

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. Н. А. МИСЛАВСКАГО (Казань), проф. В. М. БЕХТЕРЕВА
(С.-Петербургъ) и проф. Н. М. ПОПОВА (Одесса).

Томъ XII, вып. 2.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Г. В. Сорокиковъ. Объ измѣненіяхъ температуръ при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннервации движеній врача.

Г. Дѣдовъ. Къ казуистическому трессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ).

В. М. Бехтеревъ. О нисходящихъ связяхъ зрительнаго бугра.

А. Соболевскій. Терапевтическое значеніе кровопускленій при страданіяхъ нервной системы.

В. П. Осиповъ. Къ вопросу о координаціи движеній (Вліяніе однихъ движеній на одновременныя съ ними другія движенія).

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

Дѣтисписъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Объявленія.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 4.

ОГЛАВЛЕНИЕ,



О Р И Г И Н А Л Ы Н Ы Я С Т А Т Ь И.

Стр.

Г. В. Сороковиковъ. Объ измѣненіяхъ температуры при протрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ	1.
В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка	145.
Г. Дѣдовъ. Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ)	208.
В. М. Вехтеревъ. О нисходящихъ связяхъ зрительнаго бугра	209.
А. Соболевскій. Терапевтическое значеніе кровонизвлеченій при страданіяхъ нервной системы	217.
В. П. Осиповъ. Къ вопросу о координаціи движеній. (Вліяніе однихъ движеній на одновременныя съ ними другія движенія)	233.

К Р И Т И К А И Б И Б Л І О Г Р А Ф І Я.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи.

Prof. A. Rick. Замѣтка о патологіи акропарестезій. *Revue Neurologique* 1903, p. 12. 263.—F. Kaumont et J. Sicard. Сдавленіе спинного мозга при переломѣ позвоночника. Спазматическая параллегія. Ламинэктомія. Выздоровленіе. *Revue neurolog.* 1903, p. 193. 264.—A. Réchin et M. Rollin. Офтальмоплегія и артеріосклерозъ. *Revue Neurol.* 1903, p. 256. 265.—J. Dejerine et M. Egger. Объективныя разстройства чувстви-

Наблюдения въ Казанской Окружной Лечебницѣ во имя Божіей
Матери Всѣхъ Скорбящихъ Радости.

Объ измѣненіяхъ температуры при про-
грессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

Г. В. Сорокинова,

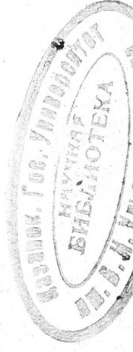
ординатора Казанской Окружной Лечебницы.

Продолженіе; см. т. XII, вым. 1).

Собственные наблюдения.

Способъ изслѣдованія.

Наблюденія температуры у больныхъ прогрессивнымъ параличемъ начаты мною съ начала 1901 года. Въ продолженіи почти трехъ лѣтъ изслѣдовано всего около 40 случаевъ, но болѣе или менѣе продолжительное время непрерывно, систематически, ежедневно утромъ и вечеромъ удалось провести изслѣдованія въ 25 случаяхъ. Изъ нихъ для послѣдующаго изложенія выбираю только тѣ случаи, въ числѣ 24, которые относятся къ болѣе чистымъ формамъ прогрессивнаго паралича, такъ сказать съ классическимъ теченіемъ, избѣгая различныхъ смѣшанныхъ формъ. Діагнозы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ установлены, послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія въ лечебницѣ, при непосредственномъ руководствѣ глубоководнаго профессора Н. М. Попова.



Температура измѣрялась одновременно во-1) *in recto*, во 2) подъ обѣими мышками и въ 3) периферическая. Для этихъ цѣлей я пользовался максимальными термометрами, каждый разъ провѣренными мною по нормальному термометру.

Провѣрка термометровъ производилась мною въ физиологической лабораторіи Императорскаго Казанскаго Университета. При этомъ пользуюсь случаемъ принести свою искреннюю благодарность многоуважаемому профессору, Н. А. Милавскому, за любезное разрѣшеніе пользоваться нормальнымъ термометромъ и за цѣнные указанія, относительно самой методики при провѣркѣ ихъ.

Для измѣренія температуры *in recto* и подъ мышками употреблялись максимальные термометры съ дѣленіями на десятье градуса отъ 24° до 44° .

Измѣрваніе периферической температуры производилось мною максимальными термометрами съ такими же дѣленіями, у которыхъ резервуаръ изогнутъ въ видѣ спирали по плоскости, въ діаметрѣ отъ $1\frac{1}{2}$ до 2 сантиметровъ и которые удерживались на мѣстѣ твердымъ, каучуковымъ подушаромъ, закрывающимъ весь резервуаръ и, на края котораго, во избѣжаніе сильнаго трѣнія и надавливанія, налѣзается кольцо, въ видѣ ободка изъ мягкой резины. Периферическая температура измѣрялась на слѣдующихъ мѣстахъ: два идентичныхъ термометра, „à surface“, ставились на совершенно симметричныя части тѣла: 1) на обѣ стороны лба въ равныхъ разстояніяхъ отъ срединной линіи, надъ лобными буграми; 2) надъ сосцевидными отростками, 3) на обѣ стороны груди, соответственно третьему межреберному промежутку, точчасъ надъ сосками; 4) на обѣ руки, соответственно передней поверхности *m. bicipitis* и 5) на обѣ ноги, соответственно срединѣ передней поверхности бедеръ.

Каждый разъ термометры держались 10—15 минутъ. Измѣренія производились два раза въ день, утромъ отъ 8 до 10 часовъ, вечеромъ отъ 6 до 8. Термометры *in recto*, подъ мышками и на периферіи устанавливались мною самими; на

периферіи удерживались также мною или надирателемъ, подъ непосредственнымъ моимъ наблюдениемъ. Въ это же время считывалось количество пульса и дыханія въ минуту. Измѣренія температуры производились всегда при одинаковыхъ вѣшнихъ условіяхъ: прежде всего, изслѣдуемый субъектъ оставался нѣкоторое время въ покойномъ горизонтальномъ положеніи, лежа на спинѣ и полураздѣтымъ; т. е. оставался въ одномъ нижнемъ бѣльѣ, при окружающей температурѣ комнаты отъ 17° — 20° .

Такъ какъ подобныхъ измѣреній периферической температуры въ связи съ внутренней не было еще произведено надъ здоровымъ человекомъ, то мной и было проведено наблюдение температуры по одному и тому же способу у здорового человека — служителя отдѣленія. Для этого выбранъ былъ субъектъ 35 лѣтъ отъ роду, близко соотвѣтствующій по лѣтамъ, возрасту всѣхъ паралитиковъ, подвергавшихся наблюдениямъ температуры, хорошаго питанія, правильного и крѣпкаго тѣлосложенія, никогда серьезно не болѣвшій и въ данный моментъ не страдавшій никакими заболѣваніями и ни когда не злоупотреблявшій алкоголемъ. Самое тщательное физическое изслѣдованіе не дало никакихъ уклоненій отъ нормы. Кромѣ того, измѣреніе температуры у здорового субъекта было предпринято еще и потому, что онъ находился почти при одинаковыхъ условіяхъ жизни въ отдѣленіи. Наблюденіе температуры было проведено съ 4-го марта по 8-е апрѣля 1902 г., болѣе мѣсяца.

Всѣ полученные результаты при измѣреніи температуры, какъ внутренней, такъ и периферической, частота пульса и дыханія, для большей наглядности приведены мною въ видѣ кривыхъ, которыя изображены на прилагаемыхъ таблицахъ. На кривыхъ подъ № 1 всѣхъ таблицъ жирной линіей обозначена температура *in recto*, пунктиромъ, (.....) частота пульса, непрерывной тонкой линіей, (—) частота дыханія. На всѣхъ остальныхъ кривыхъ: №№ 2, 3, 4, 5, 6, 7 жирной линіей, (—) обозначена температура съ правой стороны, пунк-

таромъ, (.....) температура съ лѣвой стороны соответствующихъ мѣстъ.

При измѣреніи, какъ внутренней, такъ и периферической температуры у здороваго человѣка, получены мною слѣдующія данныя:

Кривая температуры *in recto* у здороваго человѣка (таб. I, крив. № 1), главнымъ образомъ держится между $36,9^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,9^{\circ}$. Видъ кривой различенъ: то онъ представляется правильно ломаной линіей, то неравномерно ломаной. Разница между утренней и вечерней температурой въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ и $0,4^{\circ}$ соответствуетъ днямъ обыкновенной работы по уборкѣ отдѣленія, въ $0,5^{\circ}$, $0,6^{\circ}$ —днямъ болѣе усиленной работы и переходу отъ усиленной физической работы къ полному бездѣйствію. Одинъ день, а именно 10-го марта, не было никакой разницы между утренней и вечерней температурой. Этотъ день соответствовалъ дню отпуска, когда служитель находился въ полномъ бездѣйствіи и пробылъ весь день въ своей комнатѣ. Максимумъ вечерней температуры $37,8^{\circ}$, соответствуетъ днямъ усиленной работы, минимумъ паденія утренней температуры $36,9^{\circ}$ — 37° наблюдался въ дни утренняго отдыха послѣ ночного дежурства. Средняя температура— $37,34^{\circ}$. Пульсовая кривая дѣлаетъ совершенно правильныя колебанія между линіями соответствующими 60 и 66 ударамъ въ 1', съ разницей между утромъ и вечеромъ въ 6 ударовъ; иногда же, въ дни усиленной работы, безъ всякой разницы; въ день отпуска, 10 марта достигаетъ до 54 ударовъ въ 1'.

Кривая дыханія, также болѣею частію, совершаетъ правильныя колебанія между 15 и 18 дыханій въ 1', безъ всякой разницы между утромъ и вечеромъ въ дни усиленной работы.

Каждая кривая идетъ раздѣльно одна отъ другой, не пересѣкаясь между собою.

Кривыя температуры подъ обѣими мышками (таб. I, крив. 2) совершаютъ свои колебанія между $36,0^{\circ}$ и $37,2^{\circ}$,

въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$, съ суточною разницей въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ и $0,8^{\circ}$. Болѣе высокія температуры, какъ утреннія, такъ и вечернія въ $36,8^{\circ}$ — 37° соответствуютъ также усиленному физическому труду, болѣе низкія— $36,2^{\circ}$ и 36° —совершенному покою. Средняя температура— $36,55^{\circ}$. Разница между правой и лѣвой стороною наблюдалась изрѣдка въ $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$, въ пользу правой стороны.

Периферическая температура, измѣряемая одновременно у того же субъекта, распределялась слѣдующимъ образомъ:

1) Температура на лбу (табл. I, крив. № 3) колеблется между $33,5^{\circ}$ — $35,0^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$, съ суточной разницей въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ и даже въ 1° . Средняя температура $34,25^{\circ}$. Разницы между правой и лѣвой стороною не наблюдалось.

2) Температура на сосцевидныхъ отросткахъ (табл. I, крив. № 4) представляетъ колебанія между 35° и $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$, съ разницей между утренней и вечерней t° , въ 0° — $0,2^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Средняя температура $35,32^{\circ}$. Разница между температурами правой и лѣвой стороны изрѣдка наблюдалась въ $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$ въ пользу правой стороны.

3) Температура на груди той и другой стороны (табл. I, крив. № 5) держится между $34,3^{\circ}$ и $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$, съ суточными колебаніями въ 0° — $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Средняя температура $34,87^{\circ}$. Разница между той и другой стороною непостоянна, изрѣдка наблюдалась въ $0,1^{\circ}$.

4) Температура на рукахъ (табл. I, крив. № 6) колеблется между $34,5^{\circ}$ и $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$, съ суточной разницей въ 0° — $0,2^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Средняя температура $35,17^{\circ}$. Разница между той и другой стороною изрѣдка бывала въ $0,1^{\circ}$, въ пользу правой стороны.

5) Температура на бедрахъ (табл. I, крив. № 7) колеблется между $32,6^{\circ}$ и $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$, съ суточными колебаніями въ 0° — $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8$ — 1° и даже въ $1,2^{\circ}$. Средняя температура $33,52^{\circ}$. Разница температуръ на правомъ и

лѣвомъ бѣдрѣ довольно частая въ $0,1^{\circ}$ и $0,2^{\circ}$ въ пользу правого бедра.

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ температуръ въ подмышечной впадинѣ и периферической легко можно видѣть, что только въ нѣкоторые дни замѣчалась разница между температурой обѣихъ сторонъ, которая, впрочемъ, никогда не превышала $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$, болѣею же частью не замѣчалось никакой разницы. Слѣдовательно можно принять, что въ нормальномъ состояніи периферическая температура на симметричныхъ мѣстахъ тѣла почти одинакова. Предѣлы колебаній периферической температуры распределяются слѣдующимъ образомъ: на сосцевидныхъ отросткахъ температура колеблется въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$, на груди и рукахъ— $1,2^{\circ}$, на лбу $1,5^{\circ}$, на бедрахъ $1,9^{\circ}$. Что касается колебаній периферической температуры отъ утра до вечера, то они зависятъ, главнымъ образомъ, отъ того, чѣмъ дальше отстоитъ мѣсто приложенія термометровъ къ периферіи, тѣмъ эти колебанія значительнѣе. Такъ, эти колебанія на сосцевидныхъ отросткахъ, на лбу, на груди, на рукахъ держатся между 0° и $0,6^{\circ}$, въ то время, какъ на бедрахъ они достигаютъ $0,8^{\circ}$ — 1° и даже $1,2^{\circ}$.

Всѣ эти данныя температуры, какъ внутренней, такъ и периферической, у здороваго человѣка приняты мною за норму на слѣдующихъ основаніяхъ:

Предѣлы колебанія температуры *in recto* въ моемъ случаѣ, ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же, полученныхъ моими предшественниками, которые также для сравненія измѣрили температуру *in recto* у здороваго человѣка. Такъ, у д-ра В. И. Левчаткина, проведеннаго измѣреніе въ продолженіи 6 мѣсяцевъ, температура *in recto* здороваго человѣка—служителя отдѣленія, колебалась между $36,4^{\circ}$ и $37,7^{\circ}$, въ моемъ же случаѣ $36,9^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$.

Средняя суточная температура въ прямой кишкѣ человѣка равняется по Jäger⁵⁵⁾— $37,13^{\circ}$, по Wunderlich^{у 55)}— $37,35^{\circ}$ и по Jurgensen^{у 55)}— $37,8^{\circ}$. Средняя температура— $37,34^{\circ}$ въ данномъ случаѣ, такимъ образомъ, мало отличается

отъ средней нормальной человѣка, полученной Wunderlich'омъ. Средняя температура въ подмышечной впадинѣ равняется, по Daüy⁵⁵⁾—36,49°, по Liebermeister'у⁵⁶⁾—36,89°, по Wunderlich'у⁵⁵⁾, она колеблется отъ 36,5° до 37,25°. Въ моемъ случаѣ, средняя температура въ подмышечной впадинѣ равняется 36,55 и также близка къ средней вышеприведенныхъ изслѣдователей.

Что касается периферической температуры у здороваго человѣка, то колебанія ея и среднія ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же, полученныхъ другими изслѣдователями: д-ромъ Анрепомъ⁵⁷⁾ и профессоромъ В. М. Бехтеревымъ²⁵⁾, занимавшимися, между прочимъ, измѣреніемъ периферической температуры у здоровыхъ людей. Но въ данномъ случаѣ не такъ важна абсолютная высота периферической температуры на различныхъ мѣстахъ, какъ разница на симметричныхъ мѣстахъ. Д-ръ Анрепъ, на основаніи своихъ наблюденій, получилъ слѣдующіе результаты: у здоровыхъ людей температура симметричныхъ частей обѣихъ сторонъ грудной кѣтки одинакова. Наблюдается лишь въ исключительныхъ случаяхъ разница,—тѣмъ не менѣе, весьма незначительная (0,1°—0,3°C°). Проф. В. М. Бехтеревъ, производя измѣреніе периферической температуры у здороваго человѣка на груди, на рукахъ и ногахъ, соотвѣственно тѣмъ же мѣстамъ, на которыхъ и мной измѣрялась, наблюдалъ изрѣдка также разницу на симметричныхъ мѣстахъ той и другой половины тѣла въ 0,1°—0,2°.

Такимъ образомъ, на основаніи вышеизложеннаго, я считаю возможнымъ принять данныя, полученныя мною, при измѣреніи температуры у здороваго человѣка, за норму и пользоваться ими при сравненіи съ температурными измѣненіями у больныхъ прогрессивнымъ параличемъ.

Во всехъ приводимыхъ ниже случаяхъ прогрессивнаго паралича, изслѣдованіе температуры тѣла, какъ внутренней, и п гесто и подъ мышками, такъ и периферической, производилось всегда въ опредѣленное время, два раза въ день, по

вышеприведенному способу и совершенно на однихъ и тѣхъ же мѣстахъ.

Результаты, полученные при измѣреніи температуры, также изображены въ видѣ кривыхъ на прилагаемыхъ таблицахъ. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ наблюденіе внутренней температуры производилось отъ 1-го до 2 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ, періодической же температуры ограничивалось 3-мя—4-мя недѣлями. Предварительно изслѣдовалось очень тщательно физическое состояніе внутреннихъ органовъ больного, обращалось вниманіе на всѣ соматическія отправления, производилась качественный анализъ мочи, микроскопическое изслѣдованіе мокроты на туберкулезныхъ бациллъ и слѣдилось за измѣненіемъ тѣла больныхъ. Тѣ больные прогрессивнымъ параличемъ, у которыхъ можно было обнаружить малѣйшее соматическое разстройство, въ видѣ: фурункула, абсцесса, пролежня и которые возбуждали подозрѣніе въ страданіи того или другого внутреннего органа, мною совершенно игнорировались. Для наблюденія температуры избирались только тѣ больные, которые были совершенно свободны отъ всякихъ осложненій въ смыслѣ: воспаления, нагноенія и другихъ заболеванийъ, могущихъ взызвать сами по себѣ измѣненія температуры.

При качественномъ изслѣдованіи мочи⁵⁸⁾ обращалось вниманіе на видъ, цвѣтъ, реакцію, удѣльный вѣсъ, присутствіе бѣлка или сахара въ мочѣ. На бѣлокъ производилось нѣсколько реакцій: съ азотной кислотой, уксусной кислотой и альбуминиметромъ Essbach'a. Присутствіе сахара определялось пробой Trommer'a. Словомъ, качественный анализъ мочи производился настолько, чтобы можно было судить о состояніи мочевыхъ органовъ. Количественное же изслѣдованіе мочи⁵⁹⁾ удалось произвести въ одномъ-двухъ случаяхъ и то въ видѣ отрывочныхъ, отдѣльныхъ изслѣдованій, такъ какъ очень рѣдко возможно было собрать все суточное количество у такого рода больныхъ. При количественномъ анализѣ мочи, количество хлоридовъ опредѣлялось посредствомъ

азотно-кислаго серебра, количество фосфатовъ титрованнымъ растворомъ уксусно-кислаго урана и количество мочевины, по способу Liebig'a, растворомъ азотно-кислой окиси ртути.

Исслѣдованіе мокроты производилось окрашиваніемъ на мазкахъ, способомъ Ziehl'a ⁵⁹⁾, — карболфуксиномъ и способомъ проф. Н. М. Любимова ⁶⁰⁾ — борофуксиномъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больного можно было заставить отхаркнуть, хоть сколько нибудь мокроты, мазки закрѣплялись на покровныхъ стеклышкахъ, у тѣхъ же больныхъ, гдѣ совершенно не удавалось получить мокроты, пришлось ограничиваться obtiniraniemъ зѣва и надгортанника кускомъ стерилизованной ваты и такимъ образомъ получать мазки. Всѣ вышеозначенныя изслѣдованія были производимы съ тою цѣлю, чтобы исключить по возможности, всѣ случайныя соматическія заболѣванія, которые могли бы вліять на измѣненіе температуры.

При своихъ наблюденіяхъ, я обращалъ особенное вниманіе на чистоту клинической формы прогрессивнаго паралича, на которыя дѣлать его большинство современныхъ клиницистовъ. Среди моихъ случаевъ мнѣ удалось провести наблюденія температуры надъ слѣдующими формами: 11 больныхъ съ маниакальной формой, 4 больныхъ съ меланхолическо-ипохондрической формой и 9 больныхъ съ дементной формой. Изъ циркулярныхъ формъ, наблюденіе температуры мною было проведено въ стадіи меланхолическомъ только въ одномъ случаѣ, который отнесенъ мною къ меланхолическо-ипохондрическимъ формамъ, въ стадіи же маниакальномъ, въ этомъ случаѣ измѣреніе температуры не было проведено за полнымъ отказомъ больного подвергнуться изслѣдованію.

О каждомъ больномъ мною приведены, болѣе или менѣе, подробныя исторіи болѣзни, иллюстрирующія всякое измѣненіе психическаго состоянія больного. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ наблюденіе температуры производилось до дня смерти, приводится также протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія.

Къ изложенію этихъ наблюденій я теперь и перехожу, распредѣляя ихъ въ слѣдующемъ порядкѣ: сначала будутъ приведены наблюденія съ маниакальными формами, затѣмъ съ меланхолически-ипохондрическими и наконецъ съ дементными формами.

II.

Маниакальные формы.

Наблюденіе I. Ш. В. 35 лѣтъ, крестьянинъ, татаринъ, былъ принятъ въ лечебницу, какъ неизвѣстнаго званія, имени и фамиліи человѣкъ, 11 января 1901 года.

Больной происходитъ отъ совершенно здоровыхъ родителей. Самъ ничѣмъ не страдалъ, женатъ, имѣетъ четверыхъ дѣтей. Около года тому назадъ, у больного сгорѣла спичечная фабрика. Это на него такъ сильно подействовало, что онъ затрясся всѣмъ тѣломъ и упалъ. До того, человѣкъ энергичный, самъ собственными трудами выстроилъ спичечную фабрику и повелъ дѣло очень удачно, послѣ этой потери (такъ какъ, фабрика не была застрахована) сталъ задумчивъ, вялъ. Если и брался за какое-нибудь дѣло, то все было неудачно. Растратилъ послѣднія деньги на различные предпріятія и торговлю. За мѣсяцъ до поступления, по опісанію брата, съ нимъ былъ эпидеитиформный припадокъ, послѣ котораго онъ былъ „безъ языка“ нѣсколько дней, а затѣмъ сталъ веселъ, болтливъ, высказывалъ различные проэкты скорого обогащенія, но никто не обращалъ на это вниманія. Дня ва четыре до поступления, больной ушелъ изъ дому съ небольшимъ ящикомъ какихъ-то красокъ, намѣреваясь продать его за большія деньги, и больше не являлся домой. Братъ узналъ, что онъ, больной, шатался безцѣльно по улицамъ, заходилъ въ чужіе дома, а когда его взяли въ полицію, то онъ ни слова не говорилъ, не могъ назвать себя и вообще производилъ впечатлѣніе больного человѣка, почему и былъ отправленъ въ лечебницу.

При поступлении въ лечебницу, больной былъ совершенно безмысленъ, бормоталъ что-то непонятное, изрѣдка издавалъ нечленораздѣльные звуки, мычалъ, стараясь что-то сказать. При подобныхъ попыткахъ говорить у больного было замѣтно подергиваніе и дрожаніе личныхъ мускуловъ. Съ физической стороны отмѣчалось: парезъ праваго лицеваго нерва, расширеніе праваго зрачка и вялая реакція зрачковъ, нетвердая, неувѣренная походка съ уклоненіемъ на лѣвую сторону всего туловища. Какихъ-либо разстройствъ со стороны внутреннихъ органовъ не найдено. Кожа совершенно чиста, железы не увеличены. Слѣдовъ сифилиса обнаружено не было. Пульсъ учащенный до 90 въ 1'. Температура нѣсколько повышена $37,4^{\circ}$.

12—20 января. Больной все время безмысленъ, не лежить въ постели, сбрасываетъ съ себя бѣлье, ходить голый по комнатѣ, по долгу стоять въ одной позѣ, то перегнувшись назалъ, то согнувшись впередъ, или ощущиваетъ стѣны, измѣряетъ ихъ руками. Ни слова не произноситъ, безмысленно глядитъ на вопрошающихъ. Отъ предлагаемой пищи отказывается и сжимаетъ крѣпко зубы, когда хотятъ кормить съ ложки, почему кормится ежедневно чрезъ зондъ, чему никакого сопротивленія не оказываетъ. Не спалъ ни днемъ, ни ночью и только послѣ нѣсколькихъ пріемовъ снотворнаго, сталъ спать. Со стороны кишечника постоянная задержка. Вѣсъ тѣла—165 ф.

21—31. Больной болѣе осмысленъ, сталъ говорить, сначала нѣсколько заикался и потому было замѣтно спотыканіе на словахъ. Сознаніе мѣста и времени несомнѣмъ ясное, то скажетъ, что онъ находится „дома“, „это его домъ“, то заявитъ, что онъ въ больницѣ, теперь совсѣмъ здоровъ и ему нужно скорѣе ѣхать, тамъ его ожидаютъ рабочіе, „у него 40,000 рабочихъ“, „у него масса домовъ“. Походка совершенно выравнялась. Ъсть самъ. Ночь спать хорошо. Вѣсъ тѣла—170 ф.

1—28 февраля. Нѣсколько вялъ, апатиченъ, жалуются на общее недомоганіе и слабость, больше лежитъ въ постели. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ односложно, вяло, иногда оживляется, считаетъ себя „совершенно здоровымъ“, проситъ отпустить его домой, иначе у него „пронзойдетъ задержка въ работѣ“, онъ строитъ „нѣсколько тысячъ домовъ“, у него „тысяча головъ скота“. Ходитъ огъ окна къ окну, куда-то

заглядывается. Питается очень хорошо. Ночами спитъ порочно. Вѣсъ тѣла колебался 172—179—179—183 ф.

1—13 марта. Съ недѣлю былъ оживленъ, подвиженъ, благодушно настроенъ. При встрѣчѣ съ ординаромъ всегда заявляетъ, что ему нужно ѣхать „смотрѣть постройку“. Съ окружающими татарами ведетъ разговоръ „о своемъ богатствѣ“, даритъ „цѣлыми тысячами домовъ“ каждому, разрѣшаетъ жить безплатно „въ этомъ домѣ“. Затѣмъ сталъ апатиченъ, вялъ, угрюмъ, лежитъ больше въ постели. Вѣсъ тѣла —183—181 ф.

14. Днемъ послѣ обѣда начались судорожные припадки, которыхъ было до 8 съ небольшими промежутками, затѣмъ былъ перерывъ на 3—4 часа, когда больной спалъ. Къ вечеру вновь начались судорожные припадки и продолжались всю ночь. Всего было до 20 отдѣльных приступовъ съ наибольшими промежутками полной простраціи. Судороги ограничивались правой половиной тѣла въ конечностяхъ и въ личныхъ мышцахъ. Температура *in recto* къ вечеру была 38,5°. Пульсъ 84 въ 1'.

15. Лежитъ въ разслабленномъ состояніи. Температура *in recto* 39°, пульсъ 96 въ 1'. Былъ всего одинъ судорожный припадокъ съ утра, а затѣмъ наступило общее разслабленіе членовъ. Правая рука и нога совершенно парализованы, въ лѣвой возможны активныя движенія. Голова перестанута вѣдво. Глотательныя движенія парализованы. Ни слова не произносить, а только мычить. Къ вечеру обильный потъ, температура 36,8, пульсъ 66.

20. Началъ вставать и ходить. Правая рука двигается свободно, правая нога при ходѣ нѣсколько волочится. Больной на всѣ вопросы повторяетъ одно и тоже: „якши... якши“. Глотательныя движенія возобновились. Больной ѣсть достаточно. Вѣсъ тѣла—163 ф.

31. Нѣсколько оживленъ, говорить свободно, заявляетъ, что онъ теперь совсѣмъ здоровъ. Вновь высказываетъ, хотя уже отрывочно идеи величія и богатства. Указывая на стройку, производимую на дворѣ, заявляетъ, что это его рабочіе „нужно за ними смотрѣть“, проситъ отпереть двери и выпустить его. Вѣсъ тѣла—177—173 ф.

1—30 апрѣля. Больной высказываетъ тѣже бредовыя идеи, ходитъ взадъ, впередъ по корридору. Походка выровнялась. Иногда же вялъ, апатиченъ, жалуется на недомоганіе

и слабость, проситъ лекарства. Подобная смѣна состояній наблюдается почти все время и держится по нѣскольку дней. Вѣсъ тѣла—177—183—184—176 ф.

1—10 мая. Расхаживаетъ по отдѣленію, заложивши руки за спину, подходитъ къ окнамъ, изъ которыхъ видны рабочіе, строящіе доль, выкрикиваетъ распоряженія. Ордinatorу сообщаетъ, что у него „идетъ постройка“, „40,000 рабочихъ нанято, еще нужно столько же“. Настроеніе нѣсколько повышенное, добродушное. Въ правой рукѣ только едва замѣтна неловкость при активныхъ движеніяхъ, нѣкоторая согнутость туловища на лѣвую сторону; правая носогубная складка сглажена, правый зрачекъ расширенъ по сравненію съ лѣвымъ. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ включеній отъ нормы не обнаруживается. Исцѣлованіе мокроты на коховскія палочки дало отрицательные результаты. Со стороны мочевого пузыря, изрѣдка небольшое недержание мочи: большой смачиваетъ кальсоны, не замѣчая самъ. Кушаетъ порядочно. Вѣсъ тѣла 184—179 ф.

11—17. Большой вялъ, апатиченъ, больше лежитъ въ постели, жалуется на слабость, изрѣдка высказываетъ ипохондрическія идеи: то у него „головы нѣтъ, то руки, ноги нѣтъ“. Спитъ и кушаетъ порядочно. Вѣсъ тѣла—180 ф.

18—25. Вновь нѣсколько оживился, бродитъ по отдѣленію и высказываетъ прежнія идеи бреда богатства, временами доходить до полной растерянности и оглушенія, стоитъ съ растеряннымъ видомъ посреди коридора, пока не уведутъ его на свое мѣсто. Отправленія кишечника правильны. Кушаетъ порядочно, но кормить приходится съ ложки. Вѣсъ тѣла 182 ф.

26 мая—2 іюня. Большой вялъ, апатиченъ, молчаливъ, сидитъ на одномъ мѣстѣ, изрѣдка прохаживается по коридору или лежитъ въ постели. На вопросы отвѣчаетъ односложно. Настоячиво проситъ отпустить его домой, но совершенно не можетъ объяснить своего состоянія, заявляя только, что у него дома дѣла. Спитъ много. Ъстъ порядочно. Вѣсъ тѣла—181 ф.

3—10. Болѣе оживленъ, настроеніе повышено, расхаживаетъ по отдѣленію, торкается во всѣ двери, стараясь оттереть ихъ, или сидитъ въ кругу больныхъ, высказываетъ бредовыя идеи величія прежняго характера. Спитъ и ѣстъ порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла—180 ф.

11—18. Угроюмъ, мало разговариваю, больше стараюсь лежать въ постели. На вопросы о здоровьи говорить односложно „хорошо“ и опять лежать неподвижно. Встаю только къ столу. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Вѣсъ тѣла—182 ф.

19—24. Настроение повышенное, благодушное. Большой или сидить за столомъ съ больными и вести отрывочные разговоры, или расхаживать по отдѣленію. На разспросы о здоровьи, заявляю, что совсѣмъ здоровъ, ему нужно ѣхать, высказываетъ идеи брела величія и проэскты о постройкѣ массы домовъ и проч. Подходить къ дверямъ, пробуетъ отворить ихъ или просить выпустить его. Ночами спитъ плохо-вато, громко разговариваетъ самъ съ собой. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла—179 ф.

25. Послѣ обѣда появились эпилептиформные припадки. Судороги были преимущественно въ правыхъ конечностяхъ и правой половинѣ лица, повторялись чрезъ небольшіе промежутки.

26. Лежитъ въ коматозномъ состояніи. Время отъ времени появляются судороги. Актъ глотанія разстроено. Накормленъ чрезъ зондъ.

27. Судорогъ не было. Наступило общее ослабленіе всѣхъ членовъ. Правая рука и нога совсѣмъ безъ движеній. Глотательныя движенія отсутствуютъ, былъ накормленъ чрезъ зондъ. Къ вечеру обильный потъ по всему тѣлу. Большой дѣлаетъ попытки встать, но валится на правую сторону и падастъ обратно въ постель. Неопытенъ въ постели.

28 іюня—5 іюля. Больше лежитъ въ постели, вялъ, апатиченъ. Движенія въ правой рукѣ и ногѣ возобновляются медленно. Ни слова не произноситъ, а только мычитъ. Глотаетъ съ трудомъ и часто поперхается. Неопытенъ въ постели.

6—12. Совершенно безмысленъ, все время возится съ постелью, перегаскиваетъ еѣ изъ угла въ уголъ, сбрасываетъ бѣлье, невнятно что-то бормочетъ, растягивая слова. На вопросы ни слова не отвѣчаетъ, какъ бы и не слышитъ. Ночами спитъ плохо. Отъ пищи часто отказывается, кормится чрезъ зондъ. Походка сильно атактична: правая нога въ движеніяхъ своихъ нѣсколько отстаюетъ, туловище наклонено немного влѣво. Правая рука въ паретическомъ состояніи, движенія ея угловаты. Не взвѣшивался.

въ слѣдующій періодъ низкой температуры съ 16—19 декабря, вѣсь тѣла прибываетъ до 142 ф.; въ теченіи слѣдующаго періода, также пезначительнаго повышенія температуры и соотвѣтственнаго измѣненія психическаго состоянія больного, съ 20—25 декабря, онъ продолжаетъ прибывать до 147 ф., но къ концу этого послѣдняго періода и въ началѣ новаго періода низкой температуры, съ 26—31 декабря, онъ упалъ до 146 ф. Въ продолженіе новаго періода повышенія съ 1—6 января, вѣсь тѣла падаетъ до 144 ф. и остается тотъ же и въ періодѣ слѣдующаго повышенія съ 11—18 января. Въ продолженіи періода низкой температуры съ 25 по 30 января, вѣсь тѣла вновь поднялся до 149 ф.

Такимъ образомъ, вѣсь тѣла также измѣнялся въ зависимости отъ періодовъ повышенной и пониженной температуры и соотвѣтственнаго измѣненія психическаго состоянія больного *).

Наблюденіе VIII. А. В. Г. 42-хъ лѣтъ, жена мѣщанина, молдаканка по происхожденію, православная, поступила въ лечебницу 29 октября 1902 г.

Изъ свидѣтельства врача, наблюдавшаго больную раньше видно: что болѣлая съ начала 1901 года слѣдалась раздражительной, ворчливой, начала дѣлать ненужныя для дома покупки. Въ это же самое время начала усиленно пить вино, которое въ умѣренномъ сравнительно количествѣ пила и раньше. Съ начала января 1902 г., болѣлая стала проявлять уже явные признаки душевнаго разстройства. У болѣлой появился специфическій бредъ о богатствѣ. Послѣ апоплектоиднаго припадка въ іюль 1902 г. она начала отказываться отъ пищи, говоря, что у ней „нѣтъ горла, желудка, кишечника, сердца“, слѣдалась неопытна, измѣнилась совершенно почеркъ письма, рѣчь стала довольно рѣзко заплетаются. Въ последнее время болѣлая хотя и говорить иногда, что у ней нѣтъ горла,

*) Исторія болѣзни была ведена д—рами: Ивановымъ, Сергѣевымъ и мною.

37,4°. Психическое состояние также измѣняется: больной дѣлается оживленнымъ; настроенъ благодушно и даже повышено. 11 іюня температура опускается до 37,2°, 12-го утромъ еще ниже—36,8°, а затѣмъ колеблется между 37°—37,6° до 15-го іюля, при явленіяхъ той же подавленности и апатіи съ психической стороны. Съ 16, температура начинаетъ повышаться и по вечерамъ достигаетъ 38°—38,6°—38,8°. 25-го утромъ падаетъ до 37,0°, съ полудня начинаются судорожные припадки и къ вечеру температура сразу поднимается до 39°. Судороги продолжались всю ночь и слѣдующій день съ порядочными промежутками. 26-го температура утромъ 37,8°, вечеромъ 38,9. Къ вечеру судорогъ незамѣтно, коматозное состояніе продолжается. 27-го утромъ температура 37,2, наступило общее разслабленіе всѣхъ членовъ, появился обильный потъ, къ вечеру 37,8°. Появились полный параличъ правой половины тѣла и явленія афазіи. Далѣе съ 28-го іюня по 5 іюля температура по утрамъ держится около 37°, къ вечеру не превышаетъ 37,7°. Большой все время лежить, движенія въ правой половинѣ тѣла медленно восстанавливаются, но явленія афазіи на лицо. Съ 6-го іюля температура по вечерамъ постепенно начинаетъ повышаться съ 38,4° до 39,2°, при явленіяхъ совершеннаго безмыслія, спутанности и сумерливости. 12-го утромъ температура падаетъ на 37,2°, къ вечеру поднимается до 38,6°. Въ ночь на 13-е наступили сильныя судорожные припадки. Утромъ температура 38°, къ вечеру 39,7°, затѣмъ температура поднимается еще выше и 14-го утромъ достигаетъ до 40,7° и вечеромъ 41,3°. Судорожные приступы продолжаются почти непрерывно и больной умеръ, не смотря на принятія мѣръ, при явленіяхъ тѣлаго сопорознаго состоянія, при упадкѣ сердечной дѣятельности.

При обзорѣ кривой температуры этого больного можно подмѣтить довольно ясную періодичность въ ея теченіи: періодъ повышенной температуры смѣняется періодомъ болѣе низкой температуры. Въ періоды повышенія температуры сред-

ная ея колеблется отъ $37,93^{\circ}$ до $38,1^{\circ}$, въ гораздо большихъ предѣлахъ, чѣмъ средняя нормального человека $37,3^{\circ}$, въ періоды же низкой температуры, суточная средняя ея держится $37,26^{\circ}$ — $37,34^{\circ}$, совершенно одинаково съ средней нормального человека. Соотвѣтственно съ этимъ измѣняется и психическое состояніе больного. Въ періоды повышения температуры больной благодушнѣе, веселѣе, настроенъ повѣшенно, высказываетъ бредовыя идеи величія, въ періоды же низкой температуры больной вялѣе, апатичнѣе, малоподвиженъ, высказываетъ даже бредъ ипохондрическаго характера.

Кромѣ того у даннаго больного можно было наблюдать измѣненія температуры во время судорожныхъ припадковъ.

Припадки апоплектиформнаго характера наблюдались у больного 25 и 26 іюня и за день до смерти 13 и 14 іюля. При этомъ дней за 6 передъ первымъ приступомъ судорожныхъ припадковъ, температура держится повышенной. Въ день судорожныхъ припадковъ, 25 іюня, утромъ температура рѣзко падаетъ до 37° , въ полдень наступили судороги и къ вечеру температура уже $39,0^{\circ}$.

На другой день 26 іюня температура, какъ утромъ $37,8$, такъ и вечеромъ $38,4$, держится повышенной, хотя судорожные приступы рѣдки. На третій день судорогъ нѣтъ, по-является сильный потъ, наступаетъ общее разслабленіе, температура еще держится утромъ $37,1$, вечеромъ $37,9^{\circ}$. Передъ вторымъ приступомъ судорожныхъ припадковъ температура держится дней семь повышенной. Наканунѣ утромъ значительно падаетъ до $37,2^{\circ}$, вечеромъ $38,6^{\circ}$. Ночью наступаютъ судороги, которыя повторяются довольно часто. Температура непрерывно поднимается и въ день смерти достигаетъ до $41,3^{\circ}$.

Кривая пульса (таблица II, крив. № 1...) въ своихъ колебаніяхъ вполне слѣдуетъ за кривой температуры, хотя по количеству ударовъ не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Въ періоды повышенной температуры между 38° — 39° , количество ударовъ пульса, то колеблется между 78 — 90 , то

болѣе ускоренъ отъ 90—105, въ періодъ же пониженія температуры, количество ударовъ пульса въ 1' падаетъ до 60—72, иногда же число ударовъ держится между 84—90.

Иногда за день или за два до періода повышенія наступать уже учащеніе пульса, такъ: 15 и 16 мая при t° 37,2—37,5, 30-го мая и 1 іюня при t° 37,0°—37,4°, пульсъ уже доходитъ до 90 въ 1'.

Кривая дыханія (табл. II, крив. № 1—) также слѣдуетъ за всѣми изгибами кривой температуры. Въ періоды повышенной температуры количество дыханія въ 1' доходитъ отъ 18 до 30, въ періодъ же пониженія температуры количество дыханія держится между 15—18—21 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. II крив. № 2) въ своемъ теченіи напоминаютъ ту же періодичность, какъ и температура *in recto*. Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе разнаца температуръ, измѣренныхъ одновременно подъ обѣими мышками. Эта разность бываетъ слюшь и рядомъ отъ 0,2° до 0,5°, по временамъ достигаетъ до 0,8° и даже до 1°. Температура держится выше почти все время подъ правой мышкой и только, какъ это ясно видно при взглядѣ на кривыя, 27-го, 28 и 29-го іюня превышеніе переходитъ на лѣвую сторону, на правой же сторонѣ температура рѣзко падаетъ. Это время какъ разъ соответствуетъ послѣдипадочному состоянію, когда судороги совершенно прекратились и наступило полное ослабленіе. Затѣмъ температура вновь держится выше подъ правой мышкой.

Периферическая температура, измѣренная на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ, слѣдуетъ въ своихъ повышеніяхъ и пониженіяхъ за внутренней температурой. Въ періодъ повышенія внутренней температуры и периферическая температура также повышается, въ періодъ пониженія — понижается. При сравненіи периферической температуры этого больного съ таковой же здороваго человѣка можно убѣдиться, что она вообще держится выше у больного.

Такъ, на лбу у больного (табл. II, крив. № 3) температура въ періодъ повышенія колеблется отъ 36° до $37,5^{\circ}$, въ періодъ пониженія отъ $34,4^{\circ}$ до $35,9^{\circ}$, въ то время, какъ у здороваго отъ $33,5^{\circ}$ до 35° . Температура преимущественно держится выше на правой сторонѣ лба. Разница между температурами той и другой стороны лба держится отъ $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, тогда какъ у здороваго никакой разницы не наблюдается.

Температура на груди (табл. II, крив. № 5) той и другой стороны въ періодъ повышенія держится между $35,5^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$ и $37,6^{\circ}$, въ періодъ пониженія между 35° и $36,4^{\circ}$ у здороваго же отъ $34,5^{\circ}$ до $35,5^{\circ}$. На правой сторонѣ груди температура держится выше, чѣмъ на лѣвой. Разница между той и другой достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, у здороваго изрѣдка— $0,1^{\circ}$.

На срединѣ плеча (табл. II, крив. № 6) температура справа, преимущественно, держится также выше на $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ и 1° , чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Въ періодъ повышенія внутренней температуры, температура на рукахъ также повышается, а въ періодъ пониженія понижается. Въ общемъ температура посрединѣ плеча той и другой стороны держится между $34,6^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$, тогда какъ у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$.

Температура на бедрахъ (табл. II, крив. № 7) также въ періодъ повышенія внутренней температуры повышается, въ періодъ пониженія—понижается. При повышеніи держится между 33° — $36,4^{\circ}$, а у здороваго между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, при пониженіи падаетъ значительно ниже; чѣмъ у здороваго. Справа температура держится выше на $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ и $1,5^{\circ}$, чѣмъ на лѣвой сторонѣ.

Что касается температуры на соседнихъ отрядахъ у этого больного (табл. II, крив. 4), то она значительно превышаетъ таковую же у здороваго человѣка. Въ то время, какъ у здороваго она колеблется между $35,0^{\circ}$ и $35,8^{\circ}$, у больного она держится между $35,6^{\circ}$ и $37,8^{\circ}$. Періоды повышенія и пониженія не такъ рѣзко выступаютъ. Температура дер-

жится выше на $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$,— $0,8^{\circ}$, то на правой, то на лѣвой сторонѣ.

Такимъ образомъ, при обзорѣ периферической температуры у нашего больного, обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ, температура держится выше, преимущественно, на правой сторонѣ, то есть на той, на которой параличи выражены яснѣе.

Вѣсь тѣла больного также представляетъ значительныя колебанія въ связи съ измѣненіями психическаго состоянія больного. Въ январѣ, послѣ состоянія безсмыслія, безпокойства, отказа отъ пищи, вѣсь тѣла больного былъ 170 ф. Въ февралѣ, съ наступленіемъ нѣкотораго улучшенія психическаго состоянія, вѣсь тѣла повышается—172—179—179—183 ф. Въ мартѣ, въ зависимости отъ появленія судорожныхъ припадковъ, вѣсь тѣла колеблется болѣе рѣзко—183—181—163—177—173 ф. Въ апрѣлѣ, при улучшеніи параличныхъ явленій, но въ зависимости отъ постоянного измѣненія психическаго состоянія, вѣсь тѣла также представляетъ колебанія—177—183—184—176 ф. Въ маѣ, когда приступлено къ измѣренію температуры, измѣненія въ вѣсѣ тѣла происходили слѣдующимъ образомъ: послѣ перваго періода повышенія температуры и повышеннаго настроенія съ бредовыми идеями со стороны психической сферы больного, съ 5 по 10 мая, вѣсь тѣла съ 184 ф. падаетъ до 179 ф. За время пониженія температуры и болѣе спокойнаго состоянія, съ 11 по 17 мая, и въ первые дни слѣдующаго періода повышенія и соответственнаго измѣненія психическаго состоянія, съ 18 по 25 мая, вѣсь тѣла вновь начинаетъ повышаться 180—182 ф. Съ наступленіемъ новаго періода пониженія температуры и измѣненія психическаго состоянія, съ 26 мая по 2 іюня, какъ послѣдствіе предъидущаго періода повышенія, вѣсь тѣла падаетъ до 181—180 ф. Въ періодъ пониженія, съ 11 по 17 іюня, вѣсь тѣла поднимается до 182 ф., но при наступленіи слѣдующаго за нимъ періода повышенія температуры и наступленія безпокойнаго психическаго состоянія, вѣсь тѣла падаетъ

до 179 ф. Такимъ образомъ и со стороны вѣса тѣла наступили измѣненія въ полной зависимости отъ лихорадочной температуры и смѣны психическаго состоянія *).

Наблюденіе II. В. И. Б. 41 года, православный, русский, провизоръ, поступилъ въ лечебницу 6-го января 1903 года.

Больной происходить изъ наслѣдственно предрасположенной семьи: отецъ умеръ 55 лѣтъ отъ волянки, мать—53 лѣтъ отъ чахотки, оба злоупотребляли спиртными напитками; дядя со стороны отца былъ душевно-больнымъ.

Самъ больной не отличался особеннымъ умомъ, былъ всегда упрямымъ, раздражителемъ, учился лѣнливо, вышелъ изъ 4 класса реальнаго училища, затѣмъ прошелъ фармацевтическіе курсы при Университетѣ и сдалъ экзаменъ на провизора. Женатъ уже 18 лѣтъ, но съ женой послѣднія восемь лѣтъ не живетъ. Въ періодъ послѣднихъ лѣтъ сильно предавался злоупотребленію спиртными напитками и половымъ изліществамъ. Года три тому назадъ заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился впрыскиваніями ртути до исчезновенія всѣхъ его проявленій. Послѣдній курсъ леченія сифилиса былъ проведенъ, съ годъ тому назадъ, втираніями, которыхъ слѣдано до 42; въ виду появившихся нервныхъ болей въ нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ; при этомъ примѣнялъ также леченіе электричествомъ.

Мѣсяцевъ за шесть, до поступленія въ лечебницу, былъ молчаливъ, общителенъ, жаловался на боль въ спинѣ и общее недомоганіе. Послѣдніе три мѣсяца сталъ веселѣ, безпокоенъ, суетливъ, плохо спалъ по ночамъ, стремился посѣщать знакомыхъ и заходилъ къ совершенно незнакомымъ лицамъ. За двѣ недѣли до помѣщенія въ лечебницу, сталъ высказывать бредовыя идеи: воображалъ себя „артистомъ Императорскихъ театровъ“, пѣлъ, не стѣсняясь ни мѣстомъ, ни временемъ. Въ послѣдніе дни совершенно не спалъ, проявлялъ буйство: бросился съ ножомъ, безъ всякаго видимаго повода, на незнакомаго человѣка, но былъ во время удержанъ, что и послужило поводомъ помѣстить больного въ лечебницу.

На пріемѣ былъ возбужденъ, болтливъ, чувствовалъ себя необыкновенно хорошо, высказывалъ бредовыя идеи: вообра-

*) Исторія болѣзни велась д-рами: Васнецовымъ, Сергѣевымъ, Скуридинымъ и мною.

жалъ себя „значенитимъ артистомъ“, у него „отличный ба-ритонъ“, „пока думаетъ давать здѣсь концерты, а потомъ поступить на Императорскую сцену“. Сознаніе времени затемнено, знаетъ куда прѣхалъ, но объясняетъ свое помѣщеніе тѣмъ, что хочетъ „осмотрѣть лечебницу“ и „немного отдохнуть“. Рѣчь, по временамъ, затруднена, въ мышцахъ нижнихъ вѣкъ подергиванія; больной все время какъ будто что-то жуетъ. Конъюнктивы глазъ гиперемированы. Лѣвая носогубная складка сглажена. Глаза стоять правильно, движенія ихъ не ограничены. Зрачки неравномѣрны: лѣвый зрачекъ немного шире праваго, реакція ихъ на свѣтъ, боль и аккомодацию почти отсутствуетъ. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ; при высовываніи въ немъ замѣтны фибриллярныя подергиванія. Большой средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Видимая слизистыя оболочки окрашены нормально. На кожѣ спины и бедеръ имбются нѣсколько фурунгуловъ, совершенно созрѣвшихъ и сыпь, характерная для бромизма. Подкожный жировой слой отложенъ въ обильномъ количествѣ. Подкожныя лимфатическія железы не увеличены. Костная и мышечная системы развиты правильно. Кожная болевая и термическая чувствительности рѣзко повышены: слабый уколъ булавки вызываетъ сильную реакцію со стороны больного, прикладываніе холодныхъ предметовъ къ кожѣ вызываетъ у больного непріятное ощущеніе и заставляетъ содрогаться. Пательярные рефлексъы отсутствуютъ, кожные и другіе сухожильные рефлексъы нѣсколько повышены. Тоны сердца чисты. Со стороны легкихъ, какихъ-либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Пульсъ 84—90 ударовъ, дыханіе 24 въ 1'.

6—8 января. По прибытіи въ отдѣленіе, первые три дня ведетъ себя свободно, встрѣтился съ окружающими, какъ со старыми знакомыми. Самочувствіе повышенное. Добродушно посмѣивается, высказываетъ, что онъ „великій артистъ“, прѣхалъ сюда „ознакомиться съ здѣшной жизнью“, разсказываетъ, „что онъ былъ въ Японіи... въ Китаѣ, прѣхалъ весь свѣтъ, теперь собирается въ Америку, такъ какъ получилъ туда приглашеніе на гастроли“. Поѣтъ дрожавимъ голосомъ, подражая жестиами и позой артистамъ, коверкаетъ слова арій, напѣвая наборъ словъ, иногда же старается кричать довольно громко, заявляя, что онъ „пробуетъ свой голосъ“. Раздражается и приходитъ въ возбужденіе, когда ему дѣлаютъ замѣчанія и просятъ вести себя тише, но скоро же успокаивается.

ается. Спять ночами плохо. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

9—12. Тихъ, спокоенъ, добродушно настроенъ. Соображать вяло. Память ослаблена. Къ своему положенію относится безразлично. За текущимъ временемъ не слѣдитъ. Часто сидитъ и читаетъ газету, но о прочитанномъ рассказать не можетъ. Рѣчь растянута, замѣтно спотыканіе на слогахъ. Пишетъ письма брату, въ которыхъ проситъ выписать его изъ лечебницы. Въ письмахъ замѣтны пропуски буквъ, недоконченныя слова. Спять много. Апетитъ достаточенъ.

13—25. Настроеніе духа повышенное. Большой оживленъ, болтливъ, высказываетъ идеи бреда прежняго характера, хвалится своимъ „чуднымъ голосомъ“, часто поетъ, становясь въ позу артиста, одинъ и тотъ же наборъ словъ, подражая аріи, повидимому изъ оперы „Демонъ“, фантазируя и коверкая смыслъ по своему. Всѣмъ и каждому изъ окружающихъ сообщаетъ о своемъ талантѣ и своихъ поѣздкахъ. Нерѣдко пробуетъ свой голосъ, громко выкрикивая какой-либо звукъ. Апетитъ хорошъ. Спять ночами плоховато. Отправленія кишечника и мочевого пузыря въ порядкѣ.

26—31. Болѣе спокоенъ, тихъ. Память и соображеніе вялы. Если и выражаетъ желаніе выписаться, то скоро же оставляетъ его и соглашается, что ему необходимо поѣздить. Спять лучше. Ъсть очень много, неудовлетворяясь своей порціей, готовъ съѣсть все, что ему присылаютъ еще изъ дому, если не сдерживать его. Отправленія кишечника правильны.

1—10 февраля. Большой оживленъ, весело настроенъ. Съ выраженіемъ общаго довольства сообщаетъ, что чувствуетъ себя „очень хорошо“. Высказываетъ идеи бреда прежняго характера, собирается ѣхать „во дворецъ“, гдѣ онъ даетъ концерты, по приглашенію самого Государя“. Поетъ тотъ же наборъ словъ. Часто откашливается очень громко, иногда даже ночью, объясняя это тѣмъ, что онъ пробуетъ свой голосъ. Спять ночами плоховато и иногда засыпаетъ только подъ влияніемъ снотворнаго (Sulfonal-Chloral hydr). Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Апетитъ достаточенъ.

11—15. Тихъ, спокоенъ, нѣсколько вялъ, апатиченъ. Совершенно безразлично относится къ своему положенію.

Малообщителенъ, когда его спрашиваютъ о его состояніи. Больше лежить въ постели. Спать и ѣсть порядочно.

Въ виду постоянного измѣренія температуры былъ повернутъ подробно физическому изслѣдованію, при чемъ обнаружено слѣдующее: кожа чиста: сыпь исчезла, фурункулы, бывшіе на спинѣ и бедрахъ, совершенно поджили. Парезъ лѣваго лицеваго нерва болѣе выраженъ: лѣвая носогубная складка совершенно сглажена. Лѣвый зрачекъ шире праваго. Въ лѣвой руцѣ замѣтна нѣкоторая неловкость, угловатость движеній. Походка больного нѣсколько атактична: лѣвая нога не много приволакивается и отстаетъ въ своихъ движеніяхъ. Въ вытянутыхъ рукахъ треморъ. Рѣчь большого затруднена. Языкъ при высовываніи дрожитъ: въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Пательярные рефлексъ отсутствуютъ. Кожные и другіе сухожильные рефлексъ съ *biceps manus*, *triceps femoris* повышены. Кожная болевая и термическая чувствительность повышена. Со стороны внутреннихъ органовъ, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, какихъ-либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Изслѣдованіе мокроты на туберкулезныя палочки дало отрицательные результаты. Капелька крови, взятая для изслѣдованія на малярійныхъ плазмодій подъ микроскопомъ, указывала на полное отсутствіе ихъ. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Моча, собранная нѣсколько разъ, въ суточномъ количествѣ отъ 3870—4100 до 4600 с. см. съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,011—1,008—1,005. Цвѣтъ мочи слабо-желтый, реакція кислая, сахара и бѣлка нѣтъ.

16—27. Большой оживленъ, болтливъ. Самочувствіе повышенное. Расхаживаетъ по отдѣленію, то поетъ, то выкрикиваетъ отдѣльные звуки, стараясь взять высоты ноги. Вѣсѣмъ и каждому сообщаетъ о своемъ талантѣ, „отличномъ баритонѣ“, заявляетъ, что онъ даетъ „концертъ во дворцѣ“. На предложеніе измѣрить температуру раздражается, заявляя, что онъ „совсѣмъ здоровъ“, требуетъ выписать его. Всѣ попытки измѣрить температуру были напрасны, большой волновался и оказывалъ сопротивление. Только съ 24 февраля бланодушно согласился подвергнуться изслѣдованію. Съ этого дня самъ больной ежедневно приходилъ, не оказывая никакого сопротивленія измѣренію. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Сонъ не всегда хорошъ. Апетитъ достаточенъ.

28 февраля—2 марта. Тихъ, спокоенъ, добродушенъ. Память и соображеніе также вялы, ослаблены: текущаго времени не знаетъ. Проводить время за чтеніемъ книгъ, но прочитаннаго разсказать не можетъ. Бредовыхъ идей не высказываетъ, даже отнесся къ нимъ съ нѣкоторой ироніей, добродушно посмѣиваясь, заявилъ о своемъ бредѣ такъ: „мало ли что я болталъ... потому сюта и пональ“... далѣе объяснилъ, „пьяный, какъ будто былъ“. Сонъ и алетить достаточны. Отправленія кишечника правильны.

3—9 марта. Весель, оживленъ, болтливъ. Хотя и слыживается въ присутствіи ординатора, но въ разговорѣ съ окружающими больными также высказываетъ идеи бреда прегяго характера, заявляя о „своемъ высокомъ талантѣ, приглашеніи во дворецъ“ и т. д. Отправленія кишечника правильны. Сонъ и алетить достаточны. Въсь тѣла—184—186 ф.

10—14. Вновь спокоенъ, добродушенъ, даже нѣсколько вялъ, апатиченъ. Всѣ его заботы сосредоточены на пищѣ и питьѣ: то и дѣло просить ѣсть и пить, не удовлетворяясь собственной порціей съ добавочными, сѣдаетъ много изъ присылаемаго изъ дому. Спитъ ночами хорошо. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Въсь тѣла—190 ф.

15—26. Большой оживленъ, весель, болтливъ. Вновь высказываетъ идеи бреда прегяго характера, доходя въ нихъ до полнаго противорѣчія и безсвязности: то заявляетъ, что онъ принимаетъ „участіе въ концертѣ, во дворцѣ, по приглашенію самого Государя“, то говоритъ, что онъ „приглашенъ на гастроли въ Америку за нѣсколько милліоновъ рублей“. 15-го, 16, 17, 18 и 19 марта у больного можно было замѣтить болѣе рѣзкую окраску лѣваго уха, лѣвой щеки, лѣвой руки и ноги. Покраснѣніе имѣло видъ мелкихъ точекъ, исчезающихъ подъ давленіемъ пальца, границы его въ особенности отъ середины груди были неровны, въ видѣ языковъ. Въ лѣвой рукѣ рѣзкій треморъ. Затѣмъ въ слѣдующіе дни окраска приняла нѣсколько ціанотическій оттѣнокъ, въ особенности въ периферіи руки и ноги, въ области кисти и стопы. 20, 21, 23, 24 и 26 марта принималъ дѣятельное участіе въ уборкѣ снѣга, при чемъ стараясь захватить возмжно большіе куски снѣга на лопату, возился съ ними, сильно потѣлся, не достигая цѣли, и къ вечеру чувствовать себя совершенно утомленнымъ. Сонъ вполне достаточенъ.

Апетитъ также удовлетворителенъ. Отправленія кишечника правильны, регулярны каждый день. Всѣхъ тѣла—187 ф.

27—30. Больной снова спокоенъ, тихъ, молчаливъ. Время проводить больше въ постели или на креслѣ за чтеніемъ книгъ. Бредовыхъ идей не высказываетъ. На предлагаемые вопросы ограничивается односложными отвѣтами. Въ лѣвой рукѣ и ногѣ движенія болѣе атактичны, ослаблены. Лѣвый уголокъ рта опущенъ. Асимметрия въ лицѣ рѣзче выступаетъ. Въ лѣвой рукѣ и ногѣ, на периферіи въ области кисти и стопы, замѣтна ціанотическая окраска кожи. Сонъ и аппетитъ достаточны. Со стороны кишечника и мочевого пузыря уклоненія отъ нормы не отмѣчается. Всѣхъ тѣла—189 ф.

31 марта—5 апрѣля. Большой возбужденъ, болтливъ. Настроеніе повышенное. Все время трактуетъ о своихъ „побѣдахъ на гастроли“, „о миллионныхъ гонорарахъ за гастроль“, поетъ, кричитъ, пристаётъ ко всѣмъ окружающимъ, сильно раздражается и приходитъ въ возбужденіе при малѣйшемъ возраженіи. Часто поетъ не стѣсняясь ночнымъ временемъ, почему 3-го апрѣля былъ помѣщенъ въ отдельную комнату, гдѣ сначала все время пѣлъ, а затѣмъ успокоился и объяснилъ свой переводъ тѣмъ, что онъ пробовалъ „свой замѣчательный по силѣ голосъ“. Со стороны кишечника нѣкоторая задержка, хотя опорожненіе его ежедневно, но медленно, въ небольшомъ количествѣ.

6—13 апрѣля. Совершенно спокоенъ, добродушно настроенъ. Играетъ на гитарѣ и занимается чтеніемъ книгъ. Прежнихъ идей бреда не высказываетъ. Движенія въ лѣвой рукѣ и ногѣ свободнѣе. Застойныхъ явленій въ периферіи лѣвыхъ конечностей не замѣтно. Отправленія кишечника болѣе правильны. Сонъ и аппетитъ достаточны. Всѣхъ тѣла—188 ф.

14—20. Веселъ, болтливъ до безсвязности. Постоянно говоритъ, сильно заплетающимся языкомъ, о „своемъ замѣчательномъ голосѣ“, „о своемъ богатствѣ“, о „концертахъ во дворцѣ по приглашенію Государя“. Движенія рукъ сопровождаются сильнымъ дрожаніемъ и невольнымъ подергиваніемъ, въ особенности въ лѣвой рукѣ. Туловище нѣсколько наклонено на правую сторону. Больной болѣе сидитъ на одномъ мѣстѣ. Отправленія кишечника вялы. Со стороны мочевого пузыря замѣтно нѣкоторое недержаніе: большой не чувствуетъ, какъ моча выходитъ и смачиваетъ кальсоны,

иногда не успѣваетъ дойти до ватеръ-клозета и испускаетъ мочу.

21—27. Тихъ, спокоенъ, нѣсколько апатиченъ, вѣдь. Проводить время за чтеніемъ книгъ, читаетъ одну и ту же книгу, содержаніе которой передать не въ состояніи. Рѣчь сильно затруднена. Неряшливъ въ костюмѣ. Паретическія явленія въ лѣвой половинѣ нѣсколько выравнились. Замѣтно недержаніе мочи: больной часто смачиваетъ кальсоны, иногда мочится и испражняется тамъ, гдѣ стоитъ, или сидитъ. Спитъ ночами хорошо. Бствъ безпорядочно, неряшливо, глотааетъ пищу, плохо разжевывая. Вѣсъ тѣла—195 ф.

28 апрѣля—1 мая. Больной оживленъ, весело настроенъ. Высказываетъ идеи бреда миллионнаго богатства и необыкновенной силы голоса. Сильно раздражается и сопротивляется при измѣреніи температуры, заявляя, что онъ „совсѣмъ здоровъ и ему не зачѣмъ мѣрить“. Говоритъ сильно заплетающимся языкомъ. Въ виду упорнаго отказа подвергнуться изслѣдованію, измѣреніе температуры было закончено. Вѣсъ тѣла—191—190 ф.

Измѣреніе температуры у этого больного было проведено: *in recto* и подъ мышками съ 24-го февраля по 1-е мая 1903 года, (табл. III, крив. №№ 1 и 2); периферическая съ 24 февраля по 2-е апрѣля 1903 г. (табл. III, крив. №№ 3, 4, 5, 6 и 7).

При взглядѣ на кривую температуры *in recto* (табл. III, крив. № 1) также ясно можно видѣть смѣну періодовъ повышенной температуры съ періодами пониженной. Въ періоды повышенія, температура съ суточными колебаніями въ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° достигаетъ по вечерамъ до 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, опускаясь по утрамъ до $37,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, или же съ колебаніями въ $1,5^{\circ}$ — 2° — $2,5^{\circ}$ достигаетъ до 39° — $39,4^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ — 40° , значительно превышая температуру нормальнаго человѣка. Въ періоды же пониженія, температура съ небольшими колебаніями въ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, держится между $36,9^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ колебаній температуры нормальнаго человѣка.

