

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. **4**.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

В. П. Бабкинъ. Вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе. (Окончаніе).

В. В. Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ. (Окончаніе).

М. М. Мерингъ. О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва». (Продолженіе).

Э. В. Эриксонъ. Душевные и нервныя болѣзни на Дальнемъ Востока.

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи нервной системы.

Хроника и смѣсь.

Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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.



ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Б. П. Бабкинъ. Вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе. (Окончаніе).	1.
В. В. Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ. (Окончаніе).	92.
М. М. Мeringъ. О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва». (Продолженіе).	151.
Э. В. Эриксонъ. Душевные и нервныя болѣзни на Дальнемъ Востокаѣ.	172.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи . . . 235.

Dr. Jahrmärker, Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht.—230. Dr. Habermaas. Ueber die Prognose der Epilepsia.—231. Проф В. Чижъ. The early diagnosis of lues cerebri.—232. М. Лапинскій. Состояніе рефлексовъ въ парализованной части тѣла при тотальныхъ перерывахъ спинного мозга.—233, Д. Д. Котелевскій. Къ ученію объ ядрѣ верхней вѣтви лицеваго нерва. Экспериментальное изслѣдованіе.—239.

На 1902 годъ

(десятый годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. БЕХТЕРЕВА и проф. Н. М. ПОПОВА.

Въ 1902 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

Подписка принимается въ Редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.



Изъ физиологической лабораторіи академика В. М. Бехтерева.

Вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе.

Б. П. Бабкина.

(Окончаніе; см. т. IX, вып. 3).

СЕРІЯ IV. Опытъ 1.

Щенокъ; операція на 29 день отъ рожденія.

На правой теменной кости сдѣланъ шовъ въ видѣ дугообразной щели (*crâniectomie à lambeaux*).

Длина шва—39,5 мм., ширина—5 мм. Искусственный шовъ идетъ параллельно вѣчному (15,5 мм) въ 2,5 мм. разстояніе отъ него, затѣмъ загибается, идя параллельно стрѣловидному (8 мм.), также въ разстояніи 2,5 мм. отъ него и наконецъ спускается наискось внизъ (26 мм.).

Животное погибло черезъ 55 дней послѣ операціи (на 84-й отъ рожденія).

Исслѣдованіе черепа дало слѣдующіе результаты.

Замѣтна нѣкоторая асимметрія въ теменныхъ костяхъ. А именно та, на которой былъ сдѣланъ шовъ, кажется шире и ниже соотвѣтственной здоровой. Искусственный шовъ почти выполненъ новою костью; только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ есть просвѣты, затянутые тонкой перепонкой. Наибольшая ширина такихъ просвѣтовъ 1,5 мм. Разстояніе фронтальной вѣтви шва, у угла перехода его въ сагитальную, отъ вѣчнаго шва 10 мм. и отъ стрѣловиднаго также 10 мм.

Другихъ измѣненій на черепѣ нѣтъ.

Мозгъ нѣсколько атрофиченъ.

О П Ы Т Ъ IV, 1.

Таблица посмертныхъ измѣреній.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.	
1.	Вертикальн. обхватъ те- менныхъ ко- стей. }	а.	115	55	60	+5
		б.	104	50	64	+4
2.	Вертикальн. обхватъ лоб- ныхъ костей. }	а.	71	35	36	+1
		б.	52	26	26	0
3.—Глазница:		а.	—	16,5	16,5	0
		б.	—	23	24	+1
		в.	—	24	24	0
4.—Длина нѣба		60	—	—	—	
5.—Ширина нѣба		30	15	15	0	
6.—Длина нижней челюсти		—	80	80	0	
7.—Pars. tymp. oss. temp. а—длина		—	19	18	—1	
б—ширина		—	13	13	0	

Абсолютное протяженіе швовъ.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.	Полное прѣ- тяженіе.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
8.—Стрѣлов. шовъ	58	—	—	—
а—Его лобная часть	40	—	—	—
б—Его теменн. часть	18	—	—	—
9.—Вѣничный шовъ	71	35	36	+1
10.—Затылочный шовъ	—	34	34	0
11.—Височный шовъ	—	34,5	34,7	+0,2
12.—Дуга свода	—	84	84	0
а)—лобн. к.	—	36	36	0
б)—теменн. к.	—	48	48	0
Высота черепа:				
а) теменн. часть	—	38	36	—2
б) лобная часть	—	32	32	0

Таблица посмертныхъ измѣреній даетъ намъ указаніе на то, что размѣры ширины (вертик. обхваты) больше на оперированной сторонѣ, чѣмъ на здоровой. Разница въ этомъ отношеніи постепенно падаетъ при передвиженіи сзади напе-

редъ и съ 5мм. доходить до О. Высота въ области искусственнаго шва меньше, чѣмъ на противоположной сторонѣ (—2мм.). При измѣреніи лобныхъ частей разницы не получается (36 и 36 мм.).

Разница въ абсолютномъ протяженіи швовъ, и именно вѣчнаго, для больной и здоровой сторонъ, хотя и можетъ указывать на асимметрію черепа, однако въ виду ея незначительности не должна быть принимаема, какъ патологическая. Дуга свода равна на той и другой сторонѣ. Настоящій случай весьма сходенъ съ случаемъ описаннымъ подъ № 1. Здѣсь, какъ и тамъ наблюдается „мѣстное“ вліяніе искусственнаго шва, послѣдовательное сглаживаніе разницъ вертикальных обхватовъ по направленію сзади напередъ, пониженіе высоты оперированной части, одинаковое протяженіе дугъ свода. Наконецъ характеръ замѣщенія операціоннаго дефекта—отложеніемъ костнаго вещества по берегамъ шва—подобный тому, который мы видѣли въ опытѣ 1, даетъ намъ право заключить, что процессъ новообразованія и связанныхъ съ нимъ измѣненій, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ протекалъ не энергично. Болѣе значительныя измѣненія въ настоящемъ случаѣ должны быть отнесены насчетъ ширины первоначальной щели. (Опытъ 1,—2 мм.).

Подыскивая объясненіе данному явленію, можно остановиться только на двухъ причинахъ, которыя могли бы ослабить вліяніе искусственнаго шва.

Во 1-хъ, сравнительно поздній возрастъ (29 дней), въ который была сдѣлана операція, и *во 2-хъ*,—форма искусственнаго шва.

Въ литературѣ существуютъ указанія на то, что возрастъ является препятствіемъ для быстрого образованія костной мозоли въ ранахъ черепа ¹⁾).

¹⁾ Ollier, L. Traité expérimentale et clinique de la régénération et de la production artificielle du tissu osseux. Paris. 1867. Vol. I.

Maas, H. Über das Wachstum und die Regeneration der Röhrenknochen mit besonderer Berücksichtigung der Callusbildung. Langebeck's Archiv. 1877. Bd. XX. H. 4.

Дѣйствительно, не смотря на то, что животное этого опыта жило послѣ операціи дольше животныхъ предыдущихъ опытовъ (56 дней), искусственный шовъ, сдѣланный шириною въ 5 мм., не заросъ вполне. Мало того, закрытіе его совершалось какъ было только что упомянуто лишь новообразованіемъ кости по берегамъ, которые постепенно и сходились. Здѣсь нѣтъ тѣхъ островковъ костной ткани, которые мы могли наблюдать у оперированнаго животного III серіи и присутствіе которыхъ несомнѣнно указываетъ на болѣе энергичный процессъ новообразованія костной ткани.

Однако возрастъ не есть единственная причина, ослабившая вліяніе искусственнаго шва. Разнорѣчивость данныхъ, полученныхъ при измѣреніяхъ, позволяетъ предположить, что до нѣкоторой степени здѣсь сказалось и вліяніе его формы.

Въ самомъ дѣлѣ, изъ опытовъ серіи II мы видѣли, что ростъ больной стороны черепа совершался особенно энергично въ направленіи перпендикулярномъ къ продольному шву и наоборотъ, нѣсколько замедлился въ направленіи ему параллельномъ. Комбинированный искусственный шовъ серіи III, подтвердивъ положенія, выведенныя изъ опытовъ серіи II, доказалъ еще, что два шва взаимно перпендикулярные уничтожаютъ одинъ вліяніе другого.

Въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ также комбинированный шовъ, состоящій изъ трехъ частей: части параллельной вѣнечному шву (15,5 mm), части параллельной сагитальному шву (8 mm.) и части идущей наискось внизъ (16 mm.).

Судя по цифровымъ даннымъ, часть параллельная вѣнечному шву оказала меньшее вліяніе, чѣмъ двѣ остальные вѣтви, а потому и измѣненія коснулись только прироста въ ширину.

Почему часть искусственнаго шва, идущая наискось внизъ, дѣйствовала подобно части параллельной сагитальному шву—изъ настоящаго опыта мы не можемъ вывести объясненія.

Я потому остановился нѣсколько долѣе на этомъ случаѣ, что Ланнелонгъ особенно рекомендуетъ *лоскутное черепосъ-чение* (craniectomie à lambeaux) и какъ видоизмѣненіе его *подковообразное* (craniectomie en fer à cheval)¹⁾. Однако, какъ мы видѣли выше, простое *линейное черепосъ-чение* (craniectomie linéaire) даетъ гораздо болѣе осязательные результаты, чѣмъ комбинированные формы искусственнаго шва.

Изъ настоящаго случая можно вывести слѣдующее положеніе:

Вліяніе искусственнаго шва на ростъ черепа стоитъ въ связи съ возрастомъ, въ который сдѣлана операція, причѣмъ у болѣе взрослыхъ щенятъ оно слабѣе, чѣмъ у молодыхъ.

СЕРІЯ IV. Опытъ 2.

Изъ той же серіи животныхъ, какъ и предыдущее (IV, I) осталось одно контрольное, которое можетъ послужить намъ для опредѣленія вліянія удаленія надкостницы черепа на его ростъ.

Щенку была удалена надкостница въ видѣ полоски 30 мм. длины и около 5 мм. ширины, слегка изогнутой кзади, идущей черезъ лобныя кости перпендикулярно къ сагитальному шву и параллельно вѣнечному, въ 7 мм. разстоянія отъ этого послѣдняго. (Опытный щенокъ, съ подобнымъ же дефектомъ кости, погибъ преждевременно). Животное убито на 55 день послѣ операціи (84 отъ рожденія).

Черепъ животного не представляетъ отклоненія отъ нормы во всѣхъ своихъ частяхъ за исключеніемъ лобныхъ костей (таблица посмертныхъ измѣреній). Эти послѣднія вдавлены и на мѣстѣ удаленной надкостницы шероховаты. Асимметріи не наблюдается.

¹⁾ Lannelongue. De la craniectomie. Nouv. iconographie de la Salpêtrière. 1891. T. IV. p. 93.

С Е Р І Я І V. 2.

Таблица посмертныхъ измѣреній.

Р О Д ъ И З М Ѣ Р Е Н І Й.			Полное про- тяженіе.	Лѣвая сто- рона.	Правая сто- рона.	Разница.
1.—Вертикальный обхватъ	{	а.	112	56	56	0
теменныхъ костей . . .		б.	100	50	50	0
2.—Вертикальный обхватъ	{	а.	70,5	35,5	35	0,5
лобныхъ костей		б.	50	25	25	0
3.—Глазница:		а.	—	16	16	0
		б.	—	22	22	0
		в.	—	23	23	0
4.—Длина нѣба			60	—	—	—
5.—Ширина нѣба			32	16	16	0
6.—Длина вѣтвей нижней челюсти			—	83	83	0
7.—Pars tymp. os. temp. а) длина			—	19	19	—
б) ширина			—	13,5	13	0,5

Абсолютное протяженіе швовъ.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.	Полное про- тяженіе.	Лѣвая сто- рона.	Правая сто- рона.	Разница.
8.—Стрѣловидный шовъ	58	—	—	—
а) его лобная часть	40	—	—	—
б) его теменная часть	18	—	—	—
9.—Вѣнечный шовъ	70	—	—	—
10.—Затылочный шовъ	—	35	35	0
11.—Височный шовъ	—	35	35	0
12.—Дуги свода	—	85	86	1
а) лобн. к.	—	35	36	1
б) теменн. к.	—	50	50	0
Высота черепа:				
а) теменн. часть	—	39	39	0
б) лобная часть	—	29	28	1

Такъ какъ настоящее животное происходитъ изъ той же семьи, какъ и предыдущее, убито въ одинъ день съ нимъ и близко подходитъ къ нему по размѣрамъ черепа, то можетъ быть произведено ихъ сравненіе.

Надкостница была удалена на лобной кости. Слѣдовательно, здѣсь должно было оказаться вліяніе этой операціи.

С Е Р И Я V.

Три щенка; два оперированныхъ, одинъ контрольный. Операция на 9-й день отъ рождения.

Одному щенку (№ 1) на лѣвыхъ теменной и лобной костяхъ сдѣланъ продольный шовъ съ двумя поперечными отростками, отходящими отъ него, одинъ на лобной, другой на теменной кости. Длина продольной щели—24,5 мм. Ширина ея—4 мм. Длина поперечной лобной щели—17,5 мм.; ширина ея—5,5 мм. Отстояние продольной щели отъ стрѣловиднаго шва 3,5 мм.

Другому щенку (№ 2) на передней части свода сдѣланы два шва, сходящіеся подъ тупымъ угломъ на лобныхъ костяхъ (у стрѣловиднаго шва).

Длина правой части шва—20 мм., лѣвой—21 мм. ширина ихъ—5,5 мм.

Третьему щенку (№ 3) удалена надкостница въ формѣ искусственнаго шва, сдѣланнаго второму щенку.

На 80-й день жизни и 71-й послѣ операциі щенки убиты. Легкія щенка № 1 поражены воспалительнымъ процессомъ, хотя и не въ сильной степени; щенки второй и третій вполне здоровы.

Вскрытіе.

Щенокъ № 1.

Черепной сводъ асимметриченъ; лѣвая большая сторона шире и больше правой здоровой. Искусственный шовъ выполненъ новою тканью, и только при разсматриваніи на свѣтъ отдѣленной черепной покрывки, будучи свѣтлѣе окружающихъ частей, даетъ возможность судить о томъ, что на этомъ мѣстѣ была сдѣлана операция. Съ наружной стороны шва образовался толстый костный валикъ. Внутренняя поверхность черепной покрывки за исключеніемъ едва замѣтной щели, соответствующей поперечной теменной части искусственнаго шва, и асимметрическаго положенія стрѣловиднаго шва, представляется вполне нормальной. Какъ на здоровой, такъ и на больной сторонѣ мы находимъ тождественное развитіе пахионовыхъ грануляцій и менингеальныхъ бороздокъ (*sulci meningei*).

Мозгъ, съ хорошо наполненными кровеносными сосудами, уплотненъ и расширенъ. Асимметрия половинъ.

Щенокъ № 2.

Ясно замѣтное уплотненіе лобныхъ костей, при сохраненіи теменными костями нормальной высоты. Искусственный шовъ выполненъ весь новообразовавшеюся тканью за исключеніемъ двухъ небольшихъ участковъ на той и другой лобной кости. При разсматриваніи черепной покрывки съ внутренней стороны (послѣ удаленія твердой мозговой оболочки) видна нѣкоторая асимметричность положенія стрѣловиднаго шва, мало замѣтная снаружи. Вѣнечный шовъ отодвинутъ къзади.

Сосуды твердой мозговой оболочки хорошо наполнены. За исключеніемъ уплотненной формы, мозгъ не представляетъ никакихъ измѣненій.

Щенокъ № 3.

Черепной сводъ нѣсколько уплотненъ въ лобной части тамъ, гдѣ была удалена надкостница. При разсматриваніи на свѣтъ покрывекъ

Другими словами, ростъ оперированнаго щенка, какъ болѣе сильнаго, совершался энергичнѣе роста его товарища, и если бы не уменьшеніе разницъ въ длинномъ размѣрѣ черепного свода въ пользу контрольнаго, то нельзя было бы отмѣтить вліяніе искусственнаго шва на общій ростъ черепа. Тѣмъ цѣннѣе для насъ это паденіе разницы въ измѣреніи передне-задняго діаметра, такъ какъ оно съ несомнѣнностью указываетъ на зависимость роста черепной коробки отъ искусственнаго шва.

И здѣсь, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, намъ приходится отмѣтить рѣзкое вліяніе искусственнаго шва на ростъ мозговой коробки и отсутствіе его—въ ходѣ развитія лицевой части черепа.

Таблица посмертных измерений щенят V серии.

Примѣчаніе. Въ одиночныхъ размѣрахъ сравненіе производится съ контрольнымъ животнымъ, причемъ + означаетъ превалированіе размѣра оперированнаго животнаго надъ таковымъ же контрольнаго. Знакъ — имѣетъ обратное значеніе. При измѣреніи половинъ черепа или парныхъ размѣровъ сравниваются стороны его. Разница въ пользу больной стороны обозначается +, въ пользу здоровой —.

Родъ измѣреній.	Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона.	Болезная (правая) сторона	Разница.
Передне-задній діаметръ . . о № 1.	76	+4	—	—	—
. о. № 2.	76	+4	—	—	—
. к. № 3.	72	—	—	—	—
Діаметръ ширины 1.	57	+3	—	—	—
. 2.	55	+1	—	—	—
. 3.	54	—	—	—	—
Діаметръ высоты 1.	46	+2	—	—	—
. 2.	48	+4	—	—	—
. 3.	44	—	—	—	—
Сагитальный обхватъ 1.	103	+8	—	—	—
. 2.	102	+7	—	—	—
. 3.	95	—	—	—	—

Родъ измѣреній.			Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона.	Больная (правая) сторона.	Разница.
Горизонтальный обхватъ	1.		215	+15	—	—	—
	2.		210	+10	—	—	—
	3.		200	—	—	—	—
Вертикальн. обхватъ теменныхъ костей.	1.	а.	126	+5	62	64	+2
	2.		123	+2	61	62	1
	3.		121	—	61	60	1.
	1.	б.	113	+3	55	58	+3
	2.		111	+1	56	55	1
	3.		110	—	55	55	0
	1.	а.	80	+3	38	42	+4
	2.		82	+5	40	42	2
	3.		77	—	38,5	38,5	0
Вертикальн. обхватъ лобныхъ костей.	1.	б.	50	+2	25	25	0
	2.		50	+2	26	24	2
	3.		48	—	24	24	0
Длина головы	1.		126	+12	—	—	—
	2.		122	+8	—	—	—
	3.		114	—	—	—	—
Длина носовыхъ костей	1.		35	+6	—	—	—
	2.		31	+2	—	—	—
	3.		29	—	—	—	—
Ширина носовыхъ костей	1.		29	+2	—	—	—
	2.		28	+1	—	—	—
	3.		27	—	—	—	—

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона.	Больная (правая) сторона.	Разница.
	1.	40	+2	—	—	—
Наименьшая ширина лба	2.	39	+1	—	—	—
	3.	38	—	—	—	—
	1.	71	+3	—	—	—
Наибольшая ширина лица	2.	69	+1	—	—	—
	3.	68	—	—	—	—
	1.	26	+3	—	—	—
Разст. между внутр. угл. глазъ .	2.	25	+2	—	—	—
	3.	23	—	—	—	—
	1.	58,5	+1,5	—	—	—
Разст. между вышн. угл. глазъ .	2.	57	0	—	—	—
	3.	57	—	—	—	—
Глазницы:	1.	—	—	16	16	0
	а.	2.	—	16	16	0
	3.	—	—	17	17	0
	1.	—	—	24	24	0
	б.	2.	—	23	23	0
	3.	—	—	23	23	0
	1.	—	—	24	24	0
	в.	2.	—	24	24	0
	3.	—	—	24	24	0
	1.	64	+8	—	—	—
Длина неба.	2.	61	+5	—	—	—
	3.	56	—	—	—	—

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона.	Болезная (правая) сторона.	Разница.
Ширина неба	1.	35	+3	18	17	-1
	2.	36	+4	18	18	0
	3.	32	—	16	16	—
Ширина нижней челюсти	1.	49	+4	—	—	—
	2.	47	+2	—	—	—
	3.	45	—	—	—	—
Длина вѣтвей нижней челюсти	1.	—	—	84	84	0
	2.	—	—	83	83	0
	3.	—	—	81,5	82	0,5
Pars tympanica ossis temporalis.	1.	—	—	19	19	0
	длина 2.	—	—	19	19	0
	3.	—	—	19	19	0
	1.	—	—	13	13	0
	ширина 2.	—	—	13	13	0
	3.	—	—	12	12	0
Pars basilaris ossis temporalis.	1.	17,5	+0,5	—	—	—
	длина 2.	18	+1	—	—	—
	3.	17	—	—	—	—
	1.	12,5	+1,5	—	—	—
	ширина 2.	13	+2	—	—	—
	3.	11	—	—	—	—

Родъ измѣренія.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона	Болезнь (правая сто- рона).	Разница.
Os sphenoid.	1.	13	+1	—	—	—
	длина 2.	13	+1	—	—	—
	3.	12	—	—	—	—
	1.	14	+1	—	—	—
	ширина 2.	14	+1	—	—	—
	3.	13	—	—	—	—
Абсолютное протяженіе швовъ.	1.	68	+2	—	—	—
	Стрѣловидный шовъ . 2.	74	+8	—	—	—
	3.	66	—	—	—	—
	1.	44	+1	—	—	—
	Его лобная часть . . 2.	53	+10	—	—	—
	3.	43	—	—	—	—
	1.	24	+1	—	—	—
	Его теменн. часть . . 2.	24	-2	—	—	—
	3.	23	—	—	—	—
	1.	80	+3	38	42	+4
	Вѣнечный шовъ . . . 2.	82	+5	40	42	+2
	3.	77	—	38	39	+1
	1.	—	—	50	49,5	-0,5
	Височный шовъ. . . 2.	—	—	46	46,5	+0,5
	3.	—	—	42	42	0
	1.	—	—	38	40	+2
	Затылочный шовъ . . 2.	—	—	38	38	0
	3.	—	—	34	34	0

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (лѣвая) сторона.	Болезная (правая) сторона.	Разница.
Дуга свода:	1.	—	—	99	97	—2
	2.	—	—	96	97	+1
	3.	—	—	96,5	96	0,5
а) лобная к.	1.	—	—	43	45	+2
	2.	—	—	48	48	0
	3.	—	—	44,5	44	0,5
б) темен. к.	1.	—	—	56	52	—4
	2.	—	—	48	49	1
	3.	—	—	52	52	0
Высота черепа:	1.	—	—	44	41	—3
	2.	—	—	42	42	0
	а) теменн. часть	3.	—	—	38	38
б) лобная часть	1.	—	—	27	22	—5
	2.	—	—	23	23	0
	3.	—	—	24	23	1

Въ таблицѣ посмертныхъ измѣреній обращаетъ на себя вниманіе *изслѣдованіе* половинъ черепа оперированнаго животнаго.

Разсматривая вертикальные обхваты, мы находимъ наибольшую разницу для правой и лѣвой сторонъ въ *вертикальномъ* обхватѣ лобныхъ костей а, равную 4 мм. Припоминая

форму искусственного шва, мы видимъ, что въ этомъ обхватѣ лента при измѣреніи ложится какъ разъ между двумя его поперечными отростками. Слѣдовательно въ этомъ мѣстѣ вліяніе продольной части искусственного шва не было ослаблено поперечными его частями. Ослабленіе же это сказалось въ измѣреніяхъ *вертик. обхв. теменныхъ костей б и верт. обхв. лобныхъ костей б.*

Измѣреніе протяженія швовъ также даетъ разницу для больной и здоровой сторонъ. *Внѣшній шовъ* на больной сторонѣ длиннѣе, чѣмъ на здоровой на 4 мм., затылочный—на 2 мм. При разсматриваніи черепа сзади эта асимметрія особенно рѣзко бросается въ глаза.

Что касается нѣкотораго несовпаденія размѣровъ височнаго шва той и другой стороны, то оно слишкомъ незначительно, чтобы изъ него можно было бы вывести какія бы то ни было заключенія.

Слѣдовательно, мы должны отмѣтить *расширеніе больной стороны черепного свода по сравненію со здоровой.*

Дуга свода больной стороны короче дуги свода здоровой. Укороченіе это однако касается только теменной кости, которая на 4 мм. короче теменной кости другой стороны. Наоборотъ лобная кость больной стороны длиннѣе на 2 мм. соотвѣтственной кости здоровой.

Разнообразіе измѣненій, вызванныхъ искусственнымъ швомъ, должно быть отнесено насчетъ формы. На лобной кости сказалось главнымъ образомъ вліянія поперечной его части, отчасти потому, что она была нѣсколько шире теменной щели (0,5 мм), отчасти потому что участокъ продольной щели былъ меньше на лобной кости, чѣмъ на теменной.

Высота больной стороны меньше здоровой. Особенно интереснымъ представляется то, что высота чешуи височной кости меньше на больной сторонѣ, чѣмъ на здоровой.

Здоровая сторона—21 мм.
Больная сторона—17,5 мм.
Разница—3,5 мм.

Тоже измѣреніе у контрольного:

Здоровая сторона—20 мм.
Больная сторона—20 мм.
Разница—0.

Такимъ образомъ энергично развивающая теменная кость задерживаетъ ростъ смежной височной кости.

Остальные измѣренія не указываютъ на какую бы то ни было асимметрію сторонъ оперированнаго черепа.

Этотъ же опытъ выясняетъ намъ одно важное обстоятельство и именно то, что *искусственные швы параллельные стръловидному, дѣйствуютъ сильнѣе швовъ ему перпендикулярныхъ*. Въ самомъ дѣлѣ, сумма поперечныхъ швовъ въ настоящемъ случаѣ равняется 35 мм. продольный шовъ всего 24,5 мм. Кромѣ того и ширина поперечныхъ швовъ больше ширины продольнаго. Этотъ фактъ вполне согласуется съ другимъ, о которомъ мы уже упоминали: продольные швы выполняются костною тканью посредствомъ образованія островковъ ея, поперечные—постепеннымъ отложеніемъ новой ткани по берегамъ, до полного ихъ схождения. Первый способъ указываетъ на болѣе энергичный процессъ новообразованія, чѣмъ второй. Это явленіе слѣдуетъ объяснить болѣе энергичнымъ ростомъ черепа молодыхъ животныхъ въ длину, чѣмъ въ ширину.

шій приростъ сагитального обхвата у оперированнаго животнаго по сравненію съ контрольнымъ объясняется тѣмъ, что при незначительно болѣе сильномъ ростѣ оперированнаго черепа въ вышину ростъ въ длину также превалировалъ у оперированнаго. Горизонтальный обхватъ у оперированнаго животнаго, слагаясь изъ размѣровъ ширины и длины мозговой коробки, при сохраненіи соотношенія между черепами при ростѣ ихъ въ первомъ направленіи и болѣе сильномъ ростѣ оперированнаго въ длину, естественно далъ и большую цифру прироста.

Что касается лицевой части черепа, то ростъ ея совершался нѣсколько энергичнѣе у оперированнаго животнаго, что легко согласуется съ тѣмъ, что и до операціи этотъ щенокъ развивался быстрѣе контрольнаго.

Въ таблицѣ посмертныхъ измѣреній особенно интереснымъ представляется измѣреніе длины стрѣловиднаго шва. Онъ значительно длиннѣе у оперированнаго животнаго, чѣмъ у контрольнаго (74 мм.—66 мм.=8 мм.), и увеличеніе это касается его лобной части, при уменьшеніи теменной. Дуга свода больной и здоровой сторонъ также даютъ интересныя въ этомъ отношеніи цифры. Длина теменныхъ костей у контрольнаго животнаго на 7,5 мм. для лѣвой и на 8 мм. для правой, больше длины лобныхъ; у оперированнаго размѣры ихъ почти равны.

Слѣдовательно въ этомъ случаѣ намъ приходится считаться съ усиленнымъ ростомъ въ длину лобныхъ костей и задержкой его для теменныхъ, что всецѣло должно быть отнесено насчетъ формы искусственнаго шва, близко подходящей къ поперечной.

Итакъ мы можемъ установить какъ положеніе, что *подъ вліяніемъ искусственнаго шва, сдѣланнаго на черепномъ сводѣ поперечно къ стрѣловидному, мозговая коробка усиленно растетъ въ длину—въ направленіи ему перпендикулярномъ, задерживаясь въ ростѣ въ ширину—въ направленіи ему параллельномъ.*

Нѣкоторое несовпаденіе размѣровъ сторонъ (вертик. обхваты) черепного свода оперированнаго животнаго слѣдуетъ отнести насчетъ неравномѣрности въ ширинѣ искусственнаго шва, а также быть можетъ насчетъ не тождественнаго положенія его половинъ.

Удаленіе надкостницы у контрольнаго животнаго выразилось пониженіемъ высоты лобныхъ костей. Здѣсь получились нѣсколько меньшія измѣненія, чѣмъ у контрольнаго животнаго III серіи. Такимъ образомъ, мы можемъ теперь установить то положеніе, что *потеря надкостницы меньше вліяетъ на ростъ кости, чѣмъ потеря надкостницы и костной ткани.*

С Е Р І Я VI.

Въ подтвержденіе мысли, высказанной выше о томъ, что искусственные швы, сдѣланные параллельно сагитальному («продольные швы») дѣйствуютъ сильнѣе швовъ, сдѣланныхъ въ направленіи ему перпендикулярномъ («поперечные швы»), я приведу еще два случая.

Щенку на 17 день отъ рожденія былъ сдѣланъ искусственный шовъ на правой теменной кости въ видѣ подковы (craniectomie en fer à cheval).

Длина продольной части шва—17 мм, ширина ея 7 мм. Длина поперечныхъ отростковъ шва—по 13 мм, ширина ихъ по 6,5. Смерть животнаго послѣдовала на 58 день послѣ рожденія и на 41 послѣ операциі.

Вскрытіе дало слѣдующіе результаты. Около половины продольной части искусственнаго шва, и именно передней, ближайшей къ вѣчному шву, выполнено новообразовавшеюся костною тканью. Другая половина этой части затянута соединительно-тканной перепонкой. Какъ въ продольной, такъ и въ поперечныхъ частяхъ замѣтно суженіе просвѣта шва. Наибольшая ширина такихъ просвѣтовъ—3,5 мм.

Стрѣловидный шовъ смѣщенъ влѣво.

Мозгъ анэмиченъ.

Сравнительное изслѣдованіе половинъ черепного свода указываетъ на асимметрію его. Мы находимъ разницу ширины (*вертикальные обхваты к. а и б.*, тоже для лобныхъ а). Размѣры длины, за исключеніемъ незначительнаго (1 мм.) удлиненія оперированной кости больной стороны, къ которому надо относиться съ осторожностью, не указываютъ на суще-

ствование разницы въ этомъ отношеніи между тою и другою стороною.

Слѣдовательно въ этомъ случаѣ приходится считаться только съ одною продольною частью искусственнаго шва по длинѣ ровной 16 мм. Вліяніе поперечныхъ частей, сумма протяженія которыхъ=26 мм, не обнаружилось ничѣмъ.

Высота оперированной теменной кости рѣзко понижена.

Этотъ же случай подтверждаетъ мысль высказанную при описаніи опытовъ серіи IV относительно того, что доскутное черепослѣчение и, въ частности, подковообразное не заслуживаютъ того вниманіе, которое возбудилъ къ нимъ Ланне-лонгъ. Почти не участвуя, или участвуя весьма мало, въ разрастаніи кости по поверхности, поперечныя части комбинированнаго искусственнаго шва значительно увеличиваютъ рану resp. дѣлаютъ операцію болѣе тяжелой.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- теженіе.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Передне-задній діаметръ		63	—	—	—
Діаметръ ширины		49	—	—	—
Діаметръ высоты		41	—	—	—
Сагитальный обхватъ		88	—	—	—
Горизонтальный обхватъ		177	—	—	—
Вертикальный обхватъ	{ а.	113	55	58	+3
теменныхъ костей .		104	50	54	+4
Вертикальный обхватъ	{ а.	75	35	40	+5
лобныхъ костей . .		40	20	20	0
Длина головы		101	—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Здоровая сторона.	Болезная сторона.	Разница.
Длина носовыхъ костей		29	—	—	—
Ширина носовыхъ костей		23,5	—	—	—
Наименьшая ширина лба		34	—	—	—
Наибольшая ширина,		61	—	—	—
Разстояніе между углами	{ внутренн.	21	—	—	—
глазъ	{ внешн.	52,5	—	—	—
Глазница:	а.	—	17	17	0
	б.	—	20	20	0
	в.	—	21	21	0
Длина неба		50	—	—	—
Ширина неба		32	16	16	0
Ширина нижней челюсти		47	—	—	—
Длина ея вѣтвей		—	70	70	—
Pars. tymp. ossis.	{ длина	—	17	17,5	+0,5
tempor.	{ ширина	—	11	11	0
Pars. basilar. ossis	{ длина	15	—	—	—
occipit.	{ ширина	9	—	—	—
Os sphenoid.	{ длина	9	—	—	—
	{ ширина	11	—	—	—
Абсолютное протяженіе швовъ.	{ Стрѣловидный шовъ	57	—	—	—
	{ Его лобная часть.	35	—	—	—
	{ Его теменная часть	12	—	—	—
	{ Вѣнечный шовъ	75	35	40	+5
	{ Височный шовъ	—	44	45	+1
	{ Затылочный шовъ	—	34	34	0

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.	Полное про- тяженіе.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Дуга свода:	—	83	84	+1
а) лобная кость	—	34	34	0
б) теменная кость . . .	—	49	50	+1
Высота черепа:	—	—	—	—
а) теменная часть . . .	—	39	35	—4
б) лобная часть	—	27	26	—1

С Е Р І Я VII.

Если искусственный шовъ, сдѣланный на черепномъ сводѣ, способствуетъ его росту въ направленіи перпендикулярномъ къ нему и задерживаетъ его въ направленіи ему параллельномъ, то косоидущая щель (отъ теменной кости одной стороны къ лобной другой) только въ томъ случаѣ не произведетъ никакихъ измѣненій въ развитіи свода, на которомъ она сдѣлана, когда ростъ въ обоихъ направленіяхъ будетъ совершаться равномерно. Если же силы, обуславливающія расширеніе и удлиненіе черепной коробки, не равны, то скажется и вліяніе косоидущаго шва.

Для выясненія этого вопроса было произведено 17-ти дневному щенку линейное черепослѣченіе въ видѣ щели, идущей отъ правой теменной кости къ лѣвой лобной, черезъ перекрестъ швовъ.

Длина всего шва—36 мм., ширина 6 мм. Длина лобнаго отростка—19 мм.

Длина теменнаго отрѣзка—17 мм.

На 73-й день жизни и 56-ой послѣ операціи животное погибло.
Вскрытіе.

Искусственный шовъ почти выполненъ костною тканью (посредствомъ отложенія ея по берегамъ) по концамъ и только затянулся перепонкой у мѣста перекреста швовъ. Здѣсь края его разошлись и ширина шва стала—11 м. На перепонкѣ, соединяющей края шва, около середины ея виденъ маленькій островокъ костной ткани.

Теменная часть стрѣловиднаго шва смѣщена влѣво, другими словами,—расширена правая теменная кость; его лобная часть смѣщена вправо, т. е. расширена лѣвая лобная кость.

Твердая мозговая оболочка мѣстами срослена съ черепомъ, мѣстами помутнена.

Мозгъ уплощенъ.

Нѣкоторые посмертныя измѣренія этого черепа дали слѣдующіе результаты:

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тѣженіе	Правая (до- ровая) сто- рона.	Лѣвая (боль- шая сторона.	Разница.
Передне-задній діаметръ		65	—	—	—
Діаметръ ширины		48	—	—	—
Діаметръ высоты		41	—	—	—
Сагитальный обхватъ		90	—	—	—
Горизонтальный обхватъ		182	—	—	—
Вертикальный обхватъ	{	108	58	50	8
теменн. костей		98	51	48	3
Тоже для лобныхъ	б.	48	22	26	4
Длина головы		101	—	—	—
Дуга свода:		—	80	79	1
а) лобная часть		—	35	34	1
б) теменная часть		—	45	45	0
Высота: а) теменная часть		—	34	38	4
б) лобная часть		—	22	20	3

Наибольшая разность между сторонами приходится на *вертикальный обхватъ теменныхъ костей а*.

Другой обхватъ тѣхъ же костей *б* далъ разницу всего въ 3 мм., что по всей вѣроятности находится въ связи съ меньшими измѣненіями средней части искусственнаго шва. Въ *вертик. обхватъ лобныхъ костей б*. (тоже *а* не могло быть измѣрено, такъ какъ перекрестъ швовъ не возстановился) разность получилась въ 4 мм.

Измѣренія *дуги свода* едва-ли могутъ дать какія либо указанія, такъ какъ разница той и другой стороны получилась весьма незначительная (1 мм.).

Высота черепа понижена на оперированныхъ костяхъ.

Такимъ образомъ, настоящій случай также говоритъ за болѣе сильное вліяніе продольныхъ швовъ. И дѣйствительно, косоидущая щель, по эффекту, произведенному ею, подходитъ къ типу такого шва.

Слѣдовательно намъ пришлось считаться не съ *двумя силами равными по своей величинѣ*, вліявшими на ростъ оперированной кости, изъ которыхъ одна стремилась расширить и укоротить кость, а другая наоборотъ удлинить и сузить ее, а съ *двумя силами не равными*, изъ которыхъ большее вліяніе оказала та, которая была больше.

Въ случаѣ 1 изъ серій IV мы имѣли косоидущій отрѣзокъ искусственнаго шва, вліявшій на ростъ черепа, какъ шовъ продольный. Настоящій опытъ даетъ намъ возможность понять это явленіе.

С Е Р І Я VIII.

Три щенка. Два оперированныхъ, одинъ контрольный. Одному щенку (№ 1) на 13-й день отъ рожденія сдѣланъ продольный шовъ на лѣвыхъ теменной и лобной костяхъ.

Ширина шва 5,6 мм.

Длина — 30 мм.

Отстояніе отъ сагитальнаго—2 мм.

Другому щенку (№ 2) на 23-й день отъ рожденія сдѣланъ поперечный шовъ на теменныхъ костяхъ.

Длина всего шва. 39 мм.

Длина праваго отрѣзка . . . 19 мм.

— лѣваго — . . . 20 мм.

Ширина шва 5 мм.

Отстояніе шва отъ вѣчнаго шва—3 мм.

Этотъ щенокъ сначала былъ контрольнымъ, но вслѣдствіе гибели черезъ 10 дней послѣ опыта парнаго ему оперированнаго онъ былъ самъ оперированъ.

Третьему контрольному щенку не было нанесено никакихъ поврежденій.

На 98-й день жизни животныя были убиты (№ 2 и № 3 были вполне здоровы, № 1 хворалъ).

Вскрытіе. Щенокъ № 1.

По снятіи кожныхъ покрововъ, замѣтна асимметричность больной и здоровой половинъ мозговой коробки: расширение и уплощеніе лѣвой оперированной стороны. Искусственный шовъ выполненъ костною тканью на всемъ своемъ протяженіи, кромѣ теменнаго конца. Здѣсь берега его соединены тонкой просвѣчивающей перепонкой. Въ лобномъ концѣ—небольшое углубленіе. Кнаружи отъ шва костный валикъ. При разсматриваніи на свѣтъ больная сторона просвѣчиваетъ. *Proc. interparietalis* смѣщенъ вправо. Въ лобной части нѣтъ даже слѣдовъ бывшаго шва. Въ теменной части они есть. Подъ перепонкой, затянувшей теменной конецъ искусственнаго шва, образовалось сращеніе съ твердой мозговой оболочкой.

Щенокъ № 2.

Искусственный шовъ лишь мѣстами выполненъ вполне костною тканью. Въ остальныхъ частяхъ края его сблизились въ той или другой мѣрѣ. Преобладающій характеръ замѣщенія дефекта былъ по видимому посредствомъ отложенія костнаго вещества по краямъ шва. Теменная кость необычно удлинена.

Щенокъ № 3. Черепъ контрольнаго животнаго вполне симметриченъ.

Разсматривая всѣ три черепа вмѣстѣ, мы замѣчаемъ, что черепъ щенка № 1 шире и короче, а щенка № 2 длиннѣе и уже черепа контрольнаго.

Прижизненные измѣренія щенятъ VІІІ серии.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.	Измѣреніе до операціи	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ грм. и мм.	% %
Щенокъ № 1.	670	3050	2380	355
Вѣсъ № 2.	665	4300	3635	546
№ 3.	625	3710	3085	493
№ 1.	50	72	22	44
Передне-задній діаметръ № 2.	52	81	29	55
№ 3.	50	72	22	44
№ 1.	43	64	21	48
Діаметръ ширины № 2.	42	61	19	45
№ 3.	41	60	19	46
№ 1.	36	48	12	33
Діаметръ высоты № 2.	42	47	5	11
№ 3.	37	49	12	32
№ 1.	63	89	26	41
Сагитальный обхватъ № 2.	65	110	45	69
№ 3.	64	92	28	43
№ 1.	147	255	108	73
Горизонтальный обхватъ. № 2.	152	280	128	84
№ 3.	146	240	94	64
№ 1.	80	135	55	68
Верт. обхватъ въ области тем. костей. № 2.	85	135	50	58
№ 3.	83	135	52	62

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Измѣреніе до операціи	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ грм. и мм.	°/о °/о
Длина головы	№ 1.	70	120	50	71
	№ 2.	73	130	57	78
	№ 3.	71	126	55	77
Наименьшая ширина лба	№ 1.	21	28	7	33
	№ 2.	23	29	6	26
	№ 3.	21	27	6	28
Наибольшая ширина лица	№ 1.	46	71	25	54
	№ 2.	46	71	25	54
	№ 3.	46	71	25	54
Разст. между внутр. углами глаза	№ 1.	24	34	10	41
	№ 2.	25	35	10	40
	№ 3.	23	32	9	39
Разст. между внѣшн. углами глаза	№ 1.	46	66	20	43
	№ 2.	45	64	19	42
	№ 3.	45	64	19	42
Длина носа	№ 1.	25	50	25	100
	№ 2.	26	53	27	103
	№ 3.	25	52	27	108
Ширина носа	№ 1.	25	32	7	28
	№ 2.	26	33	7	26
	№ 3.	27	33	6	22
Ширина нижней челюсти	№ 1.	28	49	21	75
	№ 2.	30	52	22	73
	№ 3.	28	49	21	75

Въ описаніи настоящей серіи мы проводимъ прижизненные измѣренія щенятъ, произведенныя—одно до операціи, другое наканунѣ смерти,—и вычисляемъ проценты прироста размѣровъ.

Мы считаемъ необходимымъ оговориться, что вслѣдствіе трудности точныхъ измѣреній на живыхъ животныхъ, настоящей методъ страдаетъ существенными недостатками. Отсутствіе строго опредѣленныхъ точекъ приложенія сказывается на точности цифръ измѣреній; неточность этихъ послѣднихъ обуславливаетъ большія колебанія въ процентахъ прироста. На основаніи этого мы будемъ пользоваться лишь такими цифрами прироста, которыя при возможныхъ ошибкахъ, дадутъ значительное процентное увеличеніе того или иного размѣра.

Щенокъ № 1 и № 3.

Разсматривая таблицу прижизненныхъ измѣреній 1-го и 3-го животного, мы прежде всего замѣчаемъ, что до операціи контрольный щенокъ (№ 3) и по вѣсу и почти по всѣмъ размѣрамъ черепа стоялъ ниже щенка, предназначеннаго для операціи (№ 1). Послѣ нея эти отношенія измѣнились. Ростъ черепа у оперированнаго животного совершался не такъ, какъ у контрольнаго.

Три размѣра черепа: *передне-задній діаметръ, діаметръ ширины и діаметръ высоты*, опредѣляющіе развитіе черепа по тремъ направленіямъ *въ длину, въ ширину и въ высоту*, дали у контрольнаго животного различные проценты прироста.

Болѣе другихъ увеличился діаметръ ширины (46%), опредѣляющійся ростомъ въ ширину теменныхъ и височныхъ костей.

Далѣе слѣдуетъ діаметръ длины, давшій 44%; этотъ размѣръ составляется изъ роста въ длину теменныхъ и лобныхъ костей.

На послѣднемъ мѣстѣ стоитъ приростъ костей въ высоту. Онъ составляетъ 32% первоначальнаго размѣра. Что касается

этого послѣдняго размѣра, то онъ опредѣляется ростомъ въ вышину чешуйчатой части височной и теменной кости.

Хотя ростъ головы оперированнаго животнаго въ этихъ трехъ направленіяхъ совершался по тому же плану, что и у контрольнаго, однако отношенія здѣсь нѣсколько иныя. Въ то время какъ въ размѣрахъ длины и высоты мы даемъ почти равными процентами прироста, размѣръ ширины далъ нѣсколько большее увеличеніе, какъ въ мм., такъ и въ $\% \%$ у оперированнаго.

Контр. — 19 мм.—46 $\%$.

Оперир.— 21 мм.—48 $\%$.

Вычисляя разности процентныхъ величинъ прироста у контрольнаго и у оперированнаго животныхъ, находимъ, что при одинаковомъ ростѣ костей мозговой части черепа въ длину (44 $\%$ —44 $\%$ =0) и нѣсколько больше у оперированнаго въ вышину (33 $\%$ —32=1 $\%$) ростъ костей въ ширину совершался энергичнѣе у оперированнаго (48 $\%$ —46 $\%$ =2 $\%$).

Различные обхваты костей черепа подтверждаютъ только что сказанное.

Въ то время какъ *сагитальный обхватъ* далъ разницу лишь въ 2 $\%$ (большій приростъ у контрольнаго), наоборотъ *горизонтальный* увеличился у оперированнаго значительно больше, чѣмъ у контрольнаго.

$$73\% - 64\% = 9\%$$

Вертикальный обхватъ также далъ большій процентъ у оперированнаго (68 $\%$ —62 $\%$ =6 $\%$).

Разность процентныхъ величинъ прироста въ этихъ измѣреніяхъ больше, чѣмъ въ простыхъ размѣрахъ длины и ширины черепа. Это обстоятельство слѣдуетъ объяснить тѣмъ, что мышцы головы и въ особенности *musc. temporalis*, какъ мы имѣли уже случай говорить, слабо развиты у молодыхъ щенятъ и достигаютъ значительнаго объема лишь съ возрастомъ.

Обращаясь теперь къ разсмотрѣнію *длины всей головы* (опредѣляется ростомъ въ длину костей основанія и лица), мы видимъ, что у оперированнаго животнаго этотъ размѣръ далъ меньшій процентъ прироста (71%), чѣмъ у контрольнаго (77%). Увеличеніе въ длину лицеваго скелета въ отдѣльности (*длина носа*) также шло менѣе энергично у перваго изъ нихъ (100%), чѣмъ у втораго (108%).

Остальныя измѣренія указываютъ скорѣе на болѣе сильный ростъ контрольнаго животнаго, чѣмъ оперированнаго.

Такъ какъ оперированный щенокъ отсталъ вообще въ развитіи отъ контрольнаго, что видно на измѣреніяхъ вѣса, произведенныхъ до операціи и наканунѣ смерти, то мы не можемъ отнести задержку въ развитіи лицевой части черепа оперированнаго на счетъ послѣдовательнаго вліянія искусственнаго шва.

Такимъ образомъ въ настоящемъ случаѣ мы наблюдали вліяніе искусственнаго шва, сказавшееся лишь въ усиленномъ ростѣ мозговой коробки въ ширину.

Таблица посмертныхъ измѣреній щенятъ VIII серіи.

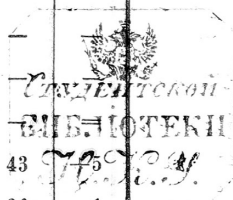
РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.	Полное прѣ- тяженіе.	Разница.	Правая (здоровая) сторона.	Лѣвая (боль- шая) сторо- на.	Разница.
оперир. № 1.	71	—2	—	—	—
Передне-задній діаметръ . — № 2.	75	+2	—	—	—
контр. № 3.	73	—	—	—	—
1.	52,5	+1	—	—	—
Діаметръ ширины 2.	50,5	—1	—	—	—
3.	51,5	—	—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Правая (здоровая) сторона.	Лѣвая (боль- ная) сторо- на.	Разница.
	1.	43	-1,5	—	—	—
Диаметръ высоты	2.	44	-0,5	—	—	—
	3.	44,5	—	—	—	—
	1.	88	-2	—	—	—
Сагитальный обхватъ	2.	104	+14	—	—	—
	3.	90	—	—	—	—
	1.	200	0	—	—	—
Горизонтальный обхватъ.	2.	205	+5	—	—	—
	3.	200	—	—	—	—
Вертикальн. обхватъ теменныхъ костей.	1.	117	+6	56	61	+5
	2.	112	+1	57	55	2
	3.	111	—	55	56	1
	1.	89	+5	43	46	+3
	2.	74	-10	37	37	0
	3.	84	—	42	42	0
	1.	81	+10	38	43	+5
	2.	73	+2	37	36	1
	3.	71	—	35	36	1
Вертикальн. обхватъ лобныхъ костей.	1.	43	-1	20	23	+3
	2.	41	-3	20	21	1
	3.	44	—	22	22	0
	1.	116	-5	—	—	—
	2.	122	+1	—	—	—
Длина головы	3.	121	—	—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тѣженіе.	Разница.	Правая (здоровая) сторона.	Лѣвая (боль- шая) сторо- на.	Разница.
Длина носовыхъ костей	1.	36	—1	—	—	—
	2.	37,5	+0,5	—	—	—
	3.	37	—	—	—	—
Ширина носовыхъ костей	1.	26	+1	—	—	—
	2.	27	0	—	—	—
	3.	27	—	—	—	—
Наименьшая ширина лба	1.	25	+0,5	—	—	—
	2.	25	+0,5	—	—	—
	3.	24,5	—	—	—	—
Наибольшая ширина лица	1.	70,5	+1,5	—	—	—
	2.	72	+3	—	—	—
	3.	69	—	—	—	—
Разст. между внутр. угл. глазъ	1.	40,5	—4	—	—	—
	2.	36,5	0	—	—	—
	3.	36,5	—	—	—	—
Разст. между вышн. угл. глазъ	1.	60	+3	—	—	—
	2.	60	+3	—	—	—
	3.	57	—	—	—	—
Глазницы:						
а.	1.	—	—	20	20	0
	2.	—	—	21	21,5	0,5
	3.	—	—	22	21	0
б.	1.	—	—	23	23	0
	2.	—	—	23	23	0
	3.	—	—	23	23,5	0,5

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Правая (здоровая) сторона.	Лѣвая (боль- ная) сторо- на.	Разница.
в.	1.	—	—	24,5	24	—0,5
	2.	—	—	25	25	0
	3.	—	—	24	24	0
Длина неба	1.	61	—3	—	—	—
	2.	64	0	—	—	—
	3.	64	—	—	—	—
Ширина неба	1.	28	—2	14	14	0
	2.	30	0	15	15	0
	3.	30	—	15	15	0
Ширина нижней челюсти	1.	51	—0,5	—	—	—
	2.	52	—0,5	—	—	—
	3.	51,5	—	—	—	—
Длина вѣтвей нижней челюсти	1.	—	—	84,5	84,5	0
	2.	—	—	88,5	90	1,5
	3.	—	—	88	89	1
Pars basilaris os. occipit.	1.	19	—2	—	—	—
	длина 2.	21	0	—	—	—
	3.	21	—	—	—	—
	1.	9	—1	—	—	—
	ширина 2.	9,5	—0,5	—	—	—
	3.	10	—	—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая (правая) сторона.	Лѣвая (болѣ- ная) сторо- на.	Разница.
Os. sphenoid.	1.	11	0	—	—	—
	длина 2.	11,5	+0,5	—	—	—
	3.	11	—	—	—	—
	1.	10	0	—	—	—
	ширина 2.	12	+2	—	—	—
	3.	10	—	—	—	—
Pars tymp. os. tem- poris.	1.	—	—	19	19	0
	длина 2.	—	—	19,5	19,5	0
	3.	—	—	19	19	0
	1.	—	—	13	12,5	—0,5
	ширина 2.	—	—	13	13	0
	3.	—	—	13	13	0
Абсолютное протяженіе швовъ.	1.	60	—1	—	—	—
	Стрѣловидный шовъ . . 2.	69	+8	—	—	—
	3.	61	—	—	—	—
	1.	42	0	—	—	—
	Его лобная часть . . . 2.	43	+1	—	—	—
	3.	42	—	—	—	—
	1.	18	—1	—	—	—
	Его теменная часть . . 2.	26	+7	—	—	—
	3.	19	—	—	—	—
	1.	81	+10	38	43	—5
	Вѣнечный шовъ 2.	73	+2	37	36	1
	3.	71	—	35	36	1



РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное протѣженіе.	Разница.	Здоровая (правая) сторона.	Лѣвая (болѣзненная) сторона.	Разница.
Абсолютное протяженіе швовъ.	1.	—	—	43	39	—4
	Височный шовъ. . . 2.	—	—	44,5	46	1,5
	3.	—	—	39	40	1
	1.	—	—	35	34	—1
	Затылочный шовъ . 2.	—	—	37	37	0
	3.	—	—	35	34	1
	Дуга свода: 1.	—	—	86	85	—1
	2.	—	—	93	91	2
	3.	—	—	87	87	0
	1.	—	—	39	40	+1
	а) лобная часть . . . 2.	—	—	43	43	0
	3.	—	—	40	40	0
	1.	—	—	47	45	—3
	б) теменная кость . . . 2.	—	—	50	48	2
	3.	—	—	47	47	0
	Высота черепа: 1.	—	—	40	38	—2
	а) теменная часть . . . 2.	—	—	36	36,5	0,5
	3.	—	—	39	39	0
	1.	—	—	32	29,5	—2,5
	б) лобная часть . . . 2.	—	—	34	34	0
	3.	—	—	33	33	0

Таблица посмертныхъ измѣреній щенятъ № 1 и 3 подтверждаетъ выводы сдѣланные изъ разсмотрѣнія таблицы измѣреній прижизненныхъ. При меньшей длинѣ и высотѣ оперированной мозговой коробки по сравненію съ контрольной, ширина ея больше. Черепъ оперированнаго животнаго асимметриченъ: большая сторона расширена (вертик. обхваты), укорочена (дуга свода) и понижена (высота черепа) по сравненію съ здоровой.

Щенокъ № 2 и № 3.

Таблица прижизненныхъ измѣреній. Особенности роста мозговой части черепа оперированнаго щенка заключаются въ слѣдующемъ.

Болѣе энергичный ростъ по сравненію съ контрольнымъ въ длину ($55\% - 44\% = +11\%$).

Менѣе энергичный—въ ширину ($45\% - 46\% = -1\%$).

Значительная задержка роста въ вышину ($11\% - 32\% = -21\%$).

Обхваты костей подтверждаютъ это:

Сагитал. обхватъ— $69\% - 43\% = +26\%$

Горизон. обхватъ— $84\% - 64\% = +20\%$.

Причемъ + горизонтальнаго обхвата долженъ быть объясненъ тѣмъ, что этотъ размѣръ слагается изъ размѣра ширины и длины мозговой коробки.

Такъ какъ съ одной стороны оперированный щенокъ развивался энергичнѣе контрольнаго, на что указываетъ прибавь въ вѣсѣ, а съ другой—размѣры длины всей головы и носовыхъ костей дали почти тождественные проценты прироста у того и у другого животнаго, мы имѣемъ право отнести измѣненія оперированной мозговой коробки насчетъ вліянія искусственнаго шва. Это вліяніе сказалось здѣсь въ усиленномъ ростѣ покрывки черепа въ длину, и задержкѣ его въ ширину (нужно принять во вниманіе развитіе *musc. temporalis*) и въ вышину (незначительности процента прироста

должны быть объяснены тѣмъ, что измѣреніе пришлось на самомъ искусственномъ швѣ. (См. таблицу посмертныхъ измѣреній).

Таблица посмертныхъ измѣреній подтверждаетъ данныя только что рассмотрѣнной таблицы.

А именно: + 3 мм. въ передне-заднемъ діаметрѣ;—1 мм. въ діаметрѣ ширины и—0,5 мм. въ діаметрѣ высоты (последнее измѣреніе произведено у конца *procc. interparietalis*, не на самомъ швѣ; тамъ же высота равняется 41 мм).

Асимметрия покрывочной части весьма незначительная (вертик. обхваты, дуга свода).

Особенно интересно то, что передне-задній діаметръ теменныхъ костей оперированнаго щенка больше такового же у контрольного (абсол. протяж. стрѣловид. шва, дуга свода). Асимметріи основанія черепа нѣтъ.

Мы видѣли, что въ то время какъ искусственный шовъ на черепѣ щенка № 1 выполненъ почти весь новою костью (исключеніе составляетъ теменный конецъ шва,—см. выше), искусственный шовъ щенка № 2 остался не закрытымъ: края его лишь сблизились вслѣдствіе отложенія на нихъ костнаго вещества. Это обстоятельство слѣдуетъ объяснить двумя причинами. Во 1-хъ,—положеніемъ шва на черепѣ и во 2-хъ, болѣе позднимъ возрастомъ щенка № 2 въ моментъ операціи. Въ предыдущихъ серіяхъ мы встрѣчались съ подобными явленіями и не могли найти никакихъ иныхъ причинъ для ихъ объясненія, какъ только вышеупомянутыя.

Опыты настоящей серіи вполне подтверждаютъ положенія выведенныя изъ предыдущихъ.

1) *Подъ вліяніемъ искусственнаго шва ростъ мозговой коробки претерпѣваетъ измѣненія.*

а) *Онъ усиливается въ направленіи перпендикулярномъ ко шву.*

б) *Задерживается въ ростъ въ направленіи ему параллельномъ.*

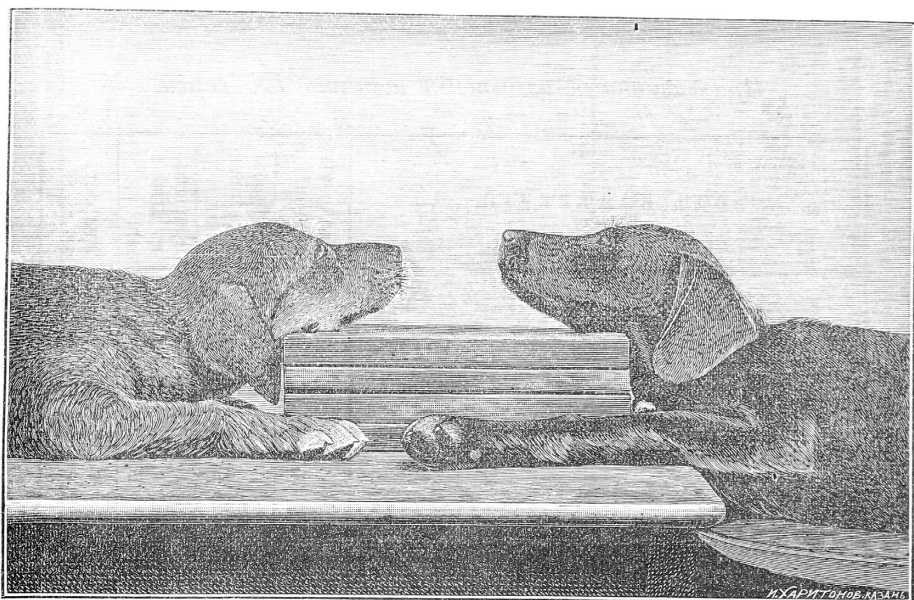
в) *Задерживается въ ростъ въ вышину.*

2) *Формы оперированныхъ костей относятся такъ къ формамъ костей нормальныхъ, какъ черепная коробка оперированнаго животного относится къ черепной коробкѣ контрольнаго.*

С Е Р І Я IX.

Два щенка. Операция на 17-й день отъ рожденія. Одному щенку сдѣланъ комбинированный шовъ на правыхъ теменной и лобной костяхъ, состоящій изъ продольной щели и двухъ поперечныхъ отростковъ, отходящихъ отъ его концовъ. Длина продольной щели—32 мм., ширина ея—6 мм. Длина лобнаго поперечнаго отростка—13 мм. Ширина—5 мм. Длина теменнаго поперечнаго отростка—13 мм. Ширина—4,5 мм.

Рис. 3.



Серія IX. Направо оперированный, налѣво контрольный щенокъ. Животныя сняты за нѣсколько дней до смерти. Черепъ оперированнаго щенка уплощенъ. Уголь, составляемый лбомъ и носомъ, болѣе остръ у контрольнаго, чѣмъ у оперированнаго.

Другой щенокъ, контрольный, не подвергался никакимъ дѣйствіямъ. Ему не было произведено даже разрѣза кожныхъ покрововъ головы.

Настоящая форма искусственнаго шва была воспроизведена мною съ тою цѣлю, чтобы достигнуть расширенія оперированной стороны и въ то же время воспрепятствовать ея укороченію.

На 127-й день жизни и 110-й послѣ операциі животныя убиты. Какъ контрольное, такъ и оперированное вполне здоровы.

Вскрытіе.

Оперированный щенокъ.

Расширеніе правой оперированной стороны по сравненію съ лѣвой здоровой. Искусственный шовъ выполненъ костною тканью и при разма- триваніи отдѣленной черепной покрывки просвѣчиваетъ болѣе окружаю- щихъ частей. Въ переднемъ и заднемъ его концахъ существуютъ неболь- шіе участки, затянутые лишь перепонкой. Заростаніе продольной части шло, повидимому, посредствомъ образованія островковъ, заростаніе попе- речныхъ — отложеніемъ новой ткани по берегамъ. Foramina nutr. больше раз- виты у оперированнаго животного, чѣмъ у контрольнаго.

Черепъ, твердая мозговая оболочка и мозгъ контрольнаго жи- вотнаго представляются вполне нормальными.

Прижизненные измѣренія щенятъ IX серіи.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Измѣреніе до операциі	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ grm и mm.	Приростъ въ %
Вѣсъ	контр.	1120	5100	3980	355
	опер	grm. 1180	5450	4270	361
Передне-задній діаметръ.	к.	53	83	30	56
	о.	53	83	30	56
Діаметръ ширины	к.	43	62	19	44
	о.	44	65	21	47
Діаметръ высоты	к.	33	52	19	57
	о.	33	50	17	51
Сагитальный обхватъ	к.	65	110	45	69
	о.	66	110	44	66
Горизонтальный обхватъ.	к.	160	242	82	51
	о.	160	250	90	56

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.	Измѣреніе до операціи.	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ gtm. и mm.	Приростъ въ %
Вертик. обхватъ въ области темен. костей	к. 98 о. 100	144 148	46 48	47 48
Длина головы	к. 80 о. 82	133 137	53 55	66 67
Наименьшая ширина лба	к. 24 о. 25	32 34	8 9	33 36
Наибольшая ширина лица	к. 50 о. 53	73 78	23 25	46 47
Разст. между внутр. углами глазъ	к. 23 о. 24	32 34	9 10	39 41
Разст. между внѣшн. углами глазъ	к. 48 о. 49	70 72	22 23	45 46
Длина носа	к. 31 о. 32	50 54	19 22	61 68
Ширина носа	к. 13 о. 13	21 21	8 8	61 61
Ширина нижней челюсти	к. 33 о. 33	50 51	17 18	51 54

Изъ таблицы прижизненныхъ измѣреній мы видимъ, что до операціи оперированное животное было нѣсколько больше контрольнаго. Какъ болѣе сильное, оно развивалось энергичнѣе своего товарища, сохранивъ первенство и послѣ операціи почти во всѣхъ размѣрахъ.

Разсмотрѣніе прироста какъ въ мм., такъ и въ $\frac{0}{0}$ $\frac{0}{0}$ указываетъ на то, что въ нѣкоторыхъ частяхъ ростъ черепа оперированнаго животнаго происходилъ съ тою же силою, какъ и у контрольнаго (*передне-задній діаметръ*), или даже замедлился по сравненію съ нимъ (*діаметръ высоты*). Ростъ мозговой коробки въ ширину (*діаметръ ширины*) совершается энергичнѣе у перваго изъ нихъ, что подтверждается также и *вертикальнымъ обхватомъ теменныхъ костей*.

Одинаковый $\frac{0}{0}$ прироста въ передне-заднемъ діаметрѣ у оперированнаго и контрольнаго животныхъ, на основаніи вышесказаннаго, можетъ быть принятъ нами, какъ незначительная отсталость въ ростъ мозговой коробки перваго изъ нихъ въ этомъ направленіи. Незначительность же измѣненія должна быть отнесена насчетъ компенсирующаго вліянія поперечной части искусственнаго шва, сдѣланнаго на лобной кости.

Таблица посмертныхъ измѣреній щенятъ IX серии.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Передне-задній діаметръ	к.	88,5	—	—	—	—
	о.	88,5	0	—	—	—
Діаметръ ширины	к.	52	—	—	—	—
	о.	55	+3	—	—	—
Діаметръ высоты	к.	48	—	—	—	—
	о.	46	—2	—	=	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ		Полное про- тяженіе.	Разница	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Сагитальный обхватъ	к.	102	—	—	—	—
	о.	102	0	—	—	—
Горизонтальный обхватъ	к.	212	—	—	—	—
	о.	215	+3	—	—	—
Верт. обхватъ теменныхъ ко- стей. { а.	к.	124	—	62	62	—
	о.	128	+4	62	66	+4
	к.	110	—	55	55	—
	о.	112	+2	54	58	+4
Вертикальный обхватъ лоб- ныхъ костей. { а.	к.	80	—	40	40	—
	о.	82	+2	39	43	+4
	к.	43	—	22	21	—
	о.	46	+3	23	23	0
Длина головы	к.	134	—	—	—	—
	о.	136	+2	—	—	—
Длина носовыхъ костей	к.	35	—	—	—	—
	о.	39	+4	—	—	—
Ширина носовыхъ костей	к.	28	—	—	—	—
	о.	30	+2	—	—	—
Наименьшая ширина лба	к.	35,5	—	—	—	—
	о.	38	+2,5	—	—	—
Наибольшая ширина лица	к.	72,5	—	—	—	—
	о.	76,5	+2	—	—	—
Разст. между внутр. углами глазъ	к.	22	—	—	—	—
	о.	24,5	+2,5	—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.			Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона	Разница.
Г л а з н и ц а.	Разст. между внѣшн. углами глазъ	к.	61,5	—	—	—	—
		о.	63,5	+2	—	—	—
	{ а.	к.	—	—	19	19	—
		о.	—	—	18	18	—
		к.	—	—	25	25	—
		о.	—	—	24,5	24,5	—
		к.	—	—	26	25,5	—
		о.	—	—	25	25	—
	{ б.	к.	—	—	—	—	—
		о.	—	—	—	—	—
	{ в.	к.	—	—	—	—	—
		о.	—	—	—	—	—
	Длина неба.	к.	69	—	—	—	—
		о.	72,5	+3,5	—	—	—
	Ширина неба.	к.	40	—	20	20	—
		о.	42	+2	21	21	0
	Ширина нижней челюсти	к.	49	—	—	—	—
		о.	54	+5	—	—	—
	Длина вѣтвей нижней челюсти	к.	—	—	95	95	—
		о.	—	—	100	100	0
Pars tympanica ossis tempor.	{ длина.	к.	—	—	20	20	—
		о.	—	—	21	21	0
		к.	—	—	13	13	—
		о.	—	—	14	14	0
Pars basilaris ossis occipit.	{ длина.	к.	22	—	—	—	—
		о.	23	+1	—	—	—
		к.	12	—	—	—	—
		о.	14	+1	—	—	—

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Os sphenoid.	длина к.	14	—	—	—	—
	о.	14	0	—	—	—
	ширина к.	14	—	—	—	—
	о.	14	0	—	—	—
Абсолютное протяженіе швовъ.	Стрѣловидный шовъ к.	69	—	—	—	—
	о.	67	—2	—	—	—
	Его лобная часть к.	50	—	—	—	—
	о.	48	—2	—	—	—
	Его теменная часть к.	19	—	—	—	—
	о.	19	0	—	—	—
	Вѣнечный шовъ к.	80	—	40	40	—
	о.	82	+2	39	43	+4
	Височный шовъ к.	—	—	48	48,5	—
	о.	—	—	48	48	0
	Затылочный шовъ к.	—	—	38	38,5	—
	о.	—	—	39	38,5	+0,5
Дуга свода:	к.	—	—	95	95	—
	о.	—	—	94	95	+1
а) лобная кость к.	к.	—	—	45	45	—
	о.	—	—	43	48	+5
б) теменная кость к.	к.	—	—	50	50	—
	о.	—	—	51	47	—4
Высота черепа.	а) теменн. часть к.	—	—	39	39	—
	о.	—	—	40	37,5	—2,5
	б) лобная часть к.	—	—	27	27	—
	о.	—	—	24,5	25	—2,5

Въ таблицѣ посмертныхъ измѣреній обращаютъ на себя вниманіе одинаковыя цифры у оперированнаго и контрольнаго животныхъ въ *передне-задній діаметръ* и *сагитальномъ обхватѣ*, въ то время какъ цифры всѣхъ остальныхъ измѣреній больше у перваго изъ нихъ. Такимъ образомъ мы были въ правѣ принять одинаковый $\%$ прироста въ *передне-заднемъ діаметрѣ* у того и другого животнаго (см. таблицу прижизненныхъ измѣреній), какъ нѣкоторую отсталость въ ростѣ мозговой коробки оперированнаго въ этомъ направленіи.

Расширеніе оперированной стороны получилось равномѣрное—въ 4 мм. Дуга свода больной стороны у оперированнаго животнаго всего на 1 мм. больше здоровой. За то отношеніе между протяженіемъ лобной и теменной кости, какъ видно изъ таблицы, нѣсколько иное на больной сторонѣ, чѣмъ на здоровой.

Слѣдовательно, мы можемъ отмѣтить въ этомъ опытѣ лишь *расширеніе оперированной стороны по сравненію со здоровой*.

Вліяніе поперечныхъ частей сказалось лишь въ томъ, что задержка въ ростѣ черепно-мозговой коробки въ длину (передне-задній діаметръ) была менѣе значительна, чѣмъ въ случаяхъ простого продольнаго шва. Въ этомъ смыслѣ настоящая комбинація искусственнаго шва, повидимому, имѣетъ значеніе.

Сравнивая измѣненія, происшедшія подѣ влияніемъ искусственнаго шва, на черепахъ болѣе молодыхъ и болѣе взрослыхъ щенятъ, мы видимъ, что на первыхъ они выступаютъ рѣзче, чѣмъ на вторыхъ. Такимъ образомъ измѣненія сглаживаются съ теченіемъ времени.

Профессоръ В. Я. Данилевскій, объ опытахъ котораго надъ щенятами было говорено выше, получалъ при резекціяхъ черепа въ области психомоторныхъ центровъ черезъ 4—6 мѣсяцевъ послѣ операціи *общее затемненіе* разсудка у оперированныхъ животныхъ, эпилептическіе припадки и манежныя движенія въ сторону противоположную резекціи

черепа. На конечностяхъ у него получились послѣдовательныя измѣненія въ мышцахъ и костяхъ.

Мнѣ въ моихъ опытахъ, потому ли что наибольшая продолжительность жизни животныхъ была около 4-хъ мѣсяцевъ, или по какимъ нибудь другимъ причинамъ, ни разу не удалось наблюдать не только эпилептическихъ припадковъ или маневжныхъ движеній, но и простого затемненія сознанія. Сравнивая въ психическомъ отношеніи оперированныхъ и контрольных животныхъ, я могъ отмѣтить только то, что первыя изъ нихъ были болѣе вялы и менѣе подвижны, чѣмъ вторыя. Сейчасъ послѣ операціи эти различія были мало замѣтны, они нѣсколько прогрессировали по мѣрѣ того, какъ животныя росли.

Послѣдовательныхъ, вторичныхъ измѣненій въ костно-мышечномъ аппаратѣ мнѣ также не удалось установить ни наблюденіемъ надъ походкой оперированныхъ животныхъ, ни самыми тщательными измѣреніями конечностей. Поэтому цифры этихъ измѣреній и не приведены мною при описаніи соответствующихъ серій. Но въ виду возможныхъ возраженій прилагаю измѣренія конечностей оперированнаго животнаго IX серіи, тѣмъ болѣе, что опытъ (около 4 мѣсяцевъ) было достаточно продолжителенъ для того, чтобы получились измѣненія.

Изъ таблицы видно, что измѣренія дали почти тождественныя цифры для конечностей той и другой стороны. Нѣкоторыя несовпаденія могутъ быть объяснены или естественной асимметрией или незначительною неточностью въ измѣреніяхъ.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Измѣреніе до операціи.	Измѣреніе послѣ операціи.	
Передняя	{	а) плечо	57	108
конечность		б) предплечье	54	123
правая		в) кисть	47	99
Передняя	{	а) плечо	57,5	108
конечность		б) предплечье	54	122
лѣвая		в) кисть	47	99
Задняя	{	а) бедро	51	126,5
конечность		б) голень	53	124
правая		в) стопа	59	123
Задняя	{	а) бедро	51	126
конечность		б) голень	53	124
лѣвая		в) стопа	59	123

С Е Р І Я Х.

Для того, чтобы точно установить какое значеніе имѣетъ возрастъ для операціи черепосъщенія, я поставилъ два опыта на взрослыхъ собакахъ (не старше 1-го года).

Одной собакѣ № 1 (кобель) сдѣланъ продольный шовъ параллельно стрѣловидному шву на лѣвыхъ лобной и теменной костяхъ.

Длина шва 39 мм., ширина его—5,5 мм. Отъ сагитального шва въ 3-хъ мм.

Другой собакѣ № 2 (также кобель) сдѣланъ поперечный шовъ на теменныхъ костяхъ. Съ обѣихъ сторонъ головы удалена нѣкоторая часть

musculi temporalis. Длина шва 37 мм., ширина 6 мм. Животныя убиты на 108-й день послѣ операциі¹⁾.

При вскрытіи оказалось, что у того и другого животного никакихъ измѣненій въ формѣ черепного свода не произошло.

Искусственный шовъ у собаки № 1 выполненъ плотной фиброзной перепонкой. Островковъ костной ткани нѣтъ. Вслѣдствіе весьма медленнаго отложенія костной ткани по берегамъ шва онъ только укоротился и сузился.

Длина его—37 мм.

Наибольшее отстояніе краевъ шва—4 мм.

Наименьшее » » » 1,5 мм.

Длина шва—30 мм.

Средняя ширина—3,5 мм.

Мозгъ какъ у перваго, такъ и у втораго животного вполне нормаленъ. Сосуды твердой мозговой оболочки хорошо наполнены.

Прижизненные измѣренія двухъ собакъ X series.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.		Измѣреніе до операциі.	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ мм.	Приростъ въ % / %.
	Собака № 1	10,5 ф.	12 ф.	1,5 ф.	—
Вѣсъ	Собака № 2	13,5 ф.	14,25	1 ф.	—
Передне-задній діаметръ	1	74	74	0	—
	2	77	77	0	—
Діаметръ ширины	1	65	65	0	—
	2	68	68	0	—
Діаметръ высоты	1	43	41	—2	—
	2	44	41	—3	—

¹⁾ Операционная техника была нѣсколько иная въ этихъ опытахъ, чѣмъ въ предыдущихъ, гдѣ приходилось имѣть дѣло съ очень молодыми животными. Маленькимъ трепаномъ дѣлалось нѣсколько отверстій, расположенныхъ по одной линіи; промежутки между ними удалялись костными щипцами. Этимъ же инструментомъ подравнивались и края шва.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Измѣреніе до операціи.	Измѣреніе послѣ опе- раціи.	Приростъ въ мм.	Приростъ въ %
Сагитальный обхватъ	1	95	95	0	—
	2	105	105	0	—
Горизонтальный обхватъ	1	240	240	0	—
	2	260	260	0	—
Вертик. обхватъ въ области темен. костей .	1	120	120	0	—
	2	130	130	0	—
Длина головы	1	124	124	0	—
	2	124	124	0	—
Наименьшая ширина лба	1	31	31	0	—
	2	32	32	0	—
Наибольшая ширина лица	1	77	77	0	—
	2	87	87	0	—
Разстоян. между внутрен. углами глазъ .	1	34	34	0	—
	2	36	36	0	—
Разстоян. между внешними углами глазъ .	1	72	72	0	—
	2	75	75	0	—
Длина носа	1	48	48	0	—
	2	39	39	0	—
Ширина носа	1	21	21,5	+0,5	—
	2	20	20	0	—
Ширина нижней челюсти	1	40	40	0	—
	2	43	43	0	—

Изъ таблицы прижизненныхъ измѣреній видно, что за исключеніемъ нѣкотораго паденія въ высотѣ, никакихъ измѣненій въ черепѣ того и другого животнаго не произошло.

Таблица посмертныхъ измѣреній указываетъ на симметрическое строеніе череповъ обѣихъ собакъ.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Правая сто- рона.	Лѣвая сто- рона.	Разница.
Передне-задній діаметръ.	№ 1	71	—	—	—
	№ 2	73	—	—	—
Діаметръ ширины	1	50	—	—	—
	2	52,1	—	—	—
Діаметръ высоты	1	44	—	—	—
	2	48	—	—	—
Сагитальный обхватъ	1	93	—	—	—
	2	100	—	—	—
Горизонтальный обхватъ	1	200	—	—	—
	2	217	—	—	—
Вертик. обхв. темен. костей	{ а 1	118	59	59	0
	{ а 2	120	60	60	0
Тоже	{ б 1	104	52	52	0
	{ б 2	112	56	56	0
Вертик. обхв. лобныхъ костей	{ а 1	75	38	37	—1
	{ а 2	82	41	41	0
Тоже	{ а 1	48	24	24	0
	{ а 2	50	25	25	0

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.		Полное про- тяженіе.	Правая сто- рона.	Лѣвая сто- рона.	Разница.
Длина головы.	1	119	—	—	—
	2	113	—	—	—
Дуга свода:	1	—	90	90	0
	2	—	95	95	0
а) лобная кость	1	—	40	40	—
	2	—	45	44	—1
б) теменная кость	1	—	50	50	—
	2	—	50	51	+1
Высота:	1	—	38	38	0
	2	—	39	39	0
а) теменная часть	1	—	25	28	—3
	2	—	27	27	0

Кромѣ нѣкотораго пониженія высоты лобной части черепа собаки № 1, мы не находимъ никакой асимметріи въ черепахахъ.

Слѣдовательно, *возрастъ играетъ большую роль при операциѣ черепостыченія*. Увеличеніе оперированной кости по поверхности происходитъ вслѣдствіе отложенія частичекъ костнаго вещества по краямъ новаго шва. У взрослыхъ животныхъ это отложеніе происходитъ въ высшей степени медленно и не вызываетъ никакихъ измѣненій въ строеніи черепа.

Д В А К Р О Л И К А.

Одному кролику въ возрастѣ около мѣсяца сдѣланъ искусственный шовъ на лѣвыхъ лобной и теменной костяхъ въ видѣ продольной щели. Другой оставленъ контрольнымъ (безъ операціи). Черезъ три мѣсяца животныя были убиты. У оперированнаго кролика искусственный шовъ выполненъ отчасти костною тканью, отчасти затянулся тонкой перепонкой. Видны островки. Бросается въ глаза асимметрія половинъ черепнаго свода. Большая сторона расширена по сравненію съ здоровой.

Контрольный кроликъ нѣсколько большихъ размѣровъ.

Р О Д Ѣ И З М Ѣ Р Е Н І Й.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Обхватъ теменныхъ костей въ задней части	к.	13	13	0
	о.	12	13	+1
Обхватъ около вѣнечнаго шва	к.	12	12	0
	о.	11	12	+1
Обхватъ лобныхъ костей	к.	7,5	7,5	0
	о.	5,5	7	+1,5
Дуга свода:	к.	37	37	0
	о.	35	34	—1
а) лобная кость	к.	22	22	0
	о.	21	19	—2
б) теменная кость	к.	15	15	0
	о.	14	15	+1

Подводя итоги изслѣдованію роста, развитія и размѣровъ костей черепа, мы можемъ сказать слѣдующее:

1. *Искусственные швы вліяютъ на ростъ и развитіе черепа.*

2. *Это вліяніе находится въ зависимости:*

а) *Отъ ширины шва (серіи I и IV).*

б) *Отъ возраста животныхъ въ моментъ операціи (серіи IV, X и какъ противоположеніе имъ серіи III, V).*

в) *Отъ положенія искусственнаго шва на черепномъ сводѣ (серіи IV, V № 1, VI, VII).*

3. *Измѣненія въ ростъ черепа, вызываемыя искусственнымъ швомъ:*

а) *касаются только мозговой коробки, на которой они дѣлаются (серіи II, III, V, VIII, IX) и*

б) *заключаются въ томъ, что ростъ покрывки черепа задерживается въ вышину, усиливается въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву и замедляется въ направленіи ему параллельномъ (серіи II, III, V, VIII, IX).*

4. *Измѣненія формы костей черепа*

а) *касаются главнымъ образомъ тѣхъ изъ нихъ, на которыхъ сдѣланы искусственные швы и*

б) *заклучаются въ уплощеніи, удлиненіи и суженіи или расширеніи и укороченіи ихъ по сравненію съ соответственными здоровыми.*

Измѣренія толщины костей черепного свода.

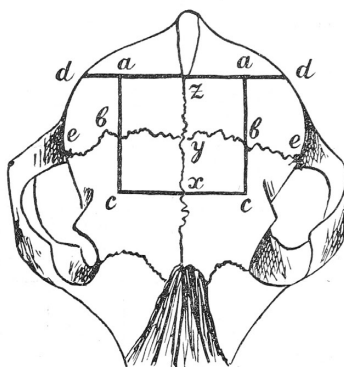
Для измѣренія толщины костей употреблялся инструментъ, состоящій изъ металлической дуги и винта, соединяющаго концы этой дуги. Между концомъ дуги и выступомъ винта помещалась изслѣдуемая кость такъ, чтобы верхняя и нижняя ея поверхности плотно прижимались этими частями прибора, что достигалось вращеніемъ винта. На шкалѣ отмѣчалось количество дѣленій. Точность прибора до 0,01 мм.

Измѣренія толщины костей совершались всегда по одному и тому же плану, въ определенныхъ точкахъ свода черепа.

Точка а. Мѣсто соединенія двухъ линій, одной—перпендикулярной стрѣловидному шву, восстановленной изъ точки соединенія его съ *processus interparietalis* другой—паралельной, выходящей изъ вѣчнаго шва, (точка b), въ $\frac{1}{3}$ разстоянія его отъ перекреста швовъ.

Точка с соответствуетъ лобному бугру. Линія сх—перпендикулярна стрѣловидному шву и выходитъ изъ середины его лобной части. Линія bc—параллельна стрѣловидному шву, выходитъ изъ точки b. Точка с—мѣсто перекреста линій сх и bc.

Рис. 4.



Точка d соответствуетъ теменному бугру. По прямой линіи откладывается разстояніе равное аз.

Точка e откладывается въ $\frac{2}{3}$ разстоянія отъ перекреста швовъ у, т. е. $yb=be$.

С Е Р І Я I.

Точки.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
a	1,39	1,03	—0,36
b	1,02	0,55	—0,47
c	1,38	1,08	—0,3
d	1,02	0,87	—0,15
e	0,73	0,25	+0,22

ЩИНА ИСКУССТВЕННОГО ШВА.

У вѣнечнаго шва—0,65.

У перекреста швовъ—0,77.

У теменнаго конца—0,9.

Толщина костей черепнаго свода меньше на сторонѣ больной, чѣмъ на здоровой, за исключеніемъ *e*, гдѣ отношенія обратныя.

Толщина новообразовавшейся ткани (размѣреніе на самомъ искусственномъ швѣ) меньше толщины окружающихъ частей.

С Е Р І Я II.

Т о ч к и.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
a	к.	1,21	1,26	+0,05
	о.	1,54	0,59*	—0,95
b	к.	1,38	1,40	+0,02
	о.	1,45	0,54*	—0,91
c	к.	1,38	1,30	—0,08
	о.	1,40	0,95*	—0,045
d	к.	1,25	1,23	—0,02
	о.	1,24	1,58	+0,34
e	к.	0,78	0,70	—0,08
	о.	0,98	1,72	+0,74

* Измѣренія a, b, c—на самомъ искусственномъ швѣ.

Толщина костяного валика, образовавшагся съ наружной стороны искусственного шва, слѣдующая:

У теменнаго конца шва 2,43.

У лобнаго " " 2,28.

Около вѣчнаго шва 1,97.

Изъ настоящей таблицы видно, что толщина костей въ окружности искусственного шва (точки *d* и *e*) больше, чѣмъ на самомъ искусственомъ швѣ и чѣмъ въ соответствующихъ точкахъ здоровой стороны.

Разница въ толщинѣ костей правой и лѣвой стороны у контрольнаго животнаго въ высшей степени незначительная (колеблется въ сотыхъ частяхъ мм.).

Толщина костей у оперированнаго животнаго нѣсколько больше, чѣмъ у контрольнаго, что видно изъ разсмотрѣнія цифръ *здоровой стороны*.

Настоящая таблица противорѣчитъ предыдущей, гдѣ измѣренія толщины костей въ окружности искусственного шва дали цифры меньшей величины для больной стороны, чѣмъ для здоровой.

С Е Р И Я III.

Т о ч к и.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
a	к.	1,37	1,21	—0,16
	о.	0,87	0,58*	—0,29
b	к.	1,28	1,23	—0,05
	о.	1,63	0,97*	—0,66
c	к.	1,04	0,7	—0,34
	о.	1,46	0,04*	—1,42
d	к.	1,00	1,57	+0,57
	о.	0,73	0,84	+0,11
e	к.	0,9	1,01	+0,11
	о.	0,93	1,03	+0,10

* Измѣренія a, b, c—на самомъ искусственомъ швѣ.

Точка *c* пришлась на части искусственного шва, затянутую только тонкой перепонкой; толщина ея 0,04.

Измѣренія *d* и *e*—въ окружности шва—даютъ цифры большія, чѣмъ тождественныя измѣренія на здоровой сторонѣ.

Разсмотрѣніе цифръ *здоровой стороны* не даетъ права заключить о большей толщинѣ костей свода того или другого животнаго. Въ нѣкоторыхъ точкахъ толщина больше, у оперированнаго, въ другихъ у контрольнаго. Въ общемъ она не меньше у перваго изъ нихъ, чѣмъ у второго.

У контрольнаго животнаго цифры *больной стороны* (*a*, *b* и *c*) меньше цифръ *здоровой*, что слѣдуетъ объяснить удаленіемъ надкостницы въ видѣ искусственнаго шва, сдѣланнаго оперированному.

Измѣреніе *d* и *e* указываютъ на нѣкоторое утолщеніе костей около мѣста лишеннаго надкостницы.

С Е Р І Я IV¹⁾.

Т о ч к и.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница
a	к.	3,52	3,48	—0,04
	о.	2,34	1,00*	—1,34
b	к.	3,76	3,37	—0,39
	о.	1,72	2,23	+0,51
c	к.	2,46	2,63	+0,17
	о.	2,28	2,54	+0,26
d	к.	1,63	1,72	+0,09
	о.	1,90	2,13	+0,23
e	к.	1,18	1,24	+0,06
	о.	1,13	1,19	+0,06

¹⁾ Мы помѣщаемъ измѣреніе толщины костей животныхъ серіи IV вмѣстѣ, хотя эти животныя и послужили для разныхъ опытовъ.

Измѣреніе *a* у оперированнаго животнаго на самомъ искусственномъ швѣ. При сравненіи съ соответствующимъ мѣстомъ здоровой стороны получается значительная разница (2,34 мм.—1,00 мм.=1,34 мм.). Измѣреніе *d* приходится на костное утолщеніе, образовавшееся у оперированнаго животнаго около искусственного шва и видимое простымъ глазомъ. Сравненіе больной и здоровой сторонъ оперированнаго животнаго, за исключеніемъ *a* (искусственный шовъ), указываетъ на большую толщину первый изъ нихъ по сравненію со второй.

Толщина стѣнокъ черепного свода у контрольнаго животнаго больше, чѣмъ у оперированнаго. Толщина кости въ области удаленной надкостницы меньше, чѣмъ на вѣнечномъ швѣ (*b*) и на теменной кости (*a*). Сравненіе контрольнаго черепа съ оперированнымъ подтверждаетъ это.

С Е Р І Я V.

Сравненіе оперированнаго щенка № 1 съ контрольнымъ (№ 3) даетъ возможность вывести слѣдующія заключенія:

1) Толщина новообразовавшейся костной ткани меньше толщины здоровыхъ частей (измѣренія *a*, *b* и *c* на самомъ искусственномъ швѣ).

2) Толщина черепного свода оперированнаго животнаго вообще больше и въ частности больше около искусственного шва (больная сторона, измѣренія *d* и *e*).

Изъ сравненія оперированнаго щенка № 2 съ тѣмъ же контрольнымъ (№ 3) вытекаетъ слѣдующее:

1. Толщина теменныхъ костей (точка *a*) почти равна у оперированнаго и контрольнаго животныхъ.

Т о ч к и.		Здоровая (правая) сторона	Больная (лѣвая) сто- рона.	Разница.
а	№ 1	2,86	1,54*	—1,32
	№ 2	2,23	2,30	—0,07
	№ 3	2,21	2,29	—0,08
b	1	2,53	1,27*	—1,26
	2	2,34	2,00	—0,34
	3	1,53	1,73	+0,20
с	1	2,24	1,53*	—0,76
	2	1,77*	1,93*	+0,16
	3	1,89	2,53	+0,64
d	1	2,18	2,93	+0,75
	2	2,03	2,09	+0,06
	3	2,01	2,09	+0,08
е	1	1,75	1,78	+0,03
	2	1,80	1,59	—0,21
	3	1,70	1,69	—0,02

* Измѣренія на самомъ искусственномъ швѣ.

Тоже можно сказать и относительно теменныхъ бугровъ (точка *b*).

2. Въ точкѣ *b* у оперированнаго животнаго, какъ близко лежащей къ искусственному шву, кости толще, чѣмъ у контрольнаго.

3. Въ точкѣ *c*., приходящейся на самый искусственный шовъ—уменьшеніе толщины костей. У контрольнаго животнаго въ точкѣ *e* получилась значительная разница между правою и лѣвою стороною (0,64 мм.), что слѣдуетъ объяс-

нить удаленіемъ въ этомъ мѣстѣ надкостницы и равномернымъ ростомъ кости, какъ слѣдствіемъ этой операціи.

С Е Р І Я VI.

Точки.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
a	2,41	0,82	—1,59
b	2,35	1,87	—0,48
c	2,37	2,75	+0,38
d	1,75	1,73	—0,02
e	1,39	1,78	+0,39

Измѣреніе *a* приходится на самомъ искусственномъ швѣ, по сравненіи со здоровой стороной даетъ разницу въ 1,59 мм.

Измѣреніе *b*—у края искусственного шва.

Точка *d* больной стороны приходится на заросшую часть шва. Толщина кости въ этомъ мѣстѣ почти равна толщинѣ здоровой (—0,02):

Остальные измѣренія указываютъ на утолщеніе костей около искусственного шва.

С Е Р І Я VII.

Точки.	Правая сто- рона.	Лѣвая сто- рона.	Разница.
a	1,27	2,49	1,22
b	2,15	1,17	0,98
c	1,97	0,75	1,22
d	1,05	1,35	0,30
e	1,00	1,24	0,24

Вслѣдствіе особенной формы искусственнаго шва (косидущая щель) настоящая таблица представляет нѣсколько иную картину, чѣмъ предыдущія. На правой сторонѣ точка *a* приходится на заросшую часть шва. На лѣвой—точка *e* на самый искусственный шовъ, едва начавшій выполняться новою тканью.

С Е Р І Я VIII.

Т о ч к и.		Здоровая (правая) сторона.	Больная (лѣвая) сто- рона.	Разница.
а	№ 1	3,20	1,87*	—1,20
	№ 2	3,31	3,23	0,08
	№ 3	2,58	2,79	0,11
b	№ 1	3,45	0,84*	—2,61
	№ 2	3,81	3,90	0,09
	№ 3	3,07	3,16	0,09
c	№ 1	3,31	1,69*	—1,62
	№ 2	3,49	3,67*	0,18
	№ 3	2,39	2,78	0,39
d	№ 1	1,96	1,92	+0,04
	№ 2	1,98	1,94	0,04
	№ 3	1,77	1,78	0,01
e	№ 1	2,45	2,46	+0,01
	№ 2	1,88	1,87	0,01
	№ 3	1,63	1,88	0,25

* на самомъ искусственномъ швѣ.

Толщина костнаго валика, образовавшагося у щенка № 1 снаружи искусственнаго шва въ теменной части—3,91 мм., тогда какъ соответственное измѣреніе на здоровой сторонѣ даетъ лишь 2,43 мм. Въ лобной части эта разница сглаживается.

Толщина новообразовавшейся кости на искусственномъ швѣ щенка № 2 для правой стороны его—0,83 мм., для лѣвой—1,09.

С Е Р І Я IX.

Т о ч к и.		Здоровая сторона.	Больная сторона	Разница.
а	к.	2,88	2,85	—0,03
	о.	2,95	1,10*	—1,85
b	к.	3,27	3,20	—0,07
	о.	3,31	1,18*	—2,13
с	к.	3,41	3,5	+0,09
	о.	3,67	1,63*	—2,04
d	к.	1,68	1,77	+0,09
	о.	1,82	2,05	+0,23
e	к.	1,60	1,59	—0,01
	о.	2,00	2,15	+0,15

* на заросшей части шва.

Эта таблица находится въ согласіи съ предыдущими: толщина костей въ окружности искусственнаго шва больше, чѣмъ на самомъ швѣ и на соотвѣтственныхъ точкахъ другой стороны.

Толщина костей у оперированнаго животнаго больше, чѣмъ у контрольнаго.

С Е Р І Я X.

Измѣреніе толщины костей собаки № 1 не указываетъ на большую толщину ихъ на больной сторонѣ. Около самого искусственнаго шва кости какъ бы нѣсколько толще. Однако разница настолько незначительна, что даетъ возможность считать ее не выходящей изъ нормы.

Измѣреніе толщины костей собаки № 2 также не позволяетъ заключить о какихъ-либо измѣреніяхъ, происшедшихъ въ нихъ въ этомъ направленіи подъ вліяніемъ искусственнаго шва.

Родъ измѣреній.		Лѣвая сто- рона.	Правая сто- рона.	Разница.
a	№ 1	2,60	2,59	0,01
	№ 2	2,93	2,96	0,03
b	№ 1	2,79	2,76	0,03
	№ 2	3,80	3,79	0,01
c	№ 1	3,65	3,47	0,18
	№ 2	5,14	5,05	0,09
d	№ 1	1,79	1,83	0,04
	№ 2	2,94	2,94	0
e	№ 1	1,44	1,49	0,015
	№ 2	2,07	1,96	0,11

Обозрѣвая результаты, получившіеся при измѣреніи толщины костей черепнаго свода, мы можемъ вывести слѣдующія положенія:

1. *Толщина костей больше у оперированныхъ, чѣмъ у контрольных животныхъ.*

2. *Въ окружности шва кости толще, чѣмъ въ соответствующихъ точкахъ здоровой стороны черепнаго свода.*

Исключеніе составляетъ животное серіи I, у котораго кости толще на здоровой сторонѣ. Однако въ виду незначительнаго вліянія искусственнаго шва въ этомъ случаѣ вообще онъ не можетъ быть принятъ нами въ расчетъ.

3. *Толщина новообразовавшейся костной ткани меньше толщины здоровыхъ частей.*

Микроскопическое изслѣдованіе костнаго рубца указало на развитіе костной ткани изъ соединительнотканной перепонки, посредствомъ постепеннаго перехода ея въ остеоидную и, наконецъ, костную. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было образованіе самостоятельныхъ точекъ окостенѣнія, въ видѣ костныхъ островковъ, какъ напр. въ случаѣ серіи VII и др.

Изслѣдованіе мозга.

Мозгъ животныхъ измѣрялся посредствомъ Веберовскаго скользящаго циркуля, а тамъ, гдѣ онъ оказывался непригоднымъ, употреблялся геометрический циркуль, какъ напримѣръ при изслѣдованіи ширины и длины извилинъ.

Вскрытіе мозга производилось по слѣдующему способу: дѣлался разрѣзъ corporis callosi, вылуцивался thalamus opticus, причѣмъ ножъ велся по tractus opticus и такимъ образомъ полушарія отдѣлялись отъ ствола. Мозжечекъ взвѣшивался вмѣстѣ со стволомъ.

С Е Р І Я І.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Длина полушарій	54	54	0
Ширина полушар. наибол.			
{ темен. часть	23,5	23,5	0
{ лобная часть	21	21	0
Наибольшая высота.			
{ темен. часть	37	36	—1
{ лобная часть	27	27	0
G. entolateralis: а) длина	40	40	0
б) ширина въ перед. части	7,5	8	+0,5
в) » въ задней	7,5	7,5	0
G. coronalis ширина	7,0	7,0	0
G. ectosylvius med. наиб. ширина	8	8	0
Высота fiss. Sylvii	13	13	0
Med. oblong. ширина	8	8	0
Pons а) ширина	9	9	0
б) длина	7,2	7,2	0
Lobus mamillaris: а) длина	19,5	19,5	0
б) ширина	11	10,5	—0,5

Выборъ извилинъ для измѣренія былъ сдѣланъ на основаніи слѣдующаго:

Измѣреніе длины полушарія рѣзко отражается на длинѣ *g. entolateralis*

Расширеніе полушарія особенно замѣтно на *g. entolateralis* и *g. coronalis*.

Измѣненіе высоты полушарія сказывается на ширинѣ *g. ectosylvius medius* и *fiss. Sylvia*.

Нѣкоторые измѣренія на основаніи мозга были произведены съ цѣлю опредѣлить: существуютъ ли послѣдовательныя измѣненія въ его строеніи или нѣтъ.

Изъ разсмотрѣнія настоящей таблицы вытекаетъ, что за исключеніемъ нѣкотораго пониженія высоты теменной части, почти нѣтъ разницы въ размѣрахъ здороваго и больного полушарія.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсъ	— 65,5 gm.
Правое (здоровое) полушаріе	— 26,3 gm.
Лѣвое (больное) полушаріе	— 26,7 gm.
Стволъ и мозжечокъ	— 11,65 gm.

Измѣреніе вѣса также не даетъ права заключить о какихъ либо измѣреніяхъ, происшедшихъ въ больномъ полушаріи. Разница въ 0,4 gm. между полушаріями не можетъ быть принята, какъ слѣдствіе операціи произведенной надъ однимъ изъ нихъ.

С Е Р І Я II.

Настоящая таблица даетъ намъ указанія на то, что почти во всѣхъ размѣрахъ мозгъ оперированнаго животнаго больше мозга контрольнаго.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.			Здоровая сторона.	Болезная сторона.	Разница.
Длина полушарій			к. 53 о. 53	53 52	0 —1
Ширина полу- шарій.	{	теменная часть	к. 23,5 о. 25	23,5 26,5	0 +1,5
			к. 19 о. 21	19 22	0 +1
		лобная часть	к. 38,5 о. 41	38,5 40	0 —1
			к. 28 о. 28,5	28 27,5	0 =1
Высота полу- шарій.	{	теменная часть	к. 36,5 о. 40	36,2 39	—0,3 —1
			к. 6,5 о. 8	6,5 9	0 +1
		лобная часть	к. 6 о. 8	6 9	0 +1
			к. 7,5 о. 8,5	7,5 8,5	0 0
		длина	к. 10 о. 10	10 10	0 0
			к. 9 о. 9,5	9 9	0 —0,5
G. entolateralis.	{	ширина спереди	к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
			к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
G. coronalis	{	ширина сзади	к. 7,5 о. 8,5	7,5 8,5	0 0
			к. 10 о. 10	10 10	0 0
G. ectosylvi med.	{	длина	к. 9 о. 9,5	9 9	0 —0,5
			к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
Fiss. Sylvia	{	ширина спереди	к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
			к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
Med. oblong.	{	ширина сзади	к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0
			к. 8 о. 8,5	8 8,5	0 0

РОДЪ ИЗМѢРЕНІИ.			Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
P o n s.	{	длина к.	6	6	0
		о.	6	6	0
	{	ширина к.	9	9	0
		о.	9	9	0
L. mamill.	{	ширина к.	12	12	0
		о.	12,5	12,5	0
	{	длина к.	19	19,5	+0,15
		о.	19	19	0

Особенное вниманіе обращаетъ на себя равная *длина полушарій* у того и другого животнаго, при большей ширинѣ и высотѣ у перваго изъ нихъ.

Мозгъ оперированнаго животнаго асимметриченъ.

Больное полушаріе нѣсколько короче и ниже здороваго, но за то шире его.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсъ к.	— 53,3.
о.	— 61,35.
Правое (здоровое) полушаріе. к.	— 21,0.
о.	— 25,1.
Лѣвое (больное) полушаріе. к.	— 21,1.
о.	— 25,2.
Стволъ и мозжечокъ. к.	— 9,67.
о.	— 10,0

Вѣсъ мозга оперированнаго животнаго больше вѣса мозга контрольнаго. При почти равномъ вѣсѣ ствола и мозжечка того и другого животнаго вѣсъ полушарій сильно разнится. Здоровое и больное полушаріе оперированнаго животнаго даютъ едва замѣтную разницу въ вѣсѣ.

С Е Р І Я І І І.

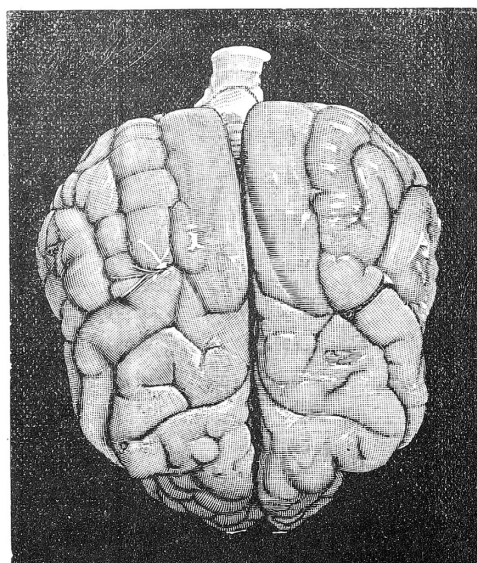
Изъ разсмотрѣнія настоящей таблицы мы можемъ заключить о большей величинѣ мозга оперированнаго животнаго по сравненію съ мозгомъ контрольнаго.

Р О Д Ѣ І З М Ѣ Р Е Н І Й.		Здороная сторона.	Больная сторона.	Разница.
Длина полушарій	к.	57,5	57	—0,5
	о.	66	63,5	—2,5
Ширина полушарій.	к.	24	24	0
	о.	25	27	+2
	к.	20	20	0
	о.	23	24	+1
Высота полушарій.	к.	37	37	0
	о.	37	36	—1
	к.	29,5	29,5	0
	о.	30	30	0
G. entolateralis.	к.	42	42	0
	о.	48	46	—2
	к.	6,5	7	0,5
	о.	6,5	9,5	+3,0
	к.	6,5	6,5	0
	о.	7,0	8,0	+1

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
G. coronalis	к.	7,5	8,0	+0,5
	о.	8,5	9,5	+1
G. lctosylv. med.	к.	10	10	0
	о.	11	10	-1
Fiss. Sylvii	к.	15,5	15,5	0
	о.	18	17	-1

Больное полушаріе оперированнаго животнаго короче, ниже и шире здороваго. Измѣреніе извилинъ подтверждаетъ это.

Рис. 5.



Серія II. Мозгъ оперированнаго щенка. Правая больная сторона шире и короче лѣвой здоровой.

Мозгъ контрольнаго животнаго также нѣсколько асимметриченъ, что слѣдуетъ приписать вліянію удаленія надкостницы въ формѣ искусственнаго шва, сдѣланнаго оперированному.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсъ: к.	— 63,8.
	о. — 80,21.
Правое (больное) полушаріе: к.	— 25,80.
	о. — 32,28.
Лѣвое (здоровое) полушаріе: к.	— 25,83.
	о. — 32,83.
Стволъ и мозжечокъ: . . . к.	— 11,7.
	о. — 15,37.

Въ настоящемъ случаѣ вѣсъ больнаго полушарія у оперированнаго животнаго *меньше* вѣса здороваго на 0,55 grm.

Значительно меньшій вѣсъ мозга контрольнаго животнаго, какъ уже было говорено выше (см. описаніе III серіи), долженъ быть объясненъ отсталостью его въ ростѣ вообще.

С Е Р І Я IV¹⁾.

Нѣкоторое пониженіе высоты теменной части больнаго полушарія оперированнаго животнаго болѣе замѣтное при разсмотрѣніи ширины g. ectosylv. med. и fiss. Sylvii, чѣмъ прямого измѣренія высоты, вытекаетъ изъ сравненія этихъ измѣреній у оперированнаго и контрольнаго животныхъ.

¹⁾ Подобно параллельному измѣренію толщины костей животныхъ этой серіи, мы изслѣдуемъ рядомъ и ихъ мозги.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Длина полушарій		к. 66,5 о. 66	66,5 66	0 0
Высота полу- шарій.	{ теменная часть	к. 42 о. 43	43 42	+1 —1
		к. 31 о. 31	31 31	0 0
	{ лобная часть	к. 26,5 о. 27	26,5 27,5	0 +0,5
		к. 21,2 о. 22	21,5 22	+0,3 0
G. ectosylvius med.		к. 11 о. 10	11 10	0 0
F. Sylvii		к. 13 о. 12,5	13 12,5	0

Высота лобныхъ частей полушарій у контрольного щенка, повидимому, не понизилась. На это указываетъ соотношеніе между высотой теменной и лобной частей у контрольного и у оперированнаго животнаго.

Измѣреніе продолговатаго мозга, моста и проч. не даютъ право заключить о какой бы то ни было асимметріи основанія мозга, какъ у того, такъ и у другого животнаго.

В ѣ с ь:

Полный вѣсъ: к. — 85,13.	
о. — 85,9.	
Правое (больное) полушаріе: к. — 31,77.	
о. — 32,57.	
Лѣвое (здоровое) полушаріе: к. — 31,98.	
о. — 32,2.	
Стволъ и мозжечекъ: . . к. — 18,56.	
о. — 18,22.	

Мозгъ оперированнаго животнаго вѣситъ больше мозга контрольнаго. Тоже можно сказать и о полушаріяхъ. Но стволъ и мозжечекъ оперированнаго легче соотвѣтственныхъ частей контрольнаго.

С Е Р І Я V.

При сравненіи мозговъ оперированнаго щенка (№ 1) съ контрольнымъ (№ 3), обращаетъ на себя вниманіе меньшая высота мозга оперированнаго, меньшая кривизна дуги его и большая длина, по сравненію съ контрольнымъ.

Сравненіе цифръ, получившихся при измѣреніи полушарій оперированнаго животнаго № 1, указываетъ намъ на расширеніе большого и на пониженіе высоты его по сравненію со здоровымъ.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Правая сто- рона.	Лѣвая сто- рона.	Разница.
к. № 1		73	73	0
Длина полушарій о. № 2		71	70	—1
к. № 3		69	69	0
Ширина полушарій.	1	27	28,5	+1,5
	теменная часть 2	26	26	0
	3	26	26	0
	1	23,5	25	+1,5
	лобная часть 2	24	24	0
	3	24	24	0
Высота полушарій.	1	43	41	—2
	теменная часть 2	42	42	0
	3	43	43	0
	1	33,5	33	—0,5
	лобная часть 2	33	33	0
	3	33	33	0

Я не привожу въ настоящей таблицѣ измѣренія извилинъ, такъ какъ онѣ дали мало характерныя цифры, какъ для щенка № 1, такъ и для № 2, вѣроятно, вслѣдствіе формы искусственнаго шва.

Въ то время какъ на мозгѣ оперированнаго щенка № 1 простымъ глазомъ констатируется расширение лѣвой (больной) стороны, цифрами его не удастся выразить, такъ какъ ширина извилинъ на этой сторонѣ неравномѣрна.

Измѣреніе основанія мозга не даетъ права заключить о какой либо асимметріи его у того или другого оперированнаго животнаго, и нами не приводится.

С Е Р І Я VІІІ.

Мозги животныхъ настоящей серіи представляютъ менѣе типичную картину измѣненій, чѣмъ нѣкоторыхъ предыдущихъ. Это обстоятельство стоитъ въ связи съ тѣмъ, что съ возрастомъ результаты вліянія искусственнаго шва постепенно сглаживаются, и какъ черепа, такъ и мозги болѣе зрѣлыхъ животныхъ при равныхъ поврежденіяхъ являются менѣе деформированными, чѣмъ у болѣе молодыхъ.

Р О Д Ѣ И З М Ѣ Р Е Н І Й.		Здоровая правая сто- рона.	Больная лѣвая сто- рона.	Разница.
Длина полушарій	№ 1	67,5	68	—0,5
	№ 2	72	72,5	0,5
	3	68	68	0
	1	24,5	24	—0,5
	теменная часть 2	24	23	1
	3	24	24	0
	1	22	23	+1
	лобная часть 2	20	20	0
	3	22	21,5	0,5
Высота полушарій.	1	44	43,5	—0,5
	теменная часть 2	46	45	1
	3	43	43	0
	1	28	27	—1
	лобная часть 2	28	28	0
	3	28	27,5	0,5

Сравненіе оперированнаго щенка № 1 съ контрольнымъ № 3 указываетъ на незначительное пониженіе высоты вообще и расширеніе лобной части лѣваго полушарія у перваго изъ нихъ. Послѣдовательныхъ измѣненій на основаніи мозга констатировать нельзя.

На теменной части лѣваго полушарія того же животнаго было сращеніе съ твердой мозговой оболочкой. Оно соответствовало части искусственнаго шва не выполнившейся костною тканью.

Мозгъ щенка № 2 длиннѣе и уже мозга контрольнаго щенка. Нѣкоторая асимметрія его полушарій не можетъ быть объяснена вліяніемъ искусственнаго шва. При разсматриваніи мозга сбоку на теменной его части замѣтно углубленіе, идущее перпендикулярно къ продольной щели. Оно соответствуетъ искусственному шву.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсъ:	№ 1 — 82,0
	№ 2 — 77,9
	№ 3 — 76,5
Правое полушаріе:	1 — 32,5
	2 — 30,6
	3 — 29,5.
Лѣвое полушаріе:	1 — 33,0
	2 — 30,4
	3 — 30,6
Стволъ и мозжечекъ:	1 — 16
	2 — 16,5
	3 — 15,2.

Вѣсъ лѣваго (больного) полушарія у щенка № 1 на 0,5 grm. больше вѣса праваго здороваго. Но такъ какъ разница въ вѣсѣ полушарій у контрольнаго животнаго равняется 1,5 grm., то большій вѣсъ больного полушарія не можетъ быть объясненъ вліяніемъ искусственнаго шва.

Другое явленіе обращаетъ на себя вниманіе и подтверждаетъ случай серіи II и отчасти IV. А именно то, что при почти равномъ вѣсѣ ствола и мозжечка 1-го и 2-го щенка и

нѣсколько меньшемъ 3-го, наибольшій вѣсъ полушарій принадлежитъ первому изъ нихъ.

С Е Р І Я IX.

Изъ сравненія мозга оперированнаго животнаго съ мозгомъ контрольнаго вытекаетъ, что при нѣсколько большей величинѣ основанія длина и высота полушарій у первого изъ нихъ меньше, чѣмъ у втораго, ширина же полушарій наоборотъ больше.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.			Здоровая сторона.	Болезная сторона.	Разница.	
Длина полушарій Ширина полу- шарій. Высота полу- шарій.		к.	71,5	72	+0,5	
		о.	67,5	69	—1,5	
	теменная часть	к.	24	24	0	
		о.	24	25	+1	
		лобная часть	к.	22	21,5	—0,5
			о.	23	23	0
	теменная часть	к.	43	43	0	
		о.	42	40,5	—1,5	
		лобная часть	к.	32	32	0
			о.	31	30	—1

Полушарія мозга оперированнаго животнаго асимметричны. То полушаріе, на сторонѣ котораго была сдѣлана операція, длиннѣе ¹⁾, шире и ниже здороваго.

¹⁾ Удлиненіе большого полушарія зависитъ, по всей вѣроятности, отъ спеціальной формы шва, сдѣланнаго этому животному (см. выше).

Но какъ и въ серіи VI обозрѣваніе мозга даетъ гораздо болѣе ясную картину расширенія больного полушарія, чѣмъ измѣреніе ширины отдѣльныхъ извилинъ. Какъ тамъ, такъ и тутъ это является слѣдствіемъ неправильности ихъ очертанія. На основаніи этого мы не помѣщаемъ ихъ измѣреній.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсъ	к. — 93,1
	о. — 94,3
Правое (больное) полушаріе	к. — 36,0
	о. — 35,33.
Лѣвое (здоровое) полушаріе	к. — 35,6
	о. — 34,4.
Стволъ и мозжечекъ	к. — 20,1
	о. — 22,6

Вѣсъ мозга оперированнаго животнаго больше вѣса мозга контрольнаго. Больное полушаріе тяжелѣе здороваго на 0,93.

С Е Р І Я X.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.		Лѣвая сто- рона.	Правая сто- рона.	Разница.		
Длина полушарій	№ 1	64,5	64,5	0		
	№ 2	62	62	0		
	Ширина полу- шарій. {	1	24,5	24	0,5	
		2	24	24	0	
		лобная часть	1	22	22,5	0,5
			2	22,5	22,5	0
	Высота полу- шарій. {	1	42	42	0	
		2	42	42,5	0,5	
лобная часть		1	29	29	0	
		2	30	30	0	

Асимметрия между половинами мозга у той и другой собаки весьма незначительная и не можетъ быть отнесена на счетъ вліянія операціи.

В ѣ с ѣ:

Полный вѣсѣ.	№ 1 — 80,5
	№ 2 — 85,5
Правое полушаріе.	№ 1 — 30,0
	№ 2 — 32,5
Лѣвое полушаріе.	№ 1 — 30,8
	№ 2 — 32,6
Стволъ и мозжечокъ.	№ 1 — 19,4
	№ 2 — 19,7.

Вѣсѣ также не даетъ никакихъ указаній относительно измѣненій, происшедшихъ въ мозгу подѣ вліяніемъ искусственнаго шва, сдѣланнаго на черепномъ сводѣ.

Обобщая результаты изслѣдованія мозга, мы можемъ сказать, что *искусственные швы черепа вліяютъ на форму мозга. Она измѣняется въ зависимости отъ формы шва* (серіи II, III, VI, IX).

Нѣсколько иначе обстоитъ дѣло съ вопросомъ: *увеличивается ли въ вѣсѣ больное полушаріе по сравненію со здоровымъ и существуетъ ли вообще большая прибыль въ вѣсѣ мозга оперированныхъ животныхъ по сравненію съ контрольными?*

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (I, III, VII, IX) какъ бы существуетъ болѣе энергичная прибыль въ вѣсѣ больного полушарія, въ другихъ нѣтъ. Въ серіи III (оперированный щенокъ), гдѣ получились наиболѣе характерныя измѣненія формы больного полушарія, вѣсѣ его оказался меньше здороваго. Очевидно усиленный ростъ въ одномъ направленіи, напр. въ ширину, компенсируется задержкой развитія въ другомъ, напр. въ длину, и непремѣнно въ ширину.

Въ серіяхъ II, VIII и отчасти IV обращаетъ на себя вниманіе разница въ вѣсѣ полушарій, герм. мозгового плаща оперирован-

наго и контрольного животныхъ при почти равной величинѣ вѣса ствола съ мозжечкомъ¹⁾).

Эти наблюденія вполне согласуются съ тѣмъ фактомъ, что, какъ основаніе черепа, такъ и основаніе мозга не претерпѣваютъ никакихъ измѣненій въ ростѣ. Они часто даютъ одинаковыя цифры у того и другого животного. Черепная же покрыва и мозговой плащъ разнятся въ размѣрахъ. Следовательно, возможно предположить, что подъ вліяніемъ черепосѣченія полушарія нѣсколько увеличиваются. Однако вслѣдствіе разнорѣчивости вѣсовыхъ данныхъ, вывести какія бы то ни было заключенія нельзя.

Что касается второй части вопроса: увеличивается ли въ вѣсѣ вообще мозгъ оперированнаго животного больше мозга контрольнаго, то мы можемъ дать болѣе опредѣленный отвѣтъ. Повидимому такая прибавка существуетъ. За нее говорить то, что ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ вѣсъ мозга оперированнаго животного не былъ меньше вѣса мозга контрольнаго, хотя иногда оперированное животное сильно задерживалось въ общемъ развитіи и падало въ вѣсѣ.

Общіе выводы.

Итакъ, мы рассмотрѣли вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе. Вліяніе это существуетъ. Степень его находится въ зависимости отъ слѣдующихъ факторовъ: 1) возраста оперированныхъ животныхъ, 2) ширины искусственнаго шва, 3) его формы и 4) относительнаго положенія на черепномъ сводѣ.

Ранній возрастъ молодыхъ животныхъ, до 10 дней, когда операція уже не угрожаетъ ихъ жизни, является наиболѣе

¹⁾ Въ серіи VIII у щенка № 2 нѣтъ такого измѣненія. Это слѣдуетъ объяснить болѣе слабымъ вліяніемъ поперечнаго шва, по сравненію съ продольнымъ.

удобнымъ для производства черепосъченія. Опыты серіи III и V, произведенные на такихъ животныхъ, дали наиболѣе интересные результаты. Никакихъ измѣненій не вызвалъ искусственный шовъ у взрослыхъ животныхъ (серія X), ростъ которыхъ за періодъ 108 дней равнялся 0.

Ширина искусственного шва играетъ большую роль при настоящей операциі. Мы видѣли при описаніи опыта серіи I, что узкій шовъ въ 2 мм. быстро выполнялся костною тканью, давъ весьма незначительныя измѣненія. Болѣе широкіе швы (до 6 и 7 мм), вызывая постоянный притокъ питательнаго матеріала, производятъ значительныя измѣненія въ ростѣ и развитіи черепа. Мы не дѣлали швовъ болѣе 7 мм. ширины, такъ какъ нашею прямою задачей было прослѣдить вліяніе костнаго дефекта аналогичнаго швамъ Ланнелонга.

Вліяніе формы искусственного шва на развитіе черепа, какъ это установлено многими изъ нашихъ опытовъ, можетъ быть объяснено тѣмъ, что *продольные швы* (параллельные стрѣловидному) *вліяютъ сильнѣе швовъ поперечныхъ* (перпендикулярныхъ стрѣловидному), что повидимому стоитъ въ связи съ болѣе сильнымъ ростомъ черепа молодыхъ щенятъ въ длину, чѣмъ въ ширину.

Разбирая вліяніе искусственныхъ швовъ, мы должны различать два фактора, играющіе въ немъ роль: во 1-ыхъ, *удаленіе надкостницы* и во 2-хъ *удаленіе костнаго вещества*.

Мы видѣли, что разрѣзъ кожныхъ покрововъ головы не вліяетъ на конфигурированіе черепа, удаленіе же надкостницы производитъ измѣненія аналогичныя измѣненіямъ получающимся при искусственномъ швѣ, при чемъ главнымъ образомъ обращаетъ на себя вниманіе пониженіе высоты оперированной стороны свода, другими словами, уплотненіе ея и незначительный гиперостозъ въ окружающихъ частяхъ. На мѣстѣ удаленной надкостницы не отлагаются новые слои костной ткани, ростъ даннаго участка въ толщину происходитъ только съ внутренней стороны, гдѣ онъ вообще менѣе энергиченъ. Съ другой стороны этотъ же участокъ является

раздражителемъ, вызывающимъ болѣе обильный по сравненію съ окружающими частями притокъ питательнаго матеріала. Отсюда—образованіе костнаго валика и большая толщина костей около мѣста операціи (серія III, контр. жив.).

Такимъ образомъ, часть костей, лишенная надкостницы, способствуетъ пониженію соотвѣтственной стороны черепа, какъ бы увеличивая радіусъ дугъ, которой описанъ въ этомъ мѣстѣ сводъ.

При каждомъ искусственномъ швѣ мы *всегда находимъ пониженіе оперированной части* и то или другое измѣненіе ея формы. Это пониженіе, по нашему мнѣнію, должно быть объяснено тѣми же причинами, что и при одномъ удаленіи надкостницы. Но тамъ ростъ костей въ толщину все таки поддерживался отложеніемъ новыхъ частичекъ съ внутренней стороны, здѣсь, вслѣдствіе полного удаленія кости на извѣстномъ пространствѣ, до закрытія просвѣта шва новою костью, роста этого естественно совершенно не было. Слѣдовательно и пониженіе высоты, какъ оно и есть на самомъ дѣлѣ, должно быть болѣе значительнымъ.

Что именно происходитъ пониженіе оперированной кости, а не усиленіе роста въ вышину здоровой становится понятнымъ, если разсмотрѣть механизмъ заполненія костнаго дефекта.

Удаляя костное вещество въ видѣ щели той или другой ширины, мы нарушаемъ сводъ, образуемый костями мозговой покрывки. Новообразующаяся въ швѣ кость уже не принимаетъ формы этого свода, а только соединяетъ по линіи, болѣе или менѣе приближающейся къ прямой, края щели. Отсюда и пониженіе высоты оперированной кости и образованіе угла съ наружной стороны шва. При сравненіи череповъ оперированныхъ и контрольных животныхъ рѣзко бросается въ глаза меньшая высота ихъ. Слѣдовательно искусственный шовъ измѣняетъ ростъ въ вышину не только оперированной кости, но и всего черепного свода. Сравненіе мозговъ соотвѣтственныхъ животныхъ подтверждаетъ это.

Вначалѣ послѣ операціи измѣненія прогрессируютъ; это продолжается до тѣхъ поръ, пока шовъ не закроется новою тканью, а слѣдовательно будетъ дѣйствовать раздражитель, способный вызывать эти измѣненія. Но когда дефектъ выполнится костью, то ходъ деформированія соотвѣтственной стороны и вообще всей мозговой коробки пріостанавливается. Мало того, съ теченіемъ времени наблюдается какъ бы сглаживаніе измѣненій вызываемыхъ искусственнымъ швомъ, что видно изъ разбора серій тѣхъ животныхъ, которыя жили дольше другихъ.

Анемію мозговъ оперированныхъ животныхъ мы можемъ объяснить нарушеніемъ ихъ питанія, съ одной стороны вслѣдствіе уничтоженія на протяженіи искусственнаго шва сосудовъ, идущихъ изъ костей свода въ твердую мозговую оболочку, съ другой,—усиленнымъ притокомъ крови къ костному дефекту и соотвѣстственнымъ обѣдненіемъ кровью мозга.

Переходя теперь къ объясненію измѣненій вызываемыхъ самимъ искусственнымъ швомъ, мы должны вспомнить теорію Вирхова, по которой увеличеніе костей происходитъ посредствомъ отложенія новыхъ частичекъ по ихъ краямъ, т. е. на швахъ.

Въ самомъ дѣлѣ, эта теорія прекрасно объясняетъ всѣ измѣненія формы оперированныхъ костей.

Дѣлая искусственный шовъ на сводѣ черепа, мы тѣмъ самымъ увеличиваемъ его способность расти въ опредѣленномъ направленіи. Шовъ, являясь сильнымъ раздражителемъ, вызываетъ обильный притокъ питательнаго матеріала въ части его окружающія. Костные элементы, наслаиваясь рядами по длинѣ шва, согласно теоріи Вирхова, даютъ возможность роста кости въ направленіи ему перпендикулярномъ. Но усиленный ростъ кости въ одномъ какомъ нибудь направленіи не можетъ остаться, какъ это и естественно, безъ вліянія на ростъ ея другомъ. Очевидно, это вліяніе скажется на немъ, какъ задержка. Дѣйствительно, мы замѣчаемъ, что напр.

при расширеніи вслѣдствіе операціи какой нибудь половины свода, замѣчается ея укороченіе, и наоборотъ.

Дѣлая искусственные швы параллельно стрѣловидному шву, я пересѣкала и удаляла части вѣчнаго, дѣлая параллельно вѣчному—резецировалъ стрѣловидный. Возможно, что это потеря части шва, иногда довольно значительная (до 7 мм.), вліяла до нѣкоторой степени задерживающимъ образомъ на ростъ кости въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву.

Прилагая къ даннымъ явленіямъ теорію *интусусцепции*, мы оказываемся безсильными объяснить ихъ. Если кость возстанавливается въ каждой своей точкѣ, подобно всякой другой ткани, и ростъ ея, какъ училъ Гудденъ, даже задерживается на естественныхъ швахъ, то очевидно искусственные швы, сдѣланные на ней, не могутъ произвести тѣхъ измѣненій, которые получились у насъ.

Въ самомъ дѣлѣ, если бы кость росла только интерстиціально, то всякая рана съ потерей костнаго вещества той или другой формы, лишь выполнялась бы новою тканью, не производя характерныхъ измѣненій въ ростѣ оперированной кости, т. е. происходило бы то, что мы видѣли у двухъ собакъ, гдѣ начавшій уже выполняться костью шовъ не нарушилъ нормальнаго роста черепа.

Новообразование кости въ моихъ случаяхъ, при перекрестѣ искусственнаго шва съ естественнымъ, шло именно съ этого мѣста, тѣмъ самымъ указывая на важную роль естественныхъ швовъ въ ростѣ костей черепа.

Не отрицая возможности интерстиціальнаго роста, мы на основаніи нашихъ опытовъ должны признать участіе и швовъ въ этомъ процессѣ.

Мы видѣли, что процентъ прироста при искусственныхъ швахъ параллельныхъ стрѣловидному въ ширину больше у оперированныхъ животныхъ, чѣмъ у контрольных; общее протяженіе вертикальныхъ обхватовъ въ посмертныхъ измѣреніяхъ также больше у оперированныхъ. Но при большей

всегда шириной больной стороны, здоровая у оперированного животного иногда была меньше соответствующей стороны у контрольного. Таким образом является вопрос: не происходило ли увеличение больной стороны насчет здоровой? Действительно, усиленно развивающіяся кости одной стороны свода, могут задержать развитие костей другой, но конечные результаты опыта, и главным образом, исчисление процентов прироста, указывают на нѣкоторую, можетъ быть весьма незначительную, прибыль въ ширинѣ оперированныхъ животныхъ. Въ томъ же смыслѣ говорить и измѣреніе общаго вѣса мозга.

Итакъ, мы можемъ опредѣлить слѣдующимъ образомъ вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе.

Подъ вліяніемъ искусственнаго шва, черепной сводъ, на которомъ онъ сдѣланъ, замедляется въ ростъ въ вышину, усиленно растетъ въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву и задерживается въ ростъ въ направленіи ему параллельномъ.

Какъ следствие, является измѣненіе формы мозга и весьма незначительная прибыль его въ вѣсъ.

Разборъ явленій, получавшихся при производствѣ искусственныхъ швовъ на молодыхъ животныхъ, уже опредѣляетъ значеніе операціи Ланжелонга.

Дѣйствительно, сумма отрицательныхъ вліяній черепоспиченіе, болѣе суммы положительныхъ. Среди первыхъ мы имѣемъ: уплощеніе черепа, а въ особенности его оперированной стороны, связанное съ уплощеніемъ сдавленіе мозга, компенсаторное укороченіе или суженіе мозговой коробки, ослабляющая эффектъ операціи и наконецъ постепенное исчезновеніе ея результатовъ.

Среди вторыхъ—усиленный ростъ въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву и весьма незначительная прибыль въ вѣсъ мозга.

Сопоставленіе этихъ данныхъ заставляетъ отказаться отъ оперативнаго вмѣшательства у идіотовъ и отсталыхъ дѣтей.

Удаленіе одной надкостницы въ формѣ искусственнаго шва, близко подходящее по своему вліянію на ростъ черепа къ вліянію искусственнаго шва, также должно быть отвергнуто.

Заканчивая работу, считаю своимъ долгомъ выразить благодарность глубокоуважаемому профессору Владимиру Михайловичу Бехтереву за тѣ совѣты и указанія, которыми я пользовался во все время выполненіе ея.



Фотографированіе глазного дна живот- НЫХЪ.

В. В. Николаева.

(Окончаніе; см. т. IX, вып. 4).

Собственные изслѣдованія.

При различнаго рода заболѣваніяхъ глазного дна кли-
ницисты обычно примѣняютъ для цѣлей діагностики изслѣдо-
ваніе въ обратномъ видѣ, получая такимъ образомъ и рассмат-
ривая дѣйствительное изображеніе глазного дна. Поэтому вполне
естественно желаніе прежде всего умѣть фотографировать дѣй-
ствительное обратное изображеніе сѣтчатки. Этою именно
цѣлью задались мы, когда занимались изученіемъ кровенапол-
ненія ретинальных и хороидаальныхъ сосудовъ подъ вліяніемъ
различныхъ лекарственныхъ средствъ или электрическаго раз-
драженія блуждающаго и симпатическаго нерва у высшихъ жи-
вотныхъ.

Съ одной стороны измѣненія сосудовъ при воздѣйствіи
различныхъ агентовъ очень часто бывали такъ незначительны,
тонки, что не было никакой физической возможности глазомъ
услѣдить за ними и съ увѣренностью ихъ отмѣтить, съ другой—
измѣненія кровенаполненія сосудовъ наступали подчасъ спустя
значительный промежутокъ времени отъ начала примѣненія
какого-либо средства, такъ что глазъ, наблюдавшій въ офталь-
москопъ, уставалъ отъ долгаго напряженія и терялъ способность

подмѣчать происходящее; да если къ этому прибавить еще ошибки памяти, когда приходилось сравнивать наблюдаемое съ ранѣе бывшимъ, то легко себѣ представить, какъ велика была бы заслуга того, кто далъ бы намъ возможность въ какую угодно минуту опыта фиксировать на бумагѣ виденное въ офтальмоскопѣ, чтобы потомъ по фотограммамъ можно было опредѣлять величину колебанія сосудовъ, чтобы можно было сравнивать измѣненія сосудовъ во времени и т. д.

Мы и надѣялись, что въ нашемъ трудѣ получимъ помощь отъ прибора и способа фотографіи, предложенныхъ Guinkoff'омъ, ²²⁾ который совершенно вѣрно считаетъ неудачными всѣ попытки прежнихъ авторовъ фотографировать глазное дно.

Свой способъ Guinkoff очень горячо рекомендуетъ и восхваляетъ полученныя имъ фотограммы, которыхъ однако не прилагаетъ къ своей работѣ, почему мы не знаемъ и не можемъ судить, что и какъ снялъ авторъ. Тѣмъ не менѣе наша лабораторія съ большимъ довѣріемъ отнеслась къ трудамъ и описаннымъ успѣхамъ Guinkoff'a, почему согласно указаніямъ этого автора въ лабораторіи былъ приготовленъ аппаратъ, и мы болѣе года добивались получить съ этимъ аппаратомъ снимки глазного дна у кролика или кошки, но—безъ малѣйшаго успѣха.

Аппаратъ и способъ Guinkoff'a пригодились намъ только въ томъ отношеніи, что съ ними мы получили карточки съ дна искусственнаго глаза Pettin'a, послѣ того какъ удавалось установить искусственный глазъ такъ, какъ рекомендуетъ Guinkoff, по отношенію къ источнику свѣта (прозрачная пластинка) и къ объективу фотографической камеры. Но глазъ кролика или кошки съ зрачкомъ, расширеннымъ ad maximum, поставленный на мѣсто искусственнаго глаза, тотчасъ уже начиналъ подсыхать и роговая оболочка секундъ черезъ 30—60 становилась настолько непрозрачной, что пропадала всякая надежда на возможность снять сколько-нибудь удовлетворительно глазное дно. Помутненіе роговой оболочки происходило отъ того, что на прозрачную пластинку попадалъ пучекъ лучей солнца, сконцентрированныхъ двояковыпуклой

линзой послѣ отраженія отъ плоскаго зеркала. Въ этомъ пучкѣ, конечно, находились кромѣ свѣтовыхъ и тепловые лучи, которые проникнувъ чрезъ прозрачную пластинку, производили ожогъ роговой оболочки.

Мы, разумѣется, старались устранить вліяніе тепловыхъ лучей на глазъ, для чего помѣщали между плоскимъ зеркаломъ и двояковыпуклой чечевицей кювету съ насыщеннымъ растворомъ квасцовъ. Этотъ растворъ поглощаль тепловые лучи, пропуская большинство свѣтовыхъ, и такимъ образомъ у насъ на прозрачной пластинкѣ получались лучи свѣтовые, но не тепловые. Такъ бывало однако недолго: стоитъ раствору квасцовъ нагрѣться, что происходило довольно быстро, и опять на прозрачную пластинку попадали тепловые лучи, портившіе роговую оболочку.

Можно бы было, взявши толстый слой жидкости въ кюветѣ, достичь того, что прогрѣваніе жидкости произойдетъ не такъ скоро, но при такомъ условіи создается значительное препятствіе къ прохожденію и свѣтовыхъ лучей отъ зеркала къ линзѣ, почему получается уже болѣе слабое освѣщеніе прозрачной пластинки и, конечно, вмѣстѣ съ тѣмъ и глазного дна; но и безъ того замѣчалось, что полученные снимки съ фантома глаза отличались всегда нѣкоторой вялостью, слабостью отпечатка. Это, очевидно, зависитъ отъ недостаточнаго освѣщенія глазного дна, хотя время экспозиціи, по возможности, удлинялось. Введеніе толстаго слоя жидкости на пути прохожденія лучей еще ослабило бы свѣтъ и ухудшило фотографии.

Недостаточность освѣщенія глазного дна при фотографированіи по способу Guinkoff'a можно, думается, объяснить такъ. Источникъ свѣта берется очень сильный; настолько яркость его велика, что не защищеннымъ глазомъ больно смотрѣть на свѣтящуюся промасленную бумажку, почему приходилось всегда работать въ самыхъ сильныхъ дымчатыхъ очкахъ (консервы Графе-Д), значительно понижающихъ яркость свѣта. Вслѣдствіе освѣщенія глазное дно дѣлается само свѣтящимся

предметомъ, который посылаетъ уже отъ себя лучи во всѣ стороны и между прочимъ въ объективъ, рисующій обратное изображеніе глазного дна на матовой, resp. чувствительной пластинкѣ. Самое сильное отраженіе лучей отъ сѣтчатки, по законамъ офтальмоскопіи, существуетъ въ направленіи обратномъ тому, въ какомъ лучи пришли. Слѣдовательно, наибольшее количество лучей отразится по направленію къ источнику свѣта, а на объективъ камеры-обскуры попадетъ лишь небольшое количество отраженныхъ отъ дна лучей, которые и дадутъ слабое изображеніе сѣтчатки на чувствительной пластинкѣ, несмотря на очень сильный источникъ свѣта, какимъ пользовался Guinkoff а вслѣдъ за нимъ и мы, согласно описанію постановки опыта изобрѣтателемъ способа.

Кромѣ того снимки съ фантома глаза какъ бы вуалировались отъ постоянно существующихъ рефлексовъ, которыхъ бывало три или, при очень удачной постановкѣ прибора,—два. Рефлексы въ этихъ случаяхъ отличались расплывчатостью, малой интенсивностью, однако они все-таки мѣшали ясности фотографамъ.

Работая съ аппаратомъ Guinkoff'a, мы испытывали еще одно очень большое неудобство, когда производили установку глаза животного по отношенію къ объективу фотографической камеры или наоборотъ—камеры по отношенію къ глазу. Известно, что при изслѣдованіи въ прямомъ видѣ глазного дна наблюдателю приходится очень придвигать свой глазъ къ изслѣдуемому глазу, также и при фотографированіи сѣтчатки по Guinkoff'у, приходится объективъ камеры-обскуры приближать къ глазу почти вплотную, такъ какъ снимать надо тоже прямое мнимое изображеніе. Такая установка крайне неудобна для изслѣдователя: глазъ животного и объективъ камеры, прикрытые вышеописаннымъ конусомъ, очень трудно установить должнымъ образомъ, потому что изъ-за сближенія не видно взаимнаго расположенія глаза, конуса и просвѣчивающей пластинки.

Такъ оказалось по крайней мѣрѣ по нашему личному опыту.

Указанные недостатки способа Guinkoff'a вмѣстѣ съ соображеніемъ, что въ случаѣ удачи на фотограммѣ будемъ имѣть рисунокъ мнимаго, а не дѣйствительнаго изображенія глазного дна, побудили насъ поискать новаго способа фотографирования сѣтчатки, при которомъ бы мы могли располагать фотограммами дѣйствительнаго, а не мнимаго изображенія глазного дна, къ чему мы были болѣе склонны на основаніи вышеприведенныхъ причинъ. Еще кромѣ того нами также руководила мысль, что фотограмма дѣйствительнаго изображенія намъ дастъ преимущество въ томъ, что мы будемъ имѣть изображение глазного дна на значительномъ его протяженіи, и избѣжимъ столь неудобнаго приближенія аппарата почти вплотную къ глазу.

При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи глазного дна въ обратномъ видѣ, изображеніе сѣтчатки всегда помѣщается въ воздухѣ между линзою и зеркаломъ офтальмоскопа и видно безъ всякаго труда, если это изображеніе получено не при помощи ручнаго зеркала Liebreich'a, а разсматривается въ трубѣ сложнаго большаго офтальмоскопа Liebreich'a. Это—съ одной стороны. Съ другой—мы привыкли смотрѣть на камеру-обскуру какъ на такой снарядъ, который устроенъ совершенно по типу периферическаго органа зрѣнія—глаза. Именно, объективъ камеры соотвѣтствуетъ роговицѣ и другимъ прозрачнымъ преломляющимъ средамъ глаза а чувствительная пластинка сѣтчатой оболочкѣ. Такимъ образомъ вполне естественно зарожденіе мысли—замѣнить наблюдающій въ офтальмоскопъ глазъ камерой-обскурой и фотографировать виденное въ офтальмоскопѣ.

Подобно тому какъ лучи, отразившись отъ освѣщеннаго офтальмоскопическимъ зеркаломъ глазного дна, падаютъ на поставленную передъ глазомъ линзу, проходятъ ее, преломляясь, и даютъ въ офтальмоскопѣ воздушное дѣйствительное обратное изображеніе сѣтчатки, которое посылаетъ въ свою очередь лучи, идущіе черезъ центральное отверстіе зеркала и проникающіе у изслѣдователя черезъ роговицу и другія прозрачныя

среды глаза до сѣтчатки, гдѣ и запечатлѣваются въ видѣ наблюдаемой картины глазного дна; точно также получается изображение въ офтальмоскопѣ, откуда—въ случаѣ замѣны глаза наблюдателя камерой—лучи черезъ центральное отверстіе зеркала упадутъ на объективъ камеры, пройдутъ черезъ него, преломляясь, и на матовой (resp. чувствительной) пластинкѣ обрисуются въ обратномъ видѣ изображение, полученное офтальмоскопомъ.

Такое теоретическое соображеніе побудило меня, заинтересованнаго въ дѣлѣ фотографированія сѣтчатки и потерпѣвашаго неудачу при провѣрочной работѣ, вызванной сообщеніемъ д-ра Guinkoff'a, испробовать комбинацію двухъ извѣстныхъ уже аппаратовъ—большого сложнаго Liebreich'овскаго офтальмоскопа и обыкновенной фотографической камеры.

Здѣсь уместно сказать, что еще въ 1896 году въ Казанской фармакологической лабораторіи поднимался вопросъ о бывшихъ попыткахъ фотографировать сѣтчатку; и такъ какъ ни одинъ изъ предложенныхъ ранѣе методовъ фотографіи ея нигдѣ не привился, то съ цѣлью выработки новаго пригоднаго способа фотографировать глазное дно у насъ была составлена коммиссія въ составъ которой вошли проф. И. М. Догель, проф. Н. А. Миславскій, проф. Д. А. Гольдгаммеръ, д-ръ И. Е. Егоровъ и проф. Л. А. Третьяковъ, какъ практически знакомый съ общими приѣмами фотографированія. Результаты совместной работы названныхъ лицъ однако были настолько неудовлетворительны, что при многихъ попыткахъ снять глазное дно у животнаго, ничего нельзя было разсмотрѣть ни на матовой пластинкѣ ни на карточкѣ. Старанія были направлены къ тому, чтобы получить изображение глазного дна безъ употребленія объектива. Я отмѣчаю и въ нашемъ предварительномъ сообщеніи (*Die Photographie der Retina*) опыты, принятые въ нашей лабораторіи, по вопросу о фотографіи сѣтчатки,—съ указаніемъ, что результаты фотографированія сѣтчатки были проблематичны.

По выходѣ въ свѣтъ изслѣдованія д-ра Guinkoff'a, проф. И. М. Догель, д-ръ И. Е. Егоровъ и частью проф. Л. А. Третьяковъ тотчасъ же принялись за устройство рекомендованнаго д-ромъ Guinkoff'омъ аппарата. Все было устроено согласно указаніямъ изобрѣтателя способа и прибора, однако труды нашей лабораторіи увѣнчались лишь слабымъ успѣхомъ, выразившимся въ томъ, что на одномъ—двухъ снимкахъ съ глазного дна кролика были получены какъ бы намеки на отпечатавшіеся сосуды. Дальнѣйшія попытки не дали лучшихъ результатовъ, почему профессоромъ И. М. Догелемъ было предложено мнѣ заняться самостоятельно провѣркою способа д-ра Guinkoff'a.

О постигшей меня неудачѣ въ фотографированіи сѣтчатки по методу д-ра Guinkoff'a, я упомянулъ выше и, по возможности, указалъ на причины, мѣшавшія полученію удовлетворительныхъ результатовъ.

Такимъ образомъ, изъ только что сказаннаго видно, что вопросъ о фотографированіи глазного дна имѣеть въ нашей лабораторіи, такъ сказать, свою исторію, правда, охватывающую непродолжительный періодъ времени. Но за этотъ срокъ мнѣ, принимавшему участіе въ работахъ сначала въ качествѣ наблюдателя а потомъ помощника, удалось ознакомиться съ вопросомъ о фотографіи сѣтчатки и на основаніи уже опыта и вышеприведенныхъ теоретическихъ соображеній выработать новый способъ фотографированія глазного дна.

Какъ я уже говорилъ, нашъ способъ состоитъ въ сочетаніи большого офтальмоскопа и камеры-обскуры.

Первый же опытъ указанной комбинаціи далъ удовлетворительный результатъ. Я взялъ искусственный глазъ Perrin'a, установилъ и офтальмоскопировалъ его съ обыкновенной газовой лампой. Въ большомъ офтальмоскопѣ Liebreich'a получилось соотвѣтственное изображеніе глазного дна, легко видимое глазомъ наблюдателя. На мѣсто изслѣдующаго глаза я подставилъ фотографическую камеру; объективъ въ ней былъ въ то время Steinchel'a съ фокуснымъ разстояніемъ равнымъ

12 центиметрамъ, а мѣхъ камеры простой. Оказалось, что лучи отъ изображенія глазного дна въ офтальмоскопѣ, упавши на объективъ камеры-обскуры, преломились и дали на матовой пластинкѣ, удаленной отъ объектива на всю длину мѣха, изображеніе глазного дна, но въ обратномъ видѣ тому, какое было получено въ офтальмоскопѣ. Изображеніе, виденное въ первый разъ на матовой пластинкѣ, отличалось неясностью, отсутствіемъ рѣзкихъ границъ вырисовывающихся сосудовъ. Это меня убѣдило въ томъ, что въ нашемъ фотографическомъ аппаратѣ слишкомъ недостаточно удаляется матовая пластинка объектива, почему на ней изображеніе рисуется плохо. И дѣйствительно, замѣною простого мѣха мѣхомъ двойного растяженія (около 38 центим. въ длину), получилась возможность значительно удалять матовую пластинку отъ объектива и тогда на ней очень хорошо вырисовывалось изображеніе глазного дна фантома.

Видимо, нашъ первый опытъ привелъ насъ къ удовлетворительному результату, и дальнѣйшія повторныя испытанія также постоянно подтверждали правильность нашихъ умозаключеній, и я, выучившись при этомъ проявлять негативы и печатать съ нихъ, получалъ при дальнѣйшихъ опытахъ хорошіе отпечатки съ глазного дна искусственнаго глаза Pergrin'a.

Кромѣ того предварительный опытъ съ фотографированіемъ дна искусственнаго глаза Pergrin'a достаточно выяснилъ намъ, что для успѣха необходимо озаботиться лучшимъ освѣщеніемъ глазного дна. Поэтому нами, по возможности, были опробованы нѣкоторые источники свѣта и, хотя лучшимъ оказался, конечно, солнечный свѣтъ, однако мы должны были отказаться отъ его примѣненія, такъ какъ для работы приходилось ждать солнечныхъ дней, т. е., приходилось находиться въ зависимости отъ погоды, что для работающаго въ Казани, да еще, по преимуществу, зимою, очень невыгодно; да и въ солнечный день надо было ждать удобнаго стоянія солнца близъ зенита, чтобы были освѣщены опредѣленные мѣста въ

лабораторіи, гдѣ можно расположить или гелиостатъ или простой рефлекторъ и такимъ способомъ отразить лучи на офтальмоскопическое зеркало.

Достаточно только что указанныхъ неудобствъ работы при солнечномъ свѣтѣ, чтобы позаботиться о подысканіи другихъ источниковъ свѣта.

Электрической энергіей нашъ кабинетъ до сихъ поръ еще не располагаетъ, почему мы также не пользовались электрическимъ свѣтомъ при фотографіяхъ сѣтчатки, хотя известно, что электрический свѣтъ очень близокъ по своимъ химическимъ лучамъ къ солнечному и очень часто замѣняетъ у фотографовъ солнечный разсѣянный свѣтъ.

Изъ приведенной нами литературы видно, что различные авторы пользовались помимо указанныхъ источниковъ свѣта—солнца и электричества—еще и другими, напимѣръ, свѣтомъ обыкновеннаго газоваго пламени (Bagnèris), цирконовымъ свѣтомъ (Gerloff), свѣтомъ магнезійной вспышки (Guilloz), и даже—простой керосиновой лампы (д-ръ Сегаль).

Такимъ образомъ мы узнаемъ, что различными изслѣдователями, занимавшимися фотографированіемъ сѣтчатки, примѣнялись разнаго рода источники свѣта и были найдены пригодными для выполненія намѣченной ими задачи. И для насъ, преслѣдовавшихъ вначалѣ единственную цѣль—получить изображеніе глазного дна на матовой пластинкѣ, выборъ источника свѣта не представлялся особенно затруднительнымъ, такъ какъ намъ требовалось только сильно освѣтить сѣтчатку. Мы имѣемъ въ лабораторіи газъ, почему при работахъ всего удобнѣе имъ и воспользоваться для освѣщенія. Яркость же газоваго пламени, превосходя въ нѣсколько разъ яркость свѣта керосиновой лампы, которымъ обычно пользуются при офтальмоскопическихъ изслѣдованіяхъ, оказалась достаточной для столь сильнаго освѣщенія дна искусственнаго глаза Perrin'a, что лучи, отраженные обратно въ офтальмоскопъ, дали здѣсь ясное изображеніе, которое въ свою очередь довольно рѣзко обрисовалось на матовой пластинкѣ камеры-обскуры. Но мы

хорошо знаемъ, что при фотографическихъ работахъ сильнѣе всего на чувствительную пластинку дѣйствуютъ химическіе лучи солнечнаго свѣта, который иногда замѣняется электрическимъ, магnezіальнымъ, Друммондовымъ, такъ какъ и эти источники свѣта отличаются большою активностью по отношенію къ чувствительной фотографической пластинкѣ, имѣя въ своемъ составѣ много химическихъ лучей, схожихъ съ солнечными. Всѣ указанные источники даютъ почти бѣлый (дневной) свѣтъ; и я попытался замѣнить обыкновенное пламя газовой лампы въ цѣляхъ фотографировать сѣтчатку на пламя калильно-газовое, т. е., на такъ назыв. Ауер'овскій свѣтъ, какъ дающій много бѣлыхъ лучей, почему его и стали употреблять для микроскопированія; кромѣ того, такъ какъ отъ Ауер'овской горѣлки можно получить много химическихъ, т. е., активныхъ для чувствительной пластинки лучей, то ея свѣтъ вошелъ уже въ употребленіе и при микрофотографированіи. Поэтому мы еще болѣе были въ правѣ возлагать надежды на пригодность свѣта газо-калильной лампы для цѣлей фотографированія глазного дна, тѣмъ болѣе что яркость Ауер'овскаго пламени въ пять разъ больше, чѣмъ яркость обыкновенной газовой лампы при совершенно одинаковомъ притокѣ газа въ единицу времени. Дѣло тутъ въ томъ, что въ Ауер'овской горѣлкѣ происходитъ болѣе полное сгораніе газа вслѣдствіе накаливанія, т. наз., „чулка“, представляющаго изъ себя хлопчатобумажный сѣтчатый колпачекъ, пропитанный чистой окисью торія.

Наши дальнѣйшіе опыты фотографіи искусственнаго глаза Pergrin'a показали, что снимки глазного дна при освѣщеніи Ауер'овской горѣлкой, дѣйствительно, начали получаться значительно рѣзче и яснѣе чѣмъ тогда, когда мы пользовались обыкновенной газовой лампой.

Итакъ, получивши вполне опредѣленные результаты при работахъ съ фантомомъ глаза, я вскорѣ поставилъ опытъ фотографіи сѣтчатки у животнаго. Исходя изъ того соображенія, что для нашей цѣли необходимо, чтобы офтальмоско-

пируемый глазъ отражалъ обратно, какъ можно, большее количество лучей, дабы такимъ образомъ получить наиболѣе яркое изображеніе глазного дна, мы озаботились выборомъ животнаго. Проф. Е. В. Адамюк²⁶⁾ въ *Практическомъ руководствѣ къ изученію болѣзней глаза*, 1881 г., въ третьемъ выпускѣ 1-й части, указываетъ, что наибольшую способностью отражать свѣтовые лучи отъ своего дна обладаютъ тѣ глаза, которые имѣютъ tapetum, какъ напр., глаза кошки. Мы и взяли для опыта это животное, которое оказалось, дѣйствительно, очень подходящимъ, почему большинство нашихъ опытовъ и до сихъ поръ поставлено именно надъ глазомъ кошки.

Мнѣ приходится какъ бы нѣсколько отклониться въ сторону отъ описанія опытовъ надъ кошкой, такъ какъ надлежитъ полнѣе рассмотреть одну деталь постановки опытовъ. Я говорю о подвижности глаза, который представляется необходимымъ фотографировать.

Начиная съ перваго и до послѣдняго автора, занимавшагося фотографіей глазного дна, читатель у каждаго находитъ постоянное упоминаніе о подвижности глаза, который желаютъ снять; изслѣдователи упоминаютъ объ этомъ, потому что подвижность глаза и невозможность полного покоя его во время экспозиціи, длившейся иногда до $2\frac{1}{2}$ минутъ, мѣшали запечатлѣть на чувствительной пластинкѣ желаемую картину глазного дна. Чтобы какимъ-нибудь образомъ сдѣлать глазъ неподвижнымъ, большинство изслѣдователей, имѣя объектомъ глазъ человѣка, принуждаютъ пациента смотрѣть свободнымъ глазомъ на опредѣленную точку, чтобы такимъ путемъ и второй глазъ, фотографируемый, сохранилъ свое положеніе. Эти приказанія и совѣты лишь нѣсколько устраняли подвижность глаза, но вообще не достигали намѣченной цѣли: малѣйшее отклоненіе глаза ведетъ уже къ полной пере мѣнѣ видимой картины глазного дна и служитъ вѣрной причиной неудачи фотографирования. Закрѣпленіе головы въ головодержатель офтальмометра (Guilloz), также установка подбородка на под-

ставку и погруженіе зубовъ въ слегка подогрѣтый сургучъ (Gerloff), укрѣпляя голову болѣе или менѣе неподвижно, не могутъ обезпечить покойнаго положенія глаза, почему такой опытный изслѣдователь, какъ Guilloz, находитъ бесполезнымъ какое бы то ни было закрѣпленіе головы или фотографированнаго глаза у паціента, предлагая, впрочемъ, съ своей стороны особый механическій приѣмъ для сообщенія неподвижности фотографируемому глазу (описанъ въ историч. обзорѣ).

Prof. Dor, видимо, получившій болѣе удачные результаты, чѣмъ его предшественники, фотографируя глазное дно у животныхъ, воспользовался въ двухъ случаяхъ хлороформомъ, при работахъ надъ сѣтчаткой кошки, и такимъ путемъ добился въ значительной степени неподвижности животнаго и его глаза. Въ лучшихъ условіяхъ были тѣ изъ изслѣдователей, которые фотографировали совершенно неподвижные искусственные глаза. Это и есть, конечно, такое положеніе глаза, къ которому должно стремиться при каждомъ изслѣдованіи, если это только возможно выполнить.

Я, располагая кошками, какъ объектомъ для опытовъ, могъ легко примѣнить поэтому обычный лабораторный способъ лишать движенія животныхъ при помощи впрыскиванія въ кровь стрѣльнаго яда—curare. Этимъ ядомъ, какъ извѣстно, парализуются нервныя окончанія въ поперечнополосатыхъ мышцахъ, почему животное теряетъ способность дышать и совершать какія-либо произвольныя движенія; но если мы будемъ производить животному искусственное дыханіе; то сохранимъ его жизнь, при чемъ животное лежитъ послѣ кураре неподвижно съ открытыми и тоже неподвижными глазами. Сосуды въ сѣтчаткѣ, послѣ впрыскиванія животному кураре, сохраняютъ свою нормальную величину, такъ какъ извѣстно, что лишь въ первое время послѣ поступленія кураре въ организмъ кровяное давленіе понижается, но черезъ 3—5 минутъ отъ начала кураризаціи оно возвращается къ нормальной высотѣ, на которой и держится въ теченіе всего періода дѣйствія кураре, если не вводитъ животному

никакихъ другихъ средствъ, могущихъ подѣйствовать на просвѣтъ сосудовъ. Когда кровяное давленіе поднялось до нормальной высоты послѣ впрыскиванія кураре, тогда сосудодвигательный центръ и самые сосуды работаютъ уже правильно, съ обычной своей энергіей отвѣчая на тѣ же раздраженія, которыя дѣйствовали на нихъ до впрыскиванія кураре. Безъ сомнѣнія, надо признать чрезвычайно важнымъ и выгоднымъ свойство кураре не нарушать фізіологической функціи сосудодвигательнаго центра и сосудовъ, при сохраненіи его парализующаго дѣйствія на нервы поперечнополосатыхъ мышцъ, и мы, пользуясь постоянно при своихъ опытахъ съ фотографіей глаза этимъ драгоценнымъ средствомъ, дѣлали глазъ кошки совершенно не подвижнымъ, уподобляя его такимъ образомъ искусственному глазу Peggин'a, отъ какового онъ однако отличался всѣмъ, чѣмъ обычно отличается живой глазъ отъ фантома кромѣ подвижности.

Постановка опыта фотографированія глаза у кошки, принимая во вниманіе все вышеизложенное, теперь довольно ясна. Берется кошка, взвѣшивается, привязывается къ доскѣ, при чемъ кошка укрѣпляется спиною внизъ а брюхомъ вверхъ; кошкѣ дѣлають трахеотомію, послѣ чего вставляютъ въ горло стеклянную трубку; отпрепаровываютъ *vena'у cingalis*, черезъ которую впрыскивають въ кровь водный растворъ кураре (8:1000) по расчету $\frac{1}{2}$ куб. центим. фильтрованнаго раствора на 1 килограммъ вѣса животнаго. Черезъ $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ или 2 минуты послѣ кураризаціи кошка теряетъ способность дышать и произвольно двигаться, почему ей начинаютъ производить мѣхомъ искусственное дыханіе черезъ вставленную трахеотомическую трубку. Кошку отвязываютъ отъ доски, и по освобожденнымъ отъ веревокъ лапкамъ кровообращеніе вновь совершается безпрепятственно. Теперь кошку можно бы было офтальмоскопировать, если бы расширенные зрачки не суживались бы отъ свѣта. Но въ томъ то и дѣло, что отъ кураре зрачки не измѣняются, и ихъ реакція на свѣтъ остается нормальной, почему, при направленіи офтальмоскопическаго свѣта

на глазъ, тотчасъ же зрачекъ суживается и иногда такъ сильно, что у кошки отверстие зрачка дѣлается щелевиднымъ и едва замѣтнымъ, послѣ чего нѣтъ никакой возможности рассмотреть глазное дно. Въ нашихъ же выгодахъ, чтобы офтальмоскопируемое поле было возможно обширнѣе, поэтому необходимо съ этой цѣлью расширять зрачковое отверстие такими веществами, какия устраняютъ свѣтовую реакцію зрачка. Мы пользовались для этого хорошо изученнымъ атропиномъ. Брали растворъ сѣрноокислаго атропина въ дистиллированной водѣ (1:1000) и впускали 2—3 капли этого раствора за вѣко того глаза, который надлежало фотографировать, и такимъ образомъ получали расширение зрачка. Но нѣсколько опытовъ показали, что роговая оболочка кошки, такимъ путемъ атропинизированной, очень быстро подсыхаетъ при неподвижномъ положеніи вѣкъ, почему пришлось примѣнить другой путь введенія атропина—прямо въ кровеносную систему, при чемъ для удобства впрыскивался атропинъ одновременно съ кураре; бралось около 0,1 куб. центим. 0,1% раствора сѣрноокислаго атропина, такъ что по расчету въ этомъ количествѣ раствора приходилось чистаго сѣрноокислаго атропина около 0,0001 grm., смѣшивалось съ отмѣреннымъ растворомъ кураре и вмѣстѣ вводилось черезъ ножную вену въ потокъ кровообращенія, послѣ чего получалось полное расширение зрачка на обоихъ глазахъ, и свѣтовая реакція зрачка терялась. На кровяномъ давленіи, *respr*, на просвѣтѣ сосудовъ, впрыскиваніе атропина отражается лишь въ первое время, какъ показываютъ кимографическія кривыя, повышеніемъ кровяного давленія и суженіемъ сосудовъ, но дальнѣйшія наблюденія выясняютъ, что кровяное давленіе минутъ черезъ 10—12 возвращается къ нормѣ, почему мы, безъ опасенія сильнаго дѣйствія на сосуды сѣтчатки, начали пользоваться впрыскиваніемъ атропина непосредственно въ кровь, а не въ глазъ, и такимъ образомъ избѣжали быстрого подсыхания и помутнѣнія роговой оболочки. Разъ рѣчь зашла о расширеніи зрачка, то должно упомянуть, что собакамъ при опытахъ мы расширяли зрачекъ такъ же, какъ и

кошкамъ, атропиномъ, вводимымъ въ кровь, а для кроликовъ въ качествѣ мидріатическаго средства употреблялся растворъ солянокислаго кокаина въ водѣ (2:100). Кокаинъ примѣнялся мѣстно—каплями на слизистую оболочку глаза, при чемъ всегда приходилось скоро смывать обыкновенной водой навесенный на вѣко растворъ кокаина и замѣнять его новымъ, до тѣхъ поръ пока ни получалось расширеніе зрачка у кролика. Подобными промываніями имѣлось въ виду устранить сильное дѣйствіе выпадающихъ изъ раствора кристалловъ кокаина на роговую оболочку, которая отъ нихъ очень быстро теряетъ свою прозрачность. Свѣтовая реакція зрачка и отъ кокаина значительно утрачивается.

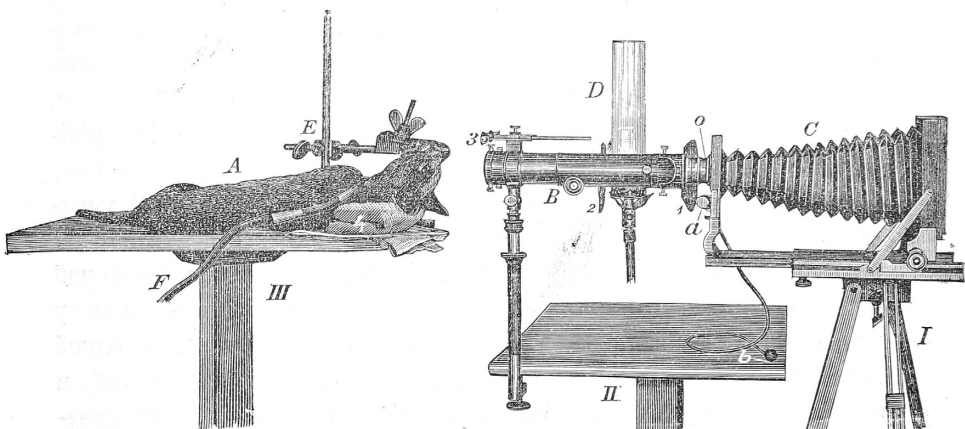
Продолжая описывать постановку опыта надъ кошкой, я долженъ отмѣтить, что у кураризированной кошки остается всегда стянутой носовая часть морды съ крѣпко зажатой между зубами палкой. Чтобы придать головѣ кошки удобное для офтальмоскопированія положеніе, одинъ конецъ палки укрѣпляютъ въ зажимѣ, надѣтомъ на штативѣ; послѣ чего начинаютъ офтальмоскопировать, по общимъ правиламъ, при помощи привинченнаго къ століку большого офтальмоскопа Liebreich'a, пользуясь свѣтомъ Ауер'овской горѣлки. Получивъ въ офтальмоскопѣ ясное изображеніе глазного дна кошки, я въ первый же разъ, при подстановкѣ фотографической камеры вмѣсто наблюдавшаго глаза, получилъ на матовой пластинкѣ аппарата изображеніе той же самой картины, какую видѣлъ въ офтальмоскопѣ. Конечно, уже не представлялось никакого труда замѣнить матовое стекло чувствительной пластинкой и фотографировать офтальмоскопическое изображеніе.

Такимъ образомъ первый же опытъ осуществленія задуманной комбинаціи большого офтальмоскопа Liebreich'a съ камерой-обскурой съ цѣлью фотографировать глазное дно животного далъ намъ удовлетворительный результатъ, почему мы принялись за дальнѣйшую разработку нашего способа фотографированія сѣтчатки, и нами получены очень хорошія фотографии.

Теперь считаю уместнымъ пояснить описанную постановку опыта соответствующимъ рисункомъ (см. стр. 43-ю).

Рисунокъ № 1 сдѣланъ съ фотографическаго снимка, представляющаго полную постановку опыта. Видно соответственное положеніе фотографической камеры относительно офтальмоскопа: объективъ камеры (*o*) приставляется почти вплотную къ отверстию въ заднемъ концѣ трубы офтальмоскопа (*B*). Это самое выгодное положеніе, такъ какъ въ такомъ случаѣ лучи отъ всего офтальмоскопическаго изображенія проникаютъ черезъ отверстія въ рефлекторѣ и трубѣ офтальмоскопа и попадаютъ черезъ объективъ въ камеру, давая

Рис. 1-й.



A—Кошка. *F*—трахеотомическая трубка съ надѣтымъ на наружный ея конецъ резиновымъ рукавомъ, идущимъ далѣе къ мѣху (не нарисованъ) для производства искусственнаго дыханія. *E*—штативъ съ зажимомъ, удерживающимъ голову за палку, вставленную въ ротъ. *4*—подушка для головы кошки. *III*—столикъ съ выдвижнымъ штативомъ. *B*—Большой офтальмоскопъ Liebreich'a съ штативомъ, прикрѣпляющимся неподвижно винтомъ къ столу. *3*—приспособленіе для фиксированія головы (человѣка). *2*—крыло, защищающее глазъ животнаго отъ свѣта лампы—*D*. *1*—крыло, защищающее глазъ наблюдателя (resp. объективъ камеры-обскуры) отъ свѣта лампы—*D*. *II*—столикъ съ выдвижнымъ штативомъ. *D*—Алер'овская лампа. *C*—Фотографическая камера. *o*—объективъ камеры. *a*—клапанъ затвора. *b*—груша затвора. *I*—треногій штативъ для фотографической камеры.

на матовой пластинкѣ изображеніе наивозможно большей величины, между тѣмъ какъ, при удаленіи фотографической камеры отъ офтальмоскопа, фотограммы получаются меньше. Необходимо слѣдить, когда приставляется камера къ офтальмоскопу очень близко, чтобы отверстіе въ центрѣ рефлектора было хорошо срѣзано и, имѣя видъ простого круглаго отверстія, было хорошенько зачернено, дабы отъ него не отражались лучи, идущіе отъ свѣтового источника на зеркало, и не попадали на объективъ, тѣмъ портя фотограммы.

Мы лично мало пользовались изображеннымъ на рис. 1 треножникомъ, находя примѣненіе его для нашей цѣли неудобнымъ по мѣшкотности работы съ нимъ.

Фотографическую камеру необходимо установить такъ, чтобы линія, соединяющая центръ матовой (слѣд., чувствительной) пластинки съ центромъ объектива, составляла непосредственное продолженіе линіи, соединяющей центръ линзы, укрѣпленной въ переднемъ концѣ офтальмоскопической трубки, съ центромъ объектива; другими словами, центръ линзы, ея фокусъ, центръ объектива и его фокусная точка съ центромъ матовой (слѣд., и чувствительной) пластинки лежали бы на одной прямой. Такой-то установки камеры, укрѣпленной на треножникѣ, добиться бываетъ не такъ-то легко, потому что когда улаживаешь неточности постановки камеры въ одной плоскости, тогда невольно портишь установку въ другой, и за такими поправками проходить много времени, а это представляетъ громадное неудобство, особенно когда требуется часто отставлять камеру отъ офтальмоскопа. Нами примѣнялся для установки фотографической камеры очень массивный столъ на четырехъ выдвижныхъ ножкахъ, такъ что можно было при помощи винта поднять верхнюю доску стола съ укрѣпленной здѣсь камерой, на какую угодно высоту. Камера укрѣплялась винтомъ на особо устроенномъ ящикѣ, неподвижно привинченномъ къ столу. У ящика верхняя крышка поднималась съ одного конца и можно было камерѣ такимъ образомъ придать любой уклонъ. Такія несложныя приспособле-

нія давали возможность быстро и легко установить камеру, какъ требовалось условіями опыта. Тяжело только переставлять столъ, но и его можно замѣнить довольно легкимъ и извѣстнымъ штативомъ, которымъ пользуются фотографы-профессіоналы для павильонныхъ камеръ. Эти штативы обладаютъ всѣми приспособленіями, устроенными на нашемъ столѣ.

Для фотографированія мы употребляемъ всегда самыя чувствительныя пластинки фабрикъ Люмьера (быстрыя) и Шлейсснера (очень быстрыя), при чемъ Люмьеровскія пластинки, изготовленныя особымъ способомъ для того, чтобы сдѣлать ихъ чувствительными къ желтымъ лучамъ, оказались наиболѣе пригодными для нашей цѣли. Пластинки этого послѣдняго сорта носятъ названіе—изохроматическихъ.

Въ качествѣ проявителя для пластинокъ пользовались только однимъ эйконогеномъ и не можемъ входить въ обсужденіе его достоинствъ или недостатковъ по сравненію съ другими проявителями.

Время потребное для экспонированія колебалось въ широкихъ границахъ: отъ 10 до 50 секундъ и даже до 1 минуты. Слишкомъ различна въ разные дни была яркость пламени Аuer'овской горѣлки, что, конечно, зависѣло отъ давленія, подъ которымъ течетъ газъ въ газопроводныхъ трубахъ, почему приходилось экспонировать при большей яркости освѣщенія меньше времени, при слабомъ же свѣтѣ—продолжительнѣе. Да и глазное дно у разныхъ животныхъ одного и того же вида различно отражаетъ свѣтовые, вѣроятно, также и химическіе лучи. Изъ кошекъ наиболѣе пригодными оказывались сѣрыя и темныя. Глазное дно кроликовъ - альбиносовъ отражаетъ значительно меньше лучей, чѣмъ дно кошекъ, и самое слабое отраженіе лучей производитъ, при прочих равныхъ условіяхъ, дно собакъ, поэтому у нихъ наиболѣе трудно фотографировать сѣтчатку; особенно еще дѣло усложняется тѣмъ, что *papilla n. optici* у собакъ бѣловаторозоваго цвѣта и, слѣдовательно, посылаетъ въ офтальмоскопъ и, конечно, въ фотографическую камеру красные мало дѣятельные, или какъ

говорять, слабо активныя лучи. Въ подобныхъ случаяхъ приходится значительно увеличивать время экспонирования, чтобы получить болѣе или менѣе сильныя негативы.

Величина и достоинство фотографіи находится въ громадной зависимости отъ выбора объектива для фотографической камеры. Мы имѣли въ виду при выборѣ объектива, чтобы онъ былъ короткофокуснымъ, потому что необходимо снимать изображеніе, находящееся въ очень близкомъ разстояніи, не превышающемъ, во всякомъ случаѣ, 20—25 сантиметровъ отъ объектива. При объективахъ съ длиннымъ фокуснымъ разстояніемъ не хватило бы мѣха для удаленія матовой пластинки отъ объектива и фотографіи получились бы безъ рѣзкихъ границъ. Сначала мы употребляли объективъ Steinheil'a—Ortostigmat, 1 : 6,8; съ фокуснымъ разстояніемъ равнымъ 120 миллиметрамъ, а затѣмъ, имѣя въ виду получить болѣе крупныя изображенія дна глаза на фотографіяхъ, примѣнили объективъ Zeiss'a—Anastigmat, 1 : 6,3; съ болѣе длиннымъ, чѣмъ у предыдущаго объектива, фокуснымъ разстояніемъ, именно, $F=140$ миллиметрамъ. Съ Zeiss'овскимъ объективомъ мы получили большое количество фотографій, поставивши около 60 опытовъ, совершая ихъ надъ искусственнымъ глазомъ Perkin'a (10 опытовъ), надъ глазами кошекъ (около 37 опытовъ), собакъ (опытовъ 4—5) и кроликовъ-альбиносовъ (8 опытовъ).

Въ техническомъ отношеніи всѣ опыты были удачны: всегда, при нормальной прозрачности глаза, получали изображеніе глазного дна на матовой пластинкѣ, разъ глазъ животного хорошо офтальмоскопировался. Никогда не случалось, чтобы при полномъ освѣщеніи Ауер'овской горѣлкой нельзя было рассмотреть на матовой пластинкѣ фотографической камеры изображеніе соска зрительнаго нерва, ретинальных сосудовъ или хороидальныхъ, если брали альбиноса - кролика или кошку.

Убѣдившись такимъ путемъ въ полной возможности фотографировать глазное дно различныхъ животныхъ предложеннымъ мною способомъ, я постарался доказать, что способъ

этотъ кромѣ того и пригоденъ для замѣны рисунковъ съѣдчатки вполне точными фотограммами съ нея. Съ этой цѣлью былъ поставленъ опытъ фотографирования глазного дна при асфиксіи животнаго; и объ этомъ опытѣ мною совместно съ глубокоуважаемымъ руководителемъ проф. И. М. Догелемъ напечатано краткое сообщеніе, о которомъ я уже упомянулъ въ обзорѣ литературы (*D-r W. Nikolaew²⁴ und Prof. I. Dogiel.²⁵ Die Protographie der Retina. Arch. f. die ges. Physiologie. Bd. 80*). Къ сообщенію приложены двѣ фотограммы, показывающія измѣненія сосудовъ глазного дна при задушеніи. Это однѣ изъ первыхъ фотограммъ, полученныхъ мною, еще мало знавшимъ техническую сторону фотографирования, однако на карточкахъ совершенно ясно замѣтны происшедшія измѣненія въ кровенаполненіи сосудовъ.

Опытъ былъ поставленъ такимъ образомъ. Черная кошка, вѣсомъ 2350,0, привязана къ доскѣ; сдѣлана кошкѣ трахеотомія и вставлена въ дыхательное горло стеклянная трубка для соединенія резиновымъ рукавомъ съ мѣхомъ для искусственнаго дыханія; отпрепарована *vena cingularis dextra*, черезъ которую введенъ въ кровь одинъ кубическій сантиметръ воднаго раствора (8:1000) кураре. Черезъ 1 минуту 35 секундъ послѣ кураризированія начинаемъ кошкѣ производить искусственное дыханіе; кошка отвязана отъ доски. Для расширенія зрачка лѣваго глаза введено за нижнее вѣко 2 капли раствора атропина (1:1000); черезъ 6 минутъ наступило очень значительное увеличеніе зрачковой щели, почему приступлено къ офтальмоскопированію лѣваго глаза. Въ офтальмоскопѣ хорошо видно глазное дно кошки: ясно обрисовывается *papilla nervi optici* съ тремя парами большихъ сосудовъ, изъ которыхъ каждую пару составляютъ вена, болѣе широкій сосудъ, и артерія—сосудъ, рядомъ лежащій съ веной и отличающійся нѣсколько меньшей величиною. Разница въ цвѣтѣ крови въ артеріяхъ и венахъ также хорошо замѣтна. Приставляемъ къ офтальмоскопу уже описаннымъ образомъ фотографическій аппаратъ и дѣлаемъ требующіяся поправки, руководясь ясно-

стью изображенія на матовой пластинкѣ. Аппаратъ такимъ образомъ установленъ и черезъ 15 минутъ послѣ начала кураризаціи животнаго была получена первая фотограмма, отмѣченная литерою *A*. Она, слѣдовательно, представляетъ видъ нормальнаго глазного дна, съ обычной ширины сосудами, которыхъ на фотограммѣ отпечаталось, кромѣ указанныхъ трехъ большихъ паръ, еще значительное количество мелкихъ.

Не измѣняя положенія глаза кошки, не переставляя ни офтальмоскопа, ни камеры, словомъ, не измѣняя ничего въ обстановкѣ опыта, прекращаемъ производить искусственное дыханіе. Кошка, конечно, лежитъ безъ всякаго движенія и не дышитъ. Начинаемъ слѣдить за колебаніемъ величины сосудовъ глазного дна по тѣмъ ихъ изображеніямъ, какія у насъ существуютъ на матовой пластинкѣ. Считаю нелишнимъ отмѣтить, что слѣдить за состояніемъ глазного дна, проэцированнаго на матовую пластинку, очень удобно: не устаешь,мотришь обоими глазами, легко замѣчаешь измѣненія и въ просвѣтѣ сосудовъ и въ окраскѣ артеріальной и венозной крови.

При задушеніи, въ первыя нѣсколько секундъ сосуды глаза, повидимому, не измѣняются; затѣмъ артеріальные сосуды какъ будто суживаются, а еще немного спустя начинается расширеніе венозныхъ сосудовъ и ихъ значительное переполненіе кровью. Вотъ стадія венозной гипереміи въ сосудахъ сѣтчатки мною и зафиксирова на фотограммѣ—*B* въ указанномъ предварительномъ сообщеніи. Карточка *B* снята черезъ 1 мин. 45 секундъ отъ начала задушенія. Экспозиція и для той и для другой съемки продолжалась по 14 секундъ, при объективѣ Steinheil'a и обыкновенныхъ чувствительныхъ пластинкахъ Люмьера.

На представленныхъ изображеніяхъ, очевидно, вены на карточкѣ *B* раза въ полтора шире, чѣмъ тѣ же вены на карточкѣ *A*.

Оригинальныя карточки этихъ двухъ снимковъ представлены были мною въ мартѣ 1900 года вмѣстѣ съ другими фотограммами, когда я показывалъ постановку опыта фото

графіи глазного дна, почтенному обществу невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ.

Такимъ образомъ, въ всякаго сомнѣнія, намъ удалось фотографировать сѣтчатку по предложенному мною способу, который оказался вполне пригоднымъ для записи совершающихся измѣненій въ глазу животнаго.

При большемъ навыкѣ въ дѣлѣ фотографіи сѣтчатки нами получено много отличныхъ снимковъ съ глазного дна, изъ которыхъ нѣсколько мы и представляемъ на приложенной къ нашей работѣ таблицѣ, которая безукоризненна въ томъ отношеніи, что на ней, какъ приготовленной фототипически, совершенно точно во всѣхъ деталяхъ каждый снимокъ соответствуетъ своему оригиналу.

Приступаю къ объясненію тѣхъ карточекъ, которыя предлагаю вниманію читателя, при чемъ считаю необходимымъ предпослать описаніе постановки опыта, при производствѣ котораго получена была фотограмма.

Опытъ I. Кошка, сѣрая, вѣсомъ 3000,0, привязана къ доскѣ, произведена трахеотомія и вставлена въ горло кошкѣ стеклянная трубка; отпрепарована *vena scurialis dextra*, вставлена въ нее канюля, черезъ которую и введено 1,5 куб. центим. воднаго раствора кураре (8 : 1000) и 0,0001 сѣрноокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 45 секундъ послѣ кураризаціи кошкѣ начали производить искусственное дыханіе и отвязали ее отъ доски. Зрачки представлялись равномерно расширенными почти до максимальной величины.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго рефлектора употреблена Ауер'овская горѣлка (давленіе, подѣ которымъ притекалъ свѣтильный газъ, было значительное). Между рефлекторомъ и Ауер'овской горѣлкой былъ поставленъ свѣтофильтръ.

Укрѣпивъ кошкѣ голову должнымъ образомъ, приступлено къ офтальмоскопированію лѣваго глаза. Офтальмоскопическое изображеніе, очень отчетливое, получено въ большомъ сложномъ офтальмоскопѣ Liebreich'a.

Установленъ соотвѣтственнымъ образомъ фотографическій аппаратъ и на матовой пластинкѣ его было получено очень ясное и рѣзкое изображеніе глазного дна, послѣ чего матовая пластинка замѣнена, при закрытомъ затворѣ, на кассету съ чувствительной пластинкой. Кассету открыли, затворъ — также и при 45-секундной экспозиціи сняли, спустя 20 минутъ съ момента выпрыскиванія кураре, нормальное глазное дно кошки.

Объективъ былъ взятъ Anastigmat C. Zeiss'a, $F=140$ mm., чувствительная изохроматическая пластинка Люмьера.

Получена фотограмма, представленная на таблицѣ подъ № 1.

Необходимо къ этому опыту, обставленному нѣсколько иначе, чѣмъ другіе, сдѣлать нѣкоторые поясненія.

Глазное дно кошки, будучи освѣщено Auer'овской горѣлкой, посылаетъ въ офтальмоскопъ лучи разнаго цвѣта и разной активной дѣятельности по отношенію къ чувствительной пластинкѣ. Посылаемые лучи — четырехъ цвѣтовъ: 1) зеленые и 2) желтые, т. е. тѣ цвѣта, въ которые окрашенъ фонъ глазного дна съ очень яркимъ зеленымъ *tapetum*; 3) красные лучи, идущіе отъ сосудовъ, наполненныхъ кровью, и темно-красные — отъ соска зрительнаго нерва, и наконецъ, 4) синіе лучи, которые примѣшиваются всюду и присутствіемъ которыхъ мы обязаны, вѣроятно, главнымъ образомъ, свойствамъ Auer'овской горѣлки. Синіе лучи считаются очень дѣятельными по отношенію къ чувствительнымъ обыкновеннымъ и изохроматическимъ пластинкамъ, тогда какъ зеленые лучи отличаются

уже меньшею степенью активности въ отношеніи обыкновенныхъ чувствительныхъ пластинокъ, желтые же лучи уступаютъ въ своемъ дѣйствіи на тѣ же пластинки и зеленому цвѣту, а красный цвѣтъ совсѣмъ слабо дѣйствуетъ на простыя чувствительныя пластинки. Принимая все это во вниманіе, мы постарались, для полученія возможно лучшаго снимка съ глазного дна, устранить синіе лучи и такимъ образомъ подставить чувствительную пластинку подѣ дѣйствіе зеленыхъ, желтыхъ и красныхъ лучей, идущихъ отъ дна глаза животнаго, т. е. слѣдовательно, подѣ дѣйствіе тѣхъ лучей, которые свойственны самому фотографируемому предмету. Съ этою цѣлью мы воспользовались Zettnow'скимъ свѣтофильтромъ, который, представляя изъ себя растворъ 160,0 азотнокислой мѣди и 14,0 хромовой кислоты въ 250 куб. цент. воды, пропускаетъ черезъ себя лишь желтые и зеленые лучи, совершенно поглощая и не пропуская синихъ лучей. Правда, въ присутствіи свѣтофильтра мы должны экспонировать чувствительную пластинку гораздо дольше, чтобы желтые и зеленые лучи хорошо подѣйствовали на нее и дали бы значительной силы отпечатки, но за то мы, получивши такимъ образомъ карточки, совершенно вознаграждены за потерю времени рѣзкостью изображенія, массою деталей на фотограммѣ, которая при снимкахъ безъ свѣтофильтра не успѣваютъ отпечататься: въ этомъ случаѣ на пластинку дѣйствуютъ и синіе лучи, работающіе энергичнѣе желтыхъ и зеленыхъ, почему фотографическій процессъ подѣ вліяніемъ синихъ лучей идетъ быстрѣе, и чтобы не получить передержки, приходится сокращать время экспонирования.

Zettnow'ская жидкость была помѣщена въ такую кювету, что толщина слоя жидкости была около 4—5 миллиметровъ.

Нами отмѣчено, что желтые и зеленые лучи не отличаются особой активной дѣятельностью по отношенію къ обыкновеннымъ чувствительнымъ пластинкамъ. Поэтому мы воспользовались особыми пластинками, носящими названіе изохроматическихъ или ортохроматическихъ. Онѣ приготовляются

особымъ способомъ, вслѣдствіе чего отличаются отъ обыкновенныхъ чувствительныхъ пластинокъ особой повышенной чувствительностью къ зеленымъ и желтымъ лучамъ, т. е. какъ разъ къ тѣмъ лучамъ, которые посылаются глазнымъ дномъ въ офтальмоскопъ и въ камеру-обскуру.

Есть въ продажѣ пластинки очень чувствительныя и къ краснымъ лучамъ, но мы такихъ не имѣли, хотя онѣ, быть можетъ, окажутся наиболѣе пригодными при фотографированіи папиллы у собакъ или человѣка, у которыхъ папилла представляется розовой.

Изохроматическія пластинки имѣлись у насъ фабрики Люмьера.

Фотограмма № 1 на таблицѣ получена нами, именно, на изохроматической пластинкѣ Люмьера въ присутствіи Zettnow'-скаго свѣтофильтра.

И дѣйствительно, карточка № 1 (см. таблицу) очень хороша: видишь на ней все то, что разсматриваешь при офтальмоскопированіи глазного дна кошки, видишь также ясно и почти съ такими же подробностями. Но все-таки одного не достаетъ какъ въ этой, такъ и во всѣхъ другихъ карточкахъ: нѣтъ окраски частей глазного дна въ ихъ естественные цвѣта. Между тѣмъ такую окраску мы наблюдаемъ и въ офтальмоскопѣ и на матовой пластинкѣ камеры-обскуры, и отъ этого нѣкоторые детали на днѣ глаза видны наблюдателю, тогда какъ онѣ на фотограммахъ утрачиваются въ значительной степени.

Но это общій упрекъ техникѣ: до сихъ поръ еще нѣтъ цвѣтной фотографіи.

Мѣсто входа зрительнаго нерва въ глазъ, окрашенное у живой кошки въ темнокрасный цвѣтъ, на снимкахъ вышло темнымъ пятномъ, которое на карточкѣ № 1 отмѣчено буквою *p* (papilla).

На той же карточкѣ видно большое количество кровеносныхъ сосудовъ сѣтчатки, выходящихъ близко къ краю соска. Сосуды вѣтвятся на пути своемъ по сѣтчатой оболочкѣ;

изъ нихъ выдѣляются своей особенно значительной величиной и большимъ количествомъ болѣе мелкихъ вѣтвей три пары сосудовъ, изъ которыхъ одну пару мы на карточкѣ отмѣтили буквами *a* и *v*: *a*—артерія, *v*—вена. Буквою *c* отмѣчено центральное свѣтлое пятно, которое обыкновенно занимаетъ при офтальмоскопированіи глазного дна средину поля зрѣнія.

Опытъ II. Кошка сѣрая, вѣсомъ 2950,0; привязана къ доскѣ. Сдѣлана трахеотомія кошкѣ и вставлена стеклянная трубка въ дыхательное горло; отпрепарована *vena cingularis dextra*, вставлена канюля и черезъ нее выпрыснуто кошкѣ въ кровь 1,5 куб. сантим. воднаго раствора кураре (8:1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 40 секундъ кошкѣ начали производить искусственное дыханіе и отвязали ее отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго зеркала употребили Аuer'овскую горѣлку (давленіе, подъ которымъ притекалъ свѣтильный газъ, было достаточно велико).

Укрѣпивъ голову животнаго должнымъ образомъ, приступили къ офтальмоскопированію праваго глаза, у котораго зрачекъ былъ очень значительно расширенъ.

Офтальмоскопическое изображеніе, очень отчетливое, получено въ большомъ сложномъ офтальмоскопѣ Liebreich'a, послѣ чего подставили фотографическую камеру, какъ слѣдуетъ, къ офтальмоскопу, и на матовой пластинкѣ обрисовалось очень ясное и рѣзкое изображеніе глазного дна.

Черезъ 15 минутъ отъ начала кураризированія кошки, матовая пластинка замѣнена кассетой съ чувствительной изохроматической пластинкой фабр. Люмьера и глазное дно было фотографировано.

Время экспозиціи чувствительной пластинки равнялось 12 секундамъ. Объективъ взятъ—Anastigmat C. Zeiss'a, $F=140$ mm.

Получена фотограмма, представленная на приложенной таблицѣ подѣ № 2.

Видна папилля съ выходящими сосудами, между которыми легко отличить три большихъ артеріи и три вены; и хотя сосуды достаточно очерчены, но нѣтъ той рѣзкости, отчетливости и рельефности, которыми отличается снимокъ № 1. Такая разница въ снимкахъ № 1 и № 2 должна быть объяснена различной постановкой I и II опытовъ, именно тѣмъ, что при опытѣ II не былъ поставленъ свѣтофильтръ и время экспозиціи сокращено почти въ четыре раза.

Опытъ III. Котъ черный, вѣсомъ 2100,0; привязанъ къ доскѣ и ему сдѣлана трахеотомія и въ дыхательное горло вставлена стеклянная трубка. Отпрепарована у кота vena cingularis dextra, вставлена въ нее канюля, черезъ которую затѣмъ впрыснуто въ кровь животному 1 куб. сантиметръ воднаго раствора кураре (8:1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 30 секундъ коту начали производить искусственное дыханіе и отвязали его отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго зеркала употребили Аиер'овскую горѣлку.

Укрѣпивъ голову кота, приступлено къ офтальмоскопированію лѣваго глаза, у котораго зрачекъ былъ почти максимально расширенъ. Получено при помощи большого, сложнаго офтальмоскопа Liebreich'a офтальмоскопическое изображеніе глазного дна кота, послѣ чего, придвинувши фотографическую камеру къ офтальмоскопу, получили на матовой пластинкѣ ясное и рѣзкое изображеніе, соответствующее офтальмоскопическому изображенію.

Черезъ 25 минутъ отъ начала кураризирования кошки матовую пластинку замѣнили кассетой съ чувствительной пластинкой и получили снимокъ (№ 3 а—на таблицѣ) съ глазного дна кота.

Время экспозиціи равнялось 13 секундамъ. Объективъ — Anastigmat C. Zeiss'a, $F=140$ mm. Чувствительная пластинка—фабр. Шлейсснера.

Черезъ полминуты послѣ получения снимка № 3 а, подъ кожу живота коту былъ впрыснутъ 1 куб. центим. Ergotin'a Ivon'a и съ момента впрыскиванія начали слѣдить за состояніемъ глазного дна вообще и за колебаніемъ сосудовъ въ частности, при чемъ результатъ наблюденій былъ записанъ: „особенно рѣзкихъ, видимыхъ на глазъ измѣненій нѣтъ почти никакихъ, лишь, кажется, немного выяснились мелкіе сосуды и сдѣлались шире крупные“.

Черезъ 3 минуты 40 секундъ отъ момента впрыскиванія Ergotin'a Ivon'a была снята карточка съ глазного дна животного.

Черезъ 7 минутъ 52 секунды отъ момента впрыскиванія Ergotin'a Ivon'a былъ полученъ еще снимокъ съ глазного дна кота и полученная фотограмма представлена на приложенной таблицѣ подъ № 3 б.

Черезъ 19 минутъ 58 секундъ отъ момента впрыскиванія Ergotin'a Ivon'a была еще получена фотограмма глазного дна кота, а черезъ 20 минутъ 45 секундъ ввели подъ кожу живота животному еще 1 куб. центим. Ergotin'a Ivon'a; черезъ 41 минуту 30 секундъ вновь впрыснули подъ кожу живота—1 куб. центим. Ergotin'a Ivon'a. Такимъ образомъ животному впрыснуто въ теченіе 41 мин. 30 сек. 3 куб. центим. Ergotin'a Ivon'a и, спустя 19 мин. 15 секундъ послѣ третьяго впрыскиванія Ergotin'a, снята еще карточка съ глазного дна.

При полученіи каждаго снимка пользовались отдѣльной чувствительной пластинкой фабр. Шлейснера, время каждой экспозиціи равнялось 13 секундамъ. Объективъ—Anastigmat C. Zeiss'a, F=140 mm.

Никакой перемѣны въ положеніи животнаго, офтальмоскопа и фотографической камеры въ теченіе всего опыта не было произведено. Глазъ также не измѣнялъ своего положенія.

Изъ описанной постановки опыта видно, что съ глазного дна кота была снята фотографія, которая на таблицѣ представлена карточкой за № 3 а; а затѣмъ получено было четыре фотোগраммы уже послѣ того, какъ коту было сдѣлано впрыскиваніе эрготина; изъ этихъ четырехъ фотোগраммъ на приложенной таблицѣ помѣщена только одна—№ 3 б.

Постановкою опыта преслѣдовалась цѣль—зарегистрировать фотографически измѣненія сосудовъ дна глаза при дѣйствіи на организмъ препарата, полученнаго изъ маточныхъ рожекъ (*Secale cornutum*),—Ergotin'a Ivon'a.

Если безспорнымъ считается, что препараты спорыньи, при мѣстномъ примѣненіи, вызываютъ суженіе близъ лежащихъ сосудовъ, а при общемъ воздѣйствіи спорыньи на организмъ, происходитъ усиленное сокращеніе мышцъ матки и сокращеніе въ ней сосудовъ, то еще до сихъ поръ не выяснено съ точностью, какъ измѣняется кровенаполненіе во всемъ организмѣ, получившемъ тотъ или иной препаратъ спорыньи. И въ то время, какъ одни изслѣдователи утверждаютъ, что кровяное давленіе отъ спорыньи повышается, другіе отмѣчаютъ его пониженіе, а третьи держатся взгляда, что сосуды суживаются лишь въ маткѣ и въ кишкахъ, а въ другихъ мѣстахъ организма не измѣняются.

Мы съ своей стороны, полагая, что вопросъ о дѣйствіи спорыньи на организмъ нуждается еще въ дальнѣйшей работѣ, имѣли въ виду представленіемъ фотোগраммъ №№ 3 а

и 3 *b* констатировать, что измѣненіе сосудовъ и кровенаполненіе ихъ въ глазу, при подкожномъ введеніи препарата спорыньи, происходитъ и выражается именно въ большемъ расширеніи и налитіи мелкихъ сосудовъ, почему на карточкѣ дѣлаются хорошо видимыми многіе изъ сосудовъ, какіе до впрыскиванія эрготина были едва примѣтны, и это бывшее кровенаполненіе касается венъ и, по преимуществу, артерій.

Отъ объясненія отмѣченнаго измѣненія сосудовъ сѣтчатки при дѣйствіи эрготина на организмъ мы пока уклоняемся.

Опытъ IV. Кошка бѣлая, вѣсомъ 1820,0; привязана, послѣ чего ей сдѣлана трахеотомія и вставлена въ дыхательное горло стеклянная трубка. Отпрепарована *vena cingalis dextra*, вставлена въ нее канюля, черезъ которую и ввели 0,8 куб. центим. воднаго раствора кураре (8 : 1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 2 минуты кошкѣ начали производить искусственное дыханіе и отвязали ее отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго рефлектора пользовались свѣтомъ Ауег'овской горѣлки (свѣтъ былъ достаточно яркій).

Укрѣпивъ голову кошки, приступили къ офтальмоскопированію лѣваго глаза, у котораго зрачекъ былъ расширенъ очень значительно. Получено при помощи большаго, сложнаго офтальмоскопа Liebreich'a офтальмоскопическое изображеніе глазного дна кошки, послѣ чего, придвинувши фотографическую камеру къ офтальмоскопу, получили на матовой пластинкѣ ясное и рѣзкое изображеніе глазного дна.

Черезъ 20 минутъ отъ начала кураризированія кошки матовую пластинку замѣнили чувствительной и получили фотограмму № 4 *a* (см. таблицу) съ глазного дна кошки.

Время экспозиціи равнялось 13 секундамъ. Обьективъ камеры—Anastigmat C. Zeiss'a съ $F=140$ mm. Чувствительная пластинка—фабр. Шлейсснера.

Черезъ 20 секундъ послѣ получения снимка № 4 а, черезъ *vena'y cruralis dextr.* было впрыснуто въ кровь животнаго 0,003 сѣрноокислаго стрихнина въ водномъ растворѣ (1:1000) и, вновь считая время съ момента впрыскиванія стрихнина, получили рядъ фотограммъ; именно, черезъ 4 секунды—первую, при чемъ на 20-ой секундѣ было замѣчено легкое выпячиваніе глаза и расширеніе зрачка, достигнувшее съ этихъ поръ своей наибольшей величины; черезъ 1 минуту 10 секундъ—вторую фотограмму; черезъ 3 минуты 48 секундъ—третью, которая и демонстрируется нами на таблицѣ подь № 4 б; наконецъ, черезъ 10 минутъ 20 секундъ—четвертую.

Всѣ снимки производились при тѣхъ же условіяхъ какъ и тотъ, который полученъ былъ до впрыскиванія животному стрихнина: положеніе животнаго, офтальмоскопа и фотографической камеры оставалось въ теченіе всего опыта безъ измѣненій, лишь въ положеніи глаза произошло отмѣченное малое измѣненіе послѣ впрыскиванія стрихнина; пластинки были употреблены одной и той же чувствительности фабр. Шлейсснера; время экспозиціи равнялось 13 секундамъ; обьективъ — Anastigmat C. Zeiss'a съ $F=140$ mm.

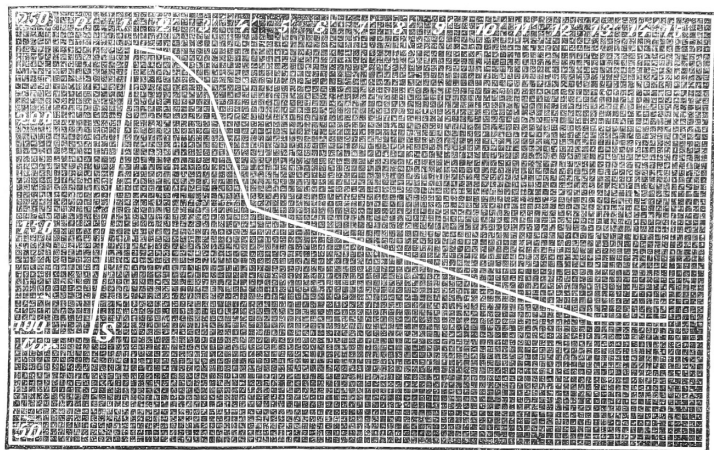
Такимъ образомъ, нами получено во время опыта пять фотограммъ съ глазного дна кошки; изъ нихъ одна карточка, помѣщенная на таблицѣ подь № 4 а, представляетъ состояніе глазного дна и сосудовъ сѣтчатки до впрыскиванія кошкѣ стрихнина, а остальные карточки, изъ которыхъ одна подь

№ 4 *b* помѣщена на таблицѣ, сняты уже послѣ впрыскиванія стрихнина въ кровь кошки

Опытъ былъ поставленъ для того, чтобы отмѣтить фотографически тѣ измѣненія сосудовъ сѣтчатки, которыя произойдутъ при дѣйствіи на организмъ сѣрноокислаго стрихнина.

Стрихнинъ принадлежитъ къ тѣмъ средствамъ, которыя повышаютъ кровяное давленіе и суживаютъ кровеносные сосуды. Такое дѣйствіе стрихнина настолько постоянно, что можно демонстрировать его на животномъ, при чемъ опытъ

Рис. 2.



всегда удастся такъ же на кураризированномъ животномъ, какъ и на не кураризированномъ. Одну изъ кимографическихъ кривыхъ, схематизированныхъ нами, приводимъ съ цѣлью показать, какъ высоко поднимается кровяное давленіе, при впрыскиваніи стрихнина кошкѣ, и какъ долго держится такое повышение.

Кровяное давленіе записывалось кимографомъ. Съ манометромъ кимографа соединена была лѣвая сонная артерія кошки (вѣсъ кошки—2900,0). Кошкѣ предварительно впрыснули кураре и атропинъ, а потомъ черезъ нѣкоторое время была

записана кривая кровяного давления. Высота кровяного давления у кураризированной кошки достигала 100 мм. ртутного столба и держалась на этой высотѣ, когда ввели через *vena* *сигнал. dextr.* въ потокъ кровообращенія 0,003 сѣрноокислаго стрихнина. На кимографической кривой (см. рис. 2-ой) моментъ впрыскиванія обозначенъ буквою *S* и съ этого момента начинаемъ считать время, отмѣченное въ минутахъ по абсциссѣ, высота же кровяного давления выражена въ миллиметрахъ и опредѣляется цифрами, стоящими по ординатѣ. Немедленно, за впрыскиваніемъ стрихнина въ кровь, кровяное давление начинаетъ повышаться и въ теченіе первой минуты достигаетъ максимальной для даннаго случая высоты—234 мм. (см. рис. 2) и держится приблизительно на той же высотѣ въ теченіе минуты, послѣ чего давление крови сначала мало по малу, а затѣмъ нѣсколько быстрѣе, опускается, такъ что въ теченіе слѣдующихъ двухъ минутъ давление упало до высоты въ 160 мм. Съ 4-ой минуты, отъ момента введенія стрихнина въ кровь кошкѣ, кровяное давление, правда, очень постепенно, но все же падаетъ, и къ 13 минутѣ высота кровяного давления была равна 112—115 мм. ртутнаго столба. Такъ измѣняется кровяное давление у кошки отъ стрихнина, соответственно этому измѣняются и артеріальные сосуды организма, т. е., они должны значительно суживаться въ первое время послѣ впрыскиванія стрихнина, а потомъ хотя и расширяются, но значительное время все же ихъ просвѣтъ долженъ оставаться уже, чѣмъ былъ до впрыскиванія стрихнина. Таковы данныя, полученные съ кимографомъ.

Что же даетъ намъ непосредственное наблюденіе за измѣненіемъ величины сосудовъ глазного дна кошки, которой введено было 0,003 сѣрноокислаго атропина?

Мы должны искать отвѣта, рассматривая всѣ наши фотографии, относящіяся къ опыту 4-му.

Мы замѣчаемъ, что артеріальные сосуды дна глаза, съ момента впрыскиванія стрихнина кошкѣ, начинаютъ быстро суживаться, такъ что уже на первой фотографіи это усматри-

вается по отношенію къ болѣ крупнымъ артеріямъ, на слѣдующихъ же карточкахъ замѣтно, что нѣкоторыя мелкія артеріальныя вѣточки совершенно почти ускользають изъ подъ наблюденія вслѣдствіе своего уменьшенія, а суженіе крупныхъ артеріальныхъ стволовъ принимаетъ болѣе выраженный характеръ.

Карточки № 4 *a* и № 4 *b* на нашей таблицѣ подтверждаютъ справедливость нашихъ словъ, хотя тутъ же я долженъ отмѣтить, что эти два фототиническихкія отпечатка нѣсколько уступаютъ въ рѣзкости изображенія оригинальнымъ фотографическимъ карточкамъ.

Сравнивши измѣненія сосудовъ организма въ первыя 5—8 минутъ дѣйствія стрихнина, о которыхъ мы составляемъ понятіе по кимографическимъ даннымъ, съ тѣми измѣненіями сосудовъ дна глаза, которыя намъ пришлось записать фотографически, мы приходимъ къ заключенію, что игра сосудовъ сѣтчатки идетъ параллельно съ общою игрою сосудовъ всего организма.

Послѣдній снимокъ въ этомъ опытѣ съ глазного дна былъ полученъ нами спустя 10 минутъ 20 секундъ отъ начала введенія кошкѣ стрихнина, что отмѣчено при описаніи хода опыта. Но наблюденіе за сосудами сѣтчатки было продолжено и результаты наблюденія записаны въ слѣдующей формѣ: „между 20 и 30 минутами стало замѣчаться (на матовой пластинкѣ) слабое расширеніе артеріальныхъ сосудовъ“.

Если мы посмотримъ теперь на кимографическую кривую (рис. 2), то оказывается, что за повышеніемъ кровяного давленія отъ стрихнина слѣдуетъ постепенное пониженіе его, т. е., за суженіемъ сосудовъ отъ стрихнина идетъ ихъ постепенное расширеніе; таковы данныя кимографическія, такія же замѣтки сдѣланы при наблюденіи за сосудами сѣтчатки и съ фотографическимъ аппаратомъ, что опять говоритъ за общность измѣненій въ сосудахъ сѣтчатки и въ сосудахъ всего организма, при воздѣйствіи на послѣдній стрихнина.

Опытъ V. Котъ черный, вѣсомъ 2800,0; привязанъ, послѣ чего ему сдѣлана трахеотомія и вставлена въ дыхательное горло стеклянная трубка. Отпрепарована *vena cingularis dextra*, вставлена въ нее канюля, черезъ которую и ввели 1,2 куб. центим. воднаго раствора кураре (8:1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 50 секундъ коту начали производить искусственное дыханіе и отвязали его отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго зеркала пользовались свѣтомъ Ауер'овской горѣлки (давленіе, подъ которымъ притекалъ газъ, было значительно).

Укрѣпивъ голову кота, приступили къ офтальмоскопированію лѣваго глаза, у котораго зрачекъ былъ расширенъ почти *ad maximum*. Получено, при помощи большого, сложнаго офтальмоскопа *Liebig's*, офтальмоскопическое изображеніе глазного дна кота, послѣ чего, придвинувши фотографическую камеру къ офтальмоскопу, получили и на матовой пластинкѣ отличное изображеніе глазного дна.

Черезъ 18 минутъ отъ начала кураризированія кота замѣнили матовую пластинку чувствительной и получили первую фотографію, которую помѣстили на нашей таблицѣ подъ № 5 а.

Время экспозиціи равнялось 12 секундамъ. Объективъ камеры—*Anastigmat C. Zeiss's* съ $F=140$ mm. Чувствительная пластинка фабр. Шлейснера.

Черезъ 15 секундъ послѣ полученія перваго снимка (на таблицѣ—№ 5 а) мы, производя искусственное дыханіе, стали вмѣстѣ съ притекающимъ воздухомъ вдвѣвать коту пары амилнитрита изъ стеклянки, куда налили 0,3 куб. центим. амилнитрита и, считая время съ того момента, когда на-

чали вдвѣвать пары амилнитрита, получили рядъ фотографіи: вторую—черезъ 4 секунды; третью, которая помѣщена у насъ на таблицѣ подъ № 5 *b*,—черезъ 1 минуту 17 секундъ; черезъ 2 минуты 20 секундъ прекратили вдвѣвать амилнитритъ, и когду возобновлено искусственное дыханіе чистымъ воздухомъ; четвертую фотографію получили черезъ 6 минутъ 34 секунды отъ начала дачи амилнитрита; эту фотографію помѣстили на таблицѣ подъ № 5 *c*; пятую—черезъ 14 минутъ 27 секундъ.

Во все продолженіе опыта котъ оставался безъ движенія, положеніе его, офтальмоскопа и фотографической камеры не мѣнялось. Глазъ не измѣнилъ своего положенія. Время экспонированія пластинки при каждой съемкѣ равнялось 12 секундамъ. Пластинки употреблялись одной и той же чувствительности фабр. Шлейсснера. Обьективъ для камеры—Anastigmat C. Zeiss'a съ $F=140$ mm.

При этомъ опытѣ получено, слѣдовательно, пять фотографіи съ глазного дна. Первая представляетъ глазное дно, такъ сказать, нормальнаго животнаго, тогда какъ другія карточки даютъ изображеніе глазного дна животнаго, послѣ того какъ на его организмъ подѣйствовали амилнитритомъ.

Первая карточка помѣщена на нашей таблицѣ подъ № 5 *a*, а изъ остальныхъ четырехъ на таблицу занесены третья—подъ № 5 *b* и четвертая—подъ № 5 *c*.

Разсматривая карточки №№ 5 *b* и 5 *c* и сравнивая ихъ съ № 5 *a*, мы легко замѣчаемъ разницу между ними. Уже на фотографіи № 5 *b* артеріальные и венозные сосуды ясно шире, чѣмъ на карточкѣ № 5 *a*, такъ что сосуды, едва лишь видимые на карточкѣ № 5 *a*, рѣзко очерчены на карточкѣ № 5 *b*; кромѣ того фотографіа № 5 *b* отличается отъ фотографіи № 5 *a* окраскою своего фона: онъ гораздо темнѣе, т. е. фонъ слабѣе отпечатался, чѣмъ на первой карточкѣ. Мы можемъ объяснить, что произошло это отъ измѣненія окраски фона глазного дна.

Мною уже указано, что у кошки фонъ глазного дна обычно окрашенъ въ желтоватозеленый цвѣтъ, между тѣмъ какъ при нашихъ опытахъ съ амилнитритомъ, послѣ его поступленія въ организмъ кошки, желтоватозеленая окраска фона глазного дна почти всегда измѣнилась въ зеленоватожелтую, т. е. появлялось большое количество желтаго цвѣта и уменьшался зеленый; а вѣдь желтый лучъ менѣе активенъ, чѣмъ зеленый, по отношенію къ чувствительной обыкновенной пластинкѣ, почему фонъ глазного дна на карточкѣ и вышелъ темнѣе при желтой окраскѣ его и свѣтлѣе при зеленой.

Эта новая окраска фона удерживается не такъ долго и, по прекращеніи вдыханій амилнитрита животнымъ, фонъ начинаетъ приобрѣтать болѣе или менѣе скоро свою нормальную окраску. Взглянемъ на фотограмму № 5с и по ней убѣждаемся въ справедливости сказаннаго: фонъ карточки № 5с уже свѣтлѣе (т. е. зеленѣе), чѣмъ фонъ карточки № 5b, но все-таки еще не такого цвѣта, какъ фонъ у карточки № 5a; изъ описанія же опыта знаемъ, что карточка № 5с снята спустя 5 минутъ 17 секундъ послѣ, чѣмъ карточка № 5b и спустя 4 минуты 14 секундъ послѣ прекращенія вдуваній амилнитрита животному. Такимъ образомъ выяснилось, что измѣненіе въ окраскѣ фона глазного дна зависитъ отъ поступленія или прекращенія введенія амилнитрита въ организмъ животного.

Карточка № 5с такъ рѣзко разнится съ карточкой № 5a (нормальной) по громадному количеству сильно наполненныхъ и расширенныхъ сосудовъ, образующихъ цѣлую сѣть видимыхъ только на ней сосудовъ, что едва ли у кого-либо явится сомнѣніе, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ сильной гипереміей сосудовъ, расширившихся подъ вліяніемъ поступившаго въ организмъ амилнитрита: артеріи расширились значительно, вены же по крайней мѣрѣ—вдвое; стала видна масса мелкихъ сосудовъ, какихъ на карточкѣ № 5a не найдешь даже и слѣдовъ.

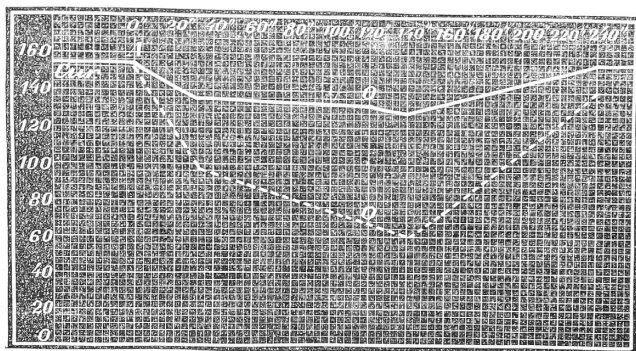
Карточка № 5с получена черезъ 4 минуты 14 секундъ послѣ того, какъ уже было прекращено вдуваніе амилнитрита

коту, передъ тѣмъ же амилнитритъ давался въ теченіе 2 минутъ 20 секундъ, слѣдовательно, вліяніе амилнитрита продолжалось еще на сосуды глаза и было выражено значительнѣе, чѣмъ черезъ 1 минуту 17 секундъ отъ начала вдыханій котомъ паровъ амилнитрита. Къ такому заключенію приходишь, сравнивая карточки №№ 5с съ 5b.

О другихъ фотограммахъ, полученныхъ при опытѣ V, мы не упоминаемъ, какъ о такихъ, которыя не противорѣчатъ вышесказанному, служа наоборотъ болѣе детальному знакомству съ процессомъ, совершающимся на сѣтчаткѣ.

Но мы не можемъ не остановиться на разсмотрѣніи кривой, добытой при посредствѣ кимографа, и представляющей кровяное давленіе у кураризированной и атропинизированной кошки до вдуванія ей паровъ амилнитрита, во время и послѣ вдуванія. Вотъ эта кривая—на рис. 3.

Рис. 3.



Постановка опыта для полученія кимографической кривой совершенно та же, какъ и въ опытѣ V, только, конечно, безъ офтальмоскопированія, но съ препаровкой лѣвой сонной артеріи, въ которую вставлена канюля для соединенія съ манометромъ кимографа. Высота кровяного давленія (см. рис. 3) у кошки, послѣ кураризированія и атропинизаціи, въ сонной артеріи равнялась приблизительно 155 mm. ртутнаго столба.

(цифры, выражающія высоту кровяного давленія въ миллиметрахъ см. по ординатѣ, а время въ секундахъ—по абсциссѣ). Съ того момента, когда кошкѣ начали съ воздухомъ вдвухъ пары амилнитрита (на рис. отмѣчено по кривой букв. А.), кровяное давленіе (обозначено чертой) начало падать и черезъ 30 секундъ упало до 135 mm. ртутнаго столба, послѣ чего паденіе кровяного давленія продолжалось, но въ очень слабой степени, такъ что въ теченіе слѣдующихъ 90 секундъ спустилось всего миллиметровъ на 5. По прекращеніи вдвухъ паровъ амилнитрита кошкѣ и по возобновленіи дыханія чистымъ воздухомъ, кровяное давленіе у кошки еще понизилось въ 20 секундъ на 5 миллиметровъ, послѣ чего оно начало повышаться и достигло своей первоначальной высоты, на какой и держалось все время, пока мы, черезъ 4 минуты 17 секундъ съ момента прекращенія дачи амилнитрита, ни начали вновь вдвухъ его кошкѣ; тогда кровяное давленіе опять начало падать и, какъ видно на томъ же рисункѣ 3, (гдѣ новая кривая кровяного давленія отъ точки А прочерчена пунктиромъ) кровяное давленіе, при вторичномъ дѣйствіи амилнитрита на организмъ, понизилось гораздо значительнѣе, чѣмъ въ первый разъ, хотя характеръ колебанія кровяного давленія остался тотъ же: черезъ 30 секундъ высота кровяного давленія была 96 mm., черезъ 120 секундъ—68 mm.; съ этого момента прекращенъ доступъ парамъ амилнитрита въ дыхательные пути кошки, но давленіе еще и послѣ того понижалось, какъ и въ первый разъ, при чемъ во второй разъ пониженіе было миллиметровъ 8, послѣ чего кровяное давленіе начало повышаться и къ концу 6-й минуты достигло почти первоначальной высоты.

Если кровяное давленіе служитъ показателемъ игры мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ всего организма, то мы легко представляемъ себѣ по кривымъ рисунка 3-го игру сосудовъ въ организмѣ у кошки, находящейся подъ вліяніемъ амилнитрита во время вдвухъ его ей и послѣ вдвухъ.

Сравнивая кимографическія данныя съ тѣми, которыя получены нами фотографическимъ путемъ и представлены на таб-

лицѣ, мы находимъ, что колебанія въ кровенаполненіи сосудовъ и ихъ расширеніи и суженіи въ организмѣ вообще и въ глазу въ частности представляютъ и сходство и разницу.

Сходство заключается въ общемъ характерѣ измѣненій: отъ амилнитрита наступаетъ расширение сосудовъ въ организмѣ и въ глазу у животнаго.

А разница выясняется, когда мы сравнимъ кимографическую кривую съ фотограммами во времени по отношенію къ моменту начала дѣйствія амилнитрита на организмъ или прекращенія введенія его. Оказывается, что сосуды тѣла быстрѣе возвращаются къ своей первоначальной величинѣ, чѣмъ сосуды глаза, послѣ прекращенія вдыханія паровъ амилнитрита.

И въ этомъ случаѣ мы ограничиваемся лишь констатированіемъ факта съ несомнѣнными документами въ рукахъ, оставляя до слѣдующихъ работъ выясненіе причинъ замѣченной разницы дѣйствія амилнитрита на сосуды организма и глаза.

Опытъ VI. Кошка бѣлая, вѣсомъ 3050,0; привязана, послѣ чего ей сдѣлана трахеотомія и вставлена въ дыхательное горло стеклянная трубка. Отпрепарована *vena curalis dextra*, вставлена въ нее канюля, черезъ которую и ввели 1,5 куб. центим. воднаго раствора кураре (8:1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 55 секундъ кошкѣ начали производить искусственное дыханіе и отвязали ее отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго зеркала пользовались свѣтомъ Ауег'овской горѣлки (свѣтъ—яркій).

Укрѣпивъ голову кошки, приступили къ офтальмоскопированію лѣваго глаза, у котораго зрачекъ былъ расширенъ значительно, но не до максимальной величины.

Получено при помощи большого, сложнаго офтальмоскопа Liebreich'a офтальмоскопическое изображение глазного дна кошки, послѣ чего, придвинувши фотографическую камеру къ офтальмоскопу, получили и на матовой пластинкѣ рѣзкое изображение глазного дна кошки.

Черезъ 20 минутъ отъ начала кураризаціи кошки замѣнили матовую пластинку чувствительной и получили первую фотографу, которую и помѣстили на нашей таблицѣ подѣ № 6а.

Время экспозиціи равнялось 15 секундамъ; чувствительная пластинка—фабр. Шлейсснера. Обьективъ камеры—Anastigmat C. Zeiss'a съ $F=140$ mm.

Черезъ 17 секундъ послѣ полученія перваго снимка, мы, производя кошкѣ искусственное дыханіе, стали вмѣстѣ съ притекающимъ воздухомъ вдвѣвать ей пары хлороформа изъ стеклянки, куда налили 3 центим. хлороформа и, считая время съ момента начала вдвѣванія паровъ хлороформа, получили рядъ фотографій съ глазного дна животнаго: вторую фотографу—черезъ 1 минуту 40 секундъ, третью—черезъ 3 минуты 43 секунды; черезъ 4 минуты 10 секундъ прекратили вдвѣваніе хлороформа и дыханіе поддерживалось лишь однимъ притокомъ чистаго воздуха. Затѣмъ получили черезъ 5 минутъ 10 секундъ четвертую фотографу; черезъ 14 минутъ 7 секундъ—пятую.

Во все продолженіе опыта кошка оставалась безъ движенія; положеніе ея, офтальмоскопа и фотографической камеры не мѣнялось. Глазъ не измѣнилъ своего положенія, а зрачекъ съ момента вдвѣванія хлороформа расширился ad maximum.

Время каждой съемки равнялось 15 секундамъ.

Пластинки употреблялись все одной и той же чувствительности фабр. Шлейсснера. Обьективъ камеры—Anastigmat C. Zeissa съ $F=140$ mm.

Послѣ опыта, слѣдовательно, у насъ осталось пять фотографмъ глазного дна кошки. Первая изъ нихъ, занесенная на таблицу подѣ № 6а, даетъ намъ возможность судить о состояніи глазного дна до дѣйствія на организмъ кошки хлороформа, тогда какъ всѣ остальные карточки представляютъ глазное дно животнаго послѣ того, какъ на него дѣйствовалъ хлороформъ. Изъ этихъ четырехъ карточекъ двѣ помѣщены на нашей таблицѣ подѣ №№ 6b и 6с. № 6b—снята черезъ 1 минуту 40 секундъ а № 6с—черезъ 3 минуты 43 секунды отъ момента, когда хлороформъ начали вдвухъ животному; и такимъ образомъ карточки № 6b и № 6с свидѣтельствуютъ, какія произошли отклоненія въ состояніи сосудовъ глазного дна отъ хлороформа, подѣйствовавшаго на организмъ. За нормальное состояніе сосудовъ принимаемъ видимый размѣръ ихъ на карточкѣ № 6а.

Сравнивая карточку № 6b съ № 6а очень легко отмѣтить, что границы папиллы рѣзче очерчены на карточкѣ № 6b, что на ней сосуды, въ особенности артеріальные, сильно сужены, а фонъ карточки представляется болѣе свѣтлымъ, чѣмъ на карточкѣ № 6а. Еще свѣтлѣе фонъ вышелъ на карточкѣ № 6с, гдѣ сосуды зафиксированы еще въ стадіи суженія (срав. съ № 6а), но однако уже болѣе широкими, чѣмъ на карточкѣ № 6b. Слѣдующія карточки рисуютъ сосуды еще болѣе широкими, такъ что ихъ просвѣтъ дѣлается не менѣе нормального и, наконецъ, даже шире.

Окраска фона въ болѣе свѣтлый цвѣтъ на карточкахъ № 6b и № 6с зависитъ, какъ ясно теперь изъ сказаннаго при описаніи опыта V, отъ болѣе интенсивной окраски глазного дна въ зеленый цвѣтъ и потери желтоватаго цвѣта, что наступаетъ на глазномъ днѣ при дѣйствіи хлороформа на организмъ.

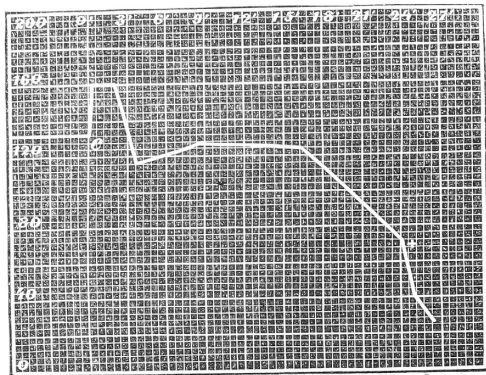
Данныя и этого опыта мы сравнимъ съ тѣми, какія намъ удастся получить кимографомъ. Кривую кровяного давленія, схематизированную нами, представляемъ на рис. 4.

Опытъ поставленъ надъ кошкой при соблюденіи всѣхъ условій опыта VI, но, конечно, офтальмоскопированія не производилось, а была отпрепарована лѣвая сонная артерія, съ которой и соединенъ манометръ кимографа по обычнымъ правиламъ. Кошка получила кураре и атропинъ, какъ въ опытѣ VI.

На рис. 4 по абсциссѣ поставлены цифры, выражающія время въ минутахъ, а по ординатѣ—цифры, показывающія высоту кровяного давленія въ миллиметрахъ.

Мы видимъ, что (на рис. 4) кровяное давленіе у кошки, послѣ кураре и атропина, установилось на высотѣ около

Рис. 4.



130 мм. ртутнаго столба, но со времени вдунанія кошкѣ паровъ хлороформа (на рис. 4 обозначено букв. с), кровяное давленіе начало подниматься и достигло высоты 160 мм., затѣмъ въ теченіе почти двухъ минутъ держалось на той же высотѣ, послѣ чего замѣчено паденіе кровяного давленія, которое на четвертой минутѣ опустилось даже ниже, чѣмъ было до хлороформированія, и въ теченіе всего остального періода держалось на субнормальной высотѣ, пока, наконецъ, не начало съ 16-й минуты падать довольно сильно, такъ что къ 24-й минутѣ кровяное давленіе у хлороформируемой кошки достигаетъ высоты всего въ 70 мм., когда наконецъ, съ прекращеніемъ біенія сердца (отмѣчено крестомъ на рис. 4) кровяное давленіе падаетъ рѣзко и жизнь кошки прекратилась.

Нарисованная кривая кровяного давления очень характерна. Мы видимъ, что съ момента дачи хлороформа наступаетъ у животнаго періодъ возбужденія, который продолжается почти двѣ минуты (поднятіе кровяного давления), затѣмъ возбужденіе прекращается и наступаетъ періодъ анестезіи (съ 3 мин. 30 сек. до 16 мин.), послѣ чего анестезія продолжается и является уже грозный предвѣстникъ наступающей опасности—сильное паденіе кровяного давления, что характеризуетъ третій періодъ дѣйствія хлороформа.

Наши фотографическія карточки № 6b и № 6c, видимо, сняты въ періодъ возбужденія животнаго, такъ какъ мы на нихъ легко замѣчаемъ сильное суженіе сосудовъ, чѣмъ и характеризуется первый періодъ дѣйствія хлороформа, при чемъ, если принять полное тождество совершающихся измѣненій въ глазу съ тѣми, которыя происходятъ въ остальномъ организмѣ, также и во времени, то мы можемъ сказать, что фотограмма № 6b получена въ самый моментъ сильнаго возбужденія организма, а № 6c—уже тогда, когда возбужденіе стало ослабѣвать.

Опытъ VII. Кошка сѣрая, вѣсомъ 2750,0; привязана, послѣ чего ей сдѣлана трахеотомія и вставлена въ дыхательное горло стеклянная трубка. Отпрепарована *vena curalis dextra*, вставлена въ нее канюля, черезъ которую и ввели 1,3 куб. центим. воднаго раствора кураре (8:1000) и 0,0001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ 1 минуту 30 секундъ кошкѣ начали производить искусственное дыханіе и отвязали ее отъ доски.

Для освѣщенія офтальмоскопическаго зеркала пользовались Ауге'овской горѣлкой (свѣтъ—значительной яркости).

Укрѣпивъ голову кошки, приступили къ офтальмоскопированію лѣваго глаза, у котораго зрачекъ расширенъ значительно, но не до максимальной величины.

Получено при помощи большого, сложнаго офтальмоскопа Liebreich'a офтальмоскопическое изображение глазного дна кошки, послѣ чего, придвинувши фотографическую камеру къ офтальмоскопу, получили на матовой пластинкѣ изображение глазного дна кошки.

Черезъ 16 минутъ отъ начала кураризированія кошки замѣнили матовую пластинку кассетой съ чувствительной пластинкой и получили первую фотограмму, помѣщенную на нашей таблицѣ подѣ № 7 а.

Время экспозиціи равнялось 15 секундамъ. Чувствительная обыкновенная пластинка фабрики Люмьера. Объективъ камеры—Ortostigmat Steinheil'a съ $F=120$ mm.

Черезъ 17 секундъ послѣ полученія перваго снимка (на таблицѣ—№7 а) мы черезъ *vena'y sanguinis dextr.* ввели животному 0,002 сѣрноокислаго стрихнина въ водномъ растворѣ (1:1000) и, считая время съ момента введенія стрихнина, черезъ 1 минуту 10 секундъ получили фотограмму, какую и представляемъ на нашей таблицѣ подѣ № 7 б.

Вторая карточка—№ 7 б—была снята такъ же, какъ и первая, на обыкновенной чувствительной пластинкѣ фабр. Люмьера при экспозиціи въ 15 секундъ; объективъ камеры—Ortostigmat Steinheil'a съ $F=120$ mm.

Во время опыта животное оставалось все въ одномъ и томъ же положеніи, глазъ же нѣсколько выпятился, когда былъ выпрыснутъ стрихнинъ, и зрачекъ расширился до максимальной величины. Офтальмоскопъ и камеру переставляли въ промежутокъ между сниманіемъ карточекъ № 7 а и № 7 б.

Во время опыта мы, слѣдовательно, получили двѣ карточки, которыя и помѣстили на нашей таблицѣ подѣ № 7 а и № 7 б.

Обѣ эти карточки могли бы быть показаны съ цѣлью отмѣтить, какъ значительно суживаются мелкіе и частью крупныя сосуды сѣтчатки при воздѣйствіи стрихнина на организмъ, если бы вторая карточка, т. е. № 7 б, была снята при тѣхъ же самыхъ условіяхъ, какъ и карточка № 7 а.

Но въ томъ то и дѣло, что карточка № 7 б снята, послѣ того какъ глазъ выпятился и было измѣнено положеніе офтальмоскопа и его передней чечевицы а также камеры-обскуры. Такія передвиженія приборовъ могутъ дать поводъ къ возраженію, что карточка № 7 б, какъ полученная при иныхъ условіяхъ, чѣмъ карточка № 7 а, не доказательна. Поэтому мы не будемъ останавливаться на разсмотрѣніи состоянія сосудовъ на обѣихъ карточкахъ седьмого номера, тѣмъ болѣе что о дѣйствіи стрихнина на сосуды была рѣчь, когда описывался опытъ III, но за то обратимъ вниманіе на нѣкоторыя другія особенности, которыя имѣютъ карточки № 7 а и № 7 б.

На карточкѣ № 7 а рѣзко бросается въ глаза серповидная бѣлая кайма, обрамляющая карточку сверху, справа и снизу; ширина этой каймы мѣстами достигаетъ 2—3 миллиметровъ. Въ лѣвой половинѣ рисунка также отпечталось бѣлое пятно съ нерѣзко очерченными краями. Какъ это бѣлое пятно, такъ и бѣлая вышеописанная кайма въ офтальмоскопѣ и на матовой пластинкѣ имѣютъ видъ блестящаго пятна и блестящей полосы и носятъ названіе свѣтового рефлекса, или отраженія свѣта, отъ роговой оболочки глаза наблюдаемаго животнаго.

Еще укажу на два маленькихъ бѣлыхъ пятнышка, которыя видны на рисункѣ № 7 а: одно—слѣва отъ папиллы, другое же—справа, но только гораздо дальше отъ папиллы, именно, лежитъ на мѣстѣ расположенія серповиднаго рефлекса, выдаваясь правымъ краемъ за него. Оба только что указанные пятнышка происходятъ отъ отраженія свѣта отъ пе-

редней и задней поверхности офтальмоскопической линзы — рефлексъ отъ чечевицы, который мы обыкновенно называемъ центральнымъ свѣтлымъ пятномъ.

Вотъ о свѣтовыхъ рефлексахъ отъ роговой оболочки и о центральномъ свѣтломъ пятнѣ надо сказать нѣсколько словъ.

Изъ литературнаго очерка мы знаемъ, что многіе авторы ссылались на постоянное присутствіе разнаго рода рефлексовъ и въ особенности отъ роговой оболочки (Noyes ²), Roserbrugh ⁴), Jakman ⁹) и Webster ¹⁰), Cohn ¹¹), Hope ¹²), Galezowski ¹³) и др.), какъ на одну изъ главныхъ причинъ ихъ неудачъ въ дѣлѣ фотографированія глазного дна. Другіе авторы (Fick ¹⁶) и Gerloff ¹⁷), преслѣдуя цѣль — устранить рефлексъ отъ роговой оболочки, придумали особаго рода приборы, т. наз. контактъ-очки, которыми вооружили фотографируемый глазъ, и только съ этимъ приспособленіемъ снимали карточки съ глазного дна.

Устройство контактъ-очковъ мною передано въ литературномъ очеркѣ; тамъ же отмѣчено, что указанные изслѣдователи рекомендовали и другимъ устранять рефлексъ отъ роговой оболочки по ихъ способамъ, но фотограммы глазного дна тѣмъ не менѣе получались неудовлетворительныя.

Guinkoff ²²) присоединилъ къ своему прибору „obstacle“ — особую ширму, которой преграждалъ доступъ въ объективъ лучамъ, отраженнымъ роговицей, и такимъ способомъ избѣгалъ свѣтового рефлекса.

Prof. Guilloz ¹⁹) и д-ръ Бекманъ ²⁰) рекомендуютъ избѣгать свѣтовыхъ рефлексовъ отъ роговицы и чечевицы небольшими измѣненіями въ положеніи офтальмоскопической линзы, и такимъ образомъ рефлексъ можетъ быть или устраненъ совершенно или отведенъ къ периферіи, послѣ чего онъ уже не мѣшаетъ разсматриванію изображенія глазного дна.

Мы, описывая постановку нашихъ опытовъ, до сихъ поръ не упоминали, какія отраженія свѣтовыхъ лучей мѣшаютъ фото-

графированію глазного дна и что мы предпринимали, чтобы ихъ устранить.

Мы пользовались для полученія фотографіи глазного дна офтальмоскопическимъ изображеніемъ, поэтому должны были руководствоваться въ устраненіи рефлексовъ правилами, рекомендованными въ офтальмоскопіяхъ.

Д-ръ Ходинъ ²⁷⁾ въ своемъ сочиненіи—(*Офтальмоскопія и ея примѣненіе въ офтальмологіи и общей медицинѣ*. 1880 г.—на стр. 57) говоритъ: „при изслѣдованіи въ обратномъ видѣ значительно мѣшаютъ изслѣдованію рефлексы отъ передней и задней поверхности чечевицы; они устраняются тѣмъ, что стекло помѣщается нѣсколько косо къ зрительной линіи наблюдателя, отчего рефлексы смѣщаются въ сторону“; и еще—„рефлексъ роговой оболочки, который отчасти мѣшаетъ изслѣдованію какъ въ прямомъ, такъ и въ обратномъ видѣ, ни чѣмъ не устранимъ, и нужно только поменьше обращать на него вниманія“.

Проф. Е. Адамюкъ ²⁶⁾ пишетъ „...видѣть дно глаза бываетъ иногда трудно, что зависитъ отъ того, что слишкомъ много отражается свѣта, частью отъ приставляемой линзы, частью же отъ роговицы. Этотъ отраженный свѣтъ, или этотъ блескъ роговицы, такъ поражаетъ глазъ наблюдателя, такъ затемняетъ изображеніе дна изслѣдуемаго глаза, что послѣднее очень трудно видѣть. Чтобы избѣжать этого отблеска, слѣдуетъ линзу, служащую для полученія обратныхъ изображеній, держать нѣсколько косвенно, вообще поворачивать ее нѣсколько между пальцами то въ ту, то въ другую сторону, чтобы отвести этимъ путемъ отраженные лучи свѣта въ сторону, то-есть, съ пути прямого зрѣнія наблюдающаго глаза. Обыкновенно этимъ поворачиваніемъ линзы цѣль вполне достигается“.

Указанія проф. Е. Адамюка и prof. Guilloz наиболѣе цѣнны и, имѣя ихъ въ виду, намъ пришлось, на самомъ дѣлѣ, устранять рефлексы отъ роговой оболочки лишь болѣе тщательной постановкой офтальмоскопа по отношенію къ гла-

зу, и на всѣхъ нашихъ карточкахъ отъ № 1 и до № 6 включительно читатель можетъ убѣдиться, что отраженій свѣта отъ роговой оболочки или совсѣмъ незамѣтно или они такъ отведены въ сторону, къ краямъ карточекъ, что совершенно не мѣшаютъ разсматриванію изображеній. На карточкахъ отраженія отъ роговицы отпечатались въ видѣ бѣлыхъ полосъ сѣрповидной формы, которыя находятся обыкновенно справа и внизу карточки.

Если можно „поменьше обращать вниманія“ (слова д-ра Ходина) на рефлексъ отъ роговицы при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи, то при офтальмоскопированіи для полученія съ изображенія фотограммъ, нужно наоборотъ побольше обращать вниманія на эти рефлексъ, чтобы устранить ихъ по возможности, иначе даже слабый блескъ роговицы для объектива камеры имѣетъ уже значительную силу, ослѣпляетъ его и передается имъ на карточку, дѣлая ее монотонной и мѣстами недостаточно ясной. Карточки, полученные при такой несовершенной установкѣ офтальмоскопа есть и на нашей таблицѣ: это №№ 4 *a*, 4 *b* и въ особенности № 7 *a*. Карточка послѣдняго номера помѣщена на таблицѣ главнымъ образомъ для того, чтобы показать, какъ значительны бываютъ рефлексъ отъ роговицы, что они бываютъ различной формы и что поворотъ линзы офтальмоскопа можетъ нѣсколько ограничивать область, на которую распространяется корнеальный рефлексъ.

Въ присутствіи отраженій отъ роговицы видъ карточки сильно мѣняется и она мало пригодна для изученія состоянія сосудовъ глазного дна.

Небольшая перестановка офтальмоскопа можетъ вести уже къ полному устраненію рефлексовъ отъ роговицы, чему нагляднымъ примѣромъ служить карточка № 7 *b*, снятая съ того же самаго глаза, что и № 7 *a*, но при новой установкѣ офтальмоскопа.

Никакихъ особыхъ приборовъ (напр. контактъ-очковъ) для устраненія рефлекса отъ роговой оболочки мы не примѣ-

няли, считая ихъ только за излишнее осложненіе опыта, ведущее къ пониженію степени освѣщенія глазного дна и сильно влияющее на самый глазъ.

Другого рода рефлексъ—отъ передней и задней поверхности чечевицы, такъ наз., центральное свѣтлое пятно.

Онъ неустранимъ, но его можно смѣстить въ сторону поворачиваніемъ линзы, какъ рекомендуетъ, напр., Ходинъ въ вышеприведенной цитатѣ.

На карточкѣ № 7 *a* и № 7 *b* видно, что мы такъ и сдѣлали при своей работѣ, а на остальныхъ карточкахъ таблицы центральное свѣтлое пятно чечевицы занимаетъ средину карточки. Здѣсь ему мѣсто, здѣсь мы его и предпочитаемъ оставлять, помѣщая на фотограммѣ въ той части изображенія глазного дна, которая по той или иной причинѣ намъ представляется мало цѣнной.

Достигнуть этого можно соотвѣтственной установкой офтальмоскопа.

Поворачиванія же одной линзы мы обыкновенно избѣгаемъ, потому что на карточкѣ вмѣсто одного бѣлаго пятна имѣемъ ихъ два, слѣдовательно, это уже не выигрышъ; да и такое поворачиваніе линзы уменьшаетъ поле зрѣнія, что является прямымъ ущербомъ для изслѣдованія.

Карточка № 7 *a* и еще больше карточка № 7 *b* отчасти подтверждаетъ сказанное.

Просматривая таблицу съ фототипіями, читатель, конечно, легко видитъ разницу въ величинѣ карточекъ №№ 7 *a* и 7 *b* и всѣхъ остальныхъ. Разница получилась отъ того, что мы пользовались при съемкѣ карточекъ № 7 *a* и № 7 *b* объективомъ, имѣющимъ болѣе короткое фокусное разстояніе, чѣмъ оно было у объектива, при помощи котораго сняли остальные номера карточекъ.

Мы, еще ранѣе описанія серіи нашихъ опытовъ, выяснили уже въ главныхъ чертахъ постановку опытовъ фотографи-

ванія глазного дна у животныхъ, какъ мы обычно практиковали. Тамъ было указано на стрѣльный ядъ, которымъ мы достигали неподвижности животнаго и его глазъ, тамъ же отмѣтили, что нами Ауер'овскій свѣтъ найденъ пригоднымъ и удобнымъ для цѣлей фотографированія глазного дна животныхъ.

Теперь же изъ описанія семи опытовъ выяснилось, что мы встрѣчались еще съ нѣкоторыми деталями при постановкѣ опытовъ фотографированія сѣтчатки животныхъ.

Такъ, при описаніи VII опыта мы говорили о рефлексахъ отъ роговицы и отъ линзы и упомянули о мѣрахъ, предпринимаемыхъ для устраненія рефлексовъ; показали при описаніи того же VII опыта, какъ отражается на величинѣ фотограммъ длина фокуснаго разстоянія объективовъ; въ опытѣ I отмѣчено значеніе выбора чувствительныхъ пластинокъ, выгода примѣненія свѣтофильтра, а въ опытѣ II — значеніе срока экспозицій.

Такимъ образомъ мы старались разсматривать вопросъ о фотографированіи сѣтчатки, не оставляя безъ вниманія того, что затрудняло предшествовавшихъ изслѣдователей, указывая, какимъ способомъ мы справлялись съ представлявшимися препятствіями, и рекомендуемъ при фотографированіи глазного дна примѣненіе новыхъ болѣе усовершенствованныхъ техническихъ приѣмовъ и матеріаловъ.

Послѣ всего вышеизложеннаго укажемъ вкратцѣ тѣ результаты, которые достигнуты нами при фотографированіи по нашему способу:

1) Получены въ большомъ количествѣ фотограммы глазного дна животныхъ.

2) Фотографіи сняты съ дѣйствительнаго обратнаго изображенія дна глаза и представляютъ поэтому сѣтчатку въ прямомъ видѣ.

3) Способъ фотографированія сѣтчатки, предложенный нами, вполне пригоденъ для лабораторныхъ изслѣдованій.

4) Фотограммы глазного дна, полученные нами, превосходятъ ясностью и рѣзкостью изображеній всѣ остальные, опубликованныя другими изслѣдователями.

5) Нами впервые получены фотограммы сѣтчатки животныхъ съ измѣненіями кровенаполненія и размѣра просвѣта сосудовъ подъ вліяніемъ различныхъ лекарственныхъ средствъ: амилнитрита, хлороформа, стрихнина, эрготина и др.

6) Отмѣчено впервые измѣненіе окраски глазного дна подъ вліяніемъ амилнитрита и хлороформа.

7) Проведена параллель между измѣненіями сосудовъ сѣтчатки и измѣненіями сосудовъ всего организма при воздѣйствіи на животное лекарствъ: амилнитрита, хлороформа, стрихнина.

Въ заключеніи не можемъ обойти молчаніемъ еще нѣсколькихъ опытовъ, поставленныхъ нами. Результатовъ этихъ опытовъ мы еще не имѣемъ права опубликовывать по незначительному количеству наблюденій.

Нами, съ примѣненіемъ фотографической записи совершавшагося, испытывались еще другія средства по дѣйствію на сосуды глаза: раздраженіе блуждающаго и симпатическаго нервовъ; азотистокислый натръ, эзеринъ, кокаинъ, атропинъ.

Для изслѣдованія дѣйствія этихъ послѣднихъ средствъ мы измѣнили нѣсколько постановку опытовъ. Неудобно конечно, предварительно пользоваться для расширенія зрачка при офтальмоскопированіи глаза мидріатическими средствами, когда хочешь испытывать дѣйствіе, напр., атропина на сосуды того же животнаго. Поэтому мы, съ цѣлью увеличить зрачковую щель безъ лекарствъ, дѣлали *iridocomia* животному, предназначенному къ опыту, и такимъ путемъ достигали, что радужка подъ вліяніемъ свѣта Ауер'овской горѣлки не смыкалась значительно, оставляя щель, достаточную для офтальмоскопическихъ наблюденій. *Iridocomia* съ успѣхомъ была произведена на кроликахъ и кошкахъ. Когда процессъ заживле-

нія радужки и роговицы оканчивался (повязки на глазъ не накладывали), то безъ всякихъ расширяющихъ зрачекъ лекарствъ, офтальмоскопировали и получали отличные снимки съ глазного дна этихъ животныхъ, при чемъ у кроликовъ-альбиносовъ прекрасно фотографировалась сѣть хороидальныхъ сосудовъ.

Кромѣ того была мною начата новая серия опытовъ одновременной записи кровяного давленія кимографомъ, соединеннымъ съ сонной артеріей, съ записью фотографическимъ аппаратомъ измѣненій сосудовъ на глазномъ днѣ.

Такая постановка опытовъ нова и крайне интересна и, можетъ быть, послужить къ нѣкоторому выясненію до сихъ поръ еще темнаго вопроса объ иннерваціи сосудовъ глаза и колебаніяхъ сосудовъ въ головномъ мозгу.

Уже нами представленныя фотограммы наводятъ на вопросъ, почему такое сильно дѣйствующее средство, какъ стрихнинъ, вызывающее громадное повышеніе кровяного давленія, отмѣчаемаго кимографомъ (см. рис. 2), не суживаетъ сосудовъ сѣтчатки такъ значительно, какъ, напр., хлороформъ (ср. фотограммы таблицы), который однако артеріальное давленіе не поднимаетъ на столь значительную высоту. Будущія изслѣдованія съ фотографической записью измѣненій на днѣ глаза могутъ освѣтить намѣченный вопросъ.

На животныхъ теперь можетъ быть поставленъ и прослѣженъ рядъ опытовъ, съ различными ядами, напр., свинцомъ, табакомъ и алкоголемъ, которые вызываютъ тѣ или иные измѣненія на глазномъ днѣ, такъ что, думается мнѣ, способъ фотографированія сѣтчатки животныхъ можетъ занять не послѣднее мѣсто въ методикѣ опытныхъ наукъ и можетъ быть съ пользою употребленъ при лабораторныхъ занятіяхъ.

Въ фармакологической лабораторіи мы располагаемъ только животными, надъ которыми и упражнялись въ производствѣ фотограммъ съ глазного дна, но мы пытались по нашему способу получить фотограмму и съ сѣтчатки человѣка. Зрачекъ пациента расширяли гоматропиномъ, устанавливали офтальмоскопъ и, по-

лучивъ въ немъ изображеніе глазного дна, подставляли фотографическую камеру. На матовой пластинкѣ камеры я видѣлъ изображеніе глазного дна человѣка: папиллю и выходящія сосуды, но снять это изображеніе не удалось вслѣдствіе подвижности глаза. Свѣтъ употребляли Аuer'овской горѣлки, и необходимо, чтобы онъ былъ яркій, иначе трудно видѣть глазное дно на матовой пластинкѣ: приходится ее промасливать и изображеніе разсматривать въ лупу.

Свѣтъ Аuer'овской горѣлки не такъ-то сильно вредитъ зрѣнію: я испытывалъ на себѣ; послѣ 15-минутнаго непрерывнаго освѣщенія моего глаза концентрированными при помощи офтальмоскопической линзы лучами Аuer'овской горѣлки, у меня появлялось расстройство зрѣнія минутъ на 5—центральная скотома, которая потомъ исчезала совершенно. Послѣ такого испытанія я уже не очень опасался за глазъ приглашеннаго мною субъекта, тѣмъ болѣе что ему приходилось освѣщать глазъ Аuer'овской горѣлкой не долѣе 30—45 секундъ.

Для меня, видѣвшаго папиллю человѣка на матовой пластинкѣ фотографической камеры, теперь нѣтъ никакого сомнѣнія, что можно глазное дно человѣка фотографировать по предлагаемому нами способу; необходимо только добиться такого быстрого и яркаго освѣщенія глазного дна, при которомъ и тѣхъ нѣсколькихъ мгновеній неподвижнаго положенія глаза, въ продолженіи коихъ изслѣдователь разсматриваетъ сѣтчатку при офтальмоскопированіи глаза, совершенно достаточно для отпечатыванія изображенія глазного дна на чувствительной пластинкѣ. Проф. Guilloz также преслѣдовалъ цѣль получить возможно быстрый снимокъ съ глазного дна человѣка, чтобы такимъ образомъ глазъ не успѣвалъ бы измѣнить своего положенія прежде, чѣмъ фотографируютъ сѣтчатку. Для достиженія намѣченнаго, Guilloz пользовался магнѣзальнымъ свѣтомъ. И хотя съ этимъ свѣтомъ мы еще не имѣемъ опыта, но кажется, что магнѣвая вспышка въ этомъ случаѣ совершенно удовлетворитъ изслѣдователя и сослужитъ

ему службу; изслѣдованія же Guilloz даютъ основаніе надѣяться, что фотографируемому глазу не будетъ нанесено никакого вреда этимъ свѣтомъ. Пластинками, способными воспринять очень непродолжительное воздѣйствіе свѣта, т. е., очень чувствительными, фотографы владѣютъ уже и теперь. Для желтовато-красныхъ лучей, отражаемыхъ глазнымъ дномъ человѣка, можно пользоваться пластинками съ повышенной чувствительностью къ краснымъ лучамъ.

Для того, чтобы слѣдить за тѣмъ, что мы снимаемъ въ данный моментъ въ глазу пациента, можно, вѣроятно, пользоваться офтальмоскопомъ для двухъ или трехъ наблюдателей, напр. офтальмоскопомъ Monoyer'a: фотографическая камера должна быть поставлена сзади прямо противъ отверстія офтальмоскопической трубы, а наблюдатель—фотографъ (сбоку) рассматриваетъ изображеніе прошедшее черезъ призму. Подобный контролирующій приборъ рекомендовалъ примѣнять Cohn; онъ устраивалъ особую камеру-обскуру, довольно сложную и несовершенную, въ которой за одинъ разъ получаются два одинаковыхъ изображенія фотографируемаго предмета; одно рассматривается изслѣдователемъ на матовой пластинкѣ, другое же, совершенно подобное первому, печатается на чувствительной пластинкѣ. Мысль Cohn'a правильна, но осуществленіе ея неудовлетворительно, поэтому лучше, полагаемъ, примѣнить уже извѣстный усовершенствованный приборъ (офтальмоскопъ Monoyer'a), который къ тому же у многихъ есть въ запасѣ, чѣмъ пользоваться или придумывать другой аппаратъ (напр., Cohn'a), не имѣющій преимуществъ передъ прочими ни по идеѣ, ни по простотѣ, ни по удобству пользованія.

Для полученія стереоскопическихъ фотограммъ глазного дна можно употребить въ дѣло бинокулярный офтальмоскопъ Giraud-Teulon'a и, конечно, стереоскопическую фотографическую камеру.

Обращаемъ вниманіе, что только что сказанное относится пока еще къ задачамъ, поставленнымъ нами лишь теоретически, но въ практическому ихъ осуществленію мы почти не присту-

пали, какъ потому что не имѣемъ подъ руками инструментовъ указанныхъ авторовъ, такъ частью и потому что мы располагаемъ въ качествѣ пациентовъ животными, а не людьми.

Заканчивая настоящую работу, я съ особеннымъ удовольствіемъ пользуюсь случаемъ выразить горячую благодарность многоуважаемому проф. Ивану Михайловичу Догелю, какъ моему руководителю и учителю, всегда приходившему мнѣ на помощь словомъ и дѣломъ при моихъ лабораторныхъ занятіяхъ.

Л и т е р а т у р а.

1. H. Helmholtz. Beschreibung eines Augenspiegels. Berlin. 1851.
2. Prof. Noyes. Congrès périodique international des sciences médicales. Copenhague. 1884. Section d'ophtalmologie, стр. 34.
3. Sinclair. цит. по Noyes'у.
4. Roserbrugh. On a new instrument for photographing the fundus oculi. Ameriqu. Journ. of Ophtalm. N.-Y. 1864. цит. по Guinkoff'у.
5. Jeffries. Tr. Am. opht. soc. 6 sess. N.-Y. 1869. стр. 67—71. цит. по Guinkoff'у.
6. Wadsworth. Tr. Am. opht. soc. N.-Y. 1880. стр. 174. цит. по Guinkoff'у.
7. Liebreich. цит. по Guilloz.
8. Prof. Dor. La photographie de l'image ophtalmoscopique. Congrès periodique international des sciences médicales. 1884.
9. Jakman und
10. Webster. цит. по Guinkoff'у.
11. Cohn. Centralblatt für practische Augenheilkunde. 1888. цит. по Gerloff'у.
12. Hope. цит. по Guinkoff'у.
13. Galezowski. цит. по Guinkoff'у.
14. С. Л. Сегаль. Аппаратъ для фотографированія глазного дна. Труды медицинской секціи О-ва опытныхъ наукъ при Харьковскомъ Университетѣ. 1888 г.

15. Bagnéris. Soc. des Sciences de Nancy. 1889. цит. по Guinkoff'y.

16. Fick. Congrès d'Heidelberg. 1891. цит. по Guinkoff'y и Бекману.

17. Gerloff. Ueber die Photographie des Augenhintergrundes. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. 1891.

18. Paelchen. цит. по Gerloff'y.

19. Prof. Th. Guilloz. La photographie instantée du fond de l'oeil humain. Archives d'Ophtalmologie. T. 13. 1893.

20. А. Ф. Бекманъ. Новый офтальмоскопъ-рефлекторъ. Диссертация. С.Петербургъ. 1896 г.

21. D-r U. Guinkoff. Sur un procédé de photographie de la rétine. Comptes Rendus de l'Akadémie des Sciences. 1896.

22. D-r U. Guinkoff. La photographie de la rétine. Montpellier. 1897.

23. Prof. Th. Guilloz. Sur la photographie de la rétine. Comptes Rendus de l'Akadémie des Sciences. 1896.

24. D-r W. Nikolaew und

25. Prof. J. Dogiel. Die Photographie der Retina. Archiv f. die ges. Physiologie. Bd. 80.

26. Проф. Е. Адамюкъ. Практическое руководство къ изученію болѣзней глаза. Т. I. ч. I. 1881 г.

27. Д-ръ А. Ходинъ. Офтальмоскопія и ея примѣненіе къ офтальмологіи и общей медицинѣ. 1880 г.

Объясненіе рисунковъ на таблицѣ.

1. Нормальное глазное дно кошки. *P*—папилла; *a*—артерія, *v*—вена; *c*—центральное свѣтлое пятно.

Anastigmat C. Zeiss'a, $F=140$ mm.; изохроматическая чувствительная пластинка Люмбера; свѣтофильтръ; экспозиція—45 секундъ.

2. Нормальное глазное дно кошки.

Anastigmat C. Zeiss'a, $F=140$ mm.; изохроматическая чувствительная пластинка Люмбера; экспозиція 12 секундъ.

- 3 *a*. Нормальное глазное дно кошки.

- 3 *b*. Глазное дно кошки черезъ 7 мин. 52 сек. послѣ впрыскиванія Ergotin'a Ivon'a 1,0.

Anastigmat C. Zeiss'a,
 $F=140$ mm.; чувств. пластинки Шлейсснера; экспозиція—13 секундъ.

- 4 *a*. Нормальное глазное дно кошки.

- 4 *b*. Глазное дно кошки черезъ 3 мин. 48 сек. послѣ впрыскиванія стрихнина 0,003.

Anastigmat C. Zeiss'a,
 $F=140$ mm.; чувств. пластинки Шлейсснера; экспозиція—13 секундъ.

- 5 *a*. Нормальное глазное дно кота.

- 5 *b*. Глазное дно кота черезъ 1 мин. 17 сек.

- 5 *c*. Глазное дно кота черезъ 6 мин. 34 сек. со времени начала вдуванія коту паровъ амилнитрита.

Anastigmat C. Zeiss'a,
 $F=140$ mm.; чувств. пластинки Шлейсснера; экспозиція—12 секундъ.

- 6 *a*. Нормальное глазное дно кошки.

- 6 *b*. Глазное дно кошки черезъ 1 мин. 41 сек.

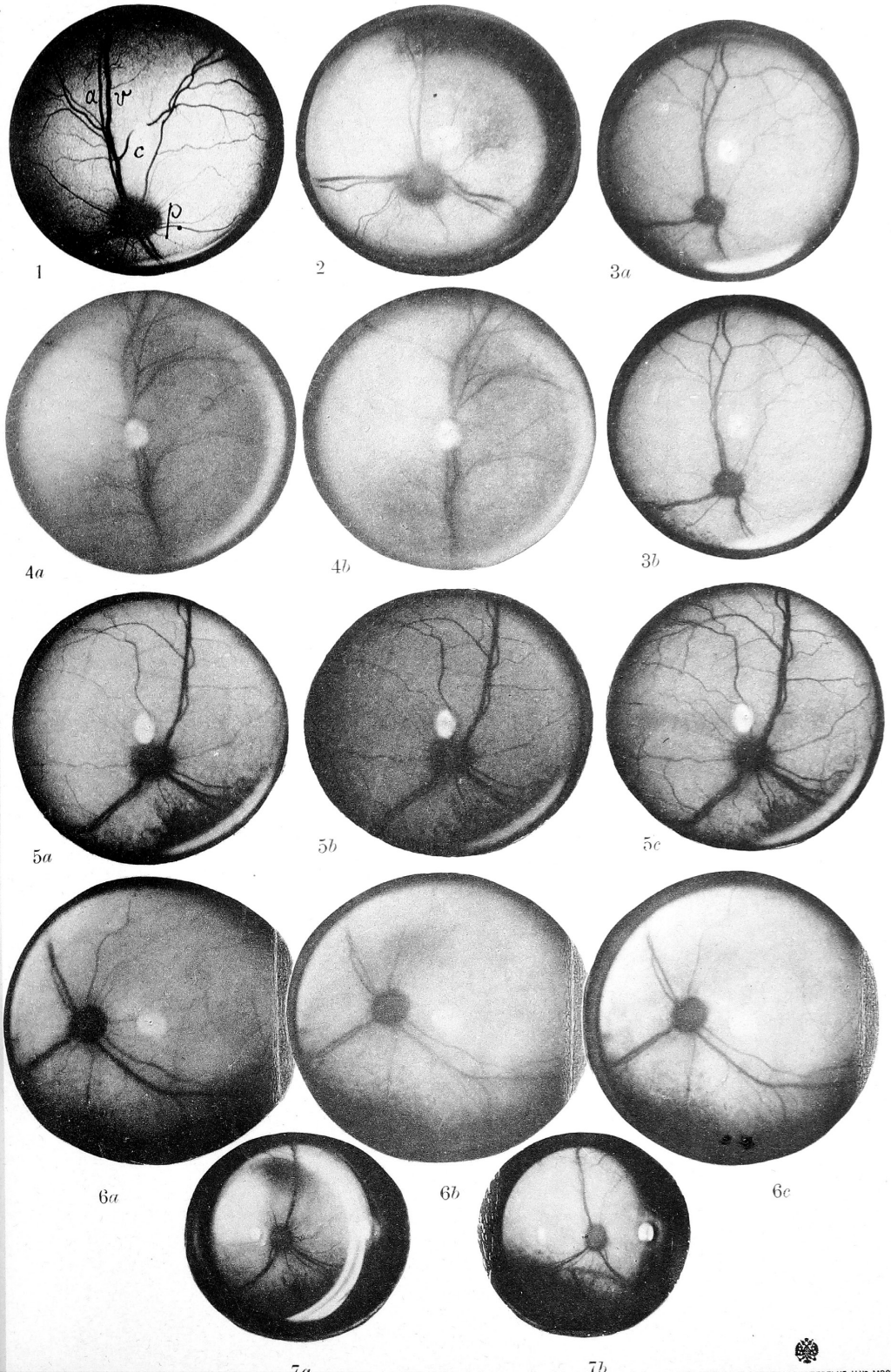
- 6 *c*. Глазное дно кошки черезъ 3 мин. 43 сек. со времени начала вдуванія кошкѣ паровъ хлороформа.

Anastigmat C. Zeiss'a,
 $F=140$ mm.; чувствительная пластинка Шлейсснера; экспозиція—15 секундъ.

- 7 *a*. Нормальное глазное дно кошки.

- 7 *b*. Глазное дно кошки черезъ 1 мин. 10 сек. со времени начала впрыскиванія кошкѣ 0,002 стрихнина.

Ortostigmat Steinheil'a
 $F=120$ mm.; чувствительная пластинка Люмбера; экспозиція—15 секундъ.



О такъ называемомъ „возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва“.

(Paralysis n. oculomotorii recidiva).

Д-ра М. М. Меринга.

(Продолженіе; см. т. IX, вып. 3).

III.

На основаніи приведенныхъ выше характеристикъ и исторій болѣзни, можно, полагаемъ, составить себѣ нѣкоторое представленіе о возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва, отчасти исправляющее наши свѣдѣнія по этому вопросу, отчасти ихъ дополняющее.

Дѣлаемъ теперь попытку разобраться въ этихъ свѣдѣніяхъ, сгруппировавши ихъ въ обычныхъ рубрикахъ: симптоматологіи болѣзни, ея этиологіи, патологической анатоміи и т. д.

§ 1. Отдѣлъ симптоматологіи начнемъ съ разсмотрѣнія параличей.

Между послѣдними, по постоянству своего появленія, параличъ n. oculomotorii справедливо занимаетъ центральное мѣсто. Дѣйствительно, вчитываясь внимательно въ исторіи болѣзней, не трудно убѣдиться, что, тогда какъ участіе въ пораженіи отводящаго нерва и др., упоминавшееся одними авторами, не подтверждается другими изслѣдователями вопроса, параличъ глазодвигательнаго нерва у всѣхъ безъ исключенія имѣется на лицѣ.

Являясь такимъ постояннымъ, такимъ характернымъ признакомъ болѣзни, параличъ n. oculomotorii проявляетъ, однако

же, безконечное разнообразіе въ своей локализациі и способѣ пораженія глазныхъ мышцъ.

Говоря о локализациі, мы должны оспорить заявленія проф. Charcot и др., устанавливавшихъ законность въ появленіи непремѣнно односторонняго паралича этого нерва. Оставляя вопросъ объ альтернирующемъ его пораженіи пока въ сторонѣ—его мы рассмотримъ въ отдѣлѣ теченія болѣзни,—мы укажемъ здѣсь на наблюденіе Parinaud et Marie, констатировавшихъ неполный параличъ аккомодациі „обоихъ“ глазъ и на почти аналогичное наблюденіе самого же Charcot (въ правомъ глазу полный параличъ аккомодациі, въ лѣвомъ простой парезъ); укажемъ кромѣ того на наблюденія: Darquier, отмѣтившаго появленіе паралича въ правомъ глазу въ то время, когда не вполне еще сгладились параличныя явленія въ лѣвомъ, Chabbert'a, описавшаго пораженіе наружной мускулатуры *oculi utriusque* и Бехтерева, подчеркивающего возможность двусторонняго пораженія глазъ; сошлемся, наконецъ, и на собственное наше наблюденіе (первое), въ которомъ и намъ также довелось отмѣтить пораженіе одной изъ вѣтвей п. *oculomotorii* въ обоихъ глазахъ. Только что указанные факты даютъ намъ право утверждать, что на ряду съ случаями односторонняго паралича глазодвигательнаго нерва, существуютъ, правда не столь многочисленные, также и случаи съ двусторонней его локализацией.

Переходя теперь къ вопросу о способѣ пораженія глазныхъ мышцъ, мы убѣждаемся, что каждый изъ иннервируемыхъ *oculomotorio* мускуловъ можетъ служить ареною параличныхъ явленій, какъ взятый въ отдѣльности, такъ и въ комбинаціи съ другими мышцами глаза. Комбинаціи эти являются самыми разнообразными:—такъ, наблюдались случаи, въ которыхъ параличи были находимы исключительно во внутреннихъ мышцахъ глаза и давали т. о. картину *ophthalmoplegiae internae* (Troemner); въ противоположность имъ констатировались случаи съ картиною *ophthalmoplegiae externae* (Chabbert, Bernhardt), но чаще всего наблюдалось совмѣстное

пораженіе наружныхъ мышцъ глаза съ внутренними, напр. поражение *m. levatoris palpebrae superioris* и *m. recti interni* вмѣстѣ съ пораженіемъ *m. sphinctoris pupillae*. Изъ всего сказаннаго нами о способѣ пораженія глазныхъ мышцъ вытекаетъ, что способъ этотъ, если можно такъ выразиться, самый безпорядочный и что отмѣченное выше отсутствие законности относительно непремѣнно односторонней локализациі паралича распространяется также и на распредѣленіе послѣдняго въ вѣтвяхъ одного какого либо глазодвигательнаго нерва.

Въ зависимости отъ паралича *n. oculomotorii* констатируются слѣдующія клиническія явленія: опущеніе верхняго вѣка; невозможность произвольнаго его поднятія; часто болѣе высокое надъ нимъ положеніе брови, сравнительно съ бровью противоположной стороны благодаря постояннымъ усиліямъ больныхъ раскрыть глазъ (*Ballet*); тотъ или другой видъ косоглазія; ограниченность движенія глазного яблока, доходящая до полной его неподвижности; нѣкоторое выпячиваніе глаза кпереди; *diplopia*, часто влекущая за собою головокруженіе (*vertigo ab oculo laeso*); умѣренное расширеніе зрачка; пораженіе аккомодациі, особенно рѣзко выступающее при чтеніи и вялость зрачковой реакціи на свѣтъ и на конвергенцію, доходящая до полного отсутствія этой реакціи, наконецъ, иной разъ, нистагмообразныя движенія (*Moebius*, наше первое наблюденіе). Смотря по тому въ какомъ періодѣ паралича врачъ застаетъ больного, а также и оттого развиваются ли у послѣдняго параличныя явленія впервые или повторно, и степень выраженности ихъ, какъ количественная, такъ и качественная, является не одинаковой, представляя всѣ градаціи отъ едва уловимаго пареза до картины *ophthalmoplegiae totalis et completae*.

Отъ паралича глазодвигательнаго переходимъ къ параличамъ и прочимъ черепнымъ нервамъ. Выше мы приводили уже по этому поводу мнѣнія проф. *Charcot* и *Даркшевича*. Основываясь на изслѣдованіи извѣстной въ то время литературы вопроса, оба автора признавали характернымъ для дан-

наго заболѣванія поражение п. oculomotorii при одновременномъ отсутствіи параличныхъ явленій со стороны прочихъ черепныхъ нервовъ. Изъ этого правила оба автора дѣлали исключеніе лишь въ пользу первой вѣтви тройничнаго нерва, участіе которой въ патологическомъ процессѣ уже и въ то время было подмѣчено нѣкоторыми наблюдателями. Мы видимъ, однако же, что самъ Charcot констатируетъ у своей паціѣнтки на ряду съ параличемъ п. oculomotorii, также и параличъ п. abducentis, но оставляетъ его объясненіе до „будущихъ наблюденій, которыя должны расширить наши знанія по этому вопросу“.

Дѣйствительно, наши знанія съ тѣхъ поръ нѣсколько расширились; такъ, Coutouzis описалъ параличъ блокового нерва, Darquier, Demicheri и Pflüger ¹⁾—параличъ лицевого нерва, тотъ же Pflüger, Charcot jun., Chabbert и Бехтеревъ—параличъ отводящаго нерва. Участіе въ поражении этого послѣдняго имѣемъ возможность подтвердить и мы лично на основаніи второго нашего наблюденія.

Пояменованные здѣсь авторы даютъ намъ право установить возможность пораженія при данной болѣзни, помимо глазодвигательнаго и тройничнаго, также и прочихъ черепныхъ нервовъ.

Несмотря, однако же, на это, мы не можемъ не отмѣтить здѣсь крайней рѣдкости этого пораженія, которая и давала прежнимъ авторамъ поводъ отрицать вовсе его существованіе ²⁾. Отмѣтимъ также и стереотипность наблюдаемыхъ при этомъ параличныхъ комбинацій: неперемѣнно ихъ составною частью является все же поражение п. oculomotorii; что же касается блокового, отводящаго или лицевого нерва, то ихъ параличи лишь присоединяются къ параличу п. oculomotorii—обыкновенно въ отношеніи 1: 1—и носятъ т. о. на

¹⁾ Цитируемъ по Gowers'у op. cit. стр. 191 сноски 2-ая.

²⁾ Насколько намъ удалось прослѣдить исторію этого вопроса до выхода къ свѣтъ статей профессоровъ Charcot и Даркшевича, т. е. до 1890 г., параличъ отводящаго нерва упоминался только одинъ разъ (Gubler'омъ), параличи же прочихъ черепныхъ нервовъ—ни разу.

себѣ лишь спорадическій, случайный характеръ. Локализація ихъ пораженія можетъ быть при этомъ двоякая: она или совпадаетъ съ локализаціей паралича глазодвигательнаго нерва, или обнаруживается на различныхъ съ нимъ сторонахъ.

Къ только что отмѣченнымъ параличнымъ симптомамъ въ области двигательныхъ черепныхъ нервовъ слѣдуетъ присоединить также и тѣ, которые наблюдались въ нервахъ органовъ высшихъ чувствъ. Наблюденія Wadsworth'a, Vissering'a Бехтерева, Manz'a (оба) и нашъ второй случай являются достаточно убѣдительными въ этомъ отношеніи.

Три первыхъ автора констатировали у своихъ пацієнтовъ притупленіе слуха на той же сторонѣ, на которой наблюдалось и пораженіе глазодвигательнаго нерва, остальные наблюдали разнообразныя расстройства со стороны зрительнаго нерва. Расстройства эти заключались въ пониженіи остроты зрѣнія (Бехтеревъ, 1-е наблюденіе Manz'a) и въ измѣненіи картины глазнаго дна, а послѣднее сводилось къ гипереміи сѣтчатки (1-е наблюденіе Manz'a) или папиллѣ, при чемъ въ одномъ случаѣ можно было констатировать явленія начинающагося застойнаго соска (2-е наблюденіе Manz'a), въ двухъ другихъ найдена была картина артеріальной гипереміи (Бехтеревъ, наше 2-е наблюденіе)¹⁾.

Въ заключеніе упомянемъ, что при данномъ страданіи помимо черепныхъ нервовъ въ патологическій процессъ вовлекается также и *n. sympathicus*. Шейный отдѣлъ послѣдняго заключаетъ въ себѣ, какъ извѣстно, троякаго рода волокна: глазозрачковые, сосудодвигательныя и трофическія. Параличъ

¹⁾ Случаевъ *paralyseos n. oculomotorii recidivae* съ пораженіемъ органовъ высшихъ чувствъ можно бы было привести и еще больше. Такъ, о пораженіи, напр., *n. acustici* упоминаетъ проф. Даркшевичъ, а о пораженіи *n. optici*—Thomsen-Richter (суженіе поля зрѣнія) и проф. Барабашевъ (явленія отечнаго неврита) Принимая, однако, во вниманіе невозможность строго доказать причинную зависимость между основнымъ страданіемъ и этими симптомами въ случаяхъ только что поименованныхъ авторовъ, мы и опустили здѣсь ихъ сообщенія.

перваго рода волоконъ выражается: суженіемъ глазной щели и зрачка, уменьшеніемъ напряженія со стороны глазного яблока и ретракціей послѣдняго вглубь орбиты; параличъ сосудодвигательныхъ—выражается краснотой и повышеніемъ температуры щеки и уха на сторонѣ поврежденія, наконецъ, параличъ трофическихъ волоконъ—уплощеніемъ и исхуданіемъ соотвѣтствующей половины лица.

Наблюденія Suckling'a и Charcot jun. могутъ служить примѣромъ частичнаго пораженія перваго рода волоконъ симпатическаго нерва (суженіе лѣвой глазной щели въ случаѣ Suckling'a и зрачка въ случаѣ J. B. Charcot), а наблюденіе Vissering'a даетъ указаніе на пораженіе вазомоторовъ. Послѣдній авторъ описываетъ опухлость обоихъ вѣкъ и вообще всей области вокругъ правой орбиты, при чемъ пальпація давала ощущеніе чего-то тѣстоватаго. Наконецъ указаніе на пораженіе сосудодвигательныхъ волоконъ можно найти въ статьяхъ Барабашева и Troemner'a. Первый авторъ констатировалъ у своего паціента сильную гиперемію лица, очевидно болѣе рѣзко выраженную на правой сторонѣ: по крайней мѣрѣ а. temporalis d. была налита и сильно пульсировала, а второй—отмѣтилъ въ анамнезѣ своей больной покрасненіе и опуханіе щеки, появившееся одновременно съ головною болью.

Отъ только что нами разсмотрѣнныхъ параличныхъ симптомовъ естественнымъ переходомъ къ обзору симптомовъ болевыхъ является анализъ тѣхъ измѣненій, которыя различными авторами констатировались въ вѣтвяхъ тройничнаго нерва.

Мы умышленно употребили здѣсь выраженіе „въ вѣтвяхъ“, т. к. статьями Vissering'a и Karplus'a въ настоящее время съ несомнѣнностью доказана возможность пораженія помимо первой, также и прочихъ вѣтвей этого нерва. Слѣдуетъ, впрочемъ, оговориться, что статьи эти, какъ и наблюденія предшествовавшихъ авторовъ (Parinaud et Marie, Ormerod'a, Fürst'a и Даркшевича) относятся исключительно къ чувствительной порціи n. trigemini, между тѣмъ какъ измѣненія

двигательнаго его отдѣла до сихъ поръ еще не извѣстны въ литературѣ.

Признаки, въ которыхъ проявляется пораженіе V-й пары, сводится въ общемъ къ симптоматологіи заболѣванія любого чувствительнаго нервнаго ствола: это анестезіи, парестезіи или гиперестезіи.

Такъ, д-ръ Клячкинъ говоритъ о „нѣкоторомъ, совпадающемъ съ областью развѣтвленія верхней вѣтви *n. trigemini*, пониженіи термическаго, болевого и тактильнаго чувства на правой сторонѣ“; Karplusъ свидѣтельствуетъ объ ослабленіи болевой и термической чувствительности въ первыхъ двухъ вѣтвяхъ V-й пары, а Visseringъ констатируетъ пораженіе всей чувствительной порціи тройнич. нерва; наконецъ, пониженіе чувствительности констатировалось и нами также во второмъ нашемъ наблюденіи.

Въ качествѣ примѣровъ парестезій мы приводимъ наблюденіе того же Vissering'a, а также наблюденія Suckling'a, Ballet и Fürst'a ¹⁾.

Первый изъ поименованныхъ нами авторовъ говоритъ объ ощущеніи мѣха на лицѣ и о своеобразно непріятномъ, точнѣе не передаваемомъ, ощущеніи въ полости рта, заставлявшемъ больного во время приступовъ постоянно отплевываться; второй и третій авторы также говорятъ о непріятныхъ ощущеніяхъ во рту, причемъ Ballet характеризуетъ ихъ, какъ ощущеніе яри-мѣдянки, а послѣдній авторъ описываетъ парестезическую зону на лѣвой половинѣ лба больного.

Наконецъ, какъ примѣръ гиперестезій можно привести случаи Ormerod'a, описавшаго болѣзненность по тракту *n. supraorbitalis*, Karplus'a, упоминающаго о болевыхъ точкахъ въ *foramina: supraorbitale* и *zygomatico-temporale*, и Buz-

¹⁾ Fürst. «Beitrag zur Casuistik der recidivirender Oculomotoriuslähmung». Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1888 juli.

zard'a¹⁾), сообщившаго о нейральной 1-ой вѣтви *n. trigemini*. О нейральной же, замѣняющей, иной разъ, собою головную боль, сообщаетъ намъ и Bouchaud, а Parinaud et Marie самую болѣзнь предлагаютъ обозначать терминомъ „периодически повторяющійся параличъ—нейральгія глаза“. Наконецъ, въ отдѣлѣ гиперѣстезій слѣдуетъ включить случаи Coutouzis и Manz'a, наблюдавшихъ свѣтобоязнь, которая съ современной точки зрѣнія разсматривается какъ повышенная чувствительность окончаній тройничнаго нерва въ глазу и случаи того же Manz'a и Vissering'a, наблюдавшихъ слезотеченіе, симптомъ очень частый при нейральгіяхъ V-й пары и легко вызываемый раздраженіемъ *rami lacrymalis n. ophthalmici*. Въ заключеніе упомянемъ, что *n. trigeminus* можетъ быть при данной болѣзни не только мѣстомъ самостоятельной гиперѣстезіи, но также и мѣстомъ, куда боль только иррадируетъ, разъ начавшись въ какой либо другой области головы (Coutouzis).

Заговоривши о явленіяхъ съ характеромъ ирритациіи и, въ частности, о нейральгіяхъ тройничнаго нерва, мы подошли къ разсмотрѣнію головной боли, этого второго кардинальнаго признака разсматриваемой нами болѣзни.

Взглядъ, по которому сущность *cephalalgiae* сводится къ повышенному воспріятію раздраженій со стороны чувствительныхъ нервовъ черепномозговыхъ оболочекъ, можетъ уже считаться нынѣ настолько общепринятымъ, что мы прямо переходимъ къ обзору тѣхъ чертъ, которыми она отличается при данномъ страданіи. Ниже мы разсматриваемъ постоянство боли, ея силу, характеръ, локализацию, продолжительность и отношеніе къ параличнымъ симптомамъ.

а) *Постоянство боли*. Если не ошибаемся, проф. Даркшевичъ былъ первымъ, обратившимъ вниманіе на отсутствіе головной боли въ нѣкоторыхъ случаяхъ процесса. Въ своей статьѣ онъ приводитъ наблюденіе Ormerod'a, отрицающаго

¹⁾ Buzzard. См. Gowers op. cit. стр. 191, сноска 2-ая.

существованіе этого признака и Weiss'a, ни словомъ не упоминающаго о немъ. Изъ этихъ наблюденій авторъ дѣлаетъ выводъ, что „безусловно постояннымъ симптомомъ головная боль считается не можетъ“.

Къ только что цитированнымъ мы присоединяемъ также первый случай Schmidt-Rimpler'a ¹⁾, подчеркивающаго отсутствіе головной боли, случай Buzzard'a наблюдавшаго вмѣсто нея нейралгію тройничнаго нерва и случаи, въ которыхъ головная боль констатировалась при одномъ взрывѣ страданія и отсутствовала при повторномъ его приступѣ; такимъ является, на нашъ взглядъ, случай проф. Дарешевица, таково и первое наше наблюденіе.

Выше мы уже видѣли, какъ вліяли подобнаго рода факты на позднѣйшихъ наблюдателей. Мы видѣли, именно, что у Demichevi мелькаетъ мысль: дѣйствительно ли мигрень въ данномъ случаѣ есть отдѣльная клиническая форма, а не случайный эпизодъ въ симптомокомплексѣ возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва, а Troemner задается вопросомъ,—выдѣлять ли случаи съ отсутствіемъ головной боли и мигренныхъ эквивалентовъ въ особую рубрику, признавъ за ними совершенно другой генезисъ, чѣмъ за случаями типичной *migraine ophthalmoplégique*, или же, напротивъ, продолжать ихъ разсматривать въ отдѣлѣ мигрени и тѣмъ расширить симптомокомплексъ послѣдней?

Отвѣтъ на только что поставленные вопросы будетъ ясенъ изъ послѣдующаго нашего изложенія, а пока отмѣтимъ просто фактъ, что при данномъ страданіи головная боль можетъ и отсутствовать, притомъ въ одномъ рядѣ случаевъ постоянно (въ теченіе всей болѣзни), въ другомъ—временно (въ теченіе того или другого ея приступа); но, ради безпристрастія, отмѣтимъ также и единичный характеръ этихъ случаевъ, бросающійся въ глаза при сравненіи ихъ со множествомъ тѣхъ

¹⁾ Schmidt-Rimpler. Цитирую по статьѣ Troemner'a. Op. cit.

наблюденій, постоянною и характерною особенностью которыхъ является головная боль.

б) *Сила боли*. Всѣ авторы согласно отмѣчаютъ тотъ фактъ, что сила боли является при данномъ страданіи крайне рѣзко выраженной.

Правда, паціентъ проф. Даркшевича заявилъ первоначально, что его „безпокоитъ только частое опусканіе вѣка“, а „съ головными болями онъ легко бы мирился“ и даже „не помнить“ были ли онѣ у него при первомъ приступѣ болѣзни, но уже изъ послѣдующаго изложенія автора видно, что его паціентъ все же „страдаетъ“ отъ боли и что, слѣдовательно, интенсивность послѣдней не такъ мала, какъ объ этомъ можно было подумать съ перваго раза.

Обращаясь затѣмъ къ прочимъ авторамъ, мы всюду встрѣчаемъ подтвержденіе нашего взгляда;—такъ: Manz, Darquier, Moebius, Remak, Wadsworth и многіе другіе называютъ боль „сильной“; Gubler, Charcot jun., Suckling, Parinaud et Marie, Demicheri и Troemner—„жестокой“; Coutouzis—„нестерпимой“; Ballet замѣчаетъ, что эта боль „сильнѣе нейральнойгической“ и что она „аналогична съ тою, которая наблюдается при опухоляхъ головного мозга“; одна изъ паціентокъ Karplus'a жалуется на столь сильныя боли, что отъ нихъ „глазъ выпадаетъ вонъ“, а другая чувствуетъ себя во время приступовъ „не можетъ воздерживаться отъ стоновъ и крика“ и т. д. и т. д. Мы могли бы назвать и еще нѣсколько именъ, но полагаемъ, что уже приведенные авторы рисуютъ силу боли такими выпуклыми и рельефными штрихами, что даютъ достаточно ясное о ней представленіе. Мы поэтому остановимся лишь на затронутомъ нѣкоторыми наблюдателями вопросѣ о колебаніяхъ болевой интенсивности въ различные періоды приступа.

Разными лицами вопросъ этотъ освѣщается съ неодинаковой полнотой.

Такъ, Bouchaud и J. M. Charcot просто говорятъ о вечернемъ, а Vissering о ночномъ усиленіи боли; Charcot

Jun., Demicheri и Troemner отмѣчаютъ постепенное ослабленіе послѣдней съ момента наступленія паралича, наконецъ, Suckling, Karplus и, особенно, Parinaud et Marie даютъ детальное описаніе вопроса.

Въ наблюденіи перваго автора боль постепенно усиливалась въ теченіе сутокъ, къ концу ихъ достигала своего асте, а затѣмъ въ теченіе сутокъ же постепенно сходила на нѣтъ; второй авторъ также отмѣчаетъ особенную интензивность боли въ теченіе перваго дня приступа, на слѣдующій—она уже оказывалась слабѣе, а еще черезъ 3 дня, стихая повемногу, пропадала совершенно; наконецъ, два послѣднихъ автора, слѣдя за развитіемъ боли, констатируютъ, что maximum ея силы падаетъ на 5-й или 6-й день приступа и длится около недѣли, а затѣмъ наступаетъ крайне медленное и постепенное ея паденіе, приче́мъ окончательно боль исчезаетъ лишь къ концу 2-го мѣсяца. Помимо такого колебанія по недѣлямъ, Parinaud et Marie отмѣтили также и разницу въ состояніи боли въ теченіе одного и того же дня. Обыкновенно боль начиналась съ самаго ранняго утра и достигала своего апогея около 9—10 час. утра, а затѣмъ наступало быстрое ея паденіе и около полудня она обыкновенно уже не испытывалась.

Воздерживаясь отъ окончательнаго обобщенія приведенныхъ нами случаевъ за его преждевременностью, мы все же признаемъ въ нихъ существованіе нѣсколькихъ общихъ чертъ, которыя при дальнѣйшихъ изысканіяхъ получаютъ конечно болѣе опредѣленное для себя выраженіе; пока же мы дѣлаемъ лишь черновой набросокъ того типа, по которому, какъ полагаемъ, колеблется интензивность боли. Если бы мы попытались изобразить его графически, то должны бы были провести 2 черты: одну съ высокимъ и круглымъ подъемомъ, изображающимъ быстрый ростъ боли, другую съ длиннымъ и пологимъ спускомъ, изображающимъ медленное ея паденіе.

с) *Характеръ боли.* Общеизвѣстный фактъ, что далеко не каждый, даже интеллигентный, паціентъ можетъ охарактеризовать испытываемое имъ болевое ощущеніе, подтверждается

лишній разъ и въ данномъ случаѣ. Почти всѣ проштудированные нами авторы, опредѣляя боль, говорятъ со словъ своихъ пациентовъ скорѣе о силѣ, нежели объ характерѣ этого признака и только Joachim, Karplus, Manz, Барабашевъ, Бехтеревъ и Клячкинъ даютъ намъ въ этомъ отношеніе кое-какія указанія.

Три первыхъ автора, характеризуя боли, обозначаютъ ихъ терминомъ „сверлящія“, Барабашевъ описываетъ ихъ, какъ ощущеніе „давленія“, Бехтеревъ—какъ чувство „тяжести“, наконецъ Клячкинъ—какъ ощущеніе „ломоты“. Это послѣднее ощущеніе отмѣтили и мы лично у первой вашей пациентки.

Приведенныя наблюденія, несмотря на относительную свою малочисленность, показываютъ всеже, что при данномъ страданіи характеръ болевого ощущенія можетъ оказаться довольно разнообразнымъ.

d) Не менѣе разнообразною является при немъ и *локализация боли*.

Послѣдняя то сосредоточивается въ одной какой либо половинѣ головы (Senator, Wadsworth, Brissaud, Karplus, Manz, Remak, Troemner, Darquier, Chabbert), или занимаетъ еще болѣе ограниченный ея участокъ, напр. половину лба (Даркшевичъ, Vissering), надбровную область (Saundby, Parinaud et Marie, Clark, Suckling), глазное яблоко (Moebius), или часть орбиты, лежащую непосредственно кзади отъ послѣдняго (Manz, Demichei), а также внутренній уголъ орбиты и корень носа (Joachim, Bernhardt, наше 2-е наблюденіе), то, ощущаясь сильнѣе въ одномъ какомъ либо районѣ головы, распространяется все же и на остальные ея участки (Snell, Charcot jun., Клячкинъ, Ballet); наконецъ, нѣтъ недостатка въ авторахъ, которые просто говорятъ о головной боли, не опредѣляя ее въ частности, какъ боль мигренную (Graefe, Hasner, Thomsen, Hinde, Fürst и др.) и разумѣя, слѣдовательно, боль диффузную.

е) *Длительность*. Разнообразіе, представляемое локализацией и характеромъ болевого ощущенія, констатируется также и въ продолжительности приступа боли. Послѣдній или длится всего лишь нѣсколько часовъ (Manz) или захватываетъ сравнительно большіе періоды времени, напр. нѣсколько сутокъ (Suckling, Senator, Даръшевичъ, Darquier, Karplus, Bouchaud, Coutouzis etc.), нѣсколько недѣль (Moebius, Wadsworth, J. M. Charcot, Ballet), наконецъ, иной разъ, даже и нѣсколько мѣсяцевъ (Parinaud et Marie, Graefe, Charcot jun.)

ф) Вниманіе всѣхъ наблюдателей особенно привлекалъ вопросъ объ „отношеніи боли къ параличнымъ явленіямъ“.

Выше мы уже приводили по этому поводу утвержденія нѣкоторыхъ авторовъ. Мы видѣли именно, что Charcot и др. установлены были слѣдующія положенія: 1) боль въ каждомъ случаѣ процесса непременно имѣется на лицѣ; 2) по времени она всегда предшествуетъ параличу и кончается въ моментъ, когда начинается послѣдній и 3) боль локализуется въ той именно половинѣ головы, которая какъ разъ соотвѣтствуетъ мѣсту появленія будущихъ параличныхъ симптомовъ. Опираясь на эти факты, наблюдатели полагали, что сталкивались съ своеобразной формой мигрени, имѣющей интимную связь съ параличемъ глазодвигательнаго нерва. Понятнымъ становится отсюда и столь часто цитированный нами терминъ страданія „migraine ophthalmoplégique“, т. е. мигрень, осложненная параличами глазныхъ мышцъ. Но вотъ, по мѣрѣ того, какъ возрастаетъ интересъ къ рассматриваемой нами патологической формѣ и множится число наблюденій надъ нею, въ періодической прессѣ начинаютъ проскальзывать случаи, совершенно расшатывающіе старое ученіе объ этомъ болѣзненномъ симптомѣ; такъ, одни авторы совершенно отрицаютъ фактъ существованія головной боли въ наблюдавшихся ими случаяхъ, другіе, признавая его, приводятъ, однако, совершенно не свойственные мигрени черты въ своихъ исторіяхъ болѣзни. Понятно, что въ душу читателя начинаетъ

закрадываться сомнѣніе относительно справедливости старыхъ представлений о болѣзненномъ процессѣ: „что же это, въ самомъ дѣлѣ, за мигрень, при которой головная боль можетъ отсутствовать и какъ приписывать ей появленіе параличей, если фактически она не существуетъ?“ — вправѣ подумать каждый. Приходится, очевидно, признать, что параличъ зависитъ не отъ мигрени, а интимную связь, якобы существующую между этими двумя симптомами, не считать уже болѣе реальной. Мы тѣмъ болѣе убѣждаемся въ справедливости такого взгляда, что существуютъ наблюденія, которыя указываютъ, какъ даже у одного и того же субъекта головная боль, наблюдаемая при одномъ взрывѣ страданія, можетъ отсутствовать при повторномъ его приступѣ. Но мы идемъ далѣе: мы рѣшаемся утверждать, что самый терминъ „мигрень“, употребляемый, по почину Charcot многими учеными, является неправильнымъ. Кромѣ продолжительности головной боли, длящейся часто по нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ, кромѣ возможности появленія ея не обычнымъ для мигрени способомъ не до, а послѣ рвоты, причемъ самая рвота продолжается, иной разъ, по 8 сутокъ, кромѣ всѣхъ этихъ фактовъ, уже отмѣченныхъ въ монографіи проф. Даркшевича, противъ мигрени говорятъ также случаи, въ которыхъ боль оказывалась разлитой равномерно по всей головѣ, наконецъ, противъ мигрени говоритъ также самая сила боли, необычайно жестокой ея характеръ, наблюдаемый, по справедливому замѣчанію проф. Ballet, только при органическихъ пораженіяхъ головного мозга.

Чтобы исчерпать вопросъ объ отношеніи головной боли къ явленіямъ паралича, коснемся еще прежняго утвержденія будто по времени она всегда предшествуетъ параличу, кончаясь въ моментъ, когда начинается послѣдній.

Не отрицая, что въ большинствѣ случаевъ такъ именно и обстоитъ дѣло, мы сошлемся все же на первое наблюденіе Bernhardt'a, констатировавшаго появленіе боли каждый разъ послѣ появленія паралича и на наблюденія Барабашева,

Троемпер'а, Demichei и др., отмѣчавшихъ существованіе головной боли въ теченіе всего періода параличныхъ явленій.

Все сказанное нами выше по поводу головной боли мы можемъ резюмировать слѣдующимъ образомъ:

а) подобно параличу и cephalea является только однимъ изъ признаковъ страданія, притомъ признакомъ не вполне постояннымъ, могущимъ выпадать изъ общаго симптомокомплекса;

б) никакой связи между нею и параличемъ не существуетъ;

в) характеръ ея и локализація, а также время появленія и продолжительность существованія подлежатъ многочисленнымъ варіаціямъ и

г) сила ея постоянно является рѣзко выраженной и, во всякомъ случаѣ, превосходитъ ту, которая наблюдается при мигрени.

Продолжая далѣе нашъ обзоръ явленій съ характеромъ ирритации, остановимся прежде всего на столь частыхъ при данномъ страданіи рѣзстройствахъ кишечнаго тракта и рассмотримъ ихъ по его областямъ, идя въ направленіи сверху внизъ.

Первое, что мы должны будемъ отмѣтить при такого рода обзорѣ,—это измѣненія со стороны полости рта, выражающіяся переполненіемъ послѣдняго слюною.

Указанное явленіе встрѣчается, впрочемъ, не особенно часто; мы лично ни разу не могли отмѣтить его у нашихъ больныхъ; обращаясь къ литературѣ вопроса, мы нашли указаніе на саливацію лишь у Suckling'a, Vissering'a и Ballet.

Ученіе объ отдѣленіи слюны, какъ объ актѣ, совершающемся исключительно подъ вліяніемъ нервовъ, причемъ раздраженіе ихъ по преимуществу является не прямымъ, а рефлексорнымъ, можетъ уже считаться достаточно твердо установленнымъ въ физиологіи и сообщенія трехъ, упомянутыхъ нами, авторовъ подчиняются лишь общему закону, говоря о раздраженіи п. *trigeminі* (парѣстезіи въ полости рта), одновременно съ саливаціей, констатированной ими у ихъ па-

ціѣнтовъ. Очевидно, и въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ рефлексомъ, исходнымъ пунктомъ котораго является тройничный нервъ. Намъ остается поэтому только рѣшить вопросъ, на какой двигательный нервъ—черепномозговой или симпатическій—это раздраженіе передавалось.

Принимая во вниманіе обиліе отдѣленія слюны, давшее даже авторамъ поводъ говорить о слюнотеченіи, мы болѣе склонны предположить здѣсь раздраженіе черепного нерва (n. facialis), нежели симпатическаго, хотя отсутствіе у авторовъ болѣе подробныхъ свѣдѣній, напр. о качествѣ секрета (густой онъ или жидкій) и т. п., мѣшаетъ намъ высказаться здѣсь съ болѣею опредѣленностью.

Если въ слюнотеченіи мы имѣемъ сравнительно рѣдкій симптомъ возвращающагося паралича n. oculomotorii, то зато на рвоту мы уже вправѣ смотрѣть какъ на очень частый, почти постоянный, признакъ этого страданія.

Всматриваясь въ клиническую картину случаевъ болѣзни, непремѣнной составною частью которыхъ является этотъ симптомъ, мы полагаемъ возможнымъ раздѣлить ихъ на двѣ, численно не одинаковыя группы.

Въ первую, гораздо болѣшую, мы относимъ случаи, охарактеризованные еще профессоромъ Charcot. Появленіе рвоты въ концѣ болевого періода и непосредственно передъ наступленіемъ періода параличей,—рвоты, по характеру своему вполне тождественной съ мигреною, является существенной особенностью случаевъ этой группы.

Во вторую, значительно меньшую, мы относимъ случаи, которые въ томъ или иномъ отношеніи представляютъ уклоненіе отъ перваго типа. Такими являются, на нашъ взглядъ, случаи Clark'a и Дарьшевича, наблюдавшихъ появленіе рвоты непосредственно передъ наступленіемъ болевого періода; да-дѣе 2-й случай Bernhardt'a и наблюденіе Moebius'a, констатировавшихъ одновременное появленіе рвоты и боли, наконецъ, то же наблюденіе Moebius'a и случай Bouchaud, въ которыхъ конецъ рвоты не совпадалъ съ концомъ болевого пе-

ріода, а приходился, приблизительно, въ серединѣ послѣдняго. Случай Моеbius'a представляетъ для насъ также и тотъ интересъ, что рвота продолжалась здѣсь цѣлыхъ 8 сутокъ, срокъ очень почтенный и никогда не наблюдаемый при мигрени.

Почти въ половинѣ всего количества случаевъ рвотнымъ движеніямъ предшествуетъ у больныхъ ощущеніе тошноты;—существуютъ, однако, и такія наблюденія, въ которыхъ какого либо одного изъ этихъ признаковъ не оказывалось вовсе.

Обращаясь теперь къ разсмотрѣнію сущности только что описаннаго нами симптома, мы считаемъ справедливымъ провести здѣсь аналогію съ сущностью слюнотеченія. Какъ здѣсь, такъ и тамъ, мы имѣемъ дѣло съ рефлексомъ; какъ здѣсь, такъ и тамъ, рефлексъ этотъ имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ тройничный нервъ; словомъ, вся разница сводится лишь къ двигательной порціи нейрона—въ одномъ случаѣ раздраженіе передается на лицевой нервъ, въ другомъ на нервъ блуждающій.

Мы только что замѣтили, что исходнымъ пунктомъ для рвоты является раздраженіе тройничнаго нерва. Дѣйствительно, ни въ одной изъ проштудированныхъ нами исторій болѣзней мы не встрѣтили указаній на заболѣванія желудка (за исключеніемъ случая проф. Барабашева), или другого какого либо органа, который рефлекторно могъ бы вызвать актъ рвоты. Мы поэтому приходимъ къ выводу, что послѣдняя оказывается здѣсь мозгового происхожденія. Случаи наступленія рвоты до момента появленія головной боли нисколько не противорѣчатъ такому взгляду, ибо вовсе нѣтъ надобности въ суммированіи раздраженія со стороны вѣточекъ V-й пары до той степени, которая воспринимается какъ ощущеніе боли, чтобы вызвать передачу раздраженія съ нихъ на нервы двигательные. Въ качествѣ доказательства отъ противнаго могутъ служить случаи, въ которыхъ головная боль оказывалась развитой въ очень рѣзкой степени, а, между тѣмъ, рвоты не было.

Чтобы закончить обзоръ разстройствъ со стороны инстинктивного тракта, приведемъ наблюденія проф. Charcot, Clark'a и Барабашева.

Первый авторъ помимо тошноты и рвоты констатировалъ у своей больной также и наступленіе поносовъ, двое другихъ наблюдали запоры.

Обращаясь, въ частности, къ разсмотрѣнію послѣдняго случая, замѣтимъ, что мы третируемъ въ немъ появленіе запоровъ какъ фактъ случайный, ничего общаго съ разсматриваемымъ нами страданіемъ не имѣющій и только лишь одновременно съ нимъ существующій. Наличность атоніи желудка и кишекъ на почвѣ рѣзко выраженного малокровія, доказаннаго авторомъ микроскопически и вызваннаго, по всей вѣроятности, маляріей, является для насъ слишкомъ убѣдительнымъ въ этомъ отношеніи.

Что касается случая Clark'a, то, будучи черезчуръ лаконичнымъ (5½ строкъ текста), онъ слишкомъ мало представляетъ намъ данныхъ для сужденія по этому вопросу.

Какъ, спрашивается теперь, объяснить намъ появленіе поносовъ, наблюдавшихся профессоромъ Charcot? Разсматривать ли ихъ, какъ одинъ изъ симптомовъ рецидивирующаго паралича п. oculomotorii, или же какъ явленіе случайное, нисколько отъ него не зависящее, аналогичное запорамъ въ случаѣ проф. Барабашева?

Разсуждая теоретически, существованіе связи между даннымъ симптомомъ и разсматриваемой нами болѣзнью можно, пожалуй, допустить; извѣстно, вѣдь, что п. vagus, въ противоположность sympathico, является ускорителемъ перистальтики—поэтому и передача на кишечныя его вѣтви раздраженія съ вѣтокъ V-й пары можетъ обуславливать поносъ совершенно такъ же, какъ такая же передача раздраженія на желудочныя вѣтви vagi вызываетъ рвоту. Обращаетъ на себя вниманіе также и тотъ фактъ, что, тогда какъ у паціента проф. Барабашева вялая перистальтика кишекъ была явленіемъ привычнымъ, существовавшимъ внѣ зависимости отъ при-

ступовъ паралича, больная Charcot, наоборотъ, въ это то время и обнаруживала явленія усиленной перистальтики. При всемъ томъ единичность наблюденія проф. Charcot не дозволяетъ намъ высказаться здѣсь категорически и опредѣленно; мы, поэтому, ограничиваемся привлеченіемъ вниманія товарищей къ указанному нами факту, рассчитывая въ будущемъ прочитатъ подтвержденіе его или опроверженіе.

Говоря объ irritacii чувствительныхъ черепныхъ нервовъ, мы приводили, между прочимъ, случаи Vissering'a и Manz'a, которые констатировали у своихъ больныхъ слезотеченіе. Тогда же мы упоминали, что симптомъ этотъ очень частъ при невралгіяхъ V-й пары и легко вызывается раздраженіемъ *rami lacrimalis n. trigemini*.

Возвращаемся сейчасъ къ этимъ случаямъ для доказательства существованія irritacii также и въ вѣтвяхъ *n. sympathici*.

Дѣло въ томъ, что слезотеченіе, являясь результатомъ работы однихъ лишь секреторныхъ волоконъ, можетъ зависѣть отъ раздраженія только тѣхъ вѣточекъ *r. lacrimalis*, которыми послѣдняго снабжаетъ *n. sympathicus*.

Извѣстно, что симпатическій нервъ, оплетая внутреннюю сонную артерію, анастомозируетъ частью своихъ волоконъ со всѣми находящимися *in sulco carotico*, черепными нервами ¹⁾, въ томъ числѣ и съ *ramo ophthalmico*; извѣстно далѣе, что волокна эти, по вступленіи *n. ophthalmici* въ полость глазницы, оказываются уже въ составѣ *rami lacrimalis*. Что ихъ, именно, раздраженіемъ и вызывается усиленное отдѣленіе слезъ легко можно доказать экспериментальными данными, а также и нѣкоторыми клиническими фактами ²⁾; мы вправѣ, по этому, смотрѣть на слезотеченіе въ случаяхъ лицевой невралгіи

¹⁾ За исключеніемъ *n. oculomotorii*, получающаго примѣсь волоконъ *n. sympathici* уже въ полости глазницы.

²⁾ Фактами отдѣленія слезъ подъ вліяніемъ раздраженія шейнаго отдѣла симпатическаго нерва.

лишь какъ на передачу раздраженія съ возбужденныхъ волоконъ тройничнаго нерва на нервъ симпатическій.

Возможность ирритациі послѣдняго доказывается также и сообщеніемъ доктора Клячкина.

Во время преній, вызванныхъ настоящимъ докладомъ, уважаемый товарищъ заявилъ, что въ наблюдавшемся имъ случаѣ болѣзни „расширеніе зрачка было максимальное и что, слѣдовательно, раздраженіе п. sympathici непременно должно было имѣть мѣсто“.

Принимая во вниманіе отсутствіе максимальнаго мидріаза въ случаяхъ простого паралича глазодвигательнаго нерва, не осложненнаго одновременнымъ раздраженіемъ симпатическаго нерва, мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію нашего товарища и полагаемъ, что въ его словахъ отстаиваемое нами здѣсь положеніе объ участіи п. sympathici въ патологическомъ процессѣ приобретаетъ новую и очень важную для себя опору.

Чтобы закончить отдѣлъ симптоматологіи упомянемъ еще о цѣломъ рядѣ явленій со стороны общаго чувства; о потерѣ аппетита (Parinaud et Marie, Thomsen-Richter, Suckling, Manz, Барабашевъ), безсовницѣ (Suckling, Troemner), о страшной жаждѣ и обѣ ощущеніи холода (Manz), наконецъ обѣ общемъ недомоганіи (Senator), общей слабости (Барабашевъ), или обѣ общемъ плохомъ самочувствіи (Manz).

Въ заключеніе упомянемъ также, что несмотря на знобъ, констатированный въ нѣсколькихъ случаяхъ процесса (Suckling, Senator, Даркшевичъ), повышеніе температуры при немъ не наблюдается. Случаи проф. Барабашева и д-ра Клячкина не могутъ здѣсь быть приняты во вниманіе, т. к. пациенты этихъ авторовъ страдали маляріей и, слѣдовательно, могли лихорадить внѣ зависимости отъ основнаго процесса.

Наконецъ,—послѣднее замѣчаніе. Въ первыхъ по времени работахъ намъ пришлось прочесть утвержденіе будто женскій полъ чаще мужескаго поражается даннымъ страданіемъ, а въ послѣдующихъ трудахъ въ привилегіи страдать имъ между обоими полями былъ поставленъ знакъ равенства. „На чьей

сторонѣ“, спрашивали насъ во время доклада,—„находится истина?“

Тогда мы отклонили отъ себя разрѣшеніе только что поставленнаго вопроса, полагая, что для симптомокомплекса, не насчитывающаго надъ собою полной сотни наблюденій, не настало еще время статистическихъ выкладокъ и связанныхъ съ ними процентныхъ вычисленій. Эту же мысль мы рѣшаемся повторить и сейчасъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Душевные и нервные болѣзни на Даль- немъ Востокѣ.

Д-ра Э. В. Эриксона.

Въ этиологіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ Примурскомъ ¹⁾ краѣ, стяжавшимъ себѣ съ давнихъ временъ дурную славу мѣстности съ чрезвычайно большимъ числомъ самоубійць, алкоголиковъ, помѣшанныхъ и слабоумныхъ, какъ всюду, помимо органическихъ заболѣваній вообще, имѣютъ выдающееся значеніе наслѣдственное предрасположеніе съ одной стороны и социальныя условія съ другой.

Регулярныя сухопутныя войска, сосредоточиваемыя главнымъ образомъ во Владивостокѣ, Николаевскѣ, Никольскѣ, Хабаровскѣ и Благовѣщенскѣ, въ прежнія времена, не смотря на требованія дисциплины и строгость законовъ, предавались разгулу и пьянству. Не имѣя ни семьи, ни привязанностей, ни вывезеннаго съ родины элементарнаго воспитанія, солдаты скоро теряли окончательно высшія этическія представленія. Наименѣе нравственно устойчивые изъ запасныхъ, рѣже изъ находящихся на дѣйствительной службѣ, легко поддавались вліянію ссыльныхъ и темныхъ личностей и возмущительно часто совершали уголовныя преступленія. Нѣтъ сомнѣній, что среди этого рода преступниковъ бывали, и понынѣ бываютъ, и явно психопатическіе типы.

¹⁾ Приморская—Амурская области.

Конечно, при приѣмѣ на службу помѣшанные, эпилептики, идіоты отфильтровываются и не берутся, тѣмъ не менѣе ихъ проникаетъ въ войска нѣкоторое, хотя бы малое, количество. При отсутствіи психіатровъ среди мѣстныхъ врачей не только такія формы душевнаго разстройства какъ нравственное помѣшательство, психическая эпилепсія, нѣкоторые случаи первичнаго сумасшествія, но даже идіотизмъ сходятъ иногда незамѣченными. Я видѣлъ, напр., лѣтомъ 1900 г. въ Хабаровскѣ слабоумнаго нижняго чина, прослужившаго въ охранной стражѣ три года и только тогда присланнаго въ лазаретъ.

Мы ровно ничего не знаемъ о томъ, сколько предрасположенныхъ къ психическому разстройству или уже душевнобольныхъ попало въ край съ казачествомъ, давно переселившимся изъ Забайкалья и нынѣ разбросанному станицами по Амуру и Уссури, но несомнѣнно, что въ край направлялись не лучшіе люди и много пришло, напр., алкоголиковъ.

Въ то время какъ казачество ¹⁾, какъ элементъ военный, субсидируемый казной, не терпѣло въ новомъ краѣ ни слишкомъ тяжелой борьбы за существованіе, ни рѣзкихъ измѣненій обычаевъ, ни разстройства семейнаго быта, переселенцы—крестьяне, движущіеся вслѣдствіе соціальныхъ и біологическихъ причинъ съ запада на востокъ и здѣсь осѣдающіе, должны претерпѣть не безразличную для психическаго равновѣсія ломку всѣхъ привычекъ; такъ, выросши на ржаномъ хлѣбѣ, они должны перейти на пшеничный и привыкнуть обходиться весьма ограниченнымъ количествомъ молочныхъ продуктовъ, потому что скотъ даетъ немного, да къ тому же плохое молоко, приучить себя къ употребленію рыбы въ соленомъ видѣ въ теченіе долгой холодной зимы, почти оставить унаслѣдованное отъ предковъ стремленіе къ сельскому

¹⁾ Въ одной Амурской области въ 1897 г. казачьяго населенія было 23.513.

хозяйству, наконецъ, приспособиться къ климату съ чрезвычайно рѣзкими метеорологическими переменами. Обманувшись на счетъ селско-хозяйственнаго богатства края и невольно обманувъ другихъ, тащившихся сюда, переселенцы скоро начинаютъ испытывать тяжелое разочарованіе, тоску по лучшему прошлому и далекой родинѣ, появляется страхъ за будущность и сомнѣніе въ плодотворности привычной дѣятельности, что въ совокупности отражается вредно какъ на общемъ состояніи здоровья, такъ и въ частности на отправленіи всей нервной системы. Быстрое обогащеніе однихъ, напр. на золотыхъ приискахъ, отхожихъ промыслахъ или темными путями въ дѣлахъ съ китайцами, и столь-же частое неожиданное обѣднѣніе другихъ вслѣдствіе наводненій или падежа скота отъ обычныхъ въ краѣ эпизоотій чумы и сибирской язвы слишкомъ шевелятъ эмаціональными чувствами крестьянъ, вѣками привыкшихъ къ однообразной сельской жизни. Многіе появлялись здѣсь потому, что въ Европейской Россіи не могли приспособиться къ быстро мѣняющимся на западно-европейскій ладъ бытовымъ условіямъ.

Несомнѣнно, что переселенцы, а также ссыльные поселенцы привозятъ съ собою лицъ слабоумныхъ и предрасположенныхъ къ алкоголизму и помѣшательству. Въ пути власти могутъ задержать развѣ только буйнопомѣшаннаго или совершившаго крупное преступленіе. Къ счастью часть пьяницъ и душевно-больныхъ по дорогѣ застреваетъ въ селахъ и городахъ и теряется.

Необычайно часто въ Пріамурскомъ краѣ виновными въ убійствахъ, грабежахъ, поджогахъ оказываются бывшіе каторжники, ссыльные, бѣглецы изъ тюремъ, бродяги и т. п. лица, наводнившіе край. А такъ какъ крупныя преступленія совершаются слишкомъ часто людьми, одержимыми нравственнымъ помѣшательствомъ, алкоголизмомъ или психической эпилепсіей, наконецъ, мало замѣтной психопатіей такого или иного рода, то естественно ожидать, что среди подобнаго элемента при поискахъ нашлось бы не малое число душевно-больныхъ.

Не такъ давно одинъ изъ сахалинскихъ врачей ¹⁾ обратилъ вниманіе на то, что на островѣ въ общей массѣ преступниковъ попадають такіе, которымъ мѣсто собственно въ психіатрической лечебницѣ и которые нерѣдко были душевно-больными и до совершенія надъ ними суда, приведшаго ихъ на каторгу. И такой подвозъ душевно-больныхъ въ массѣ преступниковъ ежегодно будто увеличивается. Онъ встрѣчалъ среди каторжниковъ идіотовъ, эпилептиковъ и завѣдомо душевно-больныхъ, напр. параноиковъ, и, приведя 10 исторій болѣзни такого рода лицъ, заявляетъ о вопіющей несправедливости осуждать безъ врачебной экспертизы людей, совершившихъ уголовныя преступленія.

Къ сожалѣнію отбывшіе каторгу разсѣиваются въ Приамурскомъ краѣ и плодять едва-ли устройчивое въ психическомъ отношеніи потомство. Въ прежнее время въ судахъ вопросъ о нормальности умственныхъ способностей обвиняемыхъ рѣдко подымался и многіе завѣдомо душевно-больные преступники попросту высылались изъ Еврепейской Россіи въ Сибирь на поселеніе. Среди такого то элемента послѣдующее и третье поколѣніе, т. е. нынѣ живущее и частью захваченное переселенческою волной, могло явиться отъ рожденія предрасположеннымъ къ алкоголизму и душевному разстройству.

При искусственномъ заселеніи дикаго края и стремленіи создать села и города приходилось прибѣгать къ различнымъ мѣрамъ и льготамъ ²⁾, денежнымъ субсидіямъ, временному освобожденію отъ податей, военной повинности, что притянуло разный сбродъ. На Амуръ стремятся по сіе время съ разныхъ концовъ Россіи не мало всякихъ предпринимателей: это часто мечтатели, люди неуравновѣшанные, странные, какъ показываетъ вся ихъ жизнедѣятельность, многіе съ враждебной склонностью къ бродячей жизни и аферамъ, не мало

¹⁾ Н. С. Лобасъ. Преступники душевно-больные. Врачъ 1895 г. № 37.

²⁾ Съ 1881 г.

жуликовъ, шуллеровъ, картежниковъ, людей съ темнымъ прошлымъ, ушедшихъ сюда добровольно, подальше отъ закона.

Для служащихъ разныхъ вѣдомствъ, благодаря привилегіямъ и высокимъ окладамъ и для лицъ, спѣшащихъ воспользоваться горячимъ временемъ, край до поры, до времени хорошъ, но стоитъ пріѣхавшему потерять надежду на возвращеніе въ Европу—и обнаруживаются сильные задатки къ самоубійству, пьянству и сумасшествію.

Чиновный элементъ еще не такъ давно появлялся на Дальнемъ Востокѣ вслѣдствіе разныхъ приключеній въ Европейской Россіи. Въ край мало населенномъ, съ зараждающею культурой находились мѣста, куда можно было спрятать подальше съ глазъ людей ненадежныхъ въ томъ или другомъ отношеніи, неуживчивыхъ, странныхъ по характеру, одержимыхъ алкоголизмомъ или совершившихъ не преданное гласности преступленіе.

Живущіе въ край ¹⁾ сектанты (старовѣры, молокане и др.), говоря вообще, отличаются, благодаря-ли трезвости или иной причинѣ, относительно крѣпкой физической и психической организаціей.

Съ 1858 г. вмѣстѣ съ русскими стали усиленно заселять край китайцы. Вытѣсняемые голодомъ и безработицей они пѣлыми полчищами хлынули изъ Китая въ Манчжурію, а оттуда въ Амурскую и Приморскую области. Какъ извѣстно, китайское правительство направляло въ нѣкоторые сосѣдніе или близкіе въ намъ китайско-манчжурскіе города, какъ напр. Цицикаръ или Гиринь, послѣ пытокъ и наказанія бамбукомъ людей неблагонадежныхъ, вредныхъ, наконецъ освобожденныхъ отъ смертной казни, словомъ, тотъ элементъ, который всюду, а тѣмъ болѣе въ странѣ, гдѣ нѣтъ психіатріи, какъ

¹⁾ Къ 1-му Января 1895 г. въ Амурской области насчитывалось 12,805 сектантовъ, въ томъ числѣ однихъ молоканъ 7400, въ 1897 раскольниковъ болѣе 18.000. Приблизительно столько же раскольниковъ и сектантовъ въ Приморской области.

науки, представляет не малый процентъ душевно-больныхъ; хотя въ тюрьмахъ можно найти и слабоумныхъ и психически больныхъ, но, принимая во вниманіе тѣ пытки и наказанія, которымъ подвергаются китайцы, совершившіе преступленія, можно только поражаться относительной рѣдкости случаевъ душевнаго расстройства въ ихъ средѣ. Несомнѣнно, что большинство изъ живущихъ на нашей территоріи китайцевъ появляется въ краѣ съ наличностью работоспособности и съ достаточно стойкой нервной системой.

Съ 1863 г. стали селиться въ нашихъ владѣніяхъ, особенно въ южной части Приморской области, все въ большемъ количествѣ корейцы ¹⁾, изъ коихъ не малая часть бѣглыхъ и преступниковъ съ точки зрѣнія корейскаго законодательства.

Въ настоящее время населеніе Примурскаго края вообще не установилось въ смыслѣ прочной осѣдлости, и, строго говоря, не только специально медицинская, но даже точная общая статистика еще невозможна, особенно въ отношеніи инородцевъ, которые живутъ замкнуто, не любятъ вмѣшательства въ ихъ жизнь, не мѣняютъ своихъ вѣковыхъ привычекъ и обычаевъ и прячутъ больныхъ отъ постороннихъ взоровъ.

Столь отличныя національности, какъ русскіе (великорусы, бѣлорусы, малоросы), китайцы, корейцы, японцы и инородческія мелкія племена смѣшанны въ одну безпорядочную массу и разобраться въ пестромъ подвижномъ населеніи съ этиологической точки зрѣнія невропатологу и психіатру не легко. Представить цифровыя данныя объ общемъ числѣ душевно-больныхъ малоизученнаго края пока нѣтъ возможности. Переписи душевно-больныхъ даже русскаго населенія не имѣется въ печати. Само собою разумѣется, что психически больныхъ инородцевъ никто не считалъ, и потому приходится лавировать среди частныхъ свѣдѣній, мнѣній, личныхъ наблюденій, скудныхъ литературныхъ указаній и ограничиваться болѣе общими разсужденіями и приблизительными данными.

¹⁾ Въ Приморской области 32 корейскихъ селеній, въ Амурской 1; общее число корейцевъ нынѣ круглымъ счетомъ 7000 душъ об. пола.

Въ этиологіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней на Дальнемъ Востокѣ передовое мѣсто занимаетъ алкоголизмъ.

У китайцевъ пьяному, смотря по обстоятельствамъ, назначается отъ 50 до 500 ударовъ по спинѣ и ногамъ бамбуновой тростью. Если пьяный совершитъ преступленіе или окажется случайно при оружіи—ему полагается около 200 ударовъ, что заставляетъ его долго помнить случившееся событіе. Неисправимый алкоголикъ, при строгости китайскаго суда, скоро кончаетъ свое земное существованіе. Этимъ устраняется причина народженія наслѣдственныхъ пьяницъ и выступаетъ на сцену естественный подборъ наиболее крѣпкихъ и психически уравновѣшенныхъ людей.

Въ своихъ пивныхъ лавкахъ китайцы ¹⁾, развалившись на циновкахъ по нѣсколько человѣкъ и весело бесѣдуя, покуриваютъ трубки и пьютъ изъ маленькихъ чашечекъ предварительно подогрѣтое пиво или ханшину. Последняя представляетъ мутную, вонючую, бѣловатую жидкость, крайне горькую, достигающую до 60° крѣпости. Говится она изъ гао-ляна (родъ гречихи), ячменя, буды, пшеницы домашнимъ или заводскимъ путемъ. Каждый заводъ, а ихъ въ Манчжуріи ²⁾ наберется нѣсколько сотъ, вырабатываетъ отъ 1000 до 9000 пудовъ ханшины въ годъ. Такъ какъ акцизнаго сбора на мелочную продажу спиртныхъ напитковъ тамъ нѣтъ вовсе, то они сравнительно очень дешевы и уже потому идутъ въ значительномъ количествѣ, не смотря на преслѣдованія, въ тайную продажу на Амуръ, Уссури и въ другія мѣста нашихъ владѣній на Дальнемъ Востокѣ.

Замѣчательно, что ханшина, выпиваемая даже въ очень большомъ количествѣ китайцами, не возбуждаетъ въ нихъ буйныхъ наклонностей и только въ рѣдкихъ случаяхъ доводитъ до бреда и галлюцинацій. Вообще можно зайти въ любую

¹⁾ За обѣдомъ китайцы пьютъ чай или теплую воду, но не вино.

²⁾ Въ Манчжуріи жителей до 12.000.000, кв. верстъ около 800.000.

пивную лавку и не увидѣть тамъ ни пьяной ссоры, ни площадной ругани, ни бессмысленнаго плача, что такъ обычно въ нашихъ кабакахъ. Выпившій не въ мѣру китаецъ отходить въ сторону и ложится спать, пока не отрезвится. Это самое большее, что случается. Вообще китайцы вѣками привыкли къ своей ханшинѣ и мало чувствительны къ ней.

Какъ извѣстно, въ Тянь-Дзинѣ китайцы, видя передъ собой примѣры страшнаго пьянства европейцевъ, создали нѣсколько лѣтъ назадъ антиевропейскую секту, распространившуюся и по сосѣдней намъ Манчжуріи. Приверженцамъ этой секты воспрещалось между прочимъ употребленіе спиртныхъ напитковъ и куреніе опиума или табаку, хотя не возбранялось торговать ими.

Корейцы готовятъ вина разной крѣпости (8-11°) изъ ячменя, проса и риса, а также пиво и пьютъ ихъ за обѣдомъ въ умѣренномъ количествѣ и при матеріальномъ достаткѣ. Въ нѣкоторыхъ селахъ въ поздничные дни они бываютъ пьяны въ повалку; ихъ водка-сули—представляетъ изъ себя крѣпкую, мутную, противную на европейскій вкусъ жидкость. Они пьютъ и отвратительную ханшину, проникающую въ Южно-Уссурійскій край съ Суйфунскихъ заводовъ, а также русскую водку, но въ общемъ не такъ уже часто бываютъ пьяны, и среди множества корейцевъ торговцевъ и работниковъ Владивостока, Хабаровска и Благовѣщенска мнѣ удалось лишь нѣсколько разъ видѣть подвыпившихъ. Въ пьяномъ состояніи корейцы, въ другое время апатичные и тихіе, становятся задорными. Драки между ними чаще, чѣмъ между китайцами.

Японцы пьютъ свою сачу, т. е. выдѣлываемую изъ риса и плохо очищаемую водку, довольно сильно, охотнѣе по праздникамъ, все-же рѣже и меньше мѣстныхъ европейцевъ. Въ общемъ я рѣдко встрѣчалъ подвыпившихъ японцевъ и никогда безобразничающихъ на улицѣ и совершенно пьяныхъ. Въ этомъ отношеніи почти безупречны японскія проститутки. Въ устьѣ Амура и на островѣ Сахалинѣ иностранно-подданные японцы

являются часто по сіе время тайными торговцами и спаивателями наших инородцевъ и ссыльныхъ.

Гилыкамъ сѣвернаго Сахалина водка достается не очень часто и пьяницъ между ними мало, но среди живущихъ въ низовьяхъ Амура ссоры и драки обыкновенно происходятъ подъ вліяніемъ спиртныхъ напитковъ. Гольды, набѣзжающіе изъ ближайшихъ деревень въ Хабаровскъ для продажи рыбы, птицы, крупной дичи, вѣчно подвыпивши и часто едва держатся на ногахъ. Дома за обѣдомъ при посѣщеніи гостей, въ праздники, при удачной торговой сдѣлкѣ, а то и безъ всякаго повода, они, и дѣти, и взрослое пьютъ ханшину. Незнающіе мѣры напиваются до безчувствія, при чемъ вспоминается кѣмъ-либо сотворенное зло и дѣло подчасъ доходитъ до драки и даже убійства. Сильно пьютъ ханшину также орочены средняго Амура. Прежде, когда китайцы имѣли власть надъ гольдами и ороченами, они, чтобы достигнуть выгодной сдѣлки, спаивали ихъ на сходѣ. Одинъ очевидецъ, бывшій на такомъ сходѣ въ 1894 г., говорить, что напившіеся гольды „не могли ничего сказать, грызли столъ и мычали“. Злоупотребляютъ спиртными напитками вымирающіе айны, тунгузы, камчадалы. Нѣкоторые инородцы, исключительно ради выгоды, бросили охотничій промыселъ и превратились въ тайныхъ спиртоносцовъ.

Еще въ 1882 г. д-ръ Зеландъ ¹⁾ писалъ: „распространеніе запоя въ Приморской области достигало громаднхъ размѣровъ, послѣдствіемъ чего было не мало самоубійствъ, психическихъ расстройствъ и другихъ плачевныхъ расчетовъ съ жизненной карьерой. Остаткамъ прежнихъ героев остается только искать утѣшенія въ воспоминаніяхъ о добромъ старомъ времени, такъ какъ сочувствія и одобренія прежнимъ порядкамъ они повидимому не находятъ. Однако и новые люди не легко примираются съ краемъ“. Десять лѣтъ

¹⁾ Воен. Мед. Журн. 1882 г.

спустя Л. Биркѣ ¹⁾), описывая санитарное состояніе Владивостока, отнесся къ алкоголизму жителей довольно снисходительно. „Во Владивостокѣ, говоритъ онъ, нѣтъ почти жителей мѣстнаго происхожденія, а прибывающіе сюда люди представляютъ общество Европейской Россіи со всѣми его слабостями и преимуществами. Нѣтъ почти примѣра, чтобы пріѣхавшій сюда человѣкъ трезваго поведенія здѣсь превратился въ пьяницу; но всѣ случаи запоя принадлежать людямъ, которые уже на родинѣ были подвержены пьянству. Если наше правительство посылало-бы сюда на службу только людей трезваго поведенія, то навѣрное случаи заболѣванія запоемъ не встрѣчались бы вовсе во Владивостокѣ.... Положительно можно сказать, что во Владивостокѣ пьянство изъ года въ годъ уменьшается, но крайней мѣрѣ случаи самыхъ грустныхъ послѣдствій его“. Прошло еще десять лѣтъ: разросшійся городъ принялъ европейскій видъ, но алкоголизмъ, какъ общественная язва продолжаетъ свое коварное дѣло, спустившись съ верхнихъ слоевъ общества въ нижніе, съ главныхъ улицъ удалился въ проулки. Съ другой стороны волны трезваго китайскаго элемента маскируютъ пьянство русскихъ крестьянъ и рабочихъ. Я полагаю сомнительнымъ, чтобы относительная средняя цифра спивающихся и заболѣвающихъ психическими и нервными болѣзнями на алкогольной почвѣ уменьшилась. Въ 1900 г. безпробудныхъ пропойцъ и лицъ безъ опредѣленныхъ занятій въ городѣ насчитывалось нѣсколько сотъ ²⁾).

Зайдите въ любую лавку Николаевска, Хабаровска, Благовѣщенска и вы навѣрное найдете спиртные напитки разно-

¹⁾ Мед. Приб. къ Морскому Сборнику за 1892 г.

²⁾ Въ Приморской области приблизительно 1.621.695 кв. верстъ; по переписи 1897 г. общее число жителей 220,557, изъ коихъ городского населенія 50,523; нынѣ больше. Приблизительно русскихъ 59%, инор. русскъ-подданныхъ 27%, китайцевъ 7,3%, корейцевъ 2,7%, поселенцевъ 1,2%, японцевъ 1,0% и т. д.

образнѣйшихъ сортовъ, хотя-бы на вывѣскѣ красовалась надпись: „мелочная“, „овощная“, „бакалейная“.

Въ Николаевскѣ одному поздно вечеромъ, а особенно ночью, ходить не безопасно вслѣдствіе грабежей и убійствъ, совершаемыхъ преимущественно неисправимыми алкоголиками изъ-за чарки водки. На судѣ преступники спокойнымъ тономъ заявляютъ: „такъ что я былъ совершенно пьянъ и ничего не помню“, или: „такъ что я маленько выпилъ“.

Въ Хабаровскѣ лѣтомъ 1900 г. даже въ будничные дни трудно было пройти по улицѣ, чтобы не встрѣтить 2—3 шатающихся пьяницъ. Въ теплые вечера мирнонастроенные люди неохотно выходили изъ дому иначе какъ по нѣсколько вмѣстѣ. Попадались на глаза и бредящіе, и галлюцинирующіеся, и цѣлующіеся, и плачущіе, безсмысленно буйствующіе и полупаралитики одержимые явнымъ tremor alcoholicus и ломбрововскіе типы съ печатью преступности на лицѣ. Полиція едва успѣвала убирать спившихся.

Населеніе Харбина отличается повидимому, не говоря о роковомъ стремленіи къ спиртнымъ напиткамъ, поразительно низкимъ нравственнымъ цензомъ: жители Хабаровска, куда по случаю военныхъ дѣйствій въ Манчжуріи нахлынуло нѣсколько тысячъ харбинцевъ—слово это почти сдѣлалось ругательнымъ—узнавали ихъ сразу среди пѣшеходовъ и гуляющей на бульварѣ публики по выраженію лица, общему виду и манерамъ, разнузданному поведенію, запаху спирта, и осторожности ради сторонились ихъ.

Въ Благовѣщенскѣ ¹⁾, какъ золотопромышленномъ и торговомъ городѣ, алкоголизмъ развитъ также въ высокой степени и присковые рабочіе толпами ходятъ пьяные по улицамъ, готовые на всякія преступленія. И здѣсь драки, убійства, поджоги являются большею частью слѣдствіемъ попойекъ.

¹⁾ По переписи 1897 г. въ Амурской области (396.974 кв. версты) всего жителей 120.302, въ томъ числѣ въ одномъ Благовѣщенскѣ 32.834. Нынѣ больше. Китайцевъ до войны было въ Благовѣщенскѣ около 5000.

Нерѣдко, проигрываясь въ азартныя картежныя игры до-гола, и крестьяне, и мѣщане, и выше стоящіе классы общества ищутъ утѣшенія въ водкѣ. Въ общемъ однако въ Благовѣщенскѣ пьянствуютъ меньше, чѣмъ въ Хабаровскѣ, что объясняется значительнымъ числомъ раскольниковъ (молоканъ) среди населенія города. Здѣсь нѣкимъ священникомъ въ 1897 г. было основано впервые мѣстное общество трезвости. Къ сожалѣнію о засѣданіяхъ его ничего не слышно и результатовъ борьбы съ алкоголизмомъ совершенно не видно. Повидимому, благой призывъ не нашелъ себѣ отклика даже въ интеллигентной средѣ и общество трезвости оказалось мертво-рожденнымъ плодомъ.

Описывая санитарныя условія прежде села, нынѣ города Никольска (около 14.000 жит.), д-ръ К. Кардашевичъ¹⁾ говоритъ: „почти поголовно алкоголизмъ, въ той или другой степени господствующій между Никольскими крестьянами, не остается безъ послѣдствій: между ними встрѣчаются самоубійства, психическія разстройства и нервные болѣзни. Разстройства нервной системы въ войскахъ и гражданскомъ населеніи, будучи въ большинствѣ случаевъ функциональными, рѣдко доводятъ до помѣщенія въ лечебныя заведенія; по этой причинѣ въ официальной статистикѣ относительно войскъ отмѣчено только около 3% нервныхъ заболѣваній; въ дѣйствительности ихъ гораздо больше. Однако нижніе чины успѣваютъ кончить кратковременную службу и уѣзжаютъ на родину. Въ высшихъ классахъ дѣло обстоитъ хуже: въ результатѣ по числу самоубійствъ и психическихъ разстройствъ Примурскій округъ невыгодно отличается отъ другихъ мѣстъ Россіи“.

Путешествующій по Амуру часто поражается невозможностью получить въ казачьей станицѣ кусокъ хлѣба, кружку молока даже за тройную цѣну, между тѣмъ едва-ли не въ

¹⁾ К. Кардашевичъ. Село Никольское въ Южно-Уссурійскомъ краѣ. В. Мед. журн. 1898, кн. VIII.

каждой имѣется общественный кабакъ съ большимъ запасомъ спиртныхъ напитковъ, открытый по приговору и содержащійся на общественныя средства и по общему согласію. Въ станицахъ пьянство процѣтаетъ особенно среди молодежи мужскаго пола. Старики ворчатъ, а сами изъ кабака не выходятъ. По праздникамъ видны шатающіяся компаніи съ подбитыми физиономіями и гармониками въ рукахъ.

Согласно отчету ¹⁾ по Амурскому казачьему войску въ 10-ти станицахъ выпивается въ годъ въ среднемъ 13,807 ведеръ водки, что составляетъ на душу мужскаго населенія войска, считая по свѣдѣніямъ за 1894 г. 10.043 душъ ²⁾, по 1,29 в. „Имѣя однако въ виду“, говорится въ отчетѣ, „что малолѣтки до 21 года вовсе не пьютъ водки, или выпиваютъ ее ничтожное количество, что съ 20—21 г. казаки находятся на службѣ въ поочередныхъ сотняхъ и что такимъ образомъ дѣйствительными потребителями является мужское населеніе въ возрастѣ 25 лѣтъ въ количествѣ 4.500 душъ, на каждого казака въ этомъ возрастѣ придется 3,07 ведра“. Надо замѣтить, что не вся эта водка выпивается казаками, но и многими проѣзжающими по Амуру и останавливающимися въ станицахъ, особенно лѣтомъ, быть можетъ даже большая часть, именно новообранцами, переселенцами, запасными нижними чинами, приисковыми рабочими и пр. Съ другой стороны не малая доля перепадаетъ казакамъ отъ секретно продаваемой болѣе дешево китайской ханшины и водки, добываемой на сторонѣ.

„Черезъ Черняево (около 700 жителей), пишетъ корреспондентъ Приамурскихъ Вѣдомостей, пролегаетъ трактъ на верхнеамурскіе прииски и потому въ ней довольно бойко торгуетъ общественный кабакъ, дающій до 4.000 годового дохода“. Въ другомъ мѣстѣ: „Насколько развита въ станицѣ Албазинѣ (около 700 жит.) торговля, можно судить потому,

¹⁾ Приам. Вѣд. 1896.

²⁾ Все казачье населеніе по Амуру—20,378 въ 1894 г.

что албазинскій кабакъ даетъ обществу ежегодно до 10.000 р. дохода, которымъ не только покрываются всѣ станичныя расходы, но даже бываетъ ежегодно маленький остатокъ“. Дальше: „Въ станицѣ Игнатиной (около 300 жит.) противъ золотыхъ приисковъ китайцевъ общественный кабакъ даетъ до 8000 р. ежегоднаго дохода“. Черезъ село Радде (около 500 жит.) проходятъ на приiski рабочіе какъ русскіе, такъ и китайцы; сюда-же они выходятъ, возвращаясь съ приисковъ. Поэтому общественный раддевскій кабакъ выручаетъ до 9000 р. въ годъ чистой прибыли.

Не лучше обстоитъ дѣло въ Уссурийскомъ войскѣ, гдѣ казаки тоже торгуютъ спиртными напитками и заболѣваютъ въ не маломъ количествѣ психическимъ разстройствомъ на почвѣ алкогольнаго отравленія.

Русскіе крестьяне Приморской и Амурской областей въ деревняхъ и селахъ пьянствуютъ немногѣ меньше, чѣмъ въ городахъ. Въ Шкотовской волости, напр., на 14 деревень съ 583 дворами приходится 14 кабаковъ. Ханшина, доставляется крестьянамъ по Суйфуну, Сунгари и др. рѣкамъ изъ Манчжуріи. Китайцы смотрятъ на русскихъ какъ на отъявленныхъ пьяницъ, хорошо платящихъ и за очень дурной очистки ханшину. Между тѣмъ эта послѣдняя дѣйствуетъ на русскихъ несравненно сильнѣе, чѣмъ на китайцевъ, и они начинаютъ очень скоро галлюцинировать и бредить. Говорятъ, что напившійся съ вечера этого отвратительнаго напитка, на слѣдующій день долженъ воздерживаться отъ воды, иначе снова наступитъ головокруженіе и др. послѣдствія опьяненія и такъ можетъ случиться до 3-хъ разъ. Простой народъ отлично сознаетъ вредъ отъ нея и объясняетъ многіе случаи сумасшествія слѣдствіемъ ханшины. Въ Уссурийскомъ краѣ большая часть спиртныхъ напитковъ контрабанднаго происхожденія.

Особенно много ханшины потребляютъ крестьяне въ Забайкальскомъ краѣ, именно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ манчжурскіе

населенные пункты соприкасаются ¹⁾ съ русскими. Тамъ деревни переполнены китайскими кунцами ханшиной и подсчитать, сколько выпивается ее, едва-ли возможно. Нѣкоторые манчжурскіе торговцы дѣлаютъ обороты въ десятки тысячъ рублей. Есть и русскіе, перекупающіе у китайцевъ этотъ напитокъ оптомъ и продающіе его въ розницу. Въ каждой маленькой деревнѣ находятся люди, имѣющіе довольно значительные запасы ея и являющіеся благодѣтелями для слабохарактерныхъ пьяницъ. Уже одна дешевизна ханшины дѣлаетъ ее опасной конкуренткой нашей водкѣ.

„Если бы не общественный кабакъ, который, благодаря проходящей черезъ деревню Воскресенскую дорогѣ на прииски, даетъ до 2.000 р. дохода, крестьянамъ пришлось бы плохо“, говоритъ корреспондентъ Приам. Вѣд. Въ той же газетѣ мы читаемъ ²⁾: въ деревнѣ Петровской, въ 72 в. отъ Благовѣщенска по р. Зеѣ кабака нѣтъ. Да въ немъ и надобности нѣтъ, такъ какъ водка здѣсь совершенно вытѣснена ханшиной. Въ зимнее время она покупается крестьянами на мѣстѣ въ Манчжурской деревнѣ Будундѣ—въ 15 в. отъ Благовѣщенска; лѣтомъ-же ее привозятъ по Зеѣ сами торговцы манчжуры. Обыкновенно они останавливаются со своими лодками у ближайшихъ къ селеніямъ зейскихъ острововъ, гдѣ нибудь въ укромномъ мѣстечкѣ на берегу Зеи и отсюда посылаютъ въ деревни гонцами своихъ работниковъ (манчжуровъ). При малочисленности земской полиціи рѣдко удается накрыть этихъ продавцевъ... Иногда развозкой занимаются и русскіе, особенно изъ служащихъ по Зеѣ на частныхъ пароходахъ... Въ 16-ти деревняхъ Амурско-Зейской, Бѣлоской и Красноярской волостей ханшины выпивается ежегодно до 1200 ведеръ и до 800 в. продается проходящимъ по Зеѣ обозамъ. Изъ этихъ цифръ можно заключить, насколько широко распространено по Зеѣ употребленіе этого отвратительнаго на-

¹⁾ Нынѣ Манчжурскіе поселки заселяются русскими.

²⁾ Приам. Вѣд. 1899 № 311. В. 11.

питка... Борьба съ этимъ зломъ ограничивается тѣмъ, что заарестованная ханшина тутъ же на мѣстѣ уничтожается“.

На золотыхъ пріискахъ кромѣ определенной положенной порціи водки ни пить, ни добывать ее стороной рабочимъ не полагается. Однако они черезъ 5—6 лѣтъ становятся горькими пьяницами. Объясняется это тѣмъ, что цѣлые караваны съ китайской ханшиной, да и съ нашей водкой проникають туда контрабанднымъ путемъ, особенно ночью. Дикая тайга, малочисленность населенія, недостаточное знакомство русскихъ съ краемъ и мѣстными условіями жизни дѣлають преслѣдованія тайныхъ спиртоносовъ безуспѣшными. Запретъ ведетъ только къ тому, что на тайный спиртъ набрасываются какъ на манну небесную, платять втридорого и сразу напиваются до-пьяна.

Не разъ указывалось въ мѣстной прессѣ, что на Амурѣ и на Шилкѣ перѣдко командиръ, лопманъ и вся команда, благодаря злоупотребленію спиртными напитками, сажаютъ пароходъ на мель. И дѣйствительно, лѣтомъ 1900 г., на первомъ нашемъ пароходѣ, командиръ наѣхавъ на перекачь, затѣялъ ссору и его пришлось спрятать; на второмъ былъ человекъ трезвый (татаринъ); на третьемъ опять алкоголикъ, тяжелый неврастеникъ. Кромѣ того на одинъ изъ частныхъ пароходовъ я былъ неоднократно приглашаемъ по причинѣ бѣлой горячки (*delirium tremens*) у помощника капитана. Вообще на Дальнемъ Востокѣ можно встрѣтить алкоголиковъ среди крупныхъ чиновниковъ, офицеровъ и увѣ... врачей. Интеллигентные алкоголики изъ служащихъ на строящейся манчжурской жел. дорогѣ пьютъ не въ мѣру много вина, шампанскаго ¹⁾, водки. Мелкіе чиновники, телеграфисты, писаря, всѣ, какъ извѣстно, отлично обезпеченные, пьянствуютъ еще сильнѣе. Но болѣе всего злоупотребляетъ спиртными напитками (ханшиной) охранная стража. Эта послѣдняя, бо-

¹⁾ Въ Китаѣ нѣтъ акциза на иностранныя вина, они тамъ дешевле привозимыхъ изъ Россіи.

лѣя одновременно маляріей, очень скоро распатываетъ свою нервную систему до крайности. Въ результатѣ заболѣванія психическимъ разстройствомъ чрезвычайно часты. Изъ бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ охранниковъ одинъ былъ одержимъ паранойей, другой мрачнымъ помѣшательствомъ, третій манией, всѣ съ алкоголизмомъ въ анамнезѣ. Невоздерженность въ отношеніи къ спиртнымъ напиткамъ наблюдается нерѣдко среди сельскихъ старшинъ и учителей. Съ нами на пароходѣ „Орель“ ѣхалъ изъ Владивостока переведенный за пьянство на новое мѣсто священникъ. Въ виду обнаружившагося приступа бѣлой горячки его заперли въ отдѣльную каюту. По отрезвленіи оказалось, что у него нѣтъ ни билета, ни денегъ....

„Въ 1895 г. въ Приморскую область привезено въ бочкахъ и стеклянной посудѣ хлѣбнаго вина 2.922.715⁰; водочныхъ издѣлій, виноградныхъ винъ и пива доставлено моремъ въ порты Владивостокъ и Николаевскъ 25.304.947 бутылокъ (!). Затруднительно учесть водочныя издѣлія и хлѣбныя вина, привозимыя въ стеклянной посудѣ, изъ Европейской Россіи черезъ г. Благовѣщенскъ. Въ 1895 г. въ Приморской области 8 оптовыхъ складовъ израсходовали 4.566.546⁰ безводнаго спирта мѣстнаго приготовленія“ ¹⁾). Пиво привозится въ Приморскій край изъ Европейской Россіи, Америки, Японіи, Баваріи; оно не отличается хорошимъ качествомъ. Еще того хуже мѣстное пиво вслѣдствіе дурнаго ячменя. Въ Приморской области 2 пивоварныхъ завода вмѣстѣ дали, напр., въ 1895 г. 8.000 в. пива, распитыхъ въ Хабаровскѣ, Николаевскѣ и Владивостокѣ. Сюда надо прибавить 325 в. пивнаго завода въ Никольскѣ. 7 заводовъ манзовскаго (китайскаго) пива дали 20.000 в. ²⁾). Это бурая, отвратительнаго вкуса жидкость выпивается, вѣроятно, главнымъ образомъ самими китайцами.

¹⁾ Приам. Вѣд. 1897 г. № 169.

²⁾ Ibidem.

По даннымъ акцизнаго Управленія въ Забайкальской, Пріамурской и Амурской областяхъ въ 1899 г. было выкурено 22.858.177^о, выпито 33.921.504^о и привезено изъ Россіи и Сибири 17.108.484^о ¹⁾). Просматривая мѣстныя газеты, трудно найти номеръ, гдѣ-бы не говорилось о пагубныхъ послѣдствіяхъ спиртныхъ напитковъ и не высказывалось чувство глубокаго возмущенія противъ ихъ распространителей.

Для китайцевъ и манчжуровъ великимъ зломъ является хроническое отравленіе опиумомъ, частью привознымъ, частью добытымъ на собственныхъ плантаціяхъ.

Сокъ, снятый съ маковой головки въ чашечку, отъ стоянія на солнцѣ въ теченіе 15—20 дней постепенно густѣетъ. Такой опій - сырецъ кипятится съ водою и фильтруется нѣсколько разъ, пока не получится тягучая темная масса. Эту вытяжку, подсушивъ, скатываютъ на иглѣ въ конусъ и прикрѣпляютъ къ отверстию трубки. Курильщикъ, развалившись на нарахъ, беретъ чубукъ въ ротъ и втягиваетъ въ себя густой, теплый, опійный дымъ. Въ общественныхъ опіекурильняхъ, которыя у китайцевъ хотя и преслѣдуются, но всюду существуютъ, являясь въ тоже время игорными домами, бываютъ только мужчины. Официально въ Пріамурскомъ краѣ въ 1900 г. опіекуриленъ не было; секретно они однако имѣются во всѣхъ русскихъ городахъ: въ одномъ Владивостокѣ ихъ будто до 15-ти. Въ лѣтнее время, какъ мнѣ доводилось наблюдать въ Хабаровскѣ, китаецъ, спрятавшись отъ комаровъ въ холщевый паланкинъ, предается восточной нѣгѣ, курить, играть на своемъ струнномъ инструментѣ, опять курить, пока наконецъ сознаніе не одурманится, ясность мыслей не смѣнится по содержанію пріятными грезами. Злоупотребляютъ опіемъ китайцы въ нашихъ владѣніяхъ и въ Манчжуріи въ общемъ меньше, чѣмъ въ восточномъ Китаѣ. Много курятъ чиновники и лица знатныя, а также купцы, рѣдко чернорабочіе. Только не многіе ѣдятъ опій.

¹⁾ Пріам. Вѣд. 1900 № 362.

Большинство врачей, пробывшихъ болѣе или менѣе долгое время въ Манчжуріи, вынесло не такое впечатлѣніе отъ курильщиковъ опія, какое ожидали. Узнать на глазъ курильщика оказывается не такъ-то легко. Иногда обратить на себя вниманіе иной блѣдный человѣкъ со впалыми ненормальнаго блеска глазами, съ очень слабо развитой подкожной кѣтчаткой и съ др. явленіями общаго истощенія; однако, скорѣе можно предположить, чѣмъ навѣрное сказать, что это курильщикъ. Во всякомъ случаѣ, накурившись, ни молодой, ни старый, ни мужчина, ни женщина не творятъ подъ очевиднымъ вліяніемъ опія преступныхъ дѣяній. Острое отравленіе отъ непривычнаго употребленія опія у китайцевъ явленіе очень рѣдкое. Кто привыкъ и можетъ въ день выкуривать до $1\frac{1}{2}$ ф., тотъ чувствуетъ себя отъ каждой трубки бодрѣе, веселѣе, живѣе, а отъ временнаго воздержанія появляется уныніе, тоска, болѣзненные ощущенія въ разныхъ мѣстахъ тѣла. Вредное вліяніе усиленнаго куренія отражается на кровообращеніи, пищевареніи, питаніи и дѣятельности нервной системы. Сами китайцы считаютъ куреніе интереснымъ и пріятнымъ, но дорогимъ и опаснымъ удовольствіемъ.

Изъ инородцевъ опій курятъ лишь тѣ, которые такъ или иначе близко стоятъ къ китайцамъ: гольды и даже ихъ женщины.

Куреніе табаку распространено очень сильно какъ среди русскаго населенія, такъ и въ средѣ инородческаго и едва-ли проходитъ безнаказанно для нервной системы. Китайцы, корейцы, японцы, гольды и др. инородцы курятъ табакъ почти всѣ, часто женщины и даже дѣти съ 6—7 лѣтъ... У китайцевъ и гольдовъ трубка является какъ-бы частью національнаго костюма.

Въ этиологіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней сельскаго населенія Уссурійскаго края быть можетъ играетъ нѣкоторую роль, такъ наз. крестьянами, „пьяная пшеница“, „пьяный хлѣбъ“, или „хлѣбъ съ дурманомъ“, т. е. пшеница, зараженная ядовитымъ грибомъ. Вопросъ этотъ никѣмъ съ точки зрѣнія

нервной патологии и психіатріи не разсматривался, хотя простой народъ утверждаетъ, что зараженный хлѣбъ слишкомъ часто вызываетъ отравленіе, выражающееся рвотой, головной болью, опьяненіемъ, разстройствомъ психической дѣятельности и даже судорогами и паралечами; домашнія животныя, свиньи, собаки и др. погибають отъ него.

Ни въ Манчжуріи, ни въ нашихъ городахъ не видно въ массѣ полуголыхъ рабочихъ китайцевъ лицъ съ провалившимися носами, язвами или рубцами на тѣлѣ или другими очевидными симптомами сифилиса; изъ китайцевъ, обращающихся за медицинскою помощью къ русскимъ, что случалось, кстати сказать, очень рѣдко, не много сифилитиковъ. Изъ всего этого можно бы сдѣлать заключеніе, что сифилисъ въ нѣдрахъ страны явленіе рѣдкое, не смотря на то, что въ Манчжуріи публичные дома не подвергаются санитарному надзору и зараженные сифилисомъ проститутки остаются въ заведеніяхъ.

Во время послѣднихъ событій на Востокѣ наши солдаты стали поступать въ полевые госпитали и мѣстные лазареты съ явленіями сифилиса, полученнаго часто при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ въ японскихъ и китайскихъ заведеніяхъ, въ такомъ большомъ количествѣ, что вопросъ о раненыхъ въ бою отступилъ на задній планъ. Справедливость требуетъ сказать, что многія японки и китайки обязаны были сифилисомъ именно русскимъ, получившимъ его дорогою, особенно въ Иркутскѣ, Срѣтенскѣ и въ казачьихъ станицахъ по Амуру. Среди китайцевъ нашихъ владѣній болѣзнь распространена вообще довольно сильно, но протекаетъ, повидимому, относительно легко.

Невольно напрашивается мысль, существуетъ-ли, и если существуетъ, то какъ часто, среди китайцевъ прогрессивный параличъ (*paralysis progressiva*) и спинная сухотка (*tabes dorsalis*)? Что эти болѣзни встрѣчаются и у нихъ не подлежитъ сомнѣнію, однако, повидимому, далеко рѣже, чѣмъ у насъ. Въ г. Хабаровскѣ на 4000 китайцевъ не оказалось ни одного табетика, хотя я встрѣчалъ среди нихъ больныхъ полиомье-

litis anterior и myelitis transversa, полупаралитиковъ (apoplexia cereбрalis) и нищихъ—крѣпкихъ мужчинъ, но тяжелыхъ неврастениковъ или истеричныхъ, горько плачущихъ и просящихъ: „капитана, дай работа, моя голодай“.

Судя по рѣзкому выступанію извилистыхъ височныхъ артерій, у китайцевъ даже въ молодомъ возрастѣ артеріосклерозъ чрезвычайно частъ, но трудно связать, поскольку въ основаніи его лежитъ сифилитическая инфекція.

Сифилисъ страшно развитъ среди японскаго населенія. Едва-ли мы ошибемся, если скажемъ, что японскія проститутки Пріамурскаго края всѣ сифилитички, по крайней мѣрѣ такъ было лѣтомъ 1900 г.

Болѣзнь имѣетъ довольно широкое распространеніе и среди гольдовъ, тунгусовъ, корейцевъ и др. инородцевъ.

Съ ростомъ населенія сифилисъ сталъ необычайно быстро распространяться въ русскомъ населеніи городовъ, селъ и деревень. Не смотря на давнія попытки властей удержать распространеніе болѣзни, подвозъ ея съ одной стороны моряками въ Николаевскъ и Владивостокъ, съ другой—пріѣзжими изъ Сибири въ теченіе ряда лѣтъ все усиливался и число зараженныхъ въ настоящее время достигло ужасающихъ размѣровъ. Правда, въ Благовѣщенскѣ, Николаевскѣ, Владивостокѣ имѣются спеціальныя сифилитическія больницы, другія многочисленныя лечебныя заведенія края содѣйствуютъ леченію болѣзни, японки и часть русскихъ проститутокъ подвергаются врачебному осмотру, но все это мало помогаетъ дѣлу, такъ какъ наиболѣе опаснымъ является бродячій элементъ, безконтрольно занимающійся тайной проституціей. Ограничить распространеніе сифилиса уже потому трудно, что подвергать изслѣдованію замужнихъ нельзя, всѣхъ подѣзжающихъ съ моря въ портовые города и спускающихся внизъ по Амуру мужчинъ—тоже. Въ этиологіи крайне часто наблюдаемыхъ въ Пріамурскомъ краѣ черепно-мозговыхъ апоплексій помимо алкоголизма, эмоцій и метеорологическихъ перемѣвъ долженъ быть отмѣченъ и сифилисъ. Онъ же является однимъ изъ

этіологическихъ моментовъ невралгій, неврастеній и многихъ другихъ нервныхъ болѣзней. Слишкомъ часто сифилисъ, алкоголизмъ, половой развратъ и болѣе или менѣе рѣзко выраженный психозъ настолько тѣсно переплетаются между собою, что разобраться, что есть слѣдствіе и что причина—очень трудно.

Во Владивостокѣ, Никольскѣ и вообще въ Южно-Уссурійскомъ краѣ ¹⁾ психіатру и невропатологу приходится считаться съ болотной лихорадкой: нѣкоторые психозы, истерическіе и эпилептоидные припадки, невралгія и др. заболѣванія нервной системы могутъ быть сведены къ вліянію малярійной инфекции. Въ Манчжуріи болотная лихорадка—болѣзнь обычная, какъ показали заболѣванія русскаго войска во время походовъ по странѣ. По наружному виду малярика можно тамъ смѣшать съ курильщикомъ опія: оба анѣмичны, истощены, съ желтосѣрымъ цвѣтомъ кожи, а при ближайшемъ ознакомленіи—неврастенники. Впрочемъ, китайцы и манчжуры физически крѣпкій народъ, слабоупитанныхъ, худосочныхъ или съ органическими признаками вырожденія мало. У корейцевъ Южно-Уссурійскаго края при нервныхъ заболѣваніяхъ и душевныхъ расстройствахъ малярія играетъ также нѣкую роль.

Изъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній наиболѣе неблагоприятно отражается на функціи нервной системы обычные и въ русской и въ инородческой средѣ брюшной тифъ, гриппъ и оспа.

Изъ многихъ сотенъ заболѣвшихъ брюшнымъ тифомъ нижнихъ чиновъ мѣстныхъ пѣхотныхъ и казачьихъ войскъ и пришлого военнаго элемента изъ Забайкалья и Сибири лѣтомъ и осенью 1900 г. въ г. Хабаровскѣ, бредъ всѣхъ степеней обнаруживало около 25% тифозныхъ, при чемъ вскакивающихъ въ бреду было не болѣе 5%. Психозы по окончанію тифа наблюдался въ 2—3%. Изъ нервныхъ послѣдствій тифа

¹⁾ По станицамъ и деревнямъ Амурской области малярія очень рѣдка, а въ сѣверной части Приморской области ея нѣтъ вовсе.

обращали на себя вниманіе продолжавшіяся иногда недѣлями боли въ ногъ, въ суставахъ, позвоночникѣ, межреберьяхъ, головѣ. Послѣднія усиливались или вновь появлялись при вѣтрахъ и рѣзкихъ температурныхъ и барометрическихъ колебаніяхъ.

Гриппъ, протекающій здѣсь съ точки зрѣнія общихъ клиническихъ явленій относительно тяжело и нерѣдко сходно съ легкимъ брюшнымъ тифомъ, сопровождается сильными головными болями, невралгіями, ломотами, нерѣдко бредомъ, словомъ, явленіями раздраженія всей нервной системы. Во вторую половину сентября 1900 г. въ Хабаровскѣ едва-ли не $\frac{1}{4}$ часть русскаго населенія ходила съ повязанной щекой, кашляла, жаловалась на насморкъ, головную боль, китайцы-же оставались здоровыми, работая подъ открытымъ небомъ безъ рубахи, полуголые. За гриппомъ слѣдуетъ иногда тяжелое нервное заболѣваніе въ видѣ неврита, поліомієлита и др. Повторяясь часто, онъ истощаетъ человѣка, усиливаетъ неврастенію, кроющуюся въ условіяхъ питанія, половой жизни, климата, соціальной обстановкѣ и пр. и въ совокупности нерѣдко ускоряетъ наступленіе психическаго расстройства.

Оспа часто поражаетъ цѣлыя села, особенно корейцевъ и китайцевъ, иногда не безъ послѣдствій для нервной системы.

Довольно обычный въ краѣ туберкулезъ имѣетъ склонность осложняться менингитомъ.

Артеріосклерозъ, ревматизмъ и желудочно-кишечныя заболѣванія, обычные въ краѣ, ложатся въ основаніе очень многихъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній.

Принимая во вниманіе, что китайскіе эмигранты, согласно вѣковому обычаю и закону, не имѣютъ права увозить женщинъ за предѣлы своего государства, такъ что эти послѣднія на нашей территоріи наблюдаются крайне рѣдко, можно бы ожидать процвѣтанія среди китайцевъ полового разврата и въ немъ искать одинъ изъ этиологическихъ моментовъ психическихъ расстройствъ. На самомъ дѣлѣ однако тотъ рабочій и торговый элементъ, съ которымъ русскимъ прихо-

дится имѣть дѣло, поражаетъ своей цѣломудренной жизнью и воздержанностью. Нападеній китайцевъ на русскихъ женщинъ съ цѣлью изнасилованія почти никогда не бываетъ. Японскія публичныя заведенія посѣщаются китайцамъ весьма рѣдко, что мотивируется ими бѣдностью и боязнью заболѣть сифилисомъ, который имъ въ главныхъ проявленіяхъ отлично знакомъ. Утомительный физическій трудъ отвлекаетъ ихъ мысли отъ порока, разсудокъ сдерживаетъ побужденія, азартныя игры и трубка табаку или опія замѣняетъ половыя удовольствія. Тѣмъ не менѣе отсутствіе женщинъ сказывается: въ результатъ онанизмъ, рѣже педерастіи. Въ послѣднемъ порокѣ неоднократно уличались полиціей, напр., китайцы во Владивостокѣ.

Въ Манчжуріи, въ городахъ, вслѣдствіе значительнаго преобладанія мужскаго элемента надъ женскимъ, порабощенія послѣдняго, наконецъ распущенности нравовъ людей богатыхъ педерастія распространена довольно широко. Неофициально мѣстнымъ жителямъ хорошо извѣстно, въ какомъ домѣ имѣется мальчикъ, и одни богатые приглашаютъ его на время, другіе имѣютъ его у себя на постоянномъ содержаніи. Въ публичныхъ домахъ среди японокъ и китайнокъ можно встрѣтить также и мальчиковъ, изъ чего очевидно, что спросъ на послѣднихъ имѣется. Я не буду разбирать грязную исторію жизни этихъ падонковъ общества, скажу только, что въ Манчжуріи, какъ и въ Турціи и Персіи, странствующие артисты, фокусники и музыканты торгуютъ мальчиками, ведя ихъ на гнусное поприще послѣ подготовительныхъ операцій искусственнаго расширенія задняго прохода, массажа ягодицъ и пр. Этотъ юный элементъ разврата во времени достиженія совершеннолѣтія окончательно скуривается опіемъ, спаивается ханшиной и, часто зараженный сифилисомъ, влачитъ свое дальнѣйшее существованіе въ плачевномъ одиночествѣ. Къ чести китайцевъ надо сказать, что педерастія клеймена позоромъ въ глазахъ общества и уличенному въ ней иногда не удается избѣжать наказанія бамбуковой тростью.

Занятія японокъ во Владивостокѣ, Николаевскѣ, Хабаровскѣ и Благовѣщенскѣ сводятся исключительно къ половой потребности мужчинъ все равно, какого племени и какой націи. По единогласному заявленію лицъ, близко знакомыхъ съ японскими проститутками, извращеніе привычекъ, характера и всей личности ихъ, если и случается, то не заходитъ слишкомъ далеко, даже послѣ продолжительнаго пребыванія въ публичномъ домѣ, оставивъ который японскія женщины могутъ выйти замужъ и жить хорошо, такъ какъ проститутка въ японскомъ обществѣ является почти такой-же равноправной, какъ и всякая другая женщина¹⁾. Въ публичныхъ домахъ онѣ не легко утрачиваютъ материнскій инстинктъ: изъ многихъ выходятъ, напр., отличныя няньки, идущія въ русскія семьи. Нѣкоторыхъ японскихъ дѣвушекъ толкаетъ на путь проституціи необходимость заработать средства на приданное. При такихъ условіяхъ мнѣніе, что въ публичные дома попадаютъ женщины лишь психически выродившіяся и нравственно совершенно падшія, было бы несправедливо и ошибочно. Что касается ненормальныхъ половых сношеній, то они японцамъ, отличающимся чрезвычайно чистоплотностью, противны по существу. Это однако нисколько не говоритъ противъ распространенія педерастіи и др. родовъ извращенія полового чувства у многихъ мужчинъ.

Японскій бонза (священникъ) высказывалъ мнѣ сомнѣніе, чтобы педерастія у корейцевъ нашихъ владѣній встрѣчалась часто; у мѣстнаго русскаго населенія сложилось однако обратное мнѣніе.

Люди съ извращеніемъ полового чувства встрѣчаются и среди русскаго населенія: такъ, въ іюнѣ 1900 г. нѣкимъ субъектомъ былъ заведенъ изъ г. Благовѣщенска въ сосѣдній лѣсъ одинъ изъ игравшихъ на улицѣ мальчиковъ; виновнаго поймали на мѣстѣ преступленія...

¹⁾ Когда въ Хабаровскѣ при мнѣ хоронили проститутку, то невольно поражала торжественность похоронной процессіи; покойницу провожали всѣ наличные японцы города, числомъ до 200!

Какъ присущій нисшимъ ячейкамъ человѣческаго общества, созданный вѣковымъ приспособленіемъ законъ питаться на счетъ окружающей природы подвергается крутому измѣненію, такъ законъ полового подбора наиболѣе подходящихъ элементовъ для продленія рода сталкивается съ трудно преодолимыми препятствіями въ казенныхъ условіяхъ соціальной и неестественной обстановки семейной жизни. Въ Пріамурскомъ краѣ, какъ извѣстно, сбиты въ одну кучу племена и народности самыхъ различныхъ вѣроученій (православіе, буддизмъ, конфуціанство, магометанство, ламаизмъ и пр. и пр.), собраны въ одну случайную массу разрозненныя группы людей съ неодинаковымъ жизненнымъ опытомъ, міровоззрѣніемъ и воспитаніемъ. Въ 1895 г. во Владивостокѣ на 1 женщину приходилось 5,1 мужчинъ, въ Хабаровскѣ 3,3, въ Николаевскѣ 1,8, въ Уссурійскомъ казачьемъ округѣ 1,1, въ Софійскомъ 1,2, въ Удскомъ 1,5 и т. д. По переписи 1897 г. въ Амурской области на 100 мужчинъ приходилось 75 женщинъ, въ Приморской 45. Могучій половой инстинктъ ищетъ выхода изъ ненормальнаго количественнаго отношенія половъ и изъ смѣшенія разнородныхъ психоантропологическихъ типовъ.

Очагами разврата въ деревняхъ, селахъ, станицахъ, городахъ являются кабаки, пивныя, ренсковыя погреба, харчевни, разные явные и тайные притоны. Около пріисковъ и земледѣльческая деревня и казачья станица быстро превращаются въ разгульную харчевню и публичный домъ. Хотя на пріиски идутъ люди въ общемъ здоровые, осмотрѣнные врачемъ, это не гарантируетъ общество отъ распространенія какъ алкоголизма и сифилиса, такъ и разныхъ психозовъ и нервныхъ болѣзней, какъ слѣдствія ихъ. Крестьяне, живущіе вдали отъ городовъ, пріисковъ, пристаней на Амурѣ и инородцы, держащіеся особнякомъ, въ этомъ отношеніи находятся въ лучшихъ условіяхъ. На развратъ наталкиваетъ многихъ одиночество, тоска, дешевизна золота около пріисковъ, алкоголизмъ, наконецъ, бездѣлье, свойственное всему женскому полу Пріамурскаго края.

Мужчины средних и верхних слоев, не находя удовлетворенія въ трудѣ и общественной жизни, ищутъ его въ общеніи съ женщинами. Въ результатѣ вторженіе въ чужую семью, развращеніе солдатскихъ женъ, внесеніе проституціи въ крестьянскую среду.

Образованные и хорошо воспитанные мужчины слишкомъ часто женятся на кухаркахъ и, потерявъ навсегда надежду на жизнь, отвѣчающую духовнымъ потребностямъ, скоро падаютъ и нравственно и умственно. Въ свою очередь крестьянки и мѣщанки, вышедшія замужъ за интеллигентныхъ мужчинъ, не отвѣчаютъ своему назначенію и превращаютъ брачную жизнь въ адъ.

Женщины, вслѣдствіе ихъ малочисленности и обилія ухаживателей, скоро начинаютъ превышать себя цѣну, предъявлять къ мужьямъ слишкомъ большія требованія и вносить въ домъ ревность и раздоръ. При тоскѣ и страданіяхъ ревность, особенно при наличности алкоголизма, необычайно часто выходитъ изъ фізіологическихъ границъ и влечетъ за собою кровавую драму, сумашествіе и пр., столь обычныя явленія въ Примурскомъ краѣ, именно на почвѣ неудачной семейной жизни.

Буддійская религія и конфуціанская мораль осуждаетъ самоубійства, лишаютъ самоубійцъ торжественныхъ похоронъ и пр., но рядомъ съ этимъ народные любимцы, покончившіе жизнь такимъ печальнымъ образомъ, воскресаютъ въ теченіе вѣковъ въ благодарной памяти народа и въ честь ихъ устраиваются празднества.

Въ одной изъ газетъ Дальняго Востока говорится, что въ 299 г. до Р. Х. поэтъ Цзюэ-пхинъ бросился съ камнемъ на шею въ рѣку Й-ло-цзянъ и въ пятое число пятаго мѣсяца китайцы, между прочимъ во Владивостокѣ, празднуютъ этотъ знаменательный день понынѣ ¹⁾).

¹⁾ См. также преданіе о самоубійствѣ въ 450 г. до Р. Х. одного китайскаго государственнаго дѣятеля и праздникъ въ честь этого событія въ журналѣ «Природа и Люди» № 43, 1900 г.

Говорятъ, самъ Будда лишилъ себя жизни во время народнаго голода, чтобы голодные могли питаться его мясомъ. Есть у китайцевъ еще преданіе объ одновременномъ самоубійствѣ 500 философовъ—послѣдователей Конфуція, бросившихся въ море, чтобы не пережить гибель священныхъ книгъ, сожженныхъ императоромъ Хикоанъ-ти ¹⁾). Исторія Китая пестритъ самоубійствами знатныхъ особъ и чиновниковъ, начиная отъ вице-королей и высшихъ мандариновъ и кончая мелкими начальниками.

Иногда психопаты призваны играть крупную историческую роль. Достаточно напомнить о создателѣ народнаго движенія въ Китаѣ въ 1850 г., извѣстнаго подъ названіемъ Тайпинскаго возстанія Хунъ-сю-цюаня; въ молодости „неудачи и разочарованія такъ подѣйствовали на ослабленный ученіемъ умъ, что онъ заболѣлъ каталепсіей. Во время такихъ припадковъ ему начали представляться разныя чудныя видѣнія и слышаться голоса, призывающіе его на борьбу съ демонами. По выздоровленіи въ умѣ его зародилась мысль объ его призваніи быть реформаторомъ и монархомъ Китая“ ²⁾). Впослѣдствіи онъ успѣшно объявилъ себя „небеснымъ отцомъ“ или „небеснымъ старшимъ братомъ“, наконецъ, императоромъ Китая.... Кончилъ жизнь онъ однако самоубійствомъ ³⁾).

Самоубійца, заведомо преступныхъ, китайцы забываютъ очень скоро, напротивъ, высоко ставятъ такихъ, которые ради чести лишили себя жизни; такъ напр., когда убиваетъ себя невинно пострадавшій хорошій чиновникъ или потерявшій сраженіе храбрый военачальникъ. Въ японско-китайскую войну такихъ случаевъ было не мало. Если мандаринъ, по-

¹⁾ Булацель. О самовольной смерти. Ревель, 1894 г.

²⁾ Коростовецъ. Китайцы и ихъ цивилизація. 1898 г. Стр. 28.

³⁾ Въ послѣднее дѣло съ китайцами у нихъ появлялись герои, изъ коихъ нѣкоторые также быть можетъ были люди не вполне нормальные: говорили объ одной женщинѣ, выступившей во главѣ отряда войска спасать родину отъ «заморскихъ чертей». Она напоминала Жанну д'Аркъ

павшій въ опалу, самовольно и своевременно не лишалъ себя жизни, его принуждали къ этому приказаніемъ свыше.

Послѣднему столкновенію китайцевъ съ европейцами, какъ извѣстно предшествовалъ слухъ, что императрица Китая отравилась. Многіе знатные военные чиновники и агитаторы кончили жизнь самоубійствомъ, хотя слухи оказывались не всегда вѣрными и мнимоумершіе не рѣдко воскресали.

О самоубійствѣ цицикарскаго дзянь-дзюня въ газетахъ ¹⁾ сообщалась слѣдующее: „быстрое наступленіе генерала Реннен-кампа отъ Айгуна на Мергенъ и занятіе имъ г. Цицикара, какъ уже извѣстно, сильно повліяло на дзянь-дзюня Шеу, который покончилъ съ собою самоубійствомъ. По послѣднимъ свѣдѣніямъ имъ былъ выбранъ довольно распространенный въ Китаѣ способъ: онъ проглотилъ большой кусокъ золота, что производить разрывъ желудка или кишекъ или заворотъ послѣднихъ“.

Въ одной изъ мѣстныхъ газетъ ²⁾ сообщалось о трагической смерти Гиринскаго военачальника слѣдующее: „Вслѣдствіе совершеннаго изъ чувства патріотизма самоубійства гиринскаго и хэйлунцянскаго военачальника генерала Янь-Мао, сжегшаго себя вмѣстѣ съ женою, братомъ, четырьмя женами послѣдняго и столькими-же племянницами въ своемъ ямынѣ въ Гиринѣ, послѣ повесеннаго при этомъ городѣ пораженія, императорскимъ указомъ отъ 15 ноября повелѣно: оказать покойному особая посмертныя почести, поставить въ храмѣ героевъ таблицу съ именемъ Янь-Мао, соорудить почетныя арки въ память покойныхъ родственницъ генерала, сыну же его Чао-хуну представить, по окончанія установленнаго траура по отцѣ, должность секретаря 2 класса въ одномъ изъ министерствъ“.

Здѣсь мандаринъ, потерявъ бодрость духа и честь, отравляется опиумъ, тамъ военачальникъ ложится въ гробъ и

¹⁾ Вост. Вѣстн, 26 сент. 1900 г.

²⁾ Пріам. Вѣд. 1900 г. № 362.

приказываетъ солдатамъ стрѣлять въ себя; то передаютъ о китайскомъ воинѣ, взорвавшемъ себя на пороховомъ ящикѣ, то рассказываютъ, какъ раненный китаецъ, во избѣжаніи плѣна, самъ себѣ распарываетъ животъ.

Многіе мирные жители отъ ужасовъ войны, потери семьи и имущества, безысходнаго горя и нищеты вѣшались, топились, стрѣлялись, отравлялись опиѣмъ. Въ извѣстномъ дѣлѣ подъ Благовѣщенскомъ, гдѣ погибло въ волнахъ Амура нѣсколько тысячъ безоружныхъ китайцевъ (работіе и торговцы), повидимому, не малая часть ихъ, влекомая стаднымъ началомъ, въ отчаяніи сама побросалась въ воду.

И въ мирное время китайцы, живущіе въ нашихъ владѣніяхъ, часто поканчиваютъ съ собою: одни вслѣдствіе голода, какъ случай около Владивостока, гдѣ отецъ и сынъ, связавъ себя косами, бросились въ воду, другіе изъ боязни наказанія за совершенное преступленіе, наконецъ въ приступѣ душевнаго разстройства, какъ напр. бросившійся съ высокой скалы у Владивостока и убившійся на смерть самоубійца. Случается, что китаецъ, прибывшій изъ дальнихъ странъ на заработокъ, годами собираетъ деньги, чтобы съ ними возвратиться на родину и зажить счастливо, но зайдя въ игорный домъ, проигрывается въ пухъ и прахъ: его находятъ въ лѣсу повѣсившимся. Наканунѣ смерти самоубійцы, также какъ и присужденные къ смертной казни, накуриваются опиѣмъ и напиваются ханшиной до-пьяна.

Среди корейцевъ самоубійства почти такъ же обычны. Прежде безработица и голодъ являлись болѣе частой причиною, чѣмъ теперь, когда хозяйство наладилось. Японцамъ живется въ нашихъ владѣніяхъ достаточно хорошо и уже поэтому случаи самоубійства не такъ часты. Среди гольдовъ, орочанъ, гиляковъ и др. мелкихъ племенъ Примурскаго края самоубійства встрѣчаются между женщинами и мужчинами.

Согласно санитарному отчету Л. Бирка въ г. Владивостокѣ за время съ 1873 по 1888 гг. „изъ 46 самоубійцъ повѣсилось 18, застрѣлилось 14, отравилось морфіемъ 4,

стрихниномъ 4, опиѣмъ 2, ціанистымъ калиемъ 1, карболовой кислотой 1, итого—12; зарѣзалось 12, утопилось 1. Въ числѣ 46 самоубійцъ было офицеровъ морского вѣдомства 6, военно-сухопутнаго 2, врачей 2, матросовъ 9, солдатъ 2, отставныхъ военныхъ чиновъ 2. Мужчинъ разнаго сословія 6. Женъ 5. Китайцевъ, корейцевъ и японцевъ 7. „Ясно, говоритъ авторъ, что самоубійства во Владивостокѣ не рѣдки. Среднимъ числомъ было ежегодно на 10.000 жителей 5 случаевъ; между тѣмъ, какъ общая статистика показываетъ въ цивилизованныхъ странахъ только 2 случая на 10.000 ¹⁾. Я сомнѣваюсь, чтобы число кончающихъ жизнь самоубійствомъ во Владивостокѣ уменьшилось въ настоящее время, хотя и не имѣю цифръ въ рукахъ.

По вычисленіямъ д-ра Колбасенко ²⁾ на основаніи отчетовъ лечебныхъ заведеній г. Хабаровска за время съ 1860 по 1894 г. изъ 3467 чел. умершихъ погибло отъ самоубійствъ 21, т. е. 0,61%. Лѣтомъ 1890 г. многія мѣстныя интеллигентныя лица въ бесѣдѣ со мной высказывали удивленіе по поводу чрезвычайно большаго числа самоубійствъ въ городѣ, какъ среди мужчинъ, такъ и женщинъ, и объясняли ихъ алкоголизмомъ, житейскими неудачами, семейными драмами и т. п.

Въ Никольскѣ - Уссурійскомъ съ 14.000 жителей въ 1899 г. 20 человекъ покончило жизнь самоубійствомъ, что равняется 14,3 на 10.000!

Въ газетахъ Дальняго Востока, чуть не въ каждомъ номерѣ, извѣщается о самоубійствѣ въ томъ или другомъ мѣстѣ обширнаго края; интересъ къ трагическимъ событіямъ въ обществѣ давно притупился и новый случай никого не удивляетъ.

Преобладающее число интеллигентныхъ самоубійцъ—люди несомнѣнно душевно-больные, другіе крайне нервные,

¹⁾ Мед. Приб. къ Морскому Сборнику 1892 г.

²⁾ Зап. Приам. Отд. II. Р. Г. Общ. Т. I 1894—1896.

склонные легко приходить въ аффектъ. Но встрѣчаются и такіе, которые при жизни отличались здравымъ разсудкомъ и спокойнымъ характеромъ и даже поразительнымъ хладнокровіемъ, какъ показываетъ все ихъ поведеніе, предшествующее роковой развязкѣ. Не мало лицъ носится съ неотвязчивой мыслью покончить съ собою, борется съ нею, скрываетъ ее годами въ тайникахъ души, пока не наступитъ роковой поводъ. Нѣкоторое значеніе имѣетъ то, что самоубійцы въ средѣ, въ которой живутъ, часто представляются въ ареолѣ геройства и мученичества.

Слишкомъ часто кончаютъ съ собой люди юношескаго и цвѣтущаго возраста, примѣрной нравственности и хорошаго образованія, подававшіе, какъ говорится, большія надежды. Какъ уже упоминалось, преобладающая часть русскаго населенія люди пришлые въ зрѣломъ возрастѣ, выросшіе въ Европейской Россіи въ совершенно иной обстановкѣ: имъ не легко свыкнуться съ узкими провинціальными интересами, трудно въ корнѣ измѣнить всѣ свои взгляды, привычки, идеалы, приспособиться къ новой окружающей природѣ. Трудность общенія съ родиной, отсутствіе возможности съ тою же легкостью выбраться изъ края, съ какою люди въ него попадаютъ, крайняя малочисленность истинной, въ европейскомъ смыслѣ слова, свободной и разнообразной по взглядамъ и развитію интеллигенціи, преобладаніе зараженной узкимъ, черствымъ, бюрократическимъ міровоззрѣніемъ, недостатокъ духовной пищи и надежды на лучшее будущее, безотрадная, удручающая, чуждая сердцу природа, враждебныя отношенія другъ къ другу людей, сознаніе бесполезности работы въ перодномъ краѣ, гдѣ девизъ большинства „сорвать и уйти“, словомъ, глубокое разочарованіе во всемъ дѣйствуетъ подавляющимъ образомъ на всю нервную систему. Для интеллигентнаго человѣка условія жизни въ краѣ, за исключеніемъ развѣ самаго г. Владивостока, по сіе время настолько тяжелы, что приходится искать забвенія въ пьянствѣ, любовныхъ похожденіяхъ, азартныхъ играхъ и др. возбудителяхъ силь-

ныхъ ощущеній. Чувствительность все болѣе притупляется, кругъ того, что доставляетъ человѣку пріятное, суживается, тоска усиливается, принимаетъ характеръ ностальгіи и разрѣшается наконецъ самоубійствомъ.

Въ крестьянской и мѣщанской средѣ самоубійства обусловливаются главнымъ образомъ неблагоприятными социальными условіями и алкоголизмомъ. Постоянныя неудачи на сельско-хозяйственномъ и ремесленномъ поприщѣ вслѣдствіе отсутствія единодушія и взаимной поддержки, разноплеменности, недостаточной предпримчивости и способности съ неодновременностью поселенія въ краѣ, незнаніемъ его, наконецъ нелегкости конкурировать съ трудолюбивыми, трезвыми, многосторонне развитыми китайцами, а также японцами, вызываютъ у русскихъ переселенцевъ озлобленіе, безотчетную хандру и недовольство собою, которыя губятъ энергію и жажду жизни. Неудержимое стремленіе къ имѣющей свою прелесть бродячей жизни и любовь къ спиртнымъ напиткамъ не вяжутся съ необходимостью съ большимъ трудомъ и терпѣніемъ обрабатывать землю, дѣлать запасы на долгую, холодную зиму. Въ Пріамурскомъ краѣ крестьянское общество, землячество, семья, церковъ, все, что связывало людей на Руси, очень скоро распадается само собой, каждый оказывается предоставленнымъ самому себѣ, никому нѣтъ дѣла до другого, никто не интересуется общественными дѣлами, вопросами нравственности и пр. Сама собой является ненависть къ странѣ, а создать привязанность къ ней искусственно трудно, даже невозможно.

Мало извѣстная по существу ностальгія многими не признается за болѣзнь и увѣ. . даже войсковые врачи, привыкшіе во всемъ, имѣть незнакомомъ, искать симуляцію, находятъ лишь неимѣющую патологическаго значенія лѣнь или хандру. Когда-же дѣло доходитъ до самоубійства и судебно-медицинскаго разслѣдованія, то всѣ случаи безъ разбора объясняются душевнымъ расстройствомъ, хотя врядъ-ли часто находятъ они что-либо патологическое въ мозгу. Наблюденія

показываютъ, что въ Пріамурскомъ краѣ у многихъ вновь пріѣхавшихъ, оставившихъ семью за 8000 в. и привязанныхъ къ новому мѣсту обязательствами и долгомъ службы развивается довольно скоро ностальгія, болѣзнь далеко не безразличная.

Извѣстно, что лишеніе свободы для многихъ птицъ не обходится безнаказанно: ярко окрашенныя, какъ папугаи, райскія птицы, иволги, нѣкоторыя мелкія пестрыя пташки, попавъ въ плѣнъ, въ теченіе времени теряютъ болѣе или менѣе мягкость, чистоту и красоту оперенія; орлы, ястребы, совы, удоды и пр. пойманные, забиваются куда-либо въ уголь, сидятъ неподвижно, какъ мрачнопомѣшанные, и отказываются отъ предлагаемой имъ пищи. Ничто не можетъ замѣнить имъ родной стихіи и немалая часть должна погибнуть, хотя другая правда приспособляется къ новымъ условіямъ жизни. Ностальгія человѣка и птицъ, если и не тождественны, то во всякомъ случаѣ суть явленія одного и того-же біологическаго порядка. Дальній Востокъ есть очень часто могила для психики прошлаго человѣка, претерпѣвающей здѣсь настоящую пертурбацію и хорошо еще, если дѣло кончается только неврастеніемъ и преходящей ностальгіей.

Китайцы умѣютъ отличать явныя формы идіотизма, мани, меланхоліи, помѣшательства другихъ родовъ, ясно выраженные и для всѣхъ очевидныя. Нѣкоторые симптомы душевнаго разстройства, какъ-то: ненормальный плачь, смѣхъ и т. п. относятся каждый къ заболѣванію особаго органа, противъ котораго и направляется леченіе. Ловкость приписывается покровительству обезьяны, хитрость—лисицы, свирѣпость—тигра. Кости и зубы послѣдняго, носимые какъ талисманы, по общему убѣжденію, придаютъ человѣку власть и силу. Существуютъ волхвы, которые указываютъ, какъ задобрить покровительствующаго звѣря, какъ бороться съ дьявольскимъ навожденіемъ. Параличъ, апоплексія, падучая и мигрень происходятъ, по воззрѣнію китайцевъ, вслѣдствіе внезапнаго охлажденія тѣла и сырости и рѣдко поддаются излеченію.

Имѣя самыя превратныя представленія по анатоміи и физиологіи человѣка, китайцы при леченіи болѣзней нервной системы совершенно не попадаютъ въ цѣль. Ими примѣняются преимущественно растительныя лекарственныя средства и наипаче имѣющій универсальное значеніе корень „жень-шенъ“, даваемый внутрь въ видѣ настойки на спиртѣ или въ отварѣ. Панты, или молодые рога оленя, имѣютъ по видимому такое-же значеніе при леченіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней, какъ въ Европѣ сперминъ. Ртутью китайцы лечатъ самыя разнообразныя болѣзни и очень любятъ это средство. Во многихъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь на сифилитической почвѣ, такая терапія, проведенная эмпирически, даетъ благопріятные результаты. Существуетъ длинный рядъ другихъ средствъ, часто совершенно безсмысленныхъ; сами китайцы относятся къ нимъ скептически.

Толпа убѣждена, что противъ душевнаго разстройства лекарственныхъ средствъ нѣтъ, и обыкновенно прибѣгаетъ къ пляскамъ, ракетамъ, музыкѣ, выстрѣламъ, заклинаніямъ. Противъ каждой болѣзни имѣется свой бурханъ, который олицетворяетъ ее. Такого бурхана хранятъ въ домѣ, а въ случаѣ надобности, поставивъ его предъ собою, молятся и приносятъ ему жертвы: пищевые продукты, травы, свѣчи. Идоламъ, находящимся въ кумирняхъ, тоже возносятся молитвы, ставятъ свѣчи; между прочимъ прибѣгаютъ къ особому богу медицины, изображаемому въ видѣ безобразно внушительной фигуры идола съ микстурой „жень-шеня“ въ рукѣ, какъ можно видѣть, напр., въ кумирнѣ г. Хабаровска.

Во время военныхъ дѣйствій въ Манчжуріи китайцы, быстро отступая и бросая свои города на произволъ судьбы, оставляли тамъ паралитиковъ, калѣкъ, идіотовъ и сумасшедшихъ, которыхъ случалось видѣть при вступленіи въ опустѣвшіе села и города. Многіе сходили съума отъ однихъ ужасовъ войны, такъ какъ помимо прикованныхъ цѣпью съ ошейникомъ къ стѣнѣ или къ тяжелой гирѣ на полу видѣли и находящихся въ буйномъ періодѣ на полной свободѣ. Сла-

бые старики, оставшіеся почти на вѣрную смерть и усиленно курившіе опій, казались лишившимися разсудка.

У корейцевъ, имѣющихъ понынѣ первобытное міровозрѣніе, вѣра въ колдовство, чародѣйство, порчу процвѣтаетъ въ самыхъ широкихъ размѣрахъ. Духи, по ихъ убѣжденію, могутъ принимать образъ отвратительныхъ человѣческихъ существъ, могутъ вселяться въ человѣка въ образѣ змѣй, т. е. давать тотъ симптомокомплексъ, который извѣстенъ у насъ подъ названіемъ одержимости. Искать, въ комъ засѣлъ злой духъ и кто поэтому является небезопаснымъ, составляетъ важную задачу общества. Провицательницы и вѣдуны считаются лицами, облеченными сверхъестественной властью, способными къ изгнанію вселившагося бѣса, но и могущими напустить порчу. Лечение одержимаго сводится къ изгнанію злого духа; средствами являются выстрѣлы, грохотъ барабана, звонъ колокола, шумъ, гамъ, щелканье, свистъ, трескъ и ревъ на разные голоса; все это пускается въ ходъ одновременно. Нечистаго стараются загнать въ принесенный горшокъ и относить сосудъ подальше.

Шаманъ является посредникомъ между землей и небомъ, человѣкомъ и богомъ. Его считаютъ обладающимъ сверхъестественнымъ даромъ, уважаютъ и боятся. Никто какъ онъ можетъ сказать, откуда болѣзнь, кто ее напустилъ, духъ добрый или злой. Для этого везутъ психически больного въ домъ шамана или приглашаютъ его къ себѣ. Нѣкоторые шаманы странствуютъ изъ села въ село и сами ищутъ дома, гдѣ могутъ быть полезными и предлагаютъ свои услуги за плату въ 20—30 рублей. Высоко цѣнятся слѣпые шаманы. Когда собрались родственники и знакомые, шаманъ, разряженный въ шаманскій костюмъ, увѣщиваетъ себя побрякушками и начинаетъ прыгать, кривляться, кричать, при чемъ бьетъ въ свой бубень до полного истощенія силъ, до перехода въ состояніи транса или близкаго къ этому и начинаетъ проричать и выкрикивать имя черта, напустившаго болѣзнь. Тогда всѣ присутствующіе, вооружившись дубинами, отправляются

къ приготовленному заранѣе изъ соломы и выставленному на лужайкѣ черту и бьютъ его, пока онъ не разсыпется. Избивъ идола, возвращаются въ убѣжденіи, что черти уже безсильны, — успокаиваются; часто и состояніе больного на время улучшается. Если шаманъ заявитъ, что болѣзнь отъ добраго, но осерчавшаго духа, то общаются свинью въ жертву и при молитвѣ шамана о выздоровленіи приносятъ ее и устраиваютъ попойку. Въ разныхъ мѣстахъ и разные шаманы дѣйствуютъ не вполне одинаково, но принципъ остается одинъ и тотъ-же. Если больной не поправляется, а впадаетъ во вторичное слабоуміе, то всякую попытку помочь дѣлу оставляютъ и онъ слыветъ за дурачка. Нерѣдко шаманъ во время пляски неоднократно выпиваетъ чарочками шаншину и приходится шаманить нѣсколько ночей подрядъ.

Шаманомъ у гольдовъ, корейцевъ и пр. дѣлается тотъ, на кого указываютъ съ дѣтства, или кто самъ видѣлъ во снѣ, что онъ никто иной, какъ шаманъ. Эти народные врачи не шарлатаны, напротивъ, большею частью люди вѣрующіе въ то, что они могутъ дѣлаться ясновидящими, переходя въ трансъ, могутъ становиться полезными посредниками между богомъ и человѣкомъ. Нѣкоторые шаманы, приглашенные въ домъ къ душевно-больному, ложатся спать съ предвзятымъ желаніемъ увидѣть сонъ, видятъ его дѣйствительно и поступаютъ согласно его указаніямъ. Такъ какъ нервныя болѣзни, особенно среди женщинъ распространены широко, то и почва для шаманства всегда имѣется. Упомяну еще, что какъ у насъ бредящій утверждаетъ, что онъ царь, геній, безгранично могущественъ, такъ у корейца, особенно гольда, орачена, иной маніакъ выступаетъ въ роли шамана и морочить толпу.

Удѣлъ сумасшедшихъ и вообще душевно-больныхъ китайцевъ и корейцевъ на ихъ родинѣ печаленъ. Буйныхъ помѣшанныхъ держатъ на цѣпи, заковываютъ въ кандалы или сажаютъ въ желѣзную клѣтку, гдѣ едва хватаетъ мѣсто, чтобы расправить конечности. Если помѣшательство тихое, то ду-

шевно-больному предоставляютъ право бродить на свободѣ и въ такихъ случаяхъ нерѣдко бываетъ самоубійство. Предоставленные самимъ себѣ, неспособные снискивать пропитаніе, многіе больные погибаютъ съ голоду. При внезапно обнаружившемся неистовствѣ дѣло иногда кончается убійствомъ больного, котораго окружающіе приняли за освирѣпѣвшаго здороваго или за одержимаго бѣсомъ. Сумасшедшіе, идіоты, эпилептики, сомнамбулы, совершившіе убійства, поджогъ или иное преступленіе подвергаются наказаніямъ и пыткамъ наравнѣ съ нормальными людьми. Вообще вопросъ о наличности психическаго разстройства въ китайскихъ и корейскихъ судахъ обыкновенно не подымается; если-бы даже подозрѣніе и слѣдовательно заступничество возникло, оно не помогло-бы подсудимому при отсутствіи знанія и умѣнія судей и свидѣтелей безпристрастно доказать невмѣняемость по болѣзни. Въ китайскихъ газетахъ часто передаются возмутительные съ нашей точки зрѣнія факты казни надъ душевно-больными преступниками.

Японцы, какъ элементъ населенія довольно культурный, смотрятъ на душевныя болѣзни достаточно здраво. Между прочимъ однако заслуживаетъ быть отмѣченнымъ, что они относятся съ суевѣрнымъ страхомъ къ кошкамъ, лисицамъ, барсукамъ, приписывая этимъ животнымъ способность принимать образъ человѣческій, чтобы легче морочить людей; эти животныя фигурируютъ какъ въ народныхъ сказкахъ, такъ и въ содержаніи бреда душевно-больныхъ. На 200 японцевъ г. Хабаровска лѣтомъ 1901 г. не было ни одного душевно-больного.

Японцы стараются увезти своихъ психически больныхъ въ Японію, китайцы въ Китай или Манчжурію. Обыкновенно для этой цѣли между китайцами или японцами, если нѣтъ средствъ, уставляется подписка. На собранные деньги нанимается провожатый и больной отправляется на родину. Корейцы этого не дѣлаютъ, такъ какъ состоятъ большею частью изъ бѣглыхъ, порвавшихъ связь съ отечествомъ, за исключе-

ніемъ развѣ нѣкоторыхъ изъ тѣхъ, которые живутъ вблизи самой Кореи.

Нельзя не замѣтить, что съ китайцевъ и корейцевъ г. Владивостока берутъ больничный сборъ, но лечиться имъ негдѣ и только очень не многіе, и во всякомъ случаѣ не душевно-больные, могутъ попасть въ русское лечебное заведеніе. Впрочемъ они и въ другихъ мѣстахъ по незнанію языка и инымъ причинами сами рѣдко обращаются къ нашимъ врачамъ, за то случается, что ихъ эксплуатируютъ весьма жестоко разные бродяги, выдающіе себя за русскихъ лѣкарей.

Въ случаѣ появленія душевнаго заболѣванія въ семьѣ гольдовъ, ороченъ, гиляковъ, бираровъ, манчжуровъ, манегровъ, камчадаловъ и др. инородцевъ, живущихъ въ нашихъ владѣніяхъ, никому и въ голову не придетъ ходатайствовать о помѣщеніи психически больного въ специальное лечебное заведеніе, его едва-ли удастся пристроить въ обыкновенную больницу, словомъ, въ отношеніи душевно-больныхъ инородцы совершенно предоставлены самимъ себѣ. У охотничьихъ племенъ психически больной нерѣдко обреченъ на голодную смерть, такъ какъ таскать хронически больного съ собою и долго ухаживать за нимъ не станутъ даже ближайшіе родственники.

Н. В. Слюнинъ¹⁾, описывая бытъ камчадаловъ, коряковъ и тунгусовъ (ламуты) Охотско-камчатскаго края говоритъ: „Всякаго рода истерическія явленія чрезвычайно распространены между инородцами и часто принимаютъ эпидемическій, заразительный характеръ. Намъ не разъ приходилось наблюдать такіе курьезные случаи, что, напр. среди пирушки или семейнаго мирнаго разговора стоитъ одному закричать или заплакать, какъ вслѣдъ за этимъ всѣ присутствующіе одинъ за другимъ начинаютъ продѣлываютъ тоже самое—и въ результатъ вся изба наполняется воемъ и плачемъ, появляются корчи и судороги, потеря сознанія—и передъ вами на полу

¹⁾ Н. В. Слюнинъ. Охотско-Камчатскій край. Т, I стр. 525—527.

во всевозможныхъ позахъ валяется куча неожиданныхъ больныхъ“. Авторъ обращаетъ вниманіе на мучительныя головныя боли у инородцевъ съ склонностью къ самоубійству и странно, но недостаточно научно, описываетъ широко распространенныя нервныя болѣзни „ана“ (по тунгуски) и мерячество, которыя будто отличаются одна отъ другой. Я полагаю однако, что всѣ описанныя д-ромъ Слюнинымъ симптомы въ сущности могутъ быть сведены къ одной болѣзни—истеріи (кликушеству), обычной въ Примурскомъ краѣ по русскимъ деревнямъ.

Говорятъ, что среди китайцевъ, японцевъ и корейцевъ довольно часто болѣзнь, извѣстная подъ названіемъ „бери-бери“. Сахалинскій врачъ К. Лобасъ ¹⁾ упоминаетъ объ эпидемически развившейся среди корейцевъ, прибывшихъ на пароходѣ на Сахалинъ болѣзни: изъ 21 заболѣло 5, и относитъ ее именно къ „бери-бери“. По словамъ корейцевъ, болѣзнь эта на ихъ родинѣ встрѣчается часто и наз. „рици“. Врачи Корсаковского округа д-ра Сурминскій и Кирилловъ наблюдали среди японцевъ, работавшихъ на рыбныхъ промыслахъ южнаго Сахалина, болѣзнь, похожую на „бери-бери“ (по японски—„какъ-не“).

По даннымъ д-ра Колбасенко ²⁾ въ г. Хабаровскѣ съ 1860 по 1894 г. изъ 3467 умершихъ насчитывается погибшихъ отъ болѣзней нервной системы 133, въ томъ числѣ отъ:

а) апоплексія и паралича	61.
б) воспаленія мозга и его оболочекъ (у дѣтей) . .	65.
в) гнойнаго воспаленія мозгов. оболочекъ (у взрослыхъ)	
слыхъ)	2.
д) воспаленія спинного мозга	2.
е) падучей	1.
ф) остраго помѣшательства	1.
г) столбняка (у взрослого мужчины)	1.

¹⁾ Н. С. Лобасъ. Три случая болѣзни съ явленіями «beri-beri». Врачъ 1897 г. № 30.

²⁾ Op. cit.

„Сравнительно значительная смертность отъ болѣзней нервной системы 3,8%, говоритъ авторъ, съ вѣроятностью можетъ быть объяснена злоупотребленіемъ спиртными напитками“. Замѣчательно, по Колбасенко, большое количество насильственныхъ смертей, именно 216, или 6,2%; въ этомъ числѣ самоубійствъ 21, убійствъ 44, заоя 15.

Въ г. Хабаровскѣ лѣтомъ 1896 г. былъ рядъ поджоговъ, внушившихъ не безъ основанія подозрѣніе на одну душевно-больную дѣвушку, но тѣмъ дѣло и кончилось. Надо замѣтить, что алкоголики совершаютъ въ городѣ и на его окраинахъ преступленіе за преступленіемъ и борьба съ этимъ зломъ уже потому ни къ чему не приводитъ, что среди преступниковъ бродитъ безконтрольно много несомнѣнно душевно-больныхъ. Замѣчательно, что относительно алкоголиковъ вопроса объ ихъ душевной ненормальности и не возникаетъ. Параноиковъ съ бредомъ преслѣдованія сторонятся, стараются избавиться отъ нихъ полицейскими мѣрами, переносятъ ихъ нелѣпые поступки, пока дѣло не кончится катастрофой и тюрьмой.

Въ г. Хабаровскѣ ¹⁾ въ крестьянской семьѣ, гдѣ я по приѣздѣ случайно принужденъ былъ остановиться, оказалось три душевно ненормальныхъ лица: 1) работникъ—старикъ съ алкогольнымъ слабоуміемъ 2) работникъ—идіотъ, физически крѣпкій и 3)—работница со вторичнымъ слабоуміемъ и остатками бредовыхъ идей. Многолѣтняя хозяйка кормила всѣхъ ихъ какъ даровыхъ помощниковъ. Первый изъ упомянутыхъ больныхъ часто уходилъ надолго изъ дому промышлять милостыней и какъ почти неспособный къ труду и бесполезный членъ семьи скоро былъ сбытъ съ рукъ. О второмъ мнѣ передавали слѣдующее: мѣсяцевъ 7 тому назадъ крестьянинъ этотъ женился. На свадьбѣ спрашиваютъ жениха: „тебѣ

¹⁾ Въ 1900 г. населеніе около 15.000 обоого пола, въ томъ числѣ китайцевъ до 4.000.

«сколько лѣтъ?» Женихъ широко улыбается. «Говори сколько?» — «Девять». «А невѣстѣ твоей?» — «Десять». Гости смѣются. «По своей-ли воли женишься?» Отвѣтъ безсмысленно глупый. Всѣмъ весело. Священникъ сперва отказывается вѣнчать, но потомъ повѣнчалъ. Жена оказалась тоже дураковатой. Молодой мужъ, кстати сказать, пьющій и драчливый, прогналъ ее беременной и она опять у родителей. Третья больная, разговаривая сама съ собой, исполняетъ мелкую работу. Заболѣла она, по словамъ хозяйки, оттого, что ее кто-то 15 лѣтъ назадъ обольстил и бросилъ. Ее возили почему-то въ Благовѣщенскъ не такъ давно лечить, но конечно напрасно. Нынѣ родственники махнули на нее рукой, не интересуются ею.

Съ 1 августа по 1 ноября изъ пользованныхъ мною въ г. Хабаровскѣ нервныхъ и душевно-больныхъ было съ диагнозомъ:

- 1) melancholia 1 (казакъ).
- 2) mania 1 (нижн. чинъ).
- 3) stupiditas 1 (казакъ).
- 4) paranoia 2 (жена чиновника
и нижн. чинъ).
- 5) paralysis progressiva 1 (чиновникъ).
- 6) psychosis neurastenica 1 (ветеринаръ).
- 7) — hysterica 1 (жена ветерин.).
- 8) hypochondria 2 (ветерин. и офиц.).
- 9) delirium tremens 3.
- 10) alcoholismus (dipsomania). 8.
- 11) dementia sec. ex alcohol. 2 (крестьяне).
- 12) — sec. 2 (крестьяне).
- 13) imbecillitas 2 (крест. и н. чинъ).
- 14) lues cerebri. 1.
- 15) apoplex. cerebr. post. alcohol. et luem. 2 (офиц. и крестьян.).
- 16) — — post. luem hered. 1 (ученица).
- 17) epilepsia 2 (нижние чины).
- 18) chorea minor 1 (дѣвочка).
- 19) neurastenia 10.

- | | |
|---|----------------------|
| 20) hysteria | 5. |
| 21) hemicrania | 4. |
| 22) poliomyelitis adult. ant. | 1 (офицеръ). |
| 23) tabes dorsalis | 3 (чиновники). |
| 24) paralysis bilat. inf. e compressione. | 1 (нижн. чинъ). |
| 25) neuralgia (ischias etc.) | 6. |
| 26) morphinismus | 1 (классн. фельдш.). |

Интеллигентные люди, заболѣвшіе тяжелымъ нервнымъ недугомъ, при достаточныхъ матеріальныхъ средствахъ или при субсидіи отъ вѣдомства, въ которомъ служили, стремились поскорѣе уѣхать изъ Хабаровска для леченія въ Японію, на Кавказъ, въ Петербургъ и т. д.

Д-ръ Зеландъ ¹⁾ въ 1882, когда Приморская область была совсѣмъ мало заселена, уже поражался обиліемъ душевныхъ и нервныхъ болѣзней. „Въ войскахъ Имперіи“, говоритъ онъ, классъ нервныхъ болѣзней составляетъ 0,9% всѣхъ заболѣваній, въ Приморскихъ войскахъ 2,7%, а въ моей частной таблицѣ 6,7% „.... „Я не могу указать“, заявляетъ онъ, „какой нибудь одинъ, особенно распространенный видъ нервныхъ болѣзней, но общій выводъ относительно болѣе частаго появленія страданій нервной системы въ томъ числѣ и умственного разстройства не подлежитъ сомнѣнію“. Авторъ этотъ пришелъ уже тогда къ заключенію, что „одной изъ главныхъ причинъ тому является запой, который въ войскахъ Имперіи даетъ 0,8, здѣсь 1,4, а въ гражданскомъ населеніи еще больше“. Кстати сказать онъ изслѣдовалъ нѣсколько деревень и утверждаетъ, что „молодое поколѣніе, родившееся на Амурѣ, довольно высокаго роста и хорошаго тѣлосложенія (?). Уродовъ и хронически больныхъ по деревнямъ меньше, чѣмъ можно бы ожидать при отсутствіи медицинской помощи. Напр. въ 4-хъ деревняхъ: Большомъ Михайловскомъ, Иркутскомъ, Богородскомъ и Маріинскѣ зимой 1878 на 562 жителя было 2 идіота, 1 паралитикъ, 1 глухонѣмой, 4 кри-

¹⁾ Воен. Мед. Журн. г. 1882.

выхъ (?) и 1 калѣка. Пьянство и кутежи бываютъ болѣе по праздникамъ, а завязтыхъ пьяницъ далеко меньше, чѣмъ въ городахъ....

По даннымъ Л. Бирка ¹⁾ за 16 лѣтъ (съ 1873 по 1888) на 76,961 заболѣвшихъ въ г. Владивостокѣ ²⁾ съ населеніемъ въ то время почти исключительно военнымъ поступило въ госпиталь больныхъ умопомѣшательствомъ 97 (73 мужч. и 24, женщ.) или 1,2 на 1000 и запоемъ 469 (429 мужч. и 40 женщ.), или 6,1 на 1000.

Для всей Приморской области въ Отчетахъ по Медицинскому Департаменту показано пользованныхъ въ 1891 г. въ больницахъ душевно-больныхъ и испытуемыхъ 13, эпилептиковъ 3, внѣ больницъ психопатовъ 7, падучныхъ 14; въ 1892 г. въ больницахъ пользовано одержимыхъ душевнымъ разстройствомъ и испытуемыхъ 11, эпилептиковъ 6, внѣ больницъ больныхъ первой категоріи 14 и второй 16. За послѣдніе годы я не нашелъ въ отчетахъ необходимыхъ свѣдѣній.

Въ 1893 г. душевно-больные Приморской области были помѣщены ³⁾ въ Николаевскую гражданскую больницу 7 человекъ, въ Хабаровскую 1, во Владивостокскую 3 и въ желѣзнодорожную 2. Если изъ общаго числа населенія 147.547 чел. об. п. русскаго элемента считалось 83.302, то одинъ временно содержавшійся въ больницѣ приходится на 6408 чел. Но здѣсь не принято въ счетъ, сколько душевно-больныхъ находилось въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ, гдѣ ихъ было навѣрно не меньше. Иностранцы (44,6% населенія) не призрѣвались вовсе.

Въ 1894 г. изъ 243 пользованныхъ ⁴⁾ въ г. Владивостокѣ въ городской больницѣ (на 20 мѣстъ) больше всего приходилось на сифилисъ и алкоголизмъ, именно по 30 чел.; помѣшанныхъ было 6. Внѣ больницъ отъ сифилиса офиціально лечилось 83,—отъ алкоголизма 14 и душевнаго разстройства 2.

¹⁾ Op. cit.

²⁾ Населеніе въ 1873 г.—1700 чел., въ 1888 г.—1400.

³⁾ Пріам. Вѣд. 1895 г. № 60.

⁴⁾ Владивостокъ 1896 г. № 45.

Вообще въ городѣ было зарегистрировано 2198 случаевъ болѣзней нервной системы; изъ нихъ 44 со смертельнымъ исходомъ и эта цифра будто много ниже дѣйствительности, какъ тогда заявляли, а между тѣмъ жителей насчитывалось лишь 11.183 мужч. и 2194 женщ.

Въ г. Владивостокѣ съ душевно-больными приходится считаться, какъ всюду, и врачамъ, и полиціи, и уличной толпѣ. Въ мѣстной газетѣ ¹⁾ пишутъ: „случайно въ карцеръ полиціей былъ забранъ крестьянинъ; затѣмъ уже оказалось, что онъ сумасшедшій. Въ городскую больницу его не приняли, отказывая за неимѣніемъ мѣста, и онъ остается при полиціи, которая не знаетъ, куда и дѣвать душевно-больнаго“. Въ другомъ номерѣ ²⁾ мы читаемъ: „Намъ неоднократно приходилось слышать о появляющейся на улицахъ, а иногда и за городомъ, помѣшанной женщины. Нѣсколько разъ ее видѣли въ слободѣ. Тяжелое впечатлѣніе производитъ эта молодая женщина. Говорятъ, что обращеніе съ этой психически больною со стороны ея родныхъ заставляетъ желать много лучшаго, что въ нѣкоторой степени и служить къ усиленію болѣзни. Они говорятъ, что она „представляется“. Но представленіе это длится слишкомъ долго—нѣсколько лѣтъ и пора бы убѣдиться въ правдоподобности болѣзни и приняться за соотвѣтствующее леченіе ея“.

Отсутствіе надзора не заставило долго ждать дурныхъ послѣдствій и нѣкоторое время спустя писали ³⁾: „женщина убила въ припадкѣ бѣшенства своего ребенка и начала его грызть. Эта женщина—уродъ по своему физическому сложению отличалась и ранѣ буйной злостью“.

Въ № 19 газеты „Владивостокъ“ за 1897 г. находится такая замѣтка: „Сумасшедшіе, о безпомощномъ положеніи которыхъ мы уже писали неоднократно, все-таки продолжаютъ

¹⁾ Владивостокъ 1894 г. № 35.

²⁾ Владивостокъ 1894 г. № 21.

³⁾ Владивостокъ 1894 г. № 49.

свободно гулять по улицамъ города, наводя страхъ и трепетъ на прохожихъ возможностью какого нибудь дикаго поступка. Неужели никто такъ-таки не долженъ заботиться о надлежащемъ пріютѣ для этихъ несчастныхъ? Неужели и такіе поступки этихъ больныхъ, какъ подбрасываніе подъ поѣздъ дѣтей (такой случай имѣлъ мѣсто) пройдутъ безслѣдно? Вѣдь рано или поздно, а помѣщеніе для душевно-больныхъ придется строить. Мы могли провести, и частью уже приводили и неоднократно, массу фактовъ изъ мѣстной жизни за послѣдніе 5 лѣтъ, которые убѣдительно подтверждаютъ необходимость здѣсь отдѣльнаго помѣщенія для душевно-больныхъ“.

Немного спустя сообщали ¹⁾: „Въ городѣ появился новый сумасшедшій. Это молодой еще человѣкъ. Онъ нѣсколько разъ въ день заходитъ въ одинъ и тотъ-же магазинъ и покупаетъ какіе-нибудь пустяки, напр., перчатки, при томъ самыя дорогія. При покупкахъ онъ вытаскиваетъ пачки денегъ и очень небрежно съ ними обращается. Кто этотъ молодой человѣкъ—намъ неизвѣстно, но слѣдовало бы тѣмъ, кто его встрѣтитъ, предупредить, хотя бы полицію, объ этомъ несчастномъ молодомъ человѣкѣ“.

Подобныхъ выписокъ изъ общей мѣстной прессы можно было бы привести множество, но и вышеприведенные достаточно поучительны.

Въ 150 в. отъ Николаевска на минеральныхъ водахъ (t 42°) въ 1895 г. согласно регистраціи врача ²⁾ лечилось 93 человѣка (все русскіе), изъ нихъ отъ невралгіи 1, lumbago 1, paralysis aditans 1, paralysis progressiva 2, паралича двигательнаго нерва 1, сѣдалищной невралгіи 1, ипохондріи 1, неврастеніи 5; остальные—отъ другихъ болѣзней, неимѣющихъ отношенія къ нервной системѣ. Въ слѣдующемъ 1896 г. пользовалось 65 чел., изъ нихъ отъ паралича двигательнаго нерва 4, ипохондріи 2, истеріи 2.

¹⁾ Владивостокъ 1897 г. № 21.

²⁾ Н. Тропинъ. Аннинскія минер. воды. Приам. Вѣд. за 1896 г. № 100 и за 1897 г. № 160.

Для Амурской области по интересующему насъ вопросу въ печати отсутствуютъ даже официальные статистическія свѣдѣнія. Чрезвычайная распространенность и разнообразіе формъ душевныхъ и нервныхъ заболѣваній вызываютъ въ обществѣ лишь безплодные пересуды и удивленіе. Мѣстные (благовѣщенскіе) врачи пока не шли на встрѣчу требованіямъ времени и не интересовались статистической психо-и невропатологіей. Я не могу останавливаться здѣсь долго на отдѣльныхъ формахъ заболѣванія. Скажу только, что изъ душевныхъ болѣзней болѣе всего приходится на алкогольные психозы, а изъ нервныхъ — невольно обращаетъ на себя вниманіе по частотѣ мигреней, черепномозговые кровоизліянія, неврастенія и истерія. Зимой часто находятъ замерзшихъ въ пьяномъ состояніи. Сильныя головныя боли обычны осенью и зимой, что объясняется крайнею сухостью воздуха въ это время года, вѣтрами, рѣзкими колебаніями температуры. Апоплексія есть обычное слѣдствіе заболѣванія артеріальныхъ сосудовъ на почвѣ алкоголизма и разрыва аневризматическихъ расширеній при рѣзкихъ колебаніяхъ кровяного давленія. Чрезвычайно широкое распространеніе неврастенія находитъ себѣ достаточно объясненій въ условіяхъ семейной и общественной жизни и въ отправленіяхъ организма. Тоже слѣдуетъ сказать объ истеріи, при которой между прочимъ обычны въ краѣ заболѣванія половыхъ органовъ играетъ еще большую этиологическую роль, чѣмъ при неврастеніи.

Нельзя умолчать, что у нѣкоторыхъ сектантовъ, напр., деревни Астрахановки, находящейся недалеко отъ Благовѣщенска, нервная система расшатывается полуязыческимъ богослуженіемъ. По окончаніи молитвенныхъ пѣснопѣній часть собравшихся расходится, другая остается и тогда начинается прыганіе до полного истощенія и обморочнаго состоянія кого-либо, чаще дѣвушки или молодой женщины. Въ моментъ просыпанія передъ очами появляется Божественный ликъ, а на порогъ сознанія всплываютъ идеи религіознаго содержанія. Упавшая, усиленіемъ воли, задерживаетъ видѣніе въ памяти,

вскакиваетъ и начинаетъ пророчествовать и управлять дальнѣйшими поступками толпы отъ его имени. Кто во время пляски дойдетъ до такого состоянія транса, тотъ пользуется особымъ почетомъ, ибо свизошелъ на него „духъ“.

Съ наступленіемъ лѣтнихъ мѣсяцевъ въ полицейское Управленіе г. Благовѣщенска доставляются упомянутыя отовсюду изъ окрестныхъ деревень, Зеи и пр., а городское полицейское Управленіе рѣшительно не знаетъ, куда ихъ дѣвать ¹⁾.

Интересующійся вопросомъ о душевно-больныхъ на Сахалинѣ найдетъ данныя за время съ 1888 по 1896 г. въ статьяхъ д-ра Л. Ландау ²⁾. Такъ какъ цифры собирались по официальнымъ источникамъ и касаются времени, когда на островѣ психіатра не было, то естественно ожидать, что онѣ не вполне отвѣчаютъ дѣйствительности. Въ населеніи преобладаетъ элементъ, прошедшій тюремное горнило, много на своемъ вѣку перенесшій и уже потому болѣе предрасположенный, не говоря о томъ, что многія преступники потому и преступники, что они люди душевно-больные или неспособные отъ рожденія приспособиться къ новымъ юридическимъ нормамъ чуждымъ ихъ психоантропологическому типу (напр. горцы Кавказа). Естественно ожидать, что на Сахалинѣ цифры душевно-больныхъ получатся больше той, которую удалось бы вывести изъ населенія, напр., амурскихъ станицъ.

Островъ, какъ мѣсто ссылки уголовныхъ преступниковъ, имѣетъ для статистика то преимущество передъ другими мѣстами, что здѣсь всѣ люди на виду, каждая семья извѣстна, а каторжники находятся подъ особымъ бдительнымъ надзоромъ администраціи. Однако даже на островѣ невозможно поголовное научное освидѣтельствованіе, которое могло бы дать дѣйствительную цифру душевно-больныхъ. Справедливость требуетъ сказать, что въ самое послѣднее время усилился надзоръ

¹⁾ Амурская газета 1900 г. № 22.

²⁾ Сахалинскій календарь за 1898 и 1899 гг.

за тѣмъ, чтобы туда не проникали душевно-больные преступники и уже къ Одессѣ при отправкѣ каторжниковъ на Дальній Востокъ явнопомѣшанныхъ и слабоумныхъ отбираютъ и задерживаютъ. Ландау въ 1897—1899 гг., принимая число русскаго населенія острова въ 30.000 чел. об. пола, всѣхъ душевно-больныхъ и эпилептиковъ насчитываетъ 600, или 20 на 1000. Это, хотя и не абсолютно точно, но исходитъ отъ прожившаго тамъ нѣсколько лѣтъ психіатра и потому должно быть близко къ истинѣ. Нельзя кстати не подчеркнуть того обстоятельства, что убійства совершаются на Сахалинѣ чуть не ежедневно, между тѣмъ самоубійство—явленіе весьма рѣдкое; въ Пріамурскомъ краѣ эти послѣднія напротивъ такъ часты, что года два назадъ было даже назначено официальное слѣдствіе по поводу самоубійствъ въ офицерской средѣ.

Я не могу воздержаться, чтобы не привести нѣсколько пространную, но поучительную корреспонденцію ¹⁾ изъ Гижиги—глухаго уголка Охотско-Камчатскаго края, куда еще не скоро проникнуть лучи цивилизаціи.

„Много тревогъ причинилъ мѣстному начальнику округа и населенію снова сошедшій съума помощникъ начальника г. С. Онъ уже посылался разъ для излеченія во Владивостокъ, но послуживъ тамъ въ Областномъ Правленіи, былъ присланъ сюда. Онъ много разъ угрожалъ стрѣлять и дѣйствительно напугалъ всю Гижигу, выстрѣливъ однажды раза четыре изъ револьвера. Долгое время не могли понять, что онъ помѣшанный, и исполняли всѣ его недѣльные приказанія. Онъ, напр., приказывалъ являться къ себѣ нашимъ казакамъ въ полной формѣ, о которой уже всѣ успѣхи забыть. Нужно было надѣть папаху и прочую амуницію и только въ такомъ видѣ итти къ нему. Это было-бы еще ничего, если бы его выходки не стали переходить предѣлы возможнаго. Такъ, онъ приказалъ сажать подъ арестъ нѣкоторыхъ казаковъ—мѣстныхъ жителей. Затѣмъ нѣсколько разъ покушался прогнать часовыхъ отъ пороховаго склада.

¹⁾ Владивостокъ 1896 г. № 37.

Такъ онъ долгое время приставалъ къ часовому, которому стоило большаго труда уговорить его уйти отъ грѣха. Въ другой разъ часовымъ оказался человѣкъ, не столь знающій военную дисциплину и боявшійся, какъ огня, начальства. С. пришелъ въ сопровожденіи чукчи и приказалъ часовому отдать ружье и дать связать себя. Бѣдный человѣкъ не зналъ, что дѣлать. Во первыхъ передъ нимъ былъ начальникъ, а во вторыхъ больной человѣкъ. Въ концѣ концовъ часовыи рѣшился сдаться и дать себя связать. Обывателямъ пришлось видѣть курьезную картину прохожденія черезъ городъ С. со связаннымъ часовымъ въ сопровожденіи чукчи съ ружьемъ на плечѣ.

Помѣшавшись, онъ все угрожалъ сдѣлать какое-нибудь кровавое дѣло. Всѣ его боялись и въ особенности начальникъ округа, который ставилъ даже около своей квартиры часовыхъ. При поѣздкѣ въ Петропавловскъ, какъ и въ послѣдующей на пароходѣ во Владивостокъ, его сопровождали двое изъ жителей Гижиги, которые не особенно церемонились съ больнымъ. Сбѣжить-ли онъ, набуянить-ли или помочить свое бѣлье, слѣдовала неизбѣжная „трепка“ со стороны сопровождавшихъ ¹⁾.

То леченіе, которому подвергаются русскіе душевно-больные въ деревняхъ, селахъ, станицахъ, не имѣетъ ничего общаго съ раціональной медициной и является отраженіемъ того міровоззрѣнія и взгляда на душу человѣческую, котораго испоконъ вѣка придерживается общество, не поднятое до надлежащей высоты культуры. Говорить о томъ, какъ относятся крестьяне переселенцы или казаки къ своимъ больнымъ собратьямъ, значитъ, повторять извѣстное о сельскомъ населеніи Европейской Россіи. И на Дальнемъ Востокѣ величайшимъ врагомъ человѣка въ глазахъ простаго народа является дьяволъ, становящійся всюду ему поперекъ дороги. Бороться съ нимъ по вѣрованію поселянина можно лишь молитвой и заклинаніями. На Амурѣ еще нѣтъ любимыхъ монастырей, вѣками привлекающихъ немощныхъ и жаждущихъ душевнаго исцѣле-

¹⁾ Владивостокъ 1896 г. № 37.

нія, какъ въ Евр. Россіи, не приходится возить больныхъ къ чудотворнымъ иконамъ. Научно образованныхъ врачей крайне мало и живутъ они почти исключительно въ городахъ. Волей неволей поселяне пользуются услугами доморощенныхъ лекарей, знахарей, заговорщицъ. Если больной буйствуетъ—его держать на привязи. Такъ, напр., недавно въ одной мѣстной газетѣ ¹⁾ жаловались, что въ Никольскѣ-Уссурійскомъ держится на цѣпи сумасшедшая жена крестьянина.

Въ станицѣ Михайлово-Романовской ²⁾ казаки нѣсколько лѣтъ возились съ душевно-больнымъ. Они предоставили было уже его волѣ Божьей, но слухъ, что болѣзнь отъ порчи и излечить ее можетъ гольдскій шаманъ, становился все упорнѣе и заставилъ станичное общество согласиться свести больного за Амуръ въ гольдскую деревню. Правда, шаманъ требовалъ 50 р., но рѣшили, что здоровые дороже, что злаго духа изгнать все-же надо. „Больной не вынесъ продѣлокъ шамана, вырвался и побѣжалъ, его поймали, насильно посадили, надѣли потомъ на него какую-то странную одежду, а на шеѣ сдѣлали подкожную рану, въ которую вставили костяную иглу. Больной носилъ ее, пока дня черезъ два сильная боль не заставила его самого извлечь ее. Всю ночь раздавались звуки шаманскаго бубена, дикая пляска и неестественныя завыванія шамана, но чортъ оказался настолькоъ великъ, что не хватало силъ изгнать его, а потому необходимость заставила везти больного къ другому, болѣе искусственному шаману на р. Сунгари“.

Даже въ городахъ частныя лица обыкновенно не знаютъ, куда и какъ обратиться съ ходатайствомъ о медицинской помощи, не знаютъ, имѣютъ-ли они право просить о гарантированіи безопасности семьѣ, имуществу и пр., къ тому-же по слухамъ ходатайства ни къ чему не приводятъ и душевно больные поневолѣ пребываютъ дома и на улицахъ, и увы...

¹⁾ Владивостокъ 1898 г. № 6.

²⁾ Амурская газета 1896 г. № 10.

подчасъ на службѣ. Лечебныя заведенія стараются избавиться отъ безпокойнаго элемента, требующаго спеціального ухода и доставляющаго врачебному персоналу лишь непріятности. Благотворительныя общества и Красный крестъ избѣгаютъ въ этомъ отношеніи быть полезными. Красный крестъ не говоря о томъ, что сестры милосердія въ такомъ дѣлѣ, какъ уходъ за душевно-больными при отсутствіи спеціальныхъ приспособленій и надлежащей прислуги ничего сдѣлать не могутъ, предъявляетъ къ тому же требованія чрезмѣрно высокой платы въ то время, какъ въ призрѣніи нуждаются наиболѣе бѣдные. Осенью 1900 г. по моему совѣту одну душевно-больную г. Хабаровска помѣстили въ мѣстную лечебницу Краснаго креста, но черезъ 2 дня больной, находящейся въ состояніи психическаго возбужденія, тамъ уже не оказалось... Изъ городской больницы Владивостока въ богадѣльню Благотворительнаго общества не хотѣли, напр., взять старика душевно-больнаго, не смотря на просьбы городской Управы. ¹⁾

Въ больницахъ надзоръ за душевно-больными крайне плохъ и приключенія всякаго рода обычны. Иногда разыгрываются и кровавыя драмы: такъ, напр. въ одномъ изъ мѣстныхъ лазаретовъ, душевно-больной, находясь среди психически здоровыхъ, ранилъ ни съ того, ни съ сего одного изъ лечившихся изъ револьвера ²⁾. На пріискахъ душевно-больныхъ помѣщаютъ въ пріисковыя больницы, каковыхъ много, но толку въ нихъ мало, вслѣдствіе отсутствія людей свѣдущихъ въ психіатріи и приспособленій къ правильному леченію душевно-больныхъ. И здѣсь они являются бичемъ для врачей и администраціи, и приключенія въ родѣ покушенія на убійство, бывшаго въ одной изъ этихъ больницъ ³⁾, всегда возможны.

Въ казачьихъ войскахъ богоугодныхъ заведеній нѣтъ. Лица, потерявшіе способность къ труду, паралитики, идіоты и помѣшанные призрѣваются въ станицахъ общественниками.

¹⁾ Владивостокъ 1897 г. № 4.

²⁾ Владивостокъ 1897 г. № 17.

³⁾ Пріам. Вѣд. 1894 г. № 32.

„Особенно тяжелъ для станицъ надзоръ за умопомѣшанными, отъ приѣма которыхъ и содержанія отказываются лечебныя учрежденія въ области ¹⁾).

Въ городахъ постоянно раздаются мольбы родственниковъ на преждевременную выписку душевно-больныхъ изъ лечебныхъ заведеній и на отказы въ приемѣ. Только и слышишь, что здѣсь мать не можетъ справиться съ душевно-больнымъ сыномъ, тамъ мужъ съ женой, а тамъ совершилась кровавая драма... Безпомощность, напр., многодѣтнаго чиновника при душевно-больной женѣ, какъ мнѣ приходилось наблюдать самому, превосходитъ всякое описаніе. Связанный службой, и не имѣя ни права, ни средствъ уѣхать, онъ самъ, вслѣдствіе страха, отчаянія, непріятностей, бессонныхъ ночей, отсутствія прислуги ¹⁾ заболѣваетъ тяжелой неврастеніей и даже психическимъ разстройствомъ.

Такъ какъ содержаніе бреда душевно-больныхъ вращается чаще всего около далекой родины—Европейской Россіи, то всѣ помыслы близкихъ и родныхъ, нерѣдко зараженныхъ отъ совмѣстной жизни тѣми-же идеями и во всякомъ случаѣ желающихъ лучшаго, сводятся къ тому, чтобы исполнить настойчивое требованіе больного увезти его. Увы, сдѣлать это бѣднымъ почти невозможно, зажиточнымъ трудно. Даже люди богатые боятся везти больного за 8.000 в. по сушѣ и тѣмъ болѣе за 18.000 в. моремъ. Надо имѣть въ виду, что въ теченіе длинной очень холодной и вѣтренной зимы, продолжающейся около 7 мѣсяцевъ, по Амуру приходится ѣхать не менѣе 3—4 недѣль до Срѣтенска въ саняхъ съ большими дорожными затрудненіями, часто съ серіозными приключеніями. Отправленіе больныхъ женщинъ въ Европейскую Россію связано съ еще большими препятствіями, и мнѣ неизвѣстны случаи, чтобы отвозили даже женъ лицъ, находящихся на государственной службѣ при содѣйствіи властей.

¹⁾ Приам. Вѣд. 1896 г. № 118.

²⁾ Женская прислуга очень дорога; баба деревенская въ наймы пять-лишь за 15—25 рублей въ мѣсяцъ на всемъ готовомъ.

Если поступить въ лечебное заведеніе (желѣзнодорожная или городская больница, лазаретъ, госпиталь) чиновникъ, солдатъ и долго не поправляется, то начинается переписка. Младшіе пишутъ старшимъ, одно вѣдомство сносится съ другимъ, высшая медицинская инстанція запрашиваетъ Петербургъ или предварительно наводитъ болѣе точныя справки, гдѣ, кто, какъ заболѣлъ, излечимъ-ли, какая форма болѣзни, требуетъ для личныхъ переговоровъ и т. д. Въ случаѣ выздоровленія слѣдуютъ выговоры за напрасную тревогу и безпокойство, за неточность діагноза, въ чемъ, правду сказать, мѣстные врачи, мало знакомые съ психіатріей, сильно грѣшатъ. Случалось, что возникла сложная переписка изъ за заболѣвшихъ *delirium tremens*, болѣзнию, которая проходила сама собою черезъ нѣсколько дней. Переписка въ виду дальности разстоянія, дурныхъ путей сообщенія, отсутствія снѣжности въ провинціальныхъ канцеляріяхъ, наконецъ, разныхъ случайностей тянется такъ долго, что часть больныхъ волей Божьей поправляется, другая успѣетъ умереть, часть удается сбыть родственникамъ. Надо снестись еще официально съ Правленіемъ Добровольнаго флота, чтобы устроить провозъ душевно-больнаго на пароходѣ „Ирославль“, приспособленномъ для перевозки арестантовъ изъ Одессы на Сахалинъ и дѣлающемъ не болѣе двухъ рейсовъ въ годъ.

О томъ, какъ содержатся душевно-больные врачевными учрежденіями и администраціей, я распространяться не буду. Нѣкогда во Владивостокѣ помѣщали, напр., душевно-больныхъ въ чулавахъ (бывшіе сортиры) при кабакахъ. Такъ было передъ пріѣздомъ въ край генераль-губернатора Духовскаго, который, узнавъ о такомъ безобразіи, отказался отъ предложеннаго ему обѣда и посовѣтовалъ пожертвовать деньги на улучшение быта душевно-больныхъ. Нынѣ во Владивостокѣ, являющемся столицей для пріамурскаго края, для помѣщаемыхъ и слабоумныхъ отводятся ненужные углы, чуланы, сараи и т. п. мѣста, совершенно не пригодные. Душевно-больные нижніе чины, которыхъ мы приходилось пользоваться въ г. Хабаровскѣ до

ихъ отправленія—однихъ въ Евр. Россію, другихъ (охранная стража) въ желѣзнодорожную больницу, третьихъ въ казачьи станицы, содержались за отсутствіемъ помѣщенія въ одиночномъ заключеніи въ тѣсныхъ карцерахъ, такъ что о научномъ леченіи болѣзни не могло быть и рѣчи...

Служащій персоналъ Пріамурскаго края старается не водить къ душевно-больнымъ своихъ начальниковъ, а начальствующие не заглядывать къ нимъ, такъ какъ тѣ и другіе находятся въ непріятномъ положеніи невозможности рѣшить, что-же дѣлать съ этими больными при отсутствіи специальныхъ лечебныхъ заведеній. Въ концѣ концовъ положимъ дѣло улаживается: получается разрѣшеніе, если не всѣхъ, то по крайней мѣрѣ часть помѣщенныхъ увезти изъ больницы моремъ въ одно изъ психіатрическихъ заведеній Европ. Россіи, отъ Правленія Добровольнаго флота тоже имѣется благопріятный отвѣтъ. И вотъ душевно-больные, ихъ бываетъ чаще нѣсколько, сажаются во Владивостокъ на пароходъ и отправляются въ далекій путь со всѣми его морскими невзгодами, едва-ли благотворно дѣйствующими на психическое здоровье. Черезъ 40—50 дней пароходъ подходит къ Одессѣ, откуда ихъ везутъ уже по желѣзной дорогѣ въ то или другое псих. отдѣленіе, куда приказано.

Пресса Дальняго Востока радостно привѣтствуетъ каждую отправку ихъ до того эти больные ложатся тяжелымъ бременемъ на жителей края.

Съ отпускными нижними членами на пароходѣ „Ярославль“, писали ¹⁾ въ 1895 г., отправилось въ Россію трое душевно-больныхъ въ сопровожденіи уволенныхъ отъ службы по болѣзни и ѣдущихъ на родину.

На ушедшемъ въ маѣ 1897 г. пароходѣ, какъ сообщала въ свое время другая газета ²⁾, увезено 5 чел. душевно-больныхъ. „Четверо изъ нихъ помѣщены въ отдѣльную, специаль-

¹⁾ Пріам. Вѣд. 1895 г. № 93.

²⁾ Владивостокъ 1897 г. № 21.

но для нихъ приспособленную каюту, а пятый идетъ какъ пассажирь. Это нѣкто фотографъ К., долгое время ведшій свое дѣло, будучи душевно-больнымъ. Впрочемъ, это здѣсь не рѣдкость. Еще не дальше какъ въ минувшемъ году былъ отправленъ съ о. Сахалина на томъ-же пароходѣ сошедшій съума г. Ч. Онъ цѣлый мѣсяцъ исполнялъ свои служебныя обязанности, будучи помѣшаннымъ... На этотъ разъ для наблюденія за душ. больными взято 20 чел. запасныхъ солдатъ“.

На буксирномъ пароходѣ „Казакевичъ“, писалъ корреспондентъ Амурской газеты въ 1898 г., отправлено двое психически больныхъ: ветеринарный врачъ Р. и нижній чинъ.

Въ газетѣ „Владивостокъ“ за 1899 г. № 20 мы читаемъ слѣдующее: „въ настоящее время въ нашей городской больницѣ помѣщается 8 чел. душ. больныхъ; нѣкоторые изъ нихъ лежатъ уже болѣе двухъ лѣтъ, а наша управа и не думаетъ принимать какихъ-либо мѣръ къ скорѣйшему ихъ отправленію въ Евр. Россію. Между тѣмъ такое отношеніе ся въ скоромъ времени можетъ сдѣлать больницу прямо пріютомъ для психически разстроенныхъ, что безусловно противорѣчитъ нашимъ врачебнымъ законамъ... Думаемъ, что Управа въ скоромъ времени освободитъ нашу больницу отъ сумасшедшихъ и тѣмъ очиститъ мѣсто для многихъ жителей Владивостока, страдающихъ другими болѣзнями. Вѣдь содержаніе душ. больныхъ въ больницѣ по 2—3 года пожалуй обойдется дороже, чѣмъ немедленное ихъ отправленіе въ Евр. Россію“.

Осенью 1900 г. вслѣдствіе скопленія на Дальнемъ Востокѣ массы войска пришлось моремъ отправить сразу до 15 ч. одержимыхъ психическимъ разстройствамъ въ Одессу.

Въ настоящее время ближайшія псих. заведенія находятся: одно на Сахалинѣ—для ссыльныхъ и каторжниковъ острова, другое въ Забайкальѣ—въ г. Читѣ, предназначенное исключительно для лицъ казачьяго сословія. Читинское псих. отдѣленіе находится въ небольшомъ неблагоустроенномъ деревян-

¹⁾ Амурск. газета 1898 г. № 33.

номъ флигилѣ. Оно устроено въ 1894 г. на 30 мѣстъ и хотя тогда-же было возбуждено ходатайство объ увеличеніи его до 60-ти кроватей, но безъ результата. До 1897 г. наблюдения за душевно-больными на Сахалинѣ составляло одну изъ обязанностей окружныхъ и лазаретныхъ врачей. Въ началѣ 1898 г. приступлено было въ сел. Ново-Михайловскомъ къ постройкѣ корпуса для безпокойныхъ больныхъ и отведены и приспособлены еще нѣсколько помѣщеній, составляющихъ въ цѣломъ психіатрическое отдѣленіе на 70 мѣстъ. Въ настоящее время проектируется построить на островѣ специальную лечебницу на 107—150 кроватей. Вопросъ о призрѣніи психически ненормальныхъ женщинъ на Сахалинѣ въ 1899 г. еще стоялъ на очереди.

Въ г. Хабаровскѣ лѣтомъ 1900 г. при мѣстномъ лазаретѣ закладывался каменный флигель на 10 мѣстъ для душевно-больныхъ лицъ военнаго вѣдомства. Что касается гражданскаго населенія, то назрѣвшій вопросъ о постройкѣ и для него психіатрической лечебницы былъ впервые поднятъ хабаровской городской думой въ ноябрѣ 1897 г. и немедленно напелъ себѣ откликъ во Владивостокской городской Управѣ и въ др. мѣстахъ. Въ результатѣ первоначальные проекты пришлось измѣнить. Обнаружилась потребность въ псих. больницѣ не на 10 мѣстъ, какъ вначалѣ предполагалось, и не только для одного г. Хабаровска, а центральной для всего Примурскаго края не менѣе какъ на 100 кроватей и со всѣми приспособленіями и удобствами по современнымъ требованіямъ науки. Въ зиму 1900 г. собралась комиссія подѣ предсѣдательствомъ Окружнаго Военно-Мед. Инспектора для всесторонняго обсужденія вопроса о постройкѣ ея въ г. Хабаровскѣ, о выборѣ для нея мѣста, о врачебномъ и служебномъ персоналѣ и пр. Говорятъ, проектъ пошелъ на утвержденіе въ Петербургъ. Будетъ-ли больница построена и когда не извѣстно.

Итакъ, на Дальнемъ Востокѣ лѣтомъ и осенью 1900 г. дѣло призрѣнія и леченія душ. больныхъ обстоило, какъ выше описано, безотрадно въ полномъ смыслѣ слова. Съ постройкой

психіатрическихъ лечебницъ военнаго и гражданскаго вѣдомствъ леченіе, призрѣніе и защита душевно-больныхъ на судѣ и въ обществѣ вступить въ новую эру, какъ случилось это отчасти на о. Сахалинѣ. Паралитики, табетики и вообще лица, одержимыя тяжелыми нервными болѣзнями, можно надѣяться въ скоромъ времени найдутъ лучшую медицинскую помощь, нежели теперь.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи нервной системы.

Dr. Jahrmärker. Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58 H. 1. 1901.

Изъ всего клиническаго матеріала психіатрической клиники проф. Tuszek'a въ Марбургѣ за послѣднія два десятилѣтія авторъ собралъ 54 случая прогрессивнаго паралича у женщинъ и подвергнулъ ихъ подробному разбору. По семейному положенію больныя распредѣлялись такъ: 7 незамужнихъ, 12 вдовъ и 35 замужнихъ; 7 изъ послѣднихъ были покинуты мужьями. Только 5 изъ всего числа больныхъ принадлежали къ обезпеченному классу, но за то у этихъ больныхъ можно было обнаружить ясное предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ. Всѣ остальные больныя происходили изъ недостаточнаго класса (работницы, прачки, швеи), причемъ въ большинствѣ этихъ случаевъ въ анамнезѣ имѣлось указаніе на тяжелую нужду, горе и заботы. Несомнѣнный *lues* въ анамнезѣ имѣлъ мѣсто только въ 4 случаяхъ. Въ единичныхъ случаяхъ отмѣченъ вѣроятный *lues*, *potus* и наслѣдственность. Психическія ненормальности, предшествовавшія прогрессивному параличу, наблюдались въ 3 случаяхъ. Относительно роли менструальнаго періода авторъ не пришелъ къ опредѣленному выводу, такъ какъ очень трудно установить, въ какихъ случаяхъ прекращеніе мѣсячныхъ могло являться вызывающимъ этиологическимъ моментомъ и

въ какихъ оно было лишь слѣдствіемъ самаго заболѣванія. Бредовыя идеи паралитичекъ отличались нѣкоторыми особенностями, свойственными вообще натурѣ женщины. Течение и продолжительность прогрессивнаго паралича у женщинъ не обнаруживали какихъ либо замѣтныхъ особенностей.

Б. Воротынский

Dr. *Habermas*. Ueber die Prognose der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, Hf. 2—3. 1901.

Эпилепсія, принадлежитъ къ числу тѣхъ болѣзней, относительно которыхъ предсказаніе всегда является крайне неопредѣленнымъ. Вопросъ объ излечимости эпилепсіи долго оставался совершенно открытымъ, и только со времени примѣненія бромистыхъ препаратовъ при леченіи этого страданія прогнозъ при эпилепсіи сдѣлался болѣе благопріятнымъ. За послѣднее время нѣкоторые авторы заявляютъ, что свѣжіе случаи чистой эпилепсіи при соотвѣтствующемъ леченіи могутъ быть вполне излеченными. Различные наблюдатели неодинаково вычисляютъ процентъ выздоровленія при эпилепсіи: *Hufeland* und *Müller* принимаютъ 5%, *Laehr*—6%, *Achermann*—7,6%, *Wildermuth*—8,5%, *Reynold*—10%, *Alt*—12,5.

Авторъ реферируемой работы свои выводы основывалъ на матеріалѣ, достигающемъ 937 случаевъ эпилепсіи (въ томъ числѣ 74 амбулаторныхъ). Изъ этого числа 25% приходилось на дѣтей, не достигшихъ 10-лѣтняго возраста, 58% падало на возрастъ отъ 11 до 20 л., 17%—на возрастъ отъ 21 до 30 л. и только 2% всѣхъ эпилептиковъ были въ возрастѣ болѣе 30 лѣтъ. Почти въ половинѣ всѣхъ наблюдавшихся случаевъ больные до поступленія въ Лечебницу страдали эпилепсіей въ теченіе болѣе 5 лѣтъ.

Выводы автора: 1) эпилепсія излечивается въ 10,3%; 2) 17,3% у эпилептиковъ не наблюдается интеллектуальнаго пораженія; 3) 21% эпилептиковъ остаются способными вполне къ труду, 30%—только отчасти, а 49% оказываются неспособными ни къ какой работѣ; 4) продолжительность жизни эпилептиковъ въ среднемъ достигаетъ 25 лѣтъ; 5) въ 60% всѣхъ случаевъ сама эпилепсія, какъ таковая, приводитъ къ смерти.

Б. Воротынский.

Проф. В. Чижъ. „The early diagnosis of lues cerebri“
The Journal of Mental Pathology. July. 1901.

Раннее распознаваніе сифилиса мозга насколько трудно, настолько же важно въ практическомъ отношеніи, такъ какъ въ своемъ раннемъ стадіи сифилисъ мозга представляется болѣзнью вполне излечимой. Къ раннимъ симптомамъ относится тупая диффузная головная боль, усиливающаяся во время лежанія въ постели. Отъ неврастенической боли она отличается тѣмъ, что неврастеники жалуются на головную боль по утрамъ и чувствуютъ себя лучше къ вечеру, при сифилисѣ головная боль бываетъ сильнѣе ночью и стихаетъ къ утру. Однако подобная боль бываетъ не всегда. Другимъ раннимъ признакомъ начала заболѣванія является упорная бессонница. Эта бессонница рѣдко уступаетъ громаднымъ дозамъ брома, комбинированнымъ съ гидротерапіей и упражненіями на открытомъ воздухѣ. При специфическомъ же леченіи она проходитъ быстро, иногда въ нѣсколько дней, но только при томъ условіи, если нѣтъ уже стойкаго пораженія нервной системы. При собираніи анамнеза важно отмѣтить, была ли подобная бессонница, такъ какъ она можетъ проходить самопроизвольно. Неравномѣрность зрачковъ имѣетъ меньшее значеніе, чѣмъ этому обыкновенно приписываютъ. Она можетъ зависать отъ недостатка въ аккомодациі при неодинаковой рефракціи на той и другой сторонѣ. Рѣдко можно бываетъ установить, не была ли эта неравномѣрность зрачковъ и до заболѣванія. Кромѣ того, неравномѣрность зрачковъ, зависящая отъ сифилиса, указываетъ не на начало его, а уже на глубокія измѣненія въ нервной ткани подъ его вліяніемъ, когда уже мало надежды на полное исцѣленіе. Состояніе сухожильныхъ рефлексовъ также имѣетъ мало значенія. Во первыхъ нужно знать, въ какомъ состояніи рефлексъ были до заболѣванія, такъ какъ интенсивность рефлексовъ подвержена рѣзкимъ индивидуальнымъ колебаніямъ. Во вторыхъ пониженіе или повышеніе рефлексовъ подъ вліяніемъ сифилиса опять таки указываетъ на болѣе поздній стадій болѣзни, когда терапия не можетъ принести исцѣленія. Какъ на вполне надежный ранній признакъ авторъ указываетъ на склерозъ arter. temporalis въ ея ramus anterior. Прежде всего склерозируется тотъ участокъ артерій, который находится по срединѣ виска; пораженіе распространяется назадъ, идя къ волосистой части головы. Если скле-

розъ артеріи очень незначителенъ, то онъ можетъ быть обнаруженъ только при разсматриваніи артеріи не прямо, а въ профиль. Иногда утолщенная артерія бываетъ зигзагообразно искривлена. Указанный склерозъ артеріи отличается отъ расширенной вены той-же области, во первыхъ, своимъ положеніемъ: артерія лежитъ по срединѣ виска, вена—ближе къ лицу; во вторыхъ тѣмъ, что физическое и умственное напряжение заставляютъ вену напрягаться, тогда какъ артерія къ этому относится безразлично. Склерозъ артеріи при начальномъ стадіи бываетъ одностороннимъ, при чемъ предпочтительно поражается лѣвая сторона. Если склерозъ выраженъ на обѣихъ сторонахъ, то можно думать что болѣзненный процессъ ушелъ уже слишкомъ далеко впередъ. Присутствіе склероза должно служить абсолютнымъ показаніемъ къ специфическому леченію, такъ какъ послѣднее уничтожаетъ незначительный склерозъ въ нѣсколько недѣль. Дифференціальный діагнозъ между сифилитическимъ склерозомъ и алкогольнымъ основывается на тщательномъ анамнезѣ и на времени появленія: алкогольный склерозъ бываетъ въ болѣе позднемъ возрастѣ. Въ заключеніе авторъ указываетъ, что люди съ психопатической и невропатической конституціей никогда не подвержены сифилитическому артериосклерозу. Подобные субъекты заболѣваютъ сифилисомъ мозга и прогрессивнымъ параличомъ, по мнѣнію автора, настолько рѣдко, что при сомнительныхъ случаяхъ, гдѣ неизвѣстно признать или нѣтъ существованіе сифилиса мозга, нужно отрицать его, если пациентъ принадлежитъ къ какой-либо категоріи невропатовъ или психопатовъ, на что указаніями будутъ служить: странности характера, ненормальности въ психикѣ, душевныя заболѣванія, принадлежность къ врожденнымъ преступникамъ, къ публичнымъ женщинамъ и проч.

А. Янишевскій.

М. Лапинскій. Состояніе рефлексовъ въ парализованной части тѣла при тотальныхъ перерывахъ спинного мозга. (Вопросы Нервно-Психической Медицины. Т. VI).

Своей работѣ авторъ предпосылаетъ краткое описаніе анатоміи рефлекторной дуги согласно съ современными возрѣніями. Далѣе онъ подробно касается взглядовъ физиологовъ на рефлекторный актъ и тѣхъ клиническихъ наблюде-

ній, которыя въ послѣднее время пытаются подорвать довѣріе къ правильности физиологическихъ возрѣній.

Такъ, законъ о повышеніи рефлексовъ въ спинномъ мозгу, отдѣленномъ отъ головного, считался вообще доказаннымъ и общепринятымъ; но физиологамъ было извѣстно, что повышение рефл. въ нѣкоторыхъ опытахъ заставляло себя ожидать, и первое время какъ сложные, такъ и простѣйшіе кожные и сухожильные рефлексы были угнетены. Этому явленію цѣлый рядъ изслѣдователей, взгляды которыхъ приводятся, давалъ соотвѣтствующее объясненіе, такъ что, сдѣлавъ сводку ихъ мнѣній, авторъ устанавливаетъ слѣдующія положенія: 1. При тотальныхъ перерывахъ спинного мозга, какъ бы не было сильно мѣстное раненіе, сѣрое вещество нижележащихъ сегментовъ въ тѣхъ своихъ отдѣлахъ, которые принадлежатъ къ рефлекторнымъ дугамъ, оставалось совершенно нормальнымъ. 2. Рефлексы въ парализованныхъ частяхъ тѣла, управляемыхъ изъ этихъ отдѣленныхъ сегментовъ, весьма скоро возстаютъ. 3. Освободившись отъ тормозящаго вліянія центровъ головного мозга, рефлексы, отсутствующіе до тѣхъ поръ, при этихъ условіяхъ становятся повышенными.

Только что поставленные положенія, признаваемые ранее неоспоримыми и криницистами, въ послѣднее время стали оспариваться Bastian'омъ и Thornburn'омъ, обратившими свое вниманіе на состояніе рефлексовъ у человѣка при разрушеніи исключительно шейного или верхне-грудного отдѣла спинного мозга.

На основаніи ихъ наблюденій оказалось, что у человѣка при перерывѣ спинного мозга въ его верхне-грудной части или въ шейномъ отдѣлѣ не бываетъ никогда возстановленія рефлексовъ въ отдѣленной нижней части спинного мозга, не бываетъ и спастическихъ явленій и повышения рефлексовъ; подобное разрушеніе сопровождается всегда вялымъ параличемъ нижнихъ конечностей и полной утратой всѣхъ кожныхъ, сухожильныхъ и висцеральныхъ рефлексовъ. Рефлекторные же центры и рефлекторныя дуги, входящія въ составъ рефлекторныхъ актовъ, по мнѣнію этихъ авторовъ, оставались при этомъ не поврежденными анатомически. Цѣлый рядъ лицъ занимался проверкой возрѣній Bastian-Thornburn'a, и ученіе это встрѣчало себѣ всюду поддержку и подтвержденіе. Авторъ задался цѣлью познакомиться съ обширной казуистикой, на которой было построено ученіе Bastian-Thornburn'a и долженъ придти къ выводу, что послѣдователи этого уче-

нія относились къ матеріалу весьма снисходительно и безъ необходимой критики. Послѣ тщательнаго разбора каждаго случая въ отдѣльности онъ резюмируетъ результаты своего критическаго разбора слѣдующими словами: „изъ имѣющихся клиническихъ наблюденій нѣтъ ни одного случая перерыва шейного или верхне-грудного спинного мозга, гдѣ бы рефлексы отсутствовали при нормальной рефлекторной дугѣ resp. отдѣльныхъ составныхъ частяхъ ея... Наблюденія, которыя въ настоящее время считаются доказательными для ученія Bastian'a, на самомъ дѣлѣ вовсе не отвѣчаютъ требованіемъ, поставленнымъ этимъ авторомъ. Отсутствие рефлексовъ въ этихъ случаяхъ вовсе не доказано, ибо изслѣдованіе ихъ производилось не полно, не совсѣмъ точно или оно совершенно не производилось послѣдніе мѣсяцы жизни или таковое отсутствіе только предполагалось на основаніи разсказа самаго больного. Въ части случаевъ, относимыхъ сюда, дѣло шло не о перерывѣ спинного мозга, а о сдавленіи его. Наконецъ, тамъ, гдѣ дѣйствительно былъ перерывъ спинного мозга, рефлексы были на лицо уже вскорѣ послѣ травмы; тамъ же, гдѣ наблюдалось отсутствіе ихъ, оно происходило вслѣдствіе органическаго перерожденія рефлекторной дуги“...

Къ случаямъ, имѣющимся въ литературѣ, авторъ прибавляетъ еще два своихъ собственныхъ клиническихъ наблюденія надъ тотальнымъ перерывомъ спинного мозга. Первый случай относится къ травматическому поврежденію въ области V—VI шейного позвонка. Клинически: вялый параличъ всѣхъ четырехъ конечностей, параличу соотвѣтствуетъ полная глубокая анестезія, отсутствіе кожныхъ, періостальныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Рефлексы пузыря, прямой кишки можно считать утратившимися; особенное вниманіе обращаютъ на себя рефлексы пателлярные; хотя и въ очень измѣненномъ видѣ,—именно, какъ сокращеніе аддукторовъ и притомъ съ обѣихъ сторонъ сразу при постукиваніи лѣваго ligam. patellare—ихъ можно было получить, каждый разъ послѣ впрыскиванія морфія. „Такой перекрестный и прямой рефлексъ, замѣчаетъ авторъ, въ видѣ сокращенія m. m. adductoris наблюдается въ нормѣ при сильномъ повышеніи рефлекторной дѣятельности спинного мозга“. На анатомическомъ столѣ—полное исчезновеніе спинного мозга на уровнѣ V-го шейного сегмента. Подъ микроскопомъ:—перерожденіе всего поперечника мозга въ сегментахъ, непосредственно прилежащихъ къ кулитѣ. Весьма важнымъ представляется нѣкоторое измѣ-

неніе длинныхъ коллатералей въ заднихъ корешкахъ въ поясничномъ мозгу; подобное явленіе не отмѣчено еще нѣмъ въ аналогичныхъ случаяхъ перерыва спинного мозга; поэтому становится понятнымъ утрата типичныхъ пателлярныхъ рефлексовъ, но такъ какъ нѣкоторые не типичные рефлексы могли сохраниться, то раздраженіе способно вызвать рефлексъ могло упасть въ не типичное мѣсто, отсюда понятно появленіе видоизмѣненнаго пателлярнаго рефлекса въ формѣ сокращенія аддукторовъ. Появленіе же рефлексовъ послѣ впрыскиванія морфія, авторъ объясняетъ тѣмъ, что морфій-атропинъ устраняетъ какое-то тормозящее вліяніе, быть можетъ, раздраженіе, въ которомъ находится спинной мозгъ, вслѣдствіе раненія его поперечника и ущемленія корешковъ. Приводимый случай стоитъ въ противорѣчій такимъ образомъ съ закономъ Bastian'a.

Второй случай, менѣе подробно описанный авторомъ, травматич. поврежд. спинного мозга съ полнымъ разрывомъ его на уровнѣ VI—VII шейного позвонковъ, съ кровоизлітіемъ въ сѣрую и бѣлую массу мозга и сдавленіемъ VII, VIII и I гр. нервовъ. Клинически—paraplegia, полное исчезновеніе рефлексовъ какъ сухожильныхъ, такъ и кожныхъ, задержка мочи и кала. Смерть черезъ 2 сутокъ и нѣсколько часовъ. Подъ микроскопомъ—кровоизліянія въ поясничномъ мозгу на пути рефлекторной дуги. Отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ авторъ объясняетъ органическимъ пораженіемъ рефлекторной дуги въ заднемъ рогѣ, а именно сдавленіемъ ея излившейся туда кровью.

Въ виду того, что большинство случаевъ, имѣющихся въ литературѣ, погибали вскорѣ послѣ травмы, авторомъ были поставлены опыты (22) съ перерѣзкой спинного мозга у собакъ, на уровнѣ V—VI позвонковъ.

Результаты опытовъ заключались въ слѣдующемъ.

Со стороны клинической авторъ отмѣчаетъ, что перерѣзка спинного мозга измѣняла рефлектерную дѣятельность въ парализованной части. Въ переднихъ конечностяхъ у 6 животныхъ рефлексы были вялы, у большинства они вовсе отсутствовали и у 2-хъ были повышены. Въ заднихъ конечностяхъ у 12 были на лицо и даже повышены, у 7 отсутствовали или были неправильны по своей формѣ, у 3-хъ были вялы; кожные рефлексы въ большинствѣ случаевъ отсутствовали; рефлексъ чесанія бока не удалось вызвать. Кожный рефлексъ съ заднихъ конечностей былъ на лицо у 14 животныхъ и вовсе отсутствовалъ у 8 собакъ.

Пузырь и прямая кишка функционировали произвольно; въ меньшей части случаевъ приходилось прибѣгать къ механическимъ приѣмамъ.

Результаты разсѣченія мозга съ анатомической точки зрѣнія были весьма сложны. Такъ, количество цереброспинальной жидкости было увеличено, давленіе ея въ 4 случаяхъ было весьма отчетливо повышено, гиперемія мозга, въ первое время послѣ операціи легкій отекъ спинного мозга, кровоизліяніе по всей длинѣ спинного мозга, сильнѣе въ мѣстахъ прилегающихъ къ травмамъ и въ поясничномъ мозгу. Тотальное разсѣченіе мозга отразилось измѣненіемъ питанія и въ отдаленныхъ частяхъ его, что хорошо выражено было въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ со времени операціи и до секціи животнаго прошло болѣе 8—11 дней; въ такихъ случаяхъ найдено измѣненіе пирамидныхъ путей въ боковыхъ и переднихъ столбахъ, а также нисходящихъ мозжечковыхъ волоконъ. Кроме того въ нѣкоторыхъ случаяхъ найдено измѣненіе коллатеральныхъ волоконъ заднихъ корешковъ, большихъ клѣтокъ переднихъ роговъ, отчасти кларковыхъ клѣтокъ и также передне-корешковыхъ волоконъ, т. е. перерождены были длинные коллатерали, которые Келликеръ считаетъ рефлексорными. Измѣненіе передне-корешковыхъ волоконъ и длинныхъ коллатералей заднихъ корешковъ найдены были не во всѣхъ оперированныхъ случаяхъ, но лишь у тѣхъ животныхъ, которыя при жизни представляли или полную утрату сухожильныхъ рефлексовъ заднихъ конечностей или неправильную форму ихъ. Въ этихъ случаяхъ были измѣнены и клѣтки.

Авторъ задается вопросами: 1., насколько интенсивны отмѣченные измѣненія и не могутъ ли они поддаваться обратному развитію. 2., какого они происхожденія и 3., могутъ ли они сопровождаться выпаденіемъ извѣстныхъ функцій, напримѣръ, исчезаніемъ рефлексовъ. На первой пунктъ авторъ даетъ отвѣтъ въ томъ смыслѣ, что измѣненія надо отнести къ числу доступныхъ обратному развитію, по крайней мѣрѣ въ волокнахъ заднихъ корешковъ, ихъ длинныхъ коллатералей и передне-корешковыхъ волоконъ, такъ какъ измѣненія ограничивались лишь міѣлиновымъ влагалищемъ (окраска по Vagan-Marchi). Измѣненія клѣтокъ болѣе важны (по Nissl'ю), въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ протоплазматическіе отростки оказались обломанными, извитыми и клѣтка уменьшена въ объемѣ. Перерванный протоплазматическій отростокъ

нужно отнести къ невосстановляющимся явленіямъ. Какъ на причину измѣненій авторъ указываетъ на разсѣченіе пирамидныхъ путей, ихъ вторичное перерожденіе, что вліяетъ на рефлекторную дугу и клѣтки механически (набуханіе міэлина) и динамически (трофич. функція). Пораженіе длинныхъ коллатералей и заднихъ корешковыхъ волоконъ авторъ объясняетъ вліяніемъ кровоизліяній въ сѣрую субстанцію мозга и повышеніемъ давленія цереброспинальной жидкости. Отвѣтъ на третій вопросъ вытекаетъ изъ только что сказаннаго, такъ какъ пораженіе чувство-двигательнаго отдѣла рефлекторной дуги должно повлечь за собой измѣненіе рефлекторныхъ функцій.

Восстановленіе рефлексовъ возможно, если измѣненія въ рефлекторной дугѣ и клѣткахъ не глубоки. На состояніе рефлексовъ оказываетъ тормозящее вліяніе вышележащія части, мѣсто сѣченія, доказательствомъ чего служитъ вліяніе морфія, а также сѣченія мозга ниже раздавленнаго участка, дающія въ результатъ улучшеніе рефлексовъ.

Далѣе авторъ подробно касается разбора теоріи о рефлексовозбуждающей роли мозжечка и его вліянія на тонусъ мышцъ. Онъ разсматриваетъ взгляды клиницистовъ, экспериментаторовъ и, подводя итоги этого ученія, замѣчаетъ, что клиницисты приписывали утрату рефлексовъ вліянію мозжечка по недоразумѣнію, упуская изъ виду побочныя условія, а именно—повышенное внутри черепное давленіе. Экспериментаторы убѣдились, что экстирпація мозжечка влечетъ за собою не утрату рефлексовъ, но даже ихъ повышеніе. Попытка объяснить рефлексовозбуждающую функцію мозжечка его вліяніемъ на тонусъ мышцъ неудачна. Въ виду этого въ объясненіи собственныхъ случаевъ авторъ не отводитъ никакого мѣста теоріи о вліяніи мозжечка.

Въ концѣ работы сдѣланы такого рода выводы: 1. Законъ Bastian'a не противорѣчитъ существующимъ физиологическимъ воззрѣніямъ по этому поводу. 2. Предположеніе его, что рефлекторныя дуги парализованныхъ частей совершенно нормальны, остается до сихъ поръ не доказаннымъ. 3. Рефлексовозбуждающее вліяніе мозжечка пока еще совсѣмъ не доказано. 4. Во многихъ случаяхъ причину паралича нужно искать въ органическомъ пораженіи составныхъ частей рефлекторныхъ дугъ, включая сюда задніе и передніе корешки, сѣрую мозговую субстанцію, периферическіе нервы и мышцы. 5. Причина поврежденій рефлекторныхъ дугъ: кровоизліяніе въ сѣрую субстанцію, отекъ мозга, набуханіе міэ-

лина, увеличенное количество цереброспинальной жидкости. 6. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствіе рефлексовъ нужно объяснять динамическими причинами, общимъ возбужденіемъ и раздраженіемъ оторванной части спинного мозга. 7. Специфическую особенность высоколежащихъ перерывовъ угнетать рефлексы, согласно съ воззрѣніями авторовъ, нужно объяснять состояніемъ ихъ раздраженія. Степень угнетенія рефлекторнаго центра оказывается въ прямо пропорціональномъ отношеніи къ разстоянію его отъ раздраженнаго сегмента и къ силѣ самого раздраженія.

Статья д-ра Лапинскаго снабжена двумя таблицами прекрасно исполненныхъ рисунковъ.

В. Образцовъ.

Д. Д. Котелевскій. Къ ученію объ ядрѣ верхней вѣтви лицеваго нерва. Экспериментальное изслѣдованіе. Варшава. 1901 года.

Сдѣлавъ историческій обзоръ поставленнаго для изслѣдованія вопроса, авторъ приходитъ къ выводу, что „ни ядро Clark'a, ни ядро abducens-facialis, не удержались въ наукѣ. Ядро для верхней вѣтви Mendel'я и перекрестъ волоконъ facialis представляется пока еще вопросами спорными. Для facialis строго доказаннымъ остается лишь ядро, описанное Deiters'омъ“. Далѣе авторомъ представленъ современный взглядъ на топографію и отношенія мозговаго хода n. facialis и его ядра.

Что же касается собственныхъ опытовъ автора, то послѣдній ставилъ ихъ такъ, какъ дѣлалъ ихъ Gudden, т. е., не вырѣзывая животнымъ вѣки, а лишь перерѣзывая вѣтвь n. facialis, снабжающую mm. orbicularis oculi и frontalis, такъ наз., верхнюю вѣтвь n. facialis. Опытными животными служили молодые кошки и щенки, такъ какъ опыты на кроликахъ, не давали при экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ стойкаго уничтоженія дѣятельности верхней вѣтви n. facialis. Окраска производилась по Marchi, Nissl'ю и Pal'ю, и van-Gesson'у. Поставлено было XXI опытъ въ различныхъ комбинаціяхъ; животныя брались разнаго возраста отъ 4 дней до 1 мѣсяца, верхняя вѣтвь n. facialis или вырѣзалась или весь n. facialis вырывался изъ foram. stylo-mastoideum. Результаты своихъ опы-

товъ авторъ дѣлитъ на серіи, изъ которыхъ первая (I—IX) дала ему возможность констатировать измѣненія въ ядрѣ лицевого нерва, послѣ перерѣзки верхней вѣтви, то въ видѣ длительныхъ атрофій при однихъ условіяхъ, то въ видѣ болѣе слабыхъ измѣненій: *reaction á distance*, пислевскихъ перерожденій и пр. Первая серія опытовъ такимъ образомъ подрываетъ значеніе работы и гипотезу Mendel'я и взгляды на ядро для верх. вѣтви Mathias Duval'я. Вторая серія (X—XVIII) дала возможность разобраться въ деталяхъ вопроса, установивъ анатомію ядра и выдѣливъ изъ него латеро-дорсальную группу. Авторъ отмѣчаетъ, что, когда работа его была почти окончена, въ 1898 году появился статья Marinesco въ видѣ предварительнаго сообщенія; послѣдній пришелъ въ общемъ къ тѣмъ же результатамъ, т. е. послѣ перерѣзки верхней вѣтви *n. facialis* наступаютъ измѣненія въ ядрѣ этого нерва, не затрагивающія другихъ ядеръ, но авторъ не можетъ согласиться съ нимъ относит. правильности дѣленія ядра на группы, относя къ верхней вѣтви *n. facialis* группу посрединѣ между дистальнымъ и проксимальнымъ полюсами ядра, а не къ дистальн. полюсу, какъ полагаетъ Marinesco; не соглашается авторъ и съ дѣленіемъ Van Gechuchten'a относительно локализаціи центровъ для отдѣльныхъ мышцъ въ ядрѣ *n. facialis*, полагая, что ядро это построено болѣе сложно.

Подвергнувъ разбору микроскопическія картины срѣзовъ, авторъ на основаніи своихъ опытовъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ. Верхняя и нижняя вѣтви *n. facialis* начинаются изъ одного и того же ядра, *nucleus facialis*, описаннаго Deiters'омъ. Волокна для обѣихъ вѣтвей изъ ядра поднимаются ко дву IV желудочка, въ видѣ восходящихъ корешковъ, образуютъ гени и оставляютъ мозгъ въ видѣ корешковъ *n. facialis*. Верхняя вѣтвь происходитъ изъ латеро-дорсальной группы, которая лежитъ въ латеральной части проксимальныхъ срѣзовъ ядра, затѣмъ занимаетъ все болѣе и болѣе дорсальное положеніе и снова возвращается къ латеральному близъ дистальнаго пояса ядра; благодаря нѣкоторой анатомической особенности (разница въ гистологическомъ строеніи элементовъ) и функціи — латеро-дорсальная группа заслуживаетъ выдѣленія изъ общаго ядра. Далѣе, *nervus facialis* начинается изъ ядра лишь соименной стороны (односторонняя иннервація), но между той и другой стороной есть тѣсная связь, вѣроятно, посредствомъ комиссуръ, проходящихъ въ *corpus trapezoides*; въ виду только что сказаннаго корешекъ Ober-

steiner'a не содержитъ волоконъ периферическаго нерва, но, можетъ быть, въ немъ проходить часть супрацентральныхъ путей п. *facialis*.

Ядро *facialis*, съ одной стороны, и нижнее центральное, съ другой, находятся въ близкой связи другъ съ другомъ; клѣтки *Laure* въ восходящихъ корешкахъ относятся, повидимому, къ системѣ лицевого нерва и принимаютъ участіе въ иннервации верхней вѣтви, хотя по своей крайней немногочисленности, могутъ и не быть принимаемы въ расчетъ. Таковы вкратцѣ выводы, къ которымъ пришелъ авторъ.

Остальная часть работы представляетъ изъ себя клиническій очеркъ, въ которомъ авторъ задается вопросомъ разрѣшить, поскольку результаты его изслѣдованій можно помирить съ фактами, наблюдаемыми въ клиникѣ и результатами вскрытій, для чего онъ разсматриваетъ три категоріи заболѣваній, а именно: 1. системныя заболѣванія (прогрессивный бульбарный параличъ и прогрессивная офтальмоплегія) 2. фокусныя заболѣванія, съ пораженіемъ одного лишь ядра лицевого нерва и 3. такъ наз., восходящія перерожденія. Что касается заболѣванія первой группы, то, какъ извѣстно, бульбарныя явленія служатъ опорой для лицъ, держащихся взгляда о существованіи двухъ отдѣльныхъ ядеръ для лицевого нерва, но случаи приведенные авторомъ (*Wachsmuth'a*, *Eisenlohr'a*, *Remak'a*, *Oppenheim'a*), случаи тщательнаго разобранные, не заставляя его согласиться со взглядами *Mendel'a* и *Duval'a*, даютъ ему право сказать, что нѣтъ основанія ссылаться на бульбарный параличъ, какъ на незыблیمое доказательство анатомической раздѣльности ядеръ *facialis*, такъ какъ при немъ обѣ вѣтви могутъ одновременно поражаться. Во второй группѣ (фокусныхъ заболѣваній) авторъ приводитъ два случая, принадлежащіе *Eisenlohr'у* и В. М. Бехтереву, въ которыхъ имѣлось полное и притомъ солитарное пораженіе всего ядра *facialis*, клинически выражающееся въ полномъ одноименномъ параличѣ всѣхъ вѣтвей *facialis*. Ни выходящіе корешки, ни предполагаемая связь съ пус. *oculomotorii*, ни само ядро *oculomotorii* не было затронуто, а между тѣмъ параличъ *facialis* наступилъ полный: не доказываютъ ли ясно эти два случая, говоритъ авторъ, что и у человѣка ядро для верхней вѣтви находится въ самомъ ядрѣ *facialis*. Клиническіе случаи, поставленные авторомъ въ рубрику ретроградныхъ дегенераций, относятся къ заболѣваніямъ каменистой части височной кости, къ *otitis media* туберкулез-

наго происхожденія (Даркшевичъ и Тихоновъ, Bickeles, Bregman, Carl Meyer, Flatau, Бари), при которыхъ въ страданіе вовлекался и п. *facialis*; эти случаи указываютъ, что перерожденію подвергалось лишь ядро *facialis*; на основаніи критическаго разбора тѣхъ же случаевъ авторъ дѣлаетъ заключеніе, что выходящія корешки начинаются лишь изъ ядра соименной стороны и перекрестной иннерваціи, въ строгомъ смыслѣ этого слова, не существуетъ для *facialis*.

Работа д-ра Д. Д. Котелевскаго произведена въ лабораторіи проф. А. Е. Щербака.

В. Образцовъ.

Хроника и смѣсь.

— 14 октября происходило чествованіе д-ра Б. И. Воротынскаго, уѣзжающаго на мѣсто старшаго врача психіатрическаго отдѣленія Одесской Городской Больницы. Въ ужинѣ по поводу его отъѣзда приняли участіе члены О-ва невропатологовъ и психіатровъ во главѣ съ предсѣдателемъ и тов. предсѣдателя, въ томъ числѣ и сослуживцы по психіатрической клиникѣ; кромѣ того врачи Военнаго госпиталя, гдѣ Б. И. состоялъ консультантомъ, врачи Окружной Лечебницы, Земской Больницы и товарищи по выпуску. Чествованіе носило душевный характеръ. Въ рѣчахъ по адресу отъѣзжающаго вмѣстѣ съ добрыми пожеланіями отмѣчались высокія качества Б. И., какъ залогъ его будущаго успѣха. На другой день д-ръ Б. И. Воротынскій выѣхалъ изъ Казани.

— На должность ординатора психіатрической клиники Казанскаго Университета представленъ д-ръ *И. А. Павленко*.

— На мѣста сверхштатныхъ ординаторовъ Казанской Окружной Лечебницы поступаютъ врачи выпуска 1901 г.: *И. Н. Ивановъ*, *В. Д. Колотинскій*, *Д. М. Поповъ* и *А. А. Царетородскій*.

— Директоромъ Винницкой Окружной Лечебницы назначенъ старшій врачъ психіатрической больницы въ Колмовѣ (Новг. губ.) *Н. В. Краинскій*, извѣстный своими работами по эпилепсіи и биликустеству.

— *Общество русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова извѣщаетъ объ условіяхъ вступленія въ члены Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова на 1902 годъ и объ участіи въ VIII-мъ Пироговскомъ Сѣздѣ.*

I. Съ 3 по 10 Января 1902 года въ Москвѣ имѣетъ быть восьмой Пироговскій Сѣздъ.

II. Члены Сѣзда считаются также и членами Общества на 1902 г.

III. Членскій взносъ опредѣленъ въ восемь рублей.

IV. Единовременный взносъ въ сто рублей навсегда освобождаетъ отъ членскихъ взносовъ, и такіе члены, именуемые постоянными членами Общества, пользуются правомъ бесплатнаго участія во всѣхъ Пироговскихъ Сѣздахъ.

V. Медицинскія Общества и общественно-медицинскія коллегіальныя учреждения, уплатившія единовременно 100 рублей, или сдѣлавшія установленный для членовъ Сѣзда взносъ, имѣютъ право послать делегата на предстоящій VIII-й Сѣздъ въ качествѣ члена Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

VI. Члены Общества получаютъ бесплатно въ теченіе 1902 г. издаваемый Правленіемъ «Журналъ» Общества со всѣми къ нему приложеніями, затѣмъ доклады VIII-му Сѣзду Правленія и состоящихъ при немъ комиссій, а также всѣ работы VIII-го Сѣзда, т. е. имѣющій выходить во время Сѣзда «Справочный Листокъ», авторефераты докладовъ и протоколы общихъ, распорядительныхъ и секціонныхъ засѣданій Сѣзда.

Примѣчаніе. Членамъ, сдѣлавшимъ взносъ на 1902 г. до 5 декабря 1901 г., будутъ заблаговременно высланы росписаніе секцій Сѣзда, списокъ программныхъ вопросовъ, доставленные до Сѣзда авторефераты и положенія докладовъ и вообще все, что Правленіе успеетъ напечатать до Сѣзда.

VII. Члены Общества имѣютъ право пріобрѣтать на льготныхъ условіяхъ нижеслѣдующія изданія:

1) «Русскую Земскую Медицину» (заключительный выпускъ Земско-Медиц. Сборника), составленную *Е. А. Осиповымъ, И. В. Поповымъ и П. И. Куркинымъ* (X—369, съ картами, планами и диаграммами) за два рубля вмѣсто трехъ рублей (съ пересылкой).

2) «Земско-Медицинскій Сборникъ» (вмѣстѣ съ «Русской Земской Медициной»), состоящій изъ 9 выпусковъ (въ переплетѣ 6 книгъ), объемомъ около 275 печатныхъ листовъ, за семь рублей вмѣсто десяти рублей, а въ переплетѣ за восемь рублей пятьдесятъ коп. (не считая пересылки).

3) Полный комплектъ «Дневниковъ» и «Трудовъ» II—VII-го Сѣздовъ, состоящій изъ 10 изданій (въ 12 томахъ), за восемь рублей вмѣсто девятнадцати рублей пятидесяти коп. (не считая пересылки). Тѣ же изданія по отдѣльности продаются членамъ Общества съ уступкой 50%.

Какъ членскіе взносы, такъ и заказы на изданія принимаются въ конторѣ Правленія: Москва, Дѣвичье Поле, Трубецкой пер., домъ № 10.

— *Распорядительный Комитетъ XI Сѣзда Русскихъ Естествоиспытателей и Врачей*, имѣющаго быть отъ 20 по 30 Декабря с. г., сообщаетъ, что желающіе быть членами Сѣзда могутъ извѣщать объ этомъ, съ уплатою членскаго взноса 3 руб., Дѣлопроизводителя Комитета (С.-Петербургъ Университетъ, Распорядительный Комитетъ XI Сѣзда).

Общій распорядокъ XI сѣзда предполагается слѣдующій: 20-го Декабря общее собраніе; 21-го, 22-го, 23-го и 24-го засѣданія секцій; 26-го общее собраніе; 27-го, 28-го и 29-го засѣданія секцій; 30-го заключительное общее собраніе и закрытіе сѣзда.

Членомъ сѣзда можетъ быть всякій, кто научно занимается математикой, естествознаніемъ или медициной.

— Въ Редакцію «Неврологическаго Вѣстника» прислана работа психіатра П. Викторовскаго (бывшаго ранѣе ордин. Узяздовскаго военнаго госпиталя) подъ названіемъ «Пагубный режимъ психіатрическихъ заведеній». Работа эта, какъ и ранѣе вышедшая, («Особые дѣятели по психіатрическимъ учрежденіямъ») является въ видѣ выдержекъ изъ древней рукописи въ переводѣ съ китайскаго органа. Не смотря на аллегорическую форму изложенія, конечно не трудно узнать, что дѣло идетъ о режимѣ психіатрическаго отдѣленія военныхъ госпиталей. Входить въ подробности описанныхъ авторомъ безпорядкомъ мы не будемъ, отсылая желающихъ познакомиться къ произведенію самого автора, но слѣдуетъ отмѣтить, что причина, лежащая часто въ основѣ разнаго рода недоразумѣній и безпорядковъ,—это небосовѣщенность въ смыслѣ административномъ психіатрическихъ отдѣленій, съ ихъ своеобразной жизнью и потребностями, отъ вмѣшательства старшаго врача, являющагося въ большинствѣ случаевъ спеціалистомъ въ психіатріи. Явившись лишь самостоятельной единицей, подобныя отдѣленія позволяютъ примѣнять къ нимъ требованія должнаго режима, соответствующаго особенностямъ его обитателей, а не будутъ втискиваться въ рамки общихъ больничныхъ условій, съ которыми конечно знакомъ старшій врачъ, но примѣнять которыя къ психіатр. отдѣленію, нѣтъ возможности безъ протеста со стороны ординаторовъ, получившихъ спеціальную психіатрическую подготовку.

— Въ военномъ журналѣ «Развѣдчикъ» № 570, присланномъ въ нашу Редакцію, помѣщена статья «Душевно-больные на службѣ». Авторъ статьи касается вопроса о несовершенствѣ психіатрическихъ экспертизъ. Рядъ примѣровъ указываетъ, къ какимъ тяжелымъ послѣдствіямъ для состоящихъ на военной службѣ солдатъ ведетъ недостаточно внимательное отношеніе къ экспертизѣ и точной постановки діагноза. Вся тяжесть ложится на душевно-больного, къ которому, какъ къ здоровому, примѣняются строгія требованія дисциплины, за уклоненіями отъ которыхъ слѣдуютъ наказанія, побой, тюрьма и пр. Дѣйствительно, въ этомъ отношеніи можетъ играть извѣстную роль предвзятое мнѣніе врачей, что новобранцы часто бываютъ симулянтами, не говоря уже о поспѣшности заключеній, неудобствъ наблюденій и пр. пр. Кромѣ того авторъ статьи указываетъ на случай съ приватъ-доцентомъ Императорской Военно-Медицинской Академіи Д, признаннымъ больнымъ лицами исполнѣ компетентными въ психіатрію, но послѣ двукратнаго освидѣтельствованія въ Особомъ Присутствіи губернскаго правленія признаннымъ здоровымъ. Подобныя факты не рѣдкость. Особая Присутствія довольно часто расходится съ мнѣніемъ экспертовъ и съ лицами наблюдавшими изслѣдуемаго ранѣе. Экспертизы въ губ. Правленіяхъ давно требуютъ серьезныхъ реформъ. Будучи введены въ общихъ чертахъ еще со времени Петра I, въ настоящее время онѣ признаются какъ юристами, такъ и психіатрами совершенно неудовлетворяющими и несоответствующими требованіямъ науки и опыта.

— «Новое Время» отъ 4 октября сообщаетъ со словъ «Бессарабца» «грустную иллюстрацію» къ положенію душевно-больныхъ въ провинціи. Рѣчь идетъ о кишиневской больницѣ и газета печатаетъ настоящій обви-

нительный актъ, который долженъ бы вызвать судебный процессъ—или противъ нея или же противъ виновниковъ описываемыхъ безобразій.

«Входящаго прежде всего поражаетъ смертный удушливый воздухъ» — несмотря на страшный сквознякъ въ корридоръ, запахъ махорки, которую курятъ служащіе, зловоніе тутъ же въ корридоръ примитивно устроеннаго клозета, отсутствіе въ палатахъ вентиляціи, грязь, насѣкомыя, сѣнники пропитанные экскрементами, запахъ отъ гніенія ранъ, оставленныхъ безъ всякаго лѣченія,—вотъ обстановка, въ которой живутъ больные мѣсяцами; нѣтъ ни сада, ни двора, гдѣ бы они могли прогуляться. Питаніе—не лучшее, а условия раздачи пищи совсѣмъ невозможны. Котлы съ горячей пищей вносятъ въ палату, больные набрасываются, обжигаются и давятся, иногда на смерть, и отнимаютъ куски у слабѣйшихъ, которые, голодая изодня въ день, умираютъ съ голода. Заболѣвшіе умираютъ безъ помощи, такъ какъ докторъ бываетъ рѣдко; воды нѣтъ, и за каждымъ стаканомъ обращаться приходится къ служащимъ, которые не обращаютъ вниманія на просьбы больныхъ и тѣ мучаются отъ жажды; вообще служащіе не только оставляютъ больныхъ безъ призора, благодаря чему гвоздями и другими обломками они наносятъ себѣ раны, но и сами бьютъ и калѣчатъ больныхъ».

Какъ нужно было ждать администрація больницы не могла оставить подобной замѣтки безъ послѣдствій. «Петербург. Вѣдомости» сообщаютъ, что старшій врачъ кишиневской губернской земской больницы Л. Е. Сицинскій подалъ губернской земской управѣ слѣдующее заявленіе: «недавно на столбцахъ мѣстной газеты появилась статья подъ названіемъ «300 мучениковъ», въ которой авторъ изображаетъ положеніе психически-больныхъ въ психіатрическомъ отдѣленіи губернской земской больницы въ самыхъ мрачныхъ краскахъ. Такъ какъ подобнаго рода свѣдѣнія дискредитируя учрежденіе, могутъ вызвать серьезную тревогу среди родителей и родственниковъ больныхъ, то д-ръ Сицинскій въ интересахъ ихъ успокоенія и вообще выясненія истины, предлагаетъ исходатайствовать у начальника губернной назначенія правительственной ревизіи психіатрическаго отдѣленія больницы и строгаго разслѣдованія тѣхъ фактовъ, на которые въ газетной статьѣ сдѣланы указанія».

— Въ Бессарабскихъ Губ. Вѣдомостяхъ отъ 12 октября напечатано опроверженіе председателя управы барона Стуарта на вышенприведенную замѣтку. Оказывается, что обвиненія не представляютъ ничего похожаго на правду, какъ говорить «Врачебная газета». Авторъ анонимной записки оказался д-ръ Котловкеръ, три года служившій въ психіатрическомъ отдѣленіи и въ началѣ 1900 года отчисленный отъ занятій. Между д-ромъ Котловкеромъ и врачами психіатрическаго отдѣленія происходили недоразумѣнія, вызвавшія даже необходимость суда чести. Въ постановленіи этого суда было сказано (Врачъ 1900, № 26): «при разборѣ дѣла выяснилось, что д-ръ Котловкеръ считаетъ возможнымъ прибѣгать къ такимъ дѣйствіямъ, которыя не совмѣстимы съ этикой не только врача, но и всякаго порядочнаго человѣка».

Такимъ образомъ, истинная подкладка и этой некрасивой исторіи опять столкновеніе врачей между собою.

— Въ «Россіи» перепечатано изъ «Вѣдомостей Одесскаго Градоначальника» постановленіе и. д. Одесскаго Градоначальника о немедленномъ устраненіи отъ должности завідующаго психіатрическимъ отдѣленіемъ Городской Одесской Больницы проф. И. Г. Оршанскаго за то, что въ его отдѣленіи «въ числѣ ординаторовъ продолжалъ состоять врачъ, подлежащій, согласно предложенію и. д. Одесскаго градоначальника на имя Одесскаго городского головы отъ 23-го мая с. г., совершенному удаленію изъ состава служащихъ по городскому общественному управленію. (Врачъ № 42).

— «Врачъ» сообщаетъ, что на Пироговскомъ Сѣздѣ врачей въ Москвѣ будетъ введенъ новый желѣзнодорожный отдѣлъ. Будетъ также поднятъ вопросъ о перевозкѣ душевно-больныхъ. Нельзя не пожелать полного успѣха въ разрѣшеніи этого вопроса.

— Въ Министерствѣ Внутреннихъ Дѣлъ, какъ сообщаетъ «Обозрѣніе Психіатріи» возбужденъ вопросъ о реформированіи Приказовъ Общественнаго Признанія.

— «Россія» сообщаетъ, что друзья и почитатели покойнаго А. А. Токарскаго собрали между собой известную сумму, на %%% съ которой будетъ учреждена награда имени покойнаго, выдаваемая разъ въ 4 года за лучшую работу о примѣненіи гипноза въ лѣченіи нервныхъ болѣзней.

— Въ здравницѣ «Бережки», учрежденной покойнымъ А. А. Токарскимъ вмѣстѣ съ д-ромъ А. А. Яковлевымъ, учреждена въ память успѣшнаго основателя 1 бесплатная кровать для бѣдныхъ больныхъ.

— По словамъ «Курьера» московскій городской врачебный Совѣтъ призналъ необходимымъ учрежденіе въ Городской Алексѣевской Больницѣ новой должности старшаго врача для завідуванія патронажемъ и 2 отдѣленіями для затяжныхъ больныхъ.

— Петербургская больничная коммисія предполагаетъ расширить Новознаменскую Больницу, для каковой цѣли предположено выстроить на свободныхъ участкахъ Новознаменской дачи рядъ новыхъ больничныхъ павильоновъ. (Россія 8 сентября).

— «Россія» сообщаетъ, что въ Петербургѣ на средства частныхъ лицъ открывается лѣчебница для женщинъ алкоголичекъ.

— По словамъ «Россіи» съ осени текущаго года открывается для студентовъ-медиковъ Московскаго Университета при свѣтолѣчебницѣ д-ра Е. Д. Курдюмова курсы для изученія лѣченія свѣтомъ нервныхъ и др. болѣзней.

— Въ Ростовѣ на Дону открывается сооруженная на средства купца Парамонова психіатрическая лечебница (Новости 28 сент.).

— По словамъ «Новостей» (12 октябр.) въ Оренбургѣ въ Александровской больницѣ найденъ мертвымъ съ переломанными 6 ребрами душевно-больной Калашниковъ, только наканунѣ помѣщенный въ больницу. О происшествіи ведется строгое слѣдствіе; сторожъ отдѣленія посаженъ въ тюрьму.

— Изъ Кишиневской Губернской Зомской Больницы убѣжалъ душевно-больной, появившійся затѣмъ на базарѣ съ ножомъ въ рукѣ. Къ счастью, больной былъ задержанъ.

— Въ Киевской Кирилловской Больницѣ душевно-больной убилъ сторожа. Послѣдній найденъ съ раздробленнымъ ножкой отъ стола черепомъ. Убийца обнаруженъ въ палатѣ лежавшимъ на своей кровати и одѣтымъ въ пальто сторожа. (Россія 19 сентября).

— Проф. Van Gehuchten получилъ отъ бельгійскаго правительства награду въ 5000 франковъ за свой трудъ о центральной нервной системѣ. (Врачъ, 40).

— Медицинскія Общества въ штатахъ Iowa, Missouri и Illinois, по словамъ «The Medical Fortnightly» сдѣлали постановленіе ходатайствовать о запрещеніи законодательнымъ путемъ браковъ между несомнѣнно душевно-больными, въ виду нарастанія числа душевно-больныхъ и вырождающихся. (Врачъ № 42).

— Судъ присяжныхъ Департамента Нижней Sein'ы, разсматривая дѣло очередной сессіи и убѣдившись, что множество преступленій совершено въ состояніи опьяненія, обратился къ правительству и народнымъ представителямъ съ ходатайствомъ о борьбѣ съ алкоголизмомъ законодательнымъ путемъ (Le Bulletin médical, 11 августа).

— Съ 27-го по 30-е октября (нов. ст.) въ Парижѣ соберется Международный Сѣздъ посвященный вопросамъ посемейнаго призрѣнія: а) женщинъ и дѣтей, б) бѣдныхъ, в) больныхъ, особенно душевныхъ и г) старыхъ.

По вопросамъ о посемейномъ призрѣніи душевно-больныхъ выступать съ докладами. Д-ръ Vigoureaux: «Разряды душевно-больныхъ, пригодныхъ для посемейнаго призрѣнія»; д-ра Manheimer и Mahé. «Примѣненіе посемейнаго призрѣнія душевно-больныхъ въ городѣ и деревнѣ» и д-ра Баженовъ и Кащенко: «Посемейное призрѣніе душевно-больныхъ въ Россіи». Въявлено было 29 докладовъ. (Врачъ. 37).

— Мѣстомъ будущаго конгресса французскихъ невропатологовъ и психiatровъ въ 1902 г. избранъ Grenoble, президентомъ—Régis. Комиссія предложила слѣдующіе программные вопросы: 1. Тоскливыя состоянія въ душевныхъ болѣзняхъ (докл. Lalanne), 2) Тики вообще (Nogès) и 3) Самообвинители съ судебно-медицинской точки зрѣнія (Dupré).

— Въ штатѣ New-Jersey ведется, подъ наблюденіемъ губернатора Voorhees'a, судебное слѣдствіе по дѣлу объ убійствѣ въ мѣстной лѣчебницѣ для помѣшанныхъ прислугою одного больного и жестокому обращенію съ другими. (Врачъ 37).

— Д-ръ Manfroni сообщаетъ случай гипнотическаго обезболиванія. У мальчика 15 л., воспалилась кожа вокругъ мозоли и образовались полоски лимфонгоита. Боли же были такъ сильны, что мальчикъ не могъ ни стоять, ни ходить. Manfroni, заставъ мальчика спать, внушилъ ему, что боли исчезли. По пробужденіи наступила полная нечувствительность. Во время гипноза авторъ подмѣтилъ явленіе, указанное Forez'омъ, а именно больной, по волѣ усыпляющаго, учащалъ и замедлялъ дыхательныя движенія въ соотвѣтствіи съ тѣмъ, быстро или медленно говорилъ гипнотизеръ. (Gazette des hôpitaux de Toulouse по передачѣ во Врачѣ).

— «Allgemeine Medicinische Central-Zeitung» заимствуетъ изъ Berlin'скихъ газетъ сообщеніе о распространяющемся тамъ суевѣріи. Христіанскіе цѣлители раньше подвизавшіеся исключительно въ Америкѣ, теперь находятъ многочисленныхъ и ревностныхъ приверженцевъ и въ старомъ свѣтѣ. Въ Berlin'ѣ «лѣченіе вѣрой» вошло въ моду. Больные съ самыми тяжелыми сердечными болѣзнями отдаютъ себя въ руки убѣжденныхъ шарлатановъ и запускаютъ свои болѣзни до такой степени, что врачебная помощь, дѣйствительно, является бесполезной. Особою славою пользуются молитвы иѣкой S, живущей въ Berlin'ѣ и берущей за свои молитвы по 2 марки за часъ. Газета не сомнѣвается, что лѣченіе вѣрой найдетъ себѣ многочисленныхъ поклонниковъ не только въ столицѣ, но и въ маленькихъ городкахъ Германіи.

— «Цѣлитель вѣрою» Francis Truth въ штатѣ Colorado, обвиненный въ пользованіи почтой для обманныхъ цѣлей, рѣшилъ оставить навсегда свое ремесло и публично сжегъ всѣ свои бумажы, жреческія костюмы и «цѣлебныя» приспособленія въ присутствіи правительственныхъ чиновниковъ.

— «Wiener medizinische Presse» сообщаетъ данныя объ алкоголизмѣ въ Богеміи. По отчету земскаго собранія о причинахъ и распространеніи пьянства въ королевствѣ видно, что наибольшее потребленіе спиртныхъ напитковъ приходится на тѣ округа, гдѣ подневная рабочая плата достигла наименьшихъ размѣровъ. Наибольшее число алкоголиковъ падаетъ на возрастъ между 40 и 60 годами. Не всегда удается точно выяснитъ, является ли потребленіе спирта въ отдѣльномъ случаѣ причиной душевнаго расстройства или проявленіемъ послѣдняго. Наслѣдственность, психопатическое и нервное предрасположеніе, извѣстныя тѣлесныя расстройства, какъ-то бугорчатка, хирургическое заболѣваніе, малокровіе имѣютъ большое вліяніе на развитіе пьянства, такъ какъ одержимые этими болѣзнями инстинктивно ищутъ въ спиртныхъ напиткахъ утѣшеніе въ тѣлесныхъ и

душевныхъ горестяхъ. Поэтому, чѣмъ слабѣе питаніе народа, тѣмъ сильнѣе развито пьянство. (Врачъ, 39).

— Судя по недавно вышедшему изъ печати отчету Британскаго Ветеринарнаго Департамента, за весь 1900 г. въ Англіи и Шотландіи не наблюдалось ни одного случая бѣшенства у людей; впервые за 51 годъ (еще въ 1877 году насчитано было 79 смертей); наблюдается болѣзнь только въ Ирландіи и Wales'нѣ. (Врачъ № 35).

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія О-ва 29 апрѣля 1901 года,

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали гг. почетные члены О-ва К. А. Арнштейнъ и И. М. Догель и гг. дѣйствительные члены: Р. А. Лурія, Н. А. Миславскій, В. Н. Образцовъ, А. С. Сегель, Г. В. Сороковиковъ, Д. А. Тимофеевъ, А. Е. Янишевскій, гости проф. А. М. Фортунатовъ, д-ра Орловъ и Карауловъ и человѣкъ около 20 посторонней публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Проф. И. М. Догель сдѣлалъ докладъ «Сосуды и нервы тазобедреннаго сустава въ анатомо-физиологическомъ отношеніи».

По поводу сообщеннаго возникъ очень оживленный обмѣнъ мыслей между докладчикомъ и проф. А. М. Фортунатовымъ, Н. А. Миславскимъ и Н. М. Поповымъ, при чемъ выяснилось, что А. М. Фортунатовъ видитъ въ громадномъ количествѣ сосудовъ и ворсинъ въ глубинѣ суставной вертлужной впадины еще новый приспособляющій аппаратъ, которымъ удерживается головка бедренной кости во впадинѣ, почему докладъ служить къ утвержденію авторитета бр. Веберовъ, установившихъ для тазобедреннаго сустава наличность отрицательнаго давленія въ немъ.

Проф. Н. А. Миславскій отмѣтилъ ошибку, допущенную проф. Н. А. Геркенымъ при опредѣленіи интерполяціоннымъ способомъ давленія, существующаго въ тазобедренномъ суставѣ, и послѣдовавшую поэтому неправильность въ выводѣ—будто въ тазобедренномъ суставѣ существуетъ при жизни положительное давленіе. Проверка постановки опыта Н. А. Геркенымъ и контрольное измѣреніе давленія въ колѣнномъ суставѣ при употребленіи Шултеневской иглы привели Н. А. Миславскаго къ выводу, что способъ Геркена не точенъ и не доказателенъ.

Описанная докладчикомъ своеобразная и сильно развитая система кровеносныхъ сосудовъ въ глубинѣ суставной впадины даетъ оппоненту точку опоры для утвержденія, что при измѣненіяхъ кровяного давленія создаются условія для секреціи лимфы въ суставъ и всасыванія ея обратно.

Проф. *И. М. Догель* находить, что количество жидкости, выдѣлившейся въ суставъ въ короткое время настолько значительно, что надо предполагать скорѣе фильтрацію, а не секрецію.

Возражая проф. *А. М. Фортунатову*, докладчикъ настаивалъ на томъ, что отрицательное давленіе въ суставѣ можетъ переходить въ положительное при условіи измѣненій въ кровообращеніи, для чего въ тазобедренномъ суставѣ есть благоприятныя условія.

Проф. *Н. М. Поповъ* отмѣтилъ большой интересъ для невропатолога сообщенія и демонстраціи представленныхъ микроскопическихъ препаратовъ, дающихъ наглядную картину богато развитой кровеносной и нервной сѣти въ суставахъ. Извѣстно, что заболѣваніе въ суставахъ часто ведетъ къ мышечнымъ атрофіямъ и тяжелымъ нервнымъ заболѣваніямъ. Этотъ фактъ находить въ настоящемъ сообщеніи положительныя точки опоры для своего разъясненія.

Д-ръ *Р. А. Лурія* доложилъ: «Отношеніе чувствительныхъ нервовъ діафрагмы къ акту дыханія» и демонстрировалъ нѣкоторые приборы и кривыя.

Проф. *И. М. Догель* и *Н. А. Миславскій* сдѣланы по отношенію къ докладу нѣкоторыя дополненія и разъясненія.

Д-ръ *К. Х. Орловъ* сдѣлалъ сообщеніе «Къ этиологіи душевныхъ заболѣваній».

При обсужденіи причинныхъ моментовъ, вызвавшихъ душевное заболѣваніе у больной, проф. *И. М. Догель* и *Н. А. Миславскій* приписывали извѣстную роль не только лишенію свѣта, но и лекарственнымъ веществамъ—морфію, атропину и кокаину; д-ръ *Г. В. Сороковиковъ* склонялся къ тому, что по колебаніямъ температуры можно заключить о существованіи у больной маляріи, послужившей причиннымъ моментомъ душевнаго заболѣванія.

Проф. *И. М. Поповъ*, разбирая описанный случай, находить, что душевное заболѣваніе возникло на дегенеративной почвѣ при предшествующихъ предрасполагающихъ къ заболѣванію обстоятельствахъ общаго истощенія организма и сильныхъ душевныхъ волненій больной по поводу предстоящей операціи, помѣщенія въ клинику и приготовленій къ операціи. Это все произвело на больную тѣмъ большее впечатлѣніе, что больная принадлежитъ къ крестьянскому сословію и живетъ въ деревнѣ. Лишеніе же свѣта опредѣлило характеръ психоза, сообщивъ особенную окраску клинической картинѣ болѣзни.

Въ административной части засѣданія заслушано и принято предложеніе войти въ обмѣнъ изданіями съ *Gazette Hebdomadaire des Sciences Medicales de Bordeaux*.

На предстоящемъ годичномъ засѣданіи О-ва присутствующіе просили прочесть рѣчь проф. И. М. Догеля.

По предложенію г. председателя О-ва рѣшено выработать особую программу празднованія въ предстоящемъ годичномъ засѣданіи О-ва юбилея 10-лѣтней дѣятельности О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Въ члены О-ва невропатологовъ и психіатровъ предложень (гг. В. Н. Образцовымъ, А. Е. Янишевскимъ и В. В. Николаевымъ) д-ръ К. Х. Орловъ.

Протоколъ засѣданія О-ва 30 сентября 1901 г.

Предсѣдательствовалъ проф. *Н. М. Поповъ*, при секретарѣ *В. В. Николаевъ*. Присутствовали: г. почетный членъ О-ва *И. М. Догель* и гг. дѣйствительные члены: *Б. И. Воротынский*, *Г. А. Клячкинъ*, *Р. А. Лурія*, *Н. А. Миловаскій*, *В. Н. Образцовъ*, *М. П. Романовъ*, *Л. А. Сертѣевъ*, *Г. В. Сороковиковъ*, *А. Е. Янишевскій*; гости д-ра *Первушинъ*, *Порфирьевъ*, и человекъ около 15 публики.

Предсѣдатель, открывая засѣданіе, сообщилъ присутствующимъ о тяжелой утратѣ, опесенной О-вомъ невропатологовъ и психіатровъ, со смертію директора Винницкой Лечебницы для душевно-больныхъ д-ра *Василія Петровича Кузнецова*. Покойный оставилъ по себѣ славу не только выдающагося организатора, но и незауряднаго врача и ученаго. Достаточно вспомнить о такомъ выдающемся трудѣ *В. П.*, какимъ былъ его докладъ въ здѣшнемъ О-вѣ—«Объ алкогольномъ трансѣ», чтобы понять, сколь велико было въ научномъ мірѣ значеніе покойнаго, обогатившаго спеціальную литературу и еще нѣсколькими цѣнными трудами, и какъ чувствителенъ уронъ для семьи невропатологовъ, и безъ того немногочисленной, тѣмъ болѣе что *В. П.* всегда горячо относился къ дѣламъ О-ва невропатологовъ и психіатровъ, очень сочувственно встрѣтивъ съ самаго начала мысль объ организаціи въ Казани неврологического О-ва, настойчиво поддерживалъ эту идею и послѣ, всегда принимая самое дѣятельное участіе въ жизни О-ва невропатологовъ. Не помнится, чтобы хотя одно засѣданіе О-ва пропустилъ *В. П.*, всегда дѣлвшійся съ участвующими въ засѣданіяхъ своими многочисленными наблюденіями и большою опытностію, выслушивавшій и цѣнившій мнѣніе другихъ. Здѣсь онъ училъ, здѣсь и учился. При немъ научная продуктивность врачей Лечебницы для душевно-больныхъ въ Казани достигла наивысшаго напряженія среди нашего общества. О-во, цѣня заслуги покойнаго избирало его въ члены Совѣта О-ва, пока *В. П.* ни былъ переведенъ изъ

Казани въ Винницу, гдѣ покойный, организуя кадры врачей, почетное мѣсто въ нихъ предоставлялъ ординаторамъ Казанской Лечебницы, зная ихъ научную и практическую подготовку.

Смерть скосила энергичнаго работника въ полномъ расцвѣтѣ силъ, въ періодъ его блестящей и плодотворной дѣятельности.

Память покойнаго присутствующіе по предложенію г. Предсѣдателя почтили вставаніемъ.

Прочитанъ и съ внесенной проф. Н. А. Миславскимъ поправкой утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія О-ва.

Д-ръ В. П. Мамевъ сдѣлалъ докладъ «Къ ученію о причинахъ прогрессирующаго паралича помѣшанныхъ».

Проф. Н. М. Поповъ, отмѣтивъ значеніе и интересъ сообщеннаго, указалъ, что цифры добытыя докладчикомъ могутъ имѣть лишь относительное значеніе, но не абсолютное, потому что статистическій матеріалъ, съ которымъ приходилось имѣть дѣло докладчику, представляется недостаточнымъ по объему, неоднороденъ, какъ собранный разными лицами, руководившимися различными теоріями, господствовавшими въ разное время. Такія особенности матеріала очень обычны при статистическихъ работахъ по психіатріи, такъ что съ этими недостатками приходится мириться, и обработка матеріала должна дать все же выводы, цѣнные для клиники.

Д-ръ Б. И. Воротынский высказалъ взглядъ, что работа докладчика выиграла бы, если бы онъ болѣе остановился на значеніи *lues'a*, алкоголизма и наслѣдственности въ ряду этиологическихъ моментовъ возникновенія душевныхъ болѣзней и не удѣлялъ бы такого вниманія, какое оказалъ докладчикъ, другимъ менѣе важнымъ причинамъ—семейному и общественному положенію больныхъ, ихъ возрасту и пр.

Д-ръ В. П. Мамевъ отвѣтилъ, что выдвинувъ въ своемъ докладѣ вопросъ объ аутоинфекціи и интоксикаціи, считаетъ своей обязанностью относиться объективно къ матеріалу, детальная разработка котораго и выдвинетъ на главное мѣсто ту или иную причину болѣзни.

Въ административномъ засѣданіи постановлено: 1) просить проф. И. М. Догеля сообщить тему рѣчи, которую онъ согласился произнести на годичномъ засѣданіи О-ва.

2) Возложить на секретаря О-ва трудъ составленія отчета о дѣятельности О-ва въ нынѣшнемъ году и за 10-лѣтній періодъ существованія О-ва; отчеты прочитать на юбилейномъ засѣданіи О-ва.

3) Произвести на юбилейномъ засѣданіи О-ва выборы въ почетные члены О-ва изъ специалистовъ, наиболѣе выдающихся между психіатрами и невропатологами.

4) Ходатайствовать предъ М. Н. Просвѣщенія о временной субсидіи въ размѣрѣ 300 руб. на нужды О-ва въ 1902 году.

Выражена благодарность д-ру Б. И. Воротынскому за 10-лѣтнее исполненіе обязанностей секретаря О-ва и Редакція, каковыя теперь, въ виду отѣзда въ Одессу, д-ръ Б. И. Воротынскій не можетъ нести. Постановлено просить д-ра В. Н. Образцова принять на себя обязанности секретаря Редакціи Журнала.

Выражена благодарность секретарю О-ва д-ру В. В. Николаеву за присутствіе въ качествѣ делегата отъ О-ва на 50-лѣтнемъ юбилей врачебной дѣятельности д-ра А. А. Миславскаго въ Екатеринбургѣ.

Списокъ книгъ, поступившихъ въ редакцію и въ библіотечу Общества:

В. М. Бяшковъ. Отчетъ по психіатрической больницѣ Смоленскаго Губернскаго Земства съ 1-го января 1900 г. по 1-е января 1901 г.

Н. Н. Шиповъ. Опытъ приложенія законовъ эволюціи къ изученію причинъ вліяющихъ на развитіе плода мужскаго и женскаго пола. С.-Петербургъ. 1900 г.

Онъ-же. Изслѣдованіе болевого чувства во время родовъ и въ послѣ-родовомъ періодѣ.

Б. И. Воротынскій. Біологическіе и соціальные факторы преступности. С.-Петербургъ. 1901.

Павель Викторовскій.—Пагубный режимъ психіатрическихъ заведеній. Варшава. 1901 г.

А. В. Трапезниковъ.—О центральной иннервации глотанія. Петербургъ. 1897 г.

Онъ-же.—О постельномъ содержаніи душевно-больныхъ.

Онъ-же.—Объ аллохиріи.

Онъ-же.—Случай афазіи истерическаго происхожденія.

Онъ-же.—Къ казуистикѣ вліянія лихорадочныхъ формъ на душевныя и нервныя страданія. Одесса. 1895 г.

Онъ-же.—Гипнозъ, какъ лѣчебное средство противъ куренія.

Онъ-же.—О кровоточивомъ воспаленіи твердой мозговой оболочки (авторефератъ).

Онъ-же.—Психозъ послѣ инфлюэнцы.

Онъ-же.—Внутреннія болѣзни.—Къ казуистикѣ истеріи въ войскахъ.

Онъ-же.—Случай *cerebropathiae psych. toxæmic.* проф. Корсакова.

Онъ-же.—Къ вопросу объ истеріи у солдатъ.

Объявленія.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ основанный въ память В. А. Манассеина

подъ редакціею

проф. В. В. Подвысоцкаго. и д-ра С. В. Владиславлева.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- 1) Статьи оригинальныя и переводныя по всѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиены, съ рисунками и таблицами.
- 2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.
- 3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по всѣмъ отраслямъ медицины.
- 4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о всѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.
- 5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.
- 6) Рецензіи и библіографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиенѣ.
- 7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.
- 8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіеся врачебныхъ вопросовъ.
- 9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лицъ на поприщѣ медицины.
- 10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.
- 11) Служебныя назначенія и перемѣщенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.
- 12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекающія недѣли и мѣсяцы.

Срокъ выхода журнала въ свѣтъ еженедѣльный.

Подписная цѣна, съ доставкой и пересылкою, на годъ 9 рублей.

«Русскій Врачъ» будетъ придерживаться тѣхъ-же принциповъ, которыми руководился покойный редакторъ «Врача». Но, сохраняя въ общемъ характеръ «Врача», новый органъ расширяетъ его программу введеніемъ нѣсколькихъ новыхъ отдѣловъ, изъ коихъ Письма изъ запада и Краткое содержаніе текущей журнальной литературы представляетъ особенный интересъ.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію, а также отдѣльныя оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача» просить присылать одному изъ редакторовъ его или проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, Университетъ), или д-ру С. В. Владиславеву (С.-Петербургъ, Ивановская, № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккеръ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14), а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

1902. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ГОДЪ П.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНИ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,

выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—
10 руб. За границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва,
Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Болѣзней.

1902 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА годъ 7.

на журналъ

„Вопросы Нервно-Психической Медицины“,

издаваемый подъ редакціей профессора унив. св. Владимира

И. А. СИКОРСКАГО

въ Кіевѣ.

Журналъ, какъ показываетъ отчасти и самое названіе его, имѣетъ своей задачей—помимо спеціальныхъ изслѣдованій по психіатріи и нервной патологии—содѣйствовать разрѣшенію вопросовъ, общихъ для всѣхъ отдѣловъ медицины, насколько эти вопросы могутъ быть освѣщены съ точки зрѣнія психіатріи и нервной патологии. Журналъ ставитъ одной изъ своихъ цѣлей—сближеніе различныхъ медицинскихъ специальностей на почвѣ общихъ вопросовъ и научныхъ обобщеній, достигнутыхъ неврологіей.

Объединеніе медицины на почвѣ неврологіи представляется желательнымъ и плодотворнымъ. Объединяющую силу содержать въ себѣ вопросы этиологіи и патологии болѣзней; этимъ вопросамъ и будетъ отведено надлежащее мѣсто. Вниманіе журнала будетъ посвящено также терапіи нервныхъ болѣзней и нервно-психической гігіенѣ, такъ какъ та и другая содержать рядъ данныхъ всего болѣе объединяющихъ медицину.

Журналъ предполагаетъ слѣдить за выдающимися вопросами и фактами въ различныхъ областяхъ медицины и будетъ стараться своевременно дѣлать рефераты и обзоры по содержанію этихъ вопросовъ. Но независимо отъ того для успѣшнѣйшаго достиженія намѣченной цѣли, въ январской книжкѣ каждаго года будетъ помѣщаемъ отчетъ объ успѣхахъ нервно-психической медицины и сопредѣльныхъ знаній за истекшій годъ. Отчетъ этотъ—въ критико-библіографической формѣ—будетъ содержать систематическое обзорнѣе новыхъ и важнѣйшихъ научныхъ направленій съ изложеніемъ результатовъ, достигнутыхъ наукою и ея примѣненіями на дѣлѣ.

Журналъ выходитъ книжками каждыя три мѣсяца по слѣдующей программѣ.

1) Оригинальныя статьи по вопросамъ психіатріи и нервной патологии, а также по вопросамъ анатоміи, физиологіи, гігіены нервной системы и врачебной экспертизы, относящейся къ этимъ предметамъ.

2) Критика и библіографія по тѣмъ же вопросамъ.

3) Хроника нервныхъ клиникъ, психіатрическихъ клиникъ, домовъ для умалишенныхъ, заведеній идиотовъ и исправительныхъ заведеній.

4) Краткія замѣтки по содержанію трехъ предыдущихъ отдѣловъ.

Статьи для журнала присылаются редактору въ заказныхъ письмахъ или бандеролахъ по слѣдующему адресу: Кіевъ, профессору И. А. Сикорскому (Б.-Подвальная, 15).

Авторы критическихъ обзоровъ получаютъ гонораръ 60 р. за печат. лстѣ.

Авторы статей получаютъ по 25 экз. отдѣльныхъ оттисковъ. О присланныхъ въ редакцію книгахъ и изданіяхъ будетъ оповѣщено въ одной изъ ближайшихъ книжекъ.

Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой въ годъ 6 р.

Лица, подписывающіяся на 5-й и 6-й годъ журнала, платятъ 40 р., на 1-й, 2-й, 3-й 4-й, 5-й и 6—24 р.

Подписка принимается: въ Редакціи журнала (Кіевъ, Б.-Подвальная 15), въ книжныхъ магазинахъ Оглобина, Югансона и Розова въ Кіевѣ, а также въ книжномъ магазинѣ Карла Риккера въ Сиб. (Невскій, 14).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1902 ГОДЪ.

Въ ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертации, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя въ Россіи и заграничѣй книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протоколовъ засѣданій Совѣта; отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія распределенія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературные съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнаруженные.

Ученые Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

Редакторъ *Ө. Мищенко.*

	<i>Стр.</i>
Хроника и смѣсь	234.
Протоколъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ	250.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку Общества.	254.
Объявленія.	

Содержаніе

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, первой физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань, Университетъ). О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900 и 1901 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

За секретаря редакціи В. Н. Образцовъ.