочка глаза человѣка ¹⁾ была обрабатываема либо хлористымъ золотомъ, либо по способу *C. Golgi*; въ томъ и другомъ

¹⁾ Только-что вылученные въ силу болѣзненныхъ процессовъ глаза человѣка 3 раза въ теченіе съ 1897 по 1899 годъ были доставлены въ мое распоряженіе, благодаря любезности многоуважаемыхъ товарищей, профессоръ Э. Г. Салищева и Н. А. Геркена и доктора Кирѣвича, коимъ и приношу здѣсь глубокую благодарность.

случаѣ окраска нервовъ и нервныхъ окончаній удавалась лишь мѣстами, а наблюденія производились исключительно на разрѣзахъ, какъ проведенныхъ болѣе или менѣе параллельно поверхностямъ сказанной оболочки, такъ и на разрѣзахъ меридіональныхъ (рѣже экваторіальныхъ), проведенныхъ перпендикулярно къ поверхностямъ (наружной и внутренней) бѣлочной оболочки. Но наилучшіе препараты нервныхъ окончаній получены изъ бѣлковой оболочки глаза вышеприведенныхъ млекопитающихъ животныхъ послѣ введенія имъ въ кровь 1% раствора метиленовой сини въ 0,75% химически чистого хлористаго натрія.

Собственные нервы бѣлковой оболочки происходятъ отъ рѣсничныхъ нервовъ, стволѣики коихъ прободаютъ бѣлковѣцу и идутъ въ тѣсномъ сосѣдствѣ съ нею. При своемъ прохожденіи черезъ эту обочку и на пути своего тѣснаго прилеганія къ ней рѣсничные нервы отдаютъ вѣтви, распространяющіяся въ ткани бѣлковѣцы и состоящія изъ мягкотныхъ и безмякотныхъ нервныхъ волоконъ. Мѣстами происхожденія собственныхъ нервныхъ стволѣиковъ бѣлковѣцы являются: сзади — область въ окружности входа зрительнаго нерва, спереди — область на уровнѣ *orbiculus gangliosis W. Krause* и *G. Schwalbe* и *plexus annularis*; но и на протяженіи между этими отдѣлами отъ рѣсничныхъ нервовъ отходятъ тамъ и сямъ нервныя вѣтви, погружающіяся въ бѣлковѣцу перѣдко вмѣстѣ съ кровеносными сосудами. Исходя изъ поименованныхъ мѣстъ, собственные бѣлочные нервные стволѣики, вѣтвясь, распространяются главнѣйшимъ образомъ въ $\frac{2}{3}$ внутренней толщи бѣлковой оболочки и при томъ на всемъ ея протяженіи, начиная отъ области зрительнаго нерва вплоть до нервныхъ стволѣиковъ и сплетеній, залегающихъ въ окружности роговой оболочки.

Нервные стволѣики, обмѣниваясь волокнами и пучками нервныхъ волоконъ между собою, образуютъ рядъ сплетеній въ толщѣ бѣлковѣцы и располагаются частью по ходу кровеносныхъ сосудовъ бѣлковой оболочки, частью идутъ независимо отъ нихъ среди пучковъ плотноволокнистаго остова наружной

оболочки глазного яблока. На протяженіи этихъ нервныхъ стволиковъ приходилось изрѣдка наблюдать мелкія многоотростчатые нервныя клѣтки, на поверхности тѣла которыхъ и при началѣ протоплазматическихъ отростковъ залегаетъ такъ называемая вокругкѣлочная сѣть или, правильнѣе, сѣтевидное кояцевое сплетеніе изъ первичныхъ осевоцилиндрическихъ волоконъ, являющееся нервнымъ окончаніемъ на нервной клѣткѣ (*L. Beale, J. Arnold, G. Courvoisier, F. Bidder, Kollmann* и *Arnstein, P. Ehrlich, H. Aronson, G. Retzius, R. y Cajal, A. E. Смирновъ* и *другіе*).

Часть нервныхъ стволиковъ бѣлковицы, какъ только-что было указано, имѣетъ отношеніе къ ея кровеноснымъ сосудамъ—артеріямъ, венамъ и капиллярамъ. Въ особенности густыя сплетенія нервовъ окружаютъ артеріальные сосуды. Въ стѣнкахъ этихъ сосудовъ можно различать нервныя сплетенія въ наружной оболочкѣ и сплетенія въ мышечной оболочкѣ. Тѣ и другія сплетенія являются источниками нервныхъ волоконъ, дающихъ нервныя окончанія либо двигательныя—на гладкихъ мышечныхъ клѣткахъ средней артеріальной оболочки, либо свободныя кустовидныя окончанія среди волокнистыхъ пучковъ наружной оболочки, окончанія чувствительныя, описанныя мною и впоследствии *А. С. Догалемъ* въ наружной оболочкѣ сердца млекопитающихъ и *А. С. Догалемъ* въ наружной оболочкѣ нѣкоторыхъ артерій. Кромѣ описанныхъ сплетеній наблюдаются еще нервныя сплетенія вокругъ наружной оболочки мелкихъ артерій и венъ бѣлковицы, сплетенія, принадлежащія, повидимому, стѣнкамъ вокругъ сосудистыхъ лимфатическихъ пространствъ; здѣсь также изрѣдка удавалось видѣть чувствительныя нервныя окончанія въ видѣ вѣтвистыхъ вариковыхъ мелкихъ образований различной формы.

Остальная часть собственныхъ нервовъ бѣлковицы состоитъ изъ нервныхъ стволиковъ и рѣзко бросающагося въ глаза значительнаго количества отдѣльных мякотныхъ и безмякотныхъ нервныхъ волоконъ. Нервные волокна на своемъ ходу повторно дѣлятся и переходятъ въ концѣ концовъ въ

свободныя нервныя окончанія, схожія въ общемъ по своей формѣ съ нервными окончаніями въ сухожиліяхъ, фацияхъ и твердой оболочкѣ мозга. Въ качествѣ примѣра нервныхъ окончаній въ ткани бѣлкивицы я позволяю привести здѣсь 4 рисунка, къ описанію которыхъ и перехожу.

Фигура 1-я взята съ препарата бѣлкивицы взрослой собаки изъ области задняго полюса глазного яблока послѣ окраски нервовъ по способу *P. Ehrlich'a*. Рисованіе производилось при помощи сапера *lucida Abbé-Reichert'a* подъ микроскопомъ *C. Reichert'a* при окул. 3, объект. 8 а. На данномъ рисункѣ изъ толстаго нервнаго стволика *a*, состоящаго изъ мягкотныхъ и безмякотныхъ (узловатыхъ) волоконъ, выходятъ отдѣльныя нервныя волокна, которыя на своемъ пути многократно вѣтвятся, вѣтви идутъ въ различныхъ направленіяхъ и значительная часть ихъ переходитъ въ нервныя свободныя окончанія кустовидной формы. Я не вхожу въ детальное описаніе развѣтвленій, хода варикозныхъ нервныхъ вѣтвей и разнообразія формы и величины нервныхъ окончаній, ибо это достаточно ясно изъ разсмотрѣнія самого рисунка; скажу лишь, что всѣ эти окончанія залегаютъ во внутренней трети толщи бѣлкивицы свободно между пучками и пучечками соединительнотканыхъ волоконъ склеры.

На фигурѣ 2-й, взятой съ препарата того же животнаго, при тѣхъ же условіяхъ обработки и при томъ же увеличеніи, что указывы при описаніи фигуры 1-й, отъ тонкаго нервнаго стволика, состоящаго изъ трехъ безмякотныхъ узловатыхъ волоконъ и одного мягкотнаго, отходятъ двѣ нервныя вѣточки, изъ коихъ одна беретъ начало отъ мягкотнаго волокна, другая же происходитъ отъ одного изъ трехъ варикозныхъ нервныхъ волоконцевъ. Первая вѣтвь, отходящая отъ мягкотнаго волокна, на мѣстѣ перехвата *L. Ranvier*, вскорѣ по своемъ отхожденіи начинаетъ распадаться на пучки фибриллъ, которыя, располагаясь между пучками волокнистой ткани бѣлкивицы, оканчиваются свободно, образуя своею совокупностью нервной телодендрій, весьма схожій по формѣ съ тѣми, кои описаны

различными авторами въ плотноволокнистой соединительной ткани различныхъ органовъ. Вѣточка, даваемая безмякотнымъ волокномъ, на своемъ пути дѣлится снова на двѣ варикозныхъ вѣтви, изъ коихъ одна прямо, другая же, сначала вновь раздѣлившись на два волоконца, переходить въ нервныя свободныя окончанія, часть коихъ лежитъ на тѣлахъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ бѣлкицы. По своему положенію въ бѣлочной оболочкѣ этотъ стволикъ и нервныя окончанія занимаютъ переднюю половину, лежатъ впереди отъ экватора глазного яблока въ срединѣ толщи названной оболочки.

Рисунокъ 3-й снятъ съ окрашеннаго метиленовой синью препарата бѣлочной оболочки кошки подъ микроскопомъ *C. Zeiss'a* при ок. 4 и объект. *E*, при чемъ этотъ рисунокъ былъ переснятъ фотографически, при уменьшеніи его въ два раза, г. студентомъ Образцовымъ, которому и высказываю здѣсь свою благодарность за его трудъ. На фигурѣ 3-й видна пигментная клѣтка *n*, къ которой подходит одно изъ двухъ нервныхъ безмякотныхъ волоконъ стволика *c*; волокно это на своемъ протяженіи, какъ видно на рисункѣ, не разъ отдаетъ вѣтви и въ заключеніе, тоже вѣтвясь, оканчивается въ тѣсномъ отношеніи къ упомянутой пигментной клѣткѣ. Школа знаменитаго физиолога Брюкке и за симъ нѣкоторые другіе наблюдатели указываютъ на тѣсное отношеніе нервной системы къ пигментнымъ клѣткамъ и даже морфологически констатируютъ концевыя нервныя образованія на этихъ клѣткахъ.

Рисунокъ 4-й взятъ съ золоченаго препарата бѣлкицы взрослого человѣка нѣсколько впереди отъ области экватора глазного яблока. Отъ одного изъ двухъ волоконъ стволика отходитъ вѣточка, которая дѣлится повторно и оканчивается рзнообразно среди пучковъ соединительныхъ волоконъ въ срединѣ толщи склеры.

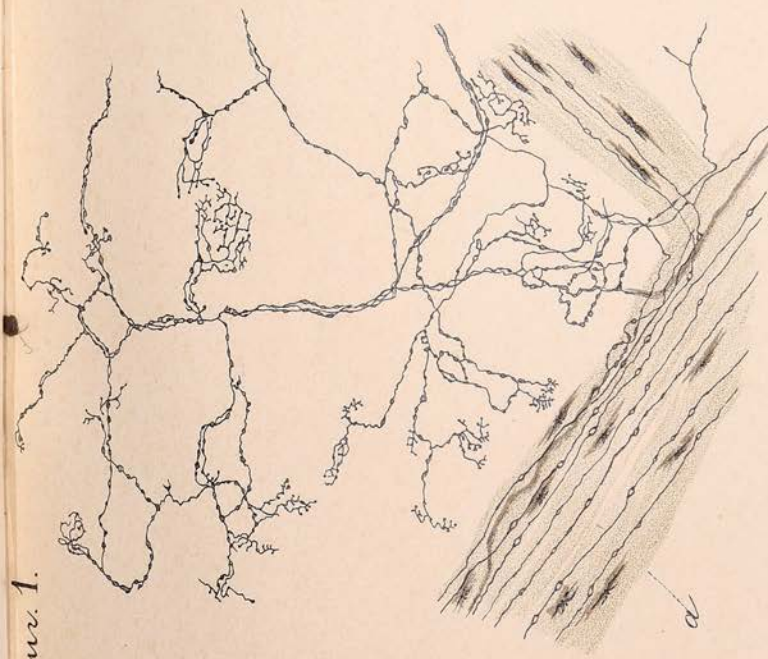
И такъ, бѣлкица у поименованныхъ мною выше млекопитающихъ и человѣка, кромѣ нервныхъ окончаній, залегающихъ въ стѣнкѣ ея сосудовъ, имѣетъ собственныя свободныя, судя по окраскѣ, нервныя окончанія, расположенныя среди

пучковъ клейдающихъ волоконъ, эластическихъ волоконъ и около клетокъ. Эта оболочка является не только механическимъ аппаратомъ и путемъ для проведенія сосудовъ и нервовъ въ друія, болѣе глубокія части глазного яблока, но и чувствительнымъ покровомъ этого послѣдняго.

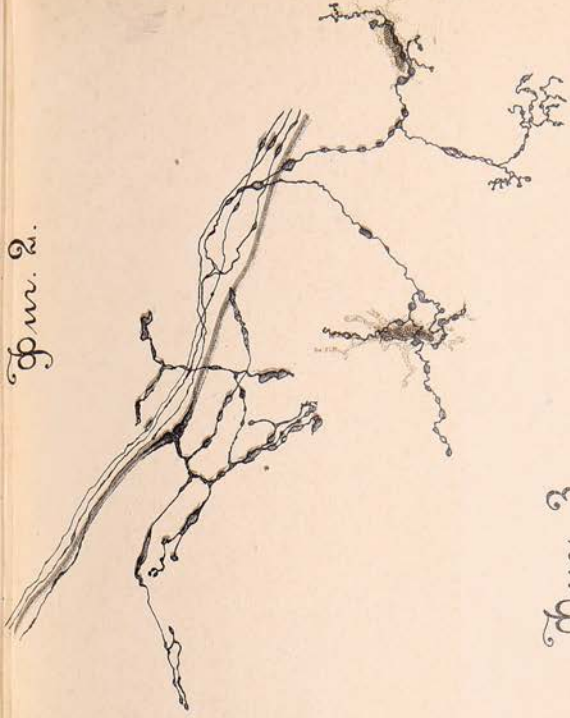
Предоставляя фізіологамъ выясненіе функцій описанныхъ здѣсь лишь въ общихъ чертахъ съ морфологической стороны нервныхъ окончаній, я все же позволю себѣ сдѣлать предположеніе, что въ бѣлковой оболочкѣ у млекопитающихъ, включая и человека, имѣются: 1) чувствительныя и двигательныя окончанія въ стѣнкѣ ея сосудовъ, 2) окончанія, имѣющія, повидимому, тѣсное отношеніе къ ея нѣкоторымъ клеточнымъ элементамъ и 3) окончанія среди плотноволокнустаго клейдающаго и эластическаго остова бѣлковины, которыя, имѣя характеръ сухожильныхъ нервныхъ окончаній, стоятъ, весьма вѣроятно, въ связи съ двигательнымъ нервнымъ аппаратомъ глазного яблока.



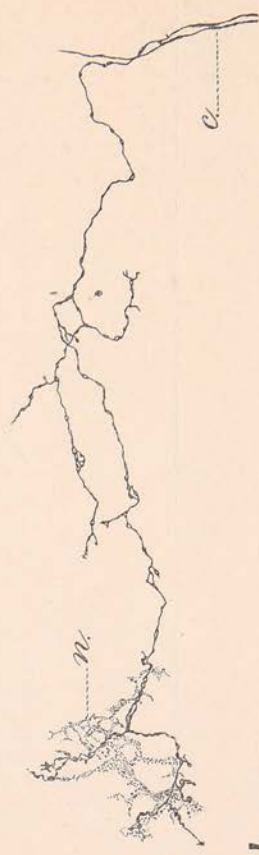
Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.



Фиг. 4.



Къ ст. проф. А. Е. Смирнова.

Множественная саркома черепного мозга вслѣдствіе переноса новообразованія изъ легкаго ¹⁾.

Д-ра мед. Н. А. Вырубова.

Отдѣлъ невропатологіи, посвященный опухолямъ мозга и ихъ распознаванію, не смотря на громадныя успѣхи, достигнутыя за послѣднія десятилѣтія, до сихъ поръ еще въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ представляетъ много темнаго и неяснаго. Одинъ изъ выдающихся современныхъ невропатологовъ *Gowers*, говоря объ общемъ распознаваніи опухолей головного мозга, выражается даже слѣдующимъ образомъ: „Задача распознаванія церебральной опухоли обнимаетъ четыре вопроса: 1) существуетъ-ли въ данномъ случаѣ органическая болѣзнь? 2) есть ли это опухоль? если такъ, то 3) какова ея локализація и 4) каковъ ея характеръ? Изъ этихъ вопросовъ на первый можно дать отвѣтъ почти всегда, на второй—обыкновенно, на третій—часто, а на четвертый—иногда“ ²⁾. Отсюда явствуетъ, мнѣ думается, важность тщательнаго собиранія и описанія относящихся сюда наблюденій для дальнѣйшаго выясненія какъ клинической, такъ и патолого-анатомической картины мозговыхъ

¹⁾ Сообщено въ научн. собраніи врачей клиники душевн. и нервн. болѣзней, 23 Дек. 1899 г.

²⁾ *Gowers*. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. Т. II, стр. 522.

опухолей; въ этомъ отношеніи особенно интересны, конечно, тѣ случаи, въ которыхъ было сдѣлано прижизненное распознаваніе внутри черепной опухоли и которые были прослѣжены въ дальнѣйшемъ теченіи и подтверждены посмертнымъ вскрытіемъ.

Исторія наблюдавшагося мною случая такова.

Больной В. І., 39 лѣтъ, страдающій уже 5 лѣтъ затяжнымъ алкогольнымъ помѣшательствомъ, въ теченіе февраля мѣсяца 1899 г. находился въ состояніи нѣкотораго улучшенія общаго психическаго состоянія; онъ занимался трудомъ, ходилъ въ церковь, гдѣ пѣлъ на клиросѣ, посѣщалъ развлечения, устраиваемыя для больныхъ, и т. п. Въ концѣ марта у больного довольно остро развилось состояніе угнетенія, неопредѣленный страхъ предъ чѣмъ-то; онъ высказывалъ опасенія, что боится скоро умереть; врачу жаловался, что „трудно дышать, вездѣ въ тѣлѣ болить, тоска подъ ложечкой, голова болить“. Головные боли особенно усилились съ начала мая, и больной, по собственному желанію, все время оставался въ постели. 8-го мая вечеромъ былъ припадокъ полубезсознательнаго состоянія, которому предшествовало судорожное сведеніе конечностей и скрежетаніе зубами. На другой день больной былъ спутанъ, плохо понималъ обращаемые къ нему вопросы. Пульсъ 68 ударовъ въ 1' (пульсъ 6-го числа—58 удар. и 7-го—56—58 уд. въ 1'). Температура все время нормальна. 10-го больной поступилъ подлѣ мое наблюденіе. При изслѣдованіи найдено слѣдующее: Правый зрачекъ незначительно шире лѣваго, оба нѣсколько вяло реагируютъ на свѣтъ и приспособленіе; движенія глазныхъ яблокъ совершенны правильно; лѣвая носогубная складка сглажена по сравненію съ правой; языкъ обложенъ, не отклоняется, дрожитъ крупно и мелко. Сухожильные рефлексъ (коленные и стопные) немного усилены; кожные—ничего ненормальнаго не представляютъ. Надо замѣтить, что всѣ эти явленія наблюдались у больного со времени поступленія его въ больницу. Отправленія жомовъ правильны. Головная боль по временамъ настолько усиливается, что больной начинаетъ кричать. Въ окружающемъ ориентированъ вполне отчетливо, проситъ облегчить его мученія. Назначенъ іодистый калий (въ виду сифилиса въ анамнезѣ). Относительно внутреннихъ

органовъ отмѣчается притупленіе въ области правой верхушки и крепитирующие хрипы съ удлинненнымъ выдохомъ въ обѣихъ верхушкахъ.

12—13. V. Боли нѣсколько меньше. Кушаетъ все время хорошо. Ледъ на головѣ держать отказывается, заявляя, что отъ этого боль становится сильнѣе. 14—16. Боли—приступами. Т°-ра все время нормальна. 17—20. Боли довольно правильно усиливаются около 2 часовъ дня. 21. Во время ванны сдѣлался обморокъ съ синюшнымъ окрашиваніемъ лица; такое состояніе продолжалось нѣсколько минутъ. Назначенъ I. К. съ Br. K. 22. Боли меньше. 24—28. Боли чрезвычайно сильны. 29. Боли—приступами. На вопросъ о головокруженіи отвѣчаетъ утвердительно. 30. При попыткѣ офтальмоскопировать, при чемъ больной былъ переведенъ изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное, внезапно развился судорожный приступъ тонического характера; усиленное разгибаніе нижнихъ и верхнихъ конечностей, тоническое напряженіе долѣ всего продержалось въ лѣвомъ локтѣ, оставшемся въ положеніи усиленнаго разгибанія; приступъ сопровождался потерей сознанія и зрачковой реакціи. 31. V. Больной былъ поднять съ постели,—стоять безъ поддержки не можетъ; закрываніе глазъ при сдвинутыхъ ногахъ шатанія не вызываетъ. Сухожильные рефлексы (коленные и стопные) слегка усилены; чувствительность при изслѣдованіи уколами измѣненій не представляетъ; мѣсто укола опредѣляетъ правильно. Морфій 0,01 подъ кожу. 1—4. VI. 2-го ночь не спалъ, безсвязно выкрикивая: „Ваня, Петя, Вася“... Сильныя боли въ головѣ. Спутанъ. Ежедневно по 0,01 морфія подъ кожу, выпрыскиваніе облегчаетъ боли. 5. VI. Офтальмоскопированіе: двусторонній застой зрительныхъ сосковъ. Реакція на приспособленіе отсутствуетъ, на свѣтъ—весьма слабая. Зрѣніе ослаблено. 6—7. Зрѣніе быстро падаетъ, не различаетъ пальцевъ руки на разстояніи $\frac{1}{4}$ метра. Боли нѣсколько слабѣе, выпрыскиваній морфія не дѣлалось. 8—9. За послѣднее время замѣтно рѣзкое похуданіе. Вѣсъ тѣла: 9. V.—138; 24. V.—137; 9. VI.—116 $\frac{1}{2}$ ф. Съ 9-го вновь усиленіе болей. Пульсъ 78 въ 1'. Зрѣніе=0. Зрачки значительно расширены, реакція какъ на свѣтъ, такъ и на приспособленіе отсутствуетъ. Послѣднее время (съ 4. VI) больной перѣдко, даже въ жаркое время, жалуется на ощущеніе холода во всемъ тѣлѣ и проситъ укрыть его теплѣе. 10. Жалуется на то, что ничего не

видитъ, такъ какъ вокругъ него темно, но не понимаетъ, что ослѣпъ. Боли въ головѣ сильны. 12. Стояніе невозможно; зрачки рѣзко расширены и совершенно неподвижны; зрѣніе=0. Рефлексы съ колѣна и стопы замѣтнаго усиленія не представляютъ; съ подошвы рефлексъ получается; пульсъ 72—78 въ 1'. Боли по прежнему, ежедневно по 0,01 морфія подъ кожу. 13. Съ утра сильнѣйшія боли въ головѣ, доводящія больного до крика. Въ 3 ч. 40 м. дня больной скончался.

Если подвести итоги всѣмъ тѣмъ явленіямъ, какія наблюдались у больного, то мы получимъ слѣдующую картину заболѣванія. Дѣло началось съ угнетеннаго душевнаго состоянія, сопровождавшагося страхомъ и опасеніями за жизнь; появилось предсердечное безпокойство и сильныя головныя боли; приблизительно черезъ мѣсяцъ послѣ того, именно 8-го мая, у больного сдѣлался припадокъ неполной потери сознанія съ тоническими напряженіями въ конечностяхъ. Со стороны нервной системы никакихъ измѣненій по сравненію съ предшествующимъ послѣднему заболѣванію состояніемъ у больного не наблюдалось. Головныя боли все время продолжались упорно, иногда усиливаясь приступами; было головокруженіе. 21-го сдѣлался новый приступъ потери сознанія съ посинѣніемъ лица и конечностей. 30-го при перемѣнѣ положенія (съ цѣлью офтальмоскопированія) у больного внезапно развился судорожный приступъ тонического характера съ потерей сознанія, продолжавшійся нѣсколько минутъ. Головныя боли продолжались упорно. 5 іюня при офтальмоскопированіи найденъ застойный сосокъ на обѣихъ сторонахъ; зрѣніе стало очень быстро падать, и 9 іюня больной былъ уже слѣпъ; вмѣстѣ съ тѣмъ зрачки значительно расширились и совершенно перестали реагировать на свѣтъ. Начиная съ 4-го іюня были часты жалобы на субъективное ощущеніе холода и дрожь. Съ 12-го стояніе сдѣлалось невозможнымъ. Болевая чувствительность все время была вездѣ сохранена, мѣсто укола опредѣлялось больнымъ правильно. Пульсъ, бывшій въ началѣ болѣзни нѣсколько замедленнымъ, до 58—68 ударовъ въ 1

мануту, потомъ колебался между 72—78 ударами въ минуту. Въ психическомъ отношеніи, начиная съ первыхъ чиселъ іюня, больной представлялъ явленія спутанности сознанія, не ориентировался ни во времени, ни въ окружающемъ, часто смѣшивалъ лицъ, ухаживавшихъ за нимъ; замѣтная раздражительность больного легко объяснялась тѣми жестокими страданіями, которыя онъ испытывалъ. 13 іюня, т. е. черезъ полтора мѣсяца отъ начала болѣзни, наступилъ летальный исходъ.

Наличность такихъ симптомовъ, какъ упорная головная боль, застойный сосокъ, быстрый упадокъ зрѣнія, головокруженіе—уже при жизни указывали, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ быстро растущей опухолью мозга. Несовсѣмъ объяснимыми оставались только вышеописанные, внезапно возникавшіе припадки потери сознанія, сопровождавшіеся хроническими судорогами. Такого рода припадки, впрочемъ, могутъ, какъ извѣстно, наблюдаться въ случаяхъ существованія внутричерепныхъ опухолей подъ вліяніемъ различныхъ условій, напр., при перемѣнѣ положенія, какъ это каждый разъ бывало у нашего больного. Сверхъ того, здѣсь надо замѣтить, что существованіе такого симптома, какъ застойный сосокъ, устраняло всякія сомнѣнія въ ошибочности распознаванія. Такимъ образомъ, два первыхъ вопроса, касающихся діагностики мозговой опухоли, разрѣшались въ положительномъ смыслѣ.

Что касается локализаціи опухоли, то въ этомъ отношеніи, за отсутствіемъ какихъ либо явленій выпаденія функцій мозга, пришлось ограничиться только констатированіемъ того факта, что двигательная область и ея проводники, а равно и проводники чувствительности не задѣты.

Наконецъ, четвертый вопросъ о свойствѣ опухоли, на который, по *Gowers*'у, при діагностикѣ мозговой опухоли удается отвѣтить только иногда, у насъ остался безъ разрѣшенія.

Вскрытіе мозга дало слѣдующее.

Вѣсъ мозга съ оболочками—1517 грам. Мягкая оболочка вообще утолщена, но болѣе значительно въ лобной и темянной областяхъ, снимается вездѣ совершенно свободно. Какъ въ лѣвомъ, такъ и въ правомъ полушаріи на поверхности извилинъ замѣчаются разбросанныя возвышенія, округлой формы, имѣющія нѣсколько синеватую окраску; мѣстами они просвѣчиваютъ черезъ покрывающій ихъ, еще сохранившійся тонкій слой мозговой коры; мѣстами они немного выдаются надъ уровнемъ окружающаго мозгового вещества; на разрѣзѣ они имѣютъ клиновидную форму и проникаютъ вглубь бѣлаго вещества; внутренній конецъ ихъ представляется окруженнымъ въ свою очередь клиновиднымъ кровоизліяніемъ. Такого рода образованія въ правомъ полушаріи встрѣчаются въ слѣдующихъ мѣстахъ: одно болѣе значительныхъ размѣровъ образованіе, окруженное кровоизліяніемъ, въ области передняго конца средней лобной извилины; затѣмъ, 2 небольшія, величиною до горошины, въ среднемъ отдѣлѣ средней и нижней лобныхъ извилинъ; и четвертое—на верхнемъ краѣ Сильвиевой борозды въ томъ мѣстѣ, гдѣ она дѣлаетъ загибъ кверху; вглубь бѣлаго вещества этотъ фокусъ проникаетъ клинообразно на 1,5—2 сант. Въ лѣвомъ полушаріи такіа образованія замѣчаются: въ области передняго конца средней лобной извилины (симметрично съ противоположной стороной); одно очень небольшое—въ области средней лобной извилины, почти на краю нижней предцентральной борозды; на верхушкѣ височной доли, именно у передняго конца верхней височной борозды, и, наконецъ, четвертый очагъ—на верхнемъ концѣ той-же борозды, въ области угловой извилины. Соотвѣтственно первому изъ описанныхъ въ лѣвомъ полушаріи очаговъ, при горизонтальномъ разрѣзѣ по *Flechsig*'у, въ лобной доли обнаруживается фокусъ кровоизліянія круглой формы, весь центръ котораго занятъ какъ-бы ядромъ бѣловатаго цвѣта и болѣе плотной консистенціи; очагъ этотъ достигаетъ величины большого грецкаго орѣха, выполняетъ почти все бѣлое вещество лобной доли и лишь немного не доходитъ взадъ до передняго отдѣла внутренней капсулы.

Въ мозжечкѣ мы находили очаги, величиною до горошины, прежде всего на поверхности, именно—въ *alae lobuli centralis hemisphaerae dextrae*, два очага въ *lob. poster. infer. hemisph. sin.*,—одинъ у верхушки названной доли, а дру-

той снаружи, на краю *incis. magnaе*, наконецъ еще одинъ очагъ—въ *lob. cuneiform.* на границѣ съ *flocculus*. По проведеніи разрѣза черезъ червячки мозжечка въ передне-задней плоскости въ немъ обнаружено кровоизліяніе въ формѣ клина, верхушка котораго обращена къ дну четвертаго желудочка; кровоизліяніе распространяется на *laminae transversae super., med. и infer.*, т. е. занимаетъ *lobus posterior vermis* (номенклатура *Schwalbe*); въ стороны оно нѣсколько захватываетъ прилежащіе отдѣлы полушарій мозжечка. Центръ кровоизліянія занятъ весьма значительныхъ размѣровъ очагомъ очень плотной и блѣдной ткани.

Относительно внутреннихъ органовъ необходимо упомянуть только объ измѣненіяхъ въ легкихъ. Въ верхней долѣ праваго легкаго, въ заднемъ ея отдѣлѣ, находится уплотненіе величиною въ небольшое яблоко, кверху оно немного не доходитъ до верхушки легкаго; по разрѣзѣ этого уплотненія вытекло около 60 к. снт. буровато-краснаго жидкаго распада, послѣ чего стало замѣтно, что верхняя часть уплотненія занята полостью неправильной формы, съ ходами; нижняя часть его занята плотною, продолговатою опухолью, желтовато-бѣлаго цвѣта, величиною около 6×2 сант.

Гистологическое изслѣдованіе узловъ изъ коры полушарій, изъ центра описанныхъ фокусовъ кровоизліяній въ мозгу и изъ только-что описанной опухоли легкаго показало, что какъ въ томъ, такъ и въ другомъ органѣ мы имѣемъ дѣло съ мелко-кругло-клеточной саркомой. На срѣзахъ изъ кусочковъ, взятыхъ изъ очаговъ опухоли, окруженныхъ кровоизліяніемъ, особенно на границѣ съ послѣднимъ, ясно видны кровеносные сосуды, стѣнки которыхъ пронизаны мелкими круглыми клетками новообразованія; во многихъ мѣстахъ такіе сосуды окружены обширными кровоизліяніями.

Такимъ образомъ, на основаніи данныхъ вскрытія, происхожденіе опухоли мозга объясняется слѣдующимъ образомъ. У больного уже давно существовала опухоль въ правомъ легкомъ, которая клинически обнаруживалась только измѣненіемъ дыхательныхъ шумовъ и заглушеніемъ легочнаго звука при постукиваніи; эти явленія объяснялись верхушечнымъ бугорковымъ процессомъ, и это казалось тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что крепитирующие хрипы были слышны и въ лѣвой

верхушкѣ. Въ извѣстный моментъ описанная опухоль (мелко-грудло-кѣлочная саркома) подверглась распаду и дала эмболию сосудовъ мозга кѣлочками новообразованія, мѣстами съ послѣдующимъ клиновиднымъ инфарктомъ; эти кѣлочные элементы на новомъ мѣстѣ стали разрастаться и постепенно вызывали разрушеніе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ, что повлекло за собою также рядъ кровоизліяній въ мозговое вещество. Повышеніе внутри-черепного давленія, съ одной стороны вслѣдствіе разрастанія опухоли, съ другой—вслѣдствіе образованія значительныхъ очаговъ кровоизліяній, и дало картину быстро растущей мозговой опухоли. Описанные выше припадки потери сознанія съ тоническими судорогами находятъ себѣ, такимъ образомъ, объясненіе въ рядѣ происшедшихъ вслѣдствіе разрушенія сосудовъ кровоизліяній. Отсутствіе разстройствъ въ двигательной сферѣ вполне понятно изъ описаннаго распредѣленія фокусовъ опухоли, совершенно не задѣвшихъ ни двигательной области, ни ея проводниковъ.

Въ заключеніе мнѣ остается упомянуть о перерожденіяхъ, обнаруженныхъ въ спинномъ мозгу, при обработкѣ его по способу *Marchi-Буша*.

Въ задне-боковыхъ столбахъ оказался перерожденнымъ съ обѣихъ сторонъ *промежуточный пучекъ*, выдѣленный проф. *В. М. Бехтеревымъ* по методу развитія и *Löwenthal'емъ* по методу перерожденія; послѣдній авторъ обозначаетъ эти волокна, какъ *промежуточную систему*. Происхожденіе волоконъ этой системы до сихъ поръ еще окончательно не разъяснено; вообще извѣстно, что волокна эти происходятъ изъ мозжечка и внутри продолговатаго мозга присоединяются къ пирамиднымъ пучкамъ; они спускаются по *Базилевскому* (изъ лабораторіи проф. *В. М. Бехтерева*) и *Biedl'у*, черезъ заднюю мозжечковую ножку, а по *Marchi*—черезъ среднюю. Описываемый случай, въ которомъ, какъ указано выше, опухолью съ кровоизліяніемъ занятъ главнымъ образомъ верхній червь мозжечка, позволяетъ высказать предположеніе, что кѣлки происхожденія этихъ волоконъ заложены въ корѣ верхняго червя.

То-же можно сказать о происхожденіи волоконъ другого пучка, который равнымъ образомъ оказался перерожденнымъ на обѣихъ сторонахъ спинного мозга, именно—о такъ называемомъ *переднемъ крессомъ пучкѣ Löwenthal'я*. На связь этого пучка съ верхнемъ червемъ раньше уже было указано *Ф. Телятникомъ* (изъ лабораторіи проф. *В. М. Безтерева*), находившимъ перерожденіе этой системы при изолированныхъ поврежденіяхъ червя или кровельнаго ядра мозжечка ¹⁾.



¹⁾ *В. М. Безтеревъ*. Проводящіе пути спинного мозга. Спб. 1896—1898 г.

(Изъ Казанской Окружной Лечебницы).

Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при душевныхъ болѣзняхъ (*Urticaria* и *dermographismus* при *lues cerebri*)¹⁾.

М. М. Маевского.

25 Марта 1900 года въ Казанскую Окружную Лечебницу были доставлены въ возбужденномъ состояніи съ частыми судорожными припадками больной А. Н. В—въ, 34 лѣтъ, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. По собраннымъ о немъ свѣдѣніямъ оказалось, около 10 лѣтъ тому назадъ имѣлъ сифилисъ, отъ котораго лечился втираніями. Онъ женатъ, имѣетъ дочь 3 лѣтъ, страдающую расходящимся косоглазіемъ, до этого ребенка жена 4 раза выкидывала. По словамъ жены, послѣднія 5 лѣтъ В—въ былъ крайне раздражительнымъ и вспыльчивымъ, часто волновался по самымъ ничтожнымъ поводамъ. Послѣднія 7 лѣтъ по срединѣ лба между лобными буграми начала расти опухоль, къ послѣднему времени достигшая величины сливы. 10 февраля текущаго года эта опухоль была удалена въ Петербургѣ, послѣ чего долго гноилась. Еще будучи въ Петербургѣ В—въ сталъ проявлять признаки душевнаго расстройства, сталъ тоскливымъ, крайне раздражительнымъ, отказывался отъ пищи. 18-го марта В—въ прибылъ въ Казань, причемъ знакомымъ казался здоровымъ. 22-го сдѣлался угрюмымъ, малоразговорчивымъ. 23 совершенно замолкъ; между 10—11 ч. утра окружающими былъ наблюдаемъ судорожный припадокъ, при чемъ

¹⁾ Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ 29 октября 1900 г.

замѣчено было, что лицо больного скашивается преимущественно въ правую сторону. 24-го наблюдалось 2 судорожныхъ припадковъ; вечеромъ этого дня открылся цѣлый рядъ судорожныхъ припадковъ. Сознаніе было утрачено. На пріемѣ въ Лечебницѣ судорожные припадки слѣдовали одинъ за другимъ, при этомъ на туловищѣ больного (при непораженныхъ конечностяхъ) отмѣчена высыпь крапивницы, ограничивавшаяся преимущественно правой стороною. Выговоръ словъ крайне затрудненъ. Тотчасъ послѣ помѣщенія въ отдѣленіе наблюдалось три судорожныхъ припадковъ. Сознаніе вполне затемнено. Лицо гиперемировано. Въ день помѣщенія отмѣчено 12 судорожныхъ припадковъ, о точномъ возникновеніи которыхъ на той или другой сторонѣ рѣшительно трудно сказать въ виду рѣзкаго и бурнаго возникновенія ихъ; можно было отмѣтить только нѣкоторую наклонность судорогъ начинаться съ правыхъ конечностей. Тѣлеснаго изслѣдованія больного не было возможности произвести въ виду особенности состоянія больного. На лбу по срединѣ между лобными буграми вертикальная рѣзаная рана длиною въ 2 с.; при изслѣдованіи этой раны зондомъ костнаго дна ея не обнаружено, зондъ касается твердой мозговой оболочки, его можно подвести на внутреннюю поверхность лобной кости. Края раны нѣсколько изъѣдены, изъ нея въ значительномъ количествѣ выдѣляется гноевидная жидкость. 26-го отмѣчено 11 судорожныхъ припадковъ. Сознаніе все время затемнено. Лицо гиперемировано. Зрачки неравномѣрны—правый шире лѣваго. Кожа преимущественно на правой половинѣ туловища (за исключеніемъ конечностей) покрыта обильной пузырчатой сыпью и обширными красными пятнами, замѣтно мѣнявшими свои очертанія. Сыпь и красныя пятна то исчезаютъ, то вновь появляются совмѣстно съ исчезновеніемъ и возникновеніемъ судорожныхъ припадковъ. 27-го наблюдалось 2 судорожныхъ припадковъ. Сознаніе не ясно. Начинаетъ говорить, слова выговариваетъ хорошо. Охваченъ обильными обманами органовъ чувствъ. Вѣлъ, малоподвиженъ, лежитъ въ постели. Неравномѣрность зрачковъ мѣняется, діаметръ ихъ постоянно колеблется. Неопрятенъ — марается и мочится подъ себя. 28-го крайне беспокоенъ, возбужденъ, рвется идти, кричитъ, командуетъ, при удерживаніи сопротивляется. Дѣлаетъ попытки къ нападенію на окружающихъ. Уединенъ. Въ отдѣльной комнатѣ держится крайне-шумно, кричитъ, стучитъ въ

дверь; повязки на лбу не держить. 29-го болѣе спокоенъ, по прежнему охваченъ обманами органовъ чувствъ. Явилась нѣкоторая возможность произвести изслѣдованіе больного, причемъ оказалось: больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Кожа мѣстами покрыта зудящей пузырьчатой сыпью. Около каждого пузыря красная кайма. Послѣ проведенія какимъ-либо предметомъ линіи на кожѣ, на мѣстѣ этой линіи появляется вышеописаннаго характера сыпь, вполне отвѣчающая проведенной линіи. На кожѣ можно воспроизвести рисунки буквъ,* состоящіе изъ пузырьчатыхъ линій. Явленіе кожной сыпи отмѣчается преимущественно на правой сторонѣ туловища. Запечатлѣть эти пузырьчатые линіи на фотографической пластинкѣ не являлось возможности по причинѣ особенно безпокойнаго состоянія больного. На кожѣ лба вышеописанная проникающая до мозговыхъ оболочекъ рана. Подкожный жировой слой въ достаточномъ количествѣ. Видимыя слизистыя оболочки естественной розовой окраски. Зрачки неравномѣрны, постоянно мѣняютъ свой діаметръ. Всѣ виды кожной чувствительности, при недостаточно тонкихъ способахъ изслѣдованія у возбужденнаго больного, сохранены безъ видимыхъ болѣзненныхъ измѣненій. Рефлексы (насколько удалось ихъ изслѣдовать) въ предѣлахъ достаточной живости. Во внутреннихъ органахъ болѣзненныхъ измѣненій не найдено. 31-го марта больной тихъ, добродушенъ, хорошо настроенъ. Сознаніе прояснилось. Даетъ о себѣ удовлетворительныя свѣдѣнія. Справляется о родныхъ. Охотно подвергается леченію. 3-го апрѣля сталъ жаловаться на боль въ правой половинѣ грудной клѣтки. При изслѣдованіи обнаруженъ обильный плевральный выпотъ. 9-го больной началъ быстро тѣлесно слабѣть. Съ 31 марта по 13-е апрѣля не проявлялъ рѣшительно никакихъ признаковъ душевнаго расстройства. Сознаніе ясное. Настроеніе ровное. Ни обмановъ органовъ чувствъ, ни бредовыхъ идей не отмѣчалось. Самочувствіе плохое. Съ 13-го апрѣля появились жестокія головныя боли. Больной въ полузабытіи. Временами вспыхиваютъ обманы органовъ чувствъ. Тихъ, покоенъ, малоподвиженъ. Изъ раневой полости усиленное отдѣленіе гнойвидной жидкости. При изслѣдованіи глазного дна, произведенномъ д-ромъ Наумовымъ, найденъ застойный сосокъ въ томъ и другомъ глазѣ. Мочится подъ себя. На правой ягодицѣ появился обширныхъ размѣровъ нарывъ, при вскрытіи котораго выдѣлилось значительное количество

зловоннаго гноя. 8-го мая пульсъ постоянно колеблется въ величинѣ и силѣ. Тоны сердца глухи. Держатся жестокія головныя боли. 9-го мая рѣзкая аритмія въ дѣятельности сердца. 10-го появились рвота, иканіе. Сердечная дѣятельность въ высокой степени неправильная. Сокращенія сердца становятся то сильными, то вдругъ падаютъ. Въ этотъ день больной скончался при явленіяхъ быстро нарастающей слабости сердечной дѣятельности и отека легкихъ. Со дня поступленія больной получалъ усиленное ртутное и іодистое леченіе, результатомъ котораго явилось почти внезапное и рѣзкое улучшеніе, отмѣченное 31-го марта и длившееся до 13-го апрѣля. Послѣ 29 апрѣля сыпей болѣе не наблюдалось и уже нельзя было вызвать тѣхъ явленій кожного аутографизма, которыя были отмѣчены ранѣе.

Измѣненія въ душевной дѣятельности 22 и 23 марта, возникновеніе бурныхъ эпилептоидныхъ припадковъ, измѣненія рѣчи (афазія), какъ бы преимущественное пораженіе правой половины туловища, постоянно колеблющаяся неравномѣрность зрачковъ, бурное теченіе страданія, lues въ анамнезѣ и присутствіе гуммы ossis frontis (проникающая рана до оболочекъ мозга ossis frontis)—позволили на совмѣстномъ совѣщаніи врачей Лечебницы поставить распознаваніе этого страданія, какъ lues cerebri. Само по себѣ это страданіе, какъ достаточно частое въ практикѣ Лечебницы, не имѣетъ выдающагося интереса. Самое интересное, что можно отмѣтить въ исторіи этой болѣзни,—это то, что при возникновеніи столь бурнаго органическаго душевнаго страданія появилась ясно выраженная сыпь крапивницы, колебавшаяся въ своей силѣ и выраженности въ зависимости отъ возникновенія или ослабленія эпилептоидныхъ припадковъ. Кромѣ того на участкахъ кожи, свободныхъ отъ сыпи, можно было вызывать сыпь пузырей по произвольно проведеннымъ какимъ-либо предметомъ линіямъ, придавая этимъ линіямъ видъ буквы или рисунка. Пузырчатая сыпь вызванная экспериментально, быстро уничтожалась. Здѣсь мы имѣемъ явленія дермографіи. Намъ бросилось въ глаза преимущественное участіе правой стороны

туловища въ возникновеніи сыпей. Возникновеніе сыпей ставится опытомъ природы какъ бы въ зависимость отъ органическаго пораженія головного мозга. Эта сыпь можетъ быть названа *urticaria factitia*. Послѣ тщательныхъ поисковъ въ доступной намъ специальной литературѣ случая подобнаго нашему не было найдено. Нашъ случай является до нѣкоторой степени единственнымъ.

Дермографизмъ, какъ патологическое явленіе, извѣстенъ давно, еще въ средніе вѣка являясь причиной гоненій на такъ называемыхъ вѣдмъ (Mesnet. *Autographisme et stigmates*). Это болѣзненное кожное явленіе описано подъ различными названіями: дермографія (Féré et Lance), автографизмъ (Dujardin-Beaumetz, Mesnet), стигматодермія, стигматизія, *l'urticaire graphique* (Lwoff), стереографическій дерматоневрозъ (Chambard), дермографическая ложная крапивница. Наиболѣе характернымъ случаемъ является случай Dujardin-Beaumetz—*„femme autographique“*. Mesnet описалъ 4 случая дермографіи на истерической почвѣ. М. Lwoff опубликовалъ случай *urticaire graphique* у слабоумнаго душевно-больного, не имѣвшаго какихъ-либо признаковъ истеріи. Féré и Lance наблюдали дермографію у 229 душевно-больныхъ при различныхъ состояніяхъ и формахъ душевныхъ страданій. Въ особенности продолжительнымъ симптомъ дермографіи былъ у двухъ угнетенныхъ больныхъ, одного паралика, у одного слабоумнаго и одного галлюцинирующаго эпилептика. Этотъ перечень литературныхъ данныхъ по вопросу о дермографіи могъ бы быть пополненъ болѣе, если бы нашъ случай имѣлъ съ ними какую-либо аналогію. Весь вопросъ о дермографіи въ нашемъ случаѣ долженъ былъ бы сводиться къ вопросу объ *urticaria factitia* (Lesser), появляющейся вслѣдствіе рефлекторнаго измѣненія въ иннервации кожныхъ сосудовъ. Объясняя свой случай какъ ангионеврозъ, мы опирались при этомъ на совмѣстность высыпаній и рѣзкихъ болѣзненныхъ явленій со стороны коры головного мозга и ставили этотъ ангионеврозъ въ зависимость отъ наблюдавшагося

коркового заболѣванія. Какъ ранѣе было указано, у больного было замѣчено судорожное скашивание правой половины лица, преимущественное начало судорожныхъ сокращеній на правой сторонѣ туловища, ясно выраженное разстройство рѣчи. Эти явленія заставили предполагать существованіе наиболѣе выраженного пораженія въ двигательной области лѣваго полушарія. Какого характера было это пораженіе,—за отсутствіемъ аутопсіи (по настоянію родственниковъ) рѣшить было трудно. На предполагаемомъ существованіи гуммы въ упомянутомъ районѣ не пришлось остановиться по двумъ причинамъ: 1) вскорѣ исчезнувшіе эпилептоидные припадки не оставили какихъ-либо измѣненій въ дѣятельности корковыхъ центровъ лѣвой двигательной области; 2) изслѣдованіе глазного дна того или другого глаза показало равномерный отекъ pupillae въ обоихъ глазахъ; 3) гумма, какъ всетаки достаточно медленно нарастающая опухоль, не могла сразу вызвать столь бурныя судорожныя сокращенія съ послѣдующимъ бурнымъ душевнымъ возбужденіемъ, обильными обманами органовъ чувствъ. Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ сифилитическаго страданія спинного и головного мозга сосуды ихъ атероматозно измѣнены (Heubner, Орловскій), мы предположили, что въ нашемъ случаѣ могъ быть ограниченный менинго-энцефалитъ на почвѣ атероматозно измѣненныхъ сосудовъ подъ вліяніемъ бывшаго сифилиса.

Работами Landois и Eulenburg'a сдѣланы указанія на вліяніе коры головного мозга на сосудистый тонусъ. Въ 1886 году Бехтеревъ и Миславскій, производя изслѣдованія надъ двигательной областью коры головного мозга собаки (*gyrus sygmoideus*, *sulcus cruciatus*), установили рядъ наблюденій, показывающихъ очень существенное вліяніе двигательной области коры, *thalamus opticus* и *globus pallidus* на сосудистый тонусъ,—вліяніе, выразившееся или въ пониженіи или въ повышеніи кровяного давленія. При раздраженіи пунктовъ 2-й и 3-й первичныхъ извилинъ наблюдалось угнетеніе сосудистаго тонуса, постепенно выравнивавшееся и приходя-

щее къ нормѣ. Упомянутыя области у человѣка должны соответствовать области, прилегающей къ Сильвиевой бороздѣ въ передней ея части. Имѣя въ нашемъ случаѣ раздраженіе лѣвой двигательной области, вызывавшее бурныя судорожныя движенія, сопровождавшіяся разстройствомъ рѣчи, мы держались мнѣнія, что болѣзненный процессъ долженъ былъ захватить область, граничащую съ корнемъ Сильвиевой борозды. То обстоятельство, что на ряду съ возникновеніемъ судорожныхъ припадковъ появились рѣзкія явленія крапивницы и дермографіи, заставляло насъ предполагать связь мозговой локализациі, двигательныхъ разстройствъ и наблюдавшагося ангионевроза. Это предположеніе подтверждалось до нѣкоторой степени результатами примѣннаго леченія — исчезли подъ вліяніемъ ртути и іода судорожные припадки, исчезли и крапивница, и явленія дермографіи; ангионеврозъ подъ вліяніемъ специфическаго леченія также исчезъ. Сопоставляя данныя фізіологическихъ изслѣдованій Миславскаго и Бехтерева и тѣ явленія въ сосудистой системѣ, которыя въ нашемъ наблюденіи случайно были вызваны природой, мы отчасти были склонны думать, что нашъ случай подтверждаютъ клинически фізіологическіе выводы. Во всѣхъ случаяхъ, описанныхъ многими наблюдателями, какъ ангионеврозъ, это явленіе нигдѣ не зависѣло столь рѣзко отъ страданія головного мозга. Во всей доступной намъ литературѣ по этому вопросу мы нашли только одинъ случай одностороннихъ сосудодвигательныхъ разстройствъ, въ которомъ при вскрытіи были найдены патолого-анатомическія измѣненія въ веществѣ головного мозга. Въ *Annales médico-psychologiques* за 1899 г. реферирована статья д-ра Kaiser'a — „одностороннія сосудодвигательныя разстройства мозгового происхожденія“. Kaiser наблюдалъ слабоумную старуху 69 л. Въ 1894 г. въ полѣ у нея появилось ослабленіе мышечной дѣятельности, ослабленіе походки; рефлексъ и чувствительность понижены. Въ январѣ 1895 г. у больной обнаружены были ограничивавшіяся правой стороною туловища сосудистыя разстройства — парезъ со-

судовъ, обусловившій отечное состояніе правой половины тѣла за исключеніемъ головы. 9 марта этого года больная умерла. При вскрытіи въ лѣвомъ полушаріи были обнаружены очаги размягченія: одинъ старый величиною въ франкъ въ gyrus supramarginalis и другой длиною въ 1 с. въ nucleus caudatus; въ nucleus lenticularis найдена киста величиною съ чечевичное зерно. Kaiser, отвергая вліяніе на сосудистыя разстройства коркового очага размягченія, какъ стараго, отыскиваетъ причину наблюдавшихся имъ сосудистыхъ разстройствъ въ пораженія nuclei caudati; онъ заключаетъ, что nucleus caudatus содержитъ въ себѣ сосудодвигательный центръ для противоположной половины туловища. Обращаясь снова къ изслѣдованіямъ Бехтерева и Миславскаго, мы находимъ указаніе на то, что рѣзкій эффектъ на давленіе крови наиболѣе полно получается не только при раздраженіи областей коры, прилегающихъ къ Сильвіевой бороздѣ, но и при раздраженіи nuclei lenticularis (globus pallidus) и thalami optici; наименьшій эффектъ наблюдается при раздраженіи nuclei caudati. Посему въ случаѣ Kaiser'a сосудодвигательныя разстройства съ большимъ правомъ слѣдовало бы приписать вліянію кисты въ n. lenticularis. Этотъ случай по односторонности сосудистыхъ разстройствъ является аналогичнымъ нашему. Какъ въ этомъ, такъ и въ нашемъ случаѣ могла быть патолого-анатомическая причина, вызвавшая наблюдавшійся нами ангионеврозъ. Въ случаѣ Kaiser'a причина была постоянная, коренившаяся въ разрушеніи нѣкоторыхъ областей вещества головного мозга; въ нашемъ—преходящая, достаточно легко устраненная терапевтическими мѣропріятіями.

Л и т е р а т у р а.

- 1) Féré et Lance. La dermatographie chez alinés.—Journal de neurologie, № 23; цитировано по Jahresbericht 1898 г.
 - 2) Annales medico psychologiques 1890.—Mesnet. Autographisme et stigmates p. 424.
 - 3) Idem. 1888 г.—Lwoff. Un cas d'urticaire graphique.
 - 4) Idem. 1899 г.—ref. Kaiser. Troubles vaso moteurs unilatéraux d'origine cérébrale.
 - 5) Архивъ психіатріи и неврологіи. Т. VIII.—Проф. Бехтеревъ и д-ръ Миславскій. О вліянні мозговой коры и центральныхъ областей мозга на давленіе крови и дѣятельность сердца.
 - 6) Проф. Edmund Lesser. Руководство къ кожнымъ болѣзнямъ.
-

Статистика въ психіатріи.

В. П. Малѣва.

Ординатора психіатрической клиники Казанскаго Университета.

Въ настоящее время методъ статистики является общепринятымъ въ психіатріи; безъ статистическихъ цифръ теперь не обходится почти ни одно сочиненіе, претендующее на научный характеръ. Поэтому вполне своевременно отмѣтить значеніе статистическаго метода и обратить вниманіе на то, какъ примѣняется онъ въ психіатріи; посмотреть, какія желательны при этомъ улучшенія и къ какимъ результатамъ можетъ привести неправильное имъ пользованіе.

За время, съ начала XIX столѣтія, когда статистика повидимому впервые была введена въ психіатрію Пинелемъ и особенно Эскиролемъ, она дала такъ много нашей наукѣ, что вполне заслуживаетъ большаго вниманія и болѣе сознательнаго къ ней отношенія, чѣмъ это иногда оказывается на дѣлѣ. Я думаю предпринять посильный опытъ въ этомъ направленіи. Считаю однако не лишнимъ привести предварительно историческій очеркъ развитія статистики, хотя бы въ краткихъ и отрывочныхъ данныхъ, и напомнить нѣкоторыя ея главнѣйшія требованія.

I.

Статистика представляетъ далеко не новую науку, такъ какъ начало ея восходитъ до глубокой, сѣдой старины¹⁾. Свѣдѣнія о численности населенія по полу и возрасту, о

доходности земель и пр. у Китайцевъ, этой старѣйшей, по началу цивилизаціи, народности, собирались уже за XXIII вѣка до Р. Хр., за XII столѣтій у нихъ періодически производились правильныя народныя переписи.

Египтяне также были знакомы съ переписью населенія и одна изъ нихъ была напр. произведена ими Евреямъ при выходѣ послѣднихъ изъ Египта. У самихъ Евреевъ въ „Книгѣ чиселъ“ Моисей перечисляются мужчины, способные носить оружіе. Въ Персіи, Греціи и Римѣ были особыя статистическія учрежденія, были агенты, которые собирали свѣдѣнія для надобностей правительства.

Но отъ древнѣйшихъ временъ до насъ не дошло ни одного сочиненія съ чисто научнымъ статистическимъ характеромъ, такъ что можно думать, что въ то отдаленное время методъ счисленія имѣлъ чисто прикладное, административное значеніе. Какъ бы то ни было, онъ все-же пользовался тогда правами гражданства. Человѣчеству повидимому свойственно иногда забывать свои научныя приобрѣтенія и чрезъ нѣсколько столѣтій снова ихъ открывать. Этому могла подвергнуться и статистика. По крайней мѣрѣ отъ первой половины среднихъ вѣковъ осталось еще меньше статистическихъ сочиненій, чѣмъ отъ древнихъ, а оставшіяся—не вносятъ ничего новаго.

Только около половины среднихъ вѣковъ и позднѣе статистика опять начинаетъ приобрѣтать прежнее значеніе; начинаютъ практиковаться записи духовенствомъ церковныхъ требъ, которыя много позднѣе послужили матеріаломъ для статистики движенія населенія; начинается разработка способовъ составленія статистическихъ таблицъ и т. д.

Первыя попытки систематизаціи имѣвшагося матеріала и первое стремленіе создать теорію счислительнаго метода принадлежатъ Германіи въ концѣ XVII столѣтія. Именно, въ 1672 году *H. Politanus* написалъ свое сочиненіе: „*Microscopium statisticum quo status imperii Romano-Germanici representatur*“ и такимъ образомъ впервые употребилъ слово

статистика. Повидимому это названіе однако долго не пользовалось популярностью, такъ какъ до половины XVIII вѣка новая наука чаще называлось „*notitia*“ rerum publicarum или rei publicae, а у нѣмцевъ позднѣе: „*Staatkunde*“. По *Конрингу* подъ этимъ названіемъ нужно было понимать науку, которая говоритъ о фактахъ, достойныхъ вниманія въ каждомъ государствѣ.

Въ концѣ первой половины XVIII вѣка слово „статистика“ снова было примѣнено *Ахенвалемъ*, проф. сначала въ Марбургѣ, потомъ въ Геттингенѣ, по отношенію его „Сборника достопримѣчательностей государства“ и съ того времени вошло въ общее употребленіе. Его и многія другія сочиненія имѣли пока обще-статистическій характеръ, чуждый нашему понятію о статистикѣ. Первой статистической работой въ современномъ смыслѣ этого слова была работа *John Graunth*: „Естественныя и политическія данныя по извѣстіямъ объ умершихъ“ (Graunth. Natulal and Political annotations upon the bills of mortality. 1662.) Авторъ воспользовался списками умершихъ въ Лондонѣ за 60 лѣтъ и пытался опредѣлить смертность населенія по возрастамъ, перевѣсъ мужскихъ рожденій надъ женскими и пр.; при этомъ оказалось, что число умершихъ въ Лондонѣ пополняется не числомъ родившихся, а иммиграціей новыхъ поселенцевъ.

Въ Германіи первой подобной же работой было: „Die Göttliche Ordnung in den Varänderungen des menschlichen Geschlechts“ *P. Süssmilch*'а въ 1741 году. Въ этомъ „Божественнымъ порядкѣ“ авторъ дѣлаетъ систематическую разработку матеріала, взятаго изъ церковныхъ записей по движенію населенія и смотритъ на законосообразности въ природѣ съ богословской точки зрѣнія. Общественныя явленія онъ ставитъ въ зависимость отъ воли Творца и все находитъ прекраснымъ и совершеннымъ. Но, не смотря на видимую односторонность взгляда, его теологическая точка зрѣнія мало оказываетъ вліянія на разработку матеріала и выводы, которые и до сихъ поръ не лишены значенія. Эта работа по справедливости можетъ

считаться первой, положенной въ основаніе собственно медицинской статистики.

Новый методъ однако долго не считался заслуживающимъ особаго вниманія; въ медицинѣ имъ совсѣмъ не пользовались первое время. Только въ началѣ XIX столѣтія знаменитый врачъ своего времени *Alexander Louis*, начиная съ 1825 года, сталъ издавать работы о чахоткѣ¹⁾ и тифозной лихорадкѣ, которыя окончательно подорвали въ медицинѣ остатки прежнихъ умозрительныхъ теорій. Этотъ авторъ, одинъ изъ лучшихъ представителей французской школы патолого-анатомовъ того времени, своими работами положилъ начало научному и сознательному статистическому методу при рѣшеніи медицинскихъ вопросовъ. Однако, если вспомнить исторію развитія медицины, то окажется, что намеки на статистику, правда отдаленные пока, были уже со временъ Гиппократа²⁾.

Такъ, школа Гиппократиковъ считала, что единственный путь для достиженія совершенства во врачебномъ искусствѣ заключается въ тщательномъ и осмысленномъ наблюденіи. Уже древніе врачи разрабатывали этиологию заболѣваній, при чемъ придавали большое значеніе вліянію климата, погоды, воды и географическаго положенія. О необходимости для медицины строгаго метода индукціи, наблюденія и опыта говорилъ въ XVII в. Францискъ Бэконъ; на этомъ настаивалъ также и *Giorgio Baglivi*, говоря про теоретическія изслѣдованія и заключенія, что ими „ars nostra illustratur, non efficitur“. Извѣстному *Sydenham*'у принадлежитъ заслуга, что онъ вывелъ медицину изъ заблужденій всевозможныхъ системъ на путь научнаго наблюденія, утверж-

¹⁾ Louis. Recherches anatomico-pathologique sur la phthisie. P. 1825.—Note sur la fréquence relative de la phthisie chez les deux sexes. (Annales d'Hygiène publique, P. 1831. T. VI, p. 50).—Instruction sur l'étude de la phthisie considérée dans les divers climats. (Bulletin de l'Acad. royale de Med. P. 1837. T. 1, p. 312). Цит. по Esquirol'ю. «De Malad. Ment.», T. II p. 268.

дая, что болѣзни вполнѣ естественны и подчинены обычнымъ законамъ. Его многолѣтнія наблюденія привели его къ заключенію, что эпидемическія болѣзни не зависятъ отъ перемѣны погоды и временъ года. Изъ систематиковъ *Boerhaave*, исходя изъ того, что все знаніе и дѣятельность врача основаны на наблюденіи и что психическіе процессы недоступны физическому методу, выступилъ за необходимость точной разработки медицины.

Въ XVIII в. изъ анатомовъ *P. Camper* сталъ извѣстнымъ между прочимъ за примѣненіе теоріи „личного угла“ для опредѣленія душевныхъ способностей. Въ то же приблизительно время *A. Haller*, положившій начало физиологіи, т. е. вложившій душу въ медицину, настаивалъ на необходимости обоснованія медицины на естественныхъ наукахъ, исторіи и наблюденіи. Основатель патологической анатоміи *G. Morgagni* въ основу своего сочиненія: „*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*“ положилъ массу тщательно провѣренныхъ фактовъ.

Въ XIX в. изъ школы виталистовъ *Barthez* считаетъ важнѣйшей задачей медицины—выяснить съ помощью анализа элементы нормальныхъ и патологическихъ процессовъ, выдѣлить все разнородное, а все однородное связать съ помощью синтеза. *Fr. Bichat* находитъ главное отличіе жизненныхъ силъ отъ законовъ физическихъ въ неизмѣняемости послѣднихъ и въ чрезвычайной измѣнчивости первыхъ. *Fr. Magendie* въ противорѣчіе виталистамъ опредѣленно говоритъ, что полагать, будто каждое живое существо, растенія или животное подчинено законамъ, независимымъ отъ законовъ, управляющихъ другими тѣлами природы, значитъ распространять одинъ изъ печальнѣйшихъ предразсудковъ; думать все это—значитъ противиться научному прогрессу.

Такимъ образомъ развитіе медицинской статистики въ сущности шло рука объ руку съ развитіемъ самой медицины. Да иначе и не могло быть, такъ какъ трудно представить

себѣ врача, какого бы ни было времени, который не пользовался бы въ своей практикѣ наблюденіемъ, проведеніемъ аналогіи между нѣкоторыми отдѣльными случаями, и не дѣлалъ бы при этомъ никакихъ выводовъ; но конечно это были только зачатки той статистики, которую мы знаемъ теперь.

О примѣненіи статистическаго метода въ собственномъ смыслѣ къ психіатріи въ средніе вѣка ничего не извѣстно, такъ какъ и сама психіатрія въ это время находилась въ небываломъ упадкѣ. Только въ XVI столѣтіи начинаютъ появляться въ психіатріи проблески жизни, начинаютъ примѣняться лучшіе приемы при изслѣдованіи душевно-больныхъ. Но еще и въ XVII стол. и то лишь у *Сталля*, эти новыя начала остаются въ прежнемъ положеніи. Только съ конца XVIII вѣка, благодаря тому, что въ сознаніе общества проникли болѣе правильныя взгляды на душевныя заболѣванія, стали возникать убѣжища для душевно-больныхъ и появились такіе психіатры, какъ *Кулленъ* и др., психіатрія быстро стала развиваться. Ея могучій подъемъ, какъ извѣстно, возникъ съ началомъ XIX стол., со временъ *Пинеля* и достойнаго его ученика *Эскироля*. Съ этого же времени медицинская статистика начинаетъ примѣняться въ психіатріи, какъ одинъ изъ лучшихъ методовъ массоваго наблюденія, тѣмъ болѣе, что ученые работы *Кетла* вскорѣ (въ 30-хъ и 40-выхъ годахъ) создали болѣе совершенную школу въ статистикѣ.

Въ первомъ изданіи своей замѣчательной работы: *Traité medico-philosophique etc.* въ 1801 г. *Pinel* пока ничего не говоритъ о статистическомъ методѣ; черезъ 9 лѣтъ во второмъ изданіи этой работы онъ уже отводитъ статистикѣ надлежащее мѣсто. Но первымъ, повидимому, примѣнившимъ медицинскую статистику къ изученію душевныхъ болѣзней, является *Эскироль*. „Во 2-омъ томѣ своего—„*Des maladies mentales*“ *Brux.* 1838. онъ пользуется для статистической разработки матеріаломъ изъ *Charenton'a* за 19 лѣтъ, при чемъ свѣдѣнія о 1557 больныхъ за послѣдніе 8 лѣтъ разрабатываются особенно подробно. Его таблицы (около 12) отличаются замѣчательной простотой и ясностью. Въ нихъ, правда, еще

нѣтъ относительныхъ величинъ, но ихъ характеръ и критическая оцѣнка не лишены интереса и теперь.

Изъ дальнѣйшихъ статистическихъ работъ по психіатріи замѣчательны: *Байлярже* о зобѣ и кретинизмѣ, *Люнье*—объ алкоголизмѣ и нѣкоторыя другія ¹⁾.

II.

Такимъ образомъ статистика постепенно заняла въ медицинѣ и въ частности въ психіатріи прочное положеніе и въ настоящее время примѣняется очень часто. Общеупотребительность статистическаго метода въ медицинѣ, даже не говоря о санитарной статистики въ гигиенѣ, станетъ понятной, если мы вспомнимъ то разнообразіе, съ какимъ главныя и второстепенныя причины комбинируются здѣсь со слѣдствіями. Напр. извѣстно, что заболѣваніе брюшнымъ тифомъ вызывается зараженіемъ брюшно-тифозною палочкой. Однако тифомъ заболѣваетъ не всякій, кто имѣлъ соприкосновеніе съ заразой, да и сама зараза повидимому не всегда имѣетъ одинаковую силу. А какое наблюдается разнообразіе въ отдѣльныхъ случаяхъ брюшного тифа! Дѣло еще сложнѣе при душевныхъ заболѣваніяхъ. За рѣдкими исключеніями, здѣсь нѣтъ опредѣленныхъ одиночныхъ причинъ заболѣванія, которыя вызывали бы только опредѣленной психовъ. Обыкновенно душевная болѣзнь является слѣдствіемъ воздѣйствія на предрасположенный мозгъ цѣлаго ряда неблагоприятныхъ моментовъ; здѣсь подчасъ трудно разобратъ, гдѣ кончается причина и начинается слѣдствіе. Поэтому главный причинный моментъ заболѣванія можетъ остаться скрытымъ, хотя бы врачу и удалось познакомиться съ самыми интимными подробностями жизни больного. А между тѣмъ какого иногда стоитъ труда узнать отъ больныхъ и ихъ родственниковъ эти подроб-

¹⁾ Болѣе позднѣйшія работы см. Реальная энциклопедія мед. наукъ т. VI, стр. 460—461.

ности! „Выпытать признаніе истины, говоритъ одинъ изъ англійскихъ психіатровъ³⁾, въ нѣкоторыхъ случаяхъ также трудно, какъ выпытать отъ невѣрной жены признаніе въ ея невѣрности. Существованіе помѣшательства даже въ королевскихъ фамиліяхъ не въ состояніи сдѣлать его модною болѣзною“. Эскироль также говоритъ, что изученіе этиологіи душевныхъ болѣзней на столько же важно, на сколько и трудно. Больные не въ состояніи дать указанія, а родственники ихъ или не знаютъ причинъ заболѣванія, или же скрываютъ ихъ, не придавая этому важности⁴⁾.

Однако, если этиологія психозовъ, не смотря на подобныя затрудненія, изучена все же весьма обстоятельно и даже лучше, чѣмъ при другихъ болѣзняхъ, то это благодаря помощи статистики. При изученіи ихъ этиологіи она является такимъ же важнымъ орудіемъ, какимъ оказывается клиническое и патолого-анатомическое изслѣдованіе при изученіи сущности заболѣванія. Прямо статистика не указываетъ на причину явленія; она только помогаетъ найти ее, но и это оказалось неоцннимымъ при массовомъ наблюденіи. Въ самомъ дѣлѣ, какъ бы ни были разнообразны единичные случаи, при достаточномъ числѣ ихъ, индивидуальныя особенности и уклоненія каждаго сглаживаются и правильно группируются около среднихъ величинъ. Дѣйствіе главной причины при массовомъ наблюденіи выступаетъ рѣзче, чѣмъ дѣйствіе случайныхъ, какъ бы мало ни было въ отдѣльныхъ случаяхъ проявленіе этой главной причины.

Горячимъ защитникомъ значенія статистики для психіатріи является тотъ же Эскироль, имя котораго вѣроятно никогда не будетъ забыто психіатрами. Его слова на столько характерны, что я рѣшаюсь привести ихъ. Онъ говоритъ, что „всякій практическій врачъ невольно пользуется статистическими соображеніями, когда ставитъ предсказаніе у постели больного, такъ какъ объ этомъ случаѣ онъ судитъ по аналогіи съ другими, подобными же. Въ статистическомъ методѣ прогрессъ далъ новое орудіе изслѣдованія и если медицина не станетъ пренебрегать имъ, она овладѣетъ большимъ числомъ положительныхъ знаній; ее менѣе станутъ тогда упрекать въ отсутствіи твердо установленныхъ принциповъ, въ туманности и гадательности. Есть, говоритъ онъ, такіе, которые не довѣряютъ статистикѣ—

о значенія ея споръ былъ даже въ самой медицинской Академіи и довольно интересный — потому что ея результаты иногда невѣрны и обманчивы. Въ рукахъ чиновниковъ, или людей, которые берутся не за свое дѣло, иногда скрываютъ и даже искажаютъ достовѣрность цифръ, конечно статистика не охотъ служить наукѣ, но она ли виновата тутъ? Другіе выдумываютъ, что она будто бы тяжелое занятіе, требующее усидчиваго труда, что она страшитъ ихъ непроизводительной затратой времени. Они предпочитаютъ отдѣлываться словами и фразами, своими островами, на столько же неудачными, какъ и ихъ представленіе о достовѣрности наблюденія. Но спросить ли кто нибудь изъ нихъ, чего стоили Louis его трудъ и время, когда онъ писалъ свои статистическія изслѣдованія о чахоткѣ!

«Нѣкоторые, не серьезные люди заявляютъ, что статистика о полѣ, возрастѣ и профессіи душевно-больныхъ, причинахъ сумасшествія и пр. не имѣетъ ни малѣйшаго значенія. Pinel, д-ра Ruch, Burrow и Halliday, Hols, Guallandi, Resch и многіе другіе думали совершенно иначе. Статистическія таблицы, расположенныя безпристрастно (avec conscience) на основаніи ежедневныхъ данныхъ, собранныхъ за много лѣтъ и по отношенію большого числа душевно-больныхъ, суммированныхъ съ тѣмъ же безпристрастіемъ, даютъ основанія для сравненія съ другими таблицами, изъ совершенно иного матеріала. Освѣщенные разумной критикой, такія сопоставленія даютъ драгоценные результаты изученія душевныхъ заболѣваній и ихъ причинъ. Статистика самый лучший методъ для опредѣленія вліянія на болѣзнь мѣстности, режима и метода лѣченія»⁶⁾.

Значеніе статистики такъ вѣрно было оцѣнено Эскиролемъ, что его слова имѣютъ силу убѣдительности и въ настоящее время. Статистическій методъ теперь видимо сталъ достояніемъ психіатріи; къ сожалѣнію, нѣкоторые авторы пользуются имъ не всегда съ надлежащей осторожностью. Они подвергаютъ свои числа различнымъ статистическимъ превращеніямъ, но при этомъ иногда мало заботятся объ основныхъ требованіяхъ статистики. Особенно часто грѣшатъ по отношенію точности и количества первичнаго матеріала. Естественно, что при такихъ условіяхъ могли и могутъ получаться ненадежные результаты, которые недостаточно выясняютъ сущность дѣла, даже иногда только затемняютъ его и на неопредѣленное время отодвигаютъ рѣшеніе вопроса. Эти скороспѣлые и невѣрные выводы, которые иногда противорѣчатъ очевидности, конечно не могли не обращать на себя вниманіе болѣе серьезныхъ наблюдателей. Такой поспѣшностью статистическихъ

выводовъ объясняется то, что даже *Вирховъ* сомнѣвается въ пользѣ статистики. Онъ говоритъ, что психіатрія обязана статистикамъ многими ошибочными выводами, которые не подтверждаются при вскрытіи; поэтому онъ считаетъ, что „*perpendae, non numerandae sunt observationes*“⁶⁾. Въ такомъ пессимизмѣ *Вирхова* виноватъ не статистическій методъ, безупречный самъ по себѣ, а тѣ, кто неумѣло имъ пользовался. Выражаясь языкомъ этого ученаго, поэтому я сказалъ бы, что *perpenda est numeratio observationum*, т. е.—нужно считать и взвѣшивать, вмѣсто его—„взвѣшивать, а не считать“.

Насколько выводы различныхъ авторовъ могутъ не сходиться между собою при ненадежномъ пользованіи статистикой, едва ли представляется для кого нибудь тайной. Поэтому я ограничусь слѣдующими примѣрами. *Наск Туке* ⁷⁾ на основаніи оффиціальныхъ отчетовъ больницъ Англіи и Валлиса доказываетъ, какъ легко сдѣлать крупный промахъ, неумѣло оперируя съ цифровыми данными. Со времени введенія въ Англіи съ 1878 г. строгой отчетности статистическія данныя не говорятъ въ пользу учащенія душевныхъ болѣзней, вопреки общепринятому мнѣнію; за то юношество все болѣе и болѣе пріобрѣтаетъ неустойчивую организацію нервной системы.

Визель ⁸⁾ въ своей работѣ: „Нервный вѣкъ въ свѣтѣ критики“ доказываетъ, что вопреки мнѣнію большинства нашъ вѣкъ ничуть не долженъ считаться изобилующимъ болѣе нервными болѣзнями, чѣмъ предыдущіе вѣка. Количество нервныхъ болѣзней, по автору, возросло въ послѣднее время между прочимъ вслѣдствіе того, что стали распознавать нервныя болѣзни тамъ, гдѣ раньше предполагались болѣзни другихъ органовъ. Авторъ доказываетъ, что число нервныхъ больныхъ со временемъ должно уменьшаться, благодаря способности человѣка приравливаться, ассимилироваться къ сложнымъ условіямъ жизни. Поэтому будущность человѣка не такъ мрачна, какъ это представляютъ многіе современные пессимисты. Объ этомъ значительно раньше *Визеля* гово-

рилъ также *Bulken*⁹⁾ и др. Онъ указывалъ (и подтверждалъ также статистическими данными), что во-1) официально числится большее число умалишенныхъ потому, что душевныя болѣзни въ настоящее время болѣе изучены и потому легче распознаются; 2) что въ настоящее время не только общины охотно помѣщаютъ душевно-больныхъ въ спеціальныя учрежденія для нихъ, но и частныя лица не стѣсняются пользоваться въ нихъ своихъ близкихъ и родныхъ, вслѣдствіе чего число душевно-больныхъ въ заведеніи рѣзко возросло; 3) при разумномъ и цѣлесообразномъ уходѣ въ больницахъ удлинилась средняя продолжительность жизни больныхъ; 4) въ настоящее время замѣчается большое число поступленій въ больницы сравнительно съ освобожденіемъ изъ нихъ, при чемъ смертность крайне ничтожна; наконецъ 5) что официально существующее число больше дѣйствительнаго потому, что одинъ и тотъ же больной фигурируетъ неоднократно въ отчетахъ, попадая каждый разъ при новыхъ рецидивахъ вновь въ больницу или переходя изъ одной въ другую; число повторныхъ поступленій въ Gheel'ъ составляетъ до 10% на общее число ихъ.

Такимъ образомъ эти работы противорѣчатъ издавна, можетъ быть нѣсколько шаблонно, установившимся взглядамъ, что цивилизація и ожесточеніе борьбы за существованіе увеличило число душевныхъ и нервныхъ заболѣваній. Съ другой стороны самъ Tuke пользуется официальными отчетами, которые вообще отличаются довольно сомнительной точностью. Соображенія двухъ послѣднихъ авторовъ имѣютъ извѣстное значеніе, но повидимому не всегда и не въ полномъ объемѣ подтверждаются позднѣйшими данными.

Какъ бы то ни было, статистика имѣетъ громадное значеніе въ психіатріи. Объ этомъ говорятъ и многіе авторитетные психіатры и сама распространенность статистическаго метода, особенно въ современной литературѣ. Если это такъ, то тѣмъ болѣе нужно быть осторожнымъ въ обращеніи съ этимъ методомъ, тѣмъ болѣе необходимо знакомство съ нимъ и соблюденіе основныхъ его правилъ.

III.

Я не буду вдаваться въ подробности требованій научной статистики; они обстоятельно изложены въ специальныхъ руководствахъ и работахъ ¹⁾, и потому здѣсь ограничусь напоминаніемъ только самыхъ главнѣйшихъ.

Первое и главное условіе для статистической разработки, это—наибольшая точность или *достоверность первичныхъ чиселъ*; они представляютъ фундаментъ, настоящій строительный матеріалъ для будущаго зданія, и каковъ онъ, такой будетъ и сама постройка. Къ сожалѣнію, это иногда забывается; пользуются матеріаломъ сомнительной точности и при томъ безъ всякаго критическаго къ нему отношенія. Последнее особенно необходимо, такъ какъ статистическія данныя вообще не обладаютъ безусловной достоверностью.

Первичныя наблюденія и слѣдовательно записи имѣютъ различную цѣнность въ зависимости отъ того, кѣмъ и какъ они производились. Поэтому Эскироль совѣтуетъ пользоваться только своими, хорошо извѣстными данными; заблужденіе, говоритъ онъ, составлять таблицы изъ чужого матеріала ²⁾, но и при обработкѣ своихъ наблюденій часто становится необходимою ихъ критическая оцѣнка; въ сомнительныхъ случаяхъ читатель тогда самъ можетъ судить о доброкачественности матеріала и вѣрности выводовъ. Далѣе важно, чтобы первичныя числа, выражающія сумму одинаковыхъ признаковъ, были точными, тщательно провѣренными. При боль-

¹⁾ Напр. Г. Майръ. Законосообразности въ общественной жизни. Тамбовъ. 1884 г.—Проф. Янсонъ. Теорія статистики Спб. 1891 г. и его другія работы.—Л. В. Ходскій. Основанія теоріи и техники статистики.—А. Чупровъ. Курсъ статистики. 1886.—Ж. Бертильенъ. Курсъ административной статистики.—Эрисманъ К. Гигіены 2 т. Статистика М. 1887 г.—Ad. Quetelet. Physique sociale SPB. 1869.—Hagen. Statist. Untersuchungen über Geisteskrankheiten Erb. 1876 г. и другія.

²⁾ «Recueillir des tableaux statistiques d'après des faits q'on n'a point observés soi-même, c'est courir à l'erreur».—Esquirol. Des mal. ment. p. 268 T. II.

шомъ числѣ наблюденій случайныя ошибки могутъ сглаживаться и мало вліять на выводы, такъ какъ подчиняются дѣйствию случайныхъ причинъ, а чѣмъ меньше число наблюденій, тѣмъ они больше затемняютъ дѣло. Часто также допускается неправильная группировка первичнаго матеріала. Здѣсь необходимо, чтобы всякая сумма единичныхъ показаній была составлена только изъ однородныхъ слагаемыхъ, заключала бы все ихъ, чтобы сюда не входили величины иного объема, иного характера. Въ этомъ отношеніи приходится встрѣчать, что, говоря напр. о причинахъ какого-нибудь психоза, авторы соединяютъ въ одну группу случаи съ различнымъ числомъ причинъ, или случаи различной достоверности. Одинъ, напримѣръ, сифилисъ въ этиологіи не одно и то же, что сифилисъ + наследственность + алкоголизмъ, или сифилисъ несомнѣнный—совсѣмъ другое, когда онъ только вѣроятенъ, сомнителенъ. Такая группировка не можетъ считаться правильной, такъ какъ она допускаетъ по существу разнородные элементы и должна вести къ невѣрнымъ выводамъ. Я конечно ничего не скажу о томъ, если группировка и суммирование производились бы умышленно неправильно, въ интересахъ какой-нибудь предвзятой гипотезы. Такая статистика не можетъ считаться научной.

Второе необходимое условіе для статистики, это—*большое количество наблюденій*, массовое наблюденіе. Только при этомъ условіи можно достигнуть надежныхъ и устойчивыхъ выводовъ. Медики и особенно психіатры довольно часто пренебрегаютъ этой необходимостью, что отчасти и понятно. Они предпочитаютъ пользоваться своимъ, хорошо обследованнымъ матеріаломъ, чѣмъ гораздо большимъ, но можетъ быть менѣе полнымъ. При такомъ условіи конечно нельзя или довольно трудно собрать большое число собственныхъ наблюденій, такъ какъ на это пришлось бы потратить много лѣтъ упорнаго труда. Приходится ограничиваться небольшими наблюденіями въ надеждѣ, что качество здѣсь оправдываетъ количество. Однако вѣдь

статистика—наука только для большихъ чиселъ; чѣмъ больше наблюдений, тѣмъ вѣрнѣе ея выводы, тѣмъ они объективнѣе, строже, опредѣленнѣе. Достоверность средней величины или типа, который съ ея помощью можно получить, при этомъ возрастаетъ только какъ 1.2.3.4..... при увеличеніи числа случаевъ по прогрессіи 1.4.9.16.25..... Точно также, чѣмъ разнороднѣе отдѣльныя наблюдения, тѣмъ больше ихъ нужно, чтобы средняя величина была близкой къ дѣйствительной средней. Поэтому необходимо не только заботиться о доброкачественности матеріала, но также и о его количествѣ.

Чтобы судить, достаточно-ли взято для наблюденія случаевъ, существуетъ нѣсколько приемовъ¹⁰⁾. Самый простой заключается въ томъ, что общую сумму всѣхъ наблюдений дѣлятъ на нѣсколько равныхъ частей и изъ нихъ выводятъ среднія. Если эти частныя среднія мало разнятся отъ общей средней, то число наблюдений можно считать достаточнымъ.

Общее представленіе о цѣнности выводовъ даетъ также простая формула, что средняя погрѣшность равняется корню квадратному изъ числа случаевъ. Если напр. всѣхъ наблюдений было бы 36, то средняя погрѣшность была бы 6 или 16,8%, т. е. вмѣсто 36 тотъ же результатъ дало бы всякое количество случаевъ, которое находится въ предѣлахъ отъ 30 до 42. Очевидно, что при 36 наблюденіяхъ выводы получились бы очень шаткими.

Болѣе научный и болѣе точный способъ опредѣленія степени погрѣшности при данномъ числѣ наблюдений даетъ теорія вѣроятности.

Какъ извѣстно, вѣроятность какого-нибудь событія обозначается дробью, у которой числитель представляетъ число благопріятныхъ случаевъ, а знаменатель общую сумму благопріятныхъ и неблагопріятныхъ, напр. $\frac{m}{m+n}$ или

$\frac{m}{q}$. Свойства этой дроби таковы, что при увеличеніи m , когда q остается безъ перемѣны, увеличивается и вѣроятность, пока она не приметъ значенія достоверности. При увеличеніи q , когда m остается безъ перемѣны, вѣроятность будетъ уменьшаться, пока не перейдетъ въ невозможность.

Условно принято считать выраженіе «достоѣрности» дробь, большую $\frac{199}{200}$, а вѣроятности меньшія $\frac{1}{200}$ за выраженіе «невозможности». Опредѣляя такимъ образомъ достоѣрность и невозможность различными степенями вѣроятности, можно отдѣлить вліяніе случайныхъ причинъ отъ постоянныхъ и также опредѣлить, какъ велико должно быть число наблюденій чтобы выводы были освобождены отъ случайностей.

Практически это осуществляется съ помощью формулы Пуассона:

$$p = \frac{m}{\mu} \pm 2 \sqrt{\frac{2 \cdot m \cdot n}{\mu^3}},$$

гдѣ p есть искомая истинная вѣроятность, m = числу благопріятныхъ случаевъ, n = числу неблагопріятныхъ, μ = общей суммѣ ихъ, $\frac{m}{\mu}$ = выраженію приближенной, найденной вѣроят-

ности, а $\pm 2 \sqrt{\frac{2 \cdot m \cdot n}{\mu^3}}$ есть поправка этой приближенной вѣроятности, чтобы получить истинную. Если напр. гдѣ-нибудь на 1000 рожденій приходится 550 мужскихъ и 450 женскихъ, то истинная вѣроятность рожденія мальчика, или p , будетъ $\frac{550}{1000} \pm 2 \sqrt{\frac{2 \cdot 550 \cdot 450}{1000^3}}$; при вычисленіи удобнѣе пользоваться логарифмами.

На основаніи этой формулы Давидовъ составилъ таблицу, въ которой можно сразу найти нужную поправку и такимъ образомъ избѣжать вычисленій; но здѣсь результаты получаются нѣсколько менѣе точные, а число наблюденій можетъ быть не менѣе 50 и не болѣе 5000. Въ крайнихъ вертикальныхъ столбахъ въ таблицахъ стоятъ числа наблюденій, а крайніе горизонтальные столбцы показываютъ приближенную вѣроятность наблюдаемаго явленія, взятую на 100, иначе — найденные проценты. Слѣдующіе горизонтальные и вертикальные столбцы, состоятъ изъ искомыхъ поправокъ, выраженныхъ въ сотыхъ доляхъ. При пользованіи таблицей

смотреть, гдѣ пересѣкается горизонтальная строка, соотвѣтствующая данному или ближайшему числу наблюдений съ вертикальной, соотвѣтствующей найденному проценту; цифра на мѣстѣ ихъ пересѣченія и будетъ искомой поправкой. Въ общемъ, чѣмъ поправка меньше, тѣмъ ближе стоятъ одинъ отъ другого предѣлы истинной вѣроятности, тѣмъ слѣдовательно ближе полученные результаты къ дѣйствительнымъ. Въ сущности вѣроятнымъ событіе можетъ считаться по таблицѣ только тогда, если оба предѣла истинной его вѣроятности не меньше $\frac{50}{100}$ каждый, число же наблюдений обыкновенно должно быть больше 200, если хотятъ получить болѣе или менѣе надежные результаты.

Математика даетъ различныя формулы для опредѣленія степени вѣроятности другихъ производныхъ статистическихъ величинъ, однако здѣсь не мѣсто входить въ ихъ разсмотрѣніе.

Техническая обработка матеріала производится по общимъ указаніямъ логики. При этомъ обыкновенно вырабатывается предварительно извѣстная программа дѣятельности, схема для численныхъ операций, характеръ которой зависитъ отъ свойства самого матеріала и цѣли статистической работы. Въ этомъ отношеніи до извѣстной степени можно пользоваться уже готовыми схемами авторитетныхъ наблюдений. Умѣніе всестороннее разработать матеріалъ и придти къ извѣстнымъ точнымъ выводамъ зависитъ отъ опытности и сообразительности самого автора; статистика даетъ тутъ только соотвѣтствующія правила, нарушеніе которыхъ ведетъ къ ошибкамъ.

Такимъ образомъ детальная часть можетъ быть неодинаковой у разныхъ авторовъ, но что касается общей и элементарной разработки, то у всѣхъ здѣсь желательно единство дѣйствій. Последнее въ работахъ по психіатрической статистики не соблюдается довольно часто. Разнь начинается съ собиранія матеріала, такъ какъ отсутствуютъ основныя правила регистраціи, нѣтъ единства въ классификаціи болѣзней. Подобные недостатки въ статистикѣ побудили между прочимъ

съѣзды русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова заняться этимъ вопросомъ. Въ этомъ отношеніи былъ напр. интересный докладъ М. С. Уварова на IV съѣздѣ ¹¹⁾. Особая коммиссія VII съѣзда въ Казани выработала правила регистраціи и подробную номенклатуру болѣзней ¹²⁾. Эта коммиссія пришла къ заключенію что „1) однообразіе приѣмовъ при собираніи свѣдѣній составляетъ основное условіе статистическихъ операцій, претендующихъ на научное значеніе. 2) Полнота, достовѣрность и болѣе всесторонняя разработка статистическаго матеріала лучше всего достигаются посредствомъ карточной системы. 3) Карточная система должна заключать средство для различенія записей собственно о заболѣваніяхъ отъ тѣхъ, которыя отвѣчаютъ повторнымъ посѣщеніямъ“. Дальше поясняется, что нужно понимать подъ словомъ повторное посѣщеніе и т. д.

Коммиссія преслѣдовала обще-медицинскія цѣли и, стремясь установить минимальныя требованія, она не могла вдаваться въ подробности; поэтому таблицы разработки, которыя она предлагаетъ—слишкомъ общи. Кромѣ того ея классификація душевныхъ заболѣваній едва-ли лучше тѣхъ, которыя были приняты раньше.

Къ достиженію однообразія въ статистикѣ стремились также и различныя психіатрическія общества. Такъ, въ 1886 С.-Петербургское общество выработало классификацію душевныхъ заболѣваній, которую позднѣе приняли Московскіе психіатры и большинство русскихъ лечебницъ ¹³⁾.

Въ Германіи еще въ 1874 году Общество нѣмецкихъ психіатровъ издало образецъ числовыхъ картъ для статистической разработки матеріала лечебницъ ¹⁴⁾; для мужчинъ карты были бѣлаго, для женщинъ зеленаго цвѣта. Наслѣдственность у поступающихъ разработана довольно подробно; она состоитъ изъ 3 отдѣловъ и 14 рубрикъ, о другихъ же причинахъ заболѣванія не говорится ни слова. Классификація ограничивается 7 наименованіями болѣзней, но въ дальнѣйшемъ число это нѣсколько увеличивается. Таблицъ для

разработки предложено 14, такъ что дается возможность пользоваться матеріаломъ въ довольно широкихъ рамкахъ. Удачное примѣненіе эта схема получила у одного изъ ея составителей—*Hagen*'а въ его статистическомъ изслѣдованіи о душевно-больныхъ, гдѣ первая глава посвящена методу¹⁾.

Не смотря на изданіе подобныхъ схемъ и установленіе классификаціи, однообразіе все-же было достигнуто только отчасти; можетъ быть причиной тому послужило быстрое развитіе самой психіатріи, а отчасти несочувствіе большинства къ регламентаціи. Пока этого однообразія нѣтъ, или очень мало, статистика заболѣванія на столько же имѣетъ характеръ случайности, на сколько статистика по движенію населенія является съ твердо и ясно установленными принципами¹⁾.

IV.

Чисто практически въ пользованіи статистикой въ психіатріи можно различить два вида ея примѣненія. Одинъ служить для разработки сырого матеріала безъ большого стремленія получить какіе либо окончательные выводы; такая разработка даетъ возможность представить матеріалъ читателю въ болѣе удобномъ видѣ, какъ это дѣлается въ большей части медицинскихъ отчетовъ по психіатрическимъ заведеніямъ.

Второй видъ встрѣчается у авторовъ, трактующихъ о спеціальныхъ вопросахъ и желающихъ средними, процентными и другими относительными величинами опровергнуть или подтвердить извѣстное положеніе, сдѣлать научные выводы. Такое статистическое изслѣдованіе, болѣе совершенное, чѣмъ первый видъ статистики, требуетъ отъ автора надлежащей подготовки какъ по отношенію трактуемаго имъ вопроса, такъ въ особенности и самого статистическаго метода.

¹⁾ См. также Янсонъ. Теорія статистики: отд. 4-й. Изданіе статистическаго матеріала.

И просмотрѣлъ отчеты нѣсколькихъ русскихъ психіатрическихъ заведеній и между прочимъ:

5а 11 л.	Псих. отд. Пензенскаго Губ. Земства за 1888—98 г. ¹⁶⁾	
5 »	Покровской Леч. Московскаго Зем.	1894—98
7 »	Бурашевскаго—Тверскаго Зем.	189 ¹ / ₂ —97 ⁷ / ₈
5 »	Псих. отд. Тамбовскаго Зем.	1892—97 (безъ 95 г.)
9 »	Томашевской Леч. Самарскаго Зем.	1890—98
6 »	Псих. Леч. Уфимскаго Зем.	189 ² / ₄ —98 ⁸ / ₉
6 »	Псих. Леч. Полтавскаго Зем.	1890—95
4 »	— Херсонскаго Зем.	1893—98 (безъ 94 и 95 г.)
4 »	— Курскаго Зем.	1893—98 (безъ 94 и 97 г.)
2 »	— Воронежскаго Зем.	1895—96
30 »	Псих. отд. Николаев. Воен. Госпиталя	1870—91 ¹⁷⁾

По этимъ отчетамъ всего за 81 годъ душевно-больныхъ поступило 29,834, т. е. около 368 чел. на каждое заведеніе въ годъ. Между прочимъ прогрессивныхъ паралитиковъ изъ всего числа больныхъ, съ Никол. Воен. Госпиталемъ, поступило 2669 чел., т. е. 8,94⁰/₁₀₀, а безъ Госпиталя=2031 парал. на общее число больныхъ 23,025, т. е. 8,8⁰/₁₀₀; такимъ образомъ процентная разниа отъ обоихъ случаевъ получилась лишь 0,14, не смотря на значительное числовое различіе. Это представляется интереснымъ потому, что процентное поступленіе паралитиковъ по разнымъ авторамъ колеблется довольно значительно. Такъ, по *Грейденберту*, оно равняется 12,85—13,26⁰/₁₀₀ для Симферополя, по *Kaes'у* въ Баваріи 10,6⁰/₁₀₀, по *Горшкову*, по даннымъ изъ 26 отчетовъ различныхъ психіатрическихъ заведеній=10,3—16,0⁰/₁₀₀, по *Kraepelin'у*=10,0—20,0⁰/₁₀₀, а по *Rabow'у* въ Лозаннѣ оно всего только 4⁰/₁₀₀ и т. д.

При совмѣстномъ разсмотрѣніи отчеты вообще могли бы дать много интересныхъ данныхъ, но оказалось, что это обставлено многими затрудненіями, а иногда совершенно недостижимо; это именно вслѣдствіе замѣчательнаго разнообразія въ ихъ составленіи. Одни отчеты видимо являются больше отбываніемъ повинности, при чемъ не всегда даже вновь поступающіе отдѣляются отъ оставшихся. Другіе—преслѣдуютъ чисто хозяйственно-больничные вопросы, подробно

описываютъ, сколько работъ и какихъ именно было исполнено больными и очень мало говорятъ о самихъ больныхъ. Конечно, интересно видѣть, какихъ успѣховъ достигло то или другое лечебное заведеніе въ приспособленіи больныхъ къ физическому труду, но все же не мѣшало бы нѣсколько больше обращать вниманія на собственно медицинскую часть отчета. Такая отчетность, нѣсколько сходная съ отчетностью колоній и рабочихъ домовъ, вѣроятно вызывается мѣстной потребностью, но въ качествѣ научнаго матеріала она мало содержательна и почти не пригодна. Наконецъ, третьи составлены довольно тщательно, съ видимымъ интересомъ къ дѣлу. Эти могутъ представить цѣнныя данныя, однако пользованіе ими и здѣсь является дѣломъ не легкимъ. Отчеты каждой лечебницы составляются по своему плану, съ своей классификаціей болѣзней, а полнота ихъ зависитъ отъ личнаго усмотрѣнія составителей. Почти нигдѣ не говорится о способѣ регистраціи больныхъ, характерѣ матеріала и его группировки. Самое изданіе отчета, форма и содержаніе таблицъ—все это разнообразно въ вышей степени. Разработка матеріала производится то въ его общей сложности, то въ отдѣльности по различнымъ болѣзнямъ и почти нигдѣ не соблюдается и то, и другое одновременно. При такихъ условіяхъ почти невозможно прослѣдить по отчетамъ нѣсколькихъ лечебницъ какой нибудь вопросъ для подробной его разработки.

Отсюда становится понятнымъ, почему большой матеріалъ нашихъ психіатрическихъ заведеній можетъ пропадать безъ всякой пользы для общаго дѣла. Мнѣ извѣстны работы *Горшкова* ¹⁸⁾, который представилъ нѣсколько опытовъ систематическаго обзора отчетовъ по психіатрическимъ заведеніямъ, и *В. Сербскаго* ¹⁹⁾. Однако первый ограничивается рѣшеніемъ общихъ вопросовъ и говоритъ, что его итоги только приближительны, т. к. отчеты страдаютъ отсутствіемъ единства разработки, а иногда представляютъ ряды цифръ для сдачи ихъ въ архивъ; *В. Сербскій* ограничивается перечисленіемъ краткаго содержанія отчетовъ.

Существуетъ почтенный трудъ *М. В. Игнатъева*— „Отчетъ о призрѣніи душевно-больныхъ въ Россіи за 1889 г.“²⁰⁾. Авторъ задается и выполняетъ довольно обширную программу общей систематики душевно-больныхъ по даннымъ отчетовъ Врачебныхъ Управленій и отчетовъ нѣкоторыхъ лечебницъ, присланныхъ въ Медицинскій Департаментъ. Онъ представляетъ много таблицъ, изъ которыхъ нѣкоторыя могутъ считаться образцовыми, но пестрота отчетовъ повидимому и его не разъ приводила въ смущеніе. Авторъ обращаетъ вниманіе на неточность и невѣрность въ отчетахъ цифровыхъ данныхъ, на странную иногда группировку матеріала, на разнохарактерность его разработки. Разнообразіе особенно рѣзко при классификаціи болѣзней. Этотъ же авторъ въ статьѣ: „Вопросы отчетности психіатрическихъ заведеній“²¹⁾ черезъ 4 года весьма опредѣленно указываетъ на крупныя недостатки отчетовъ. Почти всѣ отчеты, говоритъ онъ, давая числовыя выраженія состава больныхъ по формамъ болѣзни, регистрируютъ затѣмъ данныя по другимъ рубрикамъ (возрастъ, полъ, причина заболѣванія и пр.) въ общихъ числахъ ко всѣмъ пользовавшимся (а не поступившимъ вновь) и даже душевно-здоровымъ. Говоря о классификаціи, онъ обращаетъ вниманіе на то, что въ каждой лечебницѣ въ сущности имѣется своя классификація, своя группировка, что напр. термины: „манія“ и „меланхолія“ понижаются различно. Одни и тѣ же цифры въ двухъ сосѣднихъ по времени отчетахъ одной и той же лечебницы не всегда одинаковы. Повторные не выдѣляются изъ общаго числа больныхъ и потому число послѣднихъ значительно выше, чѣмъ слѣдуетъ и т. д. Къ этому я могъ бы сказать, что въ отчетахъ вообще замѣчается стремленіе дать побольше цифръ и таблицъ, иногда мало понятныхъ, такъ какъ объясненіе часто отсутствуетъ. Ради справедливости однако нужно добавить, что въ отчетахъ за послѣдніе годы все болѣе и болѣе обнаруживается серьезное и правильное отношеніе къ нимъ ихъ составителей.

Одинъ изъ лучшихъ отчетовъ принадлежитъ клиникѣ проф. В. М. Бехтерева, представленный какъ диссертация А. М. Тонорковымъ ²³⁾. Онъ имѣетъ научный характеръ, но къ сожалѣнію искусственность клиническаго подбора больныхъ лишаетъ его статистическаго значенія. Въ отчетѣ, весьма интересномъ, имѣются всевозможныя поясненія о характерѣ матеріала, рисунки и чертежи. Общая разработка данныхъ клиники душевно-больныхъ весьма подробна, часто сопровождается сравнительными таблицами и ссылками на литературу; въ таблицахъ, которыхъ въ общемъ обзорѣ около 30, всюду выведены процентныя величины. Въ описаніи отдѣльныхъ формъ каждая болѣзнь разсматривается порознь, при чемъ данныя группируются по тѣмъ же рубрикамъ, что и общія ¹⁾.

¹⁾ Впрочемъ здѣсь нельзя не отмѣтить излишнее стремленіе автора къ процентнымъ величинамъ, выведеннымъ подчасъ изъ единицъ. Едва ли могутъ имѣть серьезное значеніе такіе проценты, какъ предлагаемые имъ напр. при меланхоліи. На стр. 136 находится слѣдующая табличка меланхоликовъ:

	м.	ж.	всего	%
Состояло къ 1 сент. 1893 г.	6	1	7	30,4
Поступило	8	8	16	69,6
И т о г о	14;1	9;	23;	100
%	60,8;	39,2	100	—

На стр. 140 данныя можно расположить въ слѣдующемъ видѣ:

	Наслѣдств. имѣется.	Наслѣдств. отрицается.	Наслѣдств. неизвѣстна.	Всего.
Душевные потрясенія	4	3	8	15
Онанизмъ	1	»	»	1
Пьянство	1	»	»	1
Пьянство и сифилисъ	»	1	»	1
— тоже и травма головы.	»	1	»	1
Травма головы	1	»	1	2
Неизвѣстно	»	»	2	2
Всего больныхъ	7	5	11	23

На стр. 144 на основаніи этихъ данныхъ авторъ получаетъ проценты:

	Отдѣльно.	Въ комбинаціи.	Всего.
Душевные потрясенія	71,4%	—	71,4%
Травма головы	4,8	9,6%	14,4
Пьянство	4,8	9,6	14,4
Сифилисъ	=	9,6	9,6
Онанизмъ	4,8	—	4,8

И ограничусь этими краткими замѣчаніями о работѣ А. Топоркова, тѣмъ болѣе, что она въ качествѣ ученаго труда стоитъ совершенно особнякомъ отъ собственно медицинскихъ отчетовъ. Последнимъ же, на основаніи выше сказаннаго, слѣдуетъ пожелать, чтобы они составлялись возможно тщательно и полнѣе, а главное, болѣе однообразно и опредѣленно. Для этого важно, чтобы регистрація больныхъ производилась съ соблюденіемъ извѣстныхъ условныхъ и одинаковыхъ для всѣхъ лечебницъ правилъ, по одной классификаціи болѣзней. При этомъ „можно держаться любой классификаціи, лишь бы она была принята всѣми и мы всѣ понимали другъ друга“, какъ справедливо говоритъ Л. Ф. Рагозинъ въ одномъ изъ своихъ докладовъ. Пока такія правила не выработались, желательно, чтобы въ отчетахъ по крайней мѣрѣ давалась критическая оцѣнка матеріала и пояснялись способы его регистраціи и группировки. При большей точности и однообразіи отчеты не только удовлетворяютъ мѣстной надобности, но они могутъ представить громаднѣйшій статистическій матеріалъ высокой цѣнности для психіатріи.

V.

Выше говорилось, что статистическая литература въ психіатріи довольно обширна; но, присматриваясь къ ней ближе, нельзя не замѣтить въ современныхъ работахъ нѣкоторыхъ странностей. Такъ напр. въ статьѣ проф. П. И. Ковалевскаго: „Причины прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ“ ²³⁾ приведена таблица процентной частоты сифилиса у прогрессивныхъ паралитиковъ по разнымъ авторамъ. Это процентное отношеніе въ таблицѣ по проф. Чижу и Bannister'у = 100%, по Goldstein'у и Cullere'у = 50%, по Voisin'у = 1,6%. Точно также у Sprengel'а ²⁴⁾ представлены статистическія данныя 46 авторовъ, по которымъ, вмѣстѣ взятымъ, изъ 8731 всѣхъ паралитиковъ сифилисъ былъ у 3624 чел. т. е. въ 41,5%. При этомъ наибольшій % былъ Dengler'а = 93,0% при 30 всѣхъ паралитиковъ, самый мень-

шій у *Voisin'a* = 1,6% при 560 всѣхъ прогр. паралитиковъ. Самое большое число случаевъ было у *Kaes'a* = 1412 и *Gud-den'a* = 1310, при чемъ % сифилитиковъ былъ всего только 17,35 и 45,5%. Самое меньшее число имѣли *Regis*, *Dengler* и *Greppin*, именно 21; 30 и 26, при чемъ % сифилитиковъ выразились: 85,7; 93,0 и 15,4%.

У *Hirschl'a* ²⁵⁾ значеніе при параличѣ наследственности и алкоголизма выражено въ видѣ табличекъ 23 и 10 авторовъ, при чемъ:

У мужчинъ паралитиковъ:

Наслѣдственность:	Алкоголизмъ:
Наименьшій % у <i>Westphal'a</i> = 5,4%.	<i>Westphal</i> = 3,4%,
Наибольшій % у <i>Mendel'a</i> = 56,5.	<i>Macdonald</i> = 75,0.

Разница въ процентныхъ величинахъ здѣсь на столько велика, что онѣ невольно внушаютъ къ себѣ недоумѣніе. Въ самомъ дѣлѣ, оказывается, что на одно и то же слѣдствіе—возникновеніе паралича—одна и та же причина по различнымъ авторамъ дѣйствуетъ въ весьма различной степени, чуть ли не отъ 0 до 100; вмѣстѣ съ этимъ, на то же самое слѣдствіе дѣйствуютъ и другія причины и съ такимъ же разнообразіемъ.

Здѣсь конечно можетъ имѣть значеніе различная полнота анамнеза, особенно по отношенію сифилиса: чѣмъ полнѣе анамнезъ, тѣмъ легче и чаще обнаруживается сифилисъ, а это возможно всего при маломъ числѣ наблюдений; далѣе—качество матеріала, вліяніе мѣстныхъ условій и т. д. Но все же разница слишкомъ велика, чтобы она объяснялась исключительно ими. Различіе въ результатахъ указанныхъ авторовъ могло зависѣть, и можетъ быть въ большей степени, отъ числа наблюдений, группировки матеріала и т. д., о чемъ говорилось раньше. Первое тѣмъ болѣе возможно,

что разни́ца въ числѣ случаевъ очень велика—отъ 21 до 1412 (таб. Sprengel'я) и кромѣ того подавляющее большинство авторовъ, именно 36 изъ 46, пользовалось малымъ числомъ наблюдений, менѣе 200 случаевъ; у 17 изъ нихъ оно было менѣе, чѣмъ по 100 у каждаго. При такихъ условіяхъ болѣе вѣроятна случайность многихъ процентныхъ величинъ, чѣмъ ихъ дѣйствительность, въ силу чего онѣ могли быть крайне различными. На сколько отразилось здѣсь качество матеріала и его обработка, безъ знакомства съ технической частью соотвѣтствующихъ изслѣдованій авторовъ сказать, конечно, нельзя.

Что касается самыхъ таблицъ, похожихъ на только-что упомянутыя, то статистика движенія населенія, особенно смертности, ими пользуется весьма часто. Тамъ подобныя сопоставленія имѣютъ большое значеніе, такъ какъ они позволяютъ сдѣлать извѣстные выводы, нерѣдко важные въ санитарномъ отношеніи. Въ современныхъ работахъ иностранныхъ и русскихъ авторовъ по психіатріи такія сравнительныя таблицы тоже—не рѣдкость. Но здѣсь онѣ не имѣютъ того характера, такъ-что ихъ назначеніе не совсѣмъ понятно. Статистическій методъ въ психіатріи еще не обладаетъ твердо установленными нормальными коэффициентами, которые могли бы служить мѣриломъ. Длинный и пестрый рядъ величинъ, гдѣ неизвѣстно, которыя изъ нихъ случайны, которыя болѣе или менѣе дѣйствительны, тутъ можетъ говорить развѣ только за общую неустойчивость ихъ и неопредѣленность трактуемыхъ положеній.

Въ самомъ дѣлѣ, не зная числа наблюдений авторовъ, изъ нихъ нельзя для сравненія вывести средній процентъ, нельзя также руководиться и результатами большинства потому, что цифры слишкомъ разнообразны. Такъ, напр., изъ табл. Sprengel'я (IX) можно составить такія соотношенія числа авторовъ и ихъ процентовъ сифилиса при прогрессивномъ параличѣ.

Число авторовъ	Проценты сифилиса при параличѣ.	Число авторовъ.	Проценты сифилиса при параличѣ.
2	отъ 0 до 10 ⁰ / ₀	5	отъ 50 до 60 ⁰ / ₀
4	10 — 20	7	60 — 70
3	20 — 30	6	70 — 80
5	30 — 40	7	80 — 90
6	40 — 50	1	90 и выше
всего 20 авт.	отъ 0 до 50 ⁰ / ₀	всего 26 авт.	отъ 50 до 90 ⁰ / ₀ и выше

Отсюда видно, что у 7 авторовъ ⁰/₀ сифилиса было 80—90, а у другихъ 7—онъ 60—70; далѣе у 26, т. е. *большинства*, ⁰/₀ сифилиса было *отъ 50 и выше 90*. Такимъ образомъ повидимому въ большинствѣ случаевъ процентъ сифилитиковъ наблюдался выше 50. Если вывести средній ⁰/₀ изъ процентовъ же, то онъ такимъ и будетъ = 52,72⁰/₀. Но однако такая величина совершенно не вѣрна потому, что *действительный* средній процентъ, выведенный изъ числа наблюдений, всего только 41,5⁰/₀.

Съ другой стороны суммирование отдѣльныхъ наблюдений также не совсѣмъ удобно, такъ какъ неизвѣстно, на сколько они однородны. У однихъ авторовъ въ число сифилитиковъ могли попасть сифилитики несомнѣнные и сомнительные, у другихъ только несомнѣнные; полнота анамнеза и точность данныхъ могли быть также крайне различными.

Изъ подобныхъ таблицъ нельзя также брать для сравненія и отдѣльные выводы, напр. наиболѣе авторитетныхъ наблюдателей, такъ какъ легко впасть въ ошибку. У нѣкоторыхъ изъ нихъ количество случаевъ было очень мало и ихъ выводы могли имѣть только узкое значеніе, относящееся къ ихъ наблюденію. Такъ напр. изъ той же таблицы Sprengel'я у 8 авторовъ изъ 46 общее число наблюдений было менѣе 50 у каждого. Если даже допустить, что у нихъ было

по 50 наблюдений, то средняя погрѣшность все же равна 7,071, такъ что ихъ выводы одинаковы для ряда случаевъ: 43; 44... 50... 56; 57, что говоритъ за ихъ неустойчивость въ статистическомъ отношеніи. Но изъ таблицъ обыкновенно не видно, чьи именно результаты представляютъ такую казуистику наблюденія потому, что при этомъ не указывается степень ихъ вѣроятности, въ зависимости отъ числа случаевъ, качества и обработки матеріала. Предполагать, что читатель уже знакомъ съ работами перечисленныхъ авторовъ едва ли удобно. Такимъ образомъ ссылки на сравнительныя таблицы результатовъ различныхъ изслѣдователей говорятъ о нечитанности автора, однако практическое значеніе ихъ видимому этимъ и ограничивается.

Можно было бы отмѣтить еще и другія особенности въ статистической литературѣ по психіатріи, которыя не удовлетворяютъ требованію статистики, какъ науки. Но изъ того, что говорилось о сравнительныхъ таблицахъ, до нѣкоторой степени видно, на сколько иногда трудно судить о дѣйствительности выводовъ. Если въ изслѣдованіи допущено то или другое уклоненіе отъ требованія метода статистики, то часто подмѣтить это и исправить становится возможнымъ только при разсмотрѣніи самой работы. Въ виду этого не мѣшаетъ ближе познакомиться съ нѣкоторыми статистическими изслѣдованіями, при чемъ лучше выбрать тѣ, гдѣ *a priori* было бы меньше статистическихъ погрѣшностей. Для этой цѣли нѣмецкая литература болѣе подходяща, такъ какъ въ ней статистическій методъ сталъ примѣняться гораздо раньше нашего. Возьмемъ въ виду этого двѣ сравнительно недавнія, почтенныя работы Sprengel'я и Hirschl'я, трактующія объ одномъ и томъ же вопросѣ, и постараемся выяснитъ характеръ ихъ главныхъ выводовъ въ связи съ матеріаломъ и его обработкой.

Работа Sprengel'я называется „*Beitrag zur Statistik, Aetiologie u. Symptomatologie d. Allgem. Paralyse d. Irren mit besonderer Berücksichtigung d. Syphilis*“²⁶⁾.

Авторъ сообщаетъ о результатахъ, полученныхъ имъ изъ 337 исторій болѣзней прогрессивныхъ паралитиковъ, бывшихъ въ Геттингенской клиникѣ за періодъ 1866—1899 годъ.

За эти 30 лѣтъ годовое количество паралитиковъ и отношеніе числа мужчинъ къ одной женщинѣ оставалось постояннымъ, вопреки другимъ авторамъ. Большинство заболѣваній параличемъ наблюдалось въ возрастѣ 36—40 л., при чемъ средняя продолжительность болѣзни была около 3 лѣтъ. Наибольшее число больныхъ составляли ремесленники и рабочіе, что авторъ совершенно справедливо объясняетъ большимъ числомъ ихъ среди жителей.

Въ вопросѣ объ этиологіи авторъ приводитъ сначала часть обширной по этому отдѣлу литературы и затѣмъ своихъ больныхъ располагаетъ въ таблицѣ по причинамъ заболѣванія; группировка получается очень подробная—изъ 56 рубрикъ одиночныхъ и комбинированныхъ причинъ. Потомъ онъ соединяетъ мелкія рубрики вмѣстѣ, такъ что ихъ получается 16, и выводитъ процентныя отношенія. Къ разграниченію сифилиса очевиднаго отъ вѣроятнаго авторъ относится очень осторожно, что соблюдается не всѣми; кромѣ того онъ всюду придерживается раздѣленія одиночныхъ причинъ отъ комбинированныхъ. Продолжительность болѣзни у больныхъ мужчинъ съ однимъ только сифилисомъ въ большинствѣ случаевъ 4 года, а у сифилитиковъ, имѣвшихъ еще и другія причины, она $2\frac{1}{2}$ г. Въ окончательномъ выводѣ авторъ говоритъ, что *сифилисъ самый важный этиологическій моментъ прогрессивнаго паралича, но онъ дѣйствуетъ не прямо и не одинъ, съ чѣмъ согласно большинство наблюдателей.*

Статья *Hirschl'*я носитъ названіе: „*Die Aetologie d. progressiven Paralyse*“²⁷⁾. На 200 страницахъ авторъ представляетъ весь свой богатый анамнестическими свѣдѣніями матеріалъ и результаты своего изслѣдованія. Данныя взяты изъ Вѣнской клиники проф. Краффтъ-Эбинга за время съ 15 окт. 1894 г. по 2 авг. 1895 г., при чемъ женщины не приняты

въ соображеніе, вслѣдствіе менѣе точнаго и полнаго ихъ анамнеза. Такимъ образомъ въ этой работѣ взяты только 200 мужчинъ, но изъ нихъ 25 разбираются отдѣльно, такъ какъ и у нихъ анамнезъ былъ менѣе полнымъ. Больные расположены въ журнальномъ порядкѣ, что даетъ возможность все время слѣдить и PROVĖRYATЬ соображенія автора; журналъ кромѣ того пополняется табличками болѣе дѣтальнаго содержанія. Группировки больныхъ по этиологическимъ моментамъ здѣсь нѣтъ, что является недостаткомъ, такъ какъ читателю самому приходится суммировать отдѣльные случаи. Журнальная записъ больныхъ также едва-ли удобна при болѣшемъ матеріалѣ.

Наиболѣе часто возрастъ паралитиковъ былъ между 36 и 40 годами, какъ и у Sprengel'я. Здѣсь также много больныхъ изъ рабочаго класса, но авторъ не даетъ этому обстоятельству надлежащей критической оцѣнки; много было евреевъ (20⁰/₀), что останавливаетъ его вниманіе. Къ заслугѣ Hirschl'я между прочимъ относится то, что онъ въ вопросѣ объ этиологіи подробно касается симптомовъ—объективныхъ и субъективныхъ—и анамнестическихъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно установить, что сифилисъ несомнѣнно или вѣроятно предшествовалъ заболѣванію; за то авторъ не строго различаетъ случаи съ одиночной и комбинированной причиной заболѣванія. Въ окончательномъ выводѣ онъ приходитъ къ убѣжденію, что *сифилисъ есть единственная причина паралича*, а другія не имѣютъ никакого значенія.

Такимъ образомъ оба автора при рѣшеніи одного и того же вопроса, правда довольно темнаго, пришли къ существенно различнымъ результатамъ. Поэтому становится интереснымъ узнать, у кого изъ нихъ выводы болѣе возможны и для другихъ наблюденій, т. е. иначе—на сколько они вѣроятны или случайны съ точки зрѣнія статистики; правильна ли наконецъ сама статистическая обработка матеріала.

Первое требованіе статистики—доброкачественность первичнаго матеріала—здѣсь повидимому выполнено, такъ какъ данныя взяты изъ клиническихъ исторій болѣзни, гдѣ слѣдовательно возможность ошибокъ въ діагнозѣ становится минимальной и кромѣ того авторы ручаются за его достовѣрность; у Hirschl'я есть возможность для читателя самому просмотрѣть журнальныя записи. За то въ подборѣ первичнаго матеріала могла отразиться нѣкоторая искусственность, въ виду педагогическаго значенія клиники.

Второе и почти самое главное условіе, это большое число наблюденій.

По Sprengel'ю продолжительность паралича у мужчинъ въ большинствѣ случаевъ была (въ 16,5%) три года, у женщинъ (въ 20%)—два года ¹⁾. Примѣняя здѣсь вышеуказанные методы опредѣленія вѣроятности и замѣтивъ, что приближенная вѣроятность для мужчинъ равна $\frac{40}{243}$ или 0,1646, по таблицѣ Давидова найдемъ поправку, равную $\pm \frac{7}{100}$, откуда наибольшій и наименьшій предѣлы дѣйствительно вѣроятной по Давидову будутъ: $\frac{23}{100}$ и $\frac{9}{100}$. По формулѣ Пуассона поправка равняется $\pm 0,067$, откуда предѣлы: 0,2316 и 0,0976.

Точно также предѣлы дѣйствительно вѣроятной продолжительности болѣзни у женщинъ въ 2 года по формулѣ Пуассона оказываются: 0,432 и (—0,03). По таблицѣ Давидова ихъ опредѣлить нельзя за незначительностью числа наблюденій.

Въ первомъ случаѣ результаты, полученные по обоимъ способамъ, почти совершенно одинаковы, т. е. что разница между приближенной и дѣйствительно вѣроятностью у мужчинъ равна 7. Это значить, что вмѣсто полученныхъ авторомъ 16,5%, въ другой разъ при тѣхъ же условіяхъ могутъ

¹⁾ См. табл. 2 и 4 въ работѣ Sprengel'я.

получиться проценты: 9; 10 23⁹/₁₀, т. е. вмѣсто 40 мужчинъ съ продолжительностью въ 3 года ихъ можетъ оказаться 22; 23 56 чел. изъ 243. Въ виду такого большого различія въ числѣ больныхъ, 16,5⁰/₁₀ автора не имѣетъ устойчиваго характера и представляется простою случайностью; за это же говорить и сама вѣроятность; ея предѣлы меньше дроби $\frac{50}{100}$. По отношенію женщинъ можно сказать то

же самое, тѣмъ болѣе, что наименьшій предѣлъ здѣсь оказывается отрицательнымъ, что по существу невозможно.

Опириуя подобнымъ же образомъ со слѣдующей таблицей автора—VIII, для бѣльшаго удобства и въ виду малыхъ чиселъ соединимъ 9 послѣднихъ рубрикъ въ одну. Точно также предѣлы дѣйствительной вѣроятностями для простоты представимъ въ видѣ цѣлыхъ чиселъ (не по отношенію къ 1 чел., а на 100). Для бѣльшей наглядности вмѣсто разницы между приближенной и истинной вѣроятности возьмемъ амплитуду предѣловъ дѣйствительныхъ процентныхъ отношеній, т. е. разницу, взятую на 100, которая показываетъ, насколько дѣйствительный процентъ больше и меньше вычисленнаго авторомъ. Результаты провѣрки по Давидову и Пуассону (что въ сущности одно и то же) приведены въ слѣдующей таблицѣ, гдѣ первые 3 столбца представляютъ процентныя величины по автору, слѣдующій столбецъ—предѣлы истинной вѣроятности и амплитуду ихъ по отношенію мужчинъ съ одной только причиною заболѣванія, другіе два—комбинированныя причины и общія числа. Въ послѣднемъ помѣщены женщины съ одиночной причиною; дальше провѣрка стала давать лишь отрицательныя величины, указывая на очевидную случайность и даже невозможность дальнѣйшихъ процентовъ автора.

Т а б л и

	Таблица VIII.					
	Процентныя величины по Sprengel'ю.					
	Причина одна.		Причина съ дру- гими.		Общее $\frac{0}{100}$ -ное от- ношение.	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Сифилисъ	26,7%	25,6%	19,5%	10,3%	46,2%	35,9%
Сифилисъ вѣроятный	4,3	7,7	3,97	10,3	8,3	18
Алкоголизмъ	10,4	—	10,4	12,8	20,8	12,8
Наслѣдственность	3,97	7,7	15,5	20,5	19,5	27,2
Травма головы	3,9	—	6,8	—	10,4	—
Душевные потрясенія	2,2	5,13	2,2	5,13	4,4	10,3
Остальныя причины	7,1	5,13	9,7	18	17	23
въ анамнезѣ						
Причина отсутствуетъ	9,4	15,14	—	—	9,4	15,4
Съ точнымъ анамнезомъ мужчинъ 277, женщинъ 39.						

и а 1-я.

Мужчины.			Мужчины.			Мужчины.			Женщины.		
Причина одна.			Прич съ другими.			Общія числа.			Причина одна.		
Пределы действитель- ной вѣроятности въ ‰	Амплитуда предѣловъ въ ‰		Пределы действитель- ной вѣроятности въ ‰	Амплитуда предѣловъ въ ‰		Пределы действитель- ной вѣроятности въ ‰	Амплитуда предѣловъ въ ‰		Пределы действитель- ной вѣроятности въ ‰	Амплитуда предѣловъ въ ‰	
33,7—19,7	14‰		26,5 — 12,5	14‰		54,2—38,2	16‰		31,8—19,4	12,4‰	
34,2—19,2	15‰										
7,3— 1,3	6		6,97— 0,97	6		13,3— 3,3	10		12,1—(-4,4)	—	
7,7— 0,8	6,9										
15,4— 5,4	10		15,4 — 5,4	10		27,8—13,8	14		—	—	
15,5— 5	10,2										
7 — 1	6		21,3 — 9,3	12		26,5—12,5	14		12,1—(-4,4)	—	
7,3— 0,6	6,6										
5,9— 1,9	4		10,8 — 2,8	8		15,4— 5,4	10		—	—	
4,9— 2,9	2										
4,2— 0,2	4		4,2 — 0,2	4		7,4— 1,4	6		15,1—(-4,8)	—	
4,7—(-0,3)	—										
12,1— 2,1	10		14,7 — 4,7	10		23,5—10,5	13,5		15,1—(-0,8)	—	
11,5— 2,7	8,8										
14,4— 4	10		—	—		14,4— 4,4	10		31,7—(-0,9)	—	
14,3— 4,5	9,8										
Верхнія числа по таб. Давидова. Нижнія числа по фор- мулѣ Пуассона.			По таблицѣ Давидова.			По таблицѣ Давидова.			По формулѣ Пуас- сона.		

Въ этой таблицѣ прежде всего обнаруживается близость результатовъ по Пуассону и Давидову. Далѣе оказывается, что амплитуда предѣловъ весьма высока, иногда равняясь самому приближенному проценту или даже превышая его вдвое. Такъ, одинъ только вѣроятный сифилисъ, наслѣдственность, травма головы и душевныя потрясенія отмѣчены авторомъ у мужчинъ въ 4,3; 3,9; 3,9 и 2,2%, а амплитуда=6; 6; 2—4 и 4.

Комбинированныя причины у мужчинъ при вѣроятномъ сифилисѣ и душевныхъ потрясеніяхъ найдены въ 3,97 и 2,2%, а разница между предѣлами дѣйствительныхъ процентовъ равна 6 и 4. Отрицательные наименьшіе предѣлы у женщинъ требуютъ допущенія, что изъ 100 паралитиковъ съ другими единичными причинами кромѣ сифилиса можетъ не только не оказаться ни одной, но ихъ не доставить, всего недостаетъ около 20 женщинъ.

Все это указываетъ на случайность процентныхъ величинъ въ зависимости отъ малаго числа наблюдений. Если онѣ и получились въ данномъ случаѣ, то при наблюденіи слѣдующихъ 277 паралитиковъ, онѣ навѣрное не получатся. Самое распредѣленіе причинъ по ихъ экстенсивности можетъ оказаться совершенно инымъ, чѣмъ у автора, такъ какъ предѣлы колебанія ихъ процентныхъ отношеній близки между собою. Такъ напр. у общаго числа паралитиковъ предѣлы алкоголизма по Давидову 27,8 и 13,8, а наслѣдственности: 26,5 и 12,5, т. е. почти одно и то же; поэтому наслѣдственность съ полнымъ правомъ можетъ занять мѣсто алкоголизма, хотя проценты у автора рѣзко разнятся.

Такимъ образомъ, если бы кто нибудь процентныя отношенія Sprengel'я для различныхъ этиологическихъ моментовъ при параличѣ сталъ обобщать, то это было бы ошибочнымъ. Они дѣйствительны только для даннаго наблюденія и не обязательны для слѣдующихъ: причиной тому служить недостаточное число случаевъ—277.

Въ таблицѣ IX, о которой уже говорилось, только у 6 авторовъ изъ 46 число наблюдений было больше, чѣмъ у самого

Sprengel'я; поэтому достаточно ограничиться ими, чтобы получить представление о характерѣ процентовъ всѣхъ 46. Результаты проверки, болѣе подробные, снова расположимъ въ видѣ таблицы въ убывающемъ порядкѣ по числу наблюдений.

По Sprengel'ю таб. IX.	Паралитики.			Приблизженная вѣ- роятность.	Поправка.		Пределы на 100		Амплитуда колебанія предѣловъ.		
					Общее чи- сло.	Общее чи- сло сифи- литиковъ.	Процентъ.	По Давидову.	По Пауссону.	По Давидову.	По Пауссону.
	+	-	+								
Kaes.	1412	231	17,35	0,1635	$\frac{3}{100}$	+	—	19,35; 13,35	19,13; 13,56	6	5,6
Gudden.	1310	594	45,5	0,454	$\frac{4}{100}$	+	—	49,4; 41,4	49,29; 41,51	8	8,78
Voisin.	560	9	1,6	0,016	$\frac{2}{100}$	+	—	3,6; 0,4	3,1; 0,1	4	3
Neff.	368	155	42	0,421	$\frac{7}{100}$	+	—	49,1; 35,1	49,33; 34,8	14	14,56
Reinhard.	328	74	22,4	0,225	$\frac{6}{100}$	+	—	28,5; 16,5	29; 15,97	12	13,2
Ascher.	311	109	34,7	0,350	$\frac{8}{100}$	+	—	43; 27	42,69; 27,31	16	15,38
У всѣхъ 6 перечислен- ныхъ авторовъ	4289	1172	27,32	0,2732	$\frac{2}{100}$	+	—	29; 25	29,26; 25,38	4	3,88

Здѣсь прежде всего обращаетъ на себя вниманіе поправка, которую нужно прибавить и вычесть изъ приближенной вѣроятности для полученія предѣловъ дѣйствительной. Она увеличивается по мѣрѣ уменьшенія числа наблюденій, такъ что для Ascher'a поправка около $\frac{8}{100}$, а для всего количества паралитиковъ у 6 авторовъ она только около $\frac{2}{200}$.

Исключеніе составляютъ данныя Voisin'a, у котораго при 560 наблюденій сифилитиковъ было только 1,6‰. Но оказывается, что и при малой поправкѣ $\frac{2}{100}$ наименьшій предѣлъ здѣсь менѣе единицы, а по Давидову—даже съ отрицательнымъ знакомъ. Поэтому въ правѣ допустить, что число сифилитиковъ у него было или ошибочнымъ, или случайно ненормально малымъ и при слѣдующемъ подобномъ же наблюденіи ово навѣрное больше не получится. Какъ у Sprengel'я поправка для ‰ общаго числа сифилитиковъ (несомнѣнныхъ и сомнительныхъ) была при 277 всѣхъ случаевъ равна 8, такъ она остается и для Ascher'a при его 311 наблюденіяхъ; дальше она уменьшается съ увеличеніемъ числа наблюденій, и вмѣстѣ съ тѣмъ все болѣе и болѣе сближаются предѣлы истинной вѣроятности. У всѣхъ 6 авторовъ вмѣстѣ разница между предѣлами всего только 4 или 3,88, т. е. процентъ сифилитиковъ при параличѣ—27,32—въ данномъ случаѣ является наиболѣе близкимъ къ дѣйствительному, если взять во вниманіе его зависимость только отъ количества матеріала.

Если у Sprengel'я при 277 больныхъ съ точнымъ анализомъ процентныя величины оказались мало надежными для ихъ обобщенія, то это тѣмъ болѣе должно быть у втораго автора, Hirschl'я, при его 175 случаяхъ, но такъ какъ онъ не группируетъ своихъ больныхъ по характеру этиологическихъ моментовъ такъ же, какъ Sprengel, то здѣсь приходится ограничиться сифилитиками; ихъ онъ разбираетъ съ особою тщательностью. Замѣтивъ, что у него изъ 175 паралитиковъ

съ точнымъ анамнезомъ несомнѣнныхъ сифилитиковъ оказалось 98 чел., сомнительныхъ 44 и безъ указанія на сифилисъ 33, т. е. 56; 22 и 19⁰/₀, получимъ слѣдующіе предѣлы ихъ истинной вѣроятности:

Паралитики.	‰ по автору.	Предѣлы истинной вѣроятности ‰	
		по Давидову.	по Пауссону.
Сифилисъ несомнѣнный	56	66,5 — 45,5	66,61 — 45,39
— сомнительный	22	34,14 — 16,14	34,42 — 15,86
— отрицается.	19	26,86 — 10,86	27,22 — 10,50

Такимъ образомъ получается разниа между предѣлами дѣйствительныхъ процентовъ для несомнѣннаго сифилиса 21, для сомнительнаго 18 или 19, для случаевъ безъ сифилиса около 17. Эта разниа выступитъ еще рѣзче, если ее взять по отношенію не на 100, а на 175—число паралитиковъ автора. Тогда окажется, что изъ 175 больныхъ вмѣсто 98; 44 и 33 челов. въ слѣдующій разъ при тѣхъ же условіяхъ можетъ получиться:

съ сифилисомъ несомнѣннымъ: отъ 79 до 117 паралитиковъ
 — сомнительнымъ: — 27 — 61 —
 безъ указаній на сифилисъ: — 18 — 48 — т. е.
 разниа между наименьшимъ и наибольшимъ числомъ больныхъ, иначе—предѣловъ, въ которыхъ могутъ получаться при слѣдующихъ такихъ же наблюденіяхъ числа сифилитиковъ и несифилитиковъ равна 38; 34 и 30. Такое различіе конечно не говорить въ пользу возможности обобщенія прецентовъ сифилиса при параличѣ по Hirschl'ю; его распредѣленіе сифилитиковъ дѣйствительно только для даннаго наблюденія и не обязательно для слѣдующихъ.

Въ виду меньшаго числа случаевъ у Hirschl'я сравнительно со Sprengel'емъ естественно ожидать, что выводы

перваго должны быть вообще менѣе устойчивы, чѣмъ у Sprengel'я, насколько это зависитъ отъ числа наблюдений. Но есть способы, которые прямо опредѣляютъ характеръ такой разницы. Всего проще это достигается съ помощью таблицы Давидова, для чего умножаютъ саму на себя разность числителей дробей, выражающихъ приближенныя вѣроятности, взятыя на 100. Затѣмъ берутъ изъ таблицы соотвѣтствующія поправки, перемножаютъ каждую на себя и складываютъ произведенія. Если эта *сумма больше* произведенія разности числителей, то *разница* между обѣими приближенными вѣроятностями можетъ быть *случайной*; если же она меньше, то между ними существуетъ дѣйствительное различіе ²⁸).

Поэтому, если:

	Проценты	Приб. вѣроятность:		Поправка:	
		Sprengel. Hirschl		+	-
		Sprengel. Hirschl		Sprengel. Hirschl	
Сифилисъ несомнѣнный . 46,2: 56		$\frac{46}{100}$	$\frac{56}{100}$	$\frac{8}{100}$	$\frac{10}{100}$
— сомнительный . 8,3: 25		$\frac{8}{100}$	$\frac{25}{100}$	$\frac{5}{100}$	$\frac{9}{100}$
— отрицается . 27,0: 19		$\frac{27}{100}$	$\frac{19}{100}$	$\frac{7}{100}$	$\frac{8}{100}$

то для несомнѣннаго сифилиса разность числителей вѣроятности=10, произведеніе=100. Сумма поправокъ, помноженныхъ сами на себя: $64+100=164$; она больше перваго произведенія 100, такъ что разница между 46,2 и 56% могла быть случайной. На этомъ же основаніи разница между 8,3 и 25% дѣйствительно существуетъ; она могла зависѣть отъ различія въ разграниченіи авторами несомнѣннаго сифилиса отъ сомнительнаго, но и здѣсь преимущество большинства

наблюденій и меньшей поправки принадлежит Sprengel'ю. Разница между процентами несифилитиковъ у обоихъ авторовъ снова случайна.

Наблюденія Sprengel'я касаются періода съ 1866 по 1899 г., а Hirschl'я только за 1894—95., такъ что результаты наблюденій могли быть различны въ зависимости съ измѣненіемъ условій для развитія самой болѣзни, измѣненіемъ взглядовъ на ея этиологію. Въ этомъ отношеніи матеріалъ Hirschl'я представляется болѣе однороднымъ; матеріалъ Sprengel'я для достиженія большаго однообразія можно было бы разграничить на 5-ти или 10-ти лѣтнія группы.

Какъ уже говорилось, въ обработкѣ данныхъ у обоихъ авторовъ существуетъ различіе. У перваго весь матеріалъ представленъ въ сводныхъ таблицахъ VII и VIII, гдѣ сразу видно, какіе были этиологическіе моменты простые и сложные, у сколькихъ паралитиковъ. Правда, здѣсь группировка настолько мелка, что количество больныхъ нерѣдко выражается единицами, но это зависитъ отъ малаго числа наблюденій и въ нѣкоторыхъ случаяхъ неизбежно. Принципіально такая группировка необходима, такъ какъ она охватываетъ всевозможные случаи, во всѣхъ ихъ комбинаціяхъ; послѣднее весьма важно при массовомъ наблюденіи, особенно при сводкѣ матеріала нѣсколькихъ авторовъ, когда отдѣльныя единицы могутъ обратиться въ большія величины. Но къ сожалѣнію авторъ почти не даетъ своимъ цифрамъ ни поясненій, ни критической оцѣнки; онъ предоставляетъ усмотрѣнію читателя судить о ихъ значеніи и только комментируетъ литературными данными. Приведенная имъ литература однако весьма часто разнорѣчива, что не можетъ служить къ выясненію дѣла. Поэтому его выводъ, что сифилисъ долженъ считаться самымъ главнымъ этиологическимъ моментомъ паралича, но дѣйствующимъ не прямо и не единично, является нѣсколько неожиданнымъ.

Отсутствіе сводной таблицы у другого автора, при чемъ другія служатъ для пополненія анамнеза и поясненія

текста, а не средствомъ при статистической обработкѣ, не свойственно обычному статистическому методу, методу цифръ, систематизаціи ихъ и таблицъ. Такое отступленіе едва ли можетъ принести какую-нибудь выгоду, напрасно затрудняя и автора, и читателя. „Если изслѣдователь не привыкъ или не вдумался въ то, какъ ему лучше и нагляднѣе расположить количества, подлежащія анализу, то ему долго придется безмолвно и безуспѣшно смотрѣть на цифры и не понимать ихъ языка“, говорилъ нашъ прекрасный статистикъ Янсонъ.

Авторъ не разсматриваетъ также этиологическихъ моментовъ въ ихъ комбинаціяхъ и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ беретъ по два; обычно онъ поступаетъ такимъ образомъ, что говоря напр. о травмѣ черепа, разбираетъ отдѣльные случаи травмы и даетъ имъ надлежащую оцѣнку, какъ таковымъ, совершенно не упоминая напр. о бывшемъ при этомъ алкоголизмѣ, душевныхъ потрясеніяхъ и др. Разбирая алкоголизмъ, онъ разсуждаетъ о значеніи только его одного и не упоминаетъ о травмѣ, хотя бы она и совпадала съ пьянствомъ и т. д. Исключеніе дѣлается только для сифилиса, который онъ подчеркиваетъ всюду, гдѣ было съ нимъ совпаденіе. Но говоря о самомъ сифилисѣ, онъ точно также не принимаетъ въ разсчетъ сопутствовавшіе иные моменты, считая ихъ осложненіемъ. Этотъ, нѣсколько странный, пріемъ напоминаетъ такъ называемый „методъ остатковъ“, мало употребительный въ медицинской статистикѣ, только имъ пользуются здѣсь съ произвольной односторонностью; методъ остатковъ, даже и правильно примѣненный, непригоденъ въ случаяхъ дѣйствія нѣсколькихъ причинъ и смѣшенія результатовъ, какъ это бываетъ при психическихъ заболѣваніяхъ. Онъ предполагаетъ, что причины, отъ которыхъ происходитъ часть результата, уже извѣстны изъ спеціального опыта, или онѣ тождественны съ подобными же другими, что не примѣнимо къ человѣческой жизни, къ ея сложнымъ и разнообразнымъ проявленіямъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Такъ напр., признавая значеніе травмы въ 13 случаяхъ изъ 175, авторъ исключаетъ изъ нихъ 7 случаевъ потому, что между травмой и параличемъ прошло достаточно времени (отъ 3 до 28 лѣтъ) при видимомъ въ это время здоровьи больного; казалось-бы, что здѣсь все же нельзя игнорировать возможность predisposing значенія травмы черепа. Въ 3 случаяхъ онъ отдаетъ предпочтеніе сифилису, какъ болѣе важной причинѣ, хотя послѣднее положеніе авторомъ еще не доказано, да и сифилисъ въ двухъ случаяхъ могъ быть только вѣроятнымъ (5 и 8). Говоря объ алкоголизмѣ, онъ находитъ его въ 19 случаяхъ—8,5% (вѣроятіе 10,8%), при чемъ предварительно исключаетъ алкогольную деменцію, и эпизодическое пьянство. Но „такъ какъ, говорить онъ, ваши другіе душевно-больные дали въ среднемъ около 40—50% алкогольнаго психическаго заболѣванія, то едва ли въ этихъ случаяхъ можно придавать причинное значеніе алкоголизму для паралича. Алкоголизмъ скорѣе нужно считать осложненіемъ прогр. паралича, чѣмъ его причиной“.

Такимъ образомъ Hirschl относится весьма осторожно къ вопросу о значеніи алкоголя и можетъ быть благодаря этому число алкоголиковъ у него получилось меньше, чѣмъ у большинства другихъ наблюдателей. Но какъ бы ни была малой полученная имъ величина, пренебрегать ей всетаки не слѣдуетъ, такъ какъ въ слѣдующій разъ она можетъ оказаться совершенно иной; на это указываетъ значительное колебаніе ея истинной вѣроятности: 4,14..(8,5)..10,8..17,45%. Судить о значеніи алкоголизма по частотѣ его при параличѣ и другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ едва ли удобно, такъ какъ самое понятіе о злоупотребленіи алкоголемъ имѣетъ слишкомъ много субъективнаго; поэтому есть опасность сравненія далеко неоднородныхъ величинъ.

Говоря о сифилитикахъ, авторъ не отдѣляетъ случаи съ анамнезомъ одного только сифилиса отъ тѣхъ, гдѣ онъ комбинированъ съ другими причинами. Между тѣмъ изъ 142 случаевъ несомнѣннаго и сомнительнаго сифилиса одинъ онъ

былъ только въ 67 сл.; съ рахитомъ наблюдался въ 20, съ другими причинами—по двѣ и по три—у 55 паралитиковъ. Далѣе сифилисъ совершенно отрицается имъ только у 33 больныхъ, а въ табл. 10-й—у 22, тогда какъ на самомъ дѣлѣ ихъ можно насчитать больше. Напримѣръ онъ признаетъ вѣроятнымъ сифилисъ въ такихъ случаяхъ, какъ 9, 33, 37, 42, 63 и 92, гдѣ на него слишкомъ мало указаній. Вотъ эти случаи:

9. «Peter S. 36 л. Въ 1878 г. гоноррея. Въ 1886 г. мѣстный нарывъ, вылеченный въ 3 недѣли (въ Бразиліи). Никакихъ вторичныхъ явленій. Съ 1879—88 тягости похода въ Бразиліи. Женатъ съ 1888 г. Дѣти въ 1890, 91 и 94 г.—здоровы. Объект. дан.: «никакихъ ясныхъ признаковъ сифилиса. Безболѣзненное увеличеніе многихъ голенныхъ и паховыхъ железъ»—клиника Нешаппа. Заболѣлъ параличемъ съ декабря 1893 г.—дементная форма».

33. «Carl. S. 37 л. рахитикъ. Сифилиса будто бы не было; у сожительницы было 2 выкидыша. Дементная форма паралича».

37. «Johann R. 31 г.—Съ 1882 г. сожительство; дѣтей нѣтъ. Заболѣлъ параличемъ въ концѣ 94 г. Дементная форма».

42. «Johann P. 59 л.». Въ 1854 г. шанкръ. Бракъ съ 1870 по 73 г.; дѣтей не было. Сожительство съ 74 г. 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 6-й дѣти умерли маленькими безъ сыни (fraisen) 5-й реб. въ 84 г., живъ и здоровъ. Параличъ съ 93 г. Дементн. фор. Осложненіе—*tabes dorsalis*.

63. «Johann B. 41 г. Много лѣтъ раньше—шанкръ. Бракъ съ 1885 г. 1-й реб. въ 84 г. (въ сожествѣ), умеръ 10 мѣсяцевъ отъ пневмоніи; 2-й въ 86 г., умеръ 6 мѣс. отъ сыни; 3-й въ 88 г., умеръ 3 мѣс. отъ неизвѣстной болѣзни. Въ 1884 г. больной упалъ на голову. Параличъ съ 1891 г.—дементн. форма».

92. «Peter M. 51 г. Было частое страданіе шеи, вылеченное K. Jodat. 1-й бракъ въ 1871 г. до 73 г.; 2-й бр. съ 74 г. 1-й ребенокъ въ 72 г., здоровъ; 2-й въ 73 г., умеръ 6 недѣль безъ сыни (fraisen); 3-й въ 74 г., здоровъ; 4-й въ 76 г., здоровъ. Дементная форма паралича съ 1892 г.».

Авторъ ссылается на Lange и говоритъ, что объективныя данныя сифилиса у паралитиковъ вообще рѣдко встрѣчаются и анамнезъ мало помогаетъ въ этомъ отношеніи. Въ виду этого онъ пользуется здѣсь вспомогательнымъ средствомъ—данными о выкидышахъ и мертворожденіяхъ жены больного, бездѣтности брака. По Oppenheim'у неподвижность

зрачковъ, легкіе парезы личныхъ мышцъ могутъ часто считаться признакомъ мозгового сифилиса. Авторъ приходитъ къ выводу, что въ сущности у всѣхъ его паралитиковъ, строго говоря, нельзя отрицать возможности сифилитической инфекціи.

Не входя въ подробное обсужденіе только что приведеннаго, можно сказать, что здѣсь какъ будто проскальзываетъ настойчивое желаніе автора найти сифились тамъ, гдѣ о немъ нѣтъ никакихъ данныхъ. Если такъ же широко смотрѣть напр. на значеніе алкоголизма (какъ это и дѣлаютъ нѣкоторые), то можно пожалуй придти къ подобному же выводу: вѣдь слишкомъ рѣдко встрѣчается, что бы паціентъ никогда не употреблялъ спиртныхъ напитковъ; отрицаніе употребленія ихъ не мѣшаетъ подозрѣвать пьянство такъ же, какъ и подозрѣвать сифились при отсутствіи данныхъ въ анамнезѣ. Такимъ образомъ выводъ автора объ абсолютномъ значеніи сифилиса едва ли можно назвать строго статистическимъ.

Въ отдѣлѣ истощающихъ физическихъ моментовъ Hirschl ограничивается 7 случаями и совершенно не принимаетъ въ расчетъ службу почтальеновъ, пекарей, мелкихъ желѣзнодорожныхъ служащихъ, носильщиковъ тяжестей и др., на долю которыхъ завѣдомо выпадаетъ не мало возможности физическаго переутомленія, а иногда и дѣйствія лучистаго жара.

Я ограничиваюсь этими краткими замѣчаніями, почти исключительно касающимися недостатковъ, которые только я и принималъ во вниманіе, по отношенію обѣихъ интересныхъ работъ—Sprengel'я и Hirschl'я. Резюмирую выше сказанное. Обѣ работы основаны на слишкомъ небольшомъ числѣ наблюдений, чтобы выводы могли считаться окончательными. Процентныя величины, на которые они опираются, представляютъ значеніе только для этихъ работъ, а въ приложеніи ихъ къ другимъ наблюденіямъ проценты оказываются мало надежными, иногда невѣроятными и даже невозможными; выводы Sprengel'я устойчивѣе чѣмъ у Hirschl'я.

Въ сводной таблицѣ перваго и въ различныхъ отдѣлахъ его работы не сдѣлано частныхъ выводовъ, которые могли бы послужить основаніемъ для общихъ. Второй авторъ совсѣмъ не приводитъ многихъ необходимыхъ таблицъ и кромѣ того повидимому допускаетъ предвзятость идеи; его работа носить нѣсколько односторонній характеръ и похожа на защиту сифилитической теоріи прогрессивнаго паралича. Матеріаломъ обѣихъ работъ нельзя или очень трудно воспользоваться для его сводки, такъ какъ вслѣдствіе различія въ планѣ изслѣдованія пришлось бы ту или другую изъ нихъ передѣлывать снова.

Подводя общіе итоги, можно придти къ заключенію, что историческое прошлое статистики говоритъ за жизненность и научность этого метода, что между прочимъ подтверждается его распространенностью въ настоящее время. Для психіатріи это одно изъ лучшихъ, а иногда единственное средство для изученія душевныхъ заболѣваній. Такое значеніе статистики давно уже понятно психіатрами и они пользуются ею въ довольно широкихъ размѣрахъ. Но если обратиться къ статистической литературѣ нѣкоторыхъ заболѣваній, то увидимъ, что она иногда на столько же необъятна, на сколько подчасъ и противорѣчива въ своихъ выводахъ. Здѣсь бываетъ такъ много ученій по одному и тому же вопросу, несогласныхъ одно съ другимъ, что разобраться можно только съ помощью критическаго анализа.

Неустойчивость и разнорѣчіе выводовъ часто зависитъ отъ несоблюденія требованій статистики, особенно по отношенію числа наблюденій. Если у выше приведенныхъ авторовъ число случаевъ оказалось все же недостаточнымъ, то тамъ гдѣ ихъ еще меньше—иногда одинъ или нѣсколько десятковъ—естественно ожидать выводы еще менѣе надежными. Разногласіе зависитъ также отъ различія въ регистраціи пер-

вичнаго матеріала и его обработки, при чемъ статистическіе приемы не всегда бываютъ цѣлесообразными, не всегда правильными.

Отчеты психіатрическихъ заведеній, составленные иногда не тщательно, съ различной полнотой, по самымъ разнообразнымъ планамъ и классификаціямъ заболѣваній, пока мало пригодны для научной разработки. Цифры въ нихъ часто не соотвѣтствуютъ дѣйствительности, особенно при болѣе дѣтальной группировкѣ матеріала. Иногда вся забота составителя отчета видимо сводится къ тому, чтобы сходились общіе итоги, но и это не всегда соблюдается; напр. одни и тѣ же числа *оставшихся* не рѣдко бываютъ различными въ двухъ сосѣднихъ отчетахъ одной и той же лечебницы. Число поступившихъ искусственно увеличивается повторными поступлениями, которыя должны считаться отдѣльно отъ поступленій въ 1-й разъ. Поэтому слѣдуетъ пожелать, чтобы классификація душевныхъ заболѣваній была общепонятной, по возможности научной и главное—одной и той же во всѣхъ отчетахъ; чтобы при регистраціи первичныхъ данныхъ соблюдались одинаковые, условно взятые всѣми принципы, а разработка матеріала производилась бы возможно правильнѣе и однообразнѣе. Здѣсь болѣе цѣнны немногочисленные, но за то хорошо провѣренные итоги, чѣмъ наоборотъ. При группировкѣ данныхъ могли бы служить извѣстные образцы, разработанные спеціалистами и принятые всѣми лечебницами, какъ это было предложено напр. обществомъ нѣмецкихъ психіатровъ, для руководства при минимальной разработкѣ матеріала. Это едва ли затруднило бы составленіе отчетовъ, а между тѣмъ увеличило бы ихъ научное значеніе.

Въ виду того, что многіе авторы ограничиваются малымъ числомъ наблюденій, необходимо относиться къ ихъ выводамъ съ извѣстной осторожностью и не обобщать ихъ. Однако небольшія наблюденія, особенно если они хорошо обследованы, обладаютъ полнотой анамнестическихъ данныхъ, все же весьма желательны и интересны; они могутъ имѣть большое значе-

віе при рѣшеніи извѣстныхъ вопросовъ, но для этого необходимо разсматривать ихъ не въ отдѣльности каждое, а въ общей сложности съ подобными же. Работы, претендующія на обобщеніе своихъ выводовъ, должны основываться на достаточномъ числѣ наблюденій; чѣмъ больше послѣднихъ, тѣмъ точнѣе и объективнѣе статистическіе выводы.

Необходимо имѣть ясное представленіе о требованіяхъ статистики, знакомство съ ея основными законами, прежде чѣмъ предпринимать статистическое изслѣдованіе; эта простая истина иногда какъ будто ускользаетъ отъ вниманія психіатровъ.

Л и т е р а т у р а.

- 1) Проф. Янсонъ. «Теорія статистики». Спб. 91 г. стр. 4—42 и дальше.
- 2) Гезеръ. «Основы исторіи медицины», Каз. 90 г.
- 3) Г. Маудсли. «Физиологія и патологія души». Спб. 71 г. стр. 255.
- 4) Esquirol. «Des Maladies mentales». Brux. 38 а. Т. II. р. 278.
- 5) Ibidem p. 267—269.
- 6) Sprengel. «Beitrag zur statistik» etc. Allg. Ztschr. f. Psych. B. 56, H. 5, 725 S.
- 7) Архивъ психіатріи проф. Ковалевскаго т. 9, № 1, 87 г. стр. 144, реф.
- 8) Обзорніе псих. проф. Бехтерева 97 г. стр. 693, рефер.
- 9) Oldendorff и Герценштейнъ. «Душевно-больные, статистика ихъ». Реальн. энциклопедія т. VI, стр. 435.
- 10) Янсонъ. I. с. отдѣлъ V. Эрисманъ. Курсъ гігіены, т. II. Прилож. Статистика. М. 1887.
- 11) М. С. Уваровъ. Объ единеніи программъ санитарно-статистическаго изслѣдованія. Труды 4-го сѣзда врачей въ Москвѣ. М. 92 г. стр. 199—203.
- 12) Труды совѣщанія по санит. статист. и санитар. вопр. Прилож. къ журн. об. рус. врач. въ п. Пирогова, за 1900 г. стр. 28—31.
- 13) Крафтъ-Эбингъ. Учебникъ психіатріи. Спб. 90 г. стр. 402.
- 14) Zählkarten u. Tabellen f. d. Statistik d. Irrenanstalten. Aufgestellt v. d. Verein d. deutsch. Irrenärzte. Berlin 74. также: Allgem. Ztschr. f. Psych. 6 H., 30 B.
- 15) F. Hagen. Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlang. 76.
- 16) Медико-хозяйственные и медицинскіе отчеты по психіат. заведеніямъ.

- 17) Лебедевъ. Отч. о сост. отдѣл. для душ. б. при Сиб. Николаевскомъ В. Госпит. Арх. психіатріи Ковалевскаго 94 г., т. XXIV, №1 стр. 39.
- 18) Горшковъ. Вопр. нервн. псих. мед., журн. Сикорскаго 97 г., Вып. 3 стр. 401 и 99 г., Вып. 4, стр. 591.
- 19) В. Сербскій. Обзоръ отчет. о сост. завед. для душев. б. за 1897 и 98 г. Медиц. обзор. декабрь 99 г. и ноябрь 1900 г.
- 20) Игнатъевъ, Вѣстн. общ. гігіены 92 г. т. XIII, кн. 1, отд. VII стр. 1—26 и т. XIII, кн. III, отд. VII, стр. 27—50.
- 21) Онъ же. Вопр. нерв. псих. мед., журн. Сикорскаго 96 г. стр. 257—269.
- 22) А. Топорковъ. Медиц. отч. клиники душ. и нервн. бол. Сиб. 99 г. также: Труды клиники душ. и нервн. б. въ Сиб. вып. II 99 г. ч. 2-я стр. 3.
- 23) Проф. Ковалевскій. Русс. мед. вѣстникъ Ковалевскаго 1900 г. т. II, №21 стр. 35.
- 24) и 26) Sprengel. l. c. t, 748 s.
- 25) и 27) Hirschl. Jahrbücher f. Psych. B. XIV, 1896.
- 28) Проф. Эрисманъ l. c. стр. 30.
-

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Д-ръ П. Заболотновъ. Къ патологіи нервной клітки при брюшномъ тифѣ и дифтеритѣ.—Дисс. Казань. 1900.

Работа вышла изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. Н. М. Любимова, гдѣ авторъ занимался изученіемъ вопроса о вліяніи чистыхъ культуръ нѣкоторыхъ патогенныхъ микроорганизмовъ и ихъ токсиновъ на нервныя клітки спинного мозга и межпозвоночныхъ узловъ. Свои экспериментальныя изслѣдованія авторъ производилъ на кроликахъ и морскихъ свинкахъ съ бациллами Eberth'a и Löffler'a. Окраска производилась по методу Nissl'a. Работа приобретаетъ особенный интересъ въ виду того, что вопросъ о вліяніи патогенныхъ микроорганизмовъ на нервныя клітки тѣсно примыкаетъ къ вопросу объ этиологіи нѣкоторыхъ заболѣваний центральной нервной системы.

Сдѣлавши обстоятельное обзорѣніе литературы вопроса, авторъ начинаетъ описаніе собственныхъ изслѣдованій по отношенію къ брюшному тифу. Тифозная культура вводилась или прямо въ кровь черезъ краевую вену, или подъ кожу живота, или же, наконецъ, непосредственно въ брюшную полость. Всего въ этомъ направленіи сдѣлано 28 опытовъ. Выводы: 1) бульонная культура тифознаго бацила вызываетъ цѣлый рядъ измѣненій въ нервныхъ кліткахъ и отчасти въ сосудахъ и нейроглии; 2) нервная система кроликовъ менѣе чувствительна къ дѣйствію тифозной культуры сравнительно съ морскими свинками; 3) нервныя клітки спинного мозга

испытывали различного рода хроматолизъ (разлитой, околоядерный и периферическій) и кромѣ того еще особаго рода расположеніе хроматофильнаго вещества въ видѣ сѣти; 4) основное вещество дифузно окрашивалось и подвергалось вакуольному перерожденію, особенно въ спинномозговыхъ нервныхъ клѣткахъ морскихъ свинокъ; 5) вакуольное перерожденіе въ нѣкоторыхъ клѣткахъ спинного мозга настолько рѣзко было выражено, что оно приводило ихъ къ значительному разрушенію; 6) въ протоплазматическихъ отросткахъ наблюдались явленія хроматолиза и вакуольнаго перерожденія; послѣднее въ выраженныхъ случаяхъ вело къ полному разрушенію ихъ; 7) ядро въ нервныхъ клѣткахъ смѣщалось къ периферіи, испытывало гидроническое перерожденіе и даже совершенно разрушалось, или же протерѣвало рядъ измѣненій въ формѣ и способности окрашиваться; 8) ядрышко измѣнялось, хотя и слабо, въ своей формѣ и даже вполне распадалось на отдѣльныя зерна хроматина; 9) нервныя клѣтки межпозвоночныхъ узловъ подвергались болѣе слабымъ измѣненіямъ сравнительно съ нервными клѣтками спинного мозга.—Съ цѣлю изученія вліянія дифтеритнаго яда на нервныя клѣтки спинного мозга и межпозвоночныхъ узловъ авторъ вводилъ кроликамъ и морскимъ свинкамъ бульонную культуру дифтеритнаго бацилла или дифтеритный токсинъ. Всего было сдѣлано 24 опыты. Выводы: 1) дифтеритная культура, введенная кролику подъ кожу, вызываетъ цѣлый рядъ измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ спинного мозга, при чемъ эти измѣненія не одинаково касаются всѣхъ отдѣловъ его; 2) измѣненія рѣзче и ранѣе всего выражаются въ тѣлцахъ Nissl'a въ формѣ хроматолиза разлитого, околоядернаго и периферическаго типа; 3) основное вещество относительно слабо реагируетъ и мало принимаетъ участія въ патологическихъ измѣненіяхъ нервной клѣтки. Въ немъ довольно рѣдко наблюдается вакуольное перерожденіе; 4) ядро въ немногихъ нервныхъ клѣткахъ подвергается значительнымъ измѣненіямъ, причемъ помимо этого наблюдается еще смѣщеніе ядра и даже ядрышка; 5) протоплазматическіе отростки измѣняются одинаково съ протоплазмой клѣтки; первый отростокъ не измѣняется; 6) иногда наблюдаются небольшія околоклѣточные пространства около нервныхъ клѣтокъ; 7) въ сѣромъ веществѣ переполненіе кровеносныхъ сосудовъ, выступленіе изъ нихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и даже мелкія кровоизліянія—Опыты съ характеромъ остраго отравленія дифте-

ритнымъ токсиномъ дали слѣдующіе результаты: 1) характеръ измѣненій преимущественно былъ разлитой по всему спинному мозгу; 2) основное вещество испытывало вакуольное перерожденіе и диффузно окрашивалось; 3) съ вакуольнымъ перерожденіемъ основного вещества связано образованіе околокѣлочныхъ пространствъ; 4) въ протоплазматическихъ отросткахъ наблюдались явленія хроматолиза и вакуольнаго перерожденія наравнѣ съ тѣломъ кѣлки; 5) форма ядра и его содержимое (кариоплазма) въ нѣкоторыхъ кѣткахъ измѣнялись; въ такомъ ядрѣ и ядрышко претерпѣвало нѣкоторыя уклоненія въ своемъ строеніи; 6) въ незначительномъ числѣ нервныхъ кѣтокъ межпозвоночныхъ узловъ имѣлъ мѣсто хроматолизъ. — Опытовъ съ характеромъ хроническаго дифтеритическаго отравленія было произведено всего 5 на морскихъ свинкахъ. Выводы: 1) Спинной мозгъ измѣнялся не одинаково на всемъ своемъ протяженіи; 2) околокѣлочные пространства преимущественно выражены около кѣтокъ переднихъ роговъ; 3) съ присутствіемъ околокѣлочныхъ пространствъ связано закругленное состояніе нервныхъ кѣтокъ и уменьшеніе величины ихъ; 4) въ нѣкоторыхъ кѣткахъ было явленіе хромофилии, т. е. увеличенное содержаніе красящаго вещества; 5) тѣльца Nissl'я, такъ же какъ при остромъ отравленіи, испытывали хроматолизъ, причемъ иногда каждое въ отдѣльности изъ нихъ безъ предварительнаго распадѣнія на частицы лишь уменьшалось только въ своихъ размѣрахъ; 6) основное вещество принимало диффузную окраску, а также подвергалось вакуольному перерожденію, а въ нѣкоторыхъ кѣткахъ даже гіалиновому; 7) въ протоплазматическихъ отросткахъ измѣнялось какъ хроматофильное, такъ и основное вещество, причемъ послѣднее иногда имѣло сходство съ гіалиномъ и становилось ломкимъ; при закругленіи кѣтокъ отростки атрофировались; 8) встрѣчались групповыя склопленія кѣтокъ нейроглии около нервныхъ элементовъ, а также и лейкоцитовъ около нихъ.

Къ работѣ приложена таблица удачно исполненныхъ рисунковъ.

Б. Воротынский.

А. Ф. Де-Мезеръ Посмертныя измѣненія нервныхъ кѣтокъ, обнаруживаемыя при окраскѣ по Nissl'ю. — Университетскія Извѣстія. 1900, Августъ, № 8.

Работа произведена въ лабораторіи патологоанатомическаго института Университета св. Владиміра. Вначалѣ авторъ описываетъ строеніе нервной клѣтки, обнаруживаемое при окраскѣ по способу Nissl'я, причемъ отдѣльно останавливается на описаніи строенія отростковъ, ядра и ядрышка. Далѣе разсматривается класификація нервныхъ клѣтокъ, связь строенія клѣтки съ ея функціею и зависимость морфологическихъ свойствъ нервной клѣтки отъ ея функціональнаго состоянія и отъ патологическихъ воздѣйствій. Послѣ этого авторъ переходитъ къ собственнымъ изслѣдованіямъ относительно посмертныхъ измѣненій нервныхъ клѣтокъ. Кусочки мозга въ 1—2 с. величиною уплотнялись въ 50% формалинѣ, обезжизнялись въ спиртѣ, просвѣтлялись въ кедровомъ маслѣ и заливались въ парафинъ; при окраскѣ употреблялся исключительно тѣонинъ въ насыщенномъ водномъ растворѣ. Общій выводъ автора тотъ, что въ промежуткѣ 24—36 часовъ послѣ смерти, при сохраненіи даже при комнатной температурѣ, достигающей 16—17° R, нервныя клѣтки не претерпѣваютъ никакихъ измѣненій тѣхъ морфологическихъ ихъ свойствъ и особенностей, а также тѣхъ состояній, въ которыхъ ихъ застала смерть. Замѣчается лишь нѣкоторая разница при окраскѣ и обезцвѣчиваніи препаратовъ изъ свѣжаго и лежалаго мозга, сводящаяся къ тому, что клѣтки въ препаратахъ изъ лежалаго мозга представляются нѣсколько гуще окрашенными.

Къ работѣ приложены 5 таблицъ рисунковъ.

Б. Воротынский.

A. Bethe. *Ueber die Primitivfibrillen in den Ganglienzellen vom Menschen u. anderen Wirbelthieren.*—*Morphol. Arb.* Bd. 8, 1898, p. 45—117.

Въ виду результатовъ, полученныхъ *Apathy* при изслѣдованіи нервн. системы безпозвоночныхъ (черви) и подтвержденныхъ изслѣдованіями автора надъ пиявкою, результатовъ, указывающихъ на „непрерывную, созданную фибриллами, связь воспринимающихъ и двигательныхъ нервныхъ путей“, авт. съ помощью особаго метода (методъ этотъ былъ въ послѣдствіи опубликованъ A. Bethe въ *Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie*, Bd. 17, 1900, p. 13) изслѣдовалъ нервн. клѣтки

центр. нервн. системы позвоночных (человѣкъ, собака, кроликъ, лягушка), имѣя главною цѣлью выяснитъ ходъ фибриллъ въ волокнахъ и клѣткахъ и отношенія ихъ къ этимъ послѣднимъ.

Въ *нервныхъ волокнахъ* первичныя фибриллы представляются въ видѣ тонкихъ нитей съ гладкими контурами; ходъ ихъ слегка волнообразный, но въ общемъ б. или м. прямолинейный; поперечныхъ мостиковъ, которые соединяли бы фибриллы, не существуетъ. При значительномъ числѣ и неполнѣ параллельномъ ходѣ, эти нити въ нервн. волокнахъ, при методѣ авт., прослѣживаются на сравнительно небольшомъ протяженіи (не больше 50 μ); онѣ залегаютъ въ *межуточномъ веществѣ*, являющемся почти всегда однороднымъ и выполняющемъ промежутки между фибриллами и сморщенной (большею частью) мякотною оболочкою нервн. волокна; вещество это, повидимому, соотвѣтствуетъ „перифибриллярному веществу“, описываемому Араѣ въ нервн. волокнахъ безпозвоночныхъ. Интересны отношенія фибриллъ въ волокнахъ заднихъ корешковъ и въ ихъ продолженіяхъ въ спинномъ мозгу: волокна заднихъ корешковъ, раздѣляясь Т-образно въ заднихъ столбахъ, содержатъ фибриллы, которыя на мѣстѣ такого дѣленія мѣняютъ направленіе хода, переходя изъ горизонтальнаго въ вертикальное — восходящее и нисходящее — направленіе; фибриллы на мѣстѣ Т-образнаго дѣленія волоконъ никогда не дѣлятся; никогда также авт. не наблюдалъ фибриллъ, которыя бы изъ одной вертикальной вѣтви Т переходили въ другую вертикальную — же вѣтвь. Изъ коллатералей, отсылаемыхъ на различной высотѣ такую вертикальную вѣтвь, фибриллы вступаютъ въ самую вѣтвь, причемъ всѣ онѣ направляются въ одну и ту же сторону, такъ что по ихъ ходу можно діагностировать восходящее или нисходящее направленіе хода самой вѣтви Т-образнаго дѣленія. Всѣ указанныя особенности въ ходѣ фибриллъ говорятъ въ пользу значенія ихъ въ смыслѣ „проводниковъ“.

Что касается отношенія первичныхъ фибриллъ къ *нервнымъ клѣткамъ*, то, смотря по большей или меньшей сложности этихъ отношеній (большая или меньшая сложность въ ходѣ фибриллъ стоитъ въ зависимости отъ больш. или меньш. числа отростковъ даннаго вида клѣтокъ), авт. дѣлитъ клѣтки центр. нервн. системы на нѣсколько видовъ. Несмотря на значительный интересъ, который представляетъ детальныя въ сказанномъ отношеніи разборъ отдѣльныхъ видовъ клѣтокъ,

мы, ради краткости, ограничимся лишь нѣкоторыми данными, сообщаемыми авт. относительно одного изъ описываемыхъ имъ видовъ нервныхъ клѣтокъ, а затѣмъ перейдемъ къ общимъ выводамъ, слѣданнымъ авт. на основаніи своихъ наблюденій. Исслѣдованіе хода фибриллъ въ *большихъ пирамидальныхъ клѣткахъ* (Gyrus central. человѣка) дало слѣдующую картину. Всѣ фибриллы, проходящія черезъ тѣло клѣтки, непрерывно проходятъ отъ одного изъ клѣточныхъ отростковъ до другого, рѣдко лишь наблюдается Т — образное дѣленіе фибриллъ въ клѣткѣ и тогда одна изъ вѣтвей дѣленія проходитъ въ одинъ отростокъ, другая же — въ другой. Образованіе сѣти изъ фибриллъ никогда не наблюдается. Бѣольшая часть фибриллъ проходитъ по клѣткѣ въ продольномъ направленіи, слѣдоват. отъ верхушки къ основанію или наоборотъ, такъ что главный дендритъ снабжается наибольшимъ числомъ фибриллъ сравнительно съ другими отростками. Эти фибриллы довольно равномерно распредѣляются на отростки основанія клѣтки, къ которымъ принадлежитъ и осево-цилиндрич. отростокъ. *Такъ образ., послѣдній получаетъ только часть фибриллъ, которыя отъ вершины клѣтки направляются къ ея основанію*, хотя часто осево-цилиндр. отростокъ и содержитъ большее число фибриллъ сравнительно съ другими отростками основанія клѣтки. Незначительная часть фибриллъ основанія пробѣгаетъ по клѣткѣ въ поперечномъ направленіи, причемъ эти фибриллы либо соединяютъ между собою протоплазмат. отростки основанія, либо одинъ изъ протоплазм. отростковъ съ осево-цилиндрическимъ. Фибриллы того или другого изъ протоплазм. отростковъ, вступая въ клѣтку, обыкновенно образуютъ въ ней обособленный пучекъ и затѣмъ распредѣляются между другими отростками, съ которыми и покидаютъ тѣло клѣтки.

Иногда эти пучки фибриллъ представляютъ спирально извитой ходъ. Распредѣленіе фибриллъ въ обособленные пучки наблюдается также и въ протоплазм. отросткахъ, и тогда каждый изъ такихъ пучковъ обыкновенно соотвѣтствуетъ одной изъ вѣтвей протоплазм. отростка. Въ осево-цилиндрич. отросткѣ, въ началѣ его, фибриллы обыкновенно такъ густо сложены, что окраска является однообразно-интенсивною; далѣе однако снова ясно выступаетъ составъ изъ волоконцевъ. Авт. въ описываемыхъ клѣткахъ наблюдалъ всевозможныя комбинаціи обмѣна фибриллъ не только между отростками, но и между отдѣльными, описанными пучками; въ частности, осево-цилиндрич. отростокъ, какъ это видно было по крайней

мѣръ на нѣкоторыхъ клѣткахъ, получалъ фибриллы отъ каждаго изъ протоплазм. отростковъ; съ другой-же стороны, и послѣдніе всѣ связаны между собою фибриллами.

Пирамидальныя клѣтки съ особенною ясностью обнаруживаютъ ту общую для нервныхъ клѣтокъ картину, что при окрашенныхъ фибриллахъ получается точный негативъ Нисселевскихъ тѣлъ.

По наблюденіямъ авт., „далеко не всѣ фибриллы одного и того-же нейрона пронизываютъ самое тѣло клѣтки; довольно значительное число ихъ остается всецѣло въ области протоплазмат. отростковъ; здѣсь встрѣчаются фибриллы, переходящія изъ одного изъ главныхъ протоплазмат. отростковъ въ другой, или-же изъ одной изъ вторичныхъ вѣтвей протоплазмат. отростка въ другую такую-же вѣтвь“.

Соотвѣтственно отношенію фибриллъ къ тѣлу нервныхъ клѣтокъ, авт. различаетъ въ нихъ два вида фибриллъ: *периферическія*, которыя обыкновенно въ видѣ пучковъ просто проходятъ черезъ клѣтку, пронизывая клѣточное тѣло, и *центральныя*; послѣднія также въ видѣ пучковъ фибриллъ вступаютъ въ тѣло клѣтки и здѣсь отдѣльныя фибриллы направляются къ центральной части клѣтки, гдѣ и преслѣдуютъ каждая различныя пути, разнообразно извиваясь. Нѣрѣдко нѣсколько фибриллъ, сойдясь съ разныхъ сторонъ, проходятъ рядомъ на извѣстномъ протяженіи; затѣмъ снова мѣняютъ направленіе хода и присоединяются къ другимъ фибрилламъ. При этомъ онѣ пользуются тѣми путями, которые на Нисселевскихъ препаратахъ выступаютъ по отсутствію въ нихъ окраски, такъ что и здѣсь получается картина обратная получаемымъ на препаратахъ Ниссля.

Къ ядру фибриллы никакого прямого отношенія не имѣютъ: онѣ неизмѣнно проходятъ мимо него, на нѣкоторомъ отъ него разстояніи.

Центральныя фибриллы, по наблюденіямъ авт., встрѣчаются лишь въ нѣкоторыхъ видахъ нервн. клѣтокъ. При запутанномъ и извилистомъ ходѣ ихъ, въ глубинѣ клѣточного тѣла, обыкновенно не удается прослѣдить отдѣльныя фибриллы; но иногда все-таки можно было убѣдиться на нѣкоторыхъ изъ этихъ волоконъ, что они также проходятъ черезъ все тѣло клѣтки; это обстоятельство, а также отсутствіе дѣленій или сѣтевидныхъ анастомозовъ между центральными фибрил-

лами приводить авт. къ тому выводу, что въ нервн. клѣткахъ позвоночныхъ, вѣроятно, не существуетъ сѣтей, которыя были бы подобны найденнымъ у безпозвоночныхъ (*Hirudo—Apathy, Bethe; Protopdella etc—Apathy; Carcinus—Bethe*).

Приводимъ нѣкоторые изъ главныхъ выводовъ автора: Существенной разницы между отростками протоплазматическими и нервными не существуетъ. Какъ тѣ, такъ и другіе составлены изъ первичныхъ фибриллъ, непрерывно пробѣгающихъ отъ однихъ отростковъ къ другимъ. Так. образ. падаетъ и ученіе Гольджи, что протоплазмат. отростки—такая составная часть клѣтки, которая имѣетъ значеніе лишь въ отношеніи питанія ея. Такъ какъ многія фибриллы переходятъ изъ одного протоплазмат. отростка въ другой, то ученіе о центростремительномъ проведеніи въ назв. отросткахъ оказывается невѣрнымъ. Остается допустить, что протоплазматич. отростокъ можетъ проводить какъ въ центростремительномъ, такъ и въ центробѣжномъ направленіи, смотря по тому, какія изъ фибриллъ функционируютъ: тѣ-ли, которыя отъ него проходятъ въ осево-цилиндрической отростокъ, или же тѣ, которыя приходятъ отъ другихъ дендритовъ.

Далѣе, въ томъ фактѣ, что нѣкоторые изъ нервныхъ фибриллъ, совершенно минуя клѣточное тѣло, могутъ переходить изъ одной вѣтви дендрита въ другую, авт. видитъ дальнѣйшее подтвержденіе тому заключенію, къ которому привели его опыты надъ *Carcinus maenas*, а именно, — что клѣтка, т. е. ядро-содержащая часть нейрона, не играетъ той выдающейся роли функціональнаго центра, которую ей вообще приписываютъ; на тѣ фибриллы, которыя проходятъ путемъ протоплазмат. отростковъ, иногда на значительномъ разстояніи отъ клѣточного тѣла, это послѣднее могло бы оказывать лишь „вліяніе на разстояніи“ (*Fernwirkung*), если не допустить, что такія фибриллы вполнѣ въ результатѣ переходятъ въ клѣточное тѣло другого нейрона. (Какое значеніе авт. придаетъ термину „нейронъ“, видно изъ слѣдующихъ словъ его: „Рѣзкаго анатомическаго разграниченія нейроновъ, повидимому, нигдѣ не существуетъ; функціональной единицы они не представляютъ, какъ показываютъ мои опыты, и, такимъ образомъ, отъ теоріи нейроновъ остается лишь то, что каждая гангліозная клѣтка господствуетъ надъ извѣстною областью въ отношеніи ея питанія; но и въ этомъ отношеніи, мож. быть, не существуетъ строго ограниченной локализации“.—(См. А. Bethe. Die anatomischen Elemente des

Nervensystems u. ihre physiologische Bedeutung. Biolog. Centralbl. Bd. 18, 1898).

Пр. доц. А. Геберг.

A. Bethe. Ueber die Neurofibrillen in den Ganglienzellen von Wirbelthieren u. ihre Beziehungen zu den Golginetzen.— Archiv f. mikroskop. Anatomie, Bd. 55, 1900. p. 513.

Первый отдѣлъ настоящей работы составляетъ прямое продолженіе выше реферированной и содержитъ описаніе первичныхъ фибриллъ въ различныхъ видахъ нервныхъ клѣтокъ (клѣтки Cornu Ammonis, клѣтки Пуркинѣ, мелкія клѣтки молекулярнаго слоя мозжечка, клѣтки nuclei dentati, subst. gelatinosae сп. мозга и т. д.) Мы отмѣтимъ лишь нѣкоторые результаты, полученные авт. Въ осево-цилиндрич. отросткѣ нервн. клѣтокъ и въ частности въ „конусѣ“ фибриллы распределены равномерно; здѣсь не остается промежутковъ, въ которыхъ могли-бы помѣститься глыбки Ниссля. Въ образованіи осево-цилиндр. отростка участвуетъ лишь часть (bescheidene Anzahl) фибриллъ, большая часть которыхъ служитъ для соединенія протоплазмат. отростковъ между собою. Что касается дендритовъ, то въ нихъ нѣкоторыя первичныя фибриллы оканчиваются свободно, какъ бы рѣзко-обрѣзанныя, на поверхности отростка; это можетъ встрѣчаться въ различныхъ точкахъ на протяженіи протоплазмат. отростка.

Авт. наблюдалъ сѣтевидныя образованія (Gitterbildungen) въ 2-хъ видахъ клѣтокъ: 1) въ спинно-узловыхъ клѣткахъ; здѣсь фибриллы, выходящія изъ болѣе толстыхъ, внутриклеточныхъ пучковъ, прямо переходятъ въ назв. сѣть; 2) въ клѣткахъ Lobus electricus электрическаго скака; клѣтки эти кругловатой формы съ большимъ числомъ отростковъ; послѣдніе связаны между собою довольно толстыми пучками фибриллъ, проходящими черезъ тѣло клѣтки и при этомъ занимающими периферическое положеніе. Отъ этихъ периферическихъ пучковъ отходятъ отдѣльныя фибриллы, которыя загибаются и входятъ въ свободную отъ пучковъ, центральную часть клѣтки; здѣсь фибриллы эти дѣлятся и соединяются между собою, образуя широко-петлистую, полигональную сѣть; въ утолщенныхъ узловыхъ точкахъ этой сѣти сходятся

обыкновенно 3 фибриллы (и только такія мѣста доказательны для существованія сѣти, какъ на это указывалъ уже Apathy). Въ общемъ сѣть эта представляется довольно равномерною и распределяется не только по плоскости, но и занимаетъ извѣстную толщину клѣтки.

Второй отдѣлъ работы посвященъ описанію особыхъ вѣтлѣточныхъ сѣтей, отчасти напоминающихъ собою подобныя же образованія, описанныя Гольджи.

(Этотъ наблюдатель въ 1898 г. описалъ на наружной поверхности нервныхъ клѣтокъ особую, очень вѣтливую оболочку, состоящую изъ вещества, явно отличающагося отъ вещества клѣточного тѣла. Оболочка эта является въ 2-хъ видахъ: либо въ видѣ сѣтеобразнаго образованія, либо въ видѣ гомогеннаго, связнаго слоя, или же въ такомъ видѣ, какъ будто оно составлено изъ небольшихъ, связанныхъ между собою чешуекъ. Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ замѣчается мелкая полосатость, которая могла-бы быть объяснена присутствіемъ вдавленій, обусловливаемыхъ волокнами. Это различіе отчасти соответствуетъ различнымъ видамъ клѣтокъ, Но такъ какъ наблюдаются различія и на клѣткахъ одного и того же вида, то съ большимъ основаніемъ эти различія можно приписывать вліянію различной, окружающей клѣтку, ткани. Чаще всего эта оболочка представляется въ видѣ весьма тонкой сѣти съ равномерными, круглыми петлями. Это, по-видимому, типическая форма. Оболочку эту можно прослѣдить и на протоплазматическихъ отросткахъ, до вторичныхъ и третичныхъ дѣленій послѣднихъ, но здѣсь она является въ видѣ равномернаго слоя. Такую оболочку находятъ на всѣхъ нервныхъ клѣткахъ, даже и на самыхъ мелкихъ, т. наз. зернахъ). Сѣти Гольджи, по наблюденіямъ авт., можно обнаружить на нервныхъ клѣткахъ почти повсюду, хотя это иногда и трудно. Эти сѣти оплетаютъ тѣло клѣтки и ея протоплазматич. отростки вплоть до мельчайшихъ развѣтвленій. Мѣсто нахожденія ихъ ограничивается сѣрымъ веществомъ. Обыкновенно эти сѣти, въ одинъ или въ два слоя, оплетаютъ одну какую-либо клѣтку съ ея дендритами. Но тамъ, гдѣ двѣ клѣтки соприкасаются между собою, сѣти Гольджи обихъ клѣтокъ соединяются одна съ другою, и вообще, чѣмъ ближе сдвинуты клѣточные элементы (кора больш. полушарій и мозжечка, Аммоніевъ рогъ, Subst. gelatinosa), тѣмъ чаще встрѣчаются и соединенія ихъ сѣтей и это ведетъ къ образованію *диффузныхъ сѣтей Гольджи*.

Кромѣ описанныхъ сѣтей и иногда одновременно съ ними обнаруживается другого рода сѣть, пронизывающая какъ сѣрое, такъ и бѣлое вещество спин. и головного мозга. Для этой послѣдней авт. предлагаетъ названіе „выполняющей“ сѣти (Füllnetz); она представляется менѣе рѣзко оконтурированной, болѣе широкопетлистою, съ неправильно-зернистыми перекладинами и болѣе свѣтло-окрашенною, нежели сѣть Гольджи. Относительно „выполняющей“ сѣти авт. не исключаетъ возможности того, что она, быть можетъ, есть лишь *продуктъ свертыванія*, тогда какъ сѣти Гольджи представляютъ столько характерныхъ особенностей, что въ существованіи ихъ, по мнѣнію авт., не можетъ быть никакого сомнѣнія. Вышеупомянутыя свободныя окончанія фибриллъ на протяженіи протоплазмат. отростковъ авт. склоняетъ считать за такія мѣста, гдѣ фибриллы изъ сѣтей Гольджи переходятъ въ дендриты. Иногда получались, повидимому, прямые переходы фибриллы изъ дендрита въ окружающую сѣть Гольджи; но и эти рѣдкіе случаи авт. не можетъ считать доказательными, признавая возможность оптической ошибки.—Также мало доказаннымъ является предположеніе автора что фибриллы осево-цилиндрич. отростка переходятъ въ сѣть Гольджи (соотвѣтствующую, по его мнѣнію, элементарной сѣти — „Elementargitter“ — безпозвоночныхъ); изъ нея на мѣстахъ узловыхъ точекъ выходятъ фибриллы, которыя въ свою очередь вѣдятся въ нервную клѣтку, вокругъ которой обвивается данная сѣть, и затѣмъ, путемъ одного изъ клѣточныхъ отростковъ, снова выходятъ изъ клѣтки, чтобы участвовать въ образованіи сѣти Гольджи, оплетающей другой нервонъ, и т. д. Такимъ образомъ, по меньшей мѣрѣ преждевременно и дальнѣйшее предположеніе автора о существованіи у позвоночныхъ „непрерывной связи между воспринимающими и проявляющими (effectorische) неврофибриллами и о перемѣщеніи (Umlagerung) послѣднихъ въ сѣтяхъ Гольджи“.

Теперь остается еще привести главные результаты реферируемаго труда, поскольку они остались неупомянутыми въ предыдущемъ изложеніи.

Исслѣдованія, произведенныя авт. надъ позвоночными, показываютъ, что у нихъ во всѣхъ клѣткахъ центральной нервной системы, которыя до нынѣ разсматривались какъ гангліозныя клѣтки, могли быть доказаны „индивидуальныя“ фибриллы (неврофибриллы, первичныя фибриллы). Исключе-

ниями являются лишь мелкія клѣтки Thalami и зернистыя клѣтки мозжечка. Фибриллы внутри ганглиозныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ у позвоночныхъ обыкновенно не соединяются между собою. Исключенія составляютъ клѣтки спинныхъ узловъ и электрической доли (Lobus electricus) у *Torpedo marmorata*, можетъ быть также и клѣтки Аммоніева рога, восходящаго корешка V и клѣтки Пуркинѣе. Въ первыхъ несомнѣнно встрѣчаются сѣти (Gitterbildungen).

Все нервные клѣтки и ихъ протоплазматическіе отростки (до тончайшихъ развѣтвленій включительно) оплетаются специфическими сѣтями („сѣти Гольджи“—по авт.). Исключенія представляютъ клѣтки восходящаго корешка V и электрической доли электрическаго ската, на которыхъ до сихъ поръ не могли быть доказаны такого рода сѣти. На осевые цилиндры (невриты) сѣть Гольджи не переходитъ.

Иногда бываютъ видны прямые переходы вѣтвей осевого цилиндрич. отростка въ сѣти Гольджи. Особенно часто встрѣчается это на вершинахъ дендритовъ. *Но нельзя считать эти случаи абсолютно доказательными.* Въ толщѣ перекадинъ сѣти Гольджи иногда удается получить дифференцировку фибриллъ, одинаковыхъ по виду съ неврофибриллами. Фибриллы нервныхъ клѣтокъ нерѣдко доходятъ до узловыхъ точекъ окружающей сѣти Гольджи.

На основаніи изложенныхъ данныхъ можно заключить въ общихъ чертахъ о ходѣ неврофибриллъ въ центральной нервной системѣ у позвоночныхъ. Они говорятъ въ пользу того, что у позвоночныхъ, такъ же какъ и у беспозвоночныхъ, имѣется полная непрерывность неврофибриллъ. (Какъ видно уже изъ выше нами изложеннаго, послѣднее положеніе автора еще далеко не доказано).

А. Гебертз.

I. Séglas et Heitz. Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig.—Arch. de neurologie, № 56.

Между многочисленными методами леченія эпилепсіи особенно три возбуждали вниманіе за послѣдніе годы: хирургическое вмѣшательство въ видѣ перерѣзки симпатическаго нерва и фармакологическіе методы Бехтерева и Флексига. Первый трудъ Флексига по данному вопросу относится къ

1893 году. Суть метода заключается въ томъ, что прежде примѣненія брома больному назначается опій въ прогрессивныхъ, быстро повышаемыхъ дозахъ. Дойдя до 1,25 экстракта опія *pro die*, даютъ эту дозу въ теченіе 6 недѣль. Потомъ быстро обрываютъ и замѣняютъ опій бромомъ въ количествѣ 7,0. Это количество даютъ въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, а потомъ постепенно спускаются до 2,0 *pro die*. Предварительнымъ назначеніемъ опія Флексигъ рассчитываетъ уменьшить возбудимость мозга, понижая температуру, замедляя обмѣнъ, дѣлая менѣе активнымъ черепное кровообращеніе,—для того, чтобы могло быть допущено введеніе большого количества брома, а также чтобы опій, измѣняя условія кишечнаго всасыванія, могъ бы позднѣе благопріятствовать усвоенію брома. Назначеніе опія въ такихъ высокихъ дозахъ не обходилось иногда безъ серьезныхъ осложненій; наблюдались рвота, упорный запоръ, приступы поноса, повышеніе темпер., галлюцинаціи, бредъ. Въ виду возможности осложненій Флексигъ рекомендуетъ во время леченія самый бдительный надзоръ, постель, діету, клизмы; а въ случаѣ невыносимости—постепенное отнятіе опія. Мнѣнія авторовъ, примѣнявшихъ методъ Флексига, очень различны. Сторонники метода указываютъ случаи благотворнаго вліянія какъ на судорожные припадки, такъ и на психическіе симптомы; при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ судорожные припадки отсутствовали въ теченіе 7 мѣсяцевъ послѣ леченія. Противники метода указываютъ: одни на отсутствіе какихъ либо положительныхъ результатовъ при пользованіи имъ, другіе даже на усиленіе припадковъ и на случаи интоксикаціи, иногда смертельныя. Cesare Rossi на основаніи своихъ экспериментовъ надъ возбудимостью коры у трепанированной собаки пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: методъ Флексига крайне понижаетъ возбудимость мозговой коры; одинъ бромъ производитъ совершенно тотъ же эффектъ; опыты же, произведенные въ періодъ назначенія опія, показываютъ, что это средство очень мало понижаетъ возбудимость мозговой коры.

Сами авторы лечили по методу Флексига 22-хъ эпилептиковъ въ Bicêtre'ѣ. Первая серія: 12 больныхъ—молодые люди, съ хорошимъ физическимъ здоровьемъ у которыхъ наблюдались какъ приступы головокруженія, такъ и судорожные припадки. Одинъ больной изъ этой серіи отказался отъ леченія черезъ три дня, хотя у него и не было какихъ либо непріятныхъ явленій. Пять человѣкъ принуждены были оставить леченіе

въ виду явленій интоксикаціи, состоявшихъ въ рвотѣ, поносѣ, альбуминури, олигурии, значительномъ замедленіи дыханія, быстромъ паденіи вѣса, мiosis'ѣ, тяжелыхъ психическихъ симптомахъ, сонливости, тупоуміи и бредѣ. Въ то - же время 3 изъ этихъ больныхъ имѣли припадки и частыя головокруженія; а послѣ прекращенія опія 2 изъ нихъ имѣли status epilepticus. 6 больныхъ представляли лишь легкія явленія интоксикаціи. Подъ наблюденіемъ они находились въ теченіе года, считая съ начала леченія. Въ состояніи троихъ не произошло никакихъ перемѣнъ; у троихъ другихъ произошло уменьшеніе количества припадковъ приблизительно на половину. У двухъ больныхъ отмѣчается кромѣ того благотворное вліяніе на самый характеръ припадковъ. На психическомъ состояніи этихъ больныхъ (идіотовъ и слабоумныхъ) леченіе не отразилось. Вторая серія больныхъ, пользовавшихся по методу Флексига, состояла изъ 10 человекъ. Одинъ изъ нихъ скоро отказался отъ леченія, хотя и не представлялъ никакихъ признаковъ интоксикаціи. Другой больной, дойдя до 0,6 опія, умеръ ночью вслѣдъ за срѣей припадковъ. Явленій интоксикаціи не было. У него и раньше бывали припадки серіями. Третій больной, дойдя до 0,8 опія, сталъ представлять опасные симптомы отравленія. У остальныхъ 7, въ виду появленія серьезныхъ признаковъ интоксикаціи при дозѣ въ 0,3, леченіе было оставлено. Въ заключеніе авторы говорятъ, что противопоказанія при методѣ Флексига далеко не возмѣщаются положительными результатами его примѣненія. А эти послѣдніе не болѣе значительны, чѣмъ при леченіи однимъ бромомъ.

Н. Топорковъ.

P. Ladame et C. von Monakow. Anevrysme de l'artère vertébrale gauche (Autopsie). Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, № 1, 1900.

Наблюденіе относится къ субъекту 68 лѣтъ, перенесшему сифилисъ на 30 году; за два года до смерти (въ 1893 г.) началось заболѣваніе съ жестокими головокруженіями и приступами грудной жабы; два года спустя головокруженіе усилилось, явилось (въ силу вѣроятнаго апоплектиформнаго инсульта) разстройство походки въ формѣ „titubation cérébelleuse“; немного позднѣе у больного можно было наблюдать

дизартрию и слабую одышку; мускульная сила сохранена. Мозжечковая атаксия наблюдалась на обоих сторонахъ, но сильнѣе была выражена на правой рукѣ, которою больной не могъ писать („*agraphie cérébelleuse*“). Боли въ лѣвой рукѣ, неправильность дѣятельности сердца, отсутствіе шумовъ, акцентъ второго тона аорты. Шесть мѣсяцевъ спустя, новый инсультъ съ жестокимъ головокруженіемъ и рвотой, но безъ потери сознанія. Послѣ этого больной падаетъ на лѣвую сторону, не имѣя возможности ходить, подниматься, сидѣть прямо. Движенія конечностей возможны, сопряжены съ извѣстной силой, на правой сторонѣ слабѣе, чѣмъ на лѣвой. Съ момента послѣдняго инсульта на всей правой сторонѣ—парціальная анестезія (болевая и температурная чувствительность нарушена, тактильная—сохранена). Слабо парализованъ лѣвый *abducens*, слабая *ptosis* налѣво, лѣвый зрачекъ уже правого. Подъ конецъ болѣзни появилось расстройство глотанія. Въ срединѣ сентября (черезъ 2¹/₂ недѣли послѣ инсульта) больной упалъ съ кровати; всѣ болѣзненные явленія усилились, и больной скончался въ состояніи ступора и комы при явленіи Cheyne-Stokes'овскаго дыханія 6 октября 1895 г.

При аутопсии найдена аневризма *a. vertebralis sin.* предъ переходомъ ея въ *ar. basilaris*, величиною съ голубиное яйцо, на основаніи черепа, между лѣвымъ полушаріемъ мозжечка и средней линіей, проникающая въ Варолиевъ мостъ и верхнюю часть *bulbi*. Макроскопически въ большомъ мозгу измѣненій нѣтъ (кроме атероматоза сосудовъ), лѣвая половина мозжечка неузнаваема (осталась только поверхность *lobi semilunaris* и *quadrangularis*), средняя ножка мозжечка (лѣвая) некротизирована; лѣвая половина *pontis et bulbi* атрофирована, корешокъ V пары уменьшенъ. Приготовленная для микроскопическаго изслѣдованія серія срѣзовъ окрашивалась воднымъ растворомъ кармина. Лѣвая пирамида—въ состояніи атрофіи (волокна нормальны, но утончены, есть пролиферація соединительной ткани); лѣвая олива сжата, кѣтки ея отчасти атрофированы, отчасти перерождены; какъ слѣдствіе такого состоянія ея, атрофирована латеральная часть правого веревчатого тѣла; атрофированы также: восходящій корешокъ *trigeminі*, *tuberculum acusticum*, корешки VIII пары, ядро Монаков'а (т. е. наружная часть ядра Бурдаха), клиновидный пучекъ, *fibrae internae* петли, сама петля вплоть до зрительнаго бугра. Лѣвое веревчатое тѣло перерождено (не все), есть перерожденные кѣтки въ ядрѣ бокового столба. На дальнѣй-

шемъ протяженіи мозгового ствола до *thalamus* большинство образованій, лежащихъ въ лѣвой половинѣ, уменьшено сравнительно съ правой стороной, благодаря сдавленію аневризмой (*Gowers*овскій путь, центральный пучокъ покрывки, ядро *Deiters*'а, *form. reticularis, striae acusticae*, сѣрое и бѣлое вещество моста, *corp. trapezoides* съ его ядромъ, задній продольный пучокъ, радіація покрывки и т. д.); передняя ножка мозжечка перерождена, красное ядро атрофировано и содержитъ перерожденные клѣтки; причиной послѣднихъ измѣненій служитъ некрозъ лѣвой половины мозжечка. Въ *thalamus* вмѣстѣ съ явленіями атрофіи (въ *pulvinar*, въ заднемъ ядрѣ и т. д.) замѣчается размягченіе недавняго происхожденія, захватывающее внутреннее колѣнчатое тѣло и вентральное ядро зрительнаго бугра. Въ полушаріяхъ микроскопически можно замѣтить только атрофію волоконъ около расширенныхъ сосудовъ.

Въ сжатомъ разборѣ даннаго случая авторъ подчеркиваетъ тотъ фактъ, что не смотря на большія органическія измѣненія, клиническія явленія были сильно выражены только незадолго до смерти. Ранніе симптомы болѣзни (головокруженіе и мозжечковая атаксія) авторы объясняютъ разстройствомъ циркуляціи, вызваннымъ растущей аневризмой; поздніе симптомы (атаксію движеній, диссоциированную анестезію) нужно отнести на разрушеніе передней ножки мозжечка, поврежденіе въ петлѣ *Reil*'я и т. д.; самая диссоціація анестезія объясняется неполнымъ пораженіемъ петли при сдавленіи *form. reticularis*; мозжечковую атаксію нужно отнести на пораженіе *s. restiforme*; остальными микроскопическими находками авторы объясняютъ другія детали въ исторіи болѣзни. Въ заключеніе авторы сопоставляютъ анатомическія отношенія даннаго случая съ указаніями другихъ авторовъ (*Menzel*'я, *Edinger*'а, *Mingazzini*).

Г. Трошинъ

Okar Kohnstamm. Ueber die gekreuzt-aufsteigende Spinalbahn und ihre Beziehung zum Gowers'schen Bündel.—Neurologisches Centralblatt, № 6, 1900.

Матеріалъ автора состоитъ изъ 6 кроличьихъ мозговъ, у которыхъ была перерѣзана правая половина спинного мозга

(вся или отчасти) въ 1, 2 и 3-емъ шейномъ сегментѣ или въ 12 грудномъ. Обработка производилась по методу Weigert'a, Marchi и Nissl'я. При перерѣзкѣ задняго квадранта спинного мозга перерождались волокна, идущія чрезъ переднюю спайку въ tractus antero-lateralis другой стороны; здѣсь волокна, Т-образно дѣлясь, шли внизъ и вверхъ, образуя tractus descendens и ascendens. Въ восходящемъ пучкѣ можно было различить три группы системъ: 1) Fibrae spino-cerebellares ventro-dorsales, кончавшіяся въ мозжечкѣ въ видѣ дорзальнаго мозжечковаго пути бокового столба; 2) Fibrae spino-cerebellares ventrales, соотвѣтствующія Gowers'овскому пути; 3) Fibrae spino-tectales и Fibrae spino-thalamicae, идущія въ form. retic. grisea въ области латеральной петли до задняго и передняго четверохолмій и до thalamus opticus. Сравнивая перерождение въ tr. antero-lateralis при поврежденіи 2С и 12D, авторъ находитъ, что въ верхнемъ шейномъ отдѣлѣ восходящее перерождение лежитъ во внутреннемъ слоѣ Gowers'овскаго пути, при поврежденіи же ниже-грудного отдѣла данное перерождение на уровнѣ шейнаго отдѣла оказывается въ боковой части пучка Gowers'a. Такимъ образомъ волокна изъ дистальныхъ областей отдѣляются наружу вновь прибывающими волокнами изъ проксимальныхъ областей; отдѣляясь постепенно снутри кнаружи, восходящія волокна, между прочимъ, наполняютъ временно перерожденіемъ и тотъ участокъ, который Р. Marie описалъ въ видѣ самостоятельной системы подъ именемъ „Faisceau sulco-marginal ascendant“.

Гр. Трошинъ.

J. Déjérine et A. Thomas. „Un cas de paralysie bulbaire asthenique, suivi d'autopsie“. *Revue neurologique*, 1901, № 1.

Въ весьма подробно приведенномъ описаніи клинической картины своего случая авторы отмѣчаютъ у больной при жизни: внѣшнюю офтальмоплегію, парезъ лица, парезъ языка, гортани, небной занавѣски, быструю истощаемость мышцъ, отсутствіе мышечной атрофіи и отрицательныя данныя при изслѣдованіи электровозбудимости. При посмертномъ микроскопическомъ изслѣдованіи авторы могли констатировать слѣдующія измѣненія. Въ двигательной области мозговой коры

(въ gyr. central. anterior sinistr.) замѣчалось весьма рѣзкое размноженіе клѣтокъ невроглии и уменьшеніе числа нервныхъ клѣтокъ, размноженіе капилляровъ; при слабыхъ увеличеніяхъ нельзя было различить расположенія клѣтокъ коры въ четыре слоя, вся кора отъ молекулярнаго слоя до бѣлаго вещества заполнена большимъ числомъ клѣтокъ невроглии; нервныя клѣтки лишены протоплазматическихъ отростковъ, представляясь въ видѣ шарообразныхъ тѣлецъ съ хорошо красящейся протоплазмой и ядромъ; въ стѣнкахъ капилляровъ измѣненій не обнаруживается, крупные сосуды безъ слѣдовъ воспаленія. На тѣхъ же срѣзахъ въ бѣломъ веществѣ замѣтно увеличеніе клѣтокъ и капилляровъ, на карминныхъ препаратахъ замѣтна болѣе интенсивная окраска, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. Въ другихъ отдѣлахъ двигательной области коры подобныхъ измѣненій не обнаружено. Во внутренней капсулѣ и мозговой ножкѣ на лѣвой сторонѣ замѣтно блѣдноватый оттѣнокъ. Въ продолговатомъ мозгу на препаратахъ, обработанныхъ по Раію, пирамиды представлялись блѣдными. Ядра черепныхъ нервовъ на препаратахъ, обработанныхъ по Nissl'ю, представлялись нормальными. Въ спинномъ мозгу перекрещенныя пирамидныя волокна слабѣе окрашены, чѣмъ остальные участки. Черепные нервы нормальны. Въ мышцахъ языка, глотки и гортани найдены по методу Marchi рѣзкія измѣненія: мышечныя волокна содержали въ изобиліи черныя глыбки. Изъ всѣхъ найденныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій авторы особенно настаиваютъ на жировомъ перерожденіи мышцъ гортани. Измѣненія въ корѣ они считаютъ въ данномъ случаѣ не имѣющими особеннаго значенія, благодаря ихъ рѣзкой ограниченности. На основаніи своего случая авторы не рѣшаются признать органическую подкладку во всѣхъ случаяхъ астеническаго паралича и думаютъ, что этотъ параличъ представляетъ собою симптомокомплексъ, присущій пораженіямъ различнаго происхожденія.

А. Янишевскій.

Хроника и смѣсь.

— Общество невропатологовъ и психіатровъ въ Казани понесло въ текущемъ году тяжелую утрату въ лицѣ умершихъ—почетнаго члена, бывшаго Начальника В.-М. Академіи, заслуженнаго профессора *В. В. Пашутина* и дѣйствительнаго члена проф. *Н. А. Толмачева*.

— Русскій медицинскій міръ и русская медицинская печать понесли трудно вознаградимую потерю въ лицѣ умершаго *В. А. Манассеина*, извѣстнаго врача-гуманиста, ученаго и публициста. Изъ памяти русскихъ врачей не скоро изгладится образъ покойнаго Вячеслава Авксентьевича, идеальнаго врача и учителя.

— Въ «Россіи» читаемъ корреспонденцію о призрѣніи душевно-больныхъ въ Рязанской губерніи. Къ октябрю 1900 года всѣхъ душевно-больныхъ въ заведеніяхъ земства призрѣвалось до 730 чел. Помѣщенія же для нихъ были рассчитаны всего на 400 чел. Можно представить себѣ, какая скученность въ этихъ помѣщеніяхъ. Въ 1896 году собранію представленъ былъ докладъ о необходимости устройства новыхъ зданій для психіатрической больницы приблизительно на 150—200 чел. Земство, прежде чѣмъ затрачивать средства на постройки, рѣшилось сдѣлать попытку ходатайствовать передъ правительствомъ объ изданіи законодательнымъ порядкомъ правилъ о нормировкѣ повинности земства по призрѣнію душевно-больныхъ. Ходатайство было представлено, но отвѣта на него до настоящаго времени еще не получено. Между тѣмъ тѣснота въ помѣщеніяхъ сдѣлалась невозможной. Въ минувшемъ 1900 году Губ. Управа созвала особое совѣщаніе изъ представителей уѣздныхъ земствъ для изысканія способовъ, какъ выйти изъ затруднительнаго положенія. На совѣщаніе были приглашены извѣстные дѣятели по земской психіатріи: дир. Покровской Леч. Моск. Земства *Яковенко*, дир. Ниж. Леч. *Кащенко*, Воронежской—*Важеновъ*, Саратовской—*Штейнбергъ* и бывший дир. Новгородской больницы *Синани*. Результаты совѣщанія были доложены минувшему очередному собранію, и Губ. Управа въ своемъ докладѣ сдѣлала между прочимъ предложеніе о немедленной постройкѣ зданія на 150 больныхъ. Собраніе громаднымъ большинствомъ приняло это предложеніе и тѣмъ вышло изъ своего выжидательнаго положенія относительно дальнѣйшаго удовлетворенія потребности населенія въ призрѣніи душевно-больныхъ.

— «Новости» сообщаютъ объ открытіи новой психіатрической лечебницы при Харьковской Губ. Зем. больницѣ (на Сабуровой дачѣ); лечебница предназначена исключительно для леченія острыхъ душевныхъ расстройствъ. Постройка обошлась въ 300 тыс. руб. На оборудованіе всѣхъ лечебныхъ приспособленій земство назначило 10 тыс. руб.

— Въ «С.-З. Ст.» д-ръ Т. Ш. описываетъ крайне интересное устройство семейнаго призрѣнія душевно-больныхъ въ деревнѣ, введеннаго самими

крестьянами безъ всякаго вмѣшательства со стороны врачебной администраціи. Эта колонія, извѣстная подъ названіемъ «Декшино», находится въ Виленской губ., около ст. «Ольхеники» Варш. ж. д. По словамъ автора статьи, положеніе душевно-больныхъ, призрѣваемыхъ въ этой колоніи, весьма удовлетворительное во всѣхъ отношеніяхъ. Цѣна содержанія въ среднемъ около 8 руб. (maximum 15 р.).

— Почти всѣ газеты обошло прискорбное извѣстіе о нападеніи на редактора «Крымскаго Вѣстника» г. Спиро, сдѣланномъ докторами *Боткинымъ* (завѣдующимъ психіатрич. больницей въ Симферополѣ) и *Каблуковымъ*. Такой поступокъ со стороны д-ра Боткина и д-ра Каблукова, быть можетъ, и былъ вызванъ несправедливымъ отношеніемъ названной газеты къ ихъ дѣятельности, какъ объ этомъ сообщалось въ печати, но во всякомъ случаѣ едва ли какимъ либо образомъ можно оправдать подобный способъ защиты своего добраго имени. — По словамъ «Бессарабца, д-ръ Боткинъ и д-ръ Каблуковъ приговорены городскимъ судьей г. Севастополя къ аресту на недѣлю.

— Въ Петербургской думѣ гласный М. П. Боткинъ заявилъ, что въ 1901 году исполнится 35-лѣтіе службы въ больницѣ Св. Николая Чудотворца д-ра О. О. Чечотта и предложилъ ознаменовать это событіе привѣтствіемъ юбиляру отъ города и выдачей ему въ видѣ награды годового оклада жалованья. Дума постановила передать это дѣло въ Городскую Управу. — (Врачъ).

— Министръ Народнаго Просвѣщенія, по ходатайству московскаго медицинскаго факультета, разрѣшилъ помѣстить въ аудиторіи психіатрической клиники портретъ покойнаго проф. *С. С. Корсакова*. — Ежемед.

— Конференція В. М. Академіи въ текущемъ году выбрала для отправки за границу съ цѣлью научнаго усовершенствованія по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ д-ра *А. Ф. Лазурскаго*.

— Конференція В. М. Академіи удостоила д-ра *В. И. Осипова* званія приватъ-доцента по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

— Въ Харьковскомъ Губ. Зем. Собраніи обсуждался вопросъ о дозволеніи университету пользоваться для предьявленія студентамъ душевно-больными Земской Больницы. Губ. Управа предлагала разрѣшить демонстрацію только тѣмъ больныхъ, которые помѣщаются въ общихъ отдѣленіяхъ съ платой по 8 р. 60 к. въ мѣс.; больныхъ же, помѣщаемыхъ въ отдѣльныхъ палатахъ и платящихъ по 100 р. въ мѣс., Управа предлагала «не беспокоить». Собраніе, къ чести его, не признало такого дѣленія больныхъ на богатыхъ и бѣдныхъ и разрѣшило демонстрировать студентамъ всѣхъ больныхъ, съ тѣмъ однако условіемъ, чтобы на это испрашивалось согласіе родственниковъ. — Нов. Вр. — Постановленіе собранія принципиально совершенно правильное, но сдѣланная собраніемъ оговорка, къ сожалѣнію, можетъ вполне парализовать примѣненіе этого постановленія на практикѣ.

— Изъ Москвы отъ 14 Декабря сообщено въ «Нов. Вр.», что въ Марьиной рощѣ найденъ трупъ австрійскаго подданнаго К. Гогенберга. Обнару-

жено, что онъ убить роднымъ братомъ. Мотивы убійства, заявленные преступникомъ, весьма странны: онъ убилъ брата будто-бы изъ жалости. Покойный былъ душевно-больной и жизнь ему становилась въ тягость. Кроме того онъ истязалъ жену и хотѣлъ ее убить. Все это подало поводъ убійцѣ избавиться отъ безумнаго брата. Убійца арестованъ.—Съ большой вѣроятностью можно предположить, что и убійца тоже не нормальный человѣкъ.

— Въ «Россіи» читаемъ: Вопросъ о прислугѣ въ психіатрическихъ больницахъ не разъ поднимался въ нашей печати. И онъ очень важенъ, если принять во вниманіе массу случаевъ, когда душевно-больные оказывались съ переломленными ребрами и проломанными черепами. Достаточно вспомнить, что вся ихъ жизнь проходитъ среди грубыхъ и невѣжественныхъ слугителей, чтобы понять, какое значеніе имѣетъ нижеслѣдующее сообщеніе «Курьера»: 7 Января въ Алексѣевской психіатрической больницѣ было положено начало увеселительнымъ вечерамъ для больничной прислуги. Первый опытъ оказался весьма удачнымъ; въ вечерѣ участвовали: духовный концертъ съ фабрики Циндель и рассказчикъ народныхъ сценъ, кроме того нѣкоторыми изъ врачей были прочитаны избранныя произведенія Тургенева, Никитина, Толстого. Вечеръ закончился танцами, русской пляской и хороводомъ.—Мы вполне присоединяемся къ пожеланію «Россіи», чтобы примѣру Москвы послѣдовали и Петербургскія лечебницы для душевно-больныхъ. Въ литературныхъ отдѣленіяхъ такихъ вечеровъ слѣдовало бы читать отрывки изъ произведеній, вызывающихъ болѣе сердечное и человѣколюбивое отношеніе къ больнымъ этого сорта; таковы, напр.: «Записки сумасшедшаго»—Гоголя, «Палата № 6»—Чехова, «Красный цвѣтокъ»—Гаршина и т. п.

— Въ виду все увеличивающагося числа душевныхъ и нервныхъ заболѣваній и преступленій подъ вліяніемъ широко распространеннаго злоупотребленія алкоголемъ и на основаніи имѣющихся указаній на потребленіе крѣпкихъ напитковъ даже учениками среднихъ школъ, состоящая при русскомъ обществѣ охраненія народнаго здравія коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ выработала программу вопросовъ для собиранія точныхъ статистическихъ свѣдѣній о дѣйствительныхъ размѣрахъ этого зла. Собираніе свѣдѣній предполагается вести при содѣйствіи воспитанниковъ высшихъ учебныхъ заведеній, какъ лицъ, недавно окончившихъ среднюю школу, сохранившихъ о ней живыя воспоминанія и часто еще имѣющихъ съ нею связи. Программа составлена безъ указаній на личность отвѣчающаго или на заведеніе, въ которомъ онъ воспитывался, что сдѣлано съ цѣлью предоставить возможность каждому вполне откровеннаго признанія.

— Предсѣдатель коммисіи по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ, д-ръ М. Н. Нижегородцевъ принялъ на себя представительство для Россіи по предстоящему въ Вѣнѣ конгрессу по алкоголизму. Лица, желающія принять участіе въ вѣнскомъ конгрессѣ или представить доклады, могутъ получить отъ д-ра Нижегородцева всѣ необходимыя свѣдѣнія и разъясненія.—Нов. Вр.

— Ученый комитетъ по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ обратился циркулярно во всѣ медицинскіе факультеты нашихъ университетовъ, въ ученія общества и къ отдѣльнымъ ученымъ и представителямъ физиологій и патологій съ просьбою оказать содѣйствіе по научному изученію алкоголизма. Такое же приглашеніе послано и къ проф. Эрисману, проживающему за границей. Кромѣ того комитетомъ рѣшено выдавать денежные субсидіи лицамъ, которыя предпримутъ лабораторныя работы по вопросу о дѣйствіи алкоголя на организмъ. Для печатанія ученыхъ трудовъ, которые будутъ поступать по этому вопросу, организованъ особый редакціонный комитетъ.

— Съ оригинальною психопаткою пришлось имѣть дѣло Киевской полиціи. Какъ рассказываетъ «Кіев. Слово», 16-го декабря, около 10 ч. вечера, на Нижне-Владимірской улицѣ въ Кіевѣ задержана дѣвица, назвавшая себя писательницею Евдокіей Порфирьевной Ошурковой. Задержана она по обвиненію въ кражѣ вещей изъ незапертой квартиры Эпельбаума. Оказалось, что она въ теченіе небольшого промежутка времени успѣла совершить цѣлый рядъ кражъ. Пріемы совершенія кражъ Ошурковой крайне однообразны. Обыкновенно она нанимала въ семейномъ домѣ квартиру, своей общительностью и добродушіемъ достигала того, что располагала къ себѣ квартирныхъ хозяевъ. Тѣ горячіе споры, которые она вела довольно умѣло на разныя темы, говорили о томъ, что она принадлежитъ къ интеллигентному слою общества. Ей довѣряли, а она обкрадывала. Такимъ образомъ Ошуркова совершила кражи въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Въ совершеніи кражъ Евдокія Ошуркова чистосердечно созналась и всѣ похищенные вещи найдены по ея указанію. Она представила паспортъ, выданный 31-го октября 1900 г. на одинъ годъ. По паспорту Ошурковой всего только 15 лѣтъ; по профессіи она учительница рукодѣлія. Между тѣмъ она выглядит гораздо старше, лѣтъ 20-ти. Образованіе она получила въ народномъ училищѣ, по окончаніи котораго мечтала поступить въ среднее-учебное заведеніе. Ошуркова хорошо знакома съ произведеніями какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ писателей. На вопросъ, почему она рѣшилась совершить преступленія, за которыя понесетъ заслуженное наказаніе, Ошуркова развила оригинальную теорію. Пріѣхавъ въ Кіевъ съ цѣлью подыскать себѣ мѣсто, она путемъ глубокаго размышленія дошла до убѣжденія, что ей необходимо пожертвовать собой для блага другихъ людей. Идея самопожертвованія преслѣдовала ее, не давала покоя. Она не хотѣла быть ни сестрой милосердія, ни учительницей: все это ей казалось неинтереснымъ, шаблоннымъ. Она искала чего-то выдающагося, экстраординарнаго, героическаго и въ концѣ концовъ остановилась на томъ, что она во что бы то ни стало должна совершить преступленіе. Кражи совершала она необдуманно, потому что жаждала принести себя въ жертву, пострадать, и теперь, будучи уже задержана, съ удовольствіемъ предвкушаетъ чашу страданій, которую она должна испить, какъ заслуженную кару за совершенныя преступленія. Ей надоѣла тоскливая монотонная жизнь. Во время совершенія кражъ она вол-

новалась, беспокоилась, теперь она — спокойно может пострадать. — Было бы умѣстнѣе отправить ее на испытаніе въ больницу для душевно-больныхъ.

— Предсѣдатель ревизіонной комисіи гр. А. А. Уваровъ внесъ въ саратовское губернское земское собраніе сенсаціонный, по отзыву мѣстныхъ газетъ, докладъ ревизіонной комисіи о внутреннихъ порядкахъ психіатрической лечебницы за послѣднее десятилѣтіе. Это — цѣлый обвинительный актъ по адресу администраціи психіатрической лечебницы, по преимуществу — директора ея С. И. Штейнберга. Главныя положенія этого обвинительнаго акта состоятъ въ томъ, что «душевно-больные плохо питаются, нерѣдко голодаютъ, мерзнутъ зимою, ходятъ почти голые, лишены всякой религіозной помощи, отданы въ распоряженіе грубой и безнравственной прислуги и едва ли имѣютъ нужную лечебную помощь по новѣйшимъ приемамъ психіатрической науки». Докладъ, подписанный, кромѣ гр. Уварова, Н. С. Ермолаевымъ и А. В. Сумароковымъ, снабженъ документальными данными, долженствовавшими подтвердить всѣ эти тяжкія обвиненія. Приведены были письменныя показанія бывшихъ низшихъ служащихъ психіатрической лечебницы; показанія лицъ, лечившихся въ лечебницѣ (врача А. К. Мокшанцева, В. Константинова); выписки изъ дѣлъ, хранящихся въ окружномъ судѣ и возбуждавшихся въ разное время противъ служителей лечебницы по поводу случаевъ измѣненія душевно-больныхъ, заявленіе церковнаго причта о томъ, что въ психіатрическую колонію онъ приглашается не болѣе двухъ — трехъ разъ въ годъ; есть даже справка саратовскаго полиціе-мейстера о томъ, что смотритель психіатрической лечебницы купилъ на свое имя за послѣднія семь лѣтъ два дома. Д-ръ Штейнбергъ запасся съ своей стороны письменными документами, подрывающими значеніе документовъ, добытыхъ гр. Уваровымъ, и въ результатъ — грозный докладъ имѣлъ совсѣмъ обратное дѣйствіе. Саратовское губернское земское собраніе, обсудивъ его, выразило неодобреніе приемамъ, допущеннымъ при обревизованіи психіатрическихъ учрежденій гр. Уваровымъ, и постановило избрать особую комисію для ревизіи порядковъ психіатрической лечебницы; докладъ комисіи должна представить будущему собранію. Гр. Уваровъ добился такимъ образомъ «вотума недовѣрія» къ своимъ приемамъ въ качествѣ ревизора. — Нов. Вр.

— Докладъ графа Уварова, предсѣдателя ревизіонной комисіи о безпорядкахъ въ психіатрической лечебницѣ вызвалъ въ губернскомъ собраніи цѣлую бурю. Директоръ лечебницы документально доказалъ, что свѣдѣнія собирались графомъ Уваровымъ предосудительнымъ способомъ. Дебаты длились цѣлый день. Раздавались громы аплодисментовъ. Рѣшено избрать особую комисію для изслѣдованія порядковъ лечебницы, причемъ гр. Уварову выражено порицаніе. (Новости).

— Предсѣдатель саратовской земской ревизіонной комисіи гр. Уваровъ заявилъ, какъ передаютъ мѣстныя газеты, нѣкоторымъ гласнымъ, что имъ будетъ послана на имя министра внутреннихъ дѣлъ жалоба на извѣстное постановленіе губернскаго собранія по психіатрическому вопросу, такъ какъ

оно по существующимъ законоположеніямъ не имѣло права выражать порицанія губернскому гласному. — Нов. Вр.

— Въ Петербургѣ среди небольшого кружка лицъ возникла мысль объ организаціи общества, которое имѣло бы своей задачей попеченіе о душевно-больныхъ внѣ стѣнъ психіатрическихъ заведеній. Идея была встрѣчена очень сочувственно, и въ самомъ непродолжительномъ времени новое общество приступаетъ къ дѣятельности. Особенное вниманіе обращаетъ на себя задача общества о такъ называемомъ семейномъ призрѣніи душевно-больныхъ, которое впервые было примѣнено въ Бельгіи и въ настоящее время имѣетъ широкое распространеніе. — Волж. Вѣсти.

— 10-го декабря въ собраніи врачей состоялось первое собраніи членовъ-учредителей петербургскаго общества попеченія о душевно-больныхъ. Отсутствіе свободныхъ мѣстъ въ спеціальныхъ психіатрическихъ учрежденіяхъ часто зависитъ отъ того, что врачи-психіатры не рѣшаются выписывать выздоровѣвшихъ, но еще не окрѣпшихъ больныхъ, такъ какъ обычная житейская обстановка и необходимость заботиться о поддержаніи существованія своего и своей семьи оказываютъ на нихъ слишкомъ сильное вліяніе и быстро разрушаютъ достигнутые леченіемъ результаты. Это во-первыхъ вынуждаетъ многихъ больныхъ, требующихъ клиническаго леченія, выжидать вакансіи при самыхъ неудовлетворительныхъ условіяхъ содержанія, во-вторыхъ замедляетъ выздоровленіе больныхъ, еще находящихся въ заведеніяхъ, такъ какъ пребываніе въ «желтомъ домѣ» при начинающемъ возвращаться сознаніи не можетъ не отражаться крайне тяжело и вредно на ихъ состояніи. Поэтому вновь учреждаемое общество ставитъ себѣ цѣлью: 1) оказывать помощь душевно-больнымъ, выбывающимъ изъ психіатрическихъ учреждений; 2) имѣть о нихъ попеченіе внѣ заведеній и содѣйствовать ихъ призрѣнію и 3) защищать ихъ личныя и имущественныя права. Отсюда главнѣйшей задачей общества является устройство пріютовъ для временнаго пребыванія душевно-больныхъ и помѣщенія ихъ въ семьи, а также забота о ихъ родственникахъ и особенно дѣтахъ, оставшихся безъ средствъ къ существованію; далѣе—снабженіе одеждою, обувью и вообще всѣмъ необходимымъ; доставленіе имъ посильной работы и средствъ для возвращенія на родину; помощь семьями, призрѣвающимъ душевно-больныхъ, и содѣйствіе окружающимъ при помѣщеніи больныхъ въ психіатрическія заведенія. Предметомъ обсужденія перваго собранія явились измѣненія и дополненія устава общества, внесенныя министерствомъ внутреннихъ дѣлъ. Затѣмъ, по предложенію предсѣдателя собранія М. Н. Нижегородцева, учрежденъ былъ временный комитетъ для завѣдыванія дѣлами общества до назначенія общаго собранія, когда можетъ быть избранъ постоянный совѣтъ. Въ составъ комитета избраны: М. Н. Нижегородцевъ, баронеса Вольфъ, М. М. Граббе, О. А. Башкирова, Н. Я. Смѣловъ, С. Н. Успенскій и А. Н. Кремлевъ.

— Съ 9 по 14 Апрѣля въ Вѣнѣ состоится VIII международный конгрессъ противъ алкоголизма. Лица, желающія принять участіе въ немъ, мо-

гутъ обращаться за свѣдѣніями и справками къ предсѣдателю комисиі М. Н. Нижегородцеву (Спб., Тверская. 10).

— При клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней, состоящей въ за-
вѣдываніи академика В. М. Бехтерева, учреждается новое ученое общество
подъ названіемъ «Русское общество нормальной и патологической психоло-
гич». — Нов. Вр.

— Въ «Россію» изъ Одессы телеграфируютъ отъ 22 Февраля, что
полученъ указъ Сената, которымъ предлагается городскому присутствію
предписать думѣ рассмотреть по существу жалобу бывшего старшаго врача
психіатрическаго отдѣленія больницы *Шпаковского* на Управу, уволившую
его отъ должности.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія 29 октября.

Предсѣдательствовалъ проф. *И. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Ни-
колаевъ*. Присутствовали: гг. почетные члены 0-ва *К. А. Арнштейнъ* и
И. М. Доэль и гг. дѣйствительные члены: *В. С. Болдыревъ*, *Б. И. Воро-
тынский*, *В. И. Левчаткинъ*, *М. М. Маевскій*, *В. П. Малъевъ*, *Н. А. Мислав-
скій*, *И. А. Праксинъ*, *Л. А. Сергеевъ*, *А. Е. Янишевскій*, гости: д-ра *Вино-
куровъ*, *Грахе*, *Лурія*, г-жа *Надель*, *Самуельсонъ* и челоѣкъ около 50 публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Проф. *И. М. Поповъ* сообщилъ «Сифилитическій спинно-мозговой па-
раличъ Erb'a» съ демонстраціей больного.

Проф. *И. А. Праксинъ* по поводу измѣненій со стороны функціи мо-
чевого пузыря спросилъ докладчика, постоянны ли были расстройства
отправленій мочевого пузыря или они происходили періодически. Выяснить
причину расстройства можно катетеризаціей, чего у предъявленнаго боль-
ного не было сдѣлано. Между тѣмъ, катетеризуя, врачъ пріобрѣтаетъ
точные объективныя данныя при недержаніи мочи: при парезѣ сфинктера
катетеръ проходитъ свободно, не встрѣчая препятствій со стороны *partis
membranaceae* и сфинктера; если же спазмъ *detrusor'a*, то катетеръ натал-
кивается на препятствіе. Кромѣ того необходимо отмѣтить, что часто въ
практикѣ военнаго госпиталя оппоненту приходилось наблюдать наруше-
нія въ функціи мочевого пузыря не отъ страданія двигательнаго аппарата,
а отъ расстройства чувствительности.

Проф. Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что больной могъ сначала до известной степени задерживать мочу, а затѣмъ вслѣдствіе пареза сфинктеровъ наступило ухудшеніе. Оно обуславливается, безъ сомнѣнія, разстройствомъ двигательнаго аппарата, а не чувствительности, такъ какъ больной самъ указываетъ, что онъ мочиться хочетъ и чувствуетъ прохожденіе мочи по каналу, но удержать мочи не можетъ, между тѣмъ такъ при нѣкоторыхъ функциональных заболѣваніяхъ, напр. при страданіяхъ на истерической почвѣ, наблюдается полное отсутствіе чувствительности.

Проф. И. А. Праксинъ пожелалъ принять участіе въ дальнѣйшихъ наблюденіяхъ докладчика за ходомъ болѣзни у предъявленнаго больного.

Д-ръ М. М. Маевскій доложилъ «Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при заболѣваніяхъ головного мозга (urticaria et dermatographia при lues cerebri)». Докладъ вызвалъ очень оживленный обмѣнъ мыслей. Въ преніяхъ принимали участіе профессоры И. М. Догель, Н. А. Миславскій, Н. М. Поповъ, д-ра В. И. Левчаткинъ, В. И. Воробьинскій, М. М. Маевскій.

Проф. И. М. Догель обратилъ вниманіе на то, что изъ приведенной исторіи болѣзни явствуетъ, что явленія urticariae и erithemae обуславливаются страданіями сосудодвигателей—именно ихъ парезомъ. Интересно было слѣдить за покраснѣніемъ кожи—разлитыми или участковыми—во время припадковъ у больного, и тогда поэтому можно бы было локализовать страданіе въ известномъ районѣ головного мозга.

М. М. Маевскій отвѣтилъ, что обстановка для точныхъ наблюденій за такими тонкими измѣненіями колебаній сосудовъ была слишкомъ неподходяща частью изъ за недостаточности освѣщенія изоляторовъ, а главнымъ образомъ по причинѣ большого безпокойства больного во время припадковъ.

Проф. Н. А. Миславскій сказалъ, что если въ настоящее время смотрѣть на лимфоотдѣленіе не какъ на процессъ фильтраціи, а какъ на результатъ активной дѣятельности клѣтокъ капилляровъ, на что имѣемъ полное право на основаніи работъ Гейденгайна, Догеля и д-ра Островскаго, работавшаго въ лабораторіи Миславскаго, съ другой стороны, если принять во вниманіе неоспоримость факта существованія вокругкапиллярной нервной сѣти,—то, сопоставивъ все это и воспользовавшись наблюденіемъ проф. Левашева, указавшаго на вліяніе нервовъ на лимфоотдѣленіе языка, можно по аналогіи допустить, что для клѣтокъ капилляровъ существуютъ секреторные нервы. И если высказанное предположеніе вѣрно, то какъ на причину urticariae можно указать на повышенную раздражимость нервовъ, заведующихъ отдѣленіемъ лимфы.

Появленіе дермографіи при указанныхъ докладчикомъ страданіяхъ головного мозга, локализирующихся въ области Сильвиевой борозды, какъ бы подтверждаетъ и на человѣкѣ то наблюденіе, какое было произведено самимъ оппонентомъ вмѣстѣ съ проф. Бехтеревымъ, получавшими экспериментально на собакахъ и частью на кошкахъ, очень наглядныя депрессорныя кривыя при раздраженіи надъ извилиной Сильвиевой борозды. Что дермографія зависѣла отъ локализованнаго страданія, то видно изъ при-

веденной исторіи болѣзни. Большой подѣ въліяніемъ лѣченія начинаетъ поправляться: припадки исчезаютъ, рѣчь улучшается и т. д., т. е. область мозга вокругъ Сильвиевой борозды приходитъ къ нормѣ, параллельно съ этимъ и явленія дермографіи прекращаются.

Д-ръ В. Н. Левчаткинъ указалъ, что описанный случай не затруднителенъ съ клинической стороны, но очень экзквизитенъ со стороны явленій сыпей. Еще и ранѣе иногда причину сыпи искали въ страданіяхъ коры головного мозга, причемъ локализовали поврежденіе въ опредѣленномъ участкѣ коры. Интересъ настоящаго сообщенія заключается именно въ связи клиническихъ явленій съ фактами, добытыми экспериментально наукой.

Проф. Н. М. Поповъ отмѣтилъ клиническую рѣдкость такихъ сыпей при черепно-мозговомъ lues'ѣ, хотя сифилитическія поврежденія сосудовъ наблюдаются очень часто, захватывая обыкновенно очень обширныя территоріи и въдобавокъ часто мѣняя свою локализацию. Поэтому невольно приходится думать, что тутъ дѣло не въ одной только локализаци, но и въ характерѣ патологическаго процесса.

Д-ръ Б. И. Воротыинскій склоненъ думать, что у больного явленія дермографіи зависятъ отъ общаго нейроза, быть можетъ, существовавшаго и ранѣе, чѣмъ больной захворалъ lues'омъ, а локализованность страданія головного мозга съ явленіями сыпей—простое совпаденіе.

Проф. Н. М. Поповъ отвѣтилъ, что явленія дермографіи исчезли послѣ специфическаго лѣченія одновременно съ улучшеніями всѣхъ остальныхъ клиническихъ симптомовъ. —Фактъ, который заставляетъ связывать эти явленія съ сифилитическимъ заболѣваніемъ мозга.

Въ административномъ засѣданіи доложены просьбы студенческаго О-ва въ Юрьевѣ «Societas» и русской читальни имени Салтыкова въ Берлинѣ о безплатной высылкѣ экземпляра «Неврологическій Вѣстникъ въ 1901 г.».

Постановлено: просьбу удовлетворить.

Доложено приглашеніе организаціоннаго комитета О-ва Русскихъ хирурговъ въ Москвѣ принять участіе въ предстоящемъ съѣздѣ хирурговъ въ декабрѣ 1900 г.

Принять къ свѣдѣнію.

Доложено приглашеніе Уральскаго Медицинскаго О-ва въ Екатеринбургѣ принять участіе въ празднованіи юбилея по поводу 50-лѣтней медицинской дѣятельности д-ра Александра Андреевича Миславскаго.

Постановлено пригласить маститаго юбиляра депутаціей отъ О-ва или телеграммой, если не представится возможности командировать депутатовъ.

Проф. Н. А. Миславскій сообщилъ, что онъ на предстоящемъ годичномъ засѣданіи О-ва скажетъ рѣчь на тему «О неутоямости нервовъ».

Закрытой баллотировкой въ дѣйствительные члены О-ва баллотировали проф. В. С. Груздева. Избранъ единогласно.

Протоколъ засѣданія 3 декабря 1900 года.

Предсѣдательствовалъ проф. *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Николаевъ*. Присутствовали гг. дѣйствительные члены: *В. С. Болдыревъ*, *В. П. Малеевъ*, *Н. А. Миславскій*, *Д. А. Тимофеевъ*, *А. Е. Янишевскій*; гости д-ра *Борманъ*, *Мерингъ*, *Романовъ*, *Фаворскій* и чловѣкъ около 10 публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Д-ромъ *В. С. Болдыревымъ* прочитанъ докладъ «О діонинѣ при состояніяхъ возбужденія» за отсутствіемъ автора сообщенія д-ра *М. М. Маевского*, который не представилъ, по независящимъ отъ него обстоятельствамъ, второй части доклада—«О гедоналѣ и дорміолѣ».

Относительно діонина проф. *Н. М. Поповъ* нашелъ нужнымъ подчеркнуть его отмѣченное докладчикомъ свойство—понижать половую возбудимость. Если это свойство подтвердить дальнѣйшимъ наблюденіемъ, то у насъ будетъ въ распоряженіи весьма важный терапевтический агентъ. Болѣе детальное изученіе свойствъ діонина можетъ быть произведено въ фармакологическихъ лабораторіяхъ, и тогда можно будетъ отвѣтить дѣйствуетъ ли діонинъ на центральную или периферическую нервную систему.

Проф. *Н. М. Поповъ* сообщилъ «Рѣдкая форма артропатической аміотрофіи». Преній не послѣдовало.

Въ административной части засѣданія доложено предложеніе обмѣниваться изданіями съ Русскимъ Медицинскимъ Вѣстникомъ.

Постановлено: предложеніе принять.

Доложена просьба Уральскаго Медицинскаго О-ва въ г. Екатеринбургѣ оказать матеріальное содѣйствіе къ осуществленію устройства бесплатной глазной лѣчебницы имени *А. А. Миславскаго*, 50-лѣтній юбилей котораго будетъ праздноваться 4-го іюня 1901 г., дать широкое распространеніе идеѣ празднованія этого юбилея, и не отказаться отъ участія въ пріемѣ взносовъ отъ почитателей юбиляра.

Постановлено: открыть подписку на устройство бесплатной глазной лѣчебницы имени *А. А. Миславскаго*, для чего передать и. д. казначея д-ру *А. Э. Янишевскому* присланную Уральскимъ Медицинскимъ О-вомъ книгу талоновъ и квитанцій за № 74, для выдачи послѣднихъ жертвователямъ.

Отчетъ о дѣятельности Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1900 годъ.

Секретаря *В. В. Николаева.*

Общество невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ существуетъ 9 лѣтъ и въ составѣ своемъ въ настоящее время имѣетъ 8 почетныхъ членовъ, 52 дѣйствительныхъ члена и 2 членовъ-сотрудниковъ, причемъ въ отчетномъ году измѣненіе въ составѣ О-ва выразились въ томъ, что Общество понесло утрату въ лицѣ умершихъ почетнаго члена В. В. Пашутина и дѣйствительнаго члена Н. А. Толмачева; кромѣ того выбыли 5 членовъ О-ва согласно § 38 устава; вновь поступило въ теченіе отчетнаго года въ дѣйствительные члены О-ва 4 человека. Такимъ образомъ О-во состоитъ изъ 62 членовъ; изъ нихъ мѣстныхъ 32 и иногороднихъ 30.

Бюро Общества состояло въ 1900 г. изъ слѣдующихъ лицъ: предсѣдатель О-ва Н. М. Поповъ (онъ-же мѣстный редакторъ журнала Общества), товарищъ-предсѣдателя Н. А. Миславскій, секретари Б. И. Воротыньскій (онъ-же секретарь редакціи) и В. В. Николаевъ, бібліотекарь А. Э. Янишевскій, казначей И. І. Наумовъ; члены Совѣта К. А. Арнштейнъ, И. М. Догель, А. Θ. Гебергъ; члены ревизіонной комисіи В. И. Разумовскій, В. И. Левчаткинъ, Д. В. Полумордвиновъ. Иногородній редакторъ журнала В. М. Бехтеревъ.

Денежныя средства Общества составлялись изъ $\frac{1}{100}$ съ неприкосновеннаго капитала, изъ членскихъ взносов, изъ выручки по изданію „Неврологическаго Вѣстника“ и др. изданій Общества. Изъ представленнаго г. казначеємъ отчета, провѣреннаго ревизіонной комисіей, видно, что за 1900 годъ поступило: членскихъ взносов 212 р. 80.; $\frac{1}{100}$ съ капитала 150 руб. 76 коп.; отъ изданія Неврологическаго Вѣстника и др. изданій Общества 373 р. 30 к. Пособіе отъ Министерства Народнаго Просвѣщенія 300 руб.; одинъ билетъ 4 $\frac{1}{2}$ % Государствен. ренты въ 200 р.; 1 билетъ 4 $\frac{1}{2}$ % Государствен. ренты въ 100 р. Итого весь доходъ по разнымъ статьямъ 1336 р. 86 к. Израсходовано на типографскіе расходы 443 р. 25 коп.; расходы по кассѣ, библіотекѣ и редакціи 66 р. 8 к.; гонораръ за рефераты 100 р.; расходы на рисунки 215 р.; по приобрѣтенію и за храненіе процентныхъ бумагъ 294 р. 63 к.; награда служителямъ 20 р. Итого израсходовано въ 1900 г. 1138 р. 96 коп. Такимъ образомъ приходъ Общества за 1900 г. превысилъ расходъ на 197 р. 90 к., каковыя и причитаются къ суммѣ въ 3747 р. 82 к., состоявшей на лицо къ началу отчетнаго 1900 года; слѣдовательно, къ началу 1901 г. Общество располагаетъ капиталомъ въ 3945 р. 72 к. Изъ нихъ 3600 р. въ $\frac{1}{100}$ бумагахъ, 342 р. 95 к. по книжкѣ Сберегательной кассы Государственнаго Банка и 2 р. 77 к. на рукахъ у казначея.

Въ библіотекѣ Общества къ 1 января 1901 г. состоятъ 1787 названій различныхъ сочиненій на разныхъ языкахъ. Въ теченіе отчетнаго года поступило всего 160 названій. Библіотека пополнялась пожертвованіями, приобрѣтеніями, обмѣномъ на Неврологическій Вѣстникъ и собственными изданіями.

Издательская дѣятельность Общества за 1900 г. выразилась выпускомъ въ свѣтъ VIII тома „Неврологическаго Вѣстника“, состоящаго изъ 4 выпусковъ, объемомъ въ 61 печатный листъ, гдѣ, кромѣ библіографическихъ обзоровъ, хроники, протоколовъ засѣданій О-ва, помѣщено 29 оригина-

нальных статей, изъ которыхъ нѣкоторыя снабжены соответственными рисунками въ таблицахъ и въ текстѣ. Въ 1900 г. каждый выпускъ журнала былъ разосланъ редакціей и библіотекой Общества въ количествѣ 176 экземпляровъ. Неврологическій Вѣстникъ издается 6 лѣтъ самимъ Обществомъ, покрывая всѣ издержки по изданію журнала, расширяя и улучшая журналъ при помощи субсидіи отъ Министерства Народнаго Просвѣщенія, поступающей въ размѣръ 300 рублей въ теченіе 3 послѣднихъ лѣтъ.

Въ отчетномъ 1900 г. Общество имѣло 8 научныхъ засѣданій—1 годовое и 7 очередныхъ, на которыхъ сдѣлано 15 сообщеній на слѣдующія темы: 1) Проф. К. А. Арнштейнъ произнесъ рѣчь „Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей“. 2) Проф. Н. А. Миславскій—Къ учению о сшиваніи разнородныхъ нервовъ (съ демонстраціей опыта). 3) Проф. Н. М. Поповъ—Два случая сифилиса спинного мозга. 4) В. В. Николаевъ—Фотографированіе дна глаза (съ демонстраціей опыта). 5) Б. И. Воротынскій—Современное состояніе психіатріи и невропатологіи у насъ и заграницей (по личнымъ наблюденіямъ). 6) Д. А. Тимофеевъ—Демонстрація препаратовъ окончанія нервовъ въ діафрагмѣ и брюшинѣ. 7) В. П. Малѣевъ—Къ патологической анатоміи бульбарныхъ параличей сосудистаго происхожденія. 8) А. Э. Янишевскій—Къ патологіи сухожильныхъ рефлексовъ (съ демонстраціей больного). 9) И. И. Наумовъ—Судебно-психіатрический случай. 10) Проф. Н. М. Поповъ—Сифилитическій спинно-мозговой параличъ Erb'a (съ демонстраціей больного). 12) М. М. Маевскій—Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при заболѣваніяхъ головного мозга (*urticaria et dermatographia* при *lues cerebri*). 12) М. М. Маевскій—О діонинѣ при состояніяхъ возбужденія (по наблюденіямъ надъ душевно-больными въ Казанской окружной лечебницѣ). 13) Проф. Н. М. Поповъ—Рѣдкая форма артропатической аміотрофіи. 14) В. П. Малѣевъ—Къ вопросу о значеніи статистики въ психіатріи. 15) А. В. Бирилевъ—О чувствѣ осязанія у слѣпыхъ.

Съ каждымъ годомъ Общество невропатологовъ крѣпнетъ и растетъ: бібліотека Общества пополняется, основной капиталъ увеличивается, журналъ улучшается и теперь уже занимаетъ одно изъ видныхъ мѣстъ въ медицинской спеціальной литературѣ, получивъ распространеніе какъ въ Россіи, такъ и за границей. Число членовъ Общества увеличивается и научныя засѣданія его привлекаютъ не только членовъ О-ва, но охотно посѣщаются прочими врачами, студентами и посторонней публикой, а общая пресса, интересуясь дѣятельностью Общества, публикуетъ о его научныхъ засѣданіяхъ, реферируя многія сообщенія. Пожелаемъ, чтобы Общество и впредь процвѣтало, работая по прежнему дѣятельно и плодотворно на общую пользу.

Списокъ членовъ Общества невропатологовъ и
психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ на 1901 годъ.

Почетные члены:

- 1) Адамюкъ Емиліанъ Валентиновичъ (Казань).
- 2) Ариштейнъ Карлъ Августовичъ (Казань, членъ учр.).
- 3) Бехтеревъ Владиміръ Михайловичъ (Спб., членъ учр.).
- 4) Догель Иванъ Михайловичъ (Казань, членъ учр.).
- 5) Карпова Ольга Петровна (Нижній-Новгородъ).
- 6) Кожевниковъ Алексѣй Яковлевичъ (Москва).
- 7) Kölliker Albert (Вюрцбургъ).
- 8) Мержеевскій Иванъ Павловичъ (С.-Петербургъ).

Дѣйствительные члены:

- 9) Алексѣевъ Дмитрій Дмитріевичъ (Винница).
- 10) Анфимовъ Яковъ Афанасьевичъ (Харьковъ).
- 11) Блуменау Леонидъ Васильевичъ (Варшава).
- 12) Болдыревъ Василій Сергѣевичъ (библ., Казань).
- 13) Васильевъ Василій Ивановичъ (Москва).
- 14) Воротынскій Брониславъ Ивановичъ (секр., Казань).
- 15) Ге Александръ Генриховичъ (Казань).
- 16) Гебертъ Александръ Федоровичъ (Казань).
- 17) Груздевъ Викторинъ Сергѣевичъ (Казань).
- 18) Долговъ Василій Николаевичъ (Казань).
- 19) Енохинъ Борисъ Павловичъ (Кривой Рогъ Херс. губ.).
- 20) Евграфовъ Константинъ Романовичъ (Пенза).
- 21) Жестковъ Василій Ивановичъ (Пермь).
- 22) Клячкинъ Григорій Абрамовичъ (Казань).
- 23) Ковалевскій Павелъ Ивановичъ (С.-Петербургъ).
- 24) Кузнецовъ Василій Петровичъ (Винница).
- 25) Левашовъ Сергѣй Васильевичъ (Казань).
- 26) Левчаткинъ Владиміръ Ивановичъ (Казань).

- 27) Любимовъ Николай Матвѣевичъ (Казань).
- 28) Маевскій Михаилъ Михайловичъ (Винница).
- 29) Мальцевъ Александръ Феликсимовичъ (Полтава).
- 30) Малѣевъ Василій Павловичъ (Казань).
- 31) Мейеръ Иванъ Карловичъ (Пермь).
- 32) Миславскій Николай Александровичъ (тов. предс., Казань).
- 33) Муратовъ Владиміръ Александровичъ (Москва).
- 34) Наумовъ Иванъ Іоновичъ (Казань).
- 35) Николаевъ Владиміръ Васильевичъ (секр., Казань).
- 36) Образцовъ Владиміръ Николаевичъ (Казань).
- 37) Полумордвиновъ Дмитрій Владиміровичъ (Казань).
- 38) Поповъ Михаилъ Николаевичъ (Томскъ).
- 39) Поповъ Николай Михайловичъ (предс., Казань).
- 40) Потѣхинъ Александръ Николаевичъ (Казань).
- 41) Праксинъ Иванъ Александровичъ (Казань).
- 42) Разумовскій Василій Ивановичъ (Казань).
- 43) Реформатскій Николай Николаевичъ (С.-Петербургъ).
- 44) Савченко Иванъ Григорьевичъ (Казань).
- 45) Сегель Адольфъ Соломоновичъ (Казань).
- 46) Сергѣевъ Леонидъ Аггеевичъ (Казань).
- 47) Скуридинъ Павелъ Семеновичъ (Казань).
- 48) Смирновъ Алексѣй Ефимовичъ (Томскъ).
- 49) Смирновъ Аполлонъ Ивановичъ (Казань).
- 50) Смѣловъ Николай Яковлевичъ (С.-Петербургъ).
- 51) Сороковиковъ Гавріилъ Васильевичъ (Казань).
- 52) Тимофеевъ Дмитрій Александровичъ (Казань).
- 53) Топорковъ Николай Николаевичъ (Казань).
- 54) Урванцовъ Сергѣй Николаевичъ (Уфа).
- 55) Целерицкій Константинъ Михайловичъ (Симбирскъ).
- 56) Чижъ Владиміръ Федоровичъ (Юрьевъ).
- 57) Чудовичъ Андрей Ивановичъ (Винница).
- 58) Щербакъ Александръ Ефимовичъ (Варшава).
- 59) Феноменовъ Николай Николаевичъ (С.-Петербургъ).
- 60) Янишевскій Алексѣй Ерастовичъ (казн., Казань).

Ч л е н ы - с о т р у д н и к и:

- 61) Рыхлинскій Карлъ Владиславовичъ (Варшава).
- 62) Фуксъ Софія Емильевна (Вѣна).

**Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и
библіотеку Общества:**

А. И. Шингаревъ. Случай бронзовой болѣзни.—Воронежъ, 1901.

Н. Богдановъ-Березовскій. Положеніе глухонѣмыхъ въ Россіи.—Спб.,
1901.

Д. Г. Гинзбургъ-Шикъ. Медико-хозяйственный отчетъ по Херсонской
Губ. Зем. Лечебницѣ и колоніи для душевныхъ и нервныхъ больныхъ за
1899 г.

Стр.

Monakow. Anevrysme de l'artère vertebrale gauche. 219.—Kohnstamm. Ueber die gekreuzt-aufsteigende Spinalbahn und ihre Beziehung zum Gowers' schen Bündel. 221.—Déjérine et Thomas. Un cas de paralysie bulbaire asthenique, suivi d'autopsie. 222.

Хроника и смѣсь	224.
Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ	230.
Отчетъ о дѣятельности Общества за 1901 годъ	234.
Списокъ членовъ Общества по 1 Января 1901 года	238.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и библіотеку Общества	240.
Объявленія	



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 четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаний, литературные обзоры, рефераты и рецензии, относящіеся къ тѣмъ же отдѣламъ знаний, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльных выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Все статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1893 г.— 4 руб., за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899 и 1900 гг.— по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Б. И. Воротынский.