Такъ, въ первые четыре дня съ 24/II по 27/II, при повышенномъ самочувствіи больного, когда онъ веселъ, болтливъ,

легко раздражается, высказываетъ бредовыя идеи, температура по вечерамъ еще держится около 38° . Въ слѣдующіе дни съ 28/ш по 2/ш, при спокойномъ, добродушномъ состояніи больного, когда онъ бредовыхъ идей не высказываетъ и даже относится къ нимъ нѣсколько критически, объясняя, что онъ былъ какъ будто пьянъ, при наличности ослабленія психическихъ отравленій, температура съ колебаніями въ $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ держится въ предѣлахъ нормы. Съ 3/ш по 9/ш, когда больной сталъ веселъ, оживленъ, съ повышеннымъ самочувствіемъ, высказывалъ бредовыя идеи грандіознаго характера, температура съ суточными колебаніями въ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° достигаетъ по вечерамъ до 38° — $38,2^{\circ}$. Съ 10/ш по 14/ш, когда больной спокоенъ, добродушенъ, нѣсколько вялъ и апатиченъ, бредовыхъ идей не высказываетъ, температура колеблется въ предѣлахъ нормы. Съ 15/ш по 26/ш температура съ рѣзкими суточными колебаніями въ 1° — $1,2^{\circ}$, въ первые четыре дня достигаетъ до $38,4^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, при повышенномъ самочувствіи больного, когда онъ высказывалъ идеи бреда, съ ясными признаками раздраженія коры головного мозга, въ видѣ паретическаго состоянія периферическихъ сосудовъ на всей лѣвой половинѣ тѣла; въ слѣдующіе затѣмъ дни она, по вечерамъ, держится около 38° , при томъ же психическомъ состояніи больного, но съ явленіями застоя крови въ лѣвыхъ конечностяхъ и при обильномъ потѣ, въ зависимости отъ физическаго напряженія при уборкѣ снѣга. Съ 27/ш по 30/ш температура колеблется въ предѣлахъ нормы, соответственно этому, психическое состояніе больного измѣняется: больной спокоенъ, тихъ, молчаливъ. Явленія застоя крови въ лѣвыхъ конечностяхъ продолжаютъ, паретическое состояніе въ нихъ увеличено. Съ 31/ш по 5/iv температура вновь съ колебаніями въ 1° — $1,2^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$ достигаетъ до $38,8^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ при повышенномъ самочувствіи больного и небольшомъ возбужденіи: когда больной снова высказываетъ идеи бреда грандіозности, легко раздражается. Съ 6/iv по 13/iv температура колеблется въ предѣлахъ нормы, при полномъ спокойствіи и добродуш-

номъ пастроеніи больного, съ явленіемъ небольшого возстановленія въ парализованныхъ лѣвыхъ конечностяхъ и полного исчезновенія застойныхъ явленій въ периферіи конечностей. Съ 14/iv по 20/iv температура сразу съ $36,9^{\circ}$, къ вечеру поднимается до 39° и въ слѣдующіе дни съ суточными колебаніями въ $1^{\circ}-2^{\circ}$ и даже $2,5^{\circ}$, достигаетъ $39,6^{\circ}-40^{\circ}$, въ это время больной болтливъ до безсвязности, высказываетъ идеи бреда прежняго характера, съ физической стороны, у больного небольшія судорожныя подергиванія въ лѣвой рукѣ, въ то же время туловище перетнуто на правую сторону, видимо, вслѣдствіе паретическаго состоянія мышцъ туловища съ лѣвой стороны; отравленія кишечника вялы, со стороны мочевого пузыря небольшое недержаніе мочи.

Съ 21/iv по 27/iv температура держится опять въ пределахъ нормы, при спокойномъ, нѣсколько апатичномъ и вяломъ психическомъ состояніи больного. Послѣдствія паретическаго состоянія въ лѣвой половинѣ туловища выравнились. Недержаніе мочи остается. Рѣчь сильно затруднена. Съ 28/iv по 1/v температура вновь начинаетъ повышаться до 38° — $38,4^{\circ}$, при повышенномъ самочувствіи больного, когда онъ опять начинаетъ высказывать бредовыя идеи, сильно раздражается и сопротивляется измѣренію, считая себя здоровымъ.

Кривая пульса (табл. III, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ не всегда вполне слѣдуетъ за кривой температуры. Число ударовъ пульса въ 1' часто не соответствуетъ температурѣ. Такъ въ первые дни, когда температура колеблется отъ $37,2^{\circ}-37,8^{\circ}-38^{\circ}$, пульсъ $84-90$ въ 1', затѣмъ, за два дня до періода повышенія 1 го и 2 го марта, кривая пульса колеблется между $90-96$ ударами въ 1', при повышеніи же температуры до $39,6^{\circ}-40^{\circ}$, пульсъ достигаетъ 106 ударовъ въ 1'. Иногда въ періодъ пониженія, какъ это наблюдается съ 26-го по 30-е марта, при колебаніяхъ температуры отъ $37,2^{\circ}$ до $37,6^{\circ}$, количество пульса держится 90 ударовъ въ 1', или съ 6—12 апрѣля, при тѣхъ же колебаніяхъ температуры, пульсъ $72-78-84$ въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. III, крив. № 1) совершаетъ свои колебанія большею частью между 21 и 24 дыханіями въ 1', изрѣдка въ періодъ повышенія температуры, достигаетъ до 30 дыханій въ 1', какъ это наблюдается 3, 17, 22 и 23-го марта, въ періоды же пониженной температуры колеблется или между 21 и 24 дыханіями въ 1', или же отъ 18 до 21 дыханія въ 1', при болѣе значительномъ повышеніи температуры до 39° — 40° , количество дыханій держится между 24 и 30 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. III, крив. № 2) сохраняютъ въ своихъ повышеніяхъ и пониженіяхъ ту же періодичность, какъ и кривая температуры *in recto*. Температура подъ мышками, большею частью, держится ниже температуры *in recto* на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, какъ въ періоды пониженія, такъ и повышенія. Иногда же разница между первой и второй бываетъ болѣе значительной, въ (1^о—1,2^о), какъ это наблюдалось 19, 20, 22 марта. Злѣсь также обращаетъ на себя вниманіе разница температуръ между правой и лѣвой стороной. Разница эта постоянна и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . При этомъ, первые четыре дня температура держится выше колъ лѣвой мышкой, затѣмъ въ слѣдующіе дни и въ періодъ перваго повышенія, она держится выше подъ правой мышкой. Послѣ нѣкотораго колебанія, то въ пользу правой, то въ пользу лѣвой стороны, въ періодъ слѣдующаго повышенія съ 15—19 марта, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону, что сопровождалось еще разстройствомъ периферическихъ сосудовъ на всей лѣвой половинѣ тѣла. Съ 19-го марта температура подъ лѣвой мышкой сразу понижается и держится значительно ниже, чѣмъ подъ правой мышкой, что сопровождалось уже застойными явленіями въ сосудистой системѣ въ лѣвой половинѣ тѣла. Начиная съ 31 марта, въ періодъ болѣе значительнаго повышенія температуры, температура подъ лѣвой мышкой держится выше, чѣмъ подъ правой. Это превышеніе въ пользу лѣвой стороны дер-

жится уже весь періодъ повышенной температуры и періодъ понижения и слѣдующій періодъ повышенной, а именно: съ 31 марта по 24 апрѣля. Наконецъ съ 25 апрѣля и до 1-го мая, температура подъ правой мышкой превалируетъ надъ температурой подъ лѣвой мышкой.

Температура подъ мышками въ періоды повышения, по своимъ колебаніямъ отъ $0,6^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° и по высотѣ значительно превосходитъ температуру нормального человѣка. Въ періоды же понижения колеблется въ тѣхъ же предѣлахъ, какъ и у здороваго человѣка или немного только превышаетъ ее.

Периферическая температура, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, въ своемъ теченіи сохраняетъ ту же періодичность, какъ и внутренняя температура.

Температура на лбу у больного (табл. III, крив. № 3) значительно выше таковой же у здороваго. Въ то время, какъ у больного она, главнымъ образомъ, колеблется между $35,5^{\circ}$ и $37,5^{\circ}$, у здороваго она совершаетъ свои колебанія между 34° и 35° . Температура у больного преимущественно держится выше на лѣвой сторонѣ и разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, у здороваго же никакой разницы не наблюдалось. Кривыя температуры лба у больного совершаютъ свои колебанія въ предѣлахъ 2° , у здороваго же— 1° .

Кривыя температуры на сосцевидныхъ отросткахъ (табл. III, крив. № 4) не вполне сохраняютъ періодичность внутренней температуры. Это нарушеніе въ особенности замѣтно съ 10 по 14 марта, когда внутренняя температура понижается, температура же на сосцевидныхъ отросткахъ держится еще высоко. Колебанія ея совершаются между 36° и $38,2^{\circ}$ въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго же между 35° и 37° , въ предѣлахъ 2° . Температура съ правой стороны все время почти превышаетъ температуру на лѣвой сторонѣ на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ и только съ 10 по 15 марта превышеніе переходитъ на

лѣвую сторону. Этогъ послѣдній промежутокъ времени соответствуетъ днямъ предъ появленіемъ у больного симптомовъ раздраженія мозга и первому дню, когда у него появился гемипарезъ периферической сосудистой системы на всей лѣвой половинѣ тѣла.

Температура кожи на груди у больного (табл. III, крив. № 5) совершаетъ свои колебанія между $35,4^{\circ}$ и $37,4^{\circ}$, въ предѣлахъ 2° и держится выше, чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1°). Температура на груди съ правой стороны, какъ и температура подъ мышкой, превышаетъ температуру съ лѣвой стороны, и только въ первые четыре дня, а затѣмъ съ 15—18 марта, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Въ послѣдній періодъ времени, превышенію на лѣвой сторонѣ сопутствовало разстройство периферическихъ сосудовъ на всей лѣвой половинѣ тѣла. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ до $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, у здороваго же она изрѣдка наблюдалась въ $0,1^{\circ}$.

Кривыя температуры на срединѣ того и другого плеча у больного (табл. III, крив. № 6) совершаютъ свои колебанія между $34,6^{\circ}$ и $36,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго же $34,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$ въ предѣлахъ $1,3^{\circ}$. Въ общемъ температура на рукахъ выше, чѣмъ у здороваго. Температура справа, какъ и температура подъ мышками, держится выше, чѣмъ слѣва и только въ первые четыре дня и затѣмъ съ 15 по 18 марта, температура слѣва значительно превышаетъ температуру справа. Періодъ времени съ 15—18 марта соответствуетъ періоду повышенія внутренней температуры, когда у больного появились разстройства периферической сосудистой системы. Разница температуръ той и другой стороны постоянна и достигаетъ до $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, у здороваго же изрѣдка $0,1^{\circ}$.

Кривыя температуры на бедрахъ у больного (табл. III, крив. № 7) совершаютъ свои колебанія между 33° и $36,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,8^{\circ}$, у здороваго же между $32,8^{\circ}$ и $35,7^{\circ}$ въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. Температура у больного въ общемъ держится

выше, чѣмъ у здороваго и колебанія ея болѣе значительны. На правомъ бедрѣ у больного температура, какъ и подлѣ мышками, болѣею частью держится выше, чѣмъ на лѣвомъ бедрѣ, за исключеніемъ тѣхъ же періодовъ, въ которые и на остальныхъ мѣстахъ температура слѣва превышаетъ таковую же справа. Разница между температурами правой и лѣвой стороны у больного постоянна и доходитъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, у здороваго же никакой разницы не наблюдалось.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ внутренняя температура *in recto* и подлѣ мышками значительно превышаетъ температуру здороваго человѣка. При этомъ, повышенія температуры наступали періодически и держались дней 7—8. Періоды повышенной температуры смѣнялись такими же періодами или болѣе короткими, въ 5—6 дней, когда колебанія температуры совершались въ предѣлахъ нормы. Періоды повышенной температуры сопровождались и соответственнымъ психическимъ состояніемъ, которое выражалось или только повышеннымъ самочувствіемъ больного, болливостью и бредовыми идеями, или нѣкоторымъ возбужденіемъ при повышенномъ же самочувствіи, или же полнымъ безмысліемъ. Въ періоды же пониженной температуры, больной былъ спокоенъ, тихъ, нѣсколько апатиченъ, при наличности упадка всѣхъ психическихъ отравленій. Нерѣдко періодъ повышенія температуры сопровождался явными признаками раздраженія коры головного мозга, въ видѣ разстройства периферическихъ сосудовъ на всей лѣвой половинѣ тѣла, или явленіями судорожныхъ подергиваній и паретического состоянія мышцъ на одной половинѣ тѣла, или разстройствами моченоснаго или затрудненіемъ рѣчи.

При обзорѣ периферической температуры обращаетъ на себя вниманіе неравномѣрное согрѣваніе симметричныхъ частей тѣла. Температура, измѣренная одновременно на симметричныхъ мѣстахъ, держится неодинаково. Разница температуры той и другой стороны достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Распредѣленіе разстройствъ периферической температуры приле-

живается строго одной стороны, такъ, если температура подъ мышкой держится выше на правой сторонѣ, то и периферическая температура на лбу, на груди, на рукахъ и бедрахъ, держится выше на той же сторонѣ. У даннаго больного периферическая температура держится выше, то на правой, то на лѣвой сторонѣ, въ то время, какъ паретическія явленія выражены больше на лѣвой сторонѣ. При этомъ превышенію въ пользу лѣвой стороны одно время сопутствовали явленія паретического состоянія сосудистой системы.

У этого больного за промежутокъ времени, съ 13 марта по 3-е апрѣля, было собирано суточное количество мочи ежедневно, считая съ 10 часовъ утра до 10 часовъ слѣдующаго дня.

При этомъ получены слѣдующія данныя:

13 марта суточное количество мочи — 3,870 сс.

Уд. вѣсъ 1,015.

14/ш с. кол. 4600 сс.	"	"	"	1,011
15/ш "	"	"	"	1,012
16/ш "	"	"	"	1,012
17/ш "	"	"	"	1,015
18/ш "	"	"	"	1,015
19 "	"	"	"	1,012
20 "	"	"	"	1,012
21 "	"	"	"	1,015
22 "	"	"	"	1,015
23 "	"	"	"	1,020
24 "	"	"	"	1,011
25 "	"	"	"	1,012
26 "	"	"	"	1,015
27 "	"	"	"	1,011
28 "	"	"	"	1,008
29 "	"	"	"	1,011
30 "	"	"	"	1,015
31 "	"	"	"	1,020

1 апрѣля	3500	"	"	1,015
2 "	3400	"	"	1,015
3 "	3000	"	"	1,011.

Реакція мочи все время кислая.

Бѣлка и сахару не было обнаружено. Цвѣтъ мочи былъ отъ слабо-желтаго до интенсивно-желтаго.

Изъ этихъ данныхъ изслѣдованія мочи можно вывести только слѣдующее заключеніе: суточное количество мочи въ періодъ пониженія температуры 13 и 14-го марта и первый день повышенія 15-го, увеличивается съ 3870 сс. до 4200, а затѣмъ постепенно начинаетъ уменьшаться и къ 25-му марта доходитъ до 2800 сс. Соответственно этому и цвѣтъ мочи изъ слабо-желтаго постепенно переходитъ въ интенсивно-желтый; съ наступленіемъ новаго періода пониженія съ 26 по 30-е, суточное количество вновь увеличивается съ 4400 до 5500 сс. и т. д. Но это измѣненіе скорѣе связано съ большимъ или меньшимъ количествомъ жидкости, введеннымъ въ видѣ питья, такъ какъ большой въ періоды пониженія температуры выпивать большія количества воды и кеасу. Удѣльный вѣсъ мочи мало измѣнялся.

Количественный анализъ мочи за этотъ промежутокъ времени былъ произведенъ четыре раза: 20-го, 24, 26 и 27-го марта.

При этомъ получены слѣдующія данныя: 20-го марта, моча, при суточномъ количествѣ 3980 сс., удѣл. вѣсъ—1,012, слабо-желтомъ цвѣтѣ, кислой реакціи и отсутствія бѣлка, содержала: хлоридовъ 32,1 грм., фосфатовъ 3,82 грм., мочевины 68,0 грм.

24 марта, моча, при суточномъ количествѣ 2800 сс. уд. в.—1,011, слабо-желтомъ цвѣтѣ, кислой реакціи, отсутствія бѣлка, содержала: хлоридовъ 36,4 грм., фосфатовъ 3,08 грм., мочевины 56,0 грм.

26 марта, моча, при суточномъ количествѣ 4400 сс., уд. вѣс. 1015, интенсивно желтомъ цвѣтѣ, кислой реакціи и

отсутствіи бѣлка, содержала: хлоридовъ 74,2 грм. фосфатовъ 5,28 грм., мочевины 88,21 грм.

27 марта, моча, при суточномъ количествѣ 5400 сс. уд. вѣс. 1011, желтомъ цвѣтѣ, сильно кислой реакціи и отсутствіи бѣлка, содержала: хлоридовъ 81,08 грм., фосфатовъ 9,72 грм., мочевины 118,8 грм.

Изъ этихъ данныхъ количественнаго анализа мочи можно видѣть, что въ первые два дня 20 и 24 марта, моча мало различается по содержанію хлоридовъ, фосфатовъ и мочевины, но 26-го марта моча содержитъ хлоридовъ 74,2 грм., фосфатовъ 5,28 грм., почти вдвое болѣе, чѣмъ въ предыдущіе дни (хлор. 32,1 и 36,4 грм., фосф. — 3,82 и 3,08 грм.), мочевины же въ полтора раза — 88,21 грм. — болѣе, чѣмъ въ предыдущіе дни (мочевины — 68,0 — 56,0 грм.). 27-го же марта, въ мочѣ хлоридовъ 81,08 грм., фосфатовъ 9,72 грм., еще болѣе. Эти послѣдніе два дня соотвѣствуютъ первымъ днямъ періода пониженія температуры, послѣдовавшаго за періодомъ повышения, во время котораго наблюдались явные признаки раздраженія головного мозга, въ видѣ парезовъ периферическихъ сосудовъ на всей лѣвой половинѣ тѣла.

Вѣсь тѣла больного измѣнялся также въ зависимости отъ періодовъ повышенія температуры и измѣненія психического состоянія и представлялъ порядочныя колебанія. Такъ, за періодъ съ 16—27 февраля, когда температура держалась около 38° и больной былъ веселъ, оживленъ, вѣсь тѣла его достигъ 184 ф., въ слѣдующій періодъ пониженія съ 28-го февраля по 2 марта, спокойнаго состоянія больного, и за время съ 3 по 15 марта, послѣ періода небольшого повышения температуры и незначительнаго безпокойства, и болѣе спокойнаго состоянія съ 10 по 14 марта, вѣсь тѣла поднимается до 186—190 ф. Затѣмъ, послѣ періода повышенія съ 15 по 26 марта и значительнаго безпокойства, вѣсь тѣла вновь уменьшился до 187 ф. Послѣ періода пониженія температуры и спокойнаго состоянія больного съ 27 по 30 марта, вѣсь тѣла его начинаетъ прибавляться до 189 ф. Съ 31 марта

по 5 апрѣля, больной не взвѣшивался, въ виду возбужденнаго состоянія. За періодъ пониженной температуры и спокойнаго состоянія съ 6 по 13 апрѣля, вѣсъ тѣла былъ 188 ф., послѣ періода возбужденія и повышенной температуры съ 14 по 21 апрѣля, во время слѣдующаго періода спокойнаго состоянія больного и нормальной температуры, съ 22 по 27 апрѣля, вѣсъ тѣла сразу повышается до 195 ф., но за періодъ возбужденнаго состоянія, съ 28 апрѣля по 4 мая, вѣсъ тѣла падаетъ до 190 ф. И въ этомъ случаѣ повышенная лихорадочная температура не остается безъ вліянія на обмѣнъ веществъ въ организмѣ больного. *)

Наблюденіе III. И. С. М. 45 лѣтъ, православный, русскій, конторщикъ, поступилъ въ лечебницу 24 августа 1902 г.

Больной происходитъ изъ совершенно здоровой семьи, на 19 году перенесъ натуральную оспу, протекавшую у него довольно тяжело, 21 года имѣлъ шанкръ съ болѣзненными и нагноившимися бубонами, послѣ чего никогда ни чѣмъ не страдалъ и не лечился. Женился 25 лѣтъ. имѣетъ троихъ дѣтей. Всегда отличался усидчивостью и аккуратностью при исполненіи своихъ обязанностей. Съ конца іюля 1902 года, за мѣсяцъ до поступленія въ лечебницу, сталъ задумчивъ, проявлялъ странности въ поведеніи, путалъ въ счетовыхъ книгахъ и, когда указывали ему на ошибки, раздражался, но совершенно не могъ самъ разобратъся. Послѣднюю недѣлю совершенно забросилъ свое дѣло, сталъ составлять какіе-то планы, высказывалъ нелѣпые проѣкты обогащенія: заявлялъ, что онъ можетъ „нажить миллионы и разбогатѣть сразу, занявшись хлѣбной торговлей, и покупая товаръ безъ копѣйки денегъ“. Сталъ плохо спать ночами, часто приходилъ въ возбужденное состояніе и раздражался. Въ виду этого, онъ былъ привезенъ въ Казань и помѣщенъ въ лечебницу.

На пріемѣ больной возбужденъ, настроенъ повышено. Говоритъ, что онъ пріѣхалъ сюда закупить „большую партію хлѣба“, проситъ „не стѣсняться въ цѣнѣ“, такъ какъ онъ

*) Исторія болѣзни была ведена д-рами: Сергѣевымъ и Ивановымъ.

можетъ дать „какую угодно цѣну“. Когда ему объяснили, куда онъ прѣбхалъ: онъ пришелъ въ возбужденное состояніе, сталъ увѣрять, что онъ „совершенно здоровъ“, а затѣмъ вскорѣ же согласился, что онъ, дѣйствительно, чувствуетъ нѣкоторое „перутомленіе“ и просилъ полечить его, за что уплатить „тысячъ 10—20, сколько потребуется“. Рѣчь больного нѣсколько затруднена, замѣтно спотыканіе на словахъ. Съ физической стороны: больной выше средняго роста, крѣпика тѣлосложенія, достаточно упитанъ. Подкожный жировой слой отложенъ обильно. На лицѣ и на тѣлѣ имѣются слѣды отъ натуральной оспы. Ушные сережки приращены. Лицо нѣсколько ассиметрично: лѣвая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ правая. Мимическія движенія на лѣвой половинѣ лица нерѣзко выражены. Зрачки сужены, неравномѣрны: лѣвый зрачекъ шире праваго. Реакція ихъ на свѣтъ, боль и accommodationъ вяла. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія, въ сторону не уклоняется. Костная и мышечная системы развиты правильно. Подкожные лимфатическія железы не увеличены. На кожѣ, въ области паховыхъ железъ съ правой стороны, имѣются атрофическіе рубцы. Кожная болевая чувствительность понижена: только сильный уколъ булавки чувствуется. Пателярные и остальные, сухожильные рефлексы выражены ясно, кожные—слабо. Въ вытянутыхъ рукахъ—треморъ. Походка больного нѣсколько атактична. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой 37,6°, пульсъ 74 въ 1'.

24—31 августа. Больной въ отдѣленіи первый весь день былъ нѣсколько оживленъ, повторялъ на разные лады свой прозекъ обогащенія отъ хлѣбной торговли, хвастался своими „большими капиталами“, въ слѣдующіе дни, былъ спокоенъ, апатиченъ, сосредоточенъ. Память и соображеніе ослаблены: за текущимъ временемъ не слѣдилъ, не могъ сказать, сколько времени онъ находится въ лечебницѣ. 28-го сталъ нѣсколько возбужденъ, суетливъ, просилъ отпустить его „встрѣтить жену и дѣтей“, стремился къ выходной двери. Воспользовавшись, когда проходили въ дверь, бросился бѣжать, но былъ удержанъ. Затѣмъ опять былъ также спокоенъ, молчаливъ.

Спать ночами, благодаря снотворному (Chloral hydrat) хорошо. Кушалъ достаточно. Отправленія кишечника задержаны. 1—8 сентября. Настроень повышено. Заявляетъ, что ему необходимо бѣжать домой, онъ „совершенно здоровъ“, при

этомъ, сообщаетъ, что у него „начаты хлѣбныя дѣла“, взяты „милліонные подрады“, „строится масса баржей и пароходовъ“. Среди окружающихъ ведетъ себя хвастливо, рассказываетъ имъ о „своихъ милліонахъ“. Читаетъ газеты и книги и много торія событія, описываемыя въ газетахъ, приписываетъ себя. За временемъ не слѣдитъ. Отправленія кишечника правильны.

9—28. Больше сосредоточенъ. угрюмъ. Изрѣдка проситъ опустить его встрѣтить жену и дѣтей, которые прибѣхала въ Казань. Большею же частію сидитъ и читаетъ газеты, но разсказать прочитаннаго не можетъ. Сонъ и аппетитъ въ порядкѣ. Отправленія кишечника правильны.

29 сентября по 8 октября. Больше общителенъ, высказываетъ, что онъ здоровъ, его „засадили сюда приказчики съ цѣлью обобрать его“, у него большое хлѣбное дѣло, дающее „милліонные обороты“. Въ разговоръ съ окружающими болѣе имми также хвастливъ, сообщаетъ о своемъ „богатствѣ“, о „милліонныхъ подрадахъ“ и т. д. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны.

Такое психическое состояніе больного, съ постоянными смѣнами настроенія и самочувствія, длилось: весь октябрь, ноябрь и декабрь 1902 года и январь и февраль 1903 года. Больной былъ, то сосредоточенъ, угрюмъ, мало общителенъ, проводилъ время за чтеніемъ книгъ и газетъ, то былъ болѣе повышенно настроенъ, общался о своихъ проектахъ обогащенія или считалъ уже себя „милліонеромъ“. Память и воображеніе ослаблены. Забывчивъ былъ до того, что однажды, во время вечера, устроеннаго для больныхъ, сталъ раздѣваться и укладываться спать; — совершенно не слѣдилъ за текущимъ временемъ. Писалъ къ женѣ письма, въ которыхъ предлагалъ ей приѣхать къ нему съ дѣтьми и слѣлать богатыя закупки, но совершенно равнодушно относился къ ея письмамъ, въ которыхъ она сообщала ему о своей болѣе, чѣмъ скромной жизни, когда у нея не хватало денегъ на самое необходимое. Продолжалъ высказывать одинъ проэктъ, чудовищнѣе другаго: то говорилъ, что онъ женить сына (гимназиста) на невѣстѣ съ милліоннымъ приданымъ, то считалъ это за совершившійся фактъ. Съ физической стороны у больного никакихъ особыхъ измѣненій не произошло. Сонъ и аппетитъ были вполне достаточны. Отправленія кишечника были, то задержаны, такъ что приходилось прибѣгать къ слабительнымъ, то вполне правильны.

1—5 марта 1903 года. Больной угрюмъ, сосредоточенъ, малообщителенъ. Большею частью сидитъ и читаетъ книгу,

но прочитаннаго, повидимому, совсѣмъ не понимаетъ, такъ какъ на вопросы о прочитанномъ, отдѣливается общими, ничего незначащими фразами. Изрѣдка просить отпустить его съѣздить къ женѣ или дѣтямъ, но скоро же о своей просьбѣ забываетъ и вновь, чрезъ нѣсколько минутъ, повторяетъ ее, не смотря на то, что только-что получилъ отказъ. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны.

Было произведено болѣе тщательное физическое изслѣдованіе, въ виду, предстоящаго измѣренія температуры.

У больного отмѣчается болѣе выраженный параличъ лѣваго лицеваго нерва: лѣвая носогубная складка совсѣмъ слажена, мимическія движенія въ лѣвой половинѣ лица слабо выражены. Лѣвая рука и лѣвое плечо нѣсколько опущены. Движенія въ лѣвой рукѣ неправильны, неполны. Лѣвая нога при ходьбѣ плохо отстаетъ отъ пола. Лѣвый зрачекъ сильно расширенъ и значительно шире праваго. Реакція зрачковъ вялая, едва замѣтна. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Тоны сердца чисты. Взятая нѣсколько разъ моча была совершенно прозрачна, янтарно-желтаго цвѣта, ни бѣлка, ни сахара не содержала и слѣдовъ. Суточное количество мочи было 1360—1600, удѣльный вѣсъ 1,020—1,018.

6—10. Болѣе общителенъ. При всякомъ удобномъ и неудобномъ случаѣ, сообщаетъ, что обладаетъ „милліоннымъ состояніемъ, имѣетъ свои пароходы и т. п.“. Самочувствіе нѣсколько повышено. Пишетъ массу писемъ, записокъ, въ которыхъ сообщаетъ о своемъ намѣреніи ѣхать за границу, произвести большія закупки, или же пишетъ заявленія „адвокату“, не называя ни имени, ни фамиліи, о томъ, что его засадили сюда прикащики, которые обобрали его и присвоили его деньги, „болѣе милліона“. Въ письмѣ замѣтны пропуски буквъ и словъ. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 189—188 ф.

11—16. Молчаливъ, угрюмъ. Больше сидитъ въ уединеніи, занимается чтеніемъ книгъ, газетъ. На предлагаемые вопросы ограничивается односложными отвѣтами. Спитъ и ѣстъ порядочно.

17—22. Самочувствіе повышено. При встрѣчѣ съ ординаторомъ заявляетъ, что онъ пожертвовалъ „милліонъ руб.“.

на лечебницу, собирается „за границу — въ Америку посмотреть, какъ люди живутъ“. Въ рукахъ рѣзко выраженъ треморъ. Въ лѣвой половинѣ лица, въ лѣвыхъ конечностяхъ отмѣчается игра сосудовъ: лицо и лѣвая сторона шеи то и дѣло мѣняють свою окраску, въ особенности, на лѣвой щекѣ. Рѣзко затруднена, выговоръ словъ неясенъ. 19-го, пришелъ въ сильное возбужденіе, требуетъ написать его, заявляя, что онъ „ѣдетъ въ Америку“, стремится куда то, плохо понимаетъ уговоры. Не смотря на то, что больного слабило утромъ, ему дано слабительное, послѣ чего онъ вскорѣ успокоился и ночь спалъ хорошо. На слѣдующій день, утромъ, болѣе спокоенъ, съ улыбкой на лицѣ объяснилъ, что съ нимъ, „вчера была галлюцинація“. Гиперемія лѣвой половины лица слабѣе выражена, однако смѣла въ окраскѣ еще замѣтна. Лѣвая рука опущена и мало участвуетъ въ движеніяхъ. Треморъ въ рукахъ меньше. Вѣсъ тѣла 184—181 ф.

23—27. Болѣе спокоенъ, угрюмъ. Время проводить въ прадниости. Голова нѣсколько склонена въ правую сторону. Въ лѣвой рукѣ движенія неловки, атактичны. Разница въ окраскѣ лица незамѣтна. Ростетъ въ чужихъ спальняхъ шкапкахъ, беретъ, что ему вздумается, чужое, оправдывается тѣмъ, что ему дали. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны, но валы, изрѣдка дается слабительное. Вѣсъ тѣла 188 ф.

28—2 апрѣля. Настроень повышено. Больной часто высказываетъ идеи бреда прежняго характера, занимается чтеніемъ книгъ и газетъ, старается читать вслухъ, съ цѣлью, повидимому, поученія, но читаетъ безъ всякаго смысла, плохо выговаривая слова. Положеніе головы, наклоненной въ правую сторону, остается попрежнему. Спитъ и ѣстъ порядочно. Отправленія кишечника валы, при помощи клизмы. Вѣсъ 182 ф.

3—7. Угрюмъ, апатиченъ. Выраженіе лица сонливое. На предлагаемые вопросы ограничивается односложными отвѣтами. Соображеніе и память значительно ослаблены: не знаетъ ни дня, ни числа, ни мѣсяца, не можетъ опредѣлить, сколько времени онъ въ лечебницѣ. Больше сидитъ уединенно, ничѣмъ не занимается. Положеніе кривошеи — не измѣняется. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 189 ф.

8—12. Нѣсколько оживился. Настроень повышено. Часто въ разговорѣ упоминаетъ о своемъ богатствѣ, о большой

благотворительности и огромныхъ „милліонныхъ жертвованіяхъ“ и т. п. Отправленія кишечника болѣе правильны, безъ всякихъ вспомогательныхъ средствъ, въ видѣ слабительнаго или клизмы. Сонъ и аппетитъ достаточны.

13—14. Угрюмъ, сонливъ, малоразговорчивъ. Сидитъ въ уединеніи, разговариваетъ самъ съ собой, жестикулируетъ. Спитъ и ѣсть порядочно. Вѣсъ тѣла 187 ф.

15—19. Съ особеннымъ выраженіемъ довольства на лицѣ, сообщаетъ „о своихъ милліонахъ“, жертвуетъ ихъ на право и на лѣво, готовъ благодѣтельствовать весь міръ, всѣмъ доволенъ. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны.

20—23. Угрюмъ, сонливъ, сидитъ въ уединеніи, ничѣмъ не можетъ заняться, склоненъ больше лежать. Спитъ ночами хорошо. Кушаетъ порядочно. Вѣсъ т. 187 ф.

24—28. То болѣе оживляется, говорить „о своемъ богатствѣ“ и различныхъ жертвованіяхъ, сдѣланныхъ имъ, то спокоенъ, благодушенъ, играетъ въ карты, въ самыя простыя игры. Отправленія кишечника никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Сонъ достаточенъ, хотя въ ночь съ 26 на 27 не спалъ, разговаривалъ тихо самъ съ собой, жестикулировалъ, посмѣивался. Вѣсъ тѣла. 183 ф.

29—4 мая. Спокоенъ, угрюмъ, сидитъ въ уединеніи. На вопросы отвѣчаетъ односложно. Растительная жизнь въ порядкѣ. Вѣсъ тѣла 184 ф.

5—11. Нѣсколько оживленъ, настроенъ повышено. Ходитъ по отдѣленію, громко поетъ. Хвастается своимъ голосомъ и пѣніемъ. Высказываетъ идеи брела прежняго характера. 9 мая, во время увеселительнаго вечера, не стѣснясь присутствіемъ гостей, началъ раздѣваться, чтобы лечь въ постель. Сонъ и аппетитъ не нарушены. Отправленія кишечника вялы, хотя ежедневны. Вѣсъ тѣла 182 ф.

12—19. Угрюмъ, молчаливъ. Раздражается и проситъ оставить измѣреніе температуры. Сначала можно было уговорить, а затѣмъ совершенно отказался, почему измѣренія прекращены. Вѣсъ тѣла 182 ф.

Измѣренія температуры *in recto* и подъ мышками, у даннаго больного, были производимы съ 5 марта по 19 мая

1903 года, около 2^{1/2} мѣсяцевъ. Периферическая съ 5 марта по 5 апрѣля.

Кривая температуры *in recto* и у этого больного (табл. IV, крив. № 1) имѣетъ въ своемъ теченіи ту же періодичность. Періоды повышенной температуры смѣняются періодами пониженной. Каждый періодъ длится 5—6 дней, хотя иногда, какъ это было съ 13 по 14 апрѣля и съ 20 по 23 апрѣля, періоды повышенной температуры бываютъ нѣсколько короче. Въ періоды повышенія температура, съ суточными колебаніями въ 0,8°—1°—1,5°, достигаетъ по вечерамъ до 38°—38,5°—38,8° или, съ суточными колебаніями въ 1°—1,5°—2°—2,5°, поднимается до 39°—39,6°; въ періоды же пониженія, съ колебаніями, не превышающими нормы, держится или въ пределахъ нормы или даже немного ниже.

Такъ, съ 5 по 10 марта, при нѣкоторомъ повышенномъ настроеніи, когда больной высказываетъ идеи бреда богатства, температура держится по вечерамъ около 38°—38,6°, затѣмъ съ 11 по 16 марта, когда больной угрюмъ, молчаливъ, температура, съ суточными колебаніями 0°—0,4°—0,6°, не превышаетъ 37,8°. Съ 17 по 22 марта появляется повышенное самочувствіе съ бредовыми идеями прежняго характера, при явленіяхъ признаковъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ вазомоторныхъ расстройствъ, затрудненія рѣчи, температура, въ первый же день, поднимается до 39,6°, въ слѣдующіе дни держится нѣсколько ниже. 19-го, при возбужденіи, дошедшемъ до полного безмыслія, температура къ вечеру 39,3°, на другой же день при наступившемъ спокойствіи (послѣдствіе слабительнаго, какъ отвлекающаго), хотя раздраженіе коры головного мозга были еще на лицо, температура къ вечеру 38° и т. д. Съ 23 по 27 марта, при болѣе пониженномъ самочувствіи и подавленномъ настроеніи, когда больной угрюмъ, молчаливъ, при явленіяхъ послѣдовавшаго пареза, въ области шейныхъ мышцъ и лѣвой руки, температура понижается и держится между 36,9°—37,6°. Съ 28 марта по 2 апрѣля вновь появляется повышенное настроеніе съ бредовыми идеями

и температура опять съ колебаніями въ $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$, поднимается до $38,2^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$. Съ 3 по 7 апрѣля, при апатичномъ, нѣсколько сонливомъ, психическомъ состояніи, температура совершаетъ свои колебанія, не превышая $37,8^{\circ}$. Съ 8 по 12 апрѣля, при появлении повышеннаго настроенія съ бредовыми идеями, температура вновь достигаетъ $38,3^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ — 39° . съ колебаніями въ 1° — $1,5^{\circ}$ и такъ далѣе до конца измѣреній, все время періоду повышенной температуры соотвѣтствуетъ повышенное самочувствіе съ явлениями бредовыхъ идей, періоду пониженія—болѣе подавленное, апатичное психическое состояніе, при постепенно, все болѣе и болѣе усиливающимся упадкѣ психической дѣятельности больного.

Кривая пульса (табл. IV, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ не всегда слѣдуетъ за кривой температуры. Такъ, въ первый періодъ повышения температуры, пульсъ колеблется между 78 и 84 въ 1', 10 марта, когда температура еще держится на высокихъ точкахъ $37,7^{\circ}$ — 38° , пульсовая кривая опускается на 72 — 78 въ 1', затѣмъ въ періодъ пониженія температуры съ 11 по 16 марта, пульсъ постепенно падаетъ до 66 въ 1', но 15 и 16 марта, когда температура держится между $37,3^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$, пульсъ уже начинаетъ учащаться и достигаетъ до 78 въ 1' и въ первый день повышенія 17 марта, сразу съ 72, къ вечеру достигаетъ 102 въ 1' и въ слѣдующіе дни повышенія температуры, колеблется между 90 и 102 и даже 106 ударами въ 1'. Этотъ періодъ совпадаетъ съ появленіемъ разстройства вазомоторовъ на лѣвой половинѣ тѣла. 23 марта, когда температура держится уже между 37° и $37,5^{\circ}$, пульсъ еще держится на 90 ударахъ въ 1' и только въ слѣдующіе дни устанавливается между 78 и 84 ударами, хотя температура падаетъ значительно, до $36,8^{\circ}$. Подобныя явленія со стороны пульса наблюдаются почти все время: пульсъ все время начинаетъ учащаться за день, за два до повышенія температуры и держится нѣсколько учащеннымъ первые день-два въ періодъ пониженія температуры.

Кривая дыханія, (табл. IV, крив. № 1) въ періоды повышенія температуры, совершаетъ свои колебанія то между

21 и 24 днх. въ 1', то между 18—21, въ періоды же пониженія температуры—то между 15—18, то между 18 и 21 днх. въ 1'. Количество дыханій въ 1' не всегда вполне соответствуетъ высотѣ температуры. Такъ, въ первый періодъ съ 5 по 10 марта, когда температура достигаетъ только 38° — $38,6^{\circ}$, дыханіе въ 1'—21—24, въ періодъ съ 17 по 22 марта, тоже количество дыханій, въ то время, какъ температура достигаетъ 39° — $39,6^{\circ}$.

Кривыя температуры подѣ обѣими мышками (табл. IV, крив. № 2) въ своемъ теченіи также сохраняютъ ту же периодичность, которая наблюдалась и при температурѣ *in recto*. Въ періоды, какъ повышенія, такъ и пониженія, температура подѣ мышками держится ниже температуры *in recto* на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, изрѣдка на $0,8$ и 1° , мѣстами эти періоды при подмышечной температурѣ не такъ рѣзко разнятся между собой: такъ, за время съ 8 по 27 апрѣля, эти періоды совершенно почти сглаживаются.

Здѣсь также обращаетъ на себя вниманіе разница температуръ, полученныхъ при измѣреніи, одновременно, подѣ обѣими мышками. Разница эта наблюдается постоянно и доходитъ до $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Въ первый періодъ повышенія, съ 5 по 10 марта, температура подѣ лѣвой мышкой держится выше, чѣмъ подѣ правой. затѣмъ въ слѣдующій періодъ пониженія съ 11 по 15 марта, температура подѣ правой мышкой превышаетъ температуру подѣ лѣвой. Съ 17 по 22, въ періодъ болѣе значительнаго повышенія, когда наблюдались разстройства вазомоторовъ на лѣвой половинѣ тѣла, температура подѣ лѣвой мышкой вновь держится выше, чѣмъ подѣ правой, а съ 23 по 27 опускается и держится уже ниже, чѣмъ подѣ правой. Съ 28 марта и до конца измѣреній, температура подѣ лѣвой мышкой все время превышаетъ температуру подѣ правой и только съ 12 по 16 мая, температура подѣ правой мышкой вновь держится выше температуры подѣ лѣвой.

Температура подѣ мышками въ періодъ повышенія, по своимъ колебаніямъ въ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — $2,5^{\circ}$ и по высотѣ, значительно превосходитъ такую же температуру у здоро-

ваго человѣка, въ періоды пониженія колеблется въ предѣлахъ нормы или немного превышаетъ норму.

Периферическая температура, измѣренная одновременно съ внутренней на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, въ своемъ теченіи сохраняетъ ту же періодичность, какъ и внутренняя температура.

Температура на лбу, у этого больного, (табл. IV, крив. № 3) въ своихъ колебаніяхъ и по высотѣ значительно превосходитъ таковую же у здороваго человѣка. У больного она колеблется между $34,6^{\circ}$ и $37,3^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго же между 34° и 35° , въ предѣлахъ 1° .

Кривая температуры на лѣвой сторонѣ лба у больного все время держится выше, чѣмъ на правой. Разница между той и другой наблюдается постоянно и достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ (табл. IV, крив. № 4) совершаетъ свои колебанія между $35,3^{\circ}$ и $38,6^{\circ}$, въ большихъ предѣлахъ, ($3,3^{\circ}$) чѣмъ у здороваго 35° — 37° . Съ правой стороны на сосцевидномъ отросткѣ температура держится выше, чѣмъ слѣва и только въ періодъ перваго повышения, съ 11 по 16 марта, она колеблется, превышеніе переходитъ то на лѣвую сторону, то на правую. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ и даже $0,8^{\circ}$. Въ періодъ появленія разстройствъ вазомоторовъ на лѣвой половинѣ тѣла, температура на правомъ сосцевидномъ отросткѣ держится выше, чѣмъ на лѣвомъ.

Температура на груди (Табл. IV, крив. № 5) колеблется между $34,2^{\circ}$ и $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,2^{\circ}$ и достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, чѣмъ температура у здороваго человѣка ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1°).

Въ періодъ перваго повышения, съ 5 по 10 марта, температура съ лѣвой стороны выше, чѣмъ съ правой. Въ слѣдующій періодъ пониженія, съ 11 по 15 марта, температура съ правой стороны превышаетъ таковую же слѣва, а въ слѣдующій періодъ повышенія, съ 17 по 22 марта, превышеніе тем-

пературы вновь переходить на лѣвую сторону и т. д., въ періодъ повышения внутренней температуры, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону, въ періодъ пониженія—на правую сторону, какъ это наблюдалось и при измѣреніи температуры подъ мышками. Разница температуръ той и другой стороны постоянна и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, у здороваго же она изрѣдка наблюдалась въ $0,1^{\circ}$.

Температура на срединѣ плеча той и другой руки (табл. IV, крив. № 6) совершаетъ свои колебанія между $34,3^{\circ}$ — $37,3^{\circ}$, въ предѣлахъ 3° , у здороваго же между $34,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,3^{\circ}$. Въ общемъ температура на рукахъ выше, чѣмъ у здороваго. Температура на лѣвомъ плечѣ въ періоды повышенія съ 5 по 10 марта, съ 17 по 22 марта, съ 27 марта по 2 апрѣля, держится выше, чѣмъ на правомъ плечѣ, въ періоды же пониженной, наоборотъ, она опускается и держится ниже. Разница температуръ на томъ и другомъ плечѣ постоянна и достигаетъ до $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Въ періодъ съ 17 по 22 марта, превышенію на лѣвомъ плечѣ сопутствуетъ разстройство вазомоторовъ на лѣвой сторонѣ.

Температура на бедрахъ (табл. IV, крив. № 7) держится между $31,4^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $3,6^{\circ}$, у здороваго между $32,8^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. У больного температура на бедрахъ въ періоды повышения колеблется почти въ тѣхъ же предѣлахъ ($32,3^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$ или 33° — 35°), какъ и у здороваго ($32,8^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$), въ періоды же пониженія опускается гораздо ниже ($31,4^{\circ}$ — $31,6^{\circ}$), чѣмъ у здороваго. Въ періодъ первого повышения, съ 5 по 10 марта, температура на лѣвомъ бедрѣ выше, чѣмъ на правомъ. Въ періодъ пониженія съ 11 по 16 марта, превышеніе переходитъ то на правое, то на лѣвое бедро. Въ слѣдующій періодъ повышенія съ 17 по 21 марта, температура, въ первые три дня, когда у больного наблюдалось разстройство сосудистой системы на лѣвой сторонѣ, держится выше на лѣвомъ бедрѣ, а на 4 день, 20-го марта, превышеніе переходитъ на правую сторону. Въ періодъ пониженія, съ 22 по 27 марта, температура на правомъ бедрѣ все время

держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Съ 28 марта температура на лѣвомъ бедрѣ вновь превышаетъ температуру на правомъ. Разница температуръ той и другой стороны постоянна и до-стигаетъ до $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$.

Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ при наблюдении температуры можно отмѣтить ту-же характерную особенность ея измѣненій, какъ и у предъидущихъ больныхъ. Температура, какъ въ внутрення in gesto и подъ мышкамъ, такъ и периферическая, въ своемъ теченіи сохраняетъ довольно правильную періодичность. Періодъ повышенной температуры смѣнялся періодомъ пониженной. Каждый изъ нихъ длился 5—6 дней и только иногда періодъ пониженія нѣсколько сокращался до 2—4 дней. Въ періоды повышенія, температура достигала довольно значительной лихорадки до 39° — $39,6^{\circ}$, при отсутствіи какихъ либо соматическихъ заболѣваній, во время пониженія, держалась въ предѣлахъ нормы или немного ниже. При повышенной температурѣ наблюдались явные симптомы пораженія головного мозга, въ видѣ гемипареза въ лѣвой половине тѣла или расстройства вазомоторовъ на одной стороне тѣла. Соответственно этимъ періодамъ измѣненія температуры измѣнялось и психическое состояніе больного. Въ періоды повышенной температуры самочувствіе больного повышено, больной высказываетъ идеи бреда богатства, дарить и жертвуетъ милліоны на право и на лѣво, иногда же доходить до полного безсмыслия и возбужденія. Въ періоды пониженной—больной былъ угрюмъ, апатиченъ, вялъ, молчаливъ, безъ бредовыхъ идей.

При измѣреніи периферической температуры отмѣчается неравномѣрное согрѣваніе симметричныхъ частей тѣла той и другой стороны. Температура, измѣренная, одновременно, на симметричныхъ мѣстахъ той и другой стороны, неодинакова. Разница между ними достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$. Расстройства периферической температуры, большею частію, распределяются на одной сторонѣ: если температура подъ мышкой держится выше на правой сторонѣ, то и на лбу, на груди, на

рукахъ и ногахъ, температура выше на правой сторонѣ и наоборотъ. Въ періоды повышенной температуры, превышеніе наблюдается на лѣвой сторонѣ, въ періоды же пониженія—на правой. У этого больного периферическая температура держится выше то на правой, то на лѣвой сторонѣ, паретическія явленія сильнѣе выражены въ лѣвой половинѣ тѣла. Однажды, превышенію температуры на лѣвой сторонѣ сопутствовали явные разстройства кожныхъ сосудовъ.

Со стороны измѣненія вѣса тѣла, этого больного, наблюдаются тѣже явленія, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. За первый періодъ повышенной температуры и соответственнаго измѣненія въ сферѣ психической дѣятельности, съ 5 по 10 марта, вѣсъ тѣла съ 189 падаетъ до 188 ф. Въ теченіе слѣдующаго періода повышенной температуры, съ 17 по 22 марта, вѣсъ тѣла еще болѣе падаетъ; съ 184 до 181 ф. Съ наступленіемъ періода пониженной температуры и соответственнаго измѣненія психическаго состоянія къ болѣе спокойному, съ 22 по 27 марта, вѣсъ тѣла повысился до 188 ф. Во время слѣдующаго періода повышенія температуры, съ 28 марта по 2 апрѣля, вѣсъ тѣла падаетъ до 182 ф., за время же слѣдующаго періода пониженной температуры и спокойнаго, апатичнаго состоянія, съ 3 по 7 апрѣля, онъ поднимается до 189 ф. Въ періодъ времени съ 8—23 апрѣля, въ связи съ небольшими колебаніями температуры и вѣсъ тѣла колеблется незначительно: 187—187. По истеченіи періода повышенной температуры, съ 24—28 апрѣля, вѣсъ тѣла падаетъ до 183 ф. за періодъ же пониженія, съ 29 апрѣля по 4 мая, онъ немного повышается, до 184 ф. Послѣ періода повышенія температуры, съ 5—11 мая, вѣсъ тѣла еще уменьшился до 182 ф.

И въ этомъ случаѣ, измѣненія въ вѣсѣ тѣла больного также указываютъ, что лихорадочная температура не остается безъ вліянія на болѣе усиленный обмѣнъ веществъ въ организмѣ больного, такъ что расходъ питательнаго матеріала не

только не покрывается приходомъ, но происходитъ сгораніе болѣе усиленное—накопленнаго матеріала. *)

Наблюденіе IV. I. A. Ж. 36 лѣтъ, акцизный чиновникъ, полякъ, принятъ въ лечебницу 14 апрѣля 1902 года.

Никакой наслѣдственности не отмѣчается: больной происходить отъ совершенно здоровыхъ родителей. Окончивъ курсъ гимназій на 21 году, больной долженъ былъ поступить на службу, чтобы содержать мать и сестру, которая осталась на его рукахъ послѣ смерти отца, умершаго отъ сыпного тифа. Въ борьбѣ за существованіе больному пришлось переживать много невзгодъ. Кромѣ того, онъ перенесъ брюшной тифъ, восналеніе легкихъ и восналеніе почекъ, часто страдалъ отъ разстройствъ желудочно-кишечнаго тракта. Только послѣднія пять лѣтъ сталъ жить вполне обезпеченно. Два года тому назадъ лѣтъ сталъ жить вполне обезпеченно. Два года тому назадъ женился. Послѣдній годъ сталъ часто жаловаться на головную боль, легко утомлялся. Съ января 1902 года головныя боли усилились, появилась бессонница. Больной сталъ раздражителенъ, нервенъ, иногда казался пьянымъ, хотя вина ни капли не пилъ. Цѣлѣли за двѣ до поступленія въ лечебницу больной сталъ вдругъ веселъ, суетливъ, часто уходилъ изъ дому и пропадалъ, неизвѣстно гдѣ, появлялся въ публичныхъ мѣстахъ съ дамами легкаго поведенія. На всякія замѣчанія сильно раздражался и готовъ былъ прибѣгать къ насилию. Иногда наступали минуты раскаянія: больной плакалъ, рыдалъ, на колѣняхъ просилъ прощенія, какъ бы, сознавая свои поступки, но скоро же забывался. Въ виду столь страннаго поведенія больного, по совѣту врача-спеціалиста, жена предложена была помѣстить его въ лечебницу.

На пріемѣ узнается, куда пріѣхалъ, то соглашается, что онъ нездоровъ и ему нужно лечиться, то волнуется, истерически рыдаетъ, просить отпустить его, говоритъ, что „онъ здоровъ, какъ никогда“. Неравномерность зрачковъ, сильное дрожаніе языка, изрѣдка повторяющіяся судорожныя подергиванія въ лѣвой половинѣ лица, отсутствіе критическаго отношенія къ своему положенію, ясно указывали на тяжелое органическое страданіе центральной нервной системы.

*) Исторія болѣзни была ведена докторами: Болдыревнымъ и Сергѣевымъ.

При поступленіи въ Лечебницу больной представлялъ изъ себя слѣдующее: росту выше средняго, тѣлосложеніи ерѣпкаго, хорошо упитанъ. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ умѣренно. Лимфатическія железы не увеличены. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Зрачки неравномерны: лѣвый шире праваго. Реакція ихъ на свѣтъ и аккомодацию вялая. Лѣвая половина лица представляется немного плоской: лѣвая носогубная складка выражена слабѣе правой. Въ лѣвой половинѣ лица, время отъ времени, слабыя подергиванія мышцъ. При смѣхѣ правый уголь рта оттягивается значительно дальше лѣваго, вслѣдствіе чего ротъ скашивается въ правую сторону. Языкъ высовывается прямо, но сильно дрожитъ, и въ толщѣ его замѣчаются фибриллярныя сокращенія. Ушные сережки слабо выражены. Походка слегка атактична. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Сифилисъ и другія венерическія болѣзни въ анамнезѣ совершенно отрицаются. Въсѣ тѣла 192 ф.

Первое время больной возбужденъ, волнуется, требуетъ немедленно его выписать, считая себя здоровымъ, пишетъ массу писемъ и телеграммъ, одного и того же содержанія, съ просьбой о немедленной его выпискѣ. Составляетъ различные планы о дальнѣйшей жизни, сообщаетъ, что онъ по совету врачей и профессоровъ, „поѣдетъ въ Крымъ, на Кавказъ и за границу“. Иногда на нѣсколько дней немного успокоивается, соглашается что ему необходимо лечиться въ Лечебницѣ, жалуется на общую слабость, головныя боли и безсонницу. Затѣмъ вновь начинаетъ волноваться, истерически рыдать, бросается на колѣни предъ ординаторомъ, проситъ выписать его „совершенно здороваго“, заявляетъ, что „у него жена больна тифомъ“, или „жена измѣнила ему и не прійдетъ“, пишетъ массу писемъ женѣ и знакомымъ, въ которыхъ упрекаетъ жену въ измѣнѣ или проситъ, молитъ немедленно пріѣхать за нимъ. Пишетъ безъ всякаго разбора, съ помарками, перечеркиваніями, на первой попавшейся бумагѣ, вырванной изъ книги, не довольствуясь бумагой, выданной ему для писемъ, за недостаткомъ мѣста, пишетъ между строкъ, на углахъ съ пропусками буквъ.

Держится въ отлѣленіи распушено, небреженъ въ костюмѣ, беретъ безъ спросу у больныхъ ихъ вещи, сласти и т. п., затѣмъ объясняетъ что они ему „сами дали“. Бредовыхъ

идей пока не высказываетъ. Такое состояніе безпокойства съ бурной афектаціей наблюдалось въ теченіе первыхъ $1\frac{1}{2}$ мѣс.

Съ іюня мѣсяца 1902 года больной болѣе апатиченъ, спокоенъ и только изрѣдка приходитъ въ состояніе возбужденія, настойчиво просить выписать его, высказываетъ идеи бреда величія, заявляя что онъ получилъ „высшее назначеніе“ или ему необходимо ѣхать, такъ какъ послѣ жены, которая, по его мнѣнію, умерла, ему слѣдуетъ получить „милліонное наследство“, собирается ѣхать въ Ниццу, приглашаетъ съ собой и врача, общается окружающимъ больнымъ составляетъ имъ протекцію предъ „министромъ“, съ которымъ онъ „въ хорошихъ отношеніяхъ“. По временамъ сталъ неопытенъ, начался въ испражненіяхъ, ковырялся пальцами въ заднемъ проходѣ. Походка стала замѣтно атактичной, рѣчь—спотыкающейся.

27 октября, у больного послѣ слабого инсульта, который выразился въ томъ, что больной сталъ сонливъ, не желалъ вставать къ чаю и обѣду, появилось паретическое состояніе лѣвой руки и ноги, которое дня чрезъ три выровнялось. Вмѣстѣ съ тѣмъ, у больного появилось недержание мочи. Моча вытекала по каплямъ, смачивала кальсоны и брюки.

Въ декабрѣ больной, то молчаливъ, вялъ, апатиченъ, старається лежать въ постели, жалуется на недомоганіе, то возбужденно ходитъ по отдѣленію взадъ и впередъ, заламывая руки, истерически рыдаетъ, говорить, что его „здоровато“ настолько задерживаютъ здѣсь, между тѣмъ ему нужно ѣхать „въ Ниццу“, или получить „милліонное наследство“. Получая письма отъ жены и родственниковъ, не въ состояніи уже написать отвѣтъ, беретъ бумагу и чернила, пишетъ отдѣльные слова, перечеркиваетъ ихъ и въ такомъ видѣ, безъ адреса, отбаетъ обратно. Моча недержится, выдѣляется, постоянно, по каплямъ.

Въ январѣ 1903 года, когда было приступлено къ измѣренію температуры, больной, съ физической стороны, представлялъ почти тѣже явленія, что и при поступленіи, но только парезъ лѣваго лицевого нерва болѣе рѣзко выраженъ, рѣчь болѣе затруднена, нѣсколько атактичны движенія въ лѣвой рукѣ, болѣе рѣзкая атаксія въ ногахъ и частое недержание мочи. Со стороны внутреннихъ органовъ, самымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ, не обнаружено никакихъ уклоненій. Моча, взятая нѣсколько разъ, представлялась прозрачной, кислой реак-

щій, свѣтло-желтаго цвѣта, не содержала ни бѣлка, ни сахару. Суточное количество ни разу собрать не удалось. Удѣльный вѣсъ мочи колебался 1,020—1,018—1,022. Вѣсъ тѣла 183—179—177 ф.

Въ психической же сферѣ наступило значительное разрушеніе; идеи бреда становятся безсвязнѣе прѣжняго; больной часто ходитъ взадъ-впередъ и разсуждаетъ самъ съ собой, говоритъ, что ему нужно „ѣхать въ Ниццу“, что его ждутъ „царскій поѣздъ“ или „стеклянные корабли“. Память и поврежденіе значительно ослаблены, но больной помнить день, въ который пріѣхалъ въ Лечебницу, хотя не можетъ сказать, сколько времени онъ здѣсь, и текущаго времени не знаетъ.

21—30. Больной въ первые два дня еще нѣсколько волновался изъ-за измѣренія температуры, а затѣмъ сталъ много вѣять, апатиченъ, лежалъ больше въ постели. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ неохотно, больше отмалчивается, изрѣдка, вмѣсто отвѣта заявляетъ; „въ Ниццу мнѣ ѣхать надо“. Спитъ много. Бѣсть порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря исправны. Вѣсъ тѣла 183—187 ф.

31 янв.—12 февраля. Ходитъ взадъ-впередъ по отвлеченію, посмѣивается, оживленно разговариваетъ самъ съ собой. Къ ординатору обращается съ вопросомъ: „скоро ли меня выпишете?“ при этомъ, съ довольной миной добавляетъ: „меня ждетъ царскій поѣздъ“, или же; „мнѣ нужно ѣхать въ Ниццу“. Часто раздражается, требуетъ немедленно его выписать. Моча вытекаетъ по каплямъ и смачиваетъ брюки и кальсоны. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 179 ф.

13—17. Угрюмъ, молчаливъ, старается избѣжать встрѣчи съ ординаторомъ, прячется въ ватеръ или лежитъ въ постели съ закрытыми глазами. Спитъ и бѣсть порядочно. Недержаніе мочи менѣе замѣтно. Отправленія кишечника нормальны.

18 февр.—2 марта. Возбужденъ, раздражителенъ. Ежедневно требуетъ немедленной выпишки, упрекаетъ ординатора, что „его здороваго задерживаютъ“ и этимъ „лишаютъ возможности пользоваться своимъ богатствомъ“. Бредъ величія прѣжняго характера. Спитъ по ночамъ плохо. Кушаетъ порядочно. Моча недержится почти совсѣмъ. Отправленія кишечника правильны. Со стороны внутреннихъ органовъ, самое тщательное изслѣдованіе, не обнаруживаетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Вѣсъ тѣла 183—177 ф.

3—7. Блѣдъ, апатиченъ, все время лежитъ въ постели, изрѣдка прохаживается по корридору. На предлагаемые воп-

росы ни слова не говорить, старается уйти прочь. Спитъ и ѣсть порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 177 ф.

8—15. Большой суетливъ, безмысленъ, какъ бы оглушенный, заплетающимся языкомъ, повторяетъ одно и тоже, выскazuje безсвязныя идеи бредя величія, называетъ себя: „горнымъ инженеромъ, получающимъ 12 тысячъ въ годъ“. Предлагаемые вопросы понимаетъ плохо. Часто уходитъ въ ватеръ - клозетъ, стремится начкаться собственными испражнениями, при удерживаніи раздражается, кричитъ; „отдайте мнѣ золото“. Для опрятности ежедневно дѣлаются клизмы. Моча постоянно вытекаетъ. Вѣсъ тѣла 177—160 ф.

16. Послѣ полудня, наступили судорожныя припадки, которые продолжались до вечера, а затѣмъ всю ночь съ небольшими промежутками, всего ихъ было до 32 приступовъ. Судороги были общія. Ледъ на голову.

17. Съ утра было 3 приступа судорожныхъ припадковъ, а затѣмъ больной лежитъ въ коматозномъ состояніи. Къ вечеру былъ обильный потъ. Неопратенъ въ постели.

18. Въ продолженіи дня было 2 приступа судорогъ, остальное время, больной лежитъ въ сопорозномъ состояніи. Лѣвая рука и нога совершенно парализованы. Въ правой же рукѣ и ногѣ активныя движенія возобновлены; больной часто правой рукой хватается за голову. Неопратенъ въ постели.

19. Больной лежитъ въ разслабленномъ состояніи, дѣлаетъ попытку встать, но валится обратно въ постель. Ни слова не произноситъ, только мычитъ. Активныя движенія въ лѣвой рукѣ и ногѣ отсутствуютъ. Глотательныя движенія также затруднены. Кормленіе и лекарство введены чрезъ зондъ. На крестцѣ быстро образуется пролежень. Неопратенъ въ постели.

20—26. Началь вставать и ходить. Движенія въ лѣвой рукѣ и ногѣ возобновились, но крайне атактичны, неправильны. Сидитъ или стоитъ гдѣ-либо на одномъ мѣстѣ. Взглядъ неподвижный, тупой. На предлагаемые вопросы, сильно заикаясь и растягивая слова, говоритъ одно и тоже; „нѣтъ ничего... совсѣмъ здоровъ“.... Мочится и испражняется въ постели. Пролежень быстро распадается. Кормится съ ложки и ѣсть порядочно. Приняты мѣры къ предупрежденію пролежня.

27—29. Нѣсколько суетливъ, ходитъ съ растеряннымъ видомъ по отдѣленію, сильно заплетающимся языкомъ, говоритъ

встрѣчнымъ: „никакъ не могу найти квартиры... мнѣ нужно бѣлье.... вещи мои....“ По временамъ не удержи́мо смѣется, повторяя одно и тоже: „мюсье.... шапо-клякъ.... шапо-кляки....“ На вопросы ни слова не отвѣчаетъ, а только повторяетъ слышанныя слова и не удержи́мо смѣется. Зрачи́ рѣзко различны: лѣвый, значительно шире правого. Пролегенъ на крестцѣ увеличивается. Такіе же пролежни образуются въ области бока и въ вертелѣхъ. Неопратенъ, гдѣ сидитъ или стоитъ.

30 марта—1 апрѣля. У больного появились жидкія, водянистыя испражненія съ сильнымъ зловоніемъ и плохое переваренной пищей, по нѣсколько разъ въ сутки. Больной совершенно ослабъ, лежитъ все время въ постели, что-то невнятно говорить. Взглядъ мутный, безсмысленный. Лѣвая половина тѣла совершенно парализована. Вводимыя лекарства: сердечныя средства и таннальбинъ съ опіемъ въ видѣ клизмъ, никакого дѣйствія на поносъ не оказываютъ.

2. Большой лежитъ въ коматозномъ состояніи. Пульсъ едва ощутимъ, неравномѣрный, аритмичный. Вводимыя сердечныя средства, никакого вліянія на измѣненіе пульса, не оказываютъ. Жидкія испражненія постоянно истекаютъ.

3-го апрѣля, въ 9 часовъ утра, при явленіяхъ общаго ціаноза и полномъ упадкѣ сердечной дѣятельности, большой умеръ.

Аутопсія была произведена 4 апрѣля, въ 11 часовъ утра, черезъ 26 часовъ послѣ смерти.

Вскрытіе мозга:

Черепъ правильно-овальной формы. Кости черепа мѣстами истончены, такъ, что дірло совершенно исчезаетъ. Черепная крышка снимается легко. Твердая мозговая оболочка въ напавленіи *fissurae longitudinalis cerebri* представляетъ умѣренное развитіе пахіоновыхъ грануляцій и слабо сращена съ костями черепа. На внутренней поверхности ея имѣются фибринозныя пленки со свертками темной крови, не смываемыя водой, въ области центральной, прецентральной и лобныхъ долей праваго полушарія; въ соответственныхъ областяхъ лѣваго полушарія болѣе нѣжныя фибринозныя пленки, въ видѣ ржавыхъ пятенъ (*rachnue meningitis haemorrhagica*). Мягкая мозговая оболочка гиперемирована, по бороздамъ отчетна и представляется сильно помутнѣвшею, соответственно выпуклой поверхности мозга, въ особенности помутнѣніе ея сильно выражено въ области лобныхъ и теменныхъ долей, а также ви-

сочныхъ и отчасти основанія черепа въ области fossae Sylvii. Кромѣ того, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ рѣзче всего выражено помутнѣніе, мягкая мозговая оболочка сращена съ гребнями мозговыхъ извилинъ, такъ что снимается съ потерєю вещества мозга. Борозды между извилинами во многихъ мѣстахъ значительно раздвинуты и наполнены серозною жидкостью, что особенно рѣзко замѣтно на правомъ полушаріи, въ области центральныхъ концевъ верхней лобной борозды и sulci interparietalis, на лѣвомъ полушаріи, въ области соединенія нижней лобной и прецентральной бороздъ, гдѣ серозная жидкость образуетъ порядочныя кисты. Сосуды основанія мозга, какъ art. meningea media, art. fossae Sylvii, art. basillaris, представляютъ незначительное склерозированіе стѣнокъ. Сѣрый корковый слой гиперемированъ, въ особенности въ области праваго и лѣваго полушарія лобныхъ центральныхъ и темяныхъ долей. Бѣлое вещество въ разрѣзѣ значительно западаетъ и содержитъ много красныхъ точекъ и полосокъ. Мозговые желудочки сильно растянуты и наполнены прозрачной, серозной жидкостью, эпендима ихъ замѣтно утолщена и зерниста. Дно четвертаго желудочка имѣетъ шероховатый, зернистый видъ.

Вскрытіе внутреннихъ органовъ:

Сердце немного увеличено; стѣнки лѣваго желудочка утолщены, полость его не растянута; valvulae bicuspidalis равномерно утолщенъ, полость праваго желудочка немного растянута. Мышцы сердца дряблы, буро-краснаго цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Intima аорты содержитъ нѣсколько склеротическихъ бляшекъ сѣровато-желтаго цвѣта. Правое легкое сращено съ грудною кѣлкой ложными перемычками, лѣвое легкое совершенно свободно. То и другое легкое на ощупь всюду крепитируются, равномерно уплотнены, въ разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, при давленіи даютъ много пѣнистой жидкости, въ особенности въ заднихъ частяхъ нижнихъ и верхнихъ долей. Печень плотна, въ разрѣзѣ мускатнаго вида, при давленіи даетъ много темной крови. Селезенка не много увеличена, плотна, капсула ея напряжена, гладка, паренхима темно-краснаго цвѣта съ сѣровато-бѣлыми полосками и точками. Брюшина жидкости не содержитъ. Брызжеечныя железы не увеличены. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ гиперемирована, нѣсколько набухла, сосуды ея рѣзко выступаютъ. Почки неувеличены и не уменьшены. Капсула ихъ

снимается съ трудомъ и мѣстами съ веществомъ почки. Въ корковомъ слое той и другой почки имѣются нѣсколько кистъ съ серознымъ, прозрачнымъ содержимымъ. Съ поверхности корковый слой имѣетъ неровный, нѣсколько шероховатый видъ. Основаніе пирамидъ рѣзко отдѣляется темно-краснымъ цвѣтомъ. Сосочки желтоватаго цвѣта, при давленіи даютъ немного мутной жидкости. Лоханки и мочеточники обѣихъ почекъ немного растянуты. Стѣнки мочевого пузыря гипертрофированы; слизистая оболочка сморщена, утолщена.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками въ этомъ случаѣ было произведено съ 21 января до дня смерти—3 апрѣля 1903 года, а периферической — съ 21 января по 18 февраля.

При взглядѣ на кривую температуры *in recto* у этого больного (табл. V, крив. № 1) можно замѣтить ту же смѣну періодовъ болѣе низкой температуры съ болѣе высокой. Такъ, въ первые два дня, 21—22 января, когда еще больной волновался и высказывалъ бредовыя идеи, температура держится $38,5^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, затѣмъ до 30 января она колеблется, не превышая 38° , и опускается даже до нормы, больной сталъ апатиченъ, вялъ, неохотно разговаривалъ съ окружающими. Въ слѣдующіе дни, съ 31 января по 12 февраля, температура, болѣею частью, держится выше 38° , достигая $38,5^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$, болѣею оживленъ, легко раздражается, высказываетъ бредовыя идеи, самочувствіе его повышенное. Съ 13—17 февраля, температура колеблется почти въ предѣлахъ нормы, только, одинъ день, 15-го къ вечеру достигаетъ до 38° , больной вновь угрюмъ, апатиченъ, молчаливъ. За періодъ времени съ 18 февраля по 2 марта, температура, дѣлая болѣе значительныя колебанія, достигаетъ по вечерамъ 38° — $38,5^{\circ}$, больной нѣсколько возбужденъ, раздражителенъ, въ тоже время повышенно настроенъ и высказываетъ прежнія идеи. При физическомъ изслѣдованіи не обнаруживается никакихъ патологическихъ измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ.

Съ 3—7 марта, температура держится въ предѣлахъ нормы, дѣлая незначительныя колебанія. Въ это время боль-

ной становится апатичнѣе, вяль, молчаливъ. Съ 8 марта температура къ вечеру поднималась до 38° , затѣмъ въ слѣдующіе дни, лѣвая значительныя колебанія, достигаетъ 39° — $39^{\circ}6'$ — $39,8^{\circ}$. Въ это время большой суетливъ, малоосмысленъ, какъ бы оглушенный, высказываетъ безсвязныя идеи бреда, плохо понимаетъ вопросы, неопытенъ. 16 марта утромъ, температура $37,2^{\circ}$, послѣ полудня наступаютъ судорожныя припадки, къ вечеру t° поднимается до $38,6^{\circ}$. На другой день, 17 утромъ, температура держится еще выше $39,5^{\circ}$, припадки продолжаютъ, къ вечеру припадковъ нѣтъ, боль обильный потъ, температура падаетъ до $38,2^{\circ}$. 18—было два приступа судорогъ, температура съ $37,8^{\circ}$ къ вечеру поднимается до $38,4^{\circ}$. Лѣвая половина тѣла парализована.

Съ 19—26 температура колеблется въ предѣлахъ нормы. Появились параличи въ лѣвой половинѣ немного возстановились, больной малоосмысленъ. Появился быстро распадающийся пролежень, не подающийся никакимъ мѣрамъ. Съ 27—29, температура поднялась было въ первый день вечеромъ до $38,2^{\circ}$, затѣмъ колеблется въ предѣлахъ нормы. Въ эти дни большой суетливъ, ходить съ разстеряннымъ видомъ по отдѣленію. Наступили явленія раздраженія мозга: неустойчивый смѣхъ больного, полная безсмысленность, рѣзкая неравномѣрность зрачковъ. Съ 30 температура колеблется въ предѣлахъ нормы, у больного появились жидкія испраженія, онъ ослабъ, появились параличи на лѣвой половинѣ тѣла. 2 апрѣля, температура, послѣ значительнаго паденія утромъ до $36,5^{\circ}$, къ вечеру поднимается до $38,6^{\circ}$ —большой лежить въ коматозномъ состояніи. 3-го, температура, утромъ, достигаетъ очень низкой цифры $36,4^{\circ}$ —большой умеръ при явленіяхъ ціаноза и упадка сердечной дѣятельности.

Пульсъ у больного весьма измѣнчивъ и не всегда вполне соответствуетъ температурѣ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Такъ, въ первые 2 дня, 21—22 января, когда температура еще держится $38,5^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, пульсъ поднимается съ 78 до 90 уд. въ 1'. Въ слѣдующіе дни температура понижается до

предѣловъ нормы — пульсъ съ нѣкоторыми колебаніями постепенно падаетъ до 66 въ 1'; 29 января, температура вечеромъ 38° — пульсъ уже 90 въ 1'; въ періодѣ времени, съ 31 января по 12 февраля; когда температура поднимается выше 38°, достигая 38,5°—38,6° — пульсъ, напротивъ, послѣ небольшого учащенія до 84 въ 1°, падаетъ до 66 уд. въ 1' и колеблется между 66—72 и только къ концу этого періода нѣсколько учащается до 78—84 въ 1'. Въ періодъ съ 8—18 марта, когда температура, съ значительными колебаніями, достигаетъ 39°—39,4°—39,8° — пульсъ учащается до 90—102—108 уд. въ 1', затѣмъ нѣсколько замедляется до 78—84, хотя температура, въ связи съ судорожными припадками, держится еще высоко 38,6°—39,5°. Въ послѣдніе дни, съ 28 марта, температура держится въ предѣлахъ нормы — пульсъ учащается и дѣлаетъ значительныя суточные колебанія съ 72 до 90—96 уд. въ 1'.

Дыхательная кривая (Табл. V, крив. № 1) также весьма измѣнчива. Количество дыханій въ 1', не смотря на повышенную температуру (38°—38,5°), то колеблется между 15—18, какъ это было съ 31 января по 12 февраля, то нѣсколько учащается и держится между 18—21. При болѣе значительномъ повышеніи температуры до 39°, 39,6°—39,8° — количество дыханій колеблется между 18—24, то учащается и держится между 24—30, какъ это видно съ 8 по 18 марта. Иногда же при колебаніяхъ температуры въ предѣлахъ нормы, количество дыханій въ 1' совершаетъ свои колебанія между 18—24, какъ это было съ 22 по 26 марта.

Кривыя температуры подъ мышками (Табл. V, крив. № 2) у этого больного проявляютъ болѣе ясную періодичность. Періоды повышенной температуры рѣзче отличаются отъ періодовъ пониженной. Въ періодъ повышенія температура держится или между 37°—38° или между 36°—37,8°, или совершаетъ болѣе рѣзкія колебанія между 37°—38,3°—38,4°—39° и значительно превосходитъ колебанія таковой же у здорового. Въ періоды же пониженія, она колеблется въ предѣ-

лахъ нормы и опускается даже ниже нормы. Температура подѣ мышками, то болѣе близка къ температурѣ *in recto*, отличаясь отъ этой послѣдней на $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, то держится значительно ниже ея на $0,8^{\circ}$ — 1° .

Въ данномъ случаѣ, температура держится подѣ лѣвой мышкой выше, чѣмъ подѣ правой. Разница достигаетъ до $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ и даже 1° . Только въ нѣкоторые дни какъ то: 29 января, 4, 17, 23, 24 и 25 марта, температура подѣ правой мышкой превышаетъ температуру подѣ лѣвой. Послѣдніе дни, а именно: 17 марта соответствуетъ второму дню припадоочнаго состоянія, 23, 24 и 25 марта—днямъ послѣ припадковъ. Превышенію подѣ лѣвой мышкой соответствуютъ и паретическія явленія и даже параличи на лѣвой сторонѣ тѣла, какъ это было отъ 18 до 21 марта, въ періодѣ послѣ апоплектиформныхъ припадковъ.

Кривыя температуры на лбу у больного (Табл. V, крив. № 3) совершаютъ свои колебанія между $35,5^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 2° , у здороваго же между 34° — 35° , въ предѣлахъ 1° , и держатся значительно выше нормы. Суточная разница утренней и вечерней температуры у больного отъ $0,5^{\circ}$ до $1,5^{\circ}$, значительно превышаетъ таковую же здороваго $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$. Температура на лѣвой сторонѣ лба больного все время держится выше, чѣмъ на правой. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° , въ то время, какъ у здороваго на лбу никакой разницы между сторонами не наблюдалось.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ (Табл. V, крив. № 4) у больного колеблется между $35,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ и превышаетъ таковую же у здороваго—между 35° — 36° . У здороваго температуры на сосцевидныхъ отросткахъ, болѣею частью, не представляютъ никакой разницы или только изрѣдка наблюдаются въ $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$, у больного же эта разница постоянна и достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Температура на лѣвой сторонѣ все время держится выше, чѣмъ на правой. Колебанія кри-

выхъ температуръ той и другой стороны у больного совпадаютъ въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго же— $0,8^{\circ}$.

Кривыя температуръ на груди той и другой стороны (Табл. V, крив. № 5), совершаютъ свои колебанія между 35° — $37,2^{\circ}$ и держатся все время выше, чѣмъ таковыя же у здороваго— $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$. Температура на лѣвой сторонѣ груди держится выше, чѣмъ на правой. Разница между той и другой достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, у здороваго же изрѣдка была въ $0,1^{\circ}$.

Температура на срединѣ плеча той и другой стороны у больного (Табл. V, крив. № 6) въ періоды повышенія держится между 35° — $36,5^{\circ}$ выше, чѣмъ у здороваго—между $34,5$ — $35,8$, въ періоды же пониженія опускается значительно ниже ($33,5$), чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$).

Кривыя совершаютъ свои колебанія въ большихъ предѣлахъ (3°), чѣмъ у здороваго ($1,3^{\circ}$). Въ первые пять дней, температура на лѣвомъ плечѣ держится выше, чѣмъ на правомъ, въ слѣдующіе три дня превышеніе переходитъ на правую сторону. Съ 29 января температура на лѣвомъ плечѣ вновь превышаетъ такую же на правомъ и такъ держится до 14 февраля, 15—16 февраля перевѣсъ переходитъ на правое плечо. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° .

Температура на бедрахъ у больного (Табл. V, крив. № 7) совершаетъ свои колебанія, почти въ тѣхъ же предѣлахъ, $32,4^{\circ}$ — 36° , какъ и у здороваго $32,8^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, но суточные колебанія болѣе значительны $0,6^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° , чѣмъ у здороваго $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$. Температура на лѣвомъ бедрѣ болѣе всего время держится выше, чѣмъ на правомъ. Разница температуръ той и другой стороны болѣе значительна, наблюдается постоянно и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

Слѣдовательно, при обзорѣ температуръ, какъ внутренней, in gesto и подъ мышками, такъ и периферической и въ данномъ случаѣ можно было отмѣтить тѣже особенности въ ихъ теченіи. Періоды болѣе высокой температуры, значительно

превышающей норму, смѣнялись періодами болѣе низкой. При этомъ, у больного высокая температура держалась болѣе долгій промежутокъ времени, чѣмъ температура близкая къ нормѣ. Съ наступленіемъ періода повышенной температуры появлялись измѣненія и съ психической стороны, которыя длились все время, пока не наступала пониженная температура. Къ послѣднему періоду повышенной температуры, съ 8 по 18 марта, присоединились явные признаки раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ судорожныхъ припадковъ. Температура подъ обѣими мышками и периферическая, измѣренная одновременно на симметричныхъ мѣстахъ, держится все время неравномѣрно на той и другой сторонѣ. Температура подъ лѣвой мышкой и периферическая на лѣвой сторонѣ все время превышаетъ таковую же съ правой стороны. Паретическія явленія и параличи у даннаго больного выражены рѣзче на лѣвой же сторонѣ.

Всѣхъ тѣла больного, за время измѣренія температуры, измѣнялся слѣдующимъ образомъ: за періодъ пониженной температуры, съ 24 по 30 января, онъ съ 183 ф. прибываетъ до 187 ф., въ слѣдующій періодъ повышенной температуры, съ 31 января по 12 февраля, онъ значительно падаетъ до 179 ф. Въ періодъ пониженной температуры, съ 13 по 17, и первые дни повышения, всѣхъ тѣла немного повышается до 183 ф., но въ теченіе повышенной температуры, съ 18 февраля по 2 марта, опять падаетъ еще ниже до 177 ф. За время пониженной температуры, съ 3 по 7 марта, всѣхъ остается тотъ же 177 ф., въ періодъ же повышения съ 8—18 марта, онъ падаетъ очень значительно до 160 ф.

Такимъ образомъ и здѣсь всѣхъ тѣла представляетъ тѣ же значительныя колебанія, въ зависимости отъ періодовъ повышенной и пониженной температуры, въ связи съ измѣненіемъ психическаго состоянія больного *).

*) Исторія болѣзни велахъ д—рами: Болдыревымъ, Сергѣевымъ, Иваномъ, Цареградскимъ и мною.

Наблюдение V. О. Е. Ж. 33 лѣтъ, жена врача, православная, поступила въ Лечебницу 21 ноября 1900 года.

По свѣдѣніямъ, доставленнымъ мужемъ больной извѣстно слѣдующее: Отецъ больной сильно злоупотреблялъ спиртными напитками и умеръ отъ водянки; мать—здоровая женщина. На лues въ семьѣ нѣтъ никакихъ указаній. Двое братьевъ и двѣ сестры больной совершенно здоровы. Больная вышла замужъ въ 1893 году, всегда отличалась излишней нервною, экспансивностью, чрезмѣрной обидчивостью, значительно преоцѣнивала факты и впечатлѣнія. Беременной никогда не была, злоупотребленій спиртными напитками не было. Въ 1894 году, безъ всякой видимой причины, хотя послѣ душевныхъ волненій, появились стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ, по тракту *p. ischiadici*. Боли эти были неправильны по времени и продолжительности, колѣнные рефлексы отсутствовали. Послѣ этого, приступы болѣе повторялись особенно, когда больной приходилось много волноваться и плакать. Въ 1896 году послѣ сильного испуга внезапно развилась полная афазія, безъ потери сознанія, совершенно, исчезнувшая чрезъ часъ. Съ 1899 года появились припадки: сначала у нея кружилась голова и рвало въ глазахъ, нѣмѣла лѣвая рука и нога, а чрезъ $\frac{1}{4}$ часа развивалась полная или частичная афазія. Температура пораженныхъ конечностей была на ощупь ниже здоровыхъ, мышечная сила, тактильное и температурное чувствѣ были также значительно понижены; аграфіи и алексии не было. Около середины 1899 года стало обнаруживаться постепенное паденіе интеллекта, памяти, интереса къ окружающему, хотя вспыльчивость и раздражительность временами достигали безъ всякихъ причинъ до крайнихъ предѣловъ. Съ января 1900 года психическая подавленность стала быстро увеличиваться: почти полная потеря памяти, а временами бывало состояніе похуже на каталептическое, появилось недержаніе мочи и кала.

Lues и со стороны больной и со стороны мужа отрицаются. Лечение проводилось разнообразное: бромомъ, мышьякомъ и даже ртутными втираніями и іодомъ, на всякій случай, но было безуспѣшно.

При пріемѣ въ Лечебницу больная представляла слѣдующія данныя: среднего роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана. Подкожный жиръ развитъ умѣренно. Видимыя слизи-

стыя облоочки окрашены нормально. Лицо гиперемировано, застывшее, маскообразно, нѣсколько ассиметрично: лѣвая носогубная складка выражена слабѣ правой. Зрачки неравномѣрны: лѣвый зрачекъ шире праваго, на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ вяло. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Кожная болевая чувствительность повсюду сохранена, нѣсколько повышена: уколъ булавки со стороны болевой вызываетъ сильную реакцію, болевая раздражается, плачетъ, отстраняется отъ изслѣдованія. Пателлярные рефлексъ отсутствуютъ. Мышцы нижнихъ конечностей напряжены и оказываютъ небольшое сопротивленіе пассивнымъ движеніямъ. Походка сильно атакична, болевая не въ состояніи сдѣлать шагу не держась за что нибудь, при чѣмъ ногами дѣлаетъ массу лишнихъ движеній, высоко поднимая ноги. Внутреннія органы, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Мочевой пузырь переполненъ мочей, которая выдѣляется почти постоянно въ небольшомъ количествѣ. Сильный метеоризмъ и задержка кала со стороны кишечника. Незначительнымъ надавливаніемъ на область мочевого пузыря удалось выпустить мочу. Послѣ клизмы кишечника вопросы опорожнѣния. Температура 36,4°, пульсъ 78 въ 1'. Съ психической стороны, болевая мало осмыслена, на всѣ предлагаемые вопросы отвѣчаетъ сильно растаявшая слова по слогамъ: „не знаю“ или повторяетъ послѣднее слово вопроса. Настроеніе крайне измѣнчиво: болевая то сидитъ спокойно, тихо, безучастно сморщившись по сторонамъ, то раздражается безъ всякой видимой причины, кричитъ, плачетъ, бормочетъ что то сильно заплетающимся языкомъ, такъ что трудно понять ее.

Въ отдѣленіи все время проводятъ въ постели. То вяла, апатична, лежитъ въ постели, закрывшись одеяломъ съ головою, то раздражительно кричитъ, плачетъ, сбрасываетъ съ себя бѣлье. На предлагаемые вопросы, заплетающимся языкомъ, повторяетъ „не знаю“ или послѣднее слово вопроса. Постоянно неопытна въ постели. Моча скопляется въ мочевомъ пузырь и легко выходитъ при незначительномъ надавливаніи на область мочевого пузыря. Первые 3—4 дня были частыя жидкія испраженія, которыя затѣмъ урегулировались. Кормилась съ ложки и ѣла хорошо. Ночь спала достаточно. Такое психическое и физическое состояніе, съ постоянными смѣнами настроенія, продолжалось конецъ ноября и декабрь мѣсяцы

1900 года, весь январь, февраль, мартъ, апрѣль, май и июнь 1901 года. Въ концѣ июня и началѣ юля наступили явленія *peripartitis purulenta*, которыя была вскрыта и зажила въ двѣ недѣли совершенно. Психическое состояніе оставалось тоже. Съ августа 1901 года психическое состояніе нѣсколько измѣнилось. Рѣчь стала яснѣе. На предлагаемые вопросы стала отвѣчать осмысленнѣе, правильно оріентируется въ окружающемъ; но память и соображеніе сильно ослаблены; большая не знаетъ когда, откуда и куда прѣхала, за текущимъ временемъ не слѣдитъ. Настроеніе также измѣнчиво: большая то апатична, вяла, лежитъ въ постели, неохотно разговариваетъ съ окружающими, то настроена благодушно, повышеннаго, весела, болтлива. Въ разговорахъ во время повышеннаго настроенія высказываетъ, что она „барышня“, ей „пятьдесятъ лѣтъ“, у ней есть „въ Москвѣ богатый женихъ“, обижается, когда ей говорятъ, что она замужемъ. Иногда даже принимается за работу, но исполненіе ея безпорядочно, читаетъ книгу, плохо понимаетъ содержаніе, и не можетъ разсказать, о чемъ она читала. Отправленія кишечника и мочевого пузыря болѣе правильны. Больше опрятна. Походка не такъ атактична: большая свободнѣе ходить, хотя и придерживается за кого-либо. Спитъ и ѣстъ порядочно.

Это психическое состояніе больной, съ постоянными смѣнами настроенія, продолжалось весь сентябрь, октябрь, ноябрь мѣсяцы безъ какихъ либо перемѣнъ. Такое же состояние было и въ декабрѣ, когда было приступлено къ измѣренію температуры. Съ физической стороны большая представляла слѣдующія измѣненія: лѣвая носогубная складка выражена слабѣе правой, лѣвый уголъ рта болѣе опущенъ. Зрачки неравномерны: лѣвый не много шире правого. Въ лѣвой рукѣ движенія неловки, атактичны. Походка атактична. Большая хорошо упитана. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ. Со стороны внутреннихъ органовъ, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Изслѣдованіе мокроты показало полное отсутствіе туберкулезныхъ бациллъ. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Недержаніе мочи не замѣтно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,020—1,022, бѣлка и сахару не содержитъ.

1—8 декабря. Больная спокойна, тиха, немного апатична, вяла, лежитъ все время въ постели. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ заплетающимся языкомъ и не вполне ясно выговаривая слова, односложно. Menstrua съ 3—6 декабря. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Бѣтъ сама хорошо. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 155 ф.

9—15. Весело настроена, болтлива. Самочувствіе повышенное. Постоянно ведетъ разговоры съ окружающими больными, заявляетъ, что она „выходить замужъ“, „за ней скоро прійдетъ изъ Москвы женихъ“, о чемъ сообщаетъ и ординатору. Легко раздражается, обижается и кричитъ, когда кто-либо выскажетъ сомнѣніе и скажетъ, что она замужемъ. Рассказываетъ, какъ ведутъ себя окружающіе больныя Рѣзко бросается въ глаза постоянная смѣна окраски лица, въ особенности въ лѣвой половинѣ: лѣвое ухо, лѣвая щека и соответствующая половина шеи, то покраснѣютъ, то постепенно принимаютъ нормальную окраску. Въ лѣвой рукѣ треморъ выраженъ сильно, движенія ея болѣе атактичны. Изрѣдка бываетъ неприятна въ постели. Небольшое недержаніе мочи. Отправленія кишечника правильны. Изслѣдованіе мочи показало отсутствіе бѣлка. Спитъ ночами плохо. Бѣтъ порядочно.

16—23. Болѣе вяла, апатична, все время лежитъ въ постели, закрывшись одѣяломъ съ головой. Неохотно отвѣчаетъ на вопросы. Жалуются на головную боль. Спитъ много, бѣтъ порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 148—153 ф.

24—31. Постепенно становится веселѣе, оживленнѣе. Самочувствіе повышенное. Все время говорить, рассказываетъ о томъ, что у нея много будетъ „золотыхъ вещей, шелковыхъ платьевъ“, она „выйдетъ замужъ, въ Москвѣ жить будетъ“. Легко раздражается, кричитъ, бранится, подъ влияніемъ самых ничтожныхъ причинъ, иногда же безъ всякой причины. Окраска на правой щекѣ, правомъ ухѣ, правой сторонѣ шеи, правой сторонѣ груди и правой рукѣ, сильнѣе выражена. Спитъ ночами не всегда хорошо. Бѣтъ порядочно. Со стороны кишечника небольшая задержка, но опорожненіе ежедневно. Изрѣдка мочится въ постели. Вѣсъ тѣла 149 ф.

1—11 января 1903 года. Больная вяла, апатична, лежитъ все время въ постели, неохотно разговариваетъ, изрѣдка жалуются на головную боль. Плаксива, по причины слезъ

не объясняетъ. Menstrua съ 1—4 января. Спитъ порядочно. Бѣтъ хорошо. Отравленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 152—153 ф.

12—22. Въ первый день, раздражительна, плачетъ, кричитъ, но ни слова не можетъ выговорить и объяснить въ чемъ дѣло. Сильно заплетающимся языкомъ пронзительно отдѣльные слоги каихъ то словъ. Было замѣтно рѣзкое покраснѣніе правой стороны лица и тѣла. Затѣмъ нѣсколько успокоилась и стала болѣе благодушной, веселой. На предлагаемые вопросы, говорить невнятно, плохо произнося слова. Нѣкоторыя слова можно разобрать по догадкамъ: „хо-рошо... живу... зо-тыя... кольца“ и т. д. Покраснѣніе въ лѣвой половинѣ лица, лѣваго уха, на лѣвой сторонѣ шеи, на лѣвой рукѣ и ногѣ выражены рѣзче, чѣмъ на правой сторонѣ. Купаетъ порядочно. Ночами спитъ мало. Со стороны мочевого пузыря—недержание: моча выдѣляется постоянно. При надавливаніе на область мочевого пузыря со стороны брюшныхъ стѣнокъ удается выпустить мочу. Нерѣдко въ постели неопрятна.

23—29. Тиха, спокойна, лежитъ все время въ постели. Вставать и ходить, даже съ помощью, не въ состояніи. Лѣвая рука въ паретическомъ состояніи, движенія ея неловки, ограничены, атактичны. На предлагаемые вопросы говорить невнятно, сильно заплетающимся языкомъ. Отравленія кишечника правильны. Недержаніе мочи незамѣтно. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Въ виду полного отказа и нежеланія больной измѣреніе температуры закончено.

Измѣреніе температуры внутренней, in recto и подъ мышками, у этой больной было производимо съ 7 декабря 1901 года по 30 января 1902 года, въ теченіи почти 2 хъ мѣсяцевъ, периферической—съ 7 декабря 1901 года по 6 января 1902 года, въ продолженіи мѣсяца.

При обзорѣ кривой температуры этой больной (табл. VI, крив. № 1) можно отмѣтить тѣже особенности въ ея теченіи, какъ и у предъидущихъ больныхъ. Такъ, первые два дня 7 и 8 декабря, температура еще не превышаетъ нормы, при болѣе спокойномъ, нѣсколько апатичномъ состояніи больной. Съ 9-го температура начинается по вечерамъ повышаться до 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$, съ психической стороны наступ-

наеть болѣе повышенное, веселое, благодушное настроеніе, болятивость, соответственные бредовыя идеи. Съ физической стороны появились явные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ разстройствъ вазомоторовъ въ лѣвой половинѣ лица и тѣла и нѣкоторое недержаніе мочи. Съ 16 декабря температура приходитъ опять въ норму, не превышая $37,8^{\circ}$, больная становится вялой, апатичной, жалѣется на головныя боли. 24-го, температура къ вечеру 38° и въ слѣдующіе дни еще болѣе повышается, достигая $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$, больная становится оживленнѣе, веселѣе, самочувствіе ея болѣе повышено, высказываетъ соответственные бредовыя идеи. Съ физической стороны въ это время отмѣчается разстройство вазомоторовъ, рѣзче выраженныя уже на правой сторонѣ лица и тѣла. Съ 1 января температура не превышаетъ нормы и въ слѣдующіе дни съ порядочными колебаніями постепенно падаетъ ниже 37° , при болѣе спокойномъ, апатичномъ и даже плаксивомъ настроеніи. Разстройства кожныхъ вазомоторовъ не замѣтно. 22 января, послѣ значительнаго паденія накаунѣ до $36,8^{\circ}$, температура утромъ сразу поднялась до $39,4^{\circ}$ и продержалась и вечеромъ $39,2^{\circ}$, при явленіяхъ безмысленнаго безпокойства и крика, значительнаго затрудненія рѣчи и разстройствъ кожныхъ вазомоторовъ въ правой половинѣ лица и тѣла. Въ слѣдующіе дни до 22 января, температура держится выше нормы, достигая $38,5^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ и постепенно понижаясь до 38° — $37,8^{\circ}$. Больная въ это время благодушна, настроена повышено, при явленіяхъ значительнаго затрудненія рѣчи и разстройствъ кожныхъ вазомоторовъ въ лѣвой половинѣ лица и тѣла. Съ 23 и до конца измѣренія, 30 января, температура вновь совершаетъ свои колебанія въ предѣлахъ нормы. Съ психической стороны, больная тиха, спокойна, въ физическомъ отношеніи отмѣчается: паретическое состояніе лѣвой руки, большая атактичность походки, разстройство вазомоторныхъ не замѣтно. Кишечникъ и мочевой пузырь работаютъ правильно.

Кривая пульса (табл. VI, крив. № 1) также непостоянна и колеблется неравномѣрно. Количество пульса не всегда вполнѣ соответствуетъ высотѣ температуры. Такъ, въ первые три дня, несмотря на постепенное повышение температуры, количество пульса колеблется между $78-84$ въ 1' и только въ слѣдующіе два дня учащается и дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія между $72-90$ въ 1'. Когда температура колеблется уже въ предѣлахъ нормы, съ 16 по 22 декабря, количество пульса рѣзко падаетъ до $66-72$ въ 1' и за два дня до начала повышения температуры достигаетъ до 60 въ 1'. Тоже самое наблюдается и въ слѣдующіе періоды повышенной и пониженной температуры.

Количество дыханія, (табл. VI, крив. № 1) въ періоды повышенной температуры до $38^{\circ}-38,6^{\circ}$, колеблется между $21-24$ въ 1', въ періоды же пониженной между $15-18$. Съ постепеннымъ повышеніемъ температуры, количество дыханія совершаетъ болѣе рѣзкія суточные колебанія съ 18 до 24, при температурѣ $38,5^{\circ}-38,6^{\circ}$ достигаетъ 30. Во время значительнаго повышения температуры до $39,4^{\circ}$, 12 января, количество дыханій держится на 24 въ 1' и т. д. Такимъ образомъ и количество дыханій не всегда соответствуетъ высотѣ температуры.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. VI, крив. № 2) у этой больной въ своихъ колебаніяхъ имѣютъ тѣже особенности, какъ и кривая температуры *in recto*. Температура подъ мышками въ періоды пониженія совершаетъ свои колебанія въ предѣлахъ нормы или немного превышая её, въ періоды же повышения значительно превосходитъ норму, достигая до $37,8^{\circ}-38^{\circ}-38,4^{\circ}-38,6^{\circ}$. Суточные колебанія также болѣе значительны— $0,8^{\circ}-1^{\circ}-1,5^{\circ}$ и превосходятъ колебанія у здороваго. Въ этомъ случаѣ у больной обращаетъ на себя вниманіе постоянная разница температуръ той и другой стороны. Эта разница достигаетъ $0,5^{\circ}-0,7^{\circ}-0,8^{\circ}-1^{\circ}-1,2^{\circ}$, то въ пользу одной, то въ пользу другой стороны. Такъ, въ первые два дня температура подъ лѣвой мышкой

превышаетъ температуру подѣ правой на $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$, затѣмъ въ слѣдующіе два дня перевѣсъ переходитъ на правую сторону. Въ періодъ времени, съ 11—15 декабря, температура подѣ лѣвой мышкой вновь держится выше на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, чѣмъ на правой сторонѣ. Этому времени соответствуютъ и разстройства кожныхъ вазомоторовъ на лѣвой половинѣ лица и шеи. Съ 17—22 декабря превышеніе температуры подѣ лѣвой мышкой продолжается, но явленія разстройствъ кожныхъ вазомоторовъ исчезли. Съ утра 22 декабря по 5 января, температура подѣ правой мышкой превышаетъ такую же подѣ лѣвой на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. За время съ 24 по 31 декабря превышенію температуры подѣ правой мышкой сопутствуютъ разстройства кожныхъ вазомоторовъ. Затѣмъ послѣ нѣкотораго колебанія, то въ пользу правой, то лѣвой стороны, въ періодъ съ 6—11 января, температура подѣ лѣвой мышкой беретъ перевѣсъ надъ температурой подѣ правой на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$ и держится все время до конца измѣренія. Превышенію температуры подѣ правой мышкой, 12-го утромъ, сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ съ правой стороны, а затѣмъ въ слѣдующіе дни до 22 января превышеніе температуры подѣ лѣвой мышкой сопровождалось разстройствами вазомоторовъ на лѣвой сторонѣ.

Кривыя температуры той и другой стороны лба у больной (табл. VI, крив. № 3) совершаютъ свои колебанія между $34,6^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$, въ предѣлахъ 2° , у здороваго же между 34° — 35° , въ предѣлахъ 1° . Температура на лбу больной значительно превышаетъ такую же у здороваго. Разница между утренней и вечерней температурой у больной въ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — 1° и болѣе значительна, чѣмъ у здороваго $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$. Температура на той и другой сторонѣ лба держится неодинаково. Разница между правой и лѣвой стороной достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$, въ то время, какъ у здороваго никакой разницы не наблюдалось. При этомъ, температура держалась выше то на правой сторонѣ, то на лѣвой. Такъ, въ первые два дня 7—8 декабря, температура выше на лѣвой

сторонѣ, а слѣдующіе два дня—на правой. Съ 11—21 декабря температура на лѣвой сторонѣ все время держится выше, чѣмъ на правой, а съ 22 декабря по 4 января на правой сторонѣ выше, чѣмъ на лѣвой. Періоду съ 11—15 декабря, превышенію температуры на лѣвой сторонѣ сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ, затѣмъ въ періодъ съ 24—31 декабря, превышеніе температуры на правой сторонѣ сопровождалось разстройствами вазомоторовъ на правой же сторонѣ.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больной (табл. VI, крив. № 4) колеблется между 36° — $37,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,7^{\circ}$ и держится выше, чѣмъ у здороваго—между 35° — 36° , въ предѣлахъ 1° . У больной температуры на сосцевидныхъ отросткахъ той и другой стороны, держатся не одинаково. Разница между ними постоянна и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, у здороваго же изрѣдка наблюдалась въ $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$. Первое время съ 7—24 декабря, температура на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ держится выше, чѣмъ на правомъ. Это сопровождалось съ 11—15 декабря разстройствами кожныхъ сосудовъ на лѣвой же сторонѣ. Затѣмъ, съ 24—26 декабря, температура на правомъ сосцевидномъ отросткѣ превышаетъ такую же на лѣвомъ, чему сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ. Съ 27 декабря по 1 января, температура на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ вновь превышаетъ температуру на правомъ. Въ остальное время съ 2—6 января на правомъ сосцевидномъ отросткѣ вновь превалируетъ.

Кривыя температуры на груди у больной (табл. VI, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія между $34,2^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$, у здороваго же между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Температура съ той и другой стороны груди у больной держится неодинаково, то превышаетъ на лѣвой, то на правой сторонѣ. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ до $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ у здороваго же изрѣдка въ $0,1^{\circ}$. Температура на лѣвой сторонѣ

груди, также, какъ и температура подл. мышками, первые два дня превышаетъ таковую же на правой сторонѣ, слѣдующіе два дня держится ниже, чѣмъ на правой, а затѣмъ съ 11—15 декабря опять превышаетъ. Этому послѣднему сопутствовали разстройства вазомоторовъ кожныхъ сосудовъ на лѣвой сторонѣ груди. Съ 17 по 22 декабря температура еще держится выше на лѣвой сторонѣ, а затѣмъ съ 22 декабря по 3 января, превышеніе температуры переходитъ на правую сторону. Превышенію на правой сторонѣ груди съ 24—31 декабря сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ.

Температура на томъ и другомъ плечѣ больной (табл. VI, крив. № 6) колеблется между 34° — 36° , въ предѣлахъ 2° , у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$ въ предѣлахъ $1,3^{\circ}$. На томъ и другомъ плечѣ температура держится все время не на одной высотѣ. Превышеніе переходитъ то на лѣвую сторону, то на правую. Разница между температурами той и другой стороны достигаетъ до $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Также, какъ и температура подл. мышками, первые два дня; 7—8 декабря, температура на лѣвомъ плечѣ держится выше, чѣмъ на правомъ, въ слѣдующіе два дня температура на правомъ превышаетъ температуру на лѣвомъ, а затѣмъ, съ 11 по 21 декабря, температура на лѣвомъ плечѣ все время держится выше, чѣмъ на правомъ. Съ 22 декабря по 4 января температура на правомъ плечѣ превышаетъ таковую же на лѣвомъ, чему нѣкоторое время, съ 24 по 31 декабря, сопутствовали вазомоторныя разстройства на правой же сторонѣ. Послѣдніе два дня 5 и 6 января, на лѣвомъ плечѣ температура вновь держится выше, чѣмъ правомъ.

Кривыя температуръ на бедрахъ у больной (табл. VI, крив. № 7) совершаютъ свои колебанія между $30,2^{\circ}$ — $33,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,6^{\circ}$, у здороваго—между $32,8^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,9^{\circ}$. Суточные колебанія болѣе значительны ($0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — $1,8^{\circ}$ — 2° — $2,5^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$). На томъ и другомъ бедрѣ больной температура дер-

жities неодинаково, и разница достигаетъ $0,6^{\circ}-0,8^{\circ}-1^{\circ}-1,2^{\circ}$, у здороваго никакой разницы не наблюдалось. При этомъ, въ первые два дня у больной температура на лѣвомъ бедрѣ держится выше, чѣмъ на правомъ, а слѣдующіе дни съ 9 по 14 декабря, температура превалируетъ то на правомъ, то на лѣвомъ бедрѣ и только съ 15 декабря, она устанавливается и держится выше на лѣвомъ бедрѣ до 22 декабря. Съ 22 же декабря по 2 января, она держится все время выше на правомъ бедрѣ. Послѣднему періоду нѣкоторое время, съ 24 по 31 декабря, сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ на правомъ бедрѣ. Наконецъ, съ 3 по 6 января, температура на лѣвомъ бедрѣ превышаетъ опять температуру на правомъ.

Такимъ образомъ при обзорѣ, какъ внутренней, *in gesto* и подъ мышками, такъ и периферической температуръ и въ этомъ случаѣ можно подмѣтить тѣже особенности въ ихъ теченіи, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Періоды болѣе высокой температуры значительно превышающей норму смѣнялись періодами болѣе низкой температуры. У этой больной повышенная температура держалась дней 7—8 и смѣнялась такъ же промежутокъ времени болѣе низкой. Періоды повышенной температуры сопровождались соответствующими явлениями въ психической дѣятельности. Нерѣдко также, періоды повышения температуры сопровождались ясными симптомами раздраженія коры головного мозга, въ видѣ разстройствъ периферической сосудистой системы, параличей въ одной половинѣ тѣла, нарушеній отправления мочевого пузыря и другихъ явленій.

Результаты измѣреній периферической температуры и подъ мышками указываютъ на неравномѣрное распределение тепла въ организмѣ больной. Температура, измѣренная одновременно на симметричныхъ мѣстахъ, держится неодинаково, то превышаетъ на правой сторонѣ, то на лѣвой. Паретическія явленія и даже параличи выражены на лѣвой половинѣ. При этомъ разстройства температуры, почти все время, при-

держиваются одной стороны тѣла. Такъ, если температура подъ мышкой держится выше на правой сторонѣ, то и периферическая температура: на лбу, на груди, на рукахъ и ногахъ съ правой же стороны превышаетъ температуру съ левой. Нерѣдко превышенію температуры на одной сторонѣ сопутствовали разстройство вазомоторовъ кожныхъ сосудовъ съ той же стороны.

Вѣсъ тѣла больной также колебался въ связи съ періодами повышенной и пониженной температуры, а также съ измѣненіемъ психическаго состоянія. Въ началѣ измѣренія температуры вѣсъ тѣла былъ 155 ф., за первый періодъ повышенной температуры съ 9 по 15 декабря, онъ падаетъ до 148 ф., въ теченіи періода пониженной температуры съ 16 по 23 декабря, опять повышается до 153 ф. Въ промежутокъ времени, съ 24—31 декабря, когда температура была повышенной, больная потеряла въ вѣсъ 4 ф.—149 ф., но съ 1—11 января, когда температура держалась въ предѣлахъ нормы, вѣсъ тѣла началъ прибавляться 152—153 ф. За время съ 12 января и до конца измѣреній температуры больная не взвѣшивалась *).

Наблюденіе VI. А. А. К. 36 лѣтъ, судебный приставъ, сынъ мѣщанина, поступилъ въ Лечебницу 25 апрѣля 1901 года.

Со стороны родителей не имѣетъ наслѣдственнаго предрасположенія, но всегда отличался вспыльчивостью и эксцентричнымъ характеромъ. Съ 15 лѣтъ, будучи пѣвчимъ въ хору и зарабатывая этимъ себѣ деньги, часто напивался до пьяна. На 21 году женился по любви, противъ желанія родителей. Имѣетъ двоихъ дѣтей. Въ 1892 году, чрезъ 6 лѣтъ послѣ женитбы, заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился тайно отъ жены. До конца 1900 года всегда относился къ своимъ служебнымъ обязанностямъ строго и аккуратно. Последніе

*) Исторія болѣзни велась д-рами: Сколозубовымъ и мною.

два года пересталъ выпивать. Въ декабрѣ 1900 года окружающіе стали замѣчать, что больной путается въ книгахъ и отчетахъ, не въ состояніи подвести итоговъ, сталъ разсѣянъ, небреженъ къ службѣ. Въ мартѣ 1901 года сталъ непосѣдивъ, постоянно куда то торопился, въ апрѣлѣ началъ уже высказывать идеи бреда, величія и богатства, мнилъ себя „богатымъ дворяниномъ“, имѣющимъ „до 8—12 тысячъ годовато дохода“. Въ послѣднее время онъ почти пересталъ спать, былъ постоянно возбужденъ, не терпѣлъ никакихъ уговоровъ. Былъ сначала помѣщенъ въ Саратовскую Губернскую Лечебницу, оттуда чрезъ три дня былъ взятъ и приведенъ въ Казанскую Окружную Лечебницу. При приѣмѣ былъ очень возбужденъ, кричалъ, ругался, но скорѣ же по прибытіи въ отдѣленіе успокоился. Правильно называлъ Лечебницу, куда прибѣлъ, но считалъ, что онъ пріѣхалъ осмотрѣть ее и совершенно не отдавалъ себѣ отчета въ своемъ состояніи, не могъ опредѣлить ни мѣсяца, ни числа, ни дня. Первое время пребыванія въ Лечебницѣ больной постоянно былъ возбужденъ, агитированъ, высказывалъ желаніе ѣхать домой, заявляя, что у него „идея постройки“, онъ строить домъ „въ 3000 квартиръ, каждая квартира въ 12 комнатъ“, онъ „страшный богачъ“, получаетъ въ день „по 5000 руб.“. Все время почти говорить, жестикулируетъ, перескакиваетъ съ одной идеи на другую, составляетъ безмысленные проэскты. Иногда, нѣкоторое время плаксиво настроенъ, со слезами заявляетъ, что у него „жена сошла съ ума“, дѣти „лежать въ тифу“, самъ онъ зараженъ сифилисомъ, но скорѣ же опять переходитъ въ возбужденное состояніе. Съ физической стороны у больного отмѣчается слѣдующее: большой высокаго роста, посредственнаго тѣлосложенія и питанія, лицо нѣсколько ассиметрично, благодаря паретическому состоянію лѣваго лицевого нерва; лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвый уголокъ рта опущенъ. Врачки сильно расширены, слабо реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Кожная болевая чувствительность нѣсколько повышена повсюду равномерно. Пателлярные рефлексы слабо выражены. Въ рукахъ значительный треморъ. Походка атактична, больной при ходѣ широко разставляетъ ноги. Рѣчь разстроена, замѣтно спотыканіе на слогахъ. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено.

Чрезъ мѣсяцъ пребыванія въ Лечебницѣ, больной уже болѣе благодушнo настроенъ; также высказываетъ идеи бреда

величія и богатства, строить планы одинъ чудовищнѣ другого. Хотя изрѣдка и высказываетъ стремленіе выпиться изъ Лечебницы, но скоро же объ этомъ забываетъ и сообщаетъ уже „о постройкѣ роскошной виллы“, куда онъ пригласитъ „губернатора, предводителя дворянства, сенаторовъ и врачей“, угощать будетъ „заграничными винами“. Изрѣдка сбрасываетъ съ себя бѣлье и снова надбавляетъ, жалуясь на ощущение жара въ головѣ и во всемъ тѣлѣ. Термометръ, поставленный подъ мышку указывалъ на незначительное повышение температуры до 37.5°—38. Такъ держалась дня два--три, безъ какихъ либо осложненийъ со стороны внутреннихъ органовъ.

Такое психо-физическое состояніе безъ всякихъ перемѣлъ продолжалось до августа. Въ августѣ больной сталъ жаловаться на головокруженія. 28 го вечеромъ, во время всенощной, больного вывели подъ руки изъ церкви, съ нимъ было легкое обморочное состояніе, отъ котораго онъ вскорѣ оправдался. Послѣ этого было нѣкоторое время обильное слюнотеченіе. Вслѣдъ за этимъ у больного рѣчь стала замѣтно болѣе разстросна; зрачки неравномѣрны: лѣвый значительно шире правого; треморъ въ рукахъ и ногахъ рѣзко усилился, въ правой рукѣ движенія болѣе угловаты, атактичны, сила ея ослаблена, правая нога болѣе отстаётъ въ своихъ движеніяхъ отъ лѣвой. Съ психической стороны: также оживленъ, благодушенъ, высказываетъ сильно заплетающимся языкомъ, совершенно безсвязно, идеи бреда величія, считая себя, то „знаменитымъ пѣвцомъ“, то „Наполеономъ“, изрѣдка же плаксивъ, апатиченъ, жалуется, что у него „сильно мигаютъ глаза“—„текутъ слезы“—„течетъ слюна“—„потѣютъ кисти и ступни“. 12-го декабря ночью, у больного были два судорожные припадки, послѣ которыхъ больной нѣкоторое время лежалъ пластомъ, а затѣмъ сталъ совершенно безмысленъ, перебираетъ руками одѣяло, при попыткѣ встать валится обратно въ постель. Ни слова не можетъ произнести. Глотательныя движенія затруднены, кормить приходится съ ложки, такъ какъ въ правой рукѣ движенія парализованы. Въ правой ногѣ также движенія отсутствуютъ. Мочится въ постели. Дня чрезъ три больной сталъ вставать. Походка сильно атактична. Правая нога слегка волочится. Въ правой рукѣ движенія восстановились, но угловаты, атактичны, сила ея ослаблена. Слова выговариваетъ съ трудомъ, растягивая по слогамъ. Лежитъ больше въ постели,

постоянно разговариваетъ самъ съ собой. Среди безвязнаго бормотанія часто высказываетъ отрывочныя идеи бреда величія, называетъ себя „сенаторомъ“, „губернаторомъ“, или коверкая слова, заявляетъ, что онъ „иностранецъ“.... Не въ состояніи написать, хоть что нибудь, въ отвѣтъ на письма жены, не смотря на попытки къ этому, исчеркивалъ какими-то іероглифами данную бумагу, разрывалъ ее и бросалъ. Въ такомъ состояніи больной находился въ январѣ 1902 года, когда было приступлено къ измѣренію температуры. Въ январѣ больной почти все время лежитъ въ постели, встаетъ только къ столу и въ ватерклозетъ. Настроеніе измѣняющее: то благодушнѣе, веселѣе, высказываетъ довольство всѣмъ окружающимъ, то раздражителенъ, кричитъ, ругается, испытываетъ, повидимому, обманы органовъ чувствъ, заявляетъ, что его зоветъ кто-то, называя другой фамиліей, то плаксивъ, и угрюмъ. Принимаетъ бромистые препараты. Плохо спитъ ночами, все время разговариваетъ самъ съ собой. Послѣ приема снотворнаго (sulfolal 1,0), къ которому приходилось прибѣгать чрезъ одинъ—два дня, спитъ лучше. 19 и 23 января больной лежитъ въ постели, все время безъ умоклу выкрикиваетъ отдѣльныя фразы или тянетъ одинъ звукъ на различные голоса. При разспросахъ, благодушнымъ тономъ заявляетъ, что онъ „знаменитый пѣвецъ.... изъ Италіи“ и продолжаетъ свое пѣніе. Отправленія кишечника нормальны. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, реакціи на сахаръ не получилось. Въсѣ тѣла—162—165—164 ф.

31-го января, 1-го и 2 февраля больной также все время лежитъ въ постели и безъ умоклу выкрикиваетъ команду или тянетъ гамму съ высокихъ нотъ до низкихъ и обратно, умоляетъ только на время обѣда и ужина. На разспросы ординатора объяснилъ, что онъ „Наполеонъ,—командуетъ итальянской арміей“. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. При изслѣдованіи мочи, бѣлка и сахара не оказалось.

3—8 февраля. Больной всталъ, апатиченъ, лежитъ въ постели, закрывшись одѣяломъ съ головой, встаетъ только къ столу, объясняется мимикой и жестами, шепотомъ произнося слова, заявилъ, что у него „горло провалилось“. Неоправдывающа въ постели. Въсѣ тѣла—164—166 ф.

9—12. Вновь настроенъ повышено, благодушно, постѣе, кричитъ, выкрикиваетъ команду, но ему одному извѣстномъ

нарѣчи. При разспросахъ произноситъ какой-то наборъ звуковъ. Встаётъ только къ столу, объясняется мимикой, иногда же говорить, что онъ „иностранецъ—итальянецъ“ и „не понимаетъ по-русски“. Отравленія кишечника правильны. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Вѣсъ тѣла—164 ф.

13—24. Плаксивъ, угрюмъ, апатиченъ. То плачетъ и причитаётъ, что у него „умерла жена“, „умерли дѣти“, то лежить, вытянувшись во весь ростъ, ни слова не говорить, когда къ нему обращаются съ вопросами, какъ будто не слышитъ. Вѣсъ тѣла—167 ф.

25—28. Совершенно безмысленъ, суетливъ, часто вскакиваетъ съ постели и стремится идти, повторяя одно и тоже „меня зовутъ... меня зовутъ“... Съ трудомъ удаётся уговорить лечь на мѣсто, больной ляжетъ и лежитъ нѣкоторое время неподвижно, но вскорѣ же опять вскакиваетъ. Ночами совсѣмъ почти не спитъ. Кормить приходится съ ложки, такъ какъ поставленную предъ нимъ пищу самъ не ѣстъ. Неоправдѣнъ въ постели. Въ рукахъ и ногахъ треморъ выраженъ сильнѣе, такъ что больной весь трясется. У больного ясно выражено покраснѣніе правой половины лица, правого уха; на правой половинѣ туловища, на правой руцѣ и ногѣ. При близкомъ разсмотрѣніи — покраснѣніе состоитъ изъ мелкихъ точекъ. Границы покраснѣнія на груди по срединной линіи, въ видѣ языковъ, постепенно сглаживаются.

1—14 марта. Больной болѣе спокоенъ, благодушно настроенъ. Сознаніе мѣста достаточно ясное. Все время, сильно заплетающимся языкомъ, выражаетъ довольно много окружающей обстановкой и лицами, „все здѣсь хорошо, пища превосходная, помѣщеніе отличное“. Встаётъ всегда къ столу и ѣстъ порядочно самъ за общимъ столомъ. Треморъ въ рукахъ и ногахъ не такъ рѣзко выраженъ. На правыхъ конечностяхъ въ периферіи, первые 4 дня, цанозъ сильнѣе выступаетъ, а затѣмъ сглаживается. Спитъ ночами порядочно. Опрятенъ. Моча для изслѣдованія была взята нѣсколько разъ, бѣлка не обнаружено и слѣдовъ. Вѣсъ тѣла—164—168 ф.

15—18. Все время лежить въ постели, безъ умолю кричить, поетъ, то выкрикиваетъ команду, то тянетъ какой-либо одинъ звукъ, то поетъ гамму. При разспросахъ объясняетъ, что онъ „генералъ Суворовъ“... или „командующій войсками“.... Ночами спитъ плохо и также, то кричитъ, то поетъ. Мочится подъ себя. Отравленія кишечника правильны. Са-

мое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не даетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Изслѣдованіе мочи на бѣлокъ доказало отсутствіе его.

19—31. Благодушно настроенъ. При разспросахъ о здорровьи, говорить, что чувствуетъ себя хорошо, всѣмъ доволенъ. Раздражается и вступаетъ въ споръ съ другимъ больнымъ, который, наоборотъ, ничѣмъ не доволенъ и критикуетъ порядки отдѣленія. Вѣсъ тѣла—168—170 ф.

1—3 апрѣля. Нѣсколько безспокоенъ, суетливъ, то и дѣло вскакиваетъ и стремится ѣхать, заявляя, что его „кричать... зовутъ...“ или лежитъ въ постели и на распѣвъ, на разные голоса, выкрикиваетъ свою фамилію. За столъ, хотя и встаетъ, но кормить приходится съ ложки, такъ какъ самъ не ѣстъ, а то и дѣло вскакиваетъ изъ-за стола. Моча выдѣляется почти постоянно и смачиваетъ калысоны и постель. Отправленія кишечника правильны.

4—16. Большой спокоенъ, благодушенъ, больше лежать въ постели, выражаетъ довольство всѣмъ окружающимъ, высказываетъ изрѣдка идеи бреда богатства, совершенно безсмысленныя. Походка и треморъ въ томъ же положеніи.

17. Былъ взятъ изъ Лечебницы матерью домой.

Измѣренія внутренней температуры, у даннаго больного, были произведены съ 8 января по 24 марта 1902 года (табл. VII, кривая № 1).

Просмагивая кривую температуры *in recto* у этого больного, можно замѣтить слѣдующее: Первые три дня, по вечерамъ, температура достигаетъ до 38° , по утрамъ же $37,2^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, а затѣмъ, до конца мѣсяца, температура держится между $37,1^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, почти въ предѣлахъ нормы, повышаясь только до $38,2^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ —19 и 23 января. За все это время психическое состояніе было измѣнчиво—то благодушенъ, веселъ, всѣмъ доволенъ, то раздражителенъ, испытывая обманы организмовъ чувствъ, то плаксивъ и угрюмъ; и только 19 и 23, у больного отмѣчается нѣкоторое психическое возбужденіе; больной лежитъ въ постели, бессмысленно выкрикиваетъ отдѣльныя фразы, поетъ, умолая только на нѣсколько минутъ. 31 января, 1 и 2 февраля температура вновь держится около

38°—38,3° по вечерамъ, психическое состояніе больного также измѣняется. Больной, не умолкая, кричить, поетъ, командуетъ, лежа на постели, высказываетъ бредовыя идеи величія. Послѣ этого температура падаетъ до 37,2° и дѣлаетъ незначительныя колебанія до 8 февраля. Больной въ это время молчаливъ, апатиченъ, вялъ, лежитъ также въ постели, неоправляясь подъ себя. Съ 9 по 12, температура опять держится по вечерамъ, около 38°—38,7°, опять наступаетъ такое же возбужденное состояніе. Съ 13 по 24, температура падаетъ болѣе значительно, до 37,2°—36,9°, дѣлаетъ незначительныя колебанія и только 18 и 21 вечеромъ, поднимается до 37,8° и 38° безъ всякихъ измѣненій съ психической и физической стороны. Больной, все это время, нѣсколько угнетенъ, плакасивъ, сообщаетъ, безъ всякаго основанія, что у него „жена и дѣти умерли“, то лежитъ, вытянувшись во весь ростъ, не отвѣчаетъ на предлагаемые вопросы.

25-го, температура къ вечеру вдругъ поднимается до 39° и держится весь слѣдующій день, 27, утромъ—38,6°, вечеромъ—38,9°. 28, утромъ—37,7°, вечеромъ—38,5°. Психическое состояніе въ это время рѣзко мѣняется: больной то и дѣло вскакиваетъ съ постели, бессмысленно куда-то стремится, не понимаетъ уговоровъ и только изрѣдка кричитъ, что его „кто-то зоветъ“. Отправленія кишечника правильны. Треморъ въ рукахъ и ногахъ усилился. На правой половинѣ лица и тѣла—явленія паралича сосудовъ. Съ 1 по 14 марта температура держится между 37° и 38°, дѣлая незначительныя колебанія и только 13-го утромъ сильно понизилась до 36,7°. Психическое состояніе больного, за это время, довольно ровное, спокойное. Больной благодушно настроенъ, всѣмъ доволенъ. Со стороны физической сферы отмѣчаются явленія застоя крови въ правой половинѣ тѣла.

15—18. Температура больного вновь поднимается вечерами до 39,4°—38,8°—38,5°, по утрамъ же, понижаясь до 37,8°—37,5°. Больной вновь нѣсколько возбужденъ, лежа въ постели кричитъ, поетъ, выкрикиваетъ команду. При изслѣ-

дованіи внутреннихъ органовъ никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаруживается.

19—24. Температура держится между 37° — $37,8^{\circ}$, дляя небольшія колебанія, въ это время больной благодушень, заплетающимся языкомъ, высказываетъ по прежнему довольство всѣмъ.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ температура держится выше, чѣмъ у здороваго человѣка. При этомъ, повышенія, болѣе значительныя, наступаютъ періодически. Только въ первое время съ 8 по 50 января, эти періоды не ясно выражены. За это время, повышенія температуры наступаютъ только въ нѣкоторые дни; но это нарушеніе періодическаго теченія температуры, можно приписать дѣйствию бромистыхъ препаратовъ и sulfonal, которые принималъ больной и которые были отгѣнены въ послѣдующее время. Температура прдержавшись три, четыре дня выше 38° и даже 39° , падаетъ до предѣловъ нормы. Сообразно съ этимъ и психическое состояніе мѣняется. Такъ, первое время, пока температура держится въ предѣлахъ нормы или нѣсколько выше, достигая изрѣдка 38° , больной благодушень, настроень нѣсколько повышенно, высказываетъ идеи бреда величія и богатства и только 19 и 23 возбужденъ, кричитъ, поетъ, хотя и лежитъ въ постели, а затѣмъ температура повышается до $38,3^{\circ}$ — $38,7^{\circ}$ и даже 39° и держится 3—4 дня, въ это время со стороны психики у больного наступаетъ состояніе возбужденія, которое проявляется тѣмъ, что или больной, лежа на постели, все время кричитъ, командуетъ и не спитъ ночами или, какъ это наблюдалось съ 25 по 28-е, наступаетъ состояніе полнаго безмыслія, суетливости съ явлениями галлюцинацій слуха, пораженія сосудистой системы во всей правой половинѣ тѣла. Въ промежуткахъ между этими періодами повышенія температура или держится въ предѣлахъ нормы или падаетъ ниже нормы. Въ это время больной или вялъ, апатиченъ, сонливъ, или угрюмъ, плаксивъ или же благодушно настроень, всѣмъ доволенъ. Средняя температура у боль-

ного $37,83^{\circ}$, выше средней здороваго — $37,34^{\circ}$. Суточные колебанія кривой въ $0,9^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$ — $1,9^{\circ}$, болѣе рѣзкія, чѣмъ у здороваго. Колебанія кривой температуры большого совершаются въ большихъ предѣлахъ $2,6^{\circ}$, чѣмъ у здороваго $0,7^{\circ}$.

Кривая пульса въ своихъ колебаніяхъ не вполне слѣдуетъ за колебаніями кривой температуры. Число ударовъ въ минуту, болѣею частью, держится между 90—96, въ то время, какъ температура держится между $37,2^{\circ}$ — 38° . Сплошь и рядомъ температура поднимается, а число ударовъ пульса остается тоже или въ то время, какъ температура падаетъ, число ударовъ—увеличивается. Такъ, первые два дня, температура съ $37,5^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$ поднимается до 38° — $38,2^{\circ}$, а пульсъ остается 90, на третій день утромъ, температура падаетъ до $37,4^{\circ}$, а пульсъ въ 1' достигаетъ 96, или при пониженіи температуры 3/п до $37,4^{\circ}$, послѣ трехдневнаго повышенія, число ударовъ сразу съ 96 падаетъ до 78, или 17/п и 18/п, при температурѣ 37° — $37,3^{\circ}$, пульсовая кривая сразу повышается до 102 ударовъ въ 1'.

Кривая дыханія дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія и часто совершенно не соответствуетъ кривой температуры. Въ то время, какъ кривая температуры колеблется между $37,2^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, кривая дыханія съ 21 поднимается до 24 въ 1', а затѣмъ сразу опускается до 18—15, временами же до 12 въ 1'. При болѣе же рѣзкихъ повышеніяхъ число дыханій въ 1' достигаетъ только до 24 и то держится недолго и вскорѣ же падаетъ до 18 или до 15 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. VII, крив. № 2) имѣютъ тѣже особенности, какъ и кривая температуры *in recto*, отличааясь только отъ послѣдней тѣмъ, что держится ниже ея на $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ и даже на 1° . При низкой температурѣ разница эта меньше, при повышенной же, разница увеличивается. Температура подъ мышками держится все время выше, чѣмъ таковая же у здороваго, поднимаясь въ періодъ повышенія еще выше и достигая до 38° — $38,3^{\circ}$. Суточные колебанія болѣе значительны $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$, чѣмъ у здоро-

ваго $0,8^{\circ}$. Здѣсь также обращаетъ на себя болѣе вниманія разниця температуръ, измѣренныхъ въ одно и тоже время, подъ обѣими мышками. Въ данномъ случаѣ, температура подъ правой мышкой держится почти все время выше, чѣмъ подъ лѣвой и только съ 1/ш по 6/ш, послѣ четырехдневнаго повышенія, кривая температуры подъ правой мышкой сразу падаетъ ниже кривой температуры подъ лѣвой мышкой и продолжаетъ 6 дней, вновь держится выше лѣвой. Превышеніе соответствуетъ какъ разъ той сторонѣ, на которой паретическія явленія выражены болѣе рѣзко. Разниця температуръ подъ обѣими мышками достигаетъ отъ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ до 1° — $1,5^{\circ}$.

Периферическая температура у данного больного была измѣрена съ 1/1 по 24/п.

Температура на лбу у больного (табл. VII, крив. № 3) значительно выше температуры у здороваго. Въ то время, какъ у больного она, главнымъ образомъ, колеблется между 35° — 37° , у здороваго, она держится между 34° — 35° . Суточные колебанія ея у больного болѣе значительны 0° — $1,5^{\circ}$, чѣмъ у здороваго. Температура у больного, преимущественно, держится выше на лѣвой сторонѣ лба и разниця достигаетъ до $1,0^{\circ}$, у здороваго же никакой разницы не наблюдается. Среднія температуры на лбу справа $35,28^{\circ}$, а слѣва $35,67^{\circ}$, выше средней здороваго человѣка, $34,25^{\circ}$. Кривыя температуры на лбу у больного совершаютъ свои колебанія въ предѣлахъ $3,0^{\circ}$, у здороваго 1° .

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ (табл. VII, крив. № 4) у больного совершаетъ свои колебанія между 35° — 37° , у здороваго между 35° — 36° . Періоды повышенія и пониженія температуры соответствуютъ тѣмъ же періодамъ внутренней температуры. Въ то время, какъ у здороваго, температура изрѣдка только представляетъ разницу между той и другой стороной, у больного эта разниця почти постоянна и достигаетъ до 1° . Съ лѣвой стороны, преимущественно, держится выше, чѣмъ съ правой, хотя изрѣдка, какъ это видно на кривыхъ, разниця температуры переходитъ и въ пользу

правой стороны: 12, 13, 17, 18, 19 января и т. д. Среднія температуры справа $35,72^{\circ}$ и слѣва $35,90^{\circ}$, выше таковой же у здороваго. Суточные колебанія у больноу отъ 0° — $1,6^{\circ}$ болѣе, чѣмъ у здороваго 0° — $0,6^{\circ}$. Колебанія кривыхъ температуръ той и другой стороны совершаются въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$ у здороваго же $0,8^{\circ}$.

Температура на груди у больноу (табл. VII, крив. № 5) держится (34° — $37,2^{\circ}$) выше, чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$). Суточные колебанія значительнѣе отъ 0° до $1,5^{\circ}$, чѣмъ у здороваго 0° — $0,08^{\circ}$. Среднія температуры справа $35,28^{\circ}$, слѣва $35,27^{\circ}$, выше, чѣмъ у здороваго. Колебанія кривыхъ у больноу совершаются въ предѣлахъ $3,2^{\circ}$, у здороваго— 1° . Температура все время держится выше съ правой стороны и разница достигаетъ до $0,4^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, у здороваго, она изрѣдка наблюдается въ $0,1^{\circ}$.

Температура на срединѣ плеча у больноу (табл. VII, крив. № 6), поднимается, хотя и выше (37° — $37,2^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($35,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$), но и опускается гораздо ниже ($33,8^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$). Среднія температуры справа $35,60^{\circ}$, слѣва $35,30^{\circ}$, выше среднихъ у здороваго $35,17^{\circ}$. Суточные колебанія сильнѣе (0° — $2,2^{\circ}$), чѣмъ у здороваго (0° — $0,7^{\circ}$). Кривыя совершаютъ свои колебанія въ большихъ предѣлахъ ($3,2^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($1,2^{\circ}$). Температура справа все время держится выше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Разница между той и другой стороной достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$, въ то время, какъ у здороваго изрѣдка $0,1^{\circ}$.

Температура на бедрахъ у больноу (табл. VII, крив. № 7) держится между 31° и $36,3^{\circ}$, у здороваго $32,8^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$. Суточные колебанія ея болѣе значительны (0° — $2,8^{\circ}$), чѣмъ у здороваго (0° — $1,2^{\circ}$). Среднія температуры справа $33,49^{\circ}$, слѣва $33,22^{\circ}$, ниже средней здороваго $33,52^{\circ}$. Колебанія кривыхъ совершаются въ предѣлахъ 5° — $5,3^{\circ}$, у здороваго $1,9^{\circ}$. Температура на правомъ бедрѣ, болѣею частію, держится выше, чѣмъ на лѣвомъ, изрѣдка только превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Разница между той и другой у боль-

ного доходить до 0,8 и 1°, у здороваго никакой разницы не наблюдалось.

Въ этомъ случаѣ температура, какъ внутренняя, *in recto* и подѣ мышками, такъ и периферическая, представляеть также уклоненія отъ нормы, но здѣсь періоды повышенія болѣе коротки 3—4 дня, періоды пониженія болѣе продолжительны отъ 5—6 дней до 8—10. Это нарушение правильной періодичности обусловливается, по всей вѣроятности, тѣмъ, что больной находился въ болѣе позднемъ стадіи своей болѣзни, при переходѣ уже въ полное слабоуміе, при явленіяхъ болѣе стойкихъ параличей. Періоды повышенія сопровождались уже психическимъ возбужденіемъ, выражавшимся безсмысленнымъ крикомъ, пѣніемъ.

При обзорѣ периферической температуры заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что температура, измѣренная на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ также, какъ и подѣ мышками, держится неравномѣрно на симметричныхъ мѣстахъ той и другой стороны. При этомъ, въ данномъ случаѣ, температура держится выше на лѣвой и на сосцевидныхъ отросткахъ съ лѣвой стороны, на остальныхъ же мѣстахъ справа, именно, болѣе сильное согрѣваніе происходитъ на той сторонѣ, гдѣ паретическія явленія выражены болѣе рѣзко.

Всѣ тѣла больного представляеть менѣе значительныя колебанія: такъ, въ январѣ, пока температура представляеть незначительныя колебанія и всѣ тѣла мало измѣняются: 162—165—165—164 ф. Въ февралѣ, послѣ незначительнаго повышенія съ 31 января по 2 февраля, всѣ тѣла остаются 164 ф., въ теченіи же періода низкой температуры, съ 3—8 февраля, — всѣ тѣла поднимается до 166 ф. Послѣ періода повышенія съ 9—12 февраля, онъ опять падаетъ на 164 ф., а въ теченіи времени съ 13—24 февраля, повышается до 167 ф. По прошествіи періода повышенной температуры съ 25—28 февраля, въ первыхъ числахъ марта, всѣ тѣла опять является пониженнымъ до 164 ф. и въ теченіи пониженной

температуры, съ 1—13 марта, опять повышается до 168 ф. и т. д.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ измѣненія въса тѣла тѣсно связаны съ измѣненіями температуры и психическаго состоянія *).

Наблюденіе VII. М. В. К. 37 лѣтъ, земскій начальникъ, русскій, сынъ чиновника, поступилъ въ лечебницу 29 августа 1902 г.

Родители больного живы и доживаютъ до глубокой старости. Отецъ страдаетъ глухотой, раньше злоупотреблялъ спиртными напитками. Самъ больной получилъ высшее образование, окончилъ курсъ на математическомъ факультетѣ въ 1887 г., былъ преподавателемъ въ Астрах. казачьемъ пансіонѣ, потомъ ассистентомъ по физикѣ въ Петровско-Разумовской академіи, затѣмъ служилъ земскимъ начальникомъ. Въ 1888 году заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился вприскиваніями и втираніями и продолжалъ нѣсколько курсовъ леченія акуратно. Женатъ 11 лѣтъ, но дѣтей не было. Раньше злоупотреблялъ спиртными напитками, но послѣдніе два года не пьетъ. Съ января 1902 г. сталъ проявлять на службѣ нѣкоторыя странности въ своихъ дѣйствіяхъ, но сначала эти странности были не рѣзки и не обращали на себя особеннаго вниманія окружающихъ, въ послѣдніе же 2—3 мѣсяца, эти странности стали настолько рѣзкими, что прямо заставляли подозрѣвать у К. разстройство умственныхъ способностей: больной сталъ раздражителенъ, плохо ѣлъ и спалъ, началъ высказывать нелѣпыя идеи бреда величія: воображалъ себя лицомъ „близко стоящимъ къ Государю и царской фамилиі“, говорилъ, что онъ награжденъ „орденомъ Андрея Первозваннаго“, купилъ револьверъ съ тою цѣлью, по его словамъ, чтобы „защищаться отъ мужиковъ и коровъ“, обращался къ крепстьянамъ съ странными рѣчами. По временамъ у него появлялись состоянія буйства: больной сбрасывалъ съ себя бѣлье, раздѣвался до нага, билъ посуду и стекла, почему больного принуждены были помѣстить въ отдѣленіе для душевно-боль-

*) История болѣзни была изложена — г-ами: Болдыровымъ, Васнецовымъ и мною.

ныхъ Астраханской Губернской Больницы, гдѣ онъ пробылъ съ 11 по 22 августа 1902 г. и проявилъ себя тѣмъ, что первые пять дней у него отмѣчалось повышенное самочувствіе, нѣкоторая раздражительность, идеи бреда величія и богата: больной считалъ себя то „первымъ послѣ Государя, то „вторымъ императоромъ Россійской Имперіи“, то „святѣмъ“ и т. д., составляя проекты обогащенія всѣхъ людей, говорилъ, что скоро устроятъ „рай на землѣ“, „всѣ будутъ счастливы и богаты“, раздѣвался до нага и ходилъ безъ бѣлья, а затѣмъ сталъ нѣсколько спокойнѣе, угрюмѣе, высказывалъ жалобы на сердцебіеніе и общее недомоганіе, часто умывался собственной мочей, пилъ ее, больше былъ склоненъ лежать въ постели, крестилъ всѣхъ входящихъ къ нему и т. п. Рѣчь больного была заплетающеюся. Отсюда онъ былъ перевезенъ въ Казанскую Лечебницу.

На пріемъ возбужденъ, поетъ. На предлагаемые вопросы, хотя и даетъ отвѣты, но нелѣпые. Куда, въ какой городъ пріѣхалъ, не знаетъ, говорить: „какой угодно — Симбирскъ, Самара, Саратовъ“, онъ одновременно можетъ быть „во всѣхъ городахъ“. На вопросъ о текущемъ времени, отвѣчаетъ: „сегодня понедѣльникъ 25 марта 1906 года“. На вопросъ, сколько у него дѣтей? отвѣчаетъ: „безчисленное множество“. Заявляетъ, что онъ „предсѣдательствуетъ во всѣхъ учрежденіяхъ Россійской Имперіи, имѣетъ всѣ ордена“ и т. п. Самоуврѣеніе больного повышенное, сообщаетъ обо всемъ съ особеннымъ выраженіемъ довольства на лицѣ. Рѣчь невнятная, языкъ сильно заплетается.

Съ физической стороны, больной выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Подкожный жирный слой развитъ умѣренно. Кожа чиста. Подкожные лимфатическія железы не увеличены. Костная и мышечная системы развиты правильно. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Лицо нѣсколько ассиметрично: правая носогубная складка сглажена, правый уголъ рта опущенъ. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ сторону не уклоняется. Въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Зрачки сильно расширены, на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ едва замѣтно, неравномѣрно: правый зрачекъ шире лѣваго. Кожная болевая чувствительность сохранена и нѣсколько повышена: уколъ булавки сильно раздражаетъ больного. Пателлярные и другіе сухожильные рефлексы оживлены и рѣзче выражены

на правой сторонѣ. Правое плечо стоитъ выше лѣваго, туловище все немного перегнуто на лѣвую сторону. Въ правой рукѣ движенія атактичны, неловки, сила ихъ не ослаблена. Походка сильно атактична: правая нога при ходьбѣ нѣсколько приподнимается. Со стороны внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой 36,5°, пульсъ 96 въ 1'.

24 августа—3 сентября. Въ отдѣленіи встрѣтилъ ординатора и окружающихъ, какъ старыхъ знакомыхъ, хотя увидалъ ихъ въ первый разъ, называетъ ихъ именами прежнихъ знакомыхъ. Заявляетъ что онъ „теперь на собственной дачѣ“ и можетъ быть „въ одно и тоже время въ Самарѣ, Саратовѣ, Симбирскѣ“... онъ— „первый послѣ Государя“... „его дѣло слѣдитъ за всѣмъ, что происходитъ во всей Россіи“. Быстро возбуждается, раздражается, представляетъ различныя требованія и дѣлаетъ нелѣпыя приказанія, склоненъ къ агрессивнымъ дѣйствіямъ при малѣйшемъ возраженіи. Былъ помѣщенъ въ отдѣльную комнату, гдѣ все время поетъ, кричитъ. Ночи спитъ плохо, кушаетъ хорошо. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Неопраченъ въ комнату.

4—9 сентября. Болѣе спокоенъ, добродушенъ, былъ введенъ въ общее помѣщеніе, гдѣ держится хорошо. Сонъ и аппетитъ достаточны.

10—30. Повышенно настроенъ. Высказываетъ идеи прежняго характера, сильно раздражается и возбуждается до полной спутанности сознанія. Былъ помѣщенъ вновь въ отдѣльную комнату, гдѣ сбрасываетъ съ себя бѣлье, склоненъ пачкаться испражнениями. Окружающихъ также принимаетъ за своихъ знакомыхъ. Спитъ ночами плохо и только при снотворномъ засыпаетъ хорошо. Аппетитъ хорошій. Отправленія кишечника нормальны.

1—15 октября. Болѣе спокоенъ, надѣлъ бѣлье и одежду, выходитъ днемъ въ общее помѣщеніе и держится тихо. Временами приходитъ въ возбужденное состояніе, сбрасываетъ бѣлье, третъ себѣ руки и ноги, заявляя что онъ „дѣлаетъ массажъ“. Ночами спитъ плохо, часто начинаетъ пѣть среди ночи. Кушаетъ все время порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

16—31. Тихъ, спокоенъ, держится въ общемъ помѣщеніи, молчаливъ, угрюмъ. Больше проводить время въ уединеніи. Иногда поетъ молитвы или напѣваетъ мотивы изъ оперъ.

Настроение нѣсколько повышенное. Сообщаетъ, что у него „очень хороший голосъ“, онъ можетъ „пѣть и теноромъ и басомъ“.

1—30 ноября. Психическое и физическое состояніе больного тоже. Настроение больного часто мѣняется: больной то спокоенъ, тихъ, угрюмъ, малоразговорчивъ, то оживляется, настроенъ повышенно, болтливъ, высказываетъ бредовыя идеи величія и грандіозности прежняго характера. Сонъ то удивлительненькій, то плохъ. Аппетитъ всегда хорошъ. Отправленія кишечника правильны.

1—8 декабря. Большой тихъ, спокоенъ, добродушенъ, держится въ уединеніи отъ другихъ, говорить самъ съ собой, жестикулируетъ. Пра разспросахъ объясняетъ, что онъ разговариваетъ съ своими родными: съ отцемъ, матерью и женой, „дѣлаетъ разныя распоряженія“, слышитъ ихъ голоса. Явно галлюцинируетъ.

Въ виду предстоящаго измѣренія температуры, было проведено тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ.

Съ физической стороны отмѣчались всѣ тѣже измѣненія, которыя были наблюдаемы у больного при приѣмѣ.

Со стороны легкихъ при выслушиваніи и выслушиваніи никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Тоны сердца чисты. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Моча, взятая нѣсколько разъ для изслѣдованія, представлялась прозрачной, янтарно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса—1,020—1,022—1,018, бѣлка и сахару не содержала и слѣда. Вѣсъ тѣла: 138 ф.

9—15. Настроенъ повышенно, сообщаетъ что онъ „второй императоръ Россійской Имперіи“, высказываетъ проекты „обогащенія народа“, „уничтоженія пьянства“, назначаетъ награды окружающимъ, принимаетъ ихъ за другихъ лицъ, въ тоже время соглашается, что онъ земскій начальникъ, но онъ „имѣть былъ прежде“, а теперь „за особыя заслуги получилъ всѣ орденъ и чины“. Первая попытка измѣрить температуру не удалась, въ виду отказа больного и только съ 12 декабря охотно согласился, заявляя что „Императоръ долженъ подчиниться требованіямъ науки и показать примѣръ для народа“. Отправленія кишечника правильны. Спитъ и ѣстъ порядочно.

16—19. Больше угрюмъ, апатиченъ, изрѣдка разговариваетъ самъ съ собой, ясно слышитъ голоса своихъ родныхъ, съ которыми ведетъ бесѣду, самъ задаетъ вопросы и отвѣча-

еть имъ. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ односложно, большую частью отмалчивается. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 142 ф.

20—25. Настроеніе повышенное. Большой болтливъ, все время говорить, сообщаетъ о своемъ „высокомъ значеніи, называя себя „императоромъ“ или же считая себя „великимъ артистомъ“. Къ окружающимъ относится то снисходительно, покровительственно, то надменно. Раздражается и волнуется когда не исполняютъ его самыя нелѣпыя приказанія. Былъ на свиданіи съ отцемъ, послѣ чего пришелъ возбужденный, заявляя что „какой-то старикъ считаетъ его своимъ сыномъ“. Съ трудомъ удается уговорить измѣрить температуру. Спитъ плохо и только послѣ снотворнаго засыпаетъ порадочно (sulphonali, chloral hydrat). Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 147 ф.

26—31. Валь, апатиченъ, больше лежитъ въ постели, явно галлюцинируетъ, разговариваетъ самъ съ собой. На разспросы объясняетъ, что онъ „разговариваетъ со стариками и съ женой“, слышитъ ихъ голоса. Спитъ и ѣстъ порядочно. Однако было обнаружено, что больной будучи въ ватер-клозетѣ, умывался собственной мочей, что объяснилъ: „такъ нужно“. Отправленія кишечника въ порядкѣ. Вѣсъ тѣла 146 ф.

1—6 января 1903 г. Повышенно настроенъ. Сильно запетающимся языкомъ, едва внятно, сообщаетъ о своемъ „великомъ значеніи“. Треморъ въ рукахъ сильно выраженъ. Зрачки рѣзко различны: правый вдвое шире лѣваго. Въ правой половинѣ лица и правой рукѣ то и дѣло появляются судорожныя подергиванія, въ особенности это было замѣтно 2 и 4 числа. Спитъ плохо. Ѣстъ порядочно. Со стороны кишечника нѣкоторая задержка, но опорожненіе ежедневно. Вѣсъ тѣла 144 ф.

7 — 10. Спокоенъ, тихъ, бродитъ по отдѣленію, ни съ кѣмъ въ разговоры не вступаетъ. Иногда говоритъ вполголоса самъ съ собой, ведетъ разговоры „съ своими родными“, голоса которыхъ слышитъ. Правая рука въ отвисломъ положеніи, туловище больше наклонено въ лѣвую сторону. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

11—18. Раздражителенъ, высказываетъ идеи бреда прежняго характера. Послѣ долгихъ уговоровъ соглашается на из-

мѣреніе температуры. Съ 14 числа не далъ закончить измѣреніе, всталъ и ушелъ, заявляя что съ нимъ "императоромъ поступаютъ, какъ съ простымъ смертнымъ", отдаетъ приказаніе "разжаловать и предать суду всѣхъ окружающихъ". Только съ 17 числа вновь согласился на измѣреніе, объясняя, что "императоръ долженъ показывать примѣръ своимъ подданнымъ, уважать науку". Спитъ и кушаетъ порядочно. Кишечникъ и мочевой пузырь въ порядкѣ. Вѣсъ тѣла 144 ф.

19—24. Спокоенъ, тихъ, вполголоса разговариваетъ самъ съ собой. Больше лежитъ въ постели. Сонъ и аппетитъ достаточны. Кишечникъ и мочевой пузырь въ порядкѣ. Движенія въ правой рукѣ выровнялись. Вѣсъ тѣла 149 ф.

25—30. Повышенно настроенъ. Поетъ, заявляетъ, что у него "чудный голосъ", онъ пѣлъ и давалъ концерты „у себя во дворцѣ“. Языкъ сильно заплетается. Треморъ въ рукахъ усилился, временами въ правой рукѣ и правой половинѣ лица судорожныя подергиванія. Оправленія кишечника задержаны, но благодаря клизмѣ, опорожненіе ежедневно. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны.

31 января—5 февраля. Спокоенъ, тихъ, больше лежитъ въ постели, ведетъ бесѣду самъ съ собой. Сонъ и аппетитъ достаточны. Кишечникъ и мочевой пузырь въ порядкѣ.

6—11. Оживленъ, болливъ, высказываетъ идеи бреда прежняго характера. Легко возбуждается и приходитъ въ раздражительное состояніе. Рѣчь невнятная. 11 числа, вечеромъ отказался далъ измѣрить температуру, приводя тѣже причины, что и прежде, „какъ осмѣливаются его императора подвергать такой операци“. Сонъ плоховатъ. Кушаетъ порядочно. Оправленія кишечника нѣсколько задержаны. Мочевой пузырь въ порядкѣ. Невзвѣшивался, ввиду отказа.

Измѣреніе температуры *in recto* и подъ мышками, у даннаго больного было произведено съ 12 декабря 1902 г. по 11 февраля 1903 г.; периферической—съ 12 декабря по 10 января.

При взглядѣ на кривую температуры *in recto* у этого больного (Табл. VIII, крив. № 1) можно замѣтить, что и въ этомъ случаѣ температура колеблется неравномѣрно, то держится значительно выше нормы, то въ предѣлахъ нормы.

Періоды болѣе повышенной температуры смѣняются періодами болѣе низкой. Въ періоды повышенія температура достигаетъ до $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ или $38,8^{\circ}$ — 39° или даже 39° — $39,6^{\circ}$. Въ періоды же пониженія не превышаетъ $37,8^{\circ}$. Вмѣстѣ съ измѣненіемъ температуры измѣняется и психическое состояніе больного. Такъ, въ первые дни, съ 12 по 15 декабря, температура держится по вечерамъ выше 38° — $38,4^{\circ}$, съ психической стороны отмѣчается у больного—повышенное самочувствіе и соответственные бредовыя идеи, въ слѣдующіе дни, съ 16—19 декабря, температура колеблется въ предѣлахъ нормы, больной угрюмъ, апатиченъ, галлюцинируетъ: слышитъ голоса родныхъ. Съ 20 по 25 декабря, температура вновь поднимается по вечерамъ до $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ большой вновь высказываетъ бредовыя идеи прежняго характера, настроенъ повышенно, легко раздражается и приходитъ въ возбужденіе. Въ періодъ времени, съ 26—31 декабря, температура колеблется въ предѣлахъ нормы, больной апатиченъ, вялъ, лежитъ въ постели, явно галлюцинируетъ. За время съ 1—6 января, температура поднимается болѣе значительно и достигаетъ $38,6^{\circ}$ — 39° , большой повышенно настроенъ, высказываетъ бредовыя идеи величія, съ физической стороны у него отмѣчаются явные признаки раздраженія коры головного мозга, затрудненіе рѣчи, судорожныя подергиванія въ правой рукѣ и правой сторонѣ лица, нѣкоторая задержка со стороны кишечника. Съ 7—10 января, температура не превышаетъ нормы, больной вялъ, апатиченъ, галлюцинируетъ, съ физической стороны замѣтно паретическое состояніе въ правой половинѣ тѣла и въ правой рукѣ. Съ 11 по 18 января, температура начинаетъ повышаться и держится выше 38° , большой раздражителенъ, высказываетъ бредовыя идеи прежняго характера, не позволяетъ измѣрить температуру, почему три дня не измѣрялась, а затѣмъ вновь согласился, при болѣе благодушномъ, повышенномъ настроеніи, температура достигаетъ 39° — $39,6^{\circ}$. Тоже самое наблюдалось и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. У этого больного, болѣею частью, колебанія тем-

пературы имѣютъ правильный интермиттирующий типъ, съ вечерними повышениями и утренними понижениями, хотя нѣмного отмѣчался извращенный типъ (*tyrus inversus*), а именно: 24, 26, 27 декабря, 9, 12, 19, 20 и 27 января.

Кривая пульса (Табл. VIII, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ также измѣнчива. Количество пульса въ 1' не всегда соответствуетъ высотѣ температуры. Такъ, въ періодъ пераго повышения, количество пульса колеблется, при температурѣ $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, между 84 — 90 въ 1', въ слѣдующій за нимъ періодъ пониженія температуры до предѣловъ нормы, количество пульса держится сначала на 84 въ 1', а затѣмъ учащается до 90 въ 1', 22 декабря, при температурѣ $38,4^{\circ}$ —пульсъ 106 въ 1', 27—когда температура уже понизилась до нормы, пульсъ держится на 90 и только 30 декабря сразу падаетъ до 78 въ 1', а затѣмъ уже опять учащается до 84 — 90 , хотя температура еще не превышаетъ нормы. Такое измѣненіе пульса наблюдается и въ слѣдующіе періоды повышенной и пониженной температуры.

Дыхательная кривая (Табл. VIII, крив. № 1) также крайне не измѣнчива въ своемъ теченіи и не всегда вполне слѣдуетъ за кривой температуры. Такъ, въ періодъ повышения температуры съ 12—15 декабря, количество дыханій въ минуту 18 — 24 ; въ слѣдующій періодъ пониженія температуры, съ 16—19 декабря, количество дыханій держится на 18 въ 1', въ періодъ же болѣе повышенной температуры до $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ количество дыханій остается 18 — 21 въ 1', 2, 3, 4 января, при температурѣ $38,6^{\circ}$ — 39° , количество дыханій колеблется между 24 — 30 въ 1', въ слѣдующіе затѣмъ дни 5 и 6 января, температура еще держится на $38,2^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ — количество дыханій падаетъ до 24 — 21 , въ періодъ съ 7—10, когда температура держится въ предѣлахъ нормы, количество дыханій постепенно падаетъ до 15 въ 1', а затѣмъ быстро начинается учащаться до 21 — 24 и т. д.

Кривая температуры подъ мышками у этого больного (Табл. VIII, крив. № 2) имѣютъ тотъ же характеръ измѣне-

ній въ своемъ теченіи. Періоды повышенной и пониженной температуры не такъ рѣзко отличаются между собой, пока температура дѣлаетъ незначительныя колебанія, но когда температура достигаетъ въ періоды повышения болѣе высокихъ точекъ, тамъ періоды выступаютъ рѣзче. Такъ, въ декабрѣ съ 12—31, когда температура *in recto* еще держится около 38°, эти періоды совсѣмъ почти незамѣтны, въ остальное же время, когда температура *in recto* въ періодъ повышения достигаетъ 39°, это различіе періодовъ болѣе рѣзко. Температуры подъ мышками держатся ниже температуры *in recto*, то на 0,5°—0,6°—0,8°, то болѣе значительно на 1°—1,5°. Температура подъ мышками съ той и другой стороны держится неодинаково. Подъ правой мышкой температура все время держится выше, чѣмъ подъ лѣвой, разница достигаетъ 0,4°—0,5°—0,6°.

Кривыя температуры на лбу больного (Табл. VIII, крив. № 3) сохраняютъ ту же періодичность въ своихъ повышеніяхъ и пониженіяхъ, какъ и внутренняя температура. При сравненіи температуры на лбу больного съ таковою же здороваго можно замѣтить, что температура у больного держится выше, чѣмъ у здороваго. Кривыя температуры на лбу больного совпадаютъ свои колебанія между 35,2°—37,6°, въ предѣлахъ 2,4°, у здороваго же между 33,5°—35°, въ предѣлахъ 1,5°. На той и другой сторонѣ лба у больного температура держится неодинаково; съ правой стороны лба почти все время держится выше, чѣмъ съ лѣвой. Разница между той и другой достигаетъ до 0,5°—0,6°—0,8°. Только въ послѣдніе дни измѣренія съ 6 по 10 января, температура на лѣвой сторонѣ превышаетъ такую же на правой. Этотъ періодъ времени соответствуетъ тѣмъ днямъ, которые наступили послѣ періода повышения, когда у больного появились болѣе выраженные параличи на правой сторонѣ тѣла.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (Табл. VIII, крив. № 4) колеблется также на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. У больного она совершаетъ

свои колебанія между $35,6^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$ у здорового же между 35° — 36° , въ предѣлахъ 1° . Температура, измѣренная на той и другой сторонѣ, держится неодинаково. На правой сторонѣ она держится почти все время выше, чѣмъ на лѣвой и только два дня, 16—17 декабря, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$.

Кривыя температуры на груди у больного (Табл. VIII, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія между $35,4^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,1^{\circ}$ и держатся все время на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго— $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . На той и другой сторонѣ у больного она держится неодинаково. На правой сторонѣ груди, она постоянно превышаетъ температуру на лѣвой сторонѣ. Разница между температурами той и другой стороны достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

Температура на томъ и другомъ плечѣ у больного (Табл. VIII, крив. № 6) колеблется на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. У больного она держится между 35° — $37,3^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$ въ предѣлахъ $1,3^{\circ}$. На правомъ плечѣ температура все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница между той и другой доходитъ до $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$.

Температура на бедрахъ у больного (Табл. VIII, крив. № 7) держится на болѣе высокихъ точкахъ между $33,8^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $3,2^{\circ}$, у здороваго же между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. На правомъ бедрѣ температура держится все время выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница между той и другой достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. 1° , у здороваго же никакой разницы не наблюдалось. Суточные колебанія болѣе значительны въ $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° , чѣмъ у здороваго.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ температура, какъ внутренняя: *in recto* и подъ мышками, такъ и периферическая въ своемъ теченіи имѣетъ періодическій типъ. Періоды болѣе высокой температуры въ 6—7 дней смѣнялись такими

же періодами или нѣсколько короче въ 4—5 дней, болѣе низкой температуры, доходящей до предѣловъ нормы. Суточные колебанія имѣютъ, болѣею частью, правильный интермиттирующій типъ, съ утренними пониженіями и вечерними повышениями. Нерѣдко наблюдался и извращенный типъ (*curvus inversus*) съ утренними повышениями и вечерними пониженіями. Періоды повышенной температуры сопровождалась соответственными измѣненіями съ психической стороны больного. При наступленіи повышенной температуры больной болѣе оживленъ, бодрѣе, настроенъ повышено, высказываетъ идеи брела величія, грандіозности. Такое состояніе держится все время повышения и доходитъ до состоянія легкой раздражительности и сильнаго возбужденія. Съ наступленіемъ болѣе низкой температуры, доходящей до предѣловъ нормы и состояніе больного рѣзко мѣняется, больной становится угрюмъ, апатиченъ, вялъ, испытываетъ галлюцинаціи слуха. Въ періоды повышенной температуры нерѣдко наступали явные признаки раздраженія мозга, въ видѣ судорожныхъ подергиваній въ правой половинѣ лица и въ правой рукѣ, послѣдствіемъ чего являлось усиленіе паретического состоянія мышцъ руки и туловища съ правой стороны.

Результаты измѣренія периферической температуры и подъ мышками указываютъ на неравномѣрное распределение тепла въ организмѣ больного. Температура подъ правой мышкой и периферическая на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ; на лбу, на сосцевидныхъ отросткахъ, на груди, на рукахъ и ногахъ, съ правой стороны держится выше, чѣмъ съ лѣвой. Паретическія явленія у больного рѣзче выражены также на правой сторонѣ.

Если прослѣдимъ за измѣненіемъ вѣса тѣла больного въ связи съ измѣненіемъ температуры и психического состоянія, то увидимъ, что и здѣсь на лицо болѣе или менѣе значительныя колебанія. Такъ, въ началѣ измѣренія температуры, вѣсъ тѣла больного былъ 138 ф., по истеченіи первого періода незначительнаго повышения температуры съ 12—15 декабря,

въ слѣдующій періодъ низкой температуры съ 16—19 декабря, вѣсь тѣла прибываетъ до 142 ф.; въ теченіи слѣдующаго періода, также пезначительнаго повышенія температуры и соотвѣтственнаго измѣненія психическаго состоянія больного, съ 20—25 декабря, онъ продолжаетъ прибывать до 147 ф., но къ концу этого послѣдняго періода и въ началѣ новаго періода низкой температуры, съ 26—31 декабря, онъ упалъ до 146 ф. Въ продолженіе новаго періода повышенія съ 1—6 января, вѣсь тѣла падаетъ до 144 ф. и остается тотъ же и въ періодѣ слѣдующаго повышенія съ 11—18 января. Въ продолженіи періода низкой температуры съ 25 по 30 января, вѣсь тѣла вновь поднялся до 149 ф.

Такимъ образомъ, вѣсь тѣла также измѣнялся въ зависимости отъ періодовъ повышенной и пониженной температуры и соотвѣтственнаго измѣненія психическаго состоянія больного *).

Наблюденіе VIII. А. В. Г. 42-хъ лѣтъ, жена мѣщанина, молдаканка по происхожденію, православная, поступила въ лечебницу 29 октября 1902 г.

Изъ свидѣтельства врача, наблюдавшаго больную раньше видно: что болѣлая съ начала 1901 года слѣдалась раздражительной, ворчливой, начала дѣлать ненужныя для дома покупки. Въ это же самое время начала усиленно пить вино, которое въ умѣренномъ сравнительно количествѣ пила и раньше. Съ начала января 1902 г., болѣлая стала проявлять уже явные признаки душевнаго разстройства. У болѣлой появился специфическій бредъ о богатствѣ. Послѣ апоплектоиднаго припадка въ іюль 1902 г. она начала отказываться отъ пищи, говоря, что у ней „нѣтъ горла, желудка, кишечника, сердца“, слѣдалась неопытна, измѣнилась совершенно почеркъ письма, рѣчь стала довольно рѣзко заплетавшейся. Въ последнее время болѣлая хотя и говорить иногда, что у ней нѣтъ горла,

*) Исторія болѣзни была ведена д—рами: Ивановымъ, Сергѣевымъ и мною.

желудка, но питается удовлетворительно, по временамъ стала особенно сильно пугливой, въ страхѣ и съ крикомъ не позволяеть до себя дотрогиваться, иногда же болѣе благодушно настроена высказываетъ идеи бреда величія и богатства, оживляется. Стремится ѣхать въ разные города. На сифилисъ указаний никакихъ нѣтъ. Больная замужняя, имѣетъ одну дочь, остальные дѣти умирали отъ дифтерита и другихъ болѣзней. Въ виду положенія больной, се помѣстили въ лечебницу.

На приемѣ больная на предлагаемые вопросы, сильно заплевающимся языкомъ заявляетъ, что она „завтра побѣдетъ въ Иркутскѣ, Одессу“. Сознаніе мѣста и времени затемнено: говорить, что находится сейчасъ „въ гостинницѣ“, не можетъ назвать правильно день, число, мѣсяцъ. Раздражается безъ всякой причины, то плачетъ, то ворчитъ что то, но трудно понять, чѣмъ недовольна. Сообщаетъ что у ней „нѣтъ руки, ноги“. Больная низкаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана. Подкожный жиръ развитъ достаточно. Кожа чиستا. Подкожные лимфатическія железы не увеличены. Лицо ассиметрично: правая носогубная складка сглажена, правый уголъ рта опущенъ. Языкъ при высосываніи дрожить и не уклоняется въ сторону. Зрачки неравномѣрны: лѣвый зрачекъ сильно суженъ, правый немного шире лѣваго. Реакція ихъ на свѣтъ, боль и аккомодацию вялая, медленна. Кожная болевая чувствительность повсюду сохранена, повышена: уколъ булавки вызываетъ со стороны больной, сильное раздраженіе. Пателярные рефлексы отсутствуютъ, кожные и другіе сухожильные сохранены, оживлены. Костная и мышечная системы развиты правильно. Въ лѣвой рукѣ движенія атакличны, неправильны, сила ихъ сохранена. Походка замедлена, атаклична. При ходьбѣ, лѣвая нога плохо отстаетъ отъ права, волочится.

Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой 37°, пульсъ 84, дыханіе 18 въ 1'.

29—31 октября. Первый день больная раздражительна, кричитъ, плачетъ, заявляетъ, что у ней „сейчасъ ручка отпадетъ“, проситъ сдѣлать массажъ, что и было исполнено. После этого больная стала оживленной, веселой, дѣтски радуется чему-то, капризно надувая губы, дѣлаетъ сердитое лицо. Дѣтки, наивно расхваливаютъ принадлежности своего костюма, справляется „гдѣ ея золото“, добавляя что у ней „много

золота". Память и соображеніе въ полномъ упадѣ. Большая не знаетъ ни дня, ни числа, ни мѣста, ни мѣста, гдѣ находится. Въ окружающемъ ориентировано плохо. Рѣчь затруднена, языкъ заплетается. Неопытна, мочится въ постели или, гдѣ стоитъ. Со стороны кишечника задержка, опорожненіе его происходитъ только послѣ клизмы. Сонъ и аппетитъ достаточны.

1—8 ноября. Больная болѣе апатична, вяла, лежитъ въ постели. Изрѣдка поднимаетъ крикъ и визгъ и сильно заплетается языкомъ повторяетъ: „ручка отпала... ножки нѣтъ“ ... Неопытна, мочится въ постели. Отравленія кишечника проявилы. Мочевой пузырь переполняется и растянуть мочы, моча, выпущенная чрезъ катетръ, представляется прозрачной, насыщеннаго цвѣта, сильно кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,022 — 1,024, бѣлка и сахару не содержитъ. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи, со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Мокрота, взятая въ видѣ мазковъ, посредствомъ куска стерилизованной ваты, туберкулезныхъ палочекъ не содержитъ. Вѣсъ тѣла 109—111 ф.

9—17. Больная нѣсколько оживлена, болтлива. Дѣтски, наивно расхваливаетъ свое платье, заявляетъ что у ней „много бѣлья тонкаго“, у мужа ея „много денегъ“. Собирается ѣхать, то „въ Харбинъ“, то „въ Одессу“. По временамъ становится раздражительной, безъ всякой видимой причины, кричитъ, визжитъ, хватается правой рукой за голову, съ выраженіемъ страха отстраняется отъ входящихъ. Лицо гипереміруется. Окраска лица неравнобѣрна: съ правой стороны щека и ухо окрашены рѣзче, лѣвая сторона шеи красна. На лѣвой сторонѣ груди, на лѣвой рукѣ, но на правомъ бедрѣ, кожа то краснѣетъ, то блѣднѣетъ. Съ 14 числа приступлено къ измѣренію температуры, чему особеннаго сопротивленія не оказывала. Во время измѣренія изрѣдка вскрикивала безъ всякой причины, сильно заплетающимся языкомъ, говорила, что-то невнятное. Въ своей комнатѣ раздѣвается и сбрасываетъ бѣлье, говоря, что ей „жарко“. Со стороны кишечника задержка, которая ежедневно устраняется клизмой. Мочится, гдѣ стоитъ или сидитъ. Мочевой пузырь часто растянуть и опорожняется небольшими количествами. Моча прозрачна, кислой реакціи, бѣлка и сахару не содержитъ, удѣльнаго вѣса 1,020—1,022. Спитъ плохо. Вѣтъ достаточна. Вѣсъ тѣла 111 ф.

18—23. Бала, апатична, больше лежитъ въ постели, стремится лежать на правомъ боку. Сообщаетъ, что у ней „ручки нѣтъ, ножки нѣтъ“ и успокаивается, когда ей помасируютъ немного руку. Лѣвая рука немного отвисла, движения ея сильно атакичны. На периферіи, въ области кисти лѣвой руки, явления застоя. Отправления кишечника и мочевого пузыря болѣе правильны. Сонъ и аппетитъ достаточны. Вѣсъ тѣла 111 ф.

24—29. Сначала была оживлена, болтлива, говоритъ о своемъ „богатствѣ“, затѣмъ раздражительна, внезапно возбуждается, хватаясь за голову. Въ лѣвой рукѣ и правой стороны лица частыя подергиванія. Со стороны кишечника и мочевого пузыря постоянная задержка. Кишечникъ опорожняется только послѣ клизмы. Моча выдѣляется небольшими количествами. Спитъ ночами плохо. Ысть порядочно. Вѣсъ тѣла 111 фун

30 ноября—5 декабря. Спокойна, тиха, лежитъ больше въ постели. На предлагаемые вопросы отмалчивается. Паретическія явления въ лѣвой рукѣ нѣсколько выровнялись. Застоя въ периферіи руки нѣзамѣтно. Неоправна бываетъ въ постели. Кишечникъ въ порядѣ. Спитъ и ѣстъ порядочно.

6—11. Весело настроена, кокетлива, то и дѣло переодѣвается. Заплетающимся языкомъ сообщаетъ, что у ней „новыя ботинки“ или „платье новое, тридцать руб. стоятъ.“ Изрѣдка раздражается, рветъ бѣлье и платье на себѣ. Menstrua 9—14. Спитъ хорошо, кушаетъ порядочно Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Вѣсъ тѣла 114 ф.

12—17. Спокойна, тиха, все время лежитъ въ постели. Отмалчивается на предлагаемые вопросы. Кушаетъ и спитъ порядочно. Кишечникъ и мочевого пузыря въ порядѣ. Вѣсъ тѣла 116 ф.

18—23. То весело настроена, оживлена, болтлива, то сильно раздражается, хватаясь за голову, кричитъ, визжитъ. Плохо выговаривая слова, что то требуетъ, рветъ на себѣ бѣлье и сбрасываетъ его. Зрачки расширены, неравномѣрны: правый шире лѣваго. Лицо сильно гиперемировано, въ особенности правая половина лица часто мѣняетъ свою окраску. Лѣвая рука отвисла, движения ея неправильны. Кожа на лѣвой сторонѣ груди, на лѣвой рукѣ и на лѣвомъ бедрѣ часто мѣняетъ свою окраску, то блѣднѣетъ, то краснѣетъ. Со стороны кишечника задержка, которая устраняется только клиз-

мой. Мочевой пузырь часто растянутъ. Моча выдѣляется небольшими количествами. Спать плохо по ночамъ. Кушаетъ хорошо. Вѣсъ тѣла 111 ф.

24—29. Вяла, апатична, все время лежить въ постели. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ односложно, плохо въговаривая слова. Кожа на лѣвой рукѣ, въ области кисти, нѣсколько отечна, ціанотична, на лѣвой ступнѣ тѣже явленія. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

30 декабря—5 января 1903 г. Оживлена, весела, легко раздражается, требуя свои „новыя платья“ и рветъ на себѣ бѣлье. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Сонъ и аппетитъ достаточны. Вѣсъ тѣла 117 ф.

6—9. Больше лежить въ постели, раздражается, когда ее тревожатъ, отказывается подвергнуться измѣренію температуры. Почему 9-го измѣреніе было закончено. Вѣсъ тѣла 122 ф.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками, было произведено съ 14 ноября 1902 г. по 9 января 1903 г., периферической, съ 14 ноября по 21 декабря.

Разсматривая кривую температуры *in recto* у этой больной (Табл. IX, крив. № 1) можно подмѣтить, что она въ своемъ теченіи представляетъ довольно неравномѣрные колебанія, то достигаетъ высокихъ точекъ и дѣлаетъ болѣе значительныя колебанія, то держится на низкихъ, дѣлая меньшія колебанія. Эта смѣна болѣшихъ колебаній съ меньшими наступаетъ чрезъ болѣе или менѣе правильные промежутки времени. Температура, продолжавшись дней 5—6 выше нормы и достигая по вечерамъ до 38° — $38,6^{\circ}$ — 39° , опускается и колеблется 6—7 дней въ предѣлахъ нормы, не превышая $37,8^{\circ}$. Въмѣстѣ съ колебаніями температуры измѣнялось и психическое состояніе больной. Такъ, въ первые 4 дня, съ 14—17 ноября, температура держится выше 38° , достигая $38,8^{\circ}$ — 39° , больная сильно раздражается, хватается за голову, кричитъ, визжитъ, не объясняя причины, въ это же время у ней наблюдаются разстройства сосудовъ кожи на правой половинѣ лица, на лѣвой сторонѣ шеи и груди, на лѣвой рукѣ, но на

правомъ бедра. Съ 18—23 температура держится въ предѣлахъ нормы, дѣлая менѣе значительныя колебанія, болная вяла, апатична, высказываетъ ипохондрическія идеи, въ лѣвой рукѣ паретическія явленія болѣе выражены. Въ промежутокъ времени, съ 24—29 ноября, температура дѣлаетъ значительныя колебанія и достигаетъ до $38,4^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ — 39° , болная сначала оживлена, болтлива, а затѣмъ раздражительна, взвизгиваетъ, хватаясь за голову, въ лѣвой ея рукѣ и правой половинѣ лица наблюдаются судорожныя подергиванія. Въ періодъ времени, съ 30 ноября по 5 декабря, температура колеблется въ предѣлахъ нормы, болная спокойна, тиха, лѣжить все время въ постели, паретическія явленія въ лѣвой половинѣ тѣла и лѣвой рукѣ выровнялись. Съ 6—11 декабря температура дѣлаетъ менѣе значительныя колебанія, едва превышая 38° , болная весело настроена, кокетлива, легко раздражается, рветъ бѣлье, протекали *menstrua*. Съ 12—17 декабря, температура колеблется въ предѣлахъ нормы, болная тиха, спокойна, молчалива. За періодъ времени съ 18—23 декабря, температура дѣлая значительныя колебанія, постепенно достигаетъ до 39° , болная сначала оживлена, болтлива, а затѣмъ раздражительна, кричитъ, визжитъ, не выговаривая словъ, сбрасываетъ и рветъ бѣлье. Въ это же время у болной наблюдаются разстройствва вазомоторовъ на правой сторонѣ лица и на лѣвой сторонѣ туловища, на шеѣ, рукѣ и ногѣ, расширение и рѣзкая неравномѣрность зрачковъ. Такимъ образомъ, въ періодъ повышенной температуры болная оживлена, весела или раздражительна и возбуждена, въ періоды же пониженной—болная вяла, апатична. Изрѣдка въ періоды повышенной температуры наступали явные признаки раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ разстройствъ вазомоторовъ или усиленія паретического состоянія въ одной сторонѣ тѣла. У этой болной колебанія температуры имѣютъ правительный интермиттирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, но наблюдались также и извращенный типъ, такъ: 30 декабря, 10 и 30 января.

Кривая пульса (Табл. IX, крив. № 1) у этой больной не вполне слѣдуетъ за кривой температуры. Количество пульса въ 1' не всегда соответствуетъ высотѣ температуры. Такъ, въ періодъ времени съ 14—17 декабря, когда температура держится выше 38° и достигаетъ до 39° , количество пульса — 84—90 въ 1' и въ послѣдній день 96, въ періодъ же съ 18—23 декабря, когда температура держится въ предѣлахъ нормы, количество пульса, то колеблется между 78—84 въ 1', то сразу поднимается до 90 и постепенно падаетъ до 78 въ 1'. За день до наступленія слѣдующаго періода повышенной температуры съ 24—29 декабря, количество пульса учащается до 84 въ 1', въ теченіи этого же періода колеблется то между 84—90, то между 84—96. Такія же явленія со стороны пульса наблюдаются и въ остальные періоды повышенной и пониженной температуры.

Дыхательная кривая, (Табл. IX, крив. № 1) то вполне соответствуетъ температурѣ, то дѣлаетъ болѣе значительныя колебанія. Такъ, съ 14—17 декабря, пока температура держится $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ — 39° , количество дыханій въ минуту то держится на 18, то учащается до 21, то колеблется болѣе значительно между 18—24, съ наступленіемъ періода пониженной температуры съ 18—23 декабря, количество дыханій въ 1' падаетъ и колеблется между 15—18, но въ послѣдніе два дня, пока еще температура держится въ предѣлахъ нормы, количество дыханій учащается до 18—21 въ 1'. Съ 24—29 декабря, когда температура дѣлаетъ значительныя колебанія до $38,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ — 39° , количество дыханій сначала дѣлаетъ тоже значительныя колебанія между 18—24 въ 1', но въ послѣдніе 3 дня, когда еще температура держится высоко, количество дыханій уменьшается и колеблется между 18—21 и падаетъ до 15. Подобныя же явленія со стороны дыханій можно отмѣтить и въ слѣдующіе періоды повышения и пониженія температуры.

Кривыя температуры подъ мышками у больной (Табл. IX, крив. № 2) имѣютъ въ своемъ теченіи тѣже особенности,

которыя отмѣчены при температурѣ *in recto*, но только періоды повышенной и пониженной температуры не всегда рѣзко отличаются. Такъ, за періодъ времени съ 1—18 января, температура подъ мышками держится на одной высотѣ. Это время соотвѣствуетъ тому періоду повышенія, съ 6—11 января, когда температура *in recto* повышалась не особенно высоко. Температура подъ мышками держится ниже температуры *in recto* и разница между той и другой то въ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, то въ 1° — $1,2^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$. Температура подъ правой и лѣвой мышкой держится не на одной высотѣ, при чемъ повышение то на лѣвой сторонѣ, то на правой. Разница между той и другой достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Такъ, съ 14—17 ноября температура подъ лѣвой мышкой превышаетъ такую же подъ правой. Этому періоду соотвѣствуютъ разстройства вазомоторовъ на лѣвой сторонѣ. Съ 18—23 ноября температура подъ правой мышкой держится выше, чѣмъ подъ лѣвой, въ это время у больной въ лѣвой рукѣ отмѣчаются застойныя явленія. Въ слѣдующій періодъ повышенной температуры съ 24—28 ноября, температура подъ лѣвой мышкой вновь превышаетъ такую же подъ правой, у больной въ это время наблюдались судорожныя явленія въ лѣвой рукѣ. Затѣмъ, съ 29 ноября по 18 декабря послѣ нѣкоторыхъ колебаній, то въ пользу правой, то лѣвой стороны, температура устанавливается и держится выше подъ правой мышкой — въ это время у больной движенія въ рукахъ возстановились, застойныя явленія на лѣвой рукѣ исчезли. Съ наступленіемъ новаго періода повышенной температуры, съ 19—23 января, температура подъ лѣвой мышкой превышаетъ температуру подъ правой — у больной наблюдались разстройства кожныхъ сосудовъ на лѣвой же сторонѣ тѣла. За періодъ времени, съ 24 декабря по 9 января, температура подъ правой мышкой все время выше, чѣмъ подъ лѣвой, у больной наблюдались застойныя явленія въ лѣвой половинѣ тѣла, которыя постепенно выровнялись.

Кривыя температуры на лбу у больной (Табл. IX, крив. № 3) въ своихъ колебаніяхъ сохраняютъ ту же періодичность которая наблюдалась при внутренней температурѣ. Температура на лбу у больной держится выше, чѣмъ у здороваго. Кривыя температуры на лбу у больной сохраняютъ свои колебанія между $34,5^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго же между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. Температура съ правой стороны лба у больной все время держится выше, чѣмъ съ лѣвой. Разница между той и другой наблюдается постоянно и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. За періодъ времени съ 14—17 ноября и съ 24—28 ноября, у больной наблюдались разстройства вазомоторовъ кожи на правой половинѣ лица.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больной (Табл. IX, крив. № 4) держится на болѣе высокихъ точкахъ и совершаетъ свои колебанія между $35,8^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$, у здороваго же между 35° — 36° , въ предѣлахъ 1° . Съ той и другой стороны температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больной все время держится неодинаково. Превышеніе температуры переходитъ то на лѣвую сторону, то на правую. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ до $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. При этомъ, съ 14—19 ноября температура на лѣвой сторонѣ превышаетъ температуру на правой. Этому періоду нѣкоторое время, съ 14—17 ноября, сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ на лѣвой же сторонѣ шеи. Съ 19—23 ноября на правой сторонѣ температура держится выше, чѣмъ на лѣвой. Затѣмъ, съ 24—27 ноября, температура на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ превышаетъ такую же на правомъ, съ 28 ноября по 6 декабря, на правомъ сосцевидномъ отросткѣ температура держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Съ 7—10 декабря, температура на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ вновь превалируетъ, а съ 11—16 декабря на правомъ держится выше. Въ періодъ времени съ 17—21 декабря, температура на лѣвомъ отросткѣ превышаетъ температуру на правомъ, чему сопутствовали разстройства кожныхъ сосудовъ.

Кривыя температуры на груди у больной (Табл. IX, крив. № 5) держатся на болѣе высокихъ точкахъ и совершаютъ свои колебанія между $34,7^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Температура, измѣренная одновременно, на той и другой сторонѣ груди держится на неодинаковой высотѣ. Разница между температурами той и другой стороны наблюдается постоянно и достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Температура держится выше, то на правой, то на лѣвой сторонѣ. При этомъ, съ 14—17 ноября, когда у больной наблюдались расстройства кожныхъ сосудовъ на лѣвой сторонѣ груди, температура держится выше на той же сторонѣ, съ 18—23 ноября, температура на правой сторонѣ превышаетъ температуру на лѣвой. При появленіи у больной двигательныхъ расстройствъ съ лѣвой стороны, съ 24—29 ноября, температура держится выше на лѣвой же сторонѣ груди. За періодъ времени, съ 29 ноября по 18 декабря, температура послѣ нѣкоторыхъ колебаній, то въ пользу правой, то лѣвой стороны, устанавливается и держится выше на правой сторонѣ. При наступленіи новаго періода повышенія съ 19 декабря, когда у больной появились расстройства кожныхъ вазомоторовъ на лѣвой сторонѣ груди, температура на лѣвой же сторонѣ груди превышаетъ таковую же на правой.

Температура на томъ и другомъ плечѣ у больной (табл. IX, крив. № 6) совершаетъ свои колебанія между $34,6^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$ и держится на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,3^{\circ}$. Температура, измѣренная одновременно, на томъ и другомъ плечѣ держится не на одной высотѣ: то выше держится на лѣвомъ плечѣ, то на правомъ. Разница между той и другой достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Первые четыре дня, съ 14—17 ноября температура на лѣвомъ плечѣ превышаетъ температуру на правомъ, что сопровождалось расстройствами кожныхъ сосудовъ на лѣвой рукѣ. Съ 18—22 ноября температура на правомъ плечѣ держится выше, чѣмъ на лѣвомъ,

съ 23 же по 29, послѣ нѣкотораго колебанія то въ пользу лѣвой, то правой стороны, температура на лѣвомъ плечѣ превышаетъ температуру на правомъ, періоду времени съ 25—28, сопутствуютъ судорожныя подергиванія въ лѣвой рукѣ. Начиная съ 30 ноября и до 19 декабря, температура на правомъ плечѣ держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только 20 и 21, на лѣвомъ плечѣ вновь превалируетъ и сопровождается опять разстройствами кожныхъ сосудовъ на лѣвой же рукѣ.

Кривыя температуры на бедрахъ у больной (Табл. IX, крив. № 7) колеблются между $32,4^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$ въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$ и держатся на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго — между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. Температура, измененная одновременно, на томъ и другомъ бедрѣ у больной держится неодинаково, то превышаетъ на правомъ бедрѣ, то на лѣвомъ. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$ — 1° — $1,1^{\circ}$. Первое время съ 14 ноября по 1 декабря, температура на правомъ бедрѣ у больной все время превышаетъ температуру на лѣвомъ. При этомъ, въ періодъ времени съ 9—17 ноября, у больной наблюдались разстройства кожныхъ сосудовъ на правомъ же бедрѣ. Съ 2—4 декабря, температура на лѣвомъ бедрѣ выше, чѣмъ на правомъ, а затѣмъ съ 5—11, температура на правомъ вновь превалируетъ надъ температурой на лѣвомъ. Начиная съ 12 и до 21 декабря, температура на лѣвомъ бедрѣ превышаетъ таковую же на правомъ, при чемъ съ 18—21, у больной наблюдались разстройства кожныхъ сосудовъ на лѣвомъ же бедрѣ.

Слѣдовательно и въ данномъ случаѣ температура, какъ внутренняя *in recto* и подъ мышками, такъ и периферическая, сохраняетъ въ своемъ теченіи періодическій типъ. Періоды болѣе высокой температуры, въ 5—6—7 дней, сменялись таковыми же періодами нормальной температуры. Судочныя колебанія имѣютъ правильный интермиттирующий типъ и только изрѣдка появлялся извращенный типъ (*turus inversus*) съ утренними повышеніями и вечерними пониженіями.

Въ періоды повышенной температуры появлялись съ психической стороны у больной оживленіе, болтливость, повышенное настроеніе или даже легкая раздражительность, доходящая до возбужденія, въ періоды же нормальной температуры, больная была вялая, апатична, высказывала ипохондрическія идеи бреда или была спокойна, тиха, молчалива. Періоды повышенной температуры у больной нерѣдко сопровождались явными признаками раздраженія головного мозга, въ видѣ разстройствъ вазомоторовъ кожи на правой сторонѣ лица и на лѣвой сторонѣ туловища или усиленія паретическаго состоянія въ лѣвой половинѣ тѣла, расширенія зрачковъ и тому подобныя явленій.

При обзорѣ периферической температуры и подъ мышками можно было подмѣтить неравномѣрное распределеніе тепла въ организмѣ. У этой больной температура на правой сторонѣ лба и на правомъ берѣ превышала температуру на противоположной сторонѣ, въ то время, какъ на сосцевидныхъ отросткахъ, на груди и рукахъ температура держалась выше то на правой сторонѣ, то на лѣвой, при чемъ на лѣвой сторонѣ температура держалась выше въ періоды повышения, когда у больной наблюдались и разстройства кожныхъ сосудовъ на той же сторонѣ.

Всѣ тѣла у этой больной въ ноябрѣ мало измѣнялся: первую недѣлю былъ 109 ф., а затѣмъ держался безъ всякихъ измѣненій—111 ф., не смотря на болѣе значительныя колебанія температуры и перемѣну психическаго состоянія съ 14—17 и съ 24—29 ноября. Въ декабрѣ же, въ первую недѣлю, съ 1—5, когда температура держалась въ предѣлахъ нормы, всѣ тѣла прибываетъ до 114 ф.; въ теченіи слѣдующаго періода менѣе повышенной температуры, съ 6—12, и періода нормальной температуры, съ 13—17, всѣ тѣла прибавля до 116 ф., но за періодъ болѣе повышенной температуры, съ 18—23, больная убываетъ въ всѣхъ до 111 ф.; къ концу мѣсяца, въ продолженія нормальной температуры, съ 24—29, всѣ ея прибавь до 117 ф.

Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ вѣсь тѣла представлялъ значительныя колебанія, въ зависимости отъ болѣе высокой температуры, въ связи съ измѣненіемъ и психическаго состоянія больной *).

Наблюденіе IX. О. В. 48 лѣтъ, крестьянинъ, русскій, поступалъ въ Лечебницу 7 іюля 1901 г.

По свѣдѣніямъ, сообщеннымъ женой о прежней жизни и началъ заболѣванія больного, извѣстно слѣдующее: отецъ больного умеръ 70 лѣтъ, мать—80, оба злоупотребляли спиртными напитками. Самъ больной съ 15 лѣтъ работаетъ на стекольномъ заводѣ и уходилъ только на военную службу на 4 года, а затѣмъ былъ снова стекольнымъ мастеромъ, работалъ всегда въ жаркой атмосферѣ около котловъ. Для того, чтобы не ощущать особеннаго жару, постоянно пилъ воду, пилъ помногу и часто былъ пьянъ. Больной женатъ 26 лѣтъ, имѣетъ семеро дѣтей, совершенно здоровыхъ. Никогда ничѣмъ не хворалъ и венерическихъ болѣзней не имѣлъ. Годъ тому назадъ совсѣмъ пересталъ пить и не переносилъ вина. Въ началѣ 1901 г. появились головокруженія и однажды на работѣ было обморочное состояніе, послѣ чего память больного сильно ослабла.

Послѣ этого, больной совсѣмъ измѣнился, по временамъ „казался пьянымъ“, хотя вина не пилъ, высказывалъ негѣлые проэеты; собирался дѣлать „стеклянный домъ“, покупать „много коровъ, лошадей, свиней“, или становился вялымъ, ничего не дѣлалъ. Постепенно языкъ началъ заплетаться, больной сталъ плохо ходить, совсѣмъ забросилъ работу, послѣ чего былъ привезенъ въ Лечебницу.

На пріемъ больной вялъ, апатиченъ. Отвѣчаетъ на вопросы сильно заплетающимся языкомъ, воображаетъ медленно. Сознаніе мѣста и времени затемнено. То гозоритъ, что онъ „въ госпиталѣ“, то „въ лазаретѣ“. Текущаго времени совсѣмъ не знаетъ. Больной средняго роста, посредственнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ въ достаточномъ количествѣ. Лимфатическія подож-

*) Исторія болѣзни была ведена д-рами: Болдиневымъ и мною.

ныя желёзны не увеличены. Костная и мышечная системы развиты правильно. Липо ассиметрично: лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвый уголь рта опущенъ. Мимическія движенія въ лѣвой половинѣ лица слабо выражены. Зрачки неравномѣрны: лѣвый, значительно, шире праваго. Реакція ихъ на свѣтъ, боль и аккомодацию вяла. Языкъ, при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду. Пателлярные рефлексы очень повышены, остальные, сухожильные и костные выражены ясно. Движенія въ лѣвой рукѣ атактичны, не правильны. Походка затруднена. Больной при ходьбѣ совсѣмъ не поднимаетъ ногъ и волочить ихъ по полу. Лѣвая нога плохо повинувается больному и отстаетъ въ своихъ движеніяхъ. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій не обнаружено. Тоны сердца чисты.

Въ отдѣленіи больной, то вялъ, апатиченъ, лежитъ въ постели, то оживляется, сидитъ въ кругу больныхъ и ведетъ разговоры. Память и соображеніе значительно ослаблены: не можетъ запомнить имени надзирателя или настоящаго дня и числа. Въ періоды оживленія высказываетъ, что у него „стеклянный домъ“, много „коровъ, лошадей, хорошее хозяйство“ и. т. п. „Государь далъ ему много золота за службу“. Иногда же настроенъ плаксиво, проситъ отпустить его домой, заявляя, что онъ „совсѣмъ здоровъ“. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника правильны.

Такое психическое и физическое состояніе больного, съ постоянными смѣнами въ настроеніи и самочувствіи, продолжалось весь іюль, августъ, сентябрь и октябрь. Въ ноябрѣ, послѣ жалобъ на ощущение жара „подъ мышками“ и легкаго инсульта, больной пересталъ ходить и не въ состояніи былъ подниматься на ноги безъ помощи. Въ лѣвой рукѣ движенія ослабли и стали сильно атактичны, безпорядочны, въ правой рукѣ сильный треморъ, движенія ея также атактичны, такъ что больной не могъ ѣсть самъ и кормился съ ложки. Съ психической стороны тѣже измѣненія съ постоянной смѣной настроенія.

Въ декабрѣ, походка нѣсколько улучшилась, больной, хотя и съ трудомъ, сталъ самъ ходить, движенія въ правой рукѣ улучшились, больной самъ могъ ѣсть правой рукой. Психическое состояніе тоже.

11—12 января 1902 г. Валь, апатиченъ, больше лежить въ постели. На всѣ предлагаемые вопросы, сильно заплетающимся языкомъ, растгивая слова, говорить только: „хо-ро-шо“. Встаеъ къ столу, когда зовутъ обѣдать, ужинать и пить чай. Походка сильно затруднена, едва передвигаетъ ноги. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Моча, взятая нѣсколько разъ для изслѣдованія, была прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, сильно кислой реакціи, бѣлка и сахару не содержала. Удѣльный вѣсъ ея колебался 1,015—1,018—1,020. Бѣсъ хорошо, спить много. Съ 8 января было начато измѣреніе температуры.

12—15. Повышенно настроенъ, все время говорить, не обращая вниманія, что окружающіе больные его не слушаютъ. Сообщаетъ, что у него есть „хорошая корова“, за которую онъ заплатилъ „семдесятъ-пятьдесятъ руб.“, у него все „золотыя чашки, ложки“. Въ тоже время не могъ назвать сла, въ которомъ онъ жилъ, не знаетъ, гдѣ онъ находится. Кушаетъ порядочно. Спить плоховато, все время разговариваетъ самъ съ собой, посмѣивается. Отправленія кишечника правильны, мочится иногда въ постели или на ходу, не успѣвая дойти до ватера.

16—20. Сонливъ, апатиченъ, валь, встаеъ только къ столу, неохотно говорить. На предлагаемые вопросы не отвѣчаеъ или повторяеъ только „да... да... да“. Бѣсъ и спить много. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

21—23. Больной что-то стараеъ сказать, но ни слова не выговариваетъ и издаеъ только одѣльные слога: „да... да... да... да...“, при этомъ, то смѣеъ, то плачеъ. Вставаъ самъ совсѣмъ не можеъ, сидиъ или лежиъ въ постели. Поднятый на ноги стоиъ, но шагаъ не можеъ, дѣлаеъ ногами массу неправильныхъ движеній. Лѣвая рука совсѣмъ безъ движеній, правой поправляетъ ее правой рукой, въ которой наблюдаеъ сильный треморъ. Въ лѣвой половинѣ лица время отъ времени судорожныя подергиванія, въ особенности, когда хочеъ сказаъ что-то. Моча задержана, выдѣляеъся небольшими количествами. Мочевой пузырь переполняеъся, мочу приходиться спускаъ черезъ катетръ два раза въ день. При изслѣдованіи, моча прозрачна, кислой реакціи, удѣльного вѣса 1,022—1,024, бѣлка и сахару не содержиъ. Со стороны кишечника задержка, опорожненіе его происходиъ только

послѣ клизмы Кормится съ ложки и ѣсть порядочно. Мало спитъ.

24—30. Сонливъ, засыпаетъ во время измѣренія температуры. Совершенно безмысленъ, ни слова не говорить на предлагаемые вопросы, какъ бы и не слышитъ. Все время лежить, не въ состояніи приподняться и сѣсть. Моча скопится въ мочевого пузыря и выдѣляется небольшими количествами. Выпущенная чрезъ катетръ представляется слабо окрашенной, кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1,020—1,022, бѣлка и сахара не содержитъ.

31 января—7 февраля. Лежить все время въ постели. На лицѣ выраженіе удовольствія, благодушія. На вопросы, только неудержимо смѣется, но ни слова выговорить не можетъ, издаетъ только отдѣльные звуки: „мо... да... да... на...“, при этомъ въ лицѣ наблюдаются полергиванія мышцъ. Кожа правой щеки окрашена сильнѣе, чѣмъ лѣвой. Окраска состоитъ изъ отдѣльных красноватыхъ пятенъ, такъ что кожа принимаетъ мраморный видъ. Тоже самое наблюдается и на правой сторонѣ груди и правой рукѣ и ногѣ. Постоянно неопрятенъ. Моча выдѣляется небольшими количествами. Мочевой пузырь растянутъ, полное опорожненіе его происходитъ иногда, только чрезъ катетръ или, при малѣйшемъ надавливании на область мочевого пузыря, со стороны брюшныхъ стѣнокъ. Моча прозрачна, слабо окрашена, кислой реакціи, бѣлка не содержитъ. Отправленія кишечника ежедневны. Кормится съ ложки и ѣсть порядочно.

8—10. Сонливъ, вялъ, апатиченъ, совершенно безмысленъ. Движенія въ нижнихъ конечностяхъ и въ лѣвой рукѣ совершенно отсутствуютъ. Больного приходится переносить. Измѣненія въ окраскѣ кожи не наблюдается. Неопрятенъ въ постели, моча также выдѣляется часто. Надавливаніемъ на область мочевого пузыря удается спустить мочу. Отправленія кишечника нормальны. Кормится также съ ложки.

11—12. Съ выраженіемъ довольства на лицѣ пытается что-то сказать, но произноситъ отдѣльные звуки, то смѣется, то плачетъ. Физическія отправленія въ томъ же состояніи. Неопрятенъ.

13—14. Сонливъ, вялъ, апатиченъ, также безмысленъ. Отправленія кишечника въ томъ же состояніи. Неопрятенъ. Кормится съ ложки.

15—18. Послѣвается, на лицѣ выраженіе довольства. При обращеніи къ нему съ вопросомъ, неудержимо смѣется,

сквозь слезы. Лежить пластомъ. На лѣвой сторонѣ лица и правой половинѣ туловища окраска кожи имѣетъ крапчатый, мраморный видъ. Отравленія кишечника и мочевого пузыря въ одномъ положеніи.

19—21. Собылѣвъ, все время почти спитъ, апатиченъ, безсмысленъ.

22—27. Лежить пластомъ. При вопросахъ недержимо, сквозь слезы смѣется. На лицѣ выраженіе довольства. Отравленія кишечника и мочевого пузыря въ одномъ и томъ же положеніи. Кормится съ ложки. Неопрятенъ подъ себя.

Такое психическое состояніе съ постоянными смѣнами въ настроеніи, при полномъ безсмыслии, съ постепенно прогрессирующей слабостью и развитіемъ отековъ въ кожѣ, продолжалось весь мартъ и до 25 апрѣля.

26—27. Лежить безъ движенія, совершенно безсмысленъ. Пульсъ рѣдкій: 54—60 въ 1', слабого наполненія. Конечности ціаногичны. Дыхательныя движенія неравномѣрны, то замедлены, то учащены. Кожа на туловищѣ принимаетъ, то мраморный видъ съ синюшнымъ окрашиваніемъ, то блѣднѣетъ. Въ лицѣ и туловищѣ постоянныя подергиванія отдѣльныхъ мышцъ. Неопрятенъ все время подъ себя. Моча и испражненія выделяются постоянно. Пищу проглотить не въ состояніи, былъ на кормленіи чрезъ зондъ. Быстро образуется продолженъ, не подающийся никакимъ мѣбрамъ.

28-го, появились судороги въ правыхъ конечностяхъ. Дыханіе неровно, то задерживается и сильно замедляется, то учащается. Пульсъ 60 въ 1', слабого наполненія, аритмиченъ. То появляется ціанозъ лица и конечностей, то все выравнивается. Судороги повторяются чрезъ небольшіе промежутки. Температура подъ мышкой утромъ 37,6°, вечеромъ 38,5°.

29-го, въ 5 часовъ утра, умеръ.

Вскрытіе произведено 30 апрѣля, въ 11 часовъ утра, чрезъ 30 часовъ, послѣ смерти.

Вскрытіе мозга:

Черепъ правильно-овальной формы. Кости черепа истончены, просвѣчиваютъ. Дурѣе развито слабо. Черепная крышка снимается легко. Твердая мозговая оболочка слабо сращена съ костями черепа въ области пахіоновыхъ грануляцій. Внутренняя поверхность *durae matris* гладка, блестяща. Мягкая мозговая оболочка молочно-бѣлаго цвѣта, утолщена, сращена съ гребнями мозговыхъ извилинъ и снимается съ потерю

вещества мозга, въ особенноти, въ области центральныхъ и лобныхъ извилинъ того и другого полушарія. Сосуды ея наполнены кровью. По бороздамъ, между извилинами, мягкая оболочка отечна и мѣстами представляется растянутой, въ видѣ кистъ съ серознымъ, прозрачнымъ содержимымъ. Болѣе значительныя кисты помѣщаются въ лѣвомъ полушаріи, въ лобныхъ и центральныхъ бороздкахъ и въ центральномъ концѣ *fossae Sylvii*, въ правомъ полушаріи въ центральномъ концѣ *sulci interparietalis*. Стѣнки сосудовъ основанія мозга, *art. basillaris*, *art. meningeae mediae*, *art. fossae Sylvii* утолщены, сосуды извилисты. Мозгъ плотенъ, извилины его сжаты, борозды расширены. Сѣрный корковый слой истонченъ, мѣстами прерывается. Бѣлое вещество въ разрьѣѣ западаетъ и содержитъ массу красныхъ точекъ и полосокъ. Мозговые желудочки растянуты, въ особенноти, задніе рога и наполнены серозной, прозрачной жидкостью. Эпендима ихъ гладка, плотна. Дно четвертаго желудочка неровно, шероховато.

Вскрытіе внутреннихъ органовъ:

Околосердечная сумка содержитъ около 1 унца прозрачной, серозной жидкости. Стѣнки лѣваго сердца утолщены, драблы, буро краснаго цвѣта. Митральный и аортальные клапаны утолщены, грубы. Венозные и артеріальныя отверстія не сужены. Эндокардіи мѣстами молочно-бѣлаго цвѣта. Аорта нѣсколько растянута на *intima* ея имѣются различныя величины бляшки сѣровато-желтаго цвѣта, выступающія и плотныя на ощупь. Въ грудной полости незначительное скопленіе прозрачной серозной жидкости. Плевральные листки сращены въ области верхней доли лѣваго легкаго плотными фиброзными перемычками. Бронхіальныя железы не увеличены, пигментированы. Оба легкія на ощупь по краямъ мягкія, пушисты, въ остальныхъ частяхъ равномерно плотноваты, всюду крепітуютъ, въ разрьѣѣ темно-краснаго цвѣта, при давленіи даютъ много пѣнистой жидкости съ примѣсью темной крови. Селезенка мала, плотна, въ разрьѣѣ темно-краснаго цвѣта съ большими полосками и точками, капсула ея не напряжена. Печень въ разрьѣѣ мушкетнаго вида, при давленіи даетъ много темной крови. Въ полости брюшины небольшое количество прозрачной жидкости. Брызжеечныя железы не увеличены. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ блѣдна, фолликулярныя железы выступаютъ въ видѣ зернышекъ. Почки не увеличены. Капсула ихъ снимается легко. Корковый слой

блѣдно-краснаго цвѣта, съ поверхности гладкій, ровный. Основаніе пирамидъ темно-краснаго цвѣта. Сосочки блѣдно-краснаго цвѣта, при давленіи даютъ прозрачную жидкость. Лоханки и мочеточники не растянуты. Стѣнки мочевого пузыря тонки, слизистая оболочка его блѣдна, гладка. Подкожная клетчатка всюду отечна.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками, было производимо съ 8 января по 26 февраля 1902 г., периферической съ 22 января по 26 февраля.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. X, крив. № 1) колеблется довольно неравномѣрно и совершаетъ свои колебанія не на одинаковой высотѣ. Температура, то держится въ предѣлахъ нормы, какъ это было съ 15—19 января, съ 8—11 февраля, 13 и 14, 19—21 февраля или, наоборотъ, колебанія также въ предѣлахъ нормы, но въ нѣкоторые дни, повышаясь до 38° , какъ это видно: съ 8—11 января и съ 24—30 января, или же превышаетъ норму и держится выше 38° , то 3—4 дня, какъ это было: съ 12—14 января, съ 21—23, 11—12 февраля и съ 15—18 или въ продолженіе 8 дней, какъ это наблюдалось: съ 31 января по 7 февраля. Соотвѣственно этимъ періодамъ повышенной и нормальной температуры, измѣнялось психическое состояніе больного.

Такъ, въ первое время измѣренія температуры, съ 8—11 января, пока температура колеблется въ предѣлахъ нормы, и только въ первый и послѣдній день по вечерамъ достигаетъ 38° , больной вялъ, апатиченъ, больше спитъ, но съ 12—15 января, когда температура поднялась до 38° и колеблется между 38° — $38,4^{\circ}$, больной мало осмысленъ, повышенно настроенъ, болтливъ, высказываетъ бредъ величія, свойственный его развитію, посмѣивается. Съ 16—20 января, когда температура колеблется въ предѣлахъ нормы, больной сонливъ, апатиченъ, вялъ, также мало осмысленъ. Въ періодъ времени съ 21—23 января, когда температура колеблется между 38° — $38,4^{\circ}$, больной сталъ совершенно бесмысленъ, наступили явления афазіи, смѣхъ и слезы безъ причины, параллелія ниж-

нихъ конечностей, параличъ лѣвой руки, судорожныя подергиванія въ лѣвой половинѣ лица, параличъ мочевого пузыря и кишечника, въ общемъ, явленія раздраженія головного мозга. За время, съ 24—30 января, температура совершаетъ колебанія въ предѣлахъ нормы и только 27 числа достигаетъ 38° — 38.2° , большой сонливъ, совершенно безмысленъ, явленія происшедшихъ параличей остаются. Съ 31 января по 7 февраля, когда температура колеблется выше 38° , достигая 38.4° , у больного наблюдаются: выраженіе удовольствія и благодушія на лицѣ, подергиванія отдѣльныхъ мышцъ на лицѣ и разстройство кожныхъ сосудовъ на правой сторонѣ лица и правой половинѣ тѣла; явленія афазіи, параллелія нижнихъ конечностей и разстройства мочевого пузыря остаются въ томъ же положеніи. Далѣе наблюдалось тоже самое: при повышеніи температуры, больной оживляется, поспѣвается, при низкой, апатиченъ, сонливъ, происшедшіе параличи остаются все время. Температура больного имѣетъ все время правильный интермитирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями. Изрѣдка наблюдался извращенный типъ колебаній съ утренними повышеніями и вечерними пониженіями такъ: 22 января, 7, 12, 18 февраля.

Кривая пульса (табл. X, крив. № 1) представляетъ мѣнѣе значительныя колебанія. Пульсъ слабо реагировалъ на всѣ измѣненія температуры. Въ періоды пониженной температуры, количество пульса колеблется между 72—78 ударами въ 1', изрѣдка опускаясь до 60 въ 1', въ періодъ повышенія — пульсъ достигаетъ до 84 въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. X, крив. № 1) также представляла незначительныя колебанія. Въ періоды пониженной температуры количество дыханій въ 1' колеблется между 15—18, въ періоды повышенной, или держится на 24 въ 1' или колеблется между 21—24 въ 1' и продолжаетъ тѣже колебанія и въ первые дни пониженной температуры.

При обзорѣ кривыхъ температуры подъ обѣими мышками (табл. X, крив. № 2) можно подмѣтить ту же періодичность

въ смѣнѣ повышенной и пониженной температуры, но здѣсь эти періоды не такъ рѣзко выступаютъ, какъ это наблюдалось при температурѣ *in recto*. Температура подѣ мышками держится ниже температуры *in recto*, то на $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$, то болѣе значительно отстаетъ отъ нея на $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

Въ этомъ случаѣ обращаетъ на себя вниманіе разни́ца температуръ, измѣренныхъ одновременно подѣ той и другой мышкой. Разни́ца эта достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, при этомъ, температура подѣ правой мышкой держится все время выше, чѣмъ подѣ лѣвой и только въ послѣднее время, температура подѣ лѣвой мышкой, въ нѣкоторые дни: 17—18—20—23 февраля, превышаетъ температуру подѣ правой. Превышенію подѣ правой мышкой, съ 31 января по 7 февраля, способствуютъ разстройства вазомоторовъ кожи на правой половинѣ тѣла.

Кривыя температуры на лбу у больного (табл. X, крив. № 3) уже мало напоминаютъ періоды измѣненій внутренней температуры. Температура, на той и другой сторонѣ лба у больного, совершаетъ свои колебанія между 32° — $36,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $4,5^{\circ}$, у здороваго же $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. При повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при паденіи, болѣе низкихъ, чѣмъ у здороваго. Температура съ лѣвой стороны лба, почти все время держится выше, чѣмъ на правой. Разни́ца между температурами той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° .

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ той и другой стороны у больного (табл. X, крив. № 4) совершаетъ свои колебанія между $33,7^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,1^{\circ}$, у здороваго—между 35° — 36° , въ предѣлахъ 1° . На правомъ сосцевидномъ отросткѣ температура, преимущественно, держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только въ нѣкоторые дни: 22, 28, 30 января, 4, 5, 6, 8, 10, 13 и 22 февраля, температура на лѣвомъ, превышаетъ таковую же на правомъ. Разни́ца между той и другой достигаетъ $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,2^{\circ}$ — $1,4^{\circ}$ — $1,8^{\circ}$.

Кривыя температуры на той и другой сторонѣ груди у больного (табл. X, крив. № 5) колеблются между $33,8^{\circ}$ — $36,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго же—между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Температура у больного при пониженіи опускается до болѣе низкихъ точекъ, при повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ, чѣмъ у здороваго. Съ правой стороны груди у больного держится почти все время выше, чѣмъ на лѣвой и только въ нѣкоторые дни: 26, 28, 30 января, 4 и 5 февраля, температура на лѣвой сторонѣ превышаетъ температуру на правой. Разница между температурами той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

На срединѣ плеча той и другой стороны у больного (табл. X, крив. № 6) температура колеблется между 33° — $36,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,2^{\circ}$, у здороваго же—между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. При повышеніи температура на срединѣ того и другого плеча у больного, достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи опускается до болѣе низкихъ, чѣмъ у здороваго. Температура, измѣренная одновременно на томъ и другомъ плечѣ, держится не на одной высотѣ. На правомъ плечѣ температура, почти все время, держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только въ нѣкоторые дни: 23, 30, 31 января, 1, 2, 4 и 5 февраля температура на лѣвомъ превышаетъ температуру на правомъ. Разница между температурами того и другого плеча достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$.

На бедрахъ у больного температура (табл. X, крив. № 7) совершаетъ свои колебанія между $31,8^{\circ}$ — 36° , въ предѣлахъ $4,2^{\circ}$, у здороваго—между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. При повышеніи температура на бедрахъ у больного достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи опускается болѣе значительно, чѣмъ температура у здороваго. Температура на правомъ бедрѣ у больного все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница температуръ, измѣренныхъ одновременно, на томъ и другомъ бедрѣ, достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° .

Слѣдовательно, у даннаго больного, при обзорѣ температурныхъ кривыхъ, можно отмѣтить тѣже особенности, какъ и

въ предъидущихъ случаяхъ. Температура у этого больного въ своихъ колебаніяхъ имѣеть ту же смѣну періодовъ повышенія съ періодами пониженія. При этомъ, у больного періоды повышенной температуры, превышающей норму, то болѣе коротки 3—4 дня, то болѣе длинны—до 8 дней. Пониженная температура также держится различное время то 3 дня, то 7 дней. Такая неравномѣрность періодовъ объясняется, по всей вѣроятности, тѣмъ, что больной находился уже въ послѣдней стадіи болѣзни. Періоды повышенной температуры нерѣдко сопровождались ясными симптомами раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ гемиплегіи, половинныхъ парезовъ сосудистой системы, афазіи и судорогъ въ одной половинѣ тѣла и тому подобнымъ явленіямъ.

При обзорѣ периферической температуры и подъ мышками обращаетъ на себя вниманіе также особенность, которая наблюдалась и въ остальныхъ случаяхъ. Температура, измеренная одновременно, на симметричныхъ мѣстахъ той и другой стороны, держится неодинаково.

Въ данномъ случаѣ, на лѣвую температуру держится выше на лѣвой сторонѣ, на остальныхъ мѣстахъ—на правой. Паретическія явленія и параличи болѣе рѣзко выражены на противоположной сторонѣ. Превышенію температуры на правой сторонѣ изрѣдка сопутствовали разстройства кожныхъ судовъ на той же сторонѣ.

Въ виду тяжелаго физическаго состоянія, больной не взвѣшивался въ періодъ измѣренія температуры *.

Наблюденіе X. В. З. Г. 42 лѣтъ, докторъ медицины, православный, русскій, поступилъ въ Лечебницу 21 іюня 1901 г.

Изъ анамнестическихъ свѣдѣній о больномъ извѣстно слѣдующее: Отецъ больного 80 лѣтъ, живъ и до сихъ поръ,

* Исторія болѣзни была ведена д-рами: Болдыревымъ и мною.

совершенно здоровый старикъ, алкогольъ не злоупотреблялъ. Мать умерла отъ чахотки въ среднихъ лѣтахъ. Въ семьѣ больного нѣтъ ни душевно, ни нервно-больныхъ. Самъ больной былъ человѣкъ нервно-раздражительный, не богато одаренный способностями, но весьма трудолюбивый, аккуратный и не позволявшій себѣ никакихъ излишествъ. Сифилисъ совершенно отрицается. Послѣ значительнаго напряженія силъ при работѣ надъ диссертацией, съ 1896 г, больной сталъ чувствовать частое утомленіе. Въ 1899 г, перенесъ двухсторонній *ischias*, который продолжался около 2 мѣсяцевъ и подался только электричеству. Въ началѣ 1901 г. больной сталъ разсѣянъ, неаккуратенъ въ своихъ служебныхъ обязанностяхъ, чувствовалъ себя утомленнымъ. Въ апрѣлѣ 1901 г. у больного появилась спячка: больной стремился постоянно спать, сталъ апатичнымъ, вялымъ. Въ маѣ, наоборотъ, сталъ непосѣдливъ, подвиженъ, все время куда-то стремился, поспѣшалъ безъ всякой цѣли, всѣхъ знакомыхъ. Прежде будучи бережливымъ, остался совершенно равнодушнымъ къ своимъ сбереженіямъ, теперь сталъ составлять проекты скорого обогащенія, высказывалъ различныя соображенія о выгодномъ помѣщеніи въ ростъ своего небольшого капитала. Вскорѣ же сталъ себя считать уже богатымъ, дѣлалъ безцѣльныя покупки, сталъ раздражителенъ, приходилъ въ возбужденное состояніе при малѣйшемъ возраженіи, пересталъ спать ночами. Въ виду всего вышеизложеннаго, больного принуждены были помѣстить въ Лечебницу.

На пріемѣ больной былъ повышенно настроенъ, суставы, непосѣдливъ, сообщаетъ, что онъ пріѣхалъ въ Лечебницу ознакомиться и осмотрѣть ее. Рѣчь больного ясна, замѣтно спотыканіе на слогахъ. Больной не соглашается съ тѣмъ, что онъ боленъ и заявляетъ, что чувствуетъ себя „очень хорошо, какъ никогда“. Больной средняго роста, посредственнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ умѣренно. Костная и мышечная системы развиты правильно. Лѣвая носогубная складка выражена слабѣе, чѣмъ правая. Зрачки расширены, реакція ихъ на свѣтъ и боль слабая, вялая. Языкъ при высовываніи дрожитъ, но не уклоняется въ сторону, въ немъ ясно выражены фибриллярныя сокращенія. Кожная болевая, тактильная и термическая чувствительности сохранены. Пателлярные рефлексы и остальные

сухожилыне и кожные повышены. Въ рукахъ сильно выражень треморъ. Походка замѣтно атактична. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено.

21—30 іюня. Въ отдѣленіи больной, то вполне соглашается, что онъ переутомился и долженъ погнѣться, то приходитъ въ сильное возбужденіе, требуетъ его выписать, считая себя „совсѣмъ здоровымъ“, стремится и рвется во всѣ двери. Помѣщенный въ отдѣльную комнату, сбросилъ съ себя бѣлье, все время кричитъ, требуетъ подать ему „форменный мундиръ“, высказывая желаніе „ѣхать въ Петербургъ“, хлопотать о профессорской каѳедрѣ. Въ бесѣдѣ заявляетъ, что у него „много научныхъ трудовъ“, которые хочетъ преподнести всѣмъ врачамъ, онъ „приватъ-доцентъ“, имѣетъ „большіе чины“, „протекцію“, легко можетъ занять „какую угодно каѳедру“. Или, считая уже свое назначеніе на каѳедру совершившимся фактомъ, требуетъ мундиръ и проситъ подать лошадей, чтобы ѣхать „представляться начальству“. Плохо воспринимаетъ и почти не понимаетъ, что ему говорятъ и повторяетъ одно и тоже на разные лады. Рѣчь мѣняе внятна, спотыканіе на слогахъ сильнѣе. Ночами не спитъ и засыпаетъ только при снотворномъ (sulfonyl) и послѣ ванны. Былъ неопытенъ въ комнатѣ. Ълъ мало.

1—5 іюля. Нѣсколько спокойнѣе, весело настроенъ. Самочувствіе повышено. Всѣмъ доволенъ, „счастливъ“. Высказываетъ, что онъ „богатъ“, у него „красавица—жена“, „масса ученыхъ трудовъ“, „теперь, пока онъ отдохнетъ, а затѣмъ получить каѳедру“. Память и соображеніе значительно ослаблены. Соображаетъ вяло и самъ заявляетъ, что „дурно ему не хочется“. Неряшливъ въ костюмѣ.

6—15. Вялъ, апатиченъ, ничѣмъ не можетъ заняться, готовъ цѣлыми днями лежать на постели, отъ прогулокъ отказывается, говоритъ, что ему „дѣнь“. Иногда, если и заявляетъ желаніе выписаться, то скоро же и оставляетъ эту мысль, соглашается пожить и отдохнуть. Спитъ и ѣстъ порядочно. Отправленія кишечника правильны.

16—31. Суетливъ, беспокоенъ, постоянно стремится на выписку изъ Лечебницы, приводитъ весьма различные доводы, то говоритъ, что ему необходимо ѣхать въ Харьковъ и проситъ, чтобы его „назначили профессоромъ“, то высказываетъ желаніе специализироваться и быть психіатромъ, проситъ ордина-

тора быть его руководителемъ и тому подобное. Часто раздражается, приходить въ возбужденное состояніе, истерически рыдаетъ. Спитъ ночами плохо. Бѣтъ порядочно. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны.

1—31 августа. Сначала былъ вялъ, апатиченъ, лежалъ больше въ постели, ничѣмъ не интересовался. Не въ состояніи былъ хотѣть, чѣмъ—нибудѣ заниматься; отказывался отъ чтенія газетъ. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Затѣмъ сталъ возбужденъ, раздражителенъ, постоянно высказывалъ желаніе выписаться, приводя прежніе и имъ подобные доводы. Много писалъ писемъ женѣ, по нѣскольку писемъ въ день, забывая о прежнихъ, которые въ этотъ день уже отправилъ. Въ письмахъ также высказываетъ, чтобы за нимъ пріѣхали, привезли „форменное платье“, прозиль женѣ разводомъ, если за нимъ не пріѣдетъ, бранился и въ заключеніе, называя жену нѣжными именами, просилъ прислать ему различныхъ лакомствъ, большой списокъ которыхъ всегда прилагалъ. Спалъ ночами плохо. Бѣтъ достаточно. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны.

1—12 Сентября. Болѣе вялъ, апатиченъ, лежитъ все время въ постели. Вырываетъ у себя на лобѣ, и на кождѣ рукѣ и ногѣ волосы, объясняя, что они „толще будутъ роста“. Памятъ значительно ослаблена, за текущимъ временемъ не слѣдитъ. Соображеніе вялое. Ничѣмъ не можетъ заняться. Съ физической стороны представлялъ слѣдующее: зрачки сильно сужены, неравномѣрны: лѣвый зрачекъ шире правого, реакція ихъ вялая. Лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвый уголъ рта опущенъ. Голова наклонена нѣсколько вправо. Языкъ при высовываніи дрожитъ, но въ сторону не уклоняется. Лѣвое плечо немного выше правого. Въ лѣвой рукѣ движенія атактичны. Походка сильно атактична: при ходьбѣ, больной сильно разставляетъ ноги. Пателлярные рефлексы слабо выражены. Кожная болевая чувствительность понижена всюду равномѣрно, больной чувствуетъ только сильный уколъ булавки. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи внутреннихъ органовъ не обнаружено никакихъ уклоненій отъ нормы. Моча прозрачна, янтарно—желтаго цвѣта, кислой реакціи, бѣла и сахару не содержитъ. Отправленія кишечника ежедневны, нормальны. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Всѣхъ тѣла 174—176 ф.

13—22. Больной суетливъ, постоянно высказываетъ желаніе выписаться, приводя различные доводы: то говорить,

что ему нужно ѣхать въ различные университетскіе города занимать каедру, то изъявлять желаніе полечиться, но только „за границей“ или „въ Крыму и на Кавказѣ“. Ежедневно писать къ женѣ по нѣскольку писемъ довольно одобрительнаго содержания: вначалѣ письма вѣчески ругаетъ её, грозить, въ заключеніе, называя пѣжными именами, просить прислать ему лакомства, которыхъ составляетъ длинный списокъ. Настроеніе крайне измѣнчиво: больной, то веселъ, благодаренъ, то чрезъ минуту раздражителенъ, возбужденъ, истерически рыдаетъ, упрекаетъ всѣхъ, „что его „совершенно здороваго“ насильно задерживаютъ. Охотно согласился подвергнуться измѣренію температуры. Въ рукахъ сильный tremorъ. Врачки расширили. Отправленія кишечника задержаны и ежедневное опорожненіе его происходитъ или посредствомъ клизмы, или слабительнаго. Спитъ плохо. Кушаетъ порядочно. Въсѣ тѣла 172—172 ф.

23 сентября—4 октября. Апатиченъ, вялъ, больше сидитъ гдѣ либо въ уединеніи, неохотно разговариваетъ. На предлагаемые вопросы ограничивается односложными отвѣтами, плохо соображаетъ. Врачки сѣужены, немного неравнодушны: дѣвѣй шире праваго. Спитъ и кушаетъ много. Отправленія кишечника правильны. Въсѣ тѣла 174—176 ф.

5—24. Веселъ, болтливъ. Повишенно настроенъ, пишетъ много писемъ разнообразнаго содержанія. Часто принимаетъ участіе въ карточной игрѣ, вздоритъ, ссорится и приходитъ въ столкновеніе съ больными. Въ разговорѣ также хвастливъ, говоритъ о своемъ назначеніи на „профессорскую каедру“, считая это, за совершившійся фактъ. Постоянно выражаетъ желаніе выписаться, но также легко соглашается еще остаться и полечиться. На вечерахъ развязенъ, веселъ, неотомимо танцуетъ, совершенно неправильно, но эгимъ нисколько не смущается. Спитъ ночами плохо, часто не засыпаетъ безъ снотворнаго. Кушаетъ порядочно. Отправленія кишечника вялы, но ежедневны. Въсѣ тѣла 174—172 ф.

25 октября—1 ноября. Болѣе спокоенъ, вялъ, проводить время въ уединеніи, больше охотится лежать. Последніе три дня раздражается и отказывается отъ дальнѣйшаго измѣренія температуры, заявляя, что ему „надоѣло“, но позволить себя уговорить. Последній день 1 ноября вечеромъ, совершенно отказався подвергнуться изслѣдованію, почему измѣреніе температуры было закончено. Въсѣ тѣла 175 ф.

Въ дальнѣйшемъ теченіи физическое и психическое состояніе больного съ постоянными смѣнами настроенія прогрессивно ухудшалось. Въ мартѣ 1903 г. когда приступлено было ко вторичному измѣренію температуры, больной представлялъ уже слѣдующія явленія: лицо маскообразно, асимметрично, лѣвая носогубная складка совершенно сглажена, лѣвый уголъ рта опущенъ. Голова больше наклонена въ правую сторону. Лѣвое плечо стоитъ выше праваго. Туловище также нѣсколько наклонено вправо. Лѣвая рука въ паретическомъ состояніи, движенія ея неправильны, атактичны. Походка сильно атактична, болѣе затруднена. Зрачки неравнобѣжны: лѣвый шире праваго. Языкъ, при высовываніи, сильно дрожитъ. Внутренніе органы, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, уклоненій отъ нормы не представляютъ. Моча прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,020—1,022, бѣлка и сахару не содержитъ.

10—18 марта. Все время благодушно, нѣсколько повышено настроенъ. Память и воображеніе въ значительномъ упадкѣ. За текущимъ временемъ не слѣдитъ. Не въ состояніи написать къ женѣ письма. Плохо воспринимаетъ, что ему говорить. Высказываетъ отрывочныя идеи бреда грандіозности и величія, считаетъ себя обладателемъ нѣсколькихъ богатыхъ домовъ въ Казани, приносящихъ ему „сотни тысячъ дохода“. Къ своему положенію относится безразлично, пренебрегая желанія выписаться не высказываетъ, считая. Лечение „своими собственнымъ домомъ“. Принимаетъ участіе въ карточной игрѣ, но совершенно ничего не соображаетъ. Рѣчь сильно затруднена, языкъ заплетается, выговоръ словъ неясенъ, невнятенъ. Отправленія кишечника взяли, но ежедневны. Изрѣдка неопрятенъ въ постели. Сонъ и аппетитъ достаточны.

19—24. Болѣе апатиченъ, вялъ, стремится лежать въ постели, держится въ уединеніи. На предлагаемые вопросы изрѣдка скажетъ какое либо слово, больше же отмалчивается. Спитъ много. Кушаетъ безъ разбору и помногу. Отправленія кишечника правильны.

25—31. Болѣе оживленъ, сидитъ въ кругу больныхъ, сильно заплетающимся языкомъ, сообщаетъ о своемъ колоссальномъ богатствѣ, не обращая вниманія, что его не слушаютъ или смѣются надъ нимъ. Вопросы плохо понимаетъ. Иногда съ растеряннымъ видомъ, какъ бы огуленный, бро-

дять по отдѣленію, заглядываютъ во всѣ двери. Въ рукахъ сильный треморъ. Рѣчь сильно затруднена, большой слогъ не договариваетъ или пропускаетъ нѣкоторые слога. Зрачки сильно расширены. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны, опорожненіе его ежедневно, послѣ слабительнаго или клизмы.

Первый разъ измѣреніе температуры внутренней, in recto и подъ мышками было произведено съ 13 сентября по 1 ноября 1901 г, периферической съ 13 сентября по 7 октября.

Температура in recto у этого больного (табл. XI, крив. № 1) въ своемъ теченіи также держится не на одинаковой высотѣ и совершаетъ то болѣе значительныя колебанія, то незначительныя. Съ 13—22 сентября, температура по вечерамъ достигала большую частью 38° — $38,2^{\circ}$, а въ послѣдніе три дня до $38,3^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ —, затѣмъ съ 23 сентября по 4 октября, температура не превышаетъ нормы — $37,6^{\circ}$, но зато по утрамъ иногда падаетъ до субнормальныхъ точекъ, $36,5^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$. Въ періодъ времени съ 5—24 октября, температура дѣлаетъ то значительныя колебанія и поднимается до $38,3^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$, то менѣе значительныя и едва достигая 38° . Съ 25 октября по 1 ноября, температура опускается до субнормальныхъ точекъ, хотя къ вечеру въ послѣдніе дни поднимается до 38° . Сообразно съ этими колебаніями температуры рѣзко измѣнялось психическое состояніе больного. Такъ, въ первое время, съ 13—22 сентября, когда температура совершала болѣе значительныя колебанія и держалась на высокихъ точкахъ, больной былъ суетливъ, безпокоенъ, повышено настроенъ, высказывалъ бредовыя идеи, то веселъ, благодушенъ, то раздражителенъ. Съ 23 сентября по 4 октября, температура держится въ предѣлахъ нормы и даже падаетъ иногда ниже нормы, больной вялъ, апатиченъ, молчаливъ. Въ періодъ съ 5—24 октября, когда температура

вновь колеблется и достигаетъ вышнихъ точекъ, больной становится веселъ, бодрѣвъ. повышенно настроенъ, высказываетъ бредовныя идеи, также легко раздражается. Съ 25 октября по 1 ноября, температура держится на болѣе низкихъ точкахъ, хотя въ послѣдніе дни, по вечерамъ, достигаетъ до 38° , въ это время больной вялъ, апатиченъ, послѣдніе дни раздражается и отказывается отъ дальнѣйшаго измѣренія температуры.

Кривая пульса (табл. XI, крив. № 1) также дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія, чѣмъ у здороваго человѣка и не всегда вполне соответствуетъ высотѣ температуры. Въ первый періодъ повышения температуры, количество пульса то колеблется между $78-84$ уд. въ $1'$, то достигаетъ до $96-100$ уд. въ $1'$, но 23, 24 сентября, когда температура уже опустилась до 37° , количество пульса еще держится между $78-84$ и только въ слѣдующіе дни падаетъ до 66 въ $1'$, или колеблется между $72-78$. Начиная съ 30 сентября, хотя температура еще держится между $37^{\circ}-37,5^{\circ}$, количество пульса учащается до $84-90$ въ $1'$. Съ наступленіемъ новаго періода повышения температуры, количество пульса учащается до $90-96$ въ $1'$ и все время повышения дѣлаетъ значительныя колебанія.

Кривая дыханія (табл. XI, крив. № 1) колеблется такъ же неравномѣрно и не вполне соответствуетъ въ каждый отдѣльный моментъ высотѣ температуры. Въ періодъ повышения температуры съ $13-22$ сентября, количество дыханія колеблется между $21-24$ или при болѣе значительныхъ повышеніяхъ температуры до $39, 4^{\circ}-38,8^{\circ}$, количество дыханій достигаетъ до $28-30$ въ $1'$. Въ періодъ понижения температуры, съ 23 сент. по 4 окт., количество дыханія, то держится также между $21-24$, то совершаетъ болѣе значительныя колебанія между $18-24$ въ $1'$, или же между $18-21$. Этоже несоотвѣтствіе наблюдается и въ слѣдующіе періоды повышенной и пониженной температуры.

Кривыя температуры подъ мышками у больного (табл.

XI, крив. № 2) въ своемъ теченіи и своихъ колебаніяхъ вполне слѣдуютъ за кривой температуры *in recto*. Температура подъ мышками держится ниже температуры *in recto* на $0, 3^{\circ}$ — $0, 5^{\circ}$ — $0, 6^{\circ}$, иногда болѣе значительно на $0, 8^{\circ}$ — $0, 9^{\circ}$ — 1° . Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе то, что температура, измѣренная одновременно подъ той и другой мышкой, держится неодинаково. Температура подъ правой мышкой у даннаго больного, все время держится выше, чѣмъ подъ лѣвой и только изрѣдка, какъ—то: 1, 7, 17 и 22 октября, температура подъ лѣвой мышкой превышаетъ температуру подъ правой. Разница между температурами той и другой стороны достигаетъ до $0, 3^{\circ}$ — $0, 5^{\circ}$ — $0, 6^{\circ}$ — $0, 9^{\circ}$. Колебанія температуры подъ мышками у больного въ $0, 8^{\circ}$ — $0, 9^{\circ}$ — 1° — $1, 6^{\circ}$, болѣе значительны, чѣмъ таковыя же у здороваго.

Температура на лбу у больного (табл. XI, крив. № 3) совершаетъ свои колебанія между 32° — $35, 5^{\circ}$, въ предѣлахъ $3, 5^{\circ}$, у здороваго между 34° — 35° . Температура на лбу больного въ высшихъ своихъ точкахъ держится на одномъ уровнѣ или немного превышаетъ таковую же у здороваго, пока внутренняя температура, съ 13—22 сентября, у больного держится выше, чѣмъ у здороваго. При паденіи внутренней температуры у больного до предѣловъ нормы, температура на лбу опускается на болѣе низкія точки, чѣмъ у здороваго. На той и другой сторонѣ лба у больного температура держится на одной высотѣ. Разница между ними достигаетъ $0, 5^{\circ}$ — $0, 6^{\circ}$ — $0, 8^{\circ}$ и даже 1° . При этомъ въ періодъ пониженія, съ 13—22 сент., температура на лѣвой сторонѣ лба все время держится выше, чѣмъ на правой. Затѣмъ въ періодъ пониженія, съ 23 сент. по 4 окт., температура держится выше, то на правой, то на лѣвой сторонѣ.

Температура на груди у больного (табл. XI, крив. № 4) совершаетъ свои колебанія между 32° — 36° , въ предѣлахъ 4° , тогда, какъ у здороваго между $34, 5^{\circ}$ — $35, 5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° , такъ что максимумъ температуры больного 36°

превышаетъ максимумъ здороваго, но зато минимумъ болѣз-ного значительно ниже такового же у здороваго. На правой сторонѣ груди у больного, температура все время держится выше таковой же на лѣвой сторонѣ. Разница между температурами правой и лѣвой стороны достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,2^{\circ}$, у здороваго же изрѣдка $0,1^{\circ}$.

Температура на срединѣ того и другого плеча у больного (табл. XI, крив. № 5) колеблется между $32,5^{\circ}$ — 36° въ предѣлахъ $3,5^{\circ}$, у здороваго же между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. Здѣсь также наблюдается, что при повышеніяхъ температура у больного превышаетъ нѣсколько такую же у здороваго, при пониженіи падаетъ значительно ниже чѣмъ у здороваго. При этомъ, температура, измѣренная одновременно на томъ и другомъ плечѣ, держится неодинаково. Разница между той и другой достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$; у здороваго изрѣдка въ $0,1^{\circ}$. Температура на правомъ плечѣ преимущественно держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только изрѣдка: 27 сент, 1, 2, 3 и 6 окт. на лѣвомъ плечѣ превышаетъ температуру на правомъ.

Температура на бедрахъ у больного (табл. XI, крив. № 6) совершаетъ свои колебанія между 30° — $34,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $4,8^{\circ}$, у здороваго—между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. При повышеніяхъ, температура у больного держится нѣсколько выше, при пониженіяхъ, падаетъ болѣе значительно, чѣмъ у здороваго. Температура на правомъ бедрѣ у больного, почти все время, держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только изрѣдка: 22, 23 сентября, 4 окт., температура на лѣвомъ превышаетъ температуру на правомъ.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у этого больного не была измѣрена потому, что больной не переносилъ прикосновения къ своимъ ушамъ и раздражался.

При повторномъ измѣреніи, съ 10—31 марта 1903 г., чрезъ полтора года, послѣ перваго измѣренія, со стороны температуры наблюдались слѣдующія явленія:

Температура in recto (табл. XI, крив. № 1) представляет уже ясную периодичность въ своемъ теченіи. Періоды болѣе повышенной температуры смѣнялись періодами болѣе пониженной, колеблющейся въ предѣлахъ нормы. Соотвѣстственно этимъ періодамъ происходитъ и смѣна въ психическомъ состояніи больного. Такъ, съ 10—18 марта, температура колеблется на болѣе высокихъ точкахъ и достигаетъ до $38,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, въ это время больной повышенно настроенъ, высказываетъ безсвязныя идеи бреда величія, при полномъ безучастіи къ своему положенію. Съ 19—24 марта, когда температура совершаетъ свои колебанія въ предѣлахъ нормы, больной вялъ, апатиченъ, держится въ уединеніи, менѣе общителенъ. Наконецъ, съ 25—31 марта, температура вновь повышается и держится на болѣе высокихъ точкахъ, больной вновь оживляется, высказываетъ идеи бреда, у него наблюдается усиленный треморъ, расширеніе зрачковъ ad maximum, или растерянность и оглушенность.

Кривыя пульса и дыханія имѣютъ тѣже особенности, которыя наблюдались и при первомъ измѣреніи.

Кривая температуры подъ мышками слѣдуетъ въ своихъ колебаніяхъ за кривой температуры in recto, отличаясь отъ нея на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° и болѣе. Съ правой стороны температура держится все время выше, чѣмъ слѣва. Разница между той и другою достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

Периферическую температуру въ этотъ разъ не удалось измѣрить болѣе продолжительное время и постоянно, въ виду нетерпѣнія и отказа больного. Но изъ отрывочныхъ измѣреній можно было замѣтить со стороны измѣненій тѣже явленія, которыя были отмѣчены и въ первое измѣреніе.

И такъ, въ этомъ случаѣ, при измѣреніи внутренней и периферической температуры, можно отмѣтить въ ея теченіи тѣже характерныя черты, которыя наблюдались въ предыдущихъ случаяхъ. Періоды повышенной температуры, превосходящей норму, смѣнялись періодами болѣе низкой температуры, непревышающей нормы. Сообразно съ этими періо-

дами измѣнялось и психическое состояніе. Въ періоды повышенной температуры, кромѣ того, наблюдались признаки раздраженія мозга, въ видѣ расширенія зрачковъ, усиленнаго тремора въ рукахъ и усиленія паретическаго состоянія въ лѣвой половинѣ тѣла.

При вторичномъ измѣреніи температуры отмѣчаются тѣже особенности, какъ и во время перваго измѣренія. При измѣреніи температуры подъ мышками, разница между температурой съ той и другой стороны болѣе постоянна.

Вѣсь тѣла, въ связи съ періодами измѣненія температуры и психическаго состоянія, измѣнялся слѣдующимъ образомъ: Въ первую половину сентября вѣсь тѣла поднялся съ 174 до 176 ф., затѣмъ въ періодъ повышенной температуры, съ 13—22 сент., онъ падаетъ до 172 ф. съ 23 сент.—4 окт., когда температура держится въ предѣлахъ нормы, вѣсь тѣла снова начинаетъ повышаться и достигаетъ 174—176 ф. Въ періодъ времени, съ 5—24 окт., когда температура дѣлаетъ значительныя колебанія, вѣсь тѣла падаетъ до 174—172 и съ 25 окт. по 1 ноябрю, поднимается до 175 ф.

И такъ, въ этомъ случаѣ вѣсь тѣла въ связи съ измѣненіемъ температуры и психическаго состоянія колебался также значительно *).

Наблюденіе XI. И. С. А. 47 лѣтъ, учитель, православный, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 16 декабря 1902 г.

Больной происходитъ отъ совершенно здоровыхъ родителей. Самъ больной велъ трезвую жизнь, всегда былъ исполнителемъ по службѣ. Въ 1885 году заразился сифилисомъ, противъ котораго принималъ съ тѣхъ поръ 4 курса противосифилитическаго леченія. Въ 1890 году женился, имѣетъ троихъ дѣтей, совершенно здоровыхъ. За годъ до поступления въ Лечебницу у больного появились странности, ошибки въ бума-

*) Исторія болѣзни была ведена д-рами: Болдыревыми, Сергѣевымъ и мною.

гахъ, непослѣдовательность въ разговорахъ. Эти симптомы постепенно усиливались. Съ мая по августъ 1902 г. былъ на кумысѣ и получилъ пятый курсъ противосифилитическаго леченія, до 46 впрыскиваній ртути. Въ послѣднее время сталъ говорить безвязно и вздоръ, стремился ѣхать въ разные города безъ всякой цѣли, составлялъ нелѣпные проекты, по-этому больного и привезли въ Лечебницу.

Напріемъ большой повышенной настроенъ, болтливъ, охотно согласился остаться въ Лечебницѣ, заявляя, что онъ „разстроился нервами“, а такъ онъ обладаетъ „крѣпкимъ здоровьемъ“, „необыкновенной силой“, „железными мускулами“. Память и соображеніе значительно ослаблены: текущаго времени ни не знаетъ, не могъ сосчитать сколько лѣтъ онъ женатъ и т. п. Рѣчь больного неясна, замѣтно спотыканіе на словахъ. Большой средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Подкожный жиръ развитъ умеренно. Кожа чиста: въ области обѣихъ голеней имѣются пигментированные рубцы. Лимфатическія железы не увеличены. Костная и мышечная системы развиты правильно. Лицо нѣсколько ассиметрично: лѣвая носогубная складка выражена слабѣе, мимическія движенія въ лѣвой половинѣ лица слабо выражены. Движенія въ лѣвой рукѣ атактичны, неловки. Походка шаткая, атактичная. Пателлярные рефлексы повышены неравномѣрно: съ лѣвой стороны рефлексъ получается сильнѣе, чѣмъ съ правой. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду. Зрачки расширены, неравномѣрны: лѣвый зрачекъ шире праваго. Языкъ при высосаніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено.

Первое время въ отдѣленіи былъ повышенно настроенъ, болтливъ. Въ разговорахъ хватливъ, рассказываетъ „о своей необыкновенной силѣ“, „о своей опытности“, заявляетъ, что онъ можетъ „сдѣлать все“, онъ—„хорошій слесарь“, „столяръ“, „кузнецъ“ и т. п. На другой же день высказываетъ удивленіе, какъ онъ могъ попасть сюда, заявляетъ, что „здѣсь какое нибудь недоразумѣніе“, забылъ, кто и когда его привезъ. Черезъ нѣсколько дней сталъ необщителенъ, уединяется, на вопросы отвѣчаетъ неохотно. На прогулку не выходитъ, а если и выйдетъ, то ненадолго и скоро же возвращается въ отдѣленіе. Сонъ и аппетитъ достаточны, отправленія кишечника правильны.

Такое физическое и психическое состояніе больного, съ постоянными смѣнами въ настроеніи, продолжалось конецъ декабря 1902 г. и январь 1903 г. Такое же состояніе было и въ февралѣ, когда было пригнуплено къ измѣренію температуры. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Моча прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, бѣла и сахару не содержитъ, удѣльнаго вѣса 1,022—1,020. Изслѣдованіе мокроты присутствія туберкулезныхъ налочекъ не обнаружило.

3—8 февраля. Больной веселъ, повышенно настроенъ, сообщаетъ о томъ, что онъ можетъ сдѣлать „какіе угодно часы“, дома у него вся мебель „сдѣлана имъ самимъ“. „Изъ краснаго дерева“ и т. д. Изрѣдка раздражителенъ, требуетъ выпустить его и не задерживать здѣсь, такъ какъ онъ попалъ „по ошибкѣ“. Спитъ ночами плохо. Бѣтъ порядочно. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 147 ф.

9—21. Больной молчаливъ, вялъ, апатиченъ, бродить по отѣленію. Если его спрашиваютъ о чемъ либо, онъ, не отвѣтая, повертывается и уходитъ. Иногда, при измѣреніи жалуютъ, что „болитъ голова“, „ревматизмъ“. Сонъ и аппетитъ вполне достаточны. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ тѣла 153—152 ф.

22—27. Повышенно настроенъ, вновь сообщаетъ „о своей силѣ“ и „замѣчательномъ злоровѣ“. Растираетъ себѣ руки и ноги, заявляя, что онъ „вылѣчить себѣ этимъ свой ревматизмъ“. Спитъ ночами плохо. Часто вполголоса разговариваетъ самъ съ собой. Кушаетъ хорошо. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ т. 150 ф.

28 февраля—1 марта. Угрюмъ, молчаливъ, неохотно говорить, уединяется. Спитъ и бѣтъ порядочно.

2—6. Вновь оживленъ, повышенно настроенъ. Зрачки расширены, неравнобѣрны. Въ рукахъ сильный треморъ. Языкъ сильнѣе заплетается. Спитъ плохо и засыпаетъ только при снотворномъ. Бѣтъ хорошо и много. Вѣсъ тѣла—149—148 ф.

7—11. Спокоенъ, тихъ. На вопросы отвѣчаетъ односложно. Интересуется, когда ему можно будетъ уѣхать. Спитъ и бѣтъ порядочно. Вѣсъ т. 149 ф.

12—16. Повышенно настроенъ. Сильно заплетающимся языкомъ сообщаетъ „о своемъ богатствѣ“, о томъ, что у него

„много золотыхъ вещей“, „Государь пожертвовалъ ему часы съ бриллиантами“. Въ рукахъ сильный треморъ. Врачки рѣзко расширены, неравномѣрны: правый значительно шире лѣваго. 13 го вечеромъ замѣчено рѣзкое покраснѣніе правой стороны лба, щеки и шеи, на груди, на правой рукѣ и ногѣ. Окраска замѣтно мѣняла свою яркость, то нѣсколько поблѣднѣетъ, то становится ярче. Спитъ больной плохо. Бѣтъ порядочно. Отправленія кишечника задержаны, вѣлы.

17—23. Болѣе спокоенъ, жалуется на непріятныя ощущенія въ правой рукѣ и ногѣ, часто растираетъ ихъ. Иногда заявляетъ, что у него „головы нѣтъ“. Ходить по отдѣленію съ опущенной головой. На предлагаемые вопросы не всегда отвѣчаетъ. Спитъ и бѣтъ порядочно. Отправленія кишечника правильны. Вѣсъ т. 151 ф.

24—29. Повышенно настроенъ, сообщаетъ, что онъ „вылѣчился“, говоритъ, что онъ „устроитъ дома цинковую ванну и будетъ принимать электрическія ванны“. Иногда же раздражителенъ, возбужденъ, требуетъ немедленной выписки. Врачки то сильно сужены, то расширены, но неравномѣрны: то правый, шире лѣваго, то наоборотъ. Сонъ нѣсколько нарушенъ, часто не спитъ, подолгу разговариваетъ самъ съ собой. Бѣтъ хорошо. Отправленіе кишечника ежедневны, но иногда задержаны, что устраняется клизмой. Моча, взята, нѣсколько разъ, кислой реакціи, янтарно-желтаго цвѣта, бѣлка и сахару не содержитъ, удѣльный вѣсъ 1,024—1,025.

30 марта—1 апрѣля. Угрюмъ, молчаливъ, ни слова не говорить на вопросы. Упорно и молча сопротивляется при измѣреніи температуры, почему измѣреніе оставлено. Вѣсъ тѣла 149 ф.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и под мышками, было производимо съ 3 февраля по 1 апрѣля 1903 г., периферической—съ 3 февраля по 12 марта.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XII, крив. № 1) то достигаетъ по вечерамъ 38° или нѣного выше, какъ это наблюдалось съ 3—8 февраля, съ 23—27 февраля, съ 2—6 марта, то поднимается до болѣе высокихъ точекъ—38,6°—38,8°, съ 12—16 и съ 24—29 марта, и держится на этой высотѣ 5—6 дней, иногда же опускается и совершаетъ свои колебанія въ предѣлахъ нормы: съ 9—22

февр., 28 февр.—1 марта, съ 7—11 и съ 17—23 марта. Періоды повышенной температуры одинаковой почти продолжительности 5—6 дней, періоды пониженной температуры длится, то 12 дней, то 2, то 5, то 7 дней. Сообразно этимъ періодамъ измѣнялось и психическое состояніе больного. Въ періоды повышенной температуры больной былъ оживленъ, повышенно настроенъ, легко раздражался, высказывалъ бредовыя идеи, въ періоды пониженной, наоборотъ, былъ вялъ, апатиченъ, молчаливъ, высказывалъ даже идеи ипохондрическаго характера. Съ 13—16 марта, когда температура достигала до $38,6-38,7^{\circ}$, у больного наблюдались явленія раздраженія мозга въ видѣ расширенія зрачковъ, разстройствъ вазомоторовъ на правой половинѣ лица и тѣла.

Кривая пульса (табл. XII, крив. № 1) совершаетъ также неравнообразныя колебанія и не всегда соответствуетъ, въ каждый данный моментъ, высотѣ температуры. Количество пульса въ періоды повышенной температуры то держится между $78-84$ уд. въ 1', то дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія между $78-90$ (5 февраля), хотя температура держится на одной высотѣ; въ послѣдніе одинъ—два дня періода повышенія температуры—рѣзко падаетъ до 72, температура же держится на той же высотѣ. Въ періоды пониженной температуры, количество пульса то колеблется между $66-72$, то держится и утромъ и вечеромъ на одной высотѣ или въ послѣдніе 2—3 дня, пока температура еще держится въ предѣлахъ нормы, количество пульса дѣлаетъ рѣзкія колебанія между $66-78$ уд. въ 1'. то учащается и держится между $78-84$ уд. въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XII, крив. № 1) колеблется неравнообразно и не всегда соответствуетъ высотѣ температуры. Количество дыханій въ 1' въ періоды повышения, то держится на 18, то колеблется между $18-24$, въ періоды пониженной температуры, количество дыханій также колебалось между $15-18$ дых. въ 1', (съ 19—21 марта), или держалось на одной высотѣ (съ 10—14 февр.), иногда учащалось и дѣлало

колебания между 21—24 (съ 9—11 марта). Въ послѣдніе 2—3 дня пониженной температуры, количество дыханій также учащалось до 21—24, хотя температура еще держалась въ предѣлахъ нормы.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. XII, крив. № 2) въ своихъ колебаніяхъ вполнѣ слѣдуютъ за кривой температуры *in recto*. Смысла періодовъ повышенной температуры съ періодами болѣе низкой происходить здѣсь не такъ рѣзко. Переходы отъ одного періода къ другому постепенны и только, когда температура въ періодъ повышения достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, тамъ переходъ болѣе рѣзкій. Въ періоды повышения температура достигаетъ до $37,8^{\circ}$ — 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, въ періоды пониженія не превышаетъ 37° . Температуры подъ мышками держится ниже температуры *in recto*, то на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, то $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$. Съ той и другой стороны температура держится не на одной высотѣ. Разница между температурами подъ правой и лѣвой мышкой въ $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$, иногда болѣе значительно $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Сначала, съ 4—16 февр., температура подъ лѣвой мышкой превышаетъ температуру подъ правой, затѣмъ, съ 17—19 февр., превышеніе температуры переходитъ на правую сторону, но съ 20 февр. по 5 марта температура подъ лѣвой мышкой вновь держится выше, чѣмъ подъ правой. Съ 6—10 марта превышеніе переходитъ на правую сторону, но съ 11—13 марта, температура подъ лѣвой мышкой вновь превалируетъ надъ температурой подъ правой мышкой. Съ 13—22 на правой сторонѣ температура превышаетъ таковую же на лѣвой. Въ промежутокъ времени съ 13—16 марта, у больного были выражены разстройства вазомоторовъ кожныхъ сосудовъ съ правой же стороны. 23—24 марта на лѣвой сторонѣ температура держится немного выше, чѣмъ на правой, но съ 25, превышеніе переходитъ на правую сторону.

Температура на лбу больного (табл. XII, крив. № 3) колеблется между $34,8^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго же между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного темпе-

ратура держится на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. При этомъ, у больного температура, измѣренная временно на той и другой сторонѣ лба, не на одной высотѣ. Разница между ними постоянна и достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Первое время, съ 3—16 февраля, температура, на лѣвой сторонѣ лба держится выше, чѣмъ на правой, затѣмъ продержавшись, съ 17—19 февр., выше на правой сторонѣ, она съ 20 февр. по 6 марта, вновь держится выше на лѣвой сторонѣ. Наконецъ, въ послѣдніе дни температура, продержавшись съ 7—10 марта выше на правой сторонѣ, 11 и 12 марта вновь держится выше на лѣвой.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XII, крив. № 4) совершаетъ свои колебанія между 35° — 37° , въ предѣлахъ 2° , у здороваго же между 35° — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. У больного температура колеблется на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. Температура на правомъ и лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ держится не на одной высотѣ. Разница между температурами той и другой стороны постоянна и достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Въ данномъ случаѣ температура на сосцевидныхъ отросткахъ держится выше, то на правой сторонѣ, то на лѣвой. Съ 3—9 февраля, температура на правомъ сосцевидномъ отросткѣ держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Съ 10—19 февраля превышеніе переходитъ то на лѣвую сторону, то на правую. Съ 20 февраля по 3 марта, съ лѣвой стороны температура превышаетъ таковую же съ правой. Съ 3—12 марта, температура на правомъ сосцевидномъ отросткѣ вновь превышаетъ температуру на лѣвомъ.

Кривыя температуры на той и другой сторонѣ груди у больного (табл. XII, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія между $34,8^{\circ}$ — 36° , въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$, у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Температура на груди у больного немного превышаетъ температуру здороваго. На той и другой сторонѣ груди у больного температура держится неоправданно. Разница между той и другой достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ —

0,6°—0,8°. Съ 3—17 февраля температура на лѣвой стороне груди превышаетъ температуру на правой, затѣмъ 3 дня, 17, 18 и 19 февр. превышеніе переходитъ на правую сторону. Но, съ 20 февр. по 6 марта, на лѣвой сторонѣ вновь температура держится выше, чѣмъ на правой. Съ 7—10 марта на правой сторонѣ температура превышаетъ такую же на лѣвой, но 11 и 12 превышеніе переходитъ опять на лѣвую сторону.

Кривыя температуры на срединѣ того и другого плеча у больного (табл. XII, крив. № 6) колеблются между 34,5°—37°, въ предѣлахъ 2,5°. Температура у больного держится выше, чѣмъ у здороваго. На томъ и другомъ плечѣ температура, измѣренная одновременно, держится не на одной высотѣ. Разница достигаетъ 0,3°—0,5°—0,6°. На лѣвомъ плечѣ температура все время держится выше, чѣмъ на правомъ и только въ промежутокъ времени съ 17—19 февр. и съ 6—10 марта, температура на правомъ плечѣ превышаетъ такую же на лѣвомъ.

Температура на бедрахъ у больного (табл. XII, крив. № 7) колеблется между 33,2°—36,3°, въ предѣлахъ 3,1°, у здороваго между 32,6°—34,5°, въ предѣлахъ 1,9°. У больного температура держится на болѣе высокихъ точкахъ и совершаетъ колебанія болѣе значительныя, чѣмъ у здороваго. На томъ и другомъ бедрѣ температура держится неодинаково. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ 0,5°—0,6°. На лѣвомъ бедрѣ температура все время почти держится выше, чѣмъ на правомъ и только за время съ 17—19 февр. и съ 6—10 марта превышеніе переходитъ на правое бедро.

Такимъ образомъ, температура и въ этомъ случаѣ имѣетъ въ своемъ теченіи тѣже характерныя особенности, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Періоды повышенной температуры, превышающей норму, смѣнялись періодами нормальной температуры. Сообразно съ этимъ измѣнялось и психическое состояніе. Въ періоды повышенной температуры иногда на-

бюдались явные признаки раздраженія головного мозга, въ видѣ разстройствъ вазомоторовъ на всей правой половинѣ тѣла, расширенія зрачковъ и т. п. При измѣреніи температуры подъ мышками и периферической, можно было наблюдать неравномѣрное согрѣваніе симметричныхъ мѣстъ той и другой стороны тѣла. Въ данномъ случаѣ большее согрѣваніе происходило то на лѣвой сторонѣ, то на правой. Въ каждый отдѣльный моментъ температура превращалась, на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ, на одной сторонѣ тѣла. Паретическія явленія у даннаго больного сильнѣе выражены на лѣвой сторонѣ. Превышенію температуры на правой сторонѣ иногда сопутствовали разстройства кожныхъ судовъ на правой же сторонѣ тѣла.

Со стороны измѣненія вѣса тѣла больного наблюдались тѣже явленія, какъ и въ вышеописанныхъ случаяхъ. Въ періоды повышенной температуры большой теряетъ въ вѣсѣ 2—3 фунта, въ періоды пониженной прибываетъ на 4—5 фунтовъ или пополняетъ только потерю—2—3 фунта. Такъ, въ періодъ съ 3—8 февраля, вѣсъ тѣла палъ до 147 ф., а въ слѣдующій періодъ нормальной температуры болѣе продолжительный, съ 9—21 февраля, вѣсъ прибываетъ до 153—152 ф. *).

Разсматривая въ совокупности измѣненія температуры во всѣхъ вышеприведенныхъ случаяхъ маниакальной формы протрессивнаго паралича, можно найти много общаго. Температура во всѣхъ случаяхъ имѣетъ во своемъ теченіи общую характерную черту, это—периодичность. Періоды болѣе повышенной температуры, достигающей сублихорадочныхъ точекъ и даже значительной лихорадки, сменялись такими же періодами нормальной температуры или нѣсколько ниже нормы. Въ болѣе раннихъ стадіяхъ болѣзни періоды повышенной температуры болѣе продолжительны, какъ это видно въ IV, VII и X наблюденіяхъ. Позднѣе, сменя періодовъ повышенной и

*) Исторія болѣзни ведена 4-рами: Болдыревымъ, Сергѣевымъ и мною.

нормальной температуръ происходитъ правильнѣе, періоды равномѣрнѣе, что мы видѣли въ наблюденіяхъ: I, II, III, V, VIII и XI. Въ послѣднемъ заключительномъ стадіи болѣзни періоды повышенной температуры становятся короче, температура не достигаетъ значительной высоты и держится на субнормальныхъ точкахъ, что мы наблюдали въ VI и IX наблюденіяхъ. Температура въ своихъ суточныхъ колебаніяхъ имѣетъ правильный интермиттирующий типъ, съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, но нерѣдко наблюдался и извращенный типъ колебаній.

Сообразно съ этими періодами измѣненій температуры, измѣняется и психическое состояніе больныхъ. Эти измѣненія температуры не зависятъ отъ какихъ либо осложненій со стороны внутреннихъ органовъ. Самое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживало никакихъ уклоненій отъ нормы. Въ періоды повышенной температуры наблюдались явные признаки раздраженія центровъ головного мозга. Такъ, въ I и IV наблюденіяхъ къ періоду повышенной температуры присоединились судорожные припадки съ послѣдующими явленіями паралича на одной сторонѣ тѣла и афазіи; или наступали судорожныя потергиванія на одной половинѣ лица и соответствующей верхней конечности, что мы видѣли въ наблюденіяхъ: II, VII и XI; или расстройства кожныхъ сосудовъ на одной сторонѣ тѣла, что имѣло мѣсто въ III, V, VI, VIII и другихъ наблюденіяхъ. Нерѣдко нами было отмѣчено въ періоды повышенной температуры расстройства со стороны другихъ центровъ головного мозга, какъ то: измѣненія въ зрачкахъ, расстройства рѣчи, задержка въ отправленіяхъ кишечника и нарушенія отправленій мочевого пузыря.

Не входя въ подробный разборъ тѣхъ физиологическихъ данныхъ, которые указываютъ на несомнѣнное вліяніе головного мозга на измѣненіе температуры тѣла, можно на основаніи вышеизложенныхъ наблюденій придти къ заключенію, что всѣ измѣненія температуры въ вышеприведенныхъ слу-

чаяхъ маниакальной формы прогрессивнаго паралича, завысятъ отъ патологическаго процесса, лежащаго въ основѣ прогрессивнаго паралича. Патологическій процессъ при прогрессивномъ параличѣ болѣе выраженъ въ головномъ мозгу, на что указываютъ всѣ симптомы его клиническаго проявленія. Несомнѣтельны количественныя и дыханія высотѣ температуры также должно быть связано съ пораженіемъ головного мозга.

Результаты измѣренія температуры подѣ мышками о периферической во всѣхъ вышеприведенныхъ случаяхъ указываютъ на неравномѣрное распредѣленіе тепла въ организмѣ. Температура, измѣренная одновременно на симметричныхъ мѣстахъ той и другой стороны тѣла, держится не на одно. высотѣ. Превышеніе температуры на одной сторонѣ совпало съ той стороной, гдѣ паретическія явленія выражены сильнѣе или держалось на противоположной сторонѣ. Распредѣленіе разстройствъ температуры, въ большинствѣ случаевъ, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, принадлежало одной сторонѣ тѣла. Изрѣдка, превышеніе температуры на одной сторонѣ сопровождалось разстройствомъ кожныхъ сосудовъ на той же сторонѣ. Разница температуръ той и другой стороны достигала значительной величины: 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° . Такимъ образомъ, можно предполагать, что разстройства периферической температуры зависѣли отъ пораженія головного мозга и подчинялись какому-то нервнымъ вліяніямъ.

Окончаніе слѣдуетъ.

Изъ физиологической лаборатории Императорскаго
Казанскаго Университета.

Къ вопросу объ иннервации движений зрачка.

Экспериментальное исследование

съ 18 рисунками въ тексты и таблицей фотোগраммъ.

В. В. Чирковский.

ВВЕДЕНІЕ

Всякаго изслѣдователя по вопросу объ иннервации движений радужной оболочки невольно поражаетъ, съ одной стороны, удивительное обиліе трудовъ по данному отдѣлу физиологии и при томъ трудовъ солидныхъ, произведенныхъ выдающимися учеными, а съ другой, не менѣе удивительная пестрота въ воззрѣніяхъ, господствующихъ и по настоящее время даже въ основахъ ученія о зрачковыхъ движенияхъ. Послѣдніе десять лѣтъ минувшаго столѣтія были періодомъ особенно оживленныхъ дебатовъ въ литературѣ по самымъ существеннымъ вопросамъ этого отдѣла и, кажется, не будетъ преувеличеніемъ, если сказать, что ни одна сторона вопроса объ иннервации движений зрачка не осталась вновь не разсмотрѣнной, вновь не обслѣдованной. Но изъ обзорнія этихъ многочисленныхъ работъ трудно придти тѣмъ не менѣе къ опредѣленному, непреложному выводу по любому вопросу.

Укажемъ хоть на продолжающійся и по настоящее время споръ о локализации центра сфинктера зрачка, который по однимъ авторамъ (Beppheim прежде всего) точно локализованъ въ ядрахъ п. oculomotorii, по другимъ находится въ ganglion ciliare (Marina), а по нѣкоторымъ (Margenhi)

даже въ самой сѣтчаткѣ; далѣе вопросъ объ иннерваціи расширенія зрачка, подробно обследованный въ началѣ 90-хъ годовъ Браунштейномъ и съ тѣхъ поръ неоднократно служившій предметомъ обсужденія въ литературѣ, также во многихъ пунктахъ не можетъ считаться выясненнымъ доселѣ; загѣмъ не выяснена еще окончательно и роль *p. trigemini* въ движеніяхъ зрачка, хотя и этому вопросу не мало уделено вниманія въ работахъ послѣднихъ изслѣдователей. Въ задачахъ настоящей работы первоначально было провѣрить наблюденіе Магінга, доказывающаго возможность свѣтовой реакціи у млекопитающихъ (кролика) послѣ перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа, такъ какъ такое наблюденіе въ связи съ указаніемъ Магінга о роли цилиарнаго ганглія, какъ единственно доказуемаго, по словамъ автора, центра сфинктера зрачка, а также и съ вполне установленнымъ фактомъ свѣтовой реакціи на вырѣзанномъ глазѣ низшихъ классовъ животныхъ (лягушекъ, угрей и др.), представляло большой интересъ какъ съ теоретической, такъ и практической стороны. Этому вопросу и посвященъ первый отдѣлъ нашей работы. Результаты произведенныхъ изслѣдованій привели насъ къ необходимости остановиться на разсмотрѣніи нѣкоторыхъ сторонъ ученія объ иннерваціи расширенія зрачка и прежде всего о рефлекторномъ расширеніи зрачка подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій при отсутствіи тонуса суживающаго зрачекъ аппарата. Второй отдѣлъ работы представляетъ изложеніе добытыхъ данныхъ изъ наблюденій по указанному вопросу.

ОТДѢЛЪ I.

Глава I.

Возможность свѣтовой реакціи зрачка внѣ принимаемыхъ связей съ центральной нервной системой съ очень давнихъ поръ признавалась многими. *Arnold*¹⁾ первому принадлежить заслуга указать на это явленіе по отношенію къ низшимъ позвоночнымъ. Онъ впервые наблюдалъ на глазахъ угря при освѣщеніи солнечнымъ свѣтомъ зрачковую реакцію послѣ удаленія всего головного мозга или послѣ раздѣленія головы на двѣ части, а также и на экстирпированномъ глазѣ и даже на отдѣленномъ переднемъ сегментѣ глаза. *Arnold* объяснилъ это явленіе мѣстнымъ вліяніемъ свѣта на радужку, но подробно не изслѣдовалъ, какими элементами ея ограничивается вліяніе солнечнаго свѣта, указавъ только, что нарушеніе наружнаго кольца радужки прекращаетъ свѣтовую реакцію на вырѣзанномъ глазѣ. *Br.-Séguin*²⁾ болѣе подробно остановился на этомъ вопросѣ, распространивъ свои наблюденія и на другіе классы низшихъ позвоночныхъ. Онъ изслѣдовалъ зрачковую реакцію на энуклеированномъ глазѣ рыбы и лягушекъ, при чемъ особенно рѣзкую видѣлъ у угря и гана *temporaria*. Сокращеніе зрачка при освѣщеніи отдѣльнаго передняго сегмента глаза этихъ животныхъ заставляли *Br. Séguin*, какъ и предшественника признать, что

¹⁾ *Arnold*. Physiologie B. II. 1841. цит. по Steinach у Pf. Arch. 52—1892

²⁾ *Br. Séguin* d. Compt. rendu de l'Académie 1847.

— Compt. rend. de la Société de Biologie 1849.

— Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux II. 1859.

здѣсь дѣло идетъ о прямомъ вліяніи свѣта на радужку и именно, по его мнѣнію, непосредственно на сфинктеръ зрачка. Къ этому же времени относится единичное заявленіе *Harless's*¹⁾, что у человѣка можно констатировать разницу послѣ смерти въ состояніи зрачковъ, смотря по тому, открыли ли глазъ вліянію свѣта или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ, наблюдалъ *Harless*, зрачекъ уже, чѣмъ во второмъ. Въ объясненіе такого явленія *Harless* считаетъ возможнымъ допустить прямое вліяніе свѣта на зрачекъ и у человѣка. Это мнѣніе было вскорѣ же опровергнуто *Budge*. *Budge*²⁾ въ своей классической монографіи о движеніяхъ зрачка многими наблюдениями подтверждаетъ фактъ существованія свѣтовой реакціи на экстирпированномъ глазѣ хладнокровныхъ. Происхожденіе этого явленія, по его предположенію, нужно искать или въ сѣтчаткѣ или въ линзѣ. Вскорѣ послѣ *Budge* привѣрилъ наблюденія *Arnold's*—*H. Müller*³⁾. Этотъ изслѣдователь въ объясненіи наблюдавшейся и имъ зрачковой реакціи на вырѣзанномъ глазѣ угря примыкаетъ къ *Bregna's* и *Müller's*, доказывая, вопреки *Arnold's*, что солнечный свѣтъ вліяетъ по преимуществу не на наружную зону радужки, но на ея внутреннее кольцо. *Покровский*⁴⁾, изучая вліяніе отравленія угольной кислотой, наблюдалъ у кроликовъ, спустя нѣсколько часовъ послѣ смерти, суженіе зрачка, если глазъ былъ открытъ и продолжающееся расширение, если глазъ животного былъ закрытъ. Авторъ относитъ наступающее при такихъ условіяхъ суженіе на прямую возбудимость радужки на свѣтъ, по аналогіи съ явленіемъ, доказаннымъ для хладнокровныхъ. *Далъе Schur*⁵⁾ въ своихъ

¹⁾ *Harless* Abh. d. K. Bayerischen Akad. d. Wissenschaft. Bd. V. 1859. Цит. по *Budge*.

²⁾ *Budge* Ueber die Bewegung der Iris. 1855.

³⁾ *H. Müller*. Würzburg. Verhandl. Bd. X. 1859. Цит. по *Steinach* у.

⁴⁾ *Покровский* Ueber die Vergiftung mit Kohlenoxydgas. *Virchow's Arch.* Bd. XXX. 1864. S. 546.

⁵⁾ *Schur*. Ueber den Einfluss des Lichts, der Wärme und einiger anderer Agentien auf die Weite der Pupille. *Zeitschrift f. ration. Medic.* Bd. XXXI. 1866.

опытахъ надъ вліяніемъ различныхъ агентовъ на зрачекъ животныхъ относительно прямого дѣйствія свѣта на зрачекъ лягушекъ и угрей подтверждаетъ цѣликомъ наблюденія прежнихъ авторовъ. Причину прямой реакціи на свѣтъ авторъ вводитъ въ присутствіи пигментныхъ клѣтокъ въ радужкѣ хладнокровныхъ; онѣ то, по мнѣнію автора, подъ вліяніемъ свѣта обнаруживаютъ движенія и тѣмъ самымъ вызываютъ суженіе зрачка.

Совершенно другое толкованіе разсматриваемому явленію даетъ слѣдующій изслѣдователь этого вопроса *Edgren*¹⁾. Въ двухъ работахъ, появившихся черезъ 10 лѣтъ послѣ *Schuga*, онъ съ большою настоячивостію опровергаетъ доводы предшественниковъ о прямомъ вліяніи свѣта на радужку. На основаніи опытовъ съ механическимъ разрушеніемъ сѣтчатки или черезъ инъекціи въ глазъ алкоголя, когда зрачковая реакція на свѣтъ у лягушекъ совершенно исчезала, авторъ считаетъ возможнымъ предположить, что зрачковая реакція на экстирпированномъ глазѣ хладнокровныхъ обусловливается присутствіемъ внутри—глазной рефлекторной дуги, центръ которой—сѣтчатка. Но такой взглядъ, какъ и можно было ожидать, встрѣтилъ возраженіе со стороны *Gysi* и *Luchsingera*²⁾, которые указываютъ въ согласіи съ прежними наблюдателями, что и совершенно изолированная радужка способна сокращаться подъ вліяніемъ свѣта.

Противъ предположенія *Edgren*'а затѣмъ высказалась также *Шипилова*³⁾. При наблюденіяхъ надъ вырѣзаннымъ глазомъ лягушекъ *Шипилова* убѣдилась, что зрачковая реакція не стоитъ въ зависимости отъ цѣлости сѣтчатки, какъ

¹⁾ *Edgren*. *Ursala laekareform. Förländl.* XI, XIII. Реф. въ *Jahresbericht. v. Hofmann u. Schwalbe's* 1878 u. 1879.

²⁾ *Gysi u. Luchsingera*. *Ueber das Verhalten der Aal-Iris gegen verschieden—farbiges Licht. Centralbl. f. d. medic. Wissenschaft.* XVI. 1879.

³⁾ *K. Schipiloff*. *Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erweiterung der Pupille bei Frochen. Pflüger's Arch.* 38—1886.

то утверждалъ *E d g e n*; исключение ея функций различными способами не уничтожила рефлекса.

Въ виду разногласій, возникшихъ, такимъ образомъ, между изслѣдователями въ пониманіи процесса, который лежитъ въ основѣ зрачковыхъ движеній на вырѣзанномъ глазѣ хладнокровныхъ, *Steinach*¹⁾ произвелъ обстоятельное изслѣдованіе этого вопроса, избравъ объектомъ наблюдений амфибій и рыбъ. Въ полномъ согласіи съ другими авторами онъ устанавливаетъ, что зрачковыя движенія подвѣяніемъ свѣта обнаруживаются, какъ на вырѣзанномъ глазѣ, такъ и на изолированной радужкѣ. Изучая, при какихъ условіяхъ проявляется эта реакція, *Steinach* убѣдился, что фокальное освѣщеніе различныхъ пунктовъ наружной зоны радужки не вызываетъ никакихъ движеній зрачка, тогда какъ освѣщеніе внутренняго края зрачка, въ любой его точкѣ, сопровождается въполнѣ замѣтнымъ суженіемъ. Опыты съ атропинизаціей радужки позволили даѣе автору высказаться, что свѣтъ оказываетъ моторное вліяніе не черезъ нервный аппаратъ, такъ какъ исключеніе его путемъ атропина не препятствуетъ проявленію свѣтовой реакціи, а непосредственнымъ воздѣйствіемъ на самый сфинктеръ.

Гистологическое изслѣдованіе сфинктера амфибій и рыбъ даетъ, по наблюденіямъ автора, вполне удовлетворительный отвѣтъ, какимъ элементамъ сфинктера нужно приписать участіе въ этой реакціи.

Сфинктеръ зрачка указанныхъ хладнокровныхъ не содержитъ, какъ убѣдился *Steinach* ни въ одномъ слѣбѣ обыкновенныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, а состоитъ изъ веретенообразныхъ, концентрически расположенныхъ и наполненныхъ пигментными зрышками клѣтокъ, которыхъ по ихъ формѣ, величинѣ и функциямъ названы авторомъ „пигментированными гладкими мышцами“. Вотъ на эти то пигментированныя гладкія мышцы сфинктера свѣтъ и оказываетъ свое вліяніе, вы-

¹⁾ *Steinach*. Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie der Iris. Zweite Mith. Pfl. Arch. 52. 1892.

зваяя черезъ посредство пигмента возбужденіе сократительнаго вещества мышцъ и какъ результатъ этого сокращеніе зрачка.

Въ заключеніе авторъ изслѣдовалъ вліяніе лучей спектра на зрачекъ вырѣзаннаго глаза, доказывая, что наиболѣе дѣятельными по отношенію къ пигментированному сфинктеру оказываются зеленый, синезеленый и голубой.

Изложенное объясненіе прямого вліянія свѣта на зрачекъ Steinach'a вызвало возраженіе со стороны новаго послѣдователя этого вопроса Magnus'a¹⁾. Последній, изучая зрачковую реакцію въ спектральномъ свѣтѣ, указываетъ, что кривая сокращеній радужки подъ вліяніемъ опредѣленныхъ лучей свѣта соответствуетъ кривой абсорбціи зрительнаго пурпура сѣтчатки и не можетъ быть объяснена предполагаемымъ дѣйствіемъ лучей свѣта на пигментъ мышечныхъ волоконъ сфинктера. Повторя опыты Steinach'a съ атропинизаціей, онъ приходитъ къ противоположнымъ результатамъ. Атропинъ, по его наблюденіямъ, подавляетъ реакцію зрачка на свѣтъ, въ то время, какъ электрическая возбудимость ея остается. На основаніи первыхъ опытовъ онъ высказывается противъ Steinach'овскаго толкованія роли пигмента въ реакціи, а на основаніи вторыхъ предполагаетъ, что въ реакціи возможно участіе нервныхъ элементовъ, заложенныхъ въ самой iris.

Спустя два года послѣ работы Magnus'a, трактующей вопросъ болѣе сноза поднять Guth'омъ²⁾. Цѣль его работъ опровергнуть приводимые Magnus'омъ доводы противъ Steinach'a и въ особенности его опыты съ атропиномъ.

¹⁾ Magnus. Beiträge zur Pupillarreaction des Aal-und Froschauges. Zeitschrift. f. Biologie 38 B. 1899.

²⁾ Guth. Untersuchungen über die directe motorische Wirkung des Lichtes auf den sphinkter pupillae des Aal-und Froschauges Pfl. Arch. 85. — 1901.

Подвергая атропинизаціи изолированныя радужки хладнокровныхъ, онъ наблюдалъ, что отсутствіе свѣтовой возбудимости радужки въ извѣстномъ стадіи дѣйствія атропина обусловливается парализующимъ вліяніемъ атропина на самыя мышцы сфинктера и что въ большинствѣ случаевъ можно доказать моторное вліяніе свѣта и спустя такое время, когда атропинъ парализуетъ только нервныя периферическіе аппараты, какъ то авторъ видѣлъ въ сравнительныхъ опытахъ на кишкахъ. Далѣе, въ доказательство того, что здѣсь дѣло идетъ не о периферическомъ рефлексѣ черезъ ганглиозный аппаратъ, заключенный, по предположенію *Magpusa*, въ самой радужкѣ, авторъ приводитъ наблюденія на энуклеированномъ глазѣ, гдѣ зрачковая реакція могла быть констатирована въ теченіе почти двухъ недѣль, когда, слѣдовательно, периферическіе рефлексъ на вырѣзанныхъ органахъ (сравнительные опыты автора на кишкахъ) исчезаютъ. Кромѣ того, гистологическое изслѣдованіе радужки указанныхъ хладнокровныхъ съ цѣлью обнаружить тотъ нервный аппаратъ, на который ссылается *Magpus*, дало автору совершенно отрицательный результатъ. Все это заставляетъ *Gutha* примкнуть къ воззрѣніямъ *Steinbacha*.

Приведенными работами собственно и исчерпываются прамыя литературныя указанія о возможности свѣтовой реакціи на зрачкѣ, лишенномъ иннерваціи со стороны центральной нервной системы. Насколько позволяютъ судить цитированныя данныя, фактъ свѣтовой реакціи на изолированномъ глазѣ и даже на изолированной радужкѣ можетъ считаться въ настоящее время вполне установленнымъ по отношенію къ хладнокровнымъ. Что же касается вышшихъ классовъ животныхъ—млекопитающихъ, то вопросъ о прямомъ вліяніи свѣта на зрачекъ ихъ, кромѣ упомянутыхъ *Harles'a* и *Покровскаго*, никѣмъ не поднимался. Но здѣсь неоднократно трактовался вопросъ о самостоятельномъ значеніи въ пупиллярномъ рефлексѣ периферическаго ганглиознаго аппарата—цилиарнаго узла. Такъ, еще въ началѣ 19-го столѣтія *Kluge*, *Reima-*

rus*), Muck*), Weber*), и др. высказывались, что цилиарный гангліи и есть мѣсто передачи свѣтового раздраженія на цилиарные нервы безъ участія мозга. Въ сравнительно недавнее время о роли того же ганглія, какъ рефлекторнаго центра, говорилъ и Fr.-Frank¹⁾, но эти предположенія не были подтверждены въ трудахъ изслѣдователей вопроса объ иннерваціи движеній зрачка и только въ послѣднее время съ большой настойчивостью выдвинулъ значеніе этого ганглія, какъ периферическаго центра суженія зрачка, Marina. Въ нѣсколькихъ работахъ, посвященныхъ этому вопросу, Marina съ разныхъ сторонъ приводитъ доказательства въ пользу указаннаго значенія ганглія. Въ большой монографіи²⁾, появившейся еще въ 1896 году, онъ на основаніи огромнаго клиническаго матеріала и патологоанатомическаго изслѣдованія высказываетъ первые сомнѣніе, лежати ли вообще центръ суженія зрачка въ ядрѣ п. oculomotorii; по его мнѣнію, многіе факты говорятъ за внѣчерепной центръ, или по крайней мѣрѣ, за второй, между п. oculomotor. и п. n. ciliar. brev. расположенный центръ и этотъ центръ, вѣроятно всего, ganglion ciliare. Во второй³⁾ работѣ Marina, излагая подробно литературныя данныя по вопросу о природѣ цилиарнаго ганглія, на основаніи собственныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій склоняется признать въ немъ ганглий смѣшаннаго характера съ преобладаніемъ симпатическихъ элементовъ, относительно же его фیزیологическихъ функций авторъ въ опытахъ на обезьянахъ приводитъ доказательства

*) Цит. по Eckhard'y «Beiträge zur Geschichte der Experimental Physiologie des Nervensystems. Geschichte der Physiologie der motorischen Nerven des Auges» Beiträge z. Anat. u. Phys. v. Eckhard. XI. B. 1885.

¹⁾ Fr.-Frank. Trav. du Labor. de Marey. 1878—79.

²⁾ Marina. Ueber multiple Augenmuskel-Lähmungen und ihre Beziehungen zu den sie bedingenden, vorzugsweise nervösen Krankheiten. Leipzig. 1896. Цит. по Nagel's Jahresber. 1896. стр. 172.

³⁾ Marina. Das Neuron d. Gangl. ciliare u. die Centren der Pupillenbewegungen. Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. XIV—1899.

въ пользу высказанной имъ гипотезы, что гангліи центръ движеній зрачка и единственно, по словамъ Magina, доказуемый центръ суженія. Въ слѣдующей своей работѣ¹⁾ онъ на основаніи патологоанатомическиххъ изслѣдованій цилиарнаго ганглія у людей съ различными страданіями находитъ новыя доказательства высказаннаго имъ взгляда на роль ганглія и по отношенію къ человеку.

Выдвинутый приведенными трудами Magina вопросъ о периферическомъ центрѣ суженія зрачка встрѣтилъ въ литературѣ не мало возраженій (Beckheimer, Bach и др.), но доводы авторовъ не исчерпываютъ той суммы доказательствъ, которая представляетъ Magina въ защиту своихъ взглядовъ, а потому указанный вопросъ нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ. Въ 1901 году на конгрессѣ физиологовъ въ Туринѣ Marghi слѣлалъ докладъ въ которомъ категорически высказался за периферическій центръ суженія зрачка. Свой выводъ авторъ основываетъ на наблюденіяхъ надъ кроликами, у которыхъ была слѣлана перерѣзка зрительнаго нерва внутри черепа. Оказывается, что послѣ такой операци зрачковая реакція сохраняется, хотя и не въ такихъ размѣрахъ, какъ нормальная. Правда, авторъ локализируетъ центръ этой реакціи въ сѣтчаткѣ, а не въ ganglion ciliare, но и самый фактъ существованія свѣтовой реакціи при нарушеніи привимыхъ для этого рефлекса путей, въ связи съ невыясненнымъ еще вопросомъ о роли ganglion ciliare, въ этомъ рефлексѣ, въ связи съ установленнымъ уже фактомъ свѣтовой реакціи на глазъ, совершенно изолированномъ отъ вліяній центральной нервной системы, низшихъ позвоночныхъ казался намъ достойнымъ самаго серьезнаго вниманія. Вотъ основная причина, почему мы охотно приступили, по предложенію многоуважаемаго учителя профессора Николая Александровича Миславскаго, къ провѣркѣ наблюденій Marghi.

¹⁾ M. Studien Ueber die Pathologie des Ciliarganglions bei Menschen u. s. w. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. 20. 1901.

Глава II.

Подробному изложенію наблюденій *Mayo* и нашихъ собственныхъ мы считаемъ вполне умѣстнымъ предпослать краткій литературный обзоръ имѣющихся указаній о результатахъ перерѣзки зрительнаго нерва на зрачковые движенія. Операция перерѣзки зрительнаго нерва дѣлалась съ очень давнихъ поръ. Первымъ, кто произвелъ эту операцію въ цѣляхъ изученія зрачковыхъ движеній былъ *H. Mayo*¹⁾. Онъ перерѣзалъ зрительный нервъ у голубя и раздражая централь-ный конецъ нерва, получалъ сокращеніе зрачка; въ этомъ обстоятельствѣ *Mayo* увидѣлъ доказательство, что и суженіе зрачка, наблюдающееся при освѣщеніи глаза, зависитъ отъ передачи свѣтового раздраженія съ *p. opticus* на *p. oculomotorius*. Справедливость такого положенія была доказана затѣмъ *Garrigou**, *Longet**) и др. по отношенію къ млекопитающимъ. Нѣкоторые наблюденія надъ вліяніемъ перерѣзки зрит. нерва на зрачекъ произвелъ далѣе *Valentin*²⁾. Онъ дѣлалъ перерѣзку у млекопитающихъ, какъ въ черепѣ, такъ и въ глазницѣ. При внутричерепной перерѣзкѣ имѣлъ употреблялся невротомъ *Margendie*, при чемъ мѣстомъ введенія ножа въ полость черепа былъ пунжеъ, лежащій впереди уха. Такая операція, по словамъ

¹⁾ H. Mayo. Anatomical and physiological commentaries. 1823 Цит. по Budge «Ueber die Bewegung d. Iris».

*) Цит. по Budge.

²⁾ Valentin. Lehrbuch der Physiologie Bd. II 1844. s. 655.

автора, очень часто не удается, такъ какъ сопровождается во многихъ случаяхъ смертельнымъ кровотеченіемъ; значительно легче, говорить V., перерѣзать *opticus* въ глазницѣ. Въ моментъ перерѣзки авторъ наблюдалъ суженіе зрачка, какъ результатъ, по его мнѣнію, рефлекса съ зрительнаго нерва на глазодвигательный. Въ дальнѣйшемъ зрачекъ дѣлается широкимъ и на свѣтъ, если онъ направленъ только въ оперированный глазъ, не реагируетъ, но при освѣщеніи поверхности глаза, отмѣчаетъ V., вмѣстѣ съ ея нагрѣваніемъ зрачекъ оперированной стороны можетъ обнаруживать движенія. Наблюдая суженіе зрачка оперированной стороны при освѣщеніи глаза здорового, авторъ устанавливаетъ, такимъ образомъ, фактъ существованія сочувственной реакціи и въ амавротическомъ глазу.

Budg¹⁾, которому учение о движеніяхъ зрачка такъ много обзано, среди разнообразныхъ операций дѣлалъ и перѣзку зрительнаго нерва. Объектомъ его наблюденій были кролики. Перерѣзку внутри черепа онъ производилъ послѣ широкой трепанациі черепа надъ лобными долями, удалялъ обонятельныя доли и затѣмъ приподнималъ нѣсколько мозгъ. Операциа сопровождалась значительнымъ кровотеченіемъ, долго задерживающимъ перерѣзку зрительнаго нерва. Въ результатахъ перерѣзки зрачекъ соотвѣтствующей стороны дѣлался шире, чѣмъ другой, и совершенно не реагировалъ на свѣтъ. Въ амаврозѣ, говоритъ Budg^e, это расширеніе можетъ быть или только пассивнымъ, какъ послѣ смерти, или симпатическій нервъ можетъ имѣть перевѣсъ и зрачекъ достигаетъ очень большихъ размѣровъ. Въ исключительныхъ случаяхъ, по наблюденіямъ автора, зрачекъ оперированнаго глаза можетъ обнаруживать суженіе, если попадающій свѣтъ вызываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и боль.

Относящаяся къ этому же времени работы Lent^{a 2)},

¹⁾ Budg^e l. c.

²⁾ Lent. Beiträge zur Regeneration durchschnittener Nerven. Zeitschrift f. wissenschaft. Zoologie VII—1856.

Lehmann¹⁾, въ которыхъ излагаются результаты перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа на сѣтчатку, представляють интереса для насъ въ виду того, что наблюденія ихъ велись главнымъ образомъ на лягушкахъ и касались исключительно измѣненій въ сѣтчаткѣ и зрительнаго нерва послѣ такой операціи.

Розовъ²⁾ дѣлалъ перерѣзки зрительнаго нерва у кроликовъ главнымъ образомъ въ цѣляхъ изученія вліяній этой операціи на сѣтчатку и потому наблюденія его надъ зрачкомъ не систематичны, кратки. Перерѣзку онъ производилъ внутри орбиты по обычному способу, т. е. послѣ тенотоміи *m. recti externi* и отдѣленія *retractoris bulbi*, отворачивался глазъ въ сторону и *orbiculus* перерѣзывался на глазахъ. Операція, говоритъ авторъ, при достаточной техники удается почти безкровно. Зрачекъ послѣ перерѣзки въ большинствѣ случаевъ очень суженъ и часто неправильной формы, только въ очень рѣдкихъ случаяхъ величина и форма зрачка оставалась неизмѣнной. Черезъ сутки послѣ операціи въ огромномъ большинствѣ наблюденій наступали явления *keratitis neuroragalis*, *rauphoralmittis*. Въ случаяхъ, когда явленій деструкціи не наблюдалось, авторомъ отмѣчается, что зрачекъ оперированной стороны становится замѣтно шире, чѣмъ на здоровой. Въ 2-хъ случаяхъ, гдѣ наблюденія велись продолжительно (31 и 38 дней), зрачекъ того и другого животнаго на сторонѣ перерѣзки былъ очень широкъ ($8\frac{1}{2}$ mm—9 mm) при употребленіи же *calabar'suzilis*; въ послѣднемъ Розовъ видитъ доказательство существованія циліарныхъ нервовъ.

¹⁾ Lehmann. Experimenta quaedam de nervi optici dissectione ad retinae texturam vi et effectum. Inaug. Diss. Dorpat 1857. Цит. по Wagenmann'у «Experiment. Untersuch. üb. d. Einfluss d. Circulation» et cet.

²⁾ Rosow. Experimente über die Durchschneidung des Sehnerven. Sond. Abh. aus d. XLIX Bd. der Sitzungsber. der Kaiser. Acad. d. Wissensch. 1864 Wien.

— Derselbe. Ueber die Folgen des Durchschneidung des Nervus opticus. Sond. Abh. aus 1. Bd. d. Sitzungsb. d. K. A. W. 1864.

Далѣ Knoll¹⁾ въ работѣ, посвященной выясненію роли четверохолмія, среди другихъ операцій производилъ и перерѣзку зрительнаго нерва внутри черепа и наблюдалъ вліяніе такой операціи на зрачекъ. Преимущество внутричерепной перерѣзки передъ глазничной авторъ справедливо видѣть въ томъ обстоятельстве, что орбитальная операція сопряжена съ поврежденіемъ цилиарныхъ нервовъ.

Операціи производились на кроликахъ по методу, указанному Вудге. Въ результатахъ перерѣзки Knoll наблюдалъ расширеніе зрачка соотвѣствующей стороны (до 6—7 mm. въ гориз. д.), неподвижность его на свѣтъ, какъ при освѣщеніи глаза оприкованной стороны, такъ и здоровой. Въ этомъ послѣднемъ обстоятельстве онъ усматриваетъ подтвержденіе установленнаго имъ факта изъ наблюденій надъ поврежденными животными, что у кролика сочувственной реакціей нѣтъ. Въ этой же работѣ онъ доказываетъ, что тонусъ сфинктера исключительно поддерживается импульсами, приносимыми черезъ п. opticus къ п. oculomotor., ибо зрачекъ, принявшій въ опытѣ автора опредѣленную ширину послѣ перерѣзки п. optici внутри черепа, ничуть не измѣнился при послѣдующей перерѣзкѣ п. oculomotorii.

Berlin²⁾, желая изучить вліяніе перерѣзки зрительнаго нерва на сѣтчатку, произвелъ эту операцію у лягушекъ и кроликовъ внутри орбиты. Перерѣзка дѣлалась по способу, въработанному авторомъ. У кроликовъ въ очень незначительномъ числѣ случаевъ (изъ 30 въ 6) удалось провести систематическое наблюденіе за состояніемъ глаза, въ остальныхъ же случаяхъ быстро наступили воспалительныя и деструктивныя измѣненія со стороны роговицы и другихъ частей. Во всѣхъ случаяхъ перерѣзка сопровождалась поврежденіемъ въ

¹⁾ Knoll. Beiträge zur Physiologie der Vierhügel. Eckhard's Beiträge zur Anat. u. Physiol. Bd. IV. 1869.

²⁾ Berlin. Ueber Sehnervendurchschneidung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. IX. 1871.

той или другой степени сосудовъ и нервовъ глазницы и по тому результаты операціи на зрѣнкѣ были крайне разнообразны. Но въ большинствѣ опытовъ нужно отмѣтить, что спустя короткое время послѣ операціи наступало расширение зрачка, остающееся у кролика въ теченіе нѣсколькихъ недѣль наблюденія неизмѣннымъ.

Въ 1876 году появились 2 работы Holmgren¹⁾, на которыхъ въ виду ихъ важности въ разбираемомъ вопросѣ мы остановимся нѣсколько больше. Holmgren, основываясь на наблюденіяхъ, вышеприведенныхъ, Edggrēn надъ моторнымъ вліяніемъ свѣта на радужку вырѣзаннаго глаза хладнокровныхъ и соглашаясь вполне съ его предположеніемъ, что это явленіе объясняется существованіемъ рефлекторной дуги, заложеной въ глазъ, поставилъ задачей собственнаго изслѣдованія произвести аналогичныя наблюденія и надъ млекопитающими. Но въ виду того, что радужка на экстрапированномъ глазѣ млекопитающихъ быстро теряетъ свою возбудимость вследствие нарушеній нормальныхъ условий кровообращенія и питанія глаза, этотъ изслѣдователь рѣшилъ обратиться къ рѣшенію вопроса операціей перерѣзки зрительнаго нерва. У кроликовъ послѣ трепананія черепа въ серединѣ между обими глазами авторъ, приподнимая мозгъ, перерѣзывалъ зрительный нервъ особымъ для этой цѣли приспособленнымъ ножомъ около foramen opticum. Животныя, оперированныя такимъ образомъ, довольно легко переносятъ операцію и сравнительно быстро поправляются. Наблюденія надъ радужной оболочкой привели автора въ его первой работѣ къ выводу, что зрачекъ оперированной стороны широкъ и неподвиженъ. Въ слѣдующей работѣ Holmgren, примѣнивъ для изслѣдованія измѣненій зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва офтальмометръ въ связи съ аппара-

¹⁾ Holmgren

— а) «Genoms käring af synnerven hos kaninen» Upsala läkaref. Förländ. Bd. XI 1876. Ref. Hoffm. u. Schwalbe's Bericht 1876.

— б) «Un detsökning af iris rörelser kort meddelande». Ebenda.

томъ для освѣщенія глазного дна по принципу глазного зеркала, встрѣтился съ парадоксальнымъ явленіемъ, что зрачекъ оперированной стороны не суживается подъ вліяніемъ свѣта, а расширяется. Ближайшее изслѣдованіе показало, что это явленіе не стоитъ въ связи съ вліяніемъ свѣта, а зависитъ, какъ выяснилось, отъ шума, который производился каждый разъ при изслѣдованіи удаленіемъ шириы, закрывавшей глазъ отъ свѣта. Обративъ на это вниманіе, Н. продолжительными наблюденіями могъ установить, что каждое возбужденіе обшлаго чувствилца („sensorium commune“), чѣмъ бы оно не вызывалось, сопровождается расширеніемъ зрачка. Къ сожалѣнію, болѣе подробнаго изложенія труда *Holmgren's* мы не имѣли за невозможностью достать подлинникъ работы, а потому для насъ осталось совершенно неизвѣстнымъ, въ какихъ предѣлахъ совершались движенія зрачка оперированныхъ животныхъ на указанныхъ вліянія, неизвѣстно, какой пріемъ примѣнялъ авторъ для демонстраціи описаннаго явленія, не знаемъ мы и какимъ путемъ, по предположенію *Holmgren's*, передаются чувствительныя раздраженія на зрачекъ.

*Gudén*¹⁾, изучая вопросъ о перекрестѣ зрительныхъ нервовъ въ хіазмѣ, среди разнообразныхъ операций, дѣлалъ перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа. У кролика въ его наблюденіяхъ такая операція вызываетъ расширеніе зрачка и его неподвижность на свѣтъ. Точныхъ указаній о размѣрахъ зрачка кролика послѣ перерѣзки зрит. нерва, о способѣ изслѣдованія зрачковой реакціи на оперированномъ животномъ авторъ не даетъ.

*Marskworth*²⁾ поставилъ цѣлый рядъ опытовъ на собакахъ, желая выяснитъ вліяніе поврежденій зрительнаго нерва на

* ¹⁾ *Gudén* Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma n. n. opticozum. Arch. f. Ophthalmolog. v. Graefe's. Bd. XXV, 1—1879.

²⁾ *Marskworth*. Experimentelle Studien über Läsionen des Nervus opticus. Arch. f. Augenheilk. Bd. X—1881.

глазъ. Перерѣзка п. optici производилась въ глазицѣ. Благодаря выполненному авторомъ методу, поврежденія содержимаго глазицы при перерѣзѣ зрительнаго нерва сводились имъ къ желаемымъ границамъ и въ двухъ случаяхъ операція была произведена около *fogeten opticum* безъ всякаго нарушенія цѣлости сосудовъ и нервовъ. Собаки, такимъ образомъ оперированныя, находились въ теченіе очень долгаго времени подлѣ наблюденіемъ—одна 66 дней, другая 76. Зрачекъ соответствующей стороны въ этихъ двухъ случаяхъ со времени операціи за весь періодъ наблюденія оставался широкимъ и совершенно неподвижнымъ при освѣщеніи оперированнаго глаза, но вполне нормально сокращался при освѣщеніи зрительнаго. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ перерѣзка производилась съ поврежденіемъ сосудовъ и нервовъ, со стороны зрачка обнаруживались явленія непостоянныя—въ зависимости отъ того, въ какой степени задѣты были при перерѣзѣ цилиарные нервы и сосуды.

Вскорѣ послѣ *Marckworth's* тотъ же вопросъ о вліяніи перерѣзки optici на глазъ штудировалъ *Redard*¹⁾. Онъ перерѣзывалъ зрительный и цилиарные нервы у собакъ и кроликовъ. Непосредственно за операціей зрачекъ кролика обыкновенно былъ суженъ, спустя же 2—3 дня онъ постепенно расширялся. У собакъ расширение зрачка наблюдалось тогда же послѣ операціи. Свѣтовая реакція отсутствовала, но только первое время послѣ операціи, по прошествіи же извѣстнаго срока, различнаго для разныхъ животныхъ, реакція возобновлялась, при чемъ особенно выраженной она была у кроликовъ. Такое явленіе авторъ относитъ на регенерацію какъ цилиарныхъ нервовъ, такъ и зрительнаго нерва, ссылаясь на изслѣдованіе *Ronset*²⁾, доказывавшаго регенера-

¹⁾ *Redard*. Recherches expérimentales sur les suites éloignées de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique. Archives d'Ophth. T. I—1881.

²⁾ *Ronset*.—Реф. въ Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1880 стр. 321.

дію и зрительнаго нерва послѣ перерѣзки. Насколько намъ извѣстно, наблюденія Reda'd'a и Roncet не были подтверждены другими изслѣдователями.

Проф. Бехтеревъ въ своихъ первыхъ работахъ коснулся и разсматриваемаго нами вопроса о результатахъ перерѣзки зрительнаго нерва на зрачекъ. Въ работѣ ¹⁾, появившейся въ 1883 году, гдѣ онъ трактуетъ о перекрестѣ зрительныхъ нервовъ въ хіазмѣ, излагаются и результаты перерѣзки зрительнаго нерва на радужку у собакъ. Перерѣзка производилась, какъ со стороны глазницы, такъ и въ черепѣ. Въ послѣднемъ случаѣ авторъ употребляетъ обычный методъ операціи—трепанацию черепа между ухомъ и глазомъ, приподниманіе мозга и перерѣзку optici около foramen на глазахъ. Въ результатахъ операціи наблюдалось расширение зрачка, неподвижность его на свѣтъ, если таковой палалъ исключительно въ оперированный глазъ и суженіе зрачка, если освѣщался и здоровый. Въ другой ²⁾ работѣ, опубликованной въ томъ же году, Бехтеревъ подробно обсуждаетъ вопросъ о путяхъ и центрѣ зрачковаго рефлекса. „Неподлежащимъ сомнѣнію, говоритъ авторъ, оказывается только извѣстная часть предполагаемаго направления рефлекторной дуги, именно то, что центrostремительныя волокна, передающія рефлексъ, въ началѣ идутъ вмѣстѣ съ п. opticus и затѣмъ выходятъ изъ мозговой массы въ видѣ центробѣжныхъ волоконъ, содержащихся въ стволѣ п. oculomotorii. Перерѣзывая п. opticus или п. oculomotorius, какъ внѣ, такъ и внутри черепной полости, мы всегда получаемъ одинъ и тотъ же эффектъ въ отношеніи зрачка,—именно—расширеніе и прекращеніе его реакціи на свѣтовныя

¹⁾ Bechterew. Experimentelle Untersuchungen über die Kreuzung der Schnerven-Fasern im Chiasma p. p. opticozum Neurolog. Centralbl. 1883. № 3.

²⁾ Бехтеревъ. О направленіи суживающихъ зрачекъ волоконъ въ головномъ мозгу и о локализациі центра для радужной оболочки и для сужающаго глазныхъ мышцъ. Вѣстн. клн. и суд. психіатріи и Невроп. Вып. I—1883.

раздраженія, съ той разницей, что при перерѣзкѣ орбісі на одной сторонѣ наблюдается расширение зрачка и отсутствіе реакціи, если здоровый глазъ при изслѣдованіи закрыть¹. Наблюденіе Ноллгепа на кроликахъ, у которыхъ послѣ перерѣзки зрительнаго нерва наблюдалось расширение зрачка при всякаго рода возбужденіи животнаго, авторомъ не подтверждается. Онъ видѣлъ подобное явленіе у собакъ послѣ перерѣзки зрит. нерва на одной сторонѣ, но только въ томъ случаѣ, если при наблюденіи оба глаза оставались открытыми и когда, слѣдовательно, зрачекъ оперированной стороны былъ суженъ въслѣдствіе сочувственной реакціи; если же здоровый глазъ былъ закрытъ, расширенный зрачекъ глаза съ перерѣзаннымъ нервомъ не обнаруживалъ дальнѣйшаго расширенія ни подъ вліяніемъ чувствительныхъ-болевыхъ раздраженій, ни подъ вліяніемъ аффертовъ. Эти наблюденія, а также и нѣкоторыя данныя изъ невропатологіи легли въ основу высказанной авторомъ теоріи „подавленія“ тонуса суживающаго зрачекъ аппарата при рефлекторномъ расширеніи зрачка. Подробное изложеніе этой теоріи и доводовъ въ пользу ея будетъ представлено нами ниже.

Wagenmann¹⁾ изучалъ вліяніе перерѣзки зрительнаго нерва и другихъ нервовъ и сосудовъ глазницы на питаніе глаза, не производя, какъ и многіе его предшественники, систематическихъ наблюденій надъ состояніемъ зрачка послѣ такой операціи. Перерѣзка зрительнаго нерва производилась въ глазницѣ и въ одной группѣ опытовъ авторъ дѣлалъ её безъ поврежденія другихъ нервовъ и сосудовъ. Эти случаи, собственно, и могутъ представлять нѣкоторый интересъ для насъ. Но новаго Wagenmann въ этихъ наблюденіяхъ ничего не сообщаетъ:

¹⁾ Wagenmann. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Circulation in den Netzhaut—und Aderhautgefässen auf die Ernährung des Auges, insbesondere der Retina, und über die Folgen der Schnervendurchschneidung. Graefe's Arch. f. Ophth. XXXVI, 4—1890.

зрачекъ кролика, послѣ перерѣзки зрительнаго нерва держится все время широкимъ и неподвижнымъ на свѣтъ.

Къ такому же выводу относительно зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва у кроликовъ приходитъ и Hertel¹⁾. Онъ перерѣзывалъ зрительный нервъ также въ глазницѣ и въ тѣхъ же цѣляхъ, что и W a g e n a n n. Въ чистыхъ случаяхъ перерѣзокъ, т. е. безъ поврежденія сосудовъ и нервовъ Hertel видѣлъ, что зрачекъ на оперированной сторонѣ „максимально широкъ и неподвиженъ“, оставаясь таковымъ въ теченіе долгаго наблюденія (болѣе года).

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ усматривается, что большинство авторовъ, производившихъ перерѣзку зрительнаго нерва у млекопитающихъ, не ставили своей задачей изучать эффектъ такой операціи на движеніяхъ радужной оболочки, а потому ихъ наблюденія относительно зрачка носятъ отрывочный, не полный характеръ. Главная цѣль ихъ работъ была прослѣдить вліяніе перерѣзки зрительнаго нерва совместно съ поврежденіемъ цилиарныхъ нервовъ и сосудовъ или безъ него на питаніе глаза и прежде всего на состояніе сѣтчатки, ради чего перерѣзка и производилась внутри глазницы. Изъ этихъ наблюденій нами отмѣчены только тѣ, гдѣ поврежденія цилиарныхъ нервовъ и сосудовъ сведены къ minimum'у или, по словамъ авторовъ, совершенно исключены. Сопласнымъ выводомъ послѣднихъ наблюденій по отношенію къ зрачку является—его расширеніе и неподвижность на свѣтъ, если освѣщеніе ограничивается только оперированнымъ глазомъ. Исключительнымъ среди этой группы изслѣдованій является изслѣдованіе Redard'a, утверждающаго, что при перерѣзкѣ зрительнаго нерва, спустя извѣстное время, можетъ возстановиться зрачковая реакція на свѣтъ въ слѣдствіе регенераціи зрительнаго нерва. Это заявленіе остается, какъ сказали мы, исключительнымъ и никѣмъ не подтвержденнымъ. Другіе изслѣдователи

¹⁾ Hertel. Ueber die Folgen der Sehnerven-Durchschneidung bei jungen Thieren. Arch. f. Ophthalm. Bd. XLVI—1898.

дѣлали перерѣзку зрительнаго нерва въ черепѣ и оставляли животное жить опредѣленные сроки въ цѣляхъ прослѣдить эффектъ операціи при послѣдующемъ посмертномъ изслѣдованіи на состояніе зрительныхъ и зрачковыхъ путей. Прижизненные наблюдения ихъ надъ зрачкомъ слѣданы также попутно, кратко. Замѣчаніемъ, что зрачекъ въ амаврогическомъ глазу при закрытомъ здоровомъ широкъ и неподвиженъ на свѣтъ, собственно и ограничиваются результаты ихъ наблюденія надъ радужкой. Наконецъ, въ работахъ третьей группы изслѣдователей мы находимъ болѣе точныя данныя о состояніи зрачка послѣ перерѣзки optici. Мы говоримъ о старыхъ работахъ по этому вопросу—*Valentin's Budge*, *Knoll's* и др. Ихъ изслѣдованіями было установлено, что перерѣзка зрительнаго нерва внутри черепа влечетъ неизмѣнно за собой расширеніе зрачка соотвѣтствующей стороны и отсутствіе всякой реакціи на свѣтъ у кролика (*Knoll*) и отсутствіе только прямой реакціи у животныхъ, имѣющихъ сочувственную. Выводы этихъ авторовъ главнымъ образомъ основываются на наблюденіяхъ непосредственно послѣ операціи и только *Holmgren* произвелъ продолжительныя наблюденія надъ оперированными животными. Онъ натолкнулся въ результатахъ перерѣзки на явленія, не отмѣченныя предшествовавшими авторами—широкій зрачекъ амаврогическаго глаза кролика, какъ оказалось при долгихъ наблюденіяхъ автора, можетъ еще расширяться подъ вліяніемъ испуга и всякаго рода сильныхъ ощущеній. Наблюденіе это, представляющее несомнѣнно большой интересъ въ изученіи зрачковыхъ движеній послѣ перерѣзки зрительнаго нерва, однако не было подтверждено изслѣдованіями по тому же вопросу *Bextereva*. Послѣдній авторъ, какъ упомянуто, наблюдалъ расширеніе зрачка въ амаврогическомъ глазѣ подъ вліяніемъ указанныхъ причинъ только у животныхъ съ чувственной реакціей, когда зрачекъ оперированнаго глаза былъ суженъ, благодаря освѣщенію и здороваго глаза.

Такимъ образомъ, изъ этихъ немногихъ работъ общимъ можетъ считаться выводъ авторовъ, что перерѣзка зритель-

наго нерва внутри черепа сопровождается отсутствіемъ движеній зрачка на свѣтъ, какъ у животныхъ съ сочувственной реакціей (при закрытомъ здоровомъ глазѣ), такъ и не имѣющихъ ея (кроликъ). Наблюденіе *Ma gen hi*, къ изложенію котораго мы переходимъ, представляетъ совершенно новыя данныя и является первой работой за послѣдніе двадцать лѣтъ, посвященной исключительно изученію вліянія перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа на зрачковыя движенія.

Глава III.

Впервые свой взглядъ на возможность свѣтовой реакціи зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва *Marenghi* высказалъ въ 1901 году на конгрессѣ физиологовъ въ Туринѣ. Здѣсь имъ были демонстрированы два кролика, у которыхъ задолго была сдѣлана перерѣзка зрительнаго нерва внутри черепа. У оперированныхъ животныхъ наблюдалась замѣтная свѣтовая реакція зрачка, отличавшаяся отъ реакціи глаза неповрежденнаго своей медленностью и менѣе выраженною степенью міоза. Въ объясненіе такого парадоксальнаго явленія *Marenghi* тогда—же на конгрессѣ высказалъ предположеніе, что у кролика реакція при такихъ условіяхъ идетъ по расположенной внутри глаза рефлекторной дугѣ, центръ которой находится въ сѣтчаткѣ. На основаніи собственныхъ изслѣдованій сѣтчатки онъ думаетъ, что есть данныя локализовать этотъ центръ въ межзренистомъ слѣбѣ. Въ работѣ, появившейся въ слѣдующемъ году ¹⁾, *Marenghi* болѣе подробно излагаетъ свои наблюденія, послужившія основаніемъ высказанному имъ взгляду. Упомянувъ о томъ, что прежніе изслѣдователи въ большинствѣ случаевъ дѣлали перерѣзку зрительнаго нерва внутри орбиты и неизмѣннымъ результатомъ имѣли стойкій мідріазъ, онъ объясняетъ это явленіе неизбѣжнымъ поврежденіемъ при операціи внутри глазницы сосудовъ и нервовъ. Правда, нѣкоторые изслѣдователи, какъ *Wagenaar*, ограничили такія поврежденія до возможнаго *minimum'a*, но избѣжать ихъ совершенно, въ силу анатомическихъ условій,

¹⁾ *Marenghi*. Section intracrânienne du nerf optique chez les mammifères (lapin). Archives Italien. de Biologie. T. XXXVII, fasc. II—1902.

никакъ не могли. Наблюдаемый эффектъ послѣ своей операциі *Maenghi* относитъ по этому исключительно на то обстоятельство, что при внутричерепной перерѣзкѣ условія кровоснабженія и иннервациі въ глазницѣ не нарушаются. Методъ операциі *Maenghi* въ немногихъ словахъ слѣдующій. Кожный разрѣзъ дѣлается, отступя сантиметра два отъ края вѣкъ, вдоль верхнеглазничной дуги лобной кости отъ верхнеглазничнаго отверстия передняго до корня скулового отростка височной кости; разрѣзывается *Ligamentum supraorbitale*, отслаивается надкостница и открываются верхнеглазничные отростки. Послѣ этого костными ножницами дѣлается брешь въ глазничномъ сводѣ, а затѣмъ высѣкается тѣми же ножницами весь сводъ глазницы до *foramen opticum*, пада при этомъ твердую мозговую оболочку. Далѣе, по остановкѣ кровотока, вырѣзывается треугольный лоскутъ твердой мозговой оболочки до зрительнаго нерва совершенно костному дефекту. Теперь, если отвернуть лоскутъ мозговой оболочки, можно, по словамъ автора, видѣть зрительный нервъ въ трехъ участкахъ его пути—внутри черепа, въ глазничной дырѣ и въ полости глазницы. Кривыми ножницами, введенными за твердую мозговую оболочку, не трудно при такихъ условіяхъ перерѣзать зрительный нервъ внутри черепа и, если нѣтъ кровотока, что наблюдается въ большинствѣ случаевъ, можно тутъ же рѣшить, удалась ли перерѣзка или нѣтъ. Операцию переносятъ кролики, говоритъ авторъ, легко и заживленіе идетъ обычно быстро, какихъ-либо нарушеній въ функціи вѣкъ не наступаетъ, глазъ имѣетъ совершенно нормальный видъ, ничѣмъ не отличающійся отъ другого. При изслѣдованіи оперированныхъ кроликовъ, какъ непосредственно за операцией, такъ и въ теченіе многихъ мѣсяцевъ послѣ нея со стороны зрачковъ наблюдались однѣ и тѣже явленія: освѣщеніе оперированнаго глаза солнечнымъ или искусственнымъ свѣтомъ всегда вызывало суженіе зрачка, правда медленное и не доходящее до размыбровъ нормальнаго, но вполне замѣтное. Чтобы исключить предположеніе, что зрачокъ дѣло идетъ о сочувственной реакціи, М. перерѣзываетъ

въ нѣсколькихъ случаяхъ указаннымъ способомъ оба зрительные нерва и при такихъ условіяхъ имѣлъ зрачковую реакцію того же типа. При изслѣдованіи зрачковой реакціи оперированныхъ животныхъ авторомъ предпринимались нѣкоторыя предосторожности, чтобы устранить другія причины, вызывающія движенія зрачка. Наблюденіе велось при неподвижности кролика, его спокойствіи, при чемъ затемнѣніе глаза быстро смѣнялось освѣщеніемъ, и кромѣ того на головѣ удалялись осязательные волосы.

Отыскивая объясненіе наблюдаемому явленію, Магенгі не считаетъ возможнымъ допустить, что здѣсь идетъ дѣло о прямомъ вліяніи свѣта на радужку, а скорѣе, говорить онъ, нужно думать о настоящемъ внутриглазномъ рефлексѣ, центръ котораго расположенъ въ сѣтчаткѣ. „При данныхъ анатомическихъ условіяхъ, заключаетъ авторъ, предположеніе, что въ глазномъ яблокѣ обнаруживаются рефлекторныя явленія не зависимо отъ центра, когда путь черезъ зрительный нервъ прерванъ, не чистая гипотеза; оно базируется на анатомическомъ фактѣ“ (278 ст.).

Поставивъ своей задачей provѣрить наблюденія Магенгі, мы считали необходимымъ прежде всего повторить во всѣхъ указанныхъ условіяхъ, какъ самая операція перерѣзки зрительнаго нерва, такъ и изслѣдованія зрачковой реакціи оперированныхъ животныхъ. Техника операцій въ началѣ нисколько не отличалась отъ примѣняемой Магенгі только потому были внесены нѣкоторыя видоизмѣненія въ цѣляхъ возможно широкаго доступа къ зрительному нерву. Передъ операціей животныя подвергались изслѣдованію ихъ зрачковой реакціи и только въ случаяхъ живой и энергичной реакціи на свѣтъ оперировались. Всѣ операціи дѣлались подъ наркозомъ английской смѣсью (хлороформъ, эфиръ и спиртъ въ равныхъ частяхъ) съ возможнымъ соблюденіемъ правилъ асептики и антисептики. Изъ 33 удавшихся операцій перерѣзки зрительнаго нерва, сдѣланныхъ нами на 26 кроликахъ, мы располагали матеріаломъ для про должительныхъ и систематичныхъ изслѣдованій въ 19 экзем-

пировъ, остальные 7 погибли частью во время операціи, частью вскорѣ же послѣ нея. При изслѣдованіи животныхъ въ послѣопераціонномъ періодѣ, мы выполняли предосторожности, указанныя Maerghi, но, къ сожалѣнію, намъ осталась неизвѣстнымъ тотъ примѣтъ, какой употреблялъ авторъ для изслѣдованія зрачковой реакціи.

Судя по тому, какимъ образомъ онъ демонстрировалъ зрачковую реакцію на Туринскомъ конгрессѣ, этотъ примѣтъ состоятъ въ слѣдующемъ: оперированный кроликъ помѣщался на столѣ и закрывался чернымъ сукномъ; затѣмъ надъ изслѣдуемымъ глазомъ приподнималось покрывало и глазъ освѣщался.

Измѣреній діаметра зрачка при этихъ условіяхъ авторъ, повидимому, не производилъ, ограничившись указаніемъ въ работѣ, что зрачекъ суживается медленно и міозъ не достигается размѣровъ нормального. Судить по этимъ опредѣленіямъ на глазъ о дѣйствительномъ характерѣ движений зрачка, разумѣется, трудно, а потому при нашемъ изслѣдованіи мы счли этотъ существеннымъ отмѣчать размѣры зрачка, пользуясь для этого простымъ и, правда, не строго точнымъ методомъ—измѣренія миллиметрической линейкой или циркулемъ. Примѣнить болѣе точныя аппараты для измѣренія зрачка—пупилломеры мы не имѣли возможности за неимѣніемъ таковыхъ, да и не видѣли въ нихъ большой необходимости, такъ какъ намъ важны были относительныя размѣры ширины зрачковъ, что можно безспорно получить при примѣненіи и указанного простого способа. Идеально точная регистрація зрачковыхъ движеній и въ количественномъ и качественномъ отношеніи—фотографическая, которой мы воспользовались въ соответствующихъ случаяхъ, о чемъ скажемъ ниже, не можетъ имѣть мѣста при обычной обстановкѣ наблюденій надъ животными, такъ какъ требуетъ обязательной иммобилизаціи животного съ полнымъ устраненіемъ всякихъ движений глаза. Впрочемъ, нами представляется въ слѣдующемъ отдѣлѣ работы фотограмма зрачка, полученная при попыткахъ регистраціи

зрачковъхъ движеній оперированнаго животнаго безъ наркоза и кураре, какъ условій необходимыхъ для иммобилизации.

Прежде чѣмъ привести протоколы наблюдений надъ оперированными по Maenghi животными, мы должны указать на встрѣченныя нами затрудненія въ ходѣ операций перерѣзки зрительнаго нерва, благодаря которымъ признавать эту операцію во всѣхъ случаяхъ легко выполнимой, какъ это утверждать Maenghi, мы не считали бы возможнымъ. Прежде всего въ большинствѣ случаевъ нами наблюдалось при резекціи свода глазницы кровотечение изъ глубины раны, требовавшее очень осторожной и продолжительной тампонады. Maenghi мимоходомъ упоминаетъ объ этомъ кровотеченіи, но, повидимому, и у него оно было значительнымъ, такъ какъ приходилось прибѣгать къ тампонамъ съ ferrum sesquichloratum. Далѣе, самая перерѣзка зрительнаго нерва производится далеко не при такихъ благоприятныхъ условіяхъ, какъ это описываетъ Maenghi. Онъ говоритъ, что послѣ резекціи верхней части кольца зрительной дыры и отворачиванія лоскута твердой мозговой оболочки можно видѣть зрительный нервъ въ трехъ участкахъ его пути, благодаря чему удается перерѣзать нервъ на глазахъ и тутъ же убѣдиться, вышла ли полной перерѣзка. Въ нашихъ случаяхъ удавалось это безъ серьезной наминки мозга и кровотеченія въ очень рѣдкихъ случаяхъ, обычно же мы дѣлали перерѣзку въ темную и результаты контролировали прижизненными наблюдениями и посмертнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Изложеніе нашихъ наблюдений мы начнемъ съ протоколовъ двухъ изслѣдованій, произведенныхъ точно въ условіяхъ, указанныхъ Maenghi

Протоколъ №. 1.

Бѣлый кроликъ, вѣсъ 1350 гр. Операція 7 декабря 1901 года. Наркозъ англійской смѣсью. Ходъ операціи по Maenghi. На лѣвой сторонѣ послѣ резекціи верхнеаружной стѣнки глазницы появилось порядочное кровотечение изъ

глубины раны, остановившееся только послѣ долгой и острой рожной тампонады. При подниманіи мозга соотвѣствующей величины шпателемъ вводятъ за твердую мозговую оболочку, отвороченную въ видѣ треугольнаго лоскута, ножъ (особо конструированный для этой операціи) и зрительный нервъ перебѣзанъ при входѣ его въ *foramen opticum*. Непосредственно послѣ операціи зрачекъ широкъ (7 mm въ гориз. діаметрѣ) и неподвиженъ на свѣтѣ. Кожная рана зашита и животное, еще не оправившееся сколько нибудь отъ наркоза, оставлено въ покоѣ. Вечеромъ этого дня кроликъ осмотрѣнъ и при бѣгломъ изслѣдованіи зрачковъ отмѣчено, что зрачекъ оперированной стороны — лѣвой — держится въ диффузномъ свѣтѣ широкоимъ, равняясъ въ горизонтальномъ діаметрѣ 6,5 mm, при непродолжительномъ освѣщеніи искусственнымъ свѣтомъ замѣтны нѣкоторые слѣды движеній зрачка въ сторону суженія. На правой сторонѣ слѣды движеній строго суживаются на свѣтѣ до 3-хъ mm.

8/xii. Для изслѣдованія кроликъ былъ посаженъ на столъ и покрытъ непроницаемой для свѣта матеріей; источникъ свѣта (Ауэровская горѣлка) поставленъ сбоку животаго, сзади изслѣдуемаго глаза. При открываніи покрывала надъ лѣвымъ глазомъ въ первый моментъ освѣщенія рефлекторно констатируется довольно широкой зрачекъ (6 mm); при продолжающемся 5 минутъ освѣщеніи зрачекъ начинаетъ медленно суживаться, постепенно доходя до 4,5 mm въ діаметрѣ; далѣе этой величины зрачекъ не суживается, какъ ни долго продолжается освѣщеніе оперированнаго глаза. Изслѣдуется далѣе правый глазъ. При открываніи и освѣщеніи его концентрическимъ свѣтомъ зрачекъ, довольно широкий въ первый моментъ освѣщенія, быстро уступаетъ вліянію свѣта, суживаясь до 2,5 mm.

10/xii. Произведено такого же рода изслѣдованіе зрачковой реакціи, какъ и 8/xii, и получены тѣ же результаты. Операционная рана заживаетъ рег. *primam*. Наружный видъ глаза, его движенія и положеніе вѣкъ нормальны.

12/xii. Кроликъ совершенно бодръ, охотно двигается, хорошо ѣстъ. Здоровый глазъ тщательно закрываетъ (вѣки склеены пластыремъ) и кроликъ выпущенъ на полъ.

Судя по нерѣшительнымъ движеніямъ, постоянному наталкиванію на поставленные на полу препятствія, можно бы до съ увѣренностью сказать, что на лѣвый открытый глазъ кроликъ слѣплъ.

15/xii. Кроликъ выглядит совершенно здоровымъ. Швы сняты. Изслѣдованіе зрачковой реакціи при солнечномъ освѣщеніи даетъ въ существенномъ тотъ же результатъ. Зрачекъ оперированной стороны при открываніи и освѣщеніи глаза яркимъ свѣтомъ начинается постепенно, очень медленно, отъ 7—8 mm. въ горизонтальномъ диаметръ суживается до 5 mm. Правый зрачекъ въ первый же моментъ освѣщенія суживается до $1\frac{1}{2}$ —2 mm., при чемъ кроликъ обнаруживаетъ явленія свѣтлостойкости, тогда какъ при освѣщеніи лѣваго глаза эти явленія отсутствуютъ.

23/xii. Состояніе кролика вполне удовлетворительное. Со стороны зрачковъ явленія совершенно тѣже.

Въ теченіе послѣдующаго трехмѣсячнаго наблюденія мы неоднократно производили изслѣдованія оперированнаго животнаго и при указанной обстановкѣ изслѣдованія со стороны зрачковъ получались одни и тѣже результаты. При офтальмоскопированіи въ теченіе перваго мѣсяца не получалось какихъ либо указаній на измѣненіе два оперированнаго глаза и только при изслѣдованіи 9 января отмѣчено что сосокъ и мякотный вѣнчикъ вокругъ его блѣднѣе другой стороны. При слѣдующихъ изслѣдованіяхъ явленія атрофіи начали выступать съ каждымъ разомъ все рѣзче и рѣзче.

11/iv 1902. Кроликъ убитъ хлороформомъ. Результаты перерѣзки подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Протоколъ № 2.

Кроликъ альбиносъ. Вѣсъ 1200 гр. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ была слѣлана операція перерѣзки зрительнаго нерва на лѣвой сторонѣ 22/xii 1901 года. Ходъ операціи въ существенномъ по Mageghi. Кровотеченіе не значительно, скоро уступившее тампонированію. Непосредственно послѣ операціи лѣвый зрачекъ широкъ, на свѣтъ не реагируетъ. 23/xii. Произведено изслѣдованіе зрачковой реакціи въ томъ и другомъ глазѣ при искусственномъ освѣщеніи. Зрачекъ оперированной стороны при открываніи оказывается широкимъ (7,5 mm), а затѣмъ при освѣщеніи въ теченіе нѣсколькихъ минутъ начинается суживаться весьма вяло, постепенно, доходя до 4-хъ mm. въ гориз. діам. Повторено нѣсколько разъ освѣщеніе и закрываніе глаза; зрачекъ при этомъ освѣщеніи ни разу болѣе 4-хъ mm. не суживается. Зрачекъ здороваго

глаза при освѣщеніи быстро суживается до 2—3-хъ mm. Офтальмоскопически разницы въ состояніи дна отъ нормальнаго не отмѣчается.

27/xii. Кроликъ оправляется. Свободно бѣгаетъ, хорошо беретъ кормъ. Рана заживаетъ *per primam*. Глазъ съ вѣшной стороны ничѣмъ не отличается, кромѣ разницы въ состояніи зрачковъ на свѣту, отъ здороваго. При изслѣдованіи животного при искусственномъ свѣтѣ со стороны зрачка получены тѣ же данныя—зрачекъ при очень долгомъ выжиданіи на свѣту постепенно суживается и не переходитъ въ своемъ суженіи, какъ бы не интенсивно было освѣщеніе, указанныхъ границъ (4 mm.).

9/i. Животное имѣетъ совершенно здоровый видъ. Состояніе зрачковъ также самое. Офтальмоскопъ не даетъ указаній на какія либо измѣненія. Испробованъ пріемъ обнаружить объективно слѣпогу на одинъ глазъ, давшій совершенно определенный результатъ—при закрытомъ здоровомъ кроликъ не можетъ ориентироваться въ окружающемъ, натакивается на препятствія, поставленные на полу и пр., но какъ только открывается здоровый глазъ животное вполне увѣренно бѣгаетъ, свободно обходитъ препятствія.

Далѣе наблюденіе велось еще болѣе мѣсяца съ изслѣдованіемъ 1—2 раза въ недѣлю. Результаты получились вполне аналогичные первымъ. На четвертой недѣлѣ послѣ операціи обнаружены первые признаки атрофическихъ измѣненій со стороны сѣтчатки оперированнаго глаза. Къ концу наблюденія эти измѣненія были рѣзко выражены, особенно рельефно выступало изчезаніе лучистости мѣкотныхъ волоконъ зрѣт. нерва къ верху и низу отъ соска. 25/i. Кроликъ убитъ, полная перерѣзка зрительнаго нерва доказана микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Приведенныя два наблюденія, какъ и многія другія, подобныя имъ, вообщю убѣдили насъ, что зрачекъ кролика послѣ перерѣзки зрительнаго нерва сохраняетъ движенія и въ довольно значительныхъ границахъ. *Magenghi* считаетъ неоспоримымъ, что эти зрачковые движенія и есть проявленіе истиннаго пупиллярнаго рефлекса на свѣтъ. Сочувственную зрачковую реакцію онъ исключалъ, или закрывая здоровый

глазъ или даже перерѣзывая въ нѣкоторыхъ случаяхъ оба зрительные нерва. По нашему мнѣнію, эти предосторожности совершенно излишни, такъ какъ трудами K p o l l'a, S t e i n a c h'a и многихъ другихъ установлено, что о сочувственной реакціи у кролика не можетъ быть и рѣчи. Въ справедливости этого положения могли убѣдиться и мы при неоднократныхъ изслѣдованіяхъ нормальныхъ и оперированныхъ животныхъ. Мѣры, предпринятія M a g e n g h i, чтобы устранить вліяніе другихъ причинъ, вызывающихъ зрачковыя движенія, собственно сводятся къ сохраненію неподвижности и спокойствія кролика, къ быстрой смѣнѣ освѣщенія глаза, къ удаленію осозательныхъ волосъ на головѣ. Эти условія выполнялись и нами и въ результатахъ получились указанія, какъ бы говорящія въ пользу даваемого объясненія M a g e n g h i, о чемъ можно судить по вышеизложеннымъ протоколамъ. Если бы наши изслѣдованія ограничились такими наблюденіями, то мы неизбежно бы пришли къ выводамъ, согласнымъ съ M a g e n g h i, но болѣе детальное разсмотрѣніе метода наблюденій зрачковой реакціи наведи насъ на нѣкоторыя подозрѣнія въ цѣности предписанныхъ M a g e n g h i предосторожностей въ изслѣдованіи. На самомъ дѣлѣ, неподвижность кролика, удаленіе осозательныхъ волосъ гарантируютъ ли совершенно отсутствіе воздѣйствій, вліяющихъ извнѣ на кролика? Конечно, нѣтъ, такъ какъ самый методъ изслѣдованія зрачковой реакціи—открываніе и закрываніе животнаго—неизбѣжно связанъ съ тактильными и другого рода чувствительными раздраженіями животнаго, а ихъ вліяніе на зрачекъ, какъ увидимъ ниже, неоспоримо. Сомнѣнія, наши въ справедливости объясненій зрачковымъ движеніямъ на амаврогическомъ глазѣ кролика, какъ реакціи свѣтовой, усилились вскорѣ нѣкоторыми наблюденіями, случайно произведенными при иной обстановкѣ, при какой производилось изслѣдованіе обычно. Такъ, иногда при вечернемъ наблюденіи оперированныхъ животныхъ мы прежде чѣмъ закрыть кролика, посаженного на столъ, покрываломъ, оставляли его на болѣе или менѣе продолжительное время въ тем-

ногъ и покоѣ, а затѣмъ быстро освѣщали оперированный глазъ, соответствующій зрачекъ въ такихъ случаяхъ оказывался средней ширины, равняясь 4,5—5,5 mm, т. е. приблизительно равнымъ предѣльному міозу, наблюдавшемуся при изслѣдованіяхъ по Магенгхи, и далѣе не смотря на самое интенсивное и продолжительное освѣщаніе не суживался, а напротивъ при малѣйшемъ дотрогиваніи до кролика вдругъ началъ расширяться и иногда довольно сильно. Такіе случаи заставили насъ осторожнѣе отнестись къ безапелляціоннымъ выводамъ Магенгхи о природѣ наблюдаемыхъ движений зрачка, тѣмъ болѣе, что уже и въ литературѣ мы встрѣтили указанія Нолтгена*), правда не подтвержденные последующими изслѣдованіями, о возможности зрачковыхъ движений послѣ перерѣзки зрительнаго нерва у кролика подъ вліяніемъ возбужденія животнаго. Въ виду этого мы при дальнѣйшемъ изслѣдованіи модифицировали методъ изслѣдованія зрачковой реакціи оперированныхъ животныхъ въ томъ смыслѣ, чтобы исключить совершенно или, по крайней мѣрѣ, свести къ возможному minimumу, вліяніе другихъ моментовъ, отъ зывающихся на зрачекъ. Ради этого мы не ограничились только иммобилизаціей животнаго, удаленіемъ волосъ осязательныхъ на головѣ, но и вообще устранили всякія тактильныя, чувствительныя раздраженія кролика—прикосновеніе рукой при изслѣдованіи, всякій шумъ и пр.

Результаты, полученные при такихъ условіяхъ наблюденія, привели насъ къ совершенно опредѣленному выводу, что движенія зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва не могутъ быть отнесены на свѣтовое вліяніе, какъ это предполагать Магенгхи. Оказывается, что тѣ случайныя наблюденія, съ которыми мы встрѣтились въ началѣ изслѣдованій, повторяются съ неизмѣннымъ постоянствомъ при соблюденіи указанныхъ условій: зрачекъ оперированной стороны принимаетъ и въ темнотѣ, но только въ полномъ покоѣ животнаго, опредѣленную ширину, которая при освѣщеніи, какъ бы оно ни было интенсивно, нисколько не уменьшается

*) l. c.

Приводимые ниже протоколы нѣкоторыхъ наблюденій представляютъ общіе результаты нашихъ изслѣдованій надъ оперированными животными. Получивъ указанія изъ такихъ изслѣдованій, что въ наблюдающихся движеніяхъ зрачка свѣтъ не играетъ никакой роли, мы вполне естественно рѣшили искать разрѣшенія на поставленный вопросъ въ дѣятельности аппарата, завѣдующаго расширеніемъ зрачка. Устраненіе вліяній со стороны этого аппарата поэтому было поставлено нами слѣдующей задачей изслѣдованія. О ходѣ расширителей зрачка и до сихъ поръ, какъ увидимъ ниже изъ литературнаго очерка II отдѣла работы, существуютъ разногласія, одно можетъ считаться безспорнымъ, что въ черепѣ расширители идутъ съ первой вѣтвью тройничнаго нерва. Въ силу этого мы въ двухъ случаяхъ на кроликахъ послѣ перерѣзки зрительнаго нерва произвели на той же сторонѣ, спустя долгое время послѣ первой операции, перерѣзку и I вѣтви тройничнаго нерва. Къ сожалѣнію, быстро развившійся keratitis neuroparalitis въ обоихъ случаяхъ не позволилъ намъ произвести продолжительное наблюдение надъ зрачкомъ, но и ограничиваясь трехдневнымъ изслѣдованіемъ, какъ было въ случаѣ, описываемомъ въ протоколѣ № 3, мы имѣли возможность вывести опредѣленное заключение о состояніи зрачка амавротического глаза послѣ перерѣзки п. trigemini. Въ тоже время, произведенныя на другихъ животныхъ послѣ операции Магэнгі перерѣзки симпатическаго нерва или вылушеніе верхняго шейнаго узла дали намъ въ существennomъ эквивалентный результатъ по отношенію къ зрачку, какъ и перерѣзка I вѣтви. Последнее обстоятельство въ виду легкой выполнимости операции и возможности производить продолжительныя наблюденія надъ глазомъ оперированныхъ животныхъ, заставило насъ ограничиться въ большинствѣ случаевъ операцией на шеѣ. Изъ 8 такихъ операций нами приводятся двѣ.

Протоколъ № 3.

Сѣрый кроликъ, вѣсъ 1600 граммъ. 24/х 1902. Сдѣлана подъ наркозомъ англійской смѣсью операція перерѣзки зри-

тельного нерва внутри черепа на правой сторонѣ. Техника операции по описанному Magenhi типу. Послѣ резекціи коннаго треугольника изъ свода глазницы до foramen opticum появилось кровотеченіе, остановившееся при осторожной тампонадѣ. Налѣзана твердая мозговая оболочка и мозгъ нѣсколько приподнятъ, чтобы открыть свободнѣе доступъ къ зрительному нерву, но видѣть послѣдній безъ риска сильно наматъ мозгъ не удалось и нервъ былъ перерѣзанъ въ темную. Непосредственно послѣ операции зрачекъ шире среднего (6 mm.), не реагируетъ на свѣтъ, на противоположной сторонѣ замѣтна реакція.

25/х. Кроликъ не охотно двигается, но кормъ беретъ. Рана имѣетъ хорошій видъ. При вечернемъ изслѣдованіи кроликъ былъ посаженъ на столъ въ темной комнатѣ и оставленъ на 20 мин., чтобы успокоится послѣ перенесенія изъ клѣтки. Источникъ свѣта (Ауэровская горѣлка) поставленъ сбоку кролика съ лѣвой стороны и тщательно закрытъ. Безшумно открывъ горѣлку и направляя рефлекторомъ свѣтъ въ правый глазъ, замѣчаемъ, что зрачекъ равняется 5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Освѣщеніе въ теченіе 5 мин. не вызываетъ какихъ либо колебаній зрачка въ сторону суженія. Освѣщеніе прекращается и кроликъ снова оставляется на 10 мин. въ темнотѣ. При новомъ освѣщеніи глаза констатируется, что зрачекъ той же ширины. Горѣлка переставлена на другую сторону и послѣ нѣкотораго ожиданія освѣщенъ лѣвый глазъ. Въ первый же моментъ освѣщенія немного расширенный въ темнотѣ зрачекъ быстро суживается доходя 3-хъ mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Кроликъ закрытъ сукномъ и послѣ нѣ котораго перерыва надъ оперированнымъ глазомъ приподнято покрывало и глазъ освѣщенъ. Зрачекъ оказывается расширеннымъ до 7 mm., а затѣмъ при долгомъ (до 10 мин.) освѣщеніи начинаетъ постепенно суживаться до 5—5,5 mm. На здоровой сторонѣ при открываніи глаза зрачекъ быстро суживается до 3-хъ mm.

28/х. Кроликъ замѣтно оправляется—охотно ѣстъ, бѣгаетъ по клѣткѣ. Заживленіе нормально. Изслѣдованіе проведено при яркомъ солнечномъ свѣтѣ. При освѣщеніи глаза здоровой стороны зрачекъ, какъ и до операции, энергично суживается до 1½—2 mm. Зрачекъ оперированной стороны достигаетъ при освѣщеніи меньшаго размѣра въ 5 mm., при чемъ бросается въ глаза, что окружающій шумъ, дотрагиваніе до кролика и тѣмъ болѣе грубое сдвиганіе лапы щипаніе кожи и пр. быстро вызываютъ расширеніе зрачка

не смотря на яркое освѣщеніе; принявъ очень широкій размѣръ, зрачекъ затѣмъ медленно начинаетъ суживаться. Наблюденіе на здоровомъ глазѣ показываетъ, что и тамъ зрачекъ при разнаго рода чувствительныхъ раздраженіяхъ расширяется и при яркомъ освѣщеніи, но это расширеніе скоро-проходяще и не рѣзко выражено.

30/х. Кроликъ совершенно бодръ. Рана заживаетъ regularitatem. Лѣвый глазъ кролика тщательно закрытъ и кролика выпущенъ на поле. Животное очень осторожно и мало двигается, натакиваясь на встрѣчающіяся препятствія; посаженное на небольшое возвышеніе—площадку на полу—оно не рискуетъ спуститься съ площадки. При открытомъ здоровомъ и закрытомъ оперированномъ глазѣ животное свободно бѣгаетъ по полу, съ площадки, съ которой не осмѣливалось спуститься до этого, немедленно же спрыгиваетъ. Словомъ, обнаруживается, что кроликъ слѣлъ на правый глазъ. При изслѣдованіи вечеромъ въ тотъ же день, относительно зрачковыхъ движеній въ оперированномъ глазѣ получаются тѣ же явленія, что и въ первый разъ—зрачекъ животнаго, оставленнаго въ полномъ покоѣ, держится равнымъ 5 mm. и болѣе не суживается при освѣщеніи. Тактильная, болевая раздраженія вызываютъ зрачекъ изъ этого состоянія въ сторону расширенія до 7—8 mm. Если, вызвавъ такое расширеніе, прекратить освѣщеніе и выждать 5—10 минутъ, то оказывается, что зрачекъ и въ темнотѣ постепенно суживается до первоначальнаго состоянія.

4/хІ. Кроликъ производитъ впечатлѣніе вполне здороваго. Изслѣдованіе состоянія зрачковъ даетъ при указанной обстановкѣ тѣ же самые результаты.

Дальнѣйшее наблюденіе послѣоперационнаго теченія при частыхъ изслѣдованіяхъ въ теченіе мѣсяца не даетъ чего-либо новаго въ состояніи зрачковъ, почему мы и не приводимъ здѣсь результатовъ каждаго осмотра животнаго.

27/хІ. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведена операція перерѣзки 1 вѣтви тройничнаго нерва на правой сторонѣ. Черезъ трепанационное отверстіе въ pars squamosa os. temp. впереди слухового прохода введенъ ножъ Magendie на ранѣе приблизительно установленную глубину, чтобы перерѣзать первую вѣтвь впереди gang. Gasseri. Въ моментъ самой перерѣзки животное вскринуло, зрачки оба расширились. Кровотеченіе послѣ перерѣзки незначительно, вскорѣ остановившееся. Вскорѣ за операціей, пока зашивалась кожная рана,

зрачекъ лѣвой стороны замѣтно сузился, достигая до 3-хъ мм. Исслѣдованіе роговицы указало на полную анестезію ея. Вѣки оперированной стороны были склеены пластиремъ, чтобы сколько нибудь воспрепятствовать поврежденіямъ извнѣ. Къ вечеру, когда кроликъ оправился отъ наркоза, зрачекъ сталъ нѣсколько шире, почти равняясь 5,0 мм.

28/xi. Роговица правого глаза въ самомъ центрѣ мутнѣетъ, замѣтна перикорнеальная интекція. Зрачекъ принялъ ширину, равную 5 мм. Исслѣдуя зрачковую реакцію по употребительному способу, получаемъ одинъ и тотъ же результатъ—ни при освѣщеніи, ни въ темнотѣ зрачекъ не измѣняетъ своей ширины, чувствительныя раздраженія всякаго рода, вызывая замѣтное расширеніе зрачка здоровой стороны, ничѣмъ не отражаются на зрачкѣ оперированной. Вечеромъ воспалительныя измѣненія роговицы замѣтны еще болѣе, но зрачекъ остается все въ томъ неподвижномъ состояніи.

29/xi. Кроликъ не охотно беретъ кормъ, мало подвигнѣтъ. Роговица въ $\frac{2}{3}$ захвачена воспалительнымъ процессомъ и уже съ трудомъ можно опредѣлить границы зрачка. Насколько позволяетъ судить наблюденіе черезъ прозрачныя части роговицы, зрачекъ сталъ нѣсколько уже, но какихъ либо движеній не обнаруживаетъ.

30/xi. Keratitis neuroragalis вѣ полномъ развитіи, контуры зрачка едва замѣтны.

1/xii. Въ виду захватившаго почти всю роговицу воспалительнаго процесса, наблюденія надъ зрачкомъ въ дальнѣйшемъ невозможны. Кроликъ убитъ хлороформомъ. Вскрытіе: gamus ophthalmicus n. trigemini d. перерѣзанъ цѣликомъ. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило и перерѣзку зрительнаго нерва.

Протоколъ №. 4.

Кроликъ—альбиносъ, вѣсъ 1150 граммъ. 9/x 1902. Операция перерѣзки зрительнаго нерва по Magendie на лѣвой сторонѣ. Кровотеченіе послѣ резекціи не большое, благодаря чему и можно было скоро произвести перерѣзку. Избѣгая излишнихъ поврежденій мозга, самую перерѣзку мы произвели и на этотъ разъ въ темную. Непосредственно послѣ операциі зрачекъ лѣваго глаза широкъ и неподвиженъ на сѣтъ. Черезъ 5 часовъ послѣ операциі отмѣчается большая разница въ состояніи зрачковъ при освѣщеніи того и другого

глаза. Зрачекъ правой стороны при изслѣдованіи безъ всякихъ предосторожностей, обычно нами предпринимаемыхъ, при освѣщеніи искусственнымъ свѣтомъ быстро реагируетъ, достигая до 3,5 mm., лѣвый же зрачекъ при открываніи глазъ широкъ (7—7,5 mm.), и изъ этого положенія не обнаруживаетъ наклонности къ суженію, не смотря на долгое выжиданіе. Въ виду сильнаго безпокойства кролика за все время наблюденія, подробное изслѣдованіе отложено.

10/х. Кроликъ вполне бодръ, хорошо ѣстъ. Положеніе глаза, вѣкъ вполне нормально. Для изслѣдованія кроликъ принесенъ изъ кѣтки и посаженъ на столъ въ темной комнатѣ. Въ полной тишинѣ выжидалось минутъ 15—20, а затѣмъ безшумно открытъ источникъ свѣта поставленный сбоку и оперированный глазъ освѣщенъ рефлекторомъ; въ первый же моментъ освѣщенія зрачекъ оказывается равнымъ 5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Продолжая освѣщать глазъ, слѣдимъ за состояніемъ зрачка—какихъ либо движеній въ сторону суженія не замѣтно. При измѣреніи зрачка неосторожно задѣта рукой голова кролика, зрачекъ не смотря на продолжающееся освѣщеніе, довольно быстро расширился до 7—7,5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Кроликъ началъ двигаться, пришлось оставить на нѣкоторое время изслѣдованіе. Спустило 10 минутъ, когда кроликъ успокоился, снова освѣщенъ лѣвый глазъ—зрачекъ оказывается равнымъ 5,5 mm. и болѣе не суживается. Взята осторожно лапа животнаго, зрачекъ тотчасъ же расширился до 6—7 mm. Лапа опущена и зрачекъ очень медленно, вяло суживается до 5 mm. Испробовано нѣсколько разъ поглаживаніе по спинѣ, легкое пощипываніе кожи и всякій разъ неизмѣнно вызывается расширеніе изслѣдуемаго зрачка. На здоровой сторонѣ при освѣщеніи зрачекъ быстро суживается, какъ только свѣтъ направляется въ глазъ. Сдѣлано наблюденіе надъ вліяніемъ на зрачекъ этого глаза чувствительныхъ раздраженій. Поглаживаніе кролика, сдѣлываніе лапки и т. п. вызываютъ замѣтное расширеніе зрачка и при освѣщеніи глаза, но это расширеніе, въ 1-хъ, не такъ велико и въ 2-хъ, главное—очень быстро уступаетъ вліянію интенсивнаго освѣщенія—зрачекъ по прекращеніи раздраженія, особенно, если оно не сильно, быстро суживается до 2,5—3,5 mm.

12/х—13/х. Заживленіе раны идетъ гладко. Какихъ либо уклоненій въ наружномъ видѣ глаза, положеніи его вѣкъ не замѣчается. Кроликъ охотно ѣстъ.

15/х. Кроликъ совершенно бодръ. Рана зажила *per gr̃am*, сняты швы. Исслѣдованіе зрачковъ при обычной обстановкѣ даетъ тѣ же результаты, что и раньше. Замѣчено, что чувствительныя раздраженія вызываютъ расширеніе зрачка амвротического глаза въ нѣкоторой зависимости отъ ихъ интенсивности — болѣея раздраженія вызываютъ и болѣе сильное расширеніе и болѣе медленное, а подъ часъ и далеко не полное возвращеніе къ ширинѣ зрачка въ покойномъ положеніи кролика. Кромѣ того, наталиваемся на слѣдующее явленіе: если вызвать какимъ-либо чувствительнымъ раздраженіемъ расширеніе зрачка въ глазу оперированной стороны, а затѣмъ прекратить освѣщеніе глаза и оставить въ повоѣ кролика, то чрезъ нѣсколько минутъ при освѣщеніи въ первый же моментъ констатируется, что зрачекъ принялъ въ темнотѣ наименьшій размѣръ, наблюдавшійся при исслѣдованіяхъ.

Въ дальнѣйшемъ кроликъ подвергался неоднократнымъ исслѣдованіямъ въ такомъ же родѣ и съ одинаковыми во всемъ существенномъ результатами. Нѣкоторыми приемами не разъ была констатирована слѣпота на лѣвый глазъ. Офтальмоскопически діагносцирована начинающаяся атрофія зрительнаго нерва въ концѣ перваго мѣсяца послѣ операціи, а въ слѣдующемъ мѣсяцѣ наблюденія картина атрофіи выступила въполнѣ рѣзко.

12/хп 1902. Подъ наркозомъ англійской смѣсью была сдѣлана вторая операція тому же кролику: на лѣвой сторонѣ былъ вылученъ верхній шейный симпатическій узелъ. Операція сдѣлана почти безкровно и кроликъ къ вечеру же совершенно оправился отъ наркоза, сталъ ѣсть, бѣгать.

13/хп. Зрачекъ лѣваго глаза при исслѣдованіи на яркомъ солнечномъ свѣтѣ оказывается равнымъ 5 mm., въ то же время зрачекъ здоровой стороны суженъ до 2 mm. Освѣщеніе рефлекторомъ яркимъ пучкомъ свѣта въ теченіе нѣсколькихъ минутъ остается совершенно безъ результата на зрачкѣ лѣваго глаза—зрачекъ не обнаруживаетъ ни малѣйшаго суженія. Испробовано вліяніе чувствительныхъ раздраженій—взята лапа кролика и сдавлена, животное выражаетъ беспокойство, зрачекъ лѣвой стороны неподвиженъ, тогда какъ правый зрачекъ расширился довольно сильно, но скоро снова сузился. Примѣненіе другихъ раздраженій не вызываетъ какихъ либо движеній на зрачкѣ оперированной стороны.

14/хп. Кроликъ совершенно бодръ. Явленія со стороны глаза тѣ же, что отмѣчены и вчера. Зрачекъ лѣвой стороны

равняется 5 mm. и никаких движений ни въ сторону суженія, ни въ сторону расширения не обнаруживаетъ.

17/xii. Заживленіе раны идетъ правильно. Сняты швы. Зрачекъ сохраняетъ все тоже неподвижное положеніе.

Дальше изслѣдованіе производится черезъ 3—5 дней и все съ однимъ и тѣмъ же результатомъ. Отмѣчено только, что 20/xii при наблюденіи кролика во время довольно быстро-рыхъ движений и вызваннаго сильнымъ шумомъ исцута замѣны были небольшія колебанія въ сторону расширения. Это послѣднее явленіе при такихъ же условіяхъ было не разъ констатировано. 25/i 1903. Кроликъ убитъ хлороформомъ, тщательно вскрытъ. Перерѣзка зрительнаго нерва поврѣнена микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Протоколъ №. 5.

Кроликъ альбиносъ, вѣсъ 1450. 4/ш 1903. Сдѣлана подъ смѣшаннымъ наркозомъ операція. По общему типу открытъ доступъ къ foramen opticum sin., вскрыта твердая мозговая оболочка, отвернута и мозгъ осторожно нѣсколько отведенъ шпательемъ, чтобы увидѣть зрительный нервъ, что на этотъ разъ и удалось. Ножъ введенъ болѣе обыкновеннаго въ цѣляхъ перерѣзать вмѣстѣ съ лѣвымъ зрительнымъ нервомъ и правый. Перерѣзка лѣваго нерва сдѣлана на глазахъ, а правый перерѣзывался въ темную. Послѣ перерѣзки кровотоchenіе изъ полости черепа, скоро остановившееся. Непосредственно послѣ операціи зрачки оба широки и не реагируютъ на свѣтъ. При вечернемъ изслѣдованіи животнаго отмѣчается, что зрачки стали замѣтно уже, но детальное изслѣдованіе отложено до слѣдующаго дня, такъ какъ кроликъ еще не совсемъ оправился отъ наркоза.

5/ш. Кроликъ почти не беретъ кормъ, очень вялъ. Состояніе кожной раны удовлетворительно. Въ виду сравнительно тяжелаго состоянія животнаго изслѣдованіе глазъ произведено кратко. Зрачки при диффузномъ освѣщеніи дневнымъ свѣтомъ держатся средней ширины. Наблюденіе производилось, не трогая кролика изъ елѣтки, и потому измѣреніе зрачковъ не произведено.

7/ш. Кроликъ болѣе, хорошо ѣстъ. Вечеромъ этого дня животное перенесено въ темную комнату и здѣсь оставлено въ теченіе нѣсколькихъ минутъ въ покоѣ, а затѣмъ правый

глазъ освѣщенъ рефлекторомъ отъ Аэровской горѣлки. Зрачекъ съ перваго момента освѣщенія имѣлъ 5,5 мм. въ горизонтальномъ діаметрѣ и не сужился болѣе, не смотря на очень продолжительное освѣщеніе. Горѣлка переставлена на другую сторону, чтобы произвести наблюденіе надъ правымъ глазомъ. Шумъ, вызванный перестановкой горѣлки, замѣтно обеспокоилъ животное, причемъ оба зрачка нѣсколько расширились. При освѣщеніи рефлекторомъ лѣваго глаза зрачекъ оказывается равнымъ 7,5 мм., а затѣмъ медленно начинаетъ суживаться, достигая 5,5—6 мм. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Горѣлка закрыта, а затѣмъ спустя 10 мин. снова безшумно открыта и лѣвый глазъ освѣщенъ рефлекторомъ, въ этотъ моментъ зрачекъ оказывается равнымъ 5,5 мм. и при дальнѣйшемъ освѣщеніи нисколько не суживается.

10/ш. Кроликъ производитъ впечатлѣніе здороваго, много бѣгаетъ по клѣткѣ, хорошо ѣстъ. Кожная рана зажила *per primam*. Произведено изслѣдованіе при солнечномъ свѣтѣ. Животное было посажено передъ окномъ, лѣвый глазъ закрытъ ширмой отъ окна, а въ правый направленъ рефлекторомъ свѣтъ. Когда кроликъ былъ только что перенесенъ на столъ, зрачки оба оказались широкими 7—8 мм., при освѣщеніи праваго глаза яркимъ пучкомъ свѣта въ первый 5—7 мин. не отмѣчается наклонности къ суженію, а затѣмъ постепенно зрачекъ начинаетъ суживаться и доходить до 5,5—6 мм. дальше этого суженіе не идетъ. Произведенъ шумъ — надъ кроликомъ хлопнули руками — зрачекъ быстро расширился, а затѣмъ очень медленно вернулся къ прежней своей величинѣ. Наблюдается при тѣхъ же условіяхъ лѣвый глазъ и результаты совершенно тотъ-же. Кроликъ выпущенъ на полъ. По его неувѣренному, крайне ограниченному движеніямъ, наталкиванію на окружающіе предметы можно съ увѣренностью сказать, что кроликъ слѣпъ на оба глаза. Офтальмоскопическое изслѣдованіе не даетъ какихъ-либо указаній на патологическія измѣненія дна обоихъ глазъ.

12/ш. Кроликъ совершенно оправился. Наружный видъ глазъ, положеніе вѣкъ нормально.

Зрачковая реакція была изслѣдована вечеромъ при газовомъ освѣщеніи. Констатировано, какъ и при первыхъ изслѣдованіяхъ, что тотъ и другой зрачекъ въ покой кролика принимаетъ въ темнотѣ ширину ровную 5,5—6 мм., и дальнѣйшаго суженія при освѣщеніи, иногда очень продолжитель-

номъ, не обнаруживаютъ. Чувствительныя раздраженія — поглаживаніе по спинѣ, сдвигиваніе лапки и пр. — неизмѣнно вызываютъ расширение обихъ зрачковъ равномѣрное, колеблющееся въ предѣлахъ 7—8 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Расширенный такимъ образомъ зрачекъ затѣмъ постепенно суживается, при чемъ обнаружено, что это суженіе совершается и въ темнотѣ, если кроликъ оставленъ въ покое. Психическое возбужденіе животного — испугъ напр. при окружающемъ шумѣ, также сопровождается сильнымъ расширеніемъ обихъ зрачковъ.

15/ш. Повторено изслѣдованіе съ такимъ же результатомъ.

Въ слѣдующій мѣсяцъ наблюденія состояніе кролика безъ перемѣны; изслѣдованіе зрачковыхъ движеній при различныхъ условіяхъ не даетъ что-либо новаго.

14, iv. 1903. Сдѣлано вылученіе *gangl. cervic. superioris dextri* подъ смѣшаннымъ наркозомъ по употребительному методу, почти безкровно. Непосредственно послѣ операци отмѣчается, что зрачекъ довольно широкъ (6—6,5 mm.) и неподвиженъ. Вечеромъ того же дня, когда животное оправилося отъ наркоза, зрачекъ оперированной стороны нѣсколько уже, равняется 5,5 mm.

15/iv. Кроликъ бодръ, беретъ кормъ, много бѣгаетъ; состояніе кожной раны удовлетворительно. Для изслѣдованія животное перенесено изъ клѣтки и посажено на столъ; наблюденіе въ этотъ моментъ за состояніемъ зрачковъ, когда кроликъ еще проявляетъ признаки безпкойства отъ перемѣненія, указываетъ на большую разницу между тѣмъ и другимъ глазомъ — на оперированной сторонѣ зрачекъ равняется 5,5 mm., тогда какъ на лѣвой онъ значительно шире (7,5 mm.). Слѣстѣя нѣсколько минутъ кроликъ успокаивается; освѣщая въ это время правый глазъ, видимъ тоже самое стояніе зрачка (5,5 mm.). Испробовано вліяніе чувствительныхъ раздраженій, — животное дѣлаетъ попытки къ движеніямъ, но зрачекъ остается неизмѣненнымъ. На тѣ же раздраженія лѣвый зрачекъ реагируетъ по прежнему быстрымъ расширеніемъ.

15—16/iv. Состояніе зрачка правой стороны все время безъ перемѣны.

20/iv. Рана зажила, сняты швы. Зрачекъ правой держится въ той же ширинѣ, не обнаруживая движеній ни въ сторону суженія, ни въ сторону расширения.

Офтальмокопическое изслѣдованіе, произведенное въ этотъ день, даетъ указанія на наступившую атрофію зри-

тельныхъ нервовъ и въ томъ и другомъ глазу, особенно замѣтно исчезаніе лучистости сверху и снизу сосокотъ.

Наблюденіе кролика продолжалось нами до начала мая, а затѣмъ по необходимости прекращено до осени, но лѣтомъ за наше отсутствіе кроликъ погибъ отъ случайной причины.

Представленные наблюденія, во всемъ существенномъ ничѣмъ не отличающіяся отъ другихъ, бывшихъ у насъ, даютъ возможность выяснитъ, функціи какого аппарата нужно приписать движенія зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва. Всѣ данныя многократныхъ и разнообразныхъ изслѣдованій оперированныхъ кроликовъ не оставляютъ, прежде всего, сомнѣнія въ томъ, что зрѣкъ дѣло идетъ не о свѣтовой реакціи, какъ думаетъ M a g e n g h i. Первымъ опроверженіемъ предложеннаго M a g e n g h i объясненія служить много разъ констатированный фактъ, что зрачекъ оперированной стороны, принявъ въ косякъ кролика, помѣщеннаго въ темнотѣ, опредѣленные размѣры, нисколько не суживается при послѣдующемъ освѣщеніи, какъ-бы оно не было сильно. Отъ этого средняго стоянія зрачекъ обнаруживаетъ движенія только въ сторону расширенія, и въ довольно обширныхъ границахъ, при любыхъ чувствительномъ раздраженіи животнаго, а также подъ влияніемъ психическаго возбужденія.

Степень расширенія и быстрота появленія этой реакціи варьируетъ въ зависимости отъ индивидуальной возбудимости животнаго. Нѣкоторые кролики весьма быстро и энергично реагируютъ на малѣйшее дотрагиваніе и незначительный шумъ въ комнатѣ сильнымъ расширеніемъ зрачковъ, другіе же, особенно привыкшіе къ манипуляціямъ при изслѣдованіяхъ, отвѣчаютъ слабымъ, но всегда замѣтнымъ эффектомъ. Сравнивая зрачковые движенія на указанныхъ воздѣйствія стороны здоровой съ оперированной, безъ труда можно констатировать разницу въ характерѣ реакціи. Освѣщеніе здороваго глаза солнечнымъ или, что примѣнялось въ большинствѣ случаевъ, искусственнымъ свѣтомъ быстро вызываетъ обычный эффектъ—суженіе зрачка, различающееся въ размѣрахъ, главнымъ образомъ, въ зависимости отъ интенсивности освѣщенія.

ніа. Если, продолжая освѣщать такой глазъ, произвести какое-либо чувствительное раздраженіе животнаго, то, какъ извѣстно, зрачекъ и на свѣту при такихъ условіяхъ реагируетъ на раздраженіе расширеніемъ въ той или другой степени, но это расширеніе обычно быстро уступаетъ, по прекращеніи раздраженія, свѣтовому вліянію, и зрачекъ возвращается къ первоначальному міозу. Иное наблюдается на зрачкѣ кролика—амавротика. Здѣсь зрачекъ въ покой животнаго, принявъ опредѣленную ширину, нисколько не измѣняющуюся при освѣщеніи, расширяется подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій и, насколько можно судить па глазъ, расширяется быстрее и нѣсколько энергичнѣе зрачка здоровой стороны при одинаковомъ по силѣ раздраженіи. Но характеренъ для этой реакціи возвратъ зрачка отъ принятаго расширенія къ первоначальному стоянію,—онъ совершается, какъ на свѣту, такъ и въ темнотѣ, медленно, вяло, отличаясь этимъ рѣзко отъ нормальнаго зрачка. Перерывъ путей расширителей зрачка, произведенный нами перерѣзкой первой вѣтви тройничнаго нерва, имѣлъ слѣдствіемъ неподвижность зрачка оперированной стороны, стояніе его въ предѣльномъ міозѣ, наблюдавшемся до послѣдней операціи. Совершенно идентичнымъ по результатамъ оказалась далѣе и перерѣзка симпатическаго нерва геср. выдущеніе верхняго симпатическаго узла—зрачекъ амавротическаго глаза и послѣ такой операціи остается неподвижнымъ, какъ на свѣтовое вліяніе, такъ на разнаго рода чувствительныя раздраженія. Только въ одномъ случаѣ (прот. № 4) намъ послѣ перерѣзки п. орбісі и выдущенія узла пришлось наблюдать при сильнѣйшемъ возбужденіи животнаго нѣкоторыя колебанія зрачка въ сторону расширенія. Это наблюденіе, повторяемъ, было сдѣлано у одного экземпляра изъ оперированныхъ животныхъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ не встрѣчалось. Судя по условіямъ, при которыхъ производилось наблюденіе, полученное расширеніе зрачка должно быть отнесено къ т. н. парадоксальному расширенію зрачка послѣ выдущенія симпатическаго узла, о сущности котораго мы будемъ говорить подробно во второмъ отдѣлѣ работы. Наблюдаемый фактъ

отсутствія движеній зрачка послѣ совмѣстной перерѣзки зрительнаго нерва и симпатическаго окончателно рѣшаетъ вопросъ о происхожденіи такъ называемой свѣтовой реакціи *Maenghi*. Перерѣзка симпатическаго нерва у нормальнаго кролика вызываетъ извѣстный комплексъ явленій, среди которыхъ наблюдается и суженіе зрачка въ той или другой степени въ зависимости отъ устраненія тонуса расширяющаго зрачекъ аппарата и преналивованія дѣятельности сфинктера зрачка. Подъ вліяніемъ свѣта зрачекъ оперированной стороны можетъ еще болѣе сокращаться, такъ какъ для проявленія рефлекторной дѣятельности сфинктера зрачка создаются благоприятныя условія вслѣдствіе устраненія противодѣйствій со стороны расширяющаго зрачекъ аппарата. И въ амаврогическомъ глазу, если-бы была на лицо, какъ предполагаетъ *Maenghi*, свѣтовая реакція, перерѣзка расширителей зрачка не могла бы повести къ ея исчезновенію. Слѣдовательно, сямый фактъ отсутствія зрачковыхъ движеній при исключеніи функцій расширяющаго аппарата говорить съ несомнѣнностью, что эти движенія совершались исключительно за счетъ послѣдняго. Относя, такимъ образомъ, наблюдавшіяся движенія зрачка послѣ перерѣзки зрительнаго нерва, къ рефлекторному расширенію подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій, мы тѣмъ самымъ вставляемъ въ противорѣчіе съ господствующей до послѣдняго времени теоріей рефлекторнаго расширения зрачка. Эта теорія, высказанная впервые, какъ было уже упомянуто Бехтеревымъ, утверждаетъ, что чувствительныя раздраженія не могутъ вызвать расширенія на зрачкѣ, лишенномъ тонуса сфинктера. Въ основу такого взгляда легли наблюденія Бехтерева надъ животными послѣ перерѣзки зрительнаго нерва. Оказывается, что на сторонѣ, гдѣ перерѣзанъ зрительный нервъ, зрачекъ животного съ сочувственной реакціей совершенно не расширяется на чувствительныя раздраженія, если здоровый глазъ закрытъ; тоже самое, вопреки *Holmgren*у, наблюдается и у кроликовъ, не имѣющихъ сочувственной реакціи. Браунштейнъ, о трудѣ котораго подробно скажемъ ниже, развилъ эту теорію, осно-

выясаясь главнымъ образомъ на своихъ наблюденіяхъ надъ кроликами и кошками послѣ перерѣзки п. oculomotorii внутри черепа. Незыбннмъ результатомъ перерѣзки во всѣхъ опытахъ автора было отсутствіе какихъ-либо движеній подлѣ вліаніемъ чувствительныхъ раздраженій на соотвѣствующихъ зрачкѣ. Не входя здѣсь въ подробное толкованіе приведенной теоріи и не считая пока полученный матеріалъ достаточнымъ для критики ея, мы здѣсь упомянемъ о попыткахъ нашихъ рѣшить вопросъ, несомнѣнно имѣющей значеніе для послѣдующаго разсужденія. Мы говоримъ относительно того, могутъ ли считаться перерѣзка зрительнаго нерва внутри черепа у кролика эквивалентной по вліанію на зрачекъ перерѣзкѣ глазодвигательнаго нерва. На этотъ вопросъ можно бы отвѣтить, такимъ образомъ, что на одной сторонѣ перерѣзать *opticus*, а на другой *oculomotorius* и сравнить эффекты на зрачкахъ; или же, какъ это дѣлалъ Knoll¹⁾, къ перерѣзкѣ п. *opticus* затѣмъ присоединить перерѣзку п. *oculomotorii*. Въ случаѣ Knoll¹⁾, гдѣ послѣднія операціи были сдѣланы въ „остромъ“ опытѣ—перерѣзка *oculomotorii* нисколько не измѣнила зрачка, принявшаго извѣстную ширину послѣ перерѣзки *opticus*.

Для того, чтобы эффектъ каждой перерѣзки наблюдать не только непосредственно за перерѣзкой, но и въ теченіе того или другого времени послѣ нея, необходимо было подвергнуть животное двумъ очень очень труднымъ, опаснымъ операціямъ, изъ которыхъ каждая сопровождается значительнымъ процентомъ неудачъ. Въ силу этого мы только въ двухъ случаяхъ на кроликахъ, оправившихся совершенно послѣ операціи перерѣзки п. *opticus*, попытались перерѣзать внутри черепа и *oculomotorius*, изъ нихъ одинъ погибъ во время операціи отъ пораненія *sinus cavern.*, а другой жилъ двое сутокъ. У послѣдняго перерѣзка была сдѣлана на противоположной амавротическому глазу сторонѣ. Протоколъ этого случая, правда не рѣшающаго категорически вопросъ, считаемъ нужнымъ привести, опускаая наблюденія надъ животнымъ

¹⁾ L. c.

послѣ первой операціи—перерѣзки зрительнаго нерва,—такъ какъ пришлось бы повторить извѣстное изъ приведенныхъ выше протоколовъ (№ 3, 4 и 5).

Протоколъ № 6.

Кроликъ—альбиносъ. Оперированъ 25/п 1903—сдѣлана перерѣзка зрительнаго нерва на лѣвой сторонѣ. Въ результатахъ при неоднократныхъ изслѣдованіяхъ выяснилось, что наименьшій поперечникъ зрачка равняется около 6 mm., при различныхъ чувствительныхъ раздраженіяхъ зрачекъ расширяется до 7,5—8,5 mm.

16/iv. 1901. Подъ наркозомъ смѣсю была сдѣлана перерѣзка п. oculomotorii на основаніи черепа. Кожный разрѣзъ впереди наружнаго слухового прохода, трепанирована темяная кость, расширено немного трепанаціонное отверстіе книзу, а затѣмъ вскрыта твердая мозговая оболочка и введенъ по опредѣленному направленію ножъ, по конструкціи похожій на ножъ Magendie, на глубину, заранѣе приблизительно извѣстную, и нервъ перерѣзанъ на пути между мозгомъ и sinus cavernosus. Послѣдовало довольно значительное кровоотеченіе, скоро остановившееся. Зрачекъ непосредственно послѣ операціи широкъ (до 9 mm.) и неподвиженъ на свѣтъ, верхнее вѣко нѣсколько опущено, глазное яблоко отклонено внаружи. Къ вечеру кроликъ немного оправился, но имѣетъ подавленный видъ и плохо реагируетъ на окружающее. Зрачекъ оперированной стороны равняется теперь 7,5 mm. и колебаній ни въ сторону суженія, ни въ сторону расширения не обнаруживаетъ. 17/iv. Кроликъ очень апатиченъ, ничего не ѣстъ. Въ области кожной раны замѣчается небольшое припуханіе. При изслѣдованіи обнаружено, что зрачекъ правый равняется 7 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ, яркое освѣщеніе не даетъ никакого эффекта; тактильныя, болевыя раздраженія вызываютъ замѣтное расширение до 8—9 mm. Зрачекъ лѣвой стороны держится также шире обычнаго, равняется 6—6,5 mm., на чувствительныя раздраженія расширяется въ той же степени. Вечеромъ состояніе кролика ухудшилось, онъ лежитъ и почти не реагируетъ на окружающее.

18/iv. Утромъ кроликъ спитъ. Вскрытіе—oculomotorius дѣх перерѣзанъ цѣликомъ, въ средней черепной ямѣ правой стороны порядочное количество сгустковъ крови, въ трепанаціонномъ отверстіи выпяченъ мозгъ, кругомъ сгустки крови.

Это наблюдение не отвѣчаетъ опредѣленнымъ образомъ, какъ уже сказано, на поставленный вопросъ, но для насъ оно цѣнно въ виду слѣдующихъ соображеній: оно даетъ, во-первыхъ, указаніе, что зрачекъ кролика послѣ перерѣзки п. oculomotorii принимаетъ далеко не максимальную величину, но близкую къ обычно наблюдаемой послѣ перерѣзки п. optici и, во-вторыхъ, что чувствительныя раздраженія вызываютъ на такомъ зрачкѣ движенія въ сторону расширенія. Последнее положеніе доказывается нами въ слѣдующемъ отдѣлѣ рабoты, гдѣ эта реакція зарегистрирована фотографіей. Тамъ же нами представлены случаи одновременной перерѣзки optici и oculomotorii, вполне подтверждающіе выводы Koll'a, что тонусъ зрачекъ суживающаго аппарата исключается совершенно послѣ перерѣзки optici. Противорѣчіе въ только что изложенномъ наблюдении такому выводу, по нашему мнѣнію, можетъ быть объяснено предположеніемъ, что разница въ состояніи зрачковъ той и другой стороны обусловлена осложненіемъ, случившимся при операциі—кровотеченіемъ, благодаря которому сгустки крови на основаніи черепа могли вызвать измѣненіе функцій расширяющаго зрачекъ аппарата. Стремиться получить болѣе чистыя перерѣзки п. oculomotorii, безъ риска потерять цѣнный въ другихъ отношеніяхъ матеріалъ, мы не считали цѣлесообразнымъ.

Подводя итоги приведеннымъ наблюденіямъ, исходный пунктъ которыхъ были опыты Magenhi, мы считаемъ возможнымъ здѣсь сдѣлать пока слѣдующіе выводы:

1. Движенія зрачка кролика послѣ перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа не стоятъ въ зависимости отъ свѣтового вліянія, какъ это утверждаетъ Magenhi.
2. Происходятъ они за счетъ дѣятельности расширяющаго зрачекъ аппарата подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій.
3. Необходимое условіе ихъ проявленія—цѣлость симпатическаго нерва.

Противорѣчіе нашихъ выводовъ принятой теоріи рефлекторнаго расширенія заставило насъ перейти къ разсмотрѣнію ученія объ иннерваціи расширенія зрачка вообще и собственными наблюденіями попытаться выяснитъ нѣкоторыя стороны этого вопроса. Но прежде чѣмъ приступить къ этому, мы приведемъ еще наблюденія, произведенныя нами надъ зрачкомъ кошки послѣ перерѣзки зрительнаго нерва.

Глава IV.

На ряду съ изслѣдованіями на кроликахъ мы рѣшили произвести аналогичныя наблюденія и на другомъ классѣ животныхъ, избравъ кошекъ, какъ объектъ очень удобный для изученія зрачковыхъ движеній. Въ девяти случаяхъ была сдѣлана нами перерѣзка зрительнаго нерва внутри черепа, изъ нихъ продолжительному наблюденію подверглись шесть кошекъ. Общій типъ операціи былъ слѣдующій: кожный разрѣзъ въ нѣсколько сантиметровъ длиной немного ниже прикрѣпленія височной мышцы, отдѣленіе этого мускула на большіе или меньшіе протяженіи, отслаиваніе надкостницы, трепанакція, отступа 1—2 сантиметра отъ наружнаго угла вѣкъ, надъ *arcus zygomaticus*; затѣмъ вскрытіе твердой мозговой оболочки и отворачиваніе ея въ видѣ лоскута. Самая перерѣзка зрительнаго нерва производилась нами въ темную съ помощью особо изготовленнаго ножа по типу невротомы *Magen die*. Перерѣзка удается при извѣстномъ навыкѣ довольно легко. Кровотеченіе, сопровождающее операцію, обычно незначительно. Всѣ операціи сдѣланы подъ наркозомъ англійской смѣсью съ соблюденіемъ правилъ антисептики и асептики. Переносятъ операцію кошки въ большинствѣ случаевъ свободно, послѣоперационное теченіе раны проходитъ гладко. Непосредственно за операціей зрачекъ оперированной стороны при закрытомъ здоровомъ почти максимально широкомъ и совершенно неподвижномъ на свѣтъ. Подробное изслѣдованіе зрачковыхъ движеній производилось обычно на другой день,

когда животное совершенно оправлялось отъ наркоза. Однообразіе, какъ въ методѣ изслѣдованія, такъ и въ результатахъ его, позволяютъ намъ ограничиться общимъ описаніемъ, не приводя протоколовъ каждаго изъ шести наблюденій, слѣдующихъ въ разное время въ 1902—1905 году. Изслѣдованіе оперированнаго глаза при тщательномъ закрытомъ другомъ всегда—и въ первые дни послѣ операціи и спустя мѣсяцы послѣ нея—давало одинъ и тотъ же неизмѣнный результатъ—зрачекъ дѣлается почти максимально широкимъ и при освѣщеніи искусственнымъ и солнечнымъ свѣтомъ нисколько не суживается. Примѣненіе обычныхъ болевыхъ и тактильныхъ раздраженій не сопровождается какимъ либо измѣненіемъ зрачка—узкая полоска радужки въ 1,5—2,0 mm. шириной не обнаруживаетъ замѣтныхъ движеній. Открывая здоровый глазъ, мы всегда наблюдали суженіе и зрачка оперированной стороны. Чувствительныя раздраженія, когда открыты оба глаза, вызываютъ расширеніе въ той или другой степени обоихъ зрачковъ и, судя на глазъ, одновременное и одинаковое.

Такой результатъ остается неизмѣннымъ и въ теченіе продолжительныхъ наблюденій (4—6 недѣль) надъ оперированными животными. Въ одномъ случаѣ изъ указанныхъ шести намъ удалось слѣдить одновременную перерѣзку обоихъ зрительныхъ нервовъ. На этомъ экземплярѣ можно было за все четырехнедѣльное наблюденіе видѣть полную неподвижность зрачковъ и максимальное ихъ расширеніе. Совершенно отчетливо можно было и констатировать слѣпоту послѣдней кошки на оба глаза. Тоже самое удавалось доказать у другихъ кошекъ на одинъ глазъ.

Поставивъ своей задачей въ дальнѣйшемъ убѣдиться въ полной равноцѣнности перерѣзки п. ортісі таковой же п. oculomotorii по отношенію къ зрачку, мы, какъ и въ наблюденіяхъ надъ кроликами, слѣдали въ двухъ случаяхъ на кошкахъ, у которыхъ на одной сторонѣ залого былъ перерѣзанъ зрительный нервъ, и перерѣзку п. oculomotorii. По счастливой случайности намъ удалось произвести такую операцію удачно

на второмъ же случаѣ. Протоколъ этого наблюденія въ виду его важности для послѣдующаго приводимъ.

Протоколъ №. 7.

Котъ—рыжій. Вѣсъ 3250 гр. 6/п 1903. Подъ наркозомъ англійской смѣсью была произведена операція перерѣзки зрительнаго нерва на правой сторонѣ. Послѣ перерѣзки появилось небольшое кровотечение, скоро остановившееся. Непосредственно послѣ операціи зрачки оба широки, но при интенсивномъ освѣщеніи обоихъ глазъ замѣтна на обоихъ ваяла реакція, при освѣщеніи же только оперированнаго, зрачекъ не обнаруживаетъ никакихъ движеній. 7/п. Котъ бодръ, хорошо ѣстъ. При вечернемъ изслѣдованіи съ искусственнымъ свѣтомъ обнаруживается, что правый зрачекъ очень широкъ (10,5 mm горизонт. діам.) и совершенно не реагируетъ на свѣтъ, если закрыть лѣвый глазъ, при освѣщеніи послѣдняго зрачки обоихъ глазъ равномерно суживаются до 3,5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Чувствительныя раздраженія вызываютъ расширение зрачковъ только при открытыхъ обоихъ глазахъ, но стоятъ лишь закрыть лѣвый глазъ и зрачекъ правого становится широкимъ и неподвижнымъ на указанные воздѣйствія. 12/п. Состояніе зрачковъ то же самое и при изслѣдованіи въ этотъ разъ съ солнечнымъ свѣтомъ. Доказывается слѣдствіемъ животнаго на правый глазъ такимъ пріемомъ: аккуратно закрыть лѣвый глазъ; котъ посаженъ на высокой табуретъ. Осторожно двигаясь по табурету, животное пробуетъ лапой достать полъ и послѣ тщетныхъ и долгихъ попытокъ не рѣшается прыгнуть на полъ, но тотчасъ же это дѣлаетъ, какъ только открывается здоровый глазъ.

15/п. Повторено изслѣдованіе съ такимъ же результатомъ.

20/п. Подъ наркозомъ слѣдано вылушеніе верхняго шейнаго симпатическаго узла правой стороны по употребительному способу, почти безкровно. Зрачекъ въ первое же время послѣ операціи сузился, выступило 3-е вѣко, замѣтно уменьшеніе щели вѣкъ.

21/п. Закрывъ лѣвый глазъ, наблюдаемъ состояніе зрачка въ правомъ—послѣдній теперь равняется 6 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ и попрежнему совершенно не реагируетъ на свѣтъ. Чувствительныя раздраженія кожи, психическія

воздѣйствія (исцугъ) нисколько не отзываются на зрачкѣ. При открытомъ здоровомъ глазѣ зрачекъ оперированной стороны суживается до 2,5 mm., тогда какъ на сторонѣ здоровой онъ суженъ до 3—3,5 mm. Болевая раздраженія вызываютъ расширение обоихъ зрачковъ, но на сторонѣ операціи оно очень слабо выражено и кратковременно.

23/п. Кожная рана заживаетъ хорошо. Изслѣдованіе глазъ даетъ тоже самое.

27/п. Зрачекъ оперированной стороны едва замѣтно разнѣтся при освѣщеніи обоихъ глазъ отъ зрачка здоровой стороны; з-е вѣко по прежнему выступаетъ, уменьшеніе глазной щели тоже.

Въ такомъ состояніи держатся всѣ явленія и въ слѣдующія двѣ недѣли наблюдений.

15/ш. 1903. Сдѣлана подъ наркозомъ операція перерѣзки п. oculomotorii на лѣвой сторонѣ. Ходъ операціи вкратцѣ слѣдующій: кожный разрѣзъ проводится въ нѣсколько сантиметровъ немного ниже прикрѣпленія п. temporalis, какъ и при перерѣзкѣ зрительнаго нерва; ослабляется п. temporalis, насколько возможно ниже, трепанируется височная кость, отсѣгнута сантиметръ отъ слухового прохода, вскрыта твердая мозговая оболочка. Мозгъ слегка приподнимается пластинкой, чтобы ввести безъ излишнихъ повреждений невротомъ. Невротомъ проводится по передней поверхности пирамиды височной кости внутрь и впередъ къ средней линіи до мѣста предполагаемаго входа въ sinus cavernosus п. oculomotorii и здѣсь нервъ перерѣзывается при его вступленіи въ sinus cavernosus. Вслѣдъ за перерѣзкой послѣдовало незначительное кровотеченіе. Зрачекъ непосредственно послѣ операціи широкъ и неподвиженъ на свѣтѣ. Вечеромъ того же дня при осмотрѣ животнаго обнаруживается, что зрачекъ оперированной стороны очень широкъ съ узкимъ ободкомъ радужки, верхнее вѣко лѣваго глаза слегка опущено и глазное яблоко отклонено внаружи.

16/ш. Животное выглядитъ сносно—беретъ кормъ, бѣгаетъ. Зрачекъ лѣваго глаза широкъ (10,5 mm.) и совершенно неподвиженъ, другія явленія паралича oculomotorii вполне выражены.

18/ш. Котъ замѣтно оправляется. Состояніе кожной раны вполне удовлетворительно. Произведено изслѣдованіе глазъ при искусственномъ освѣщеніи. На лѣвомъ глазѣ всѣ явленія паралича oculomotorii на лицо. Освѣщеніе этого глаза яркимъ

пучкомъ свѣта не вызываетъ какого-либо измѣненія зрачка, наблюдая въ это время другой глазъ—амавротическій, констатируемъ рѣзкое суженіе до 3 мм. въ горизонтальномъ диаметрѣ, по прекращеніи освѣщенія лѣваго глаза зрачекъ правого сейчасъ же расширяется до 5—6 мм. Примѣненіе въ различной степени чувствительныхъ раздраженій не сопровождается какимъ-бы то ни было эффектомъ на зрачкѣ лѣваго глаза, зрачекъ же правого, если въ это время производится освѣщеніе обоихъ глазъ, отвѣчаетъ на каждое раздраженіе хотя очень слабымъ, но все же замѣтнымъ расширеніемъ.

20/ш. Кожная рана заживаетъ *per primam*. Животное выглядитъ совершенно здоровымъ. Явленія со стороны глазъ выражены въ той же степени. Выпущенный на полъ котъ съ трудомъ ориентируется въ окружающемъ, наталивается на попадающіеся предметы, неуверенно ходитъ.

Далѣе изслѣдованіе производится одинъ—два раза въ недѣлю до мая мѣсяца и даетъ совершенно тѣ же результаты. На лѣво въ силу необходимости наблюденія прекращены, а затѣмъ спустя 4 мѣсяца снова возобновлены.

28/уш. 1903. Явленія паралича п. oculomotorii держатся въ той же степени, что и въ первое время послѣ операціи, на правомъ амавротическомъ глазѣ теперь замѣтно значительное ослабленіе эффекта паралича симпатическаго—положеніе 3-го вѣка почти нисколько не разнится отъ другой стороны, объ уменьшеніи глазной щели трудно сказать, такъ какъ сравненіе съ другой стороной невозможно, вълѣдствіе того, что тамъ имѣется небольшое опусканіе верхняго вѣка. Со стороны зрачковъ никакихъ измѣненій не послѣдовало.

Въ теченіе послѣднихъ полгода котъ подвергался неоднократно изслѣдованіямъ съ одними и тѣми же результатами. При нѣкоторыхъ наблюденіяхъ былъ примѣненъ иной приемъ изслѣдованія зрачковыхъ движеній, результаты котораго будутъ изложены въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ слѣдующаго отдѣла.

Такимъ образомъ, на основаніи наблюденій надъ кошками послѣ операціи перерѣзки зрительнаго нерва мы могли вполне убѣдиться въ полномъ согласіи съ установленнымъ

уже фактомъ, что зрачекъ кошки, какъ и всякаго животнаго съ сочувственной реакціей, совершенно не реагируетъ на свѣтъ, падающій въ оперированный глазъ, и сокращается при освѣщеніи здороваго. Чувствительныя раздраженія, не оглажаясь сколько-нибудь замѣтно на состояніи зрачка оперированной стороны, если при этомъ глазъ здоровый закрытъ, вызываютъ расширеніе зрачка вполне выраженное, если здоровый глазъ освѣщается. Вылушеніе симпатическаго узла, какъ видно изъ приведеннаго наблюденія, не препятствуетъ проявленію рефлекторнаго расширенія на чувствительныхъ раздраженія при наличности сочувственной реакціи въ оперированномъ глазѣ, но при изолированномъ освѣщеніи амвротическаго глаза, зрачекъ послѣдняго нисколько не расширяется отъ указанныхъ причинъ. Далѣе, въ этомъ наблюденіи нами сдѣлана была перерѣзка п. *oculomotorii* на сторонѣ противоположной амвротическому глазу и въ результатахъ со стороны зрачка получилось такой же степени мидріазъ, какой наблюдался и на сторонѣ перерѣзки *optici* при закрытомъ здоровомъ. Совершенно аналогичный эффектъ—отрицательный получается на зрачкѣ послѣ перерѣзки *oculomotorii* и при наблюденіяхъ съ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій, какъ это бываетъ въ случаяхъ перерѣзки обоихъ зрительныхъ нервовъ или одного, когда закрыть здоровый глазъ. Словомъ, эти наблюденія доказываютъ, что перерѣзка *optici* и *oculomotorii* при извѣстныхъ условіяхъ изслѣдованія, равнодѣльна, по отношенію къ зрачку оперированной стороны.

Сопоставляя данныя наблюденій на кошкахъ съ полученными у кроликовъ, легко можно видѣть разницу въ явленіяхъ со стороны зрачковъ послѣ перерѣзки зрительнаго нерва у того и другого класса животныхъ. Обусловливается она, во-первыхъ, отсутствіемъ сочувственной реакціи у кроликовъ и, во-вторыхъ, несомнѣнно неодинаковымъ тономъ расширяющаго зрачекъ аппарата у кошки и кролика. Перерѣзка зрительнаго нерва, исключая тонусъ сфинктера, вызываетъ у кошки почти максимальное расширеніе зрачка (при закры-

томъ глазъ другой стороны), тогда какъ таже операція у кролика влечетъ расширеніе зрачка, мало превышающее, въ большинствѣ случаевъ, среднее. Причина этого, по нашему мнѣнію, лежитъ прежде всего въ болѣе высокомъ тонусѣ аппалата, завѣдующаго расширеніемъ зрачка, у кошки и въ менѣе выраженномъ у кролика. Отчетливо демонстрируемый эффектъ чувствительныхъ раздраженій и психическихъ вліяній на зрачкѣ кролика амавротика и отсутствіе такового на зрачкѣ кошки долженъ быть отнесенъ на ту же разницу въ состояніи зрачковъ. Такое положеніе доказывается нами соответствующими наблюденіями во 2-мъ отдѣлѣ работы, посвященномъ разсмотрѣнію вопроса объ иннервации расширенія зрачка.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ Бурашевской психіатрической лѣчебницы Тверскаго Губернскаго Земства.

Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ).

Ординатора Г. А. Дѣдова.

(Продолженіе; см. т. XII, выт. I).

28/VI. Больной скончался въ 6 ч. 30 м. утра.

Вскрытіе 28/VI. Сильная исхудалость; окоченѣніе слабо выражено; на крестцѣ и правомъ вертелѣ—пролежни. Кости свода черепа утолщены, дірлѣ почти отсутствуетъ. Dura mater сращена въ нѣкоторыхъ мѣстахъ съ внутренней оболочкой свода и съ pia mater. Последняя утолщена, мутна (молочныя полосы), снимается съ поверхности мозга съ большимъ трудомъ. Въсѣ мозга 1397,0; вещество его отечно; корковое вещество малокровно, атрофировано; боковые желудочки расширены большимъ количествомъ серозной жидкости. Во внутреннихъ органахъ, кромѣ расширенія нижнихъ долей обихъ легкихъ, какихъ-либо патологическихъ измѣненій не отмѣчено.

6. Больной П. А.—въ., мѣщанинъ, 36 лѣтъ, агентъ пароходнаго общества, доставленъ въ лѣчебницу 15 мая 1887 года женою.

Анамнез (со словъ жены). Больному 36 лѣтъ, женатъ 14-й годъ, имѣетъ трехъ здоровыхъ дѣтей, семеро же умерло въ раннемъ дѣтствѣ. Въ молодости перенесъ сифилисъ; спирт-

ыми напитками не злоупотреблялъ. Всегда былъ веселаго характера, легко переносилъ невзгоды жизни и съ женою жилъ въ согласіи.

Первые признаки болѣзни были замѣчены *два недѣли назадъ*; когда пріѣзжалъ ревизоръ этого общества. Тогда болѣзнь стала проявлять особую суевѣность, разсѣянность и нѣкоторую спутанность мысли. Къ такимъ явленіямъ присоединилась бессонница, раздражительность и слабость памяти. Цѣлые дни больной суетился, принимался за разныя работы, но никогда ничего не кончалъ. Въ отвѣтахъ сталъ рѣзокъ; ничтожная причина влекла за собою сильное возбуденіе больного.

St. praesens. Большой средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія; въ легкихъ—везикулярное дыханіе; градицы сердца нормальны; пульсъ 84 въ мин. Въ языкѣ—фибрилярныя подергиванія; зрачки равномѣрны; складки лица сглажены; выраженіе лица тупое, глаза тусклые. Мышечная сила рукъ понижена. Походка шаткая. Симптомъ Romberg'a. Чувствительность кожи, при изслѣдованіи уколами, не измѣнена. Рефлексы ослаблены. Съ психической стороны: бредовыя идеи величія, euphoria, отсутствіе памяти, односторонняя ассоціація и полная неориентированность относительно мѣста и времени.—Рѣчь сильно разстроена.

Теченіе болѣзни. 16/у. Суетливъ, воображаетъ себя дома, занятъ отчетами, считаетъ себя министромъ; спитъ плохо, ѣсть хорошо.

17—18. Снимаетъ съ себя платье, рветъ бѣлье, все время ходитъ по комнатѣ, повторяя одну какую-нибудь фразу или же нѣсколько отдѣльныхъ словъ. Сонъ плохой.

19—24. Состояніе возбужденія усиливается; большой совѣзмъ не спитъ, много поетъ, бѣгаетъ по отдѣленію, пристааетъ къ больнымъ, лицо гиперемизовано, конъюнктивы налиты. Замѣчается неравномѣрность зрачковъ и вялая ихъ реакція на свѣтъ и приспособленіе. Въ рукахъ и языкѣ—tremor.

25—31. Постоянное психомоторное возбужденіе и глупой угадокъ умственной дѣятельности. Питаніе сильно падаетъ. Ноги не спитъ; ѣсть плохо.

1—10/у. Безъ особыхъ переменъ.

11—15. Большой въ теченіе двухъ-трехъ дней совѣзмъ усложнился и какъ-то притихъ: сидитъ молча, ни на кого не

смотреть, на вопросы не реагируетъ; о своемъ существованіи ничѣмъ не заявляетъ. Ночи спитъ сравнительно лучше. Голосъ слабый. Выраженіе лица тупое, малоосмысленное. Исхуданіе сильное.

16—25. Обрывки бредовыхъ идей величія и полная неориентированность въ окружающемъ. Память, способность воспріятія глубоко нарушены.

26 — 30. Апатиченъ, малоподвиженъ; движенія вялы, атактичны. Сухожильные рефлексы повышены. Зрачки неравнобѣрны. Присоединились явленія пареза со стороны мочевого пузыря и гесті.

1—15/вп. Постепенный упадокъ умственныхъ и физическихъ силъ.

16—31. Было два апоплектоидныхъ инсульта, послѣ которыхъ больной оправился. Психика въ жалкомъ видѣ: большой апатиченъ, глубоко слабоуменъ, всѣ дни сидитъ или за столомъ, или на койкѣ, не заявляя совсѣмъ о своемъ существованіи. Сильное слюнотеченіе. Неопрятенъ.

1—15/вп. Бѣсть много, но часто поперхивается; питаніе прогрессивно падаетъ. Появились пролежни. Спитъ мало.

16—31. Большой слабѣетъ съ каждымъ днемъ. На ногахъ держится съ трудомъ,—отъ кровати къ столу безъ посторонней помощи пройти не можетъ.

30/вп упалъ и разсѣкъ себѣ кожные покровы головы на протяженіи около 1 1/2 сантим.; наложены швы.

1—13/ix. Слабъ, сильно истощенъ; на поясницѣ и вертелахъ,—больной поперхивается даже отъ молока. Постоянно неопрятенъ. Ранка поджила.

14. Умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца.

Вскрытіе 15/ix. Трупное окоченіе выражено достаточно; трупъ истощенный; на поясницѣ и вертелахъ—пролежни, на затылкѣ—кожная ранка величиною 1 1/2 сант. Кости свода утолщены. Вѣсъ мозга 1550,0; вещество его утолщено, сѣро-краснаго цвѣта; на днѣ 4-го желудочка и боковыхъ—рѣзко выраженная зернистость эпендимы. *Pia mater* повсюду молочнаго цвѣта, очень утолщена и гиперемирована; при сниманіи увлекаетъ за собою вещество мозга. Корковый слой значительно истонченъ; бѣлое вещество мозга плотно, анэмично. Сосуды основанія атероматозно измѣнены. Во внут-

ренныхъ органахъ особыхъ патологическихъ измѣненій не замѣчено.

7. Больной М. И.—въ, купеческій сынъ, 37 лѣтъ, доставленъ въ лѣчебницу 14/VI 1888 года зятемъ.

Анамнезъ (со словъ зятя больного, подтвержденный се строю его). Отецъ умеръ отъ рака праваго глаза; мать умерла въ старости; два брата—алкоголики, одинъ изъ нихъ окончилъ жизнь самоубиствомъ.

Самъ больной съ дѣтства росъ въ хорошихъ условіяхъ, съ 10—12 лѣтъ началъ заниматься торговлей. 29 лѣтъ женился, имѣетъ трехъ дѣтей. Всегда имѣлъ много дѣла и заны по веденію торговли. Въ послѣдніе мѣсяцы случился рядъ несчастій (неудачное замужество сестры + самоубійство брата + смерть матери), что сильно разстроило больного и послужило, по мнѣнію родныхъ, причиной его болѣзни. *Два мѣсяца тому назадъ* они стали замѣчать перемѣну характера и поведения больного. Изъ грустнаго и озабоченнаго онъ сдѣлался веселымъ, безпечнымъ; сталъ составлять грандіозные планы для своего обогащенія; совершилъ нѣсколько нецѣлесообразныхъ поступковъ: развѣзжалъ по городу, приглашая компаньоновъ въ задуманное имъ предпріятіе:—прясть самыя тонкія нитки и веревочки для завязокъ, которыми предполагалъ снабжать всю Россію. Въ это же, приблизительно, время появилась безсонница и отсутствіе аппетита. Очень скоро (не болѣе какъ чрезъ недѣлю) появился пышный бредъ о владѣніи миллионами, о назначеніи его инспекторомъ, министромъ и т. д.

St. praesens. Питанія удовлетворительнаго: подкожный жиръ въ достаточномъ количествѣ. Во внутреннихъ органахъ особенныхъ болѣзненныхъ измѣненій не замѣчено. Зрачки равномерно служены, реакція на свѣтъ въ предѣлахъ нормы. Въ языкѣ—фибрилярное и массовое дрожаніе; такое же дрожаніе въ мышцахъ губъ, щекъ и т. orbicularis. Болеяя чувствительность замѣтно понижена на лѣвой половинѣ тѣла. Сухожильные и мышечные рефлексы повышены. Походка твердая. Липевыя складки сглажены. Съ психической стороны—повышенное самочувствіе, при чемъ замѣчается легкая подвижность настроенія въ сторону печали и радости, но общій тонъ остается маниакальнымъ. Въ рѣчи замѣтно нѣко-

торое растягиваніе словъ и слотыканіе на нѣкоторыхъ словахъ. Память прошлыхъ событий сохранена плохо, а послѣднихъ—рѣзко ослаблена,—большой пугается въ припоминаніи самыхъ простыхъ фактовъ. Теченіе представлений ускорено, связываніе ихъ поверхностно. Продолжительный разсказъ не выраженъ, потому что больной скоро отвлекается отъ темъ. Полный бредъ величій.

Теченіе болѣзни. 15—18/vi. Все время возбужденъ, пристаётъ ко всѣмъ со своими планами, проситъ принять участіе въ ихъ компаніи. Спитъ плохо; ѣстъ мало.

19. Возбужденіе настолько усилилось, что больного необходимо было перевести въ буйное отдѣленіе, гдѣ онъ изолированъ. Спаль очень мало,—не болѣе 1—2 часовъ въ сутки. Разорвалъ матрасъ, вытрясъ солому и разбросалъ его по изолятору.

20—21. Тоже возбужденное состояніе, спутанность сознания и бредовыя идеи грандіознаго характера.

22—25. Спитъ плохо. Проситъ отпустить его домой, обвиняя врача въ неправильномъ задержаніи его въ этомъ „замкѣ“. Настроеніе раздражительное; ѣстъ много.

26—30. Тоже состояніе.

1—10/vii. Раздражительность и гнѣзливость противъ врача исчезли, остаются повышенное самочувствіе и быстрота смѣны идей, полная ихъ безпорядочность, отрывчатость и абсурдность. Спитъ мало; находится въ постоянномъ движеніи; рветъ бѣлье и одежду, возится съ соломою. Быстро худѣетъ.

11—25. Маніакальное состояніе продолжается въ той же степени, что и раньше. Рѣзкій упадокъ памяти и сообразительности.

26/vii. Взять сестроу изъ лѣчебницы для помѣщенія въ одну изъ Петербургскихъ больницъ.

10/ix доставленъ обратно въ нашу лѣчебницу въ состояніи сильнаго возбужденія, въ каковомъ находился весь августъ и начало сентября.

11—12. Ведетъ себя по прежнему: очень шумливъ, постоянно въ движеніи, мало спитъ. Ёстъ хорошо.

13—18. Рѣчь разстроена. Зрачки неравнобѣжны, реакція ихъ отсутствуетъ. Больной нѣсколько успокоился, спитъ сравнительно лучше; ѣстъ много.

19—21. Покоень, хотя спитъ еще не всегда хорошо. Со стороны психики—отсутствіе бредовыхъ идей величія, глубокой упадкомъ умственныхъ способностей и неясность сознанія относительно своего положенія.

22—30. Слабоумень; совершенно покоень: все время проводить въ постели, не интересуясь ничѣмъ окружающимъ.

1—10/х. Апатичень, на вопросы реагируетъ вяло; мало понимающа ихъ. Бѣсть много, спитъ мало—не болѣе 3—4 часовъ въ сутки. На правомъ вертелѣ—пролежень. Неряшливъ, расбрасываетъ около себя куски пищи, плюетъ на полъ, постель и т. д.

11—15. Пролежни увеличиваются въ количествѣ: появились два новыхъ пролежня,—одинъ на крестцѣ, другой—на лѣвомъ вертелѣ. Неопрятенъ. Глотаніе затруднено: съ трудомъ большой глотаетъ даже жидкую пищу.

16—23. Тоже состояніе.

24. Умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца.

Вскрытіе произведено не было, такъ какъ тѣло взято женою для погребенія.

8., Большой Ө. И—ъ, крестьянинъ, 38 лѣтъ, доставленъ 23 августа 1888 года женою.

Анамнезъ (со словъ жены). Всѣ родственники по мужской линіи—запойные пьяницы; самъ больной всегда много пилъ, особенно послѣднее время, когда пропилъ все свое имущество. Женатъ 18 лѣтъ, дѣтей было 16 человекъ, изъ которыхъ живы только двое; было у жены три выкидыша. Относительно сифилиса у больного жена навѣрное сказать ничего не можетъ.

Первые признаки заболѣванія замѣчены женою около 3-хъ *мѣсяцевъ назадъ* (въ концѣ мая), сначала въ видѣ нецѣлесообразныхъ поступковъ, бредовыхъ идей богатства, раздражительности, бессонницы. Прежде больной былъ хорошимъ мастеромъ, имѣлъ много рабочихъ въ своей мастерской, а послѣднее время дошелъ до того, что потерять заказчиковъ и жить на женины средства, которые она добывала работой. До заболѣванія былъ очень взыскливъ, горячъ, часто бранился и дрался съ женою; во время же болѣзни сталъ гораздо тише, „сдѣлался, какъ дуракъ“, хотя и высказывалъ мысли

о „несмѣтномъ богатствѣ“, но безъ всякой аффектаціи, „хлодно-кровно“. Такое состояніе продолжалось до „лѣтней Казанской“ (8 іюля). Наканунѣ этого дня, слѣдовательно 7-го іюля, больной приѣхалъ изъ бани, сталъ ко всѣмъ приставать, бранить за то, что его не встрѣтили; „вѣдь онъ не простой человѣкъ“, за эту вину общалъ всѣхъ сослать въ Сибирь или посадить въ острогъ. Жена думала, такъ она передаетъ, что въ банѣ было очень жарко и этимъ объясняла его возбужденіе и покраснѣніе лица, бывшее при этомъ. Но возбужденіе не преклонило въ теченіе около 3¹/₂ недѣль; за это время больной наѣдалъ много бѣдъ: перервалъ очень много бѣлья, одежды, переломалъ много вещей, разбилъ нѣсколько стеколъ; ночи не спалъ, плохо ѣлъ, совсѣмъ „сошѣлъ на-нѣтъ“—такъ исхудалъ за періодъ возбужденія. Только въ началѣ августа сталъ нѣсколько спокойнѣе, такъ что постепенно дѣло дошло до того, что можно было оставить его дома безъ особаго присмотра. Возбужденіе смѣнилось апатическимъ состояніемъ: больной, по словамъ жены, по цѣлымъ днямъ сидѣлъ на одномъ мѣстѣ; ѣлъ, когда ему давали, самъ не просилъ; часто подъ себя отправлялъ свои естественныя нужды. Если иногда выводили его на улицу, то и тамъ цѣлые часы сидѣлъ, ни на кого не обращая вниманія и не уходя съ улицы, пока его не введутъ въ домъ. Послѣднее же время сталъ совершать неожиданные для окружающихъ поступки: то бросить чашку съ пищей на полъ, то разольетъ воду изъ ведра; однажды вытащилъ изъ печи головню и положилъ въ подполье. Кромѣ того чѣмъ дальше тѣмъ чаще бываетъ неопытенъ.

St. praesens. Общее питаніе плохое. На спинѣ, лѣвомъ плечѣ, на рукахъ, ногахъ и кое-гдѣ по туловищу ссадины и кровоподтеки разнообразнаго вида и величины. Во внутреннихъ органахъ особыхъ измѣненій не обнаружено, за исключеніемъ сердца, границы котораго въ поперечномъ направленіи увеличены на 2—3 сантимет.; тоны сердца чисты, но глухи. Зрачки неравномѣрно сужены, реакція ихъ ослаблена. Въ языкѣ фибриллярныя подергиванія, такъ что больной съ трудомъ можетъ высунуть языкъ, послѣ большихъ усилий съ его стороны. Рефлексы мышечные, сухожильные и кожные значительно понижены. Болевая чувствительность ниже нормы.

Съ психической стороны глубокое слабоуміе и неориентированность въ окружающемъ. Память ослаблена, соображе-

ніе и способность воспріятія понижена до *тахіминіа*. Рѣчь разстроена въ сильной степени: что говорить больной, понять трудно. Изрѣка высказываетъ безсвязные, беспорядочные обрывки прежнихъ бредовыхъ идей величія.

Теченіе болѣзни. 23—25/уш. Ночи спать плохо, часто вскакиваетъ, перекладываетъ съ мѣста на мѣсто подушки, перетраиваетъ постельникъ, растираетъ руками солому, собирая ее потомъ въ одну кучу. Походка шаткая, больной нуждается въ посторонней помощи. Бѣтъ хорошо, но исхуданіе прогрессируетъ.

26—31. Покоень, время проводить гдѣ-нибудь въ стононѣ: по цѣлымъ часамъ сидя или на кровати, или же за столомъ, за цѣлый день не сказавъ ни слова. Когда подають обѣдъ, совершенно хладнокровно и молча съѣдаетъ его; какихъ-либо желаній, просьбъ никогда не высказываетъ. Неопрятенъ.

1—10/х. Слабоуміе и упадокъ физическихъ силъ прогрессируетъ. На вопросы, предлагаемые ему, отвѣтовъ не даетъ, не понимая ихъ. Весь интересъ больного сводится къ тому, чтобы быть сытымъ. Но сытости, повидимому, онъ не чувствуетъ: бѣтъ съ жадностью, такъ что, во избѣжаніе несчастія, приходится его кормить изъ рукъ. Большую часть времени проводитъ въ постели. Неопрятенъ.

11—15. То же состояніе.

16—20. Слабѣетъ съ каждымъ днемъ; на поянціхъ съ лѣвой стороны появились пролежень. Большой сталъ чаще поперхиваться, вслѣдствіе затрудненія глотанія.

20/х былъ апоплектоидный инсультъ, послѣ котораго осталось сглаженіе лицевой складки съ лѣвой стороны и опущеніе лѣваго угла рта.

21—25. Слабость прогрессируетъ.

26—28. Температура ниже нормы (до 35,7°); пульсъ слабъ. Неопрятенъ.

29. Умеръ при явленіяхъ паралитическаго истощенія.

Вскрытіе 30/х. Трупное очоженіе сильно выражено; трупъ истощенный, въ подкожной кѣтчаткѣ жира почти нѣтъ. Кости черепа утолщены, діріе почти отсутствуют. Ріа слегка отечна, утолщена, мутна, съ поверхности мозга снимается съ большимъ трудомъ. Dura mater мѣстами приращена къ внутренней поверхности свода. Корковый слой гиперемированъ, сѣровато-краснаго цвѣта. Вѣсъ мозга 1337,0;

вещество его уплотнено. На днѣ 4-го желудка, въ боковыхъ, въ *aditus ad infundibulum* зернистость эпендимы, сильно выраженная. Во внутреннихъ органахъ (и въ частности въ сердцѣ) замѣтныхъ, патологическихъ измѣненій не записано.

9. Больной С. А.—вѣ. крестьянинъ, 41 года, доставленъ въ лѣчебницу 28-го іюня 1889 года женою.

Анамнез (со словъ жены). Отецъ и мать больного здоровые люди, умерли въ преклонныхъ годахъ; душевно-больныхъ ни съ той ни съ другой стороны не было. Будучи на военной службѣ, больной перенесъ сифилисъ; алкоголемъ не злоупотреблялъ; дѣтей не было.

Начало заболевания мужа жена относитъ къ первымъ числамъ февраля текущего года. Больной, однажды вернувшись съ улицы, началъ какъ то неясно выговаривать слова, „путаться въ рѣчахъ“. Жена стала спрашивать: „что съ нимъ?“ Въмѣсто отвѣта, больной упалъ на полъ и „захрипѣлъ“. Черезъ нѣсколько минутъ пришелъ въ себя, но рѣчь его стала еще болѣе неясною; вмѣстѣ съ тѣмъ больной сталъ забывчивъ, невнимателенъ. Мѣсяца черезъ два произношеніе слѣжалось яснымъ, менѣ труднымъ, но память по прежнему оставалась слабою. Въ началѣ апрѣля состояніе его опять ухудшилось: больной началъ опять многія слова выговаривать съ большимъ трудомъ, „путался въ словахъ, не могъ называть вещи ихъ именами“, жаловался на сильную боль въ животѣ. Съ половины апрѣля началъ сильно возбуждаться, „до того доидеть дѣло, что весь изобьется; бѣгаетъ по избѣ, стучитъ кулаками, катается по полу, прыгаетъ; при этомъ сильно потѣетъ; снимаетъ съ себя бѣлье. Ничего не ѣстъ и не пьетъ“. Такое состояніе продолжалось, по словамъ жены, до „Николина дня“ (9 мая), послѣ чего больной нѣсколько успокоился: но ѣлъ мало и плохо спалъ еще долгое время. Съ половины мая онъ совсѣмъ успокоился, но работать уже не могъ,—не понималъ, какъ нужно слѣловать и что послѣ чего слѣдуетъ“. Она—женщина одинокая, ей нужно (сѣнокосъ) работать, а за больнымъ нуженъ присмотръ, „какъ за ребенкомъ“ добавляетъ жена больного.

St. praesens. Питанія ниже среднего, больной анэмиченъ, кожные покровы съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Врачки

неравномерно расширены и вало реагируютъ на свѣтъ. Языкъ сильно дрожитъ—высунуть его изъ полости рта больной не можетъ; въ мышцахъ лица замѣчается рѣзкое дрожаніе при попыткѣ раскрыть ротъ; лѣвый уголь рта опущенъ; выговоръ въ высшей степени затрудненъ, — рѣчь неясная. Имѣется общая слабость,—больной едва ходить, сильно пошатываясь изъ стороны въ сторону. Тоны сердца ясны, но слабы; пульсъ 60 въ 1'; легкія по краямъ эмфизематозны. Съ психической стороны: выраженіе лица тупое, взглядъ малоосмысленный; память, соображеніе утрачены; къ окружающему безучаственъ.

Теченіе болѣзни. Июль. Постепенный распадъ психической личности и физическое разрушеніе: больной худѣетъ, не смотря на то, что ѣстъ довольно много. Спать не всегда хорошо.

1—10/уш. Появился поносъ, довольно упорный; на поясницѣ и правомъ вертелѣ—два пролежня.

11—15. Поносъ рѣже; пролежни увеличиваются въ размѣрахъ, не смотря на антисептическую повязку. Слабость прогрессируетъ.

16—18. Поносъ прекратился; пролежни не заживаютъ. Большой слабѣетъ съ каждымъ днемъ, пульсъ едва ощущимъ.

19. Умеръ при явленіяхъ паралитического истощенія.

Вскрытіе 20/уш. Трупъ крайне истощенный; обочернѣніе уже прошло. На поясницѣ и вблизи правого вертела обширные пролежни. Кости черепа мѣстами склерозированы. Сосуды основанія атероматозно измѣнены. Боковые желудочки переполнены серозною жидкостью; эпендима ихъ и 4-го желудочка зерниста. Мягкая оболочка утолщена, мутна, отечна, съ поверхности мозга снимается съ большимъ трудомъ. Корковый слой лобныхъ и обихъ центральныхъ извилинъ размягченъ, сѣровато-краснаго цвѣта; въ остальныхъ мѣстахъ замѣтна сильная атрофія его. Вѣсъ мозга 1250,0; вещество его вязкое.

Въ верхушкѣ правого легка прощупывается узелъ, на разрѣзъ оказавшійся каверною величиною въ грецкій орѣхъ. Другихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ не замѣчено.

10. Больной И. К.—въ, 45 лѣтъ, крестьянинъ, доставленъ въ лѣчебницу 6 Февраля 1899 года сыномъ.

Анамнезъ (со словъ сына). Больной часто пилъ водку и въ большомъ количествѣ; нѣсколько лѣтъ назадъ были раны на ногахъ, отъ которыхъ лѣчился очень долгое время. Дѣтей трое; одинъ умеръ нѣсколько недѣль отъ роду, двое живы. Заболѣлъ *4 дня тому назадъ*. Внезапно проснувшись ночью, выбѣжалъ изъ комнаты, затѣмъ вернулся и началъ говорить нелѣпности. Съ тѣхъ поръ все время „заговаривается“: утверждалъ, что у него большое состояніе, собирался строить переконь; въ лѣвобокъ привезенъ подъ предлогомъ покупки имѣнія. Раньше, до начала этого бреда, отецъ его (говоритъ сынъ) былъ тихъ и всегда молчаливъ, неразговорчивъ.

St: praesens. Сначала на всѣ предлагаемые ему вопросы отвѣчалъ тихимъ голосомъ, какъ бы неохотно. Сказалъ, что у него 48 человекъ дѣтей, что у него огромное состояніе, имѣется обширный магазинъ. На предложеніе раздѣться для изслѣдованія отвѣтилъ рѣшительнымъ отказомъ, началъ бранить сына, затѣмъ тотъ привезъ его сюда; въ отдѣленіе зашелъ только потому, что ему указали на дверь отдѣленія вмѣсто выходной. Въ ванной раздѣть себя не позволялъ, громко кричалъ, бранился, дрался. Физическое изслѣдованіе произвести не удалось; отмѣчена лишь неравномѣрность зрачковъ (лѣвый шире правого), рѣзкія фибриллярныя подергиванія въ мышцахъ языка; при разговорѣ замѣтно спотыканіе на нѣкоторыхъ словахъ.

Течение болѣзни. 7/п. Безпокоенъ, неориентированъ относительно времени и мѣста; не пожелалъ обѣдать, потому что ему „надо ожидать прихода начальства: губернаторовъ, графовъ и т. п. Плохо понимаетъ предлагаемые ему вопросы; отказывается принимать ванну; ночью не спалъ.

8/п. Былъ положенъ въ отдѣльной палатѣ, но не лежалъ на койкѣ спокойно, часто вскакивалъ, громко кричалъ; во время ужина отказался отъ пищи. Полная спутанность сознанія вмѣстѣ съ отрывочными бредовыми идеями величія; сонъ по прежнему очень плохъ.

9/п. Возбужденъ, кричитъ, требуетъ отпустить его домой. Въ изоляторѣ сбрасываетъ съ себя бѣлье, разстилагетъ по полу одѣяло, ложится на немъ, растянувшись во всю ростъ. Предлагаемыхъ ему обыденныхъ вопросовъ не понимаетъ; сердитъ, не любитъ никакихъ возраженій.

10—13. Изолированъ, безпокоенъ, бродитъ по изолятору, сбрасываетъ съ себя бѣлье и вновь его надѣваетъ; слабо-

умень, совершенно не ориентированъ въ окружающемъ. Ъсть хорошо; спать, не смотря на теплыя ванны, плохо.

14—15. Безпокоенъ, отказывается отъ пищи; бродить голый по изолятору, рветъ бѣлье.

16—22. На лѣу образовалась ссадина отъ тренія лѣомъ о стѣну. Слабоуменъ; безпокоенъ.

23—27. Попытки вывести больного изъ изолятора не удаются: больной начинаетъ въ общей палатѣ еще сильнѣе безпокоиться и безпокоить другихъ больныхъ.

28/п—4/ш. Все время безпокоенъ; ползааетъ по изолятору, трется лѣомъ о стѣны, обѣ полъ. На мѣстѣ ссадины появилась довольно значительная припухлость. Спать больной мало, громко кричить, въ отрывочной формѣ бредовыя идеи величія.

5/ш—9/ш. Тоже безпокойное состояние.

10—12. Слабъ, плохо держится на ногахъ, часто мочится подъ себя. Безпокоенъ, глубоко слабоуменъ, не понимаетъ самыхъ обыденныхъ вопросовъ. Аппетитъ хороший, но общее питаніе неудовлетворительное.

13—18. Безъ перемѣнъ.

19—31. Изолированъ; безпокоенъ; неопрятенъ; слабъ, плохо держится на ногахъ, лежать въ постели отказывается. Рѣзко выраженное разстройство рѣчи, расширение лѣваго зрачка, полное отсутствіе зрачковой реакціи на свѣтъ и аккомодацию; прогрессирующій упадокъ питанія.

Апрѣль. Болѣе покоенъ; добродушенъ, хорошо ѣсть и лучше спать по ночамъ. Неопрятенъ. Слабоуменъ; безвязныя бредовыя идеи величія; имѣются галлюцинаціи слуха“ (помѣтка въ скорбномъ листѣ; болѣе подробныхъ свѣдѣній не имѣется). Постепенно слабѣетъ физически, на ногахъ совсѣмъ не держится. Въ области обоеихъ вертеловъ—краснота.

Май. 1—2. Слабость прогрессируетъ; движенія становятся меньше, выражаясь лишь въ громкомъ, по временамъ крикѣ. Пульсъ очень слабъ.

3/v. Больной лежитъ съ затемненнымъ сознаниемъ, безъ пульса, конечности холодны, ціанотичны, дыханіе хриплое, затрудненное. Въ 4 часа умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца.

(Окончаніе слѣдуетъ).

О нисходящихъ связяхъ зрительнаго бугра.

Проф. В. М. Бехтерева.

Въ настоящее время представляется болѣе или менѣе установленнымъ прерываніе волоконъ петлевого слоя въ зрительномъ бугрѣ¹⁾. Этимъ самымъ доказывается съ анатомической стороны отношеніе зрительныхъ бугровъ къ функціи чувствительности, подтверждаемое какъ новейшими патологическими наблюденіями, особенно Dejeune'a, такъ и экспериментальными работами²⁾. Но далеко нельзя того же сказать о центробѣжныхъ связяхъ зрительнаго бугра, которые до сихъ поръ оставались мало выясненными, не смотря на то, что значеніе зрительныхъ бугровъ, какъ центровъ произвольныхъ движеній (мимическихъ и движеній внутреннихъ органовъ) доказано впервые мною, а послѣ того и другими авторами въ цѣломъ рядѣ опытовъ и наблюденій³⁾. Нѣкоторые авторы, какъ Probst, даже отрицаютъ совершенно на основаніи своихъ изслѣдованій существованіе нисходящихъ связей зрительнаго бугра, съ чѣмъ рѣшительно нельзя согласиться уже въ виду экспериментальныхъ данныхъ, ставящихъ внѣ сомнѣнія не

¹⁾ См. В. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Спб. 1896 г., стр. 273—281.

²⁾ См. мои опыты вмѣстѣ съ д-ромъ Ивановымъ въ дисс. Иванова. Спб. 1899. См. также Probst. Arch. f. Psych. 1900. Bd. 33. H. 1.

³⁾ В. Бехтеревъ. Объ отправленіи зрительныхъ бугровъ у животныхъ и человека. Вѣстн. психіатріи. 1885. Virch. Arch. 1887.

только чувствительную, но и двигательную функцию зрительнаго бугра.

Другіе авторы, какъ Prus¹⁾, основываясь также на физиологическихъ изслѣдованіяхъ съ раздраженіемъ зрительныхъ бугровъ и четверохолмія, были склонны признавать, что центробѣжная связи зрительныхъ бугровъ осуществляютъ чрезъ область четверохолмія, отъ котораго будто бы и отходятъ экстрапирамидальныя нисходящія системы.

Съ другой стороны Dejerine²⁾ въ своемъ руководствѣ высказывается за существованіе только короткихъ нисходящихъ волоконъ зрительныхъ бугровъ.

V. Gehuchten³⁾ признаетъ, что въ настоящее время намъ еще не извѣстно ни одного нисходящаго проводника зрительнаго бугра.

Что касается моихъ воззрѣній на этотъ счетъ, то я всегда высказывался за существованіе нисходящихъ системъ, принадлежащихъ зрительнымъ буграмъ⁴⁾.

Кромѣ цѣлаго ряда системъ, которыя здѣсь могутъ быть принимаемы въ соображеніе къ зрительнымъ буграмъ еще тресредственное отношеніе къ зрительнымъ буграмъ еще тресредствъ дальнѣйшаго выясненія, какъ напр. волокна *reticulospinali* и волокна перегибнаго пучка *Meunier's*, я уже въ одной изъ своихъ работъ⁵⁾ указалъ на такъ называемый *Monakow'skij* пучекъ, какъ на пучекъ, который служить къ передаче импульсовъ отъ зрительнаго бугра къ двигательнымъ элементамъ спинного мозга.

Свое мнѣніе я основалъ на произведенныхъ въ моей лабораторіи опытахъ д-ра Саковича, который вслѣдъ за поврежденіемъ зрительнаго бугра наблюдалъ перерожденіе пучка *Monakow's* и съ другой стороны на основаніи соединенія зритель-

¹⁾ Prus. Wien. Kl. Woch. 1899 № 45 и 48.

²⁾ Dejerine. Anat. des centres nerveux. 1901. II.

³⁾ См. В. М. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Особенно франц. изданіе. 1900.

⁴⁾ См. В. Бехтеревъ. Ueber centrifugale aus der Seh- und Vierhügelgend ausgehende Rückenmarksbahnen. Neur. Centr. 1897. № 23.

наго бугра съ краснымъ ядромъ, изъ котораго начинается Монаков'скій пучекъ¹⁾.

Въ послѣдствіи выяснилось, что пучекъ Монаков'а возникаетъ изъ красного ядра, благодаря чему нѣкоторые изъ авторовъ стали выражать сомнѣніе въ отношеніи этого пучка къ зрительнымъ буграмъ, съ чѣмъ я рѣшительно не могу согласиться, такъ какъ происхожденіе пучка Монаков'а изъ красного ядра ничуть не исключаетъ посредственного отношенія пучка Монаков'а и къ зрительному бугру.

Кромѣ такой посредственной связи зрительныхъ бугровъ чрезъ красное ядро съ двигательными элементами спинного мозга имѣются, какъ я убѣдился, и непосредственныя связи зрительныхъ бугровъ съ нижележащими двигательными образованиями, благодаря существованію особыхъ пучковъ, начало которыхъ лежитъ въ вѣткахъ зрительныхъ бугровъ и которые при изолированномъ поврежденіи перерождаются въ нисходящемъ направленіи.

Къ такимъ пучкамъ относится прежде всего описанное мною въ „Проводящихъ путяхъ мозга“ пучокъ, выходящій изъ зрительнаго бугра къ ядрамъ сѣтевиднаго образованія.

Уже въ русскомъ изданіи своихъ „Проводящихъ путей“ вышедшихъ въ 1896—1898 году на таблицѣ крашенныхъ рисунковъ (см. Fig. 6) я обозначилъ подъ буквой 23 особой линіей пучекъ, идущій изъ зрительнаго бугра къ п. reticularis, пояснивъ, что дѣло идетъ въ этомъ случаѣ о волокнахъ изъ области зрительнаго бугра, направляющихся въ область сѣтевиднаго образованія²⁾. Тоже самое замѣчаніе перешло въ нѣмецкое и французское изданіе того же сочиненія.

Между прочимъ во французскомъ изданіи моихъ „Les voies de conduction du cerveau et de la moelle“ (Paris. 1900).

¹⁾ См. В. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Сиб. 1896 т. I стр. 325 и 326.

²⁾ В. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Т. II, стр. 332.

На стр. 371 и 372 сказано слѣдующее: „les voies thalamo-réticulées sont représentées par les fibres que certains auteurs considèrent à tort comme une continuation des fibres de la commissure postérieure et qui sont situées en arrière et en dehors de la baudette longitudinale postérieure; mes recherches personnelles ont démontré qu'elles dégénèrent dans les sens descendant après lésion de la couche optique; au Marchi on peut les suivre de haut en bas, jusqu'au poyau réticulé et jusqu'aux poyaux centraux supérieur et inférieur lesquels sont ainsi directement unis au thalamus“.

Въ виду особой важности вопроса о нисходящихъ пучкахъ зрительныхъ бугровъ я предложилъ занимавшемуся въ завѣдываемой мною лабораторіи д-ру Эрнсту подробно разработать этотъ вопросъ на основаніи новыхъ экспериментовъ.

Для вышеуказанной цѣли д-ромъ Эрнстомъ¹⁾ былъ произведенъ подъ морфійнымъ наркозомъ съ примѣненіемъ асептики рядъ опытовъ на собакахъ съ разрушеніемъ зрительныхъ бугровъ чрезъ трепанационное отверстіе въ основаніи черепа по способу, примѣнявшемуся мною еще въ 1882—1883 году для разрушенія сѣраго вещества 3-го желудочка, а въ послѣдствіи и для зрительныхъ бугровъ²⁾ и съ тѣхъ поръ служившему уже неоднократно для экспериментальныхъ изслѣдованій, производившихся различными авторами въ завѣдываемой мною лабораторіи.

Изъ сдѣланнаго д-ромъ Эрнстомъ большаго числа опытовъ, въ общемъ до 45, пригодными оказались собственно только 21. Оперированныя животныя обыкновенно убивались на 3-й недѣль или нѣсколько позднѣе, причемъ мозги обрабатывались по методу Marchi, видоизмѣненному Бушемъ.

¹⁾ Д-ръ Эрнстъ. О нисходящихъ связяхъ зрительныхъ бугровъ и нервного двухолмія. Сиб. 1902.

²⁾ В. Бехтеревъ. Еженед. клин. газета 1882 г. St. Peters. Med. Woch. 1882. № 42, см. также: Къ физиологич. равновѣсія тѣла. В. мед. журн. 1883 г. и Pfüger's Arch. 1883. Объ отправленіи зрительныхъ бугровъ у животныхъ и человека. Вѣстн. клин. и суд. психіатріи. 1885. Virch. Arch. 1887.

При этомъ выяснилось, что въ той серіи опытовъ, въ которой поврежденію подвергались переднія ядра, передніе и средніе отдѣлы боковыхъ и срединныхъ ядеръ, срединно-брюшного ядра и мягкая слайка, не было обнаружено перерожденій въ стволую часть мозга.

Напротивъ того поврежденія заднихъ отдѣловъ зрительныхъ бугровъ во всѣхъ случаяхъ сопровождалось перерожденіемъ опредѣленныхъ системъ въ нисходящемъ направленіи.

Изъ этихъ системъ мы остановимся прежде всего на пучкахъ, которые были уже мною отмѣчены выше.

Я уже указалъ выше на перерожденіе волоконъ, идущихъ изъ зрительнаго бугра къ сѣгчатому ядру покрышки. Д-ръ Эрнстъ получилъ перерожденіе этого пучка въ пяти изъ своихъ опытовъ, въ которыхъ были повреждены задне-внутренніе отдѣлы зрительнаго бугра на уровнѣ *g. habenulae*, а именно: *nn. med. a* и *ventr. b*, въ отдѣльности или вмѣстѣ. По предположенію автора перерожденіе описываемаго пучка обусловливается пораженіемъ хвостоваго отдѣла *med. a*.

Въ общемъ ходъ перерожденнаго пучка представляется слѣдующимъ:

Отъ хвостоваго отдѣла *med. a* разсматриваемый пучекъ спускается внизъ и кнутри, пересѣкая волокна пучка *fasc. retroflexi* въ направленіи къ *ventr. b*. послѣ чего онъ располагается сбоку задняго продольнаго пучка, а на уровняхъ дистальнаго отдѣла передняго двухолмія занимаетъ по отношенію къ нему брюшно-боковое положеніе, нѣсколько сдвигаясь къ средней линіи. Затѣмъ на уровнѣ ближайшихъ отдѣловъ задняго двухолмія разсматриваемый пучекъ отклоняется въ брюшно-боковомъ направленіи къ той области, гдѣ по-является описанное мною сѣгчатое ядро, въ которомъ разсматриваемый пучекъ и скрывается, прекращаясь вмѣстѣ съ исчезаніемъ этого ядра.

Вышеприведенными изслѣдованіями подтвердилось также и существованіе описаннаго мною по методу перерожденія пучка, идущаго отъ зрительныхъ бугровъ къ центральнымъ ядрамъ сѣ-

тевиднаго образования. На основаніи пяти опытовъ съ половительнымъ результатомъ можно было убѣдиться, что разсматриваемый пучекъ на уровнѣ между двухолміемъ и зрительнымъ бугромъ располагается на сторонѣ поврежденія въ брюшномъ направленіи отъ задняго продольнаго пучка и внутри отъ пучка Meunier'ta; на уровнѣ проксимальнаго отѣла передняго двухолмія вышеуказанный пучекъ лежитъ также съ брюшной стороны отъ задняго продольнаго пучка и съ тылу отъ Meunier'овскаго пучка; на уровнѣ краснаго ядра и корешковъ п. oculomotorii онъ придвигается въ брюшную отѣлъ сѣтевиднаго образования, ограничиваясь стылу брюшнымъ отѣломъ такъ называемаго фонтановиднаго перекреста Meunier'ta, снаружи внутренними корешками п. oculomotorii, снизу пучкомъ Meunier'ta и снутри швомъ, котораго впрочемъ описываемый пучекъ здѣсь не касается.

Въ области Вароліева моста рассматриваемый пучекъ располагается вблизи шва прилегающа съ брюшной стороны къ тыльнымъ волокнамъ петли, стыду же не достигая до брюшныхъ волоконъ задняго продольнаго пучка. На уровнѣ верхнихъ оливъ и трапецевиднаго образования рассматриваемый пучекъ помѣщается вдоль шва мелкими пучечками и здѣсь онъ уже начинается нѣсколько рѣдѣть, уменьшаясь болѣе замѣтно въ объемѣ съ появленіемъ нижняго центральнаго ядра, по другую сторону котораго не удается уже обнаружить никакихъ слѣдовъ рассматриваемаго пучка.

Началомъ вышеуказаннаго пучка является также повишному внутреннее ядро зрительнаго бугра (med. a) и именно хвостовой его отѣлъ. Такимъ образомъ обѣ указанныя мною связи зрительнаго бугра съ сѣтчатымъ ядромъ и центральными ядрами, при посредствѣ нисходящихъ пучковъ, могли быть прослѣжены со всѣми мельчайшими подробностями, вслѣдствіе чего въ отношеніи существованія этихъ нисходящихъ связей не можетъ быть болѣе никакого сомнѣнія.

Что касается соотношенія зрительныхъ бугровъ съ Мошковскимъ пучкомъ, о которомъ я писалъ въ одной изъ

своихъ работъ, руководствуясь опытами д-ра Саковича (изъ моей лабораторіи), то въ опытахъ д-ра Эрнста съ выполнѣ изолированнымъ поврежденіемъ зрительныхъ бугровъ перерожденія пучка Монаков'а вообще не наблюдалось; но и въ его опытахъ можно было констатировать перерожденіе пучка, идущаго къ одноименному красному ядру изъ медиальнаго ядра зрительныхъ бугровъ (med. a) на уровнѣ g. habenulae. Разсматриваемый пучекъ въ плоскости между зрительнымъ бугромъ и переднимъ двухолміемъ можно видѣть на сторонѣ поврежденія сбоку отъ задняго продольнаго пучка тамъ, гдѣ начинается впервые обрисовываться эта система волоконъ.

При появленіи краснаго ядра разсматриваемый пучекъ смѣщается къ тыльному его краю и затѣмъ постепенно въ немъ исчезаетъ. Повидимому есть возможность предполагать также и связь зрительнаго бугра съ противоположнымъ ядромъ согласно съ Probst'омъ¹⁾.

Во всякомъ случаѣ установленіе связи при посредствѣ нисходящихъ пучковъ между зрительными буграми и красными ядрами, изъ которыхъ беретъ начало пучекъ Монаков'а, доказываетъ, что этотъ послѣдній пучекъ также можетъ играть роль нисходящей системы зрительныхъ бугровъ, при посредствѣ красныхъ ядеръ.

Здѣсь необходимо упомянуть еще о перерожденіи въ опытахъ д-ра Эрнста особаго пучка, связывающаго зрительный бугоръ съ поверхностнымъ сѣрымъ веществомъ передняго двухолмія, который я имѣлъ возможность наблюдать въ его нижнемъ отдѣлѣ также и на своихъ препаратахъ. Пучекъ этотъ происходитъ изъ тыльныхъ частей медиальнаго ядра (med. a) непосредственно впереди отъ gangl. habenulae, откуда эти волокна проходятъ въ поверхностныхъ слояхъ съ брюшной стороны отъ strat. zonale thalami и кнаружи отъ taeniae. Въ хвостовомъ направленіи эти волокна собираются въ обособленный пучекъ, идущій сбоку отъ taenia и ped. conarii, и

¹⁾ Probst. Arch. f. Psych. Bd. 33. H. 3.

постепенно сдвигаясь кнутри, вступаютъ въ поверхностный слой сѣраго вещества передняго двухолмія, гдѣ они окончателно и скрываются.

Разсматриваемый пучекъ такимъ образомъ является дополненіемъ къ другимъ нисходящимъ связямъ зрительнаго бугра съ переднимъ двухолміемъ, которыя описывались Probst'омъ¹⁾ и Collier и Buzzard'омъ²⁾ и въ существованіи которыхъ д-ръ Павловъ безъ достаточныхъ основаній высказывалъ свое сомнѣніе.

Во всякомъ случаѣ установленіе связи при посредствѣ ясно съ Руберомъ въ связи зрительнаго бугра съ зрительнымъ полемъ не вызываетъ никакихъ сомнѣній. Повидимому еще возможное предположеніе состоитъ въ томъ, что зрительное поле связано съ зрительнымъ полемъ посредствомъ зрительнаго бугра. Но это предположеніе не можетъ быть принято, такъ какъ зрительное поле связано съ зрительнымъ полемъ посредствомъ зрительнаго бугра. Но это предположеніе не можетъ быть принято, такъ какъ зрительное поле связано съ зрительнымъ полемъ посредствомъ зрительнаго бугра.

Здѣсь необходимо упомянуть еще о сѣроволосномъ зрительномъ бугрѣ. Зрительный бугоръ является однимъ изъ главныхъ элементовъ зрительнаго анализатора. Онъ расположенъ въ зрительномъ анализаторѣ и является однимъ изъ главныхъ элементовъ зрительнаго анализатора. Онъ расположенъ въ зрительномъ анализаторѣ и является однимъ изъ главныхъ элементовъ зрительнаго анализатора.

¹⁾ Probst. Arch. f. Psych. 1900. Bd. 33. H. 3.

²⁾ Collier and Buzzard. Brain. 1901, Vol. 24, part. 94.

³⁾ Д-ръ Павловъ. Обзоръ псих. 1901.

Терапевтическое значение кровоизвлечения при страданиях нервной системы.

А. В. Соболевскаго.

(Продолжение; см. т. XII, вып. 1).

О *кровоизвлечении* мозга имѣются нѣсколько противорѣчивыя указанія. А ргіогі, дѣйствительно, можно ожидать обезкровленія всѣхъ органовъ вслѣдствіе быстрой потери крови, „но множество фактовъ дѣлаетъ такое ожиданіе преждевременнымъ, невѣрнымъ, недоказаннымъ“, замѣчаетъ Ю. Чудновскій²⁵⁾ и приводитъ случай проф. Maschka*). Однако, самъ Ю. Чудновскій²⁵⁾ въ другомъ мѣстѣ своей диссертациі дыхательныхъ и пульсовыхъ его движеній—однимъ словомъ, наступаетъ болѣе или менѣе выраженное малокровіе мозговой коры.

Что касается остальныхъ итоговъ, то мы должны отмѣтить, что по способу Hürthle'я въ *однихъ* опытахъ (числомъ—21) наблюдалось сначала *суженіе*, а потомъ *расширеніе* черепномозговыхъ сосудовъ; въ *другихъ* опытахъ (числомъ—8) обнаружилось сначала *расширеніе*, а затѣмъ *суженіе* этихъ сосудовъ; въ *третьихъ* опытахъ (числомъ—2) подмѣчено только ихъ *суженіе*, а въ *четвертыхъ* опытахъ (числомъ—3) только *расширеніе* сосудовъ головного мозга; что по способу

*) См. стр. 90 моей диссертациі.

Gärtner-Wagner'a въ одномъ опытѣ получилось *суженіе* сосудовъ, а въ двухъ другихъ—ихъ *расширеніе*; что въ обоихъ опытахъ по способу Logg у обнаружено *суженіе* черепно-мозговыхъ сосудовъ. Принимая во вниманіе, что вышеприведенные итоги получены при самыхъ разнообразныхъ условияхъ, что при одинаковыхъ условияхъ получались разные итоги и что одинаковые итоги получились при разныхъ условияхъ, мы въ правѣ заключить, что разнообразіе условий не помѣшало проявиться въ томъ или другомъ направленіи самостоятельности черепно-мозговыхъ сосудовъ. Подводя же *общій итогъ* всѣмъ нашимъ опытамъ, мы должны по большинству итоговъ прійти къ заключенію о *суженіи* съ послѣдующимъ возстановленіемъ просвѣта сосудовъ головного мозга подъ вліяніемъ кровопусканій, несмотря на значительное число исключеній изъ общаго правила. Впрочемъ, почти у всѣхъ авторовъ, работавшихъ по вышеуказаннымъ способамъ, наблюдались исключенія, хотя гораздо менѣе многочисленныя. Только Боршпольскій⁷⁶⁾ и Герверъ⁷⁹⁾ были настолько счастливы, что во всѣхъ своихъ опытахъ получали одинаковыя измѣненія просвѣта сосудовъ головного мозга, но какъ разъ эти авторы не приводятъ многихъ своихъ опытовъ, ограниченнаясь увѣреніемъ въ полной ихъ тождественности съ остальными. Зато Орлеанскій⁷⁸⁾ получилъ довольно разнообразныя итоги, которые онъ опредѣляетъ слѣдующимъ образомъ: „въ 15 случаяхъ удушенія (изъ 39) сопротивленіе для тока крови по мозговымъ сосудамъ уменьшается съ самаго начала удушенія; въ 12 случаяхъ сопротивленіе мозговыхъ сосудовъ также повышается, но не сразу, а спустя въ среднемъ 1' 17,5" отъ начала удушенія, въ теченіе которыхъ видимыхъ измѣненій въ сопротивленіи не наступаетъ; въ 9 случаяхъ паденію сопротивленія мозговыхъ сосудовъ предшествуетъ періодъ повышения его; въ 2 случаяхъ при относительной непрерывности удушенія сопротивленіе мозговыхъ сосудовъ все время удушенія оставалось повышеннымъ; наконецъ,

въ одномъ случаѣ наблюдаются волнообразныя колебанія сопротивленія ниже и выше нормы“ (стр. 177).

Прежде чѣмъ перейти къ дальнѣйшему обсужденію нашихъ опытовъ, мы должны остановиться на опытахъ XXII, XXIII, XIV и XXV. Въ первыхъ двухъ опытахъ предвартельно (за нѣдѣлю) была перерѣзана одна сонная артерія, въ двухъ послѣднихъ—зажаты обѣ позвоночныя артеріи. Такая постановка опытовъ, сравнительно съ обыкновеннымъ способомъ Нürthle'я, давала возможность выяснитъ значеніе нормальнаго кровообращенія. Предполагалось, что въ *первомъ* случаѣ (XXII и XXIII) мозговое кровообращеніе не нарушалось самой постановкой опыта по способу Нürthle'я, какъ это происходитъ при обыкновенныхъ условіяхъ этого способа; во *второмъ* случаѣ (XXIV и XXV), напротивъ, мозговое кровообращеніе ставилось въ условія болѣе неблагоприятныя, чѣмъ это наблюдается при способѣ Нürthle'я. При такихъ перекрестныхъ опытахъ (*experimentum crucis*) заранее можно было предвидѣть противоположность итоговъ. Дѣйствительно оправдала это предположеніе. Въ *первомъ* случаѣ получилось *расширеніе* сосудовъ головного мозга подъ вліяніемъ кровопусканій изъ *v. cephal.* (0,3% и 1,7%), *v. brach.* (8,7%), *v. femor.* (18,5%) и *суженіе* ихъ во время смертельнаго кровопусканія (41,7%) изъ *art. brach.*, тогда какъ во *второмъ* случаѣ наблюдалось *суженіе* черепно-мозговыхъ сосудовъ подъ вліяніемъ кровопусканій изъ *art. femor.* (59,3%) и *v. femoral.* (11,5%) и расширеніе ихъ во время кровопусканій изъ *art. brach.* (15,7% и 27,5%, а всего—43,2%). Выводы, вытекающіе сами собой изъ только-что приведенныхъ итоговъ, теряютъ, однако, свое право на обобщеніе въ виду малочисленности опытовъ подобнаго рода и слѣдующихъ соображеній на основаніи данныхъ по способу Нürthle'я. Дѣло въ томъ, что *расширеніе* черепно-мозговыхъ сосудовъ при кровопусканіи изъ *v. brach.* наблюдалось и въ опытѣ VII, гдѣ собака погибла вскорѣ послѣ небольшой потери крови, (6,3%), что доказываетъ сильное истощеніе собаки,

а при кровопускании изъ *v. femor.* сосуды головного мозга подверглись расширенію въ тѣхъ опытахъ (XXVII, XXVIII, XXXII, XXXIV), гдѣ условия опыта (раздавливанье спинного мозга и пр.) далеки были отъ нормальныхъ. Такимъ образомъ мы лишены возможности всецѣло основывать свои заключенія на итогахъ опытовъ съ предварительной перерѣзкой одной сонной артерій. Всеака слѣдуетъ выразить желаніе, чтобы опыты по способу Hürthle'a, по возможности, ставились на такихъ именно собакахъ съ предварительно перерѣзанной сонной артеріей. Тогда, конечно, можно будетъ прийти къ болѣе положительнымъ выводамъ.

Такъ я писалъ въ своей диссертациі, но съ появленіемъ работы Орлеанскаго⁷⁸⁾ можно высказаться болѣе рѣшительно относительно предложеннаго мной видоизмѣненія или дополненія способа Hürthle'a. Дѣло въ томъ, что этотъ авторъ, умолчивая о моихъ перевязкахъ позвоночныхъ артерій и о моей оцѣнкѣ итоговъ, полученныхъ по видоизмѣненному способу, счелъ нужнымъ испробовать послѣдній. Въ выносѣхъ на стр. 179 Орлеанскій сообщаетъ слѣдующее: «нами произведено 8 опытовъ удушенія животныхъ съ предварительною перерѣзкой *art. carotis* согласно предложенію д-ра Соболевскаго. Результаты этихъ опытовъ оказались совершенно тождественными съ результатами опытовъ произведенныхъ по обыкновенному методу Hürthle'a. Не считая поэтому необходимымъ входить въ подробное разсмотрѣніе этихъ опытовъ, мы здѣсь ограничимся слѣдующими замѣчаніями. Опыты произведены на двухъ собакахъ по 4 случая удушенія на каждой. 1-ая изъ нихъ—пестрая сука 32 фун.; предварительная перерѣзка *a. carotis*—29/xi^{*}), а самый опытъ—1/xi 1901 г. 2-ая—черный кобель 1 п. 10 ф.; предварительная перерѣзка *a. carotis*—8/xi, удушеніе—15/xi 1901 г. Для иллюстраціи полученныхъ въ этихъ опытахъ результатовъ приводимъ таблицу измѣненной общей и мозговой

⁷⁸⁾ Въ подлинникѣ стоитъ IX, но это конечно опечатка.

кровообращенія во время *перваго* временнаго удушенія первой изъ упомянутыхъ нами собакъ". Приводимую авторомъ таблицу мы сократимъ такимъ образомъ, что передадимъ только измѣненіе *отношенія*, по которому согласно способу Н ü t h l e'я мы судимъ о *сопротивленіи* току крови со стороны черепно-мозговыхъ сосудовъ:

Время въ секундахъ.

Отношеніе нрсп. сопротивленіе.

30—20	47,6
20—10	47,1
10—0	47,5

удушеніе

—

0—10	50,5
10—20	49,6
20—30	49,3
30—40	50,5
40—50	49,6
50—1'	49,4
10—20	48,0
20—30	44,5
40—50	40,3

удаленіе зажима

—

0—10	34,4
11—20	38,0
20—30	40,6 и т. д.

Изъ таблицы Орлеанскаго ясно, что сопротивленіе мозговыхъ сосудовъ во время удушенія сначала незначительно увеличивалось или, если угодно, осталось почти безъ измѣненій, а затѣмъ обнаружилось болѣе значительное паденіе, которое продолжалось и послѣ удаленія зажима. Такимъ образомъ, отрывокъ этого опыта слѣдуетъ помѣстить либо во вторую категорію итоговъ (см. выше), либо съ болѣе широкимъ пра-

вомъ—въ третью, къ которой относятся слѣдующія слова автора: „въ началѣ удрушенія приблизительно въ 25% нашихъ случаевъ мы наблюдали повышеніе сопротивленія для тока крови по мозговымъ сосудамъ“. Очень жаль поэтому, что авторъ ограничился сообщеніемъ только отрывка одного опыта и тѣмъ лишилъ себя добровольно, быть можетъ, цѣннаго матеріала. Въ противномъ случаѣ можно было бы убедиться, въ чемъ заключалась „совершенная“ тождественность интересующихъ насъ опытовъ? Далѣе, какъ можетъ утверждать авторъ, что „результаты этихъ опытовъ оказались совершенно тождественными съ результатами опытовъ, произведенныхъ по обыкновенному методу Hürthle'a“, когда самъ же различаетъ нѣсколько типовъ своихъ опытовъ по ихъ итогамъ? Авторъ совершенно упускаетъ изъ виду, что вопросъ, въ сущности, заключается въ томъ, какой типъ долженъ считаться, такъ сказать, болѣе нормальнымъ, а что по способу Hürthle'a съ мнимъ дополненіемъ или безъ такового можно получить указаніе на колебаніе просвѣта сосудовъ, этого вовсе не нужно было и доказывать. Если допустить, что оба опыта дали „совершенно тождественная“ категоріи. Въ общемъ, на основаніи опытовъ Орлеанскаго еще скорѣй, чѣмъ на основаніи моихъ, приходится выразить сожалѣніе, что въ изслѣдованіяхъ предыдущихъ авторовъ вовсе не примѣнялась предварительная перерѣзка одной сонной артеріи.

Здѣсь же, кстати, посмотримъ, какое вліяніе на мозговое кровообращеніе оказываетъ зажатіе позвоночныхъ артерій. Изъ опытовъ XXIV и XXV мы видимъ, что при этомъ давленіе въ обоихъ концахъ сонной артеріи нѣсколько повышается, а затѣмъ постепенно выравнивается; что давленіе въ отходящей венѣ въ первые 2 мин. значительно повышается, а потомъ быстро падаетъ, снова подымается, не достигая, впрочемъ, первоначальной величины и далѣе остается въ такомъ положеніи почти безъ перемѣнъ; что теченіе крови *ускоряется* въ нѣсколько *расширенныхъ* сосудахъ головного мозга и что спустя нѣкоторое время (около 15 мин.) почти всѣ

явления возвращаются къ первоначальному состоянию. Такимъ образомъ, мы видимъ, что зажатіе позвоночныхъ артерій производить скоропроходящее вліяніе на мозговое кровообращеніе, а потому мы можемъ въ общемъ итогъ принимать во вниманіе и данныя опытовъ на собакахъ съ зажатыми позвоночными артеріями. Въѣстъ съ тѣмъ мы въ правѣ заключить, что требуемая по способу Н ü r t h l e 'я перерѣзка одной сонной артеріи не вноситъ значительнаго расстройства въ мозговое кровообращеніе. Къ такому же выводу еще раньше пришелъ Л е в ч е н к о ¹¹⁷⁾, опредѣляя внутричерепное давленіе до и послѣ зажатія одной сонной артеріи.

О р л е а н с к і й въ своей диссертациі посвящаетъ цѣлую главу (V) вопросу объ измѣненіяхъ мозгового кровообращенія подъ вліяніемъ зажатія большихъ шейныхъ сосудовъ и, приводя изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ *) по данному вопросу, не упоминаетъ объ опытахъ Л е в ч е н к о ¹¹⁷⁾ и моихъ, несмотря на то, что зажатіе однихъ только позвоночныхъ артерій до меня еще не производилось. Сверхъ того, перечисленные О р л е а н с к і мъ авторы, кромѣ Н ü r t h l e 'я, пользовались менее совершенными способами. По заключенію О р л е а н с к а го, результаты изслѣдованій по данному вопросу оказались далеко неоднородными; опыты же М о s s o, произведенные имъ на людяхъ съ дефектами черепныхъ костей, привели этого автора къ заключенію, что и у человѣка результаты зажатія шейныхъ артерій оказываются различными въ зависимости такъ же, какъ и у животныхъ, отъ индивидуальнаго различія въ строеніи сосудистыхъ анастомозовъ головного мозга. На основаніи своихъ опытовъ съ зажатіемъ наружныхъ яремныхъ венъ и сонныхъ артерій (отдѣльно) О р л е а н с к і й высказываетъ, что то и другое дѣйствуетъ на черепно-мозговое кровообращеніе въ направленіи, аналогичномъ зажатію дыхательной трубки пинцетомъ, т. е., въ общемъ, сосудорасширяющимъ образомъ.

*) Эти изслѣдованія, кромѣ Н ü r t h l e 'я, мнѣ не были известны.

Вопросъ о самостоятельности измѣненій въ сосудахъ головного мозга (ихъ просвѣта) рѣшается въ нашихъ опытахъ слѣдующимъ образомъ: въ виду того, что подъ вліяніемъ кровопусканій кровяное давленіе вообще падаетъ болѣе или менее значительно, не можетъ быть и рѣчи о пассивномъ расширеніи — вслѣдствіе коллатеральнаго прилива крови — сосудовъ головного мозга въ тѣхъ опытахъ, гдѣ такое расширеніе наблюдается; *суженіе* же черепномозговыхъ сосудовъ, которое замѣчалось въ большинствѣ нашихъ опытовъ, нужно сопоставить съ суженіемъ всей сосудистой системы подъ вліяніемъ кровопусканій, о чемъ имѣются литературныя указанія (Павловъ¹¹⁸) и др.). Такимъ образомъ, итоги нашихъ опытовъ говорить противъ извѣстной теоріи обратныхъ оттоповъ сосудовъ головного мозга къ сосудамъ всего остального тѣла*). Въ лабораторіи академика В. М. Бехтерева работами Бейнара⁶⁹), Гервера⁷⁰), Левченко¹¹⁷) и Лазурскаго¹¹⁹) установлено, что гиперемія головного мозга можетъ наблюдаться одновременно съ расширеніемъ сосудовъ периферіи тѣла. Тодорскій⁸⁶) на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ заключенію, что „гипотезу неустойчивости мозговыхъ сосудовъ при напорѣ крови въ нихъ изъ другихъ областей тѣла нужно считать недоказанной“. Орлеанскій⁷⁸) высказалъ свой взглядъ на этотъ вопросъ въ одномъ изъ своихъ положеній; „обратное отношеніе кровеносныхъ сосудовъ головного мозга къ сосудамъ периферіи тѣла не составляетъ явленія постоянного и свойственного одному только мозгу“. Впрочемъ, наблюдаемая Орлеанскимъ въ большинствѣ его опытовъ съ удрученіемъ артеріальная гиперемія мозгового вещества вслѣдствіе активной расширенія сосудовъ мозга, будучи поставлены въ связь съ константированными нѣкоторыми авторами расширеніемъ кож-

*) См. подробное изложеніе этой теоріи у Борншполъскаго⁶⁸), Левченко¹¹⁷), и Тодорскаго⁸⁶).

ныхъ сосудовъ при асфиксіи же, говорить тоже противъ упомянутой выше исторіи.

Что касается независимости колебанія мозговыхъ сосудовъ отъ кроводавленія, то Орлеанскій, хотя и приводитъ обычные соображенія, подволя итоги своимъ опытамъ, но въ общемъ высказываетъ взглядъ, что способъ Hürthle'a даетъ намъ возможность "констатировать только "активное" расширеніе мозговыхъ сосудовъ и, наоборотъ, не даетъ никакихъ указаній для констатирования механическаго растяженія ихъ". Въ подтвержденіе своего толкованія способа Hürthle'a Орлеанскій приводитъ два извлеченія изъ статьи Hürthle'a, но ни одно изъ нихъ не имѣетъ вполне доказательной силы. Безспорно, способъ Hürthle'a, согласно законамъ Poisseaill'a, даетъ указаніе только на *сопротивленіе* току крови по сосудамъ мозга: мелкимъ артеріямъ, волосникамъ и венамъ. Вліяніе послѣднихъ на сопротивленіе можно опредѣлить, какъ на это указалъ самъ Hürthle, измѣреніемъ давленія въ отводящей венѣ.

Наибольшее сопротивленіе кровообращенію, какъ известно, оказываютъ волосники, стѣнки которыхъ способны сильно растягиваться и облаютъ большою эластичностью; измѣненія ихъ просвѣта съ одной стороны отвѣчаютъ количеству крови, притекающей изъ артерій, съ другой—зависятъ отъ сопротивленія, какое оказываютъ стѣнки и окружающія ихъ ткани ихъ растяженію (Friederics et Nuel⁵⁸). Въмѣстѣ съ тѣмъ имѣются наблюденія Rou и Brown, которые видѣли измѣненія въ просвѣтѣ волосныхъ сосудовъ независимыя отъ кроводавленія: иногда въ одной и той же области одни волосные сосуды сжаты, въ то время какъ другіе расширены (Н. Введенскій⁵⁷). Гораздо больше оказываютъ вліяніе на движеніе крови по волосникамъ притоки къ нимъ маленькія артеріи; такъ, напр., кровь устремляется въ болѣе обильномъ количествѣ въ тѣ волосники, которые сдѣлались болѣе доступными кровяному току благодаря расширенію идущихъ къ нимъ артерій, и наоборотъ. Въ

общемъ, по мнѣнію *Landois*⁹²), содержаніе крови въ отдѣльныхъ частяхъ тѣла зависитъ: 1) отъ анатомическаго распределенія сосудовъ, т. е. отъ ихъ количества; 2) въ особености отъ ширины сосудовъ, что въ свою очередь опредѣляется слѣдующими фізіологическими причинами: а) давленіемъ крови въ сосудахъ, в) состояніемъ возбужденія нервовъ, производящихъ расширеніе и суженіе сосудовъ, е) состояніемъ тканей, въ которыхъ распространяются сосуды.

Измѣненіе просвѣта артерій, особенно мелкихъ, происходитъ вслѣдствіе сокращенія или ослабленія кольцевыхъ мышечныхъ волоконъ, которыя заложены въ ихъ стѣнкахъ и нахотятся подъ управленіемъ сосудодвигателей. Кромѣ сократительности, артеріи обладаютъ упругостью. Эта упругость незначительна (т. е. сосуды оказываютъ мало сопротивленія давящей или растягивающей ихъ силѣ), но зато она совершенна (т. е. по прекращеніи дѣйствія силы сосуда принимаютъ первоначальную форму) (*Landois*⁹²). Сердце, накачивая постоянно въ сосуды (артеріи) кровь, держитъ ихъ всю жизнь растянутыми за предѣлы ихъ естественнаго просвѣта (т. е. того просвѣта, который они получили-бы при опороненіи своего содержимаго); это обстоятельство накладываютъ свою печать на всѣ явленія теченія крови по артеріямъ: пульсъ, боковое давленіе и пр. (*Fredrig-Nüel*⁹⁷). При одинаковомъ повышеніи давленія артеріи тѣмъ сильнѣе расширяются, чѣмъ онѣ болѣе удалены отъ сердца (*Tigested*⁹³). Вслѣдствіе эластичности артеріальной стѣнки кровь собирается въ большихъ артеріяхъ, которыя прогоняютъ ее дальше въ силу своей упругости. (*Tigested*).

Что касается примѣненія законовъ *Poiseuille* къ (мелкимъ) артеріямъ, то *Landois*⁹²) говоритъ слѣдующее: «если черезъ эластическую трубку пропускать непрерывный, равномерный токъ жидкости, что движеніе тока совершается по точно тѣмъ же законамъ, что и въ трубкахъ неупругихъ. Съ возрастаніемъ или пониженіемъ движущей силы эластическія трубы расширяются или суживаются и

затѣмъ уже сохраняють совершенно то же отношеніе къ току, какъ и трубки неупругія того или другого діаметра, т. е. устанавливается равновѣсіе между давленіемъ жидкости и эластическимъ напряженіемъ стѣнокъ". По этому же вопросу читаемъ у Егорова⁹⁴): „въ случаѣ непрерывнаго потока спѣрва растягиваются стѣнки до тѣхъ поръ, пока упругія силы ихъ не уравниваются съ давленіемъ жидкости въ каналь, послѣ чего потокъ слѣдуетъ по упругой трубкѣ совершенно такъ же, какъ по твердой трубкѣ". По опытамъ Мореля при періодическомъ вталкиваніи количество вытекающей жидкости изъ упругихъ трубокъ не только непрерывно, но даже больше, нежели въ случаѣ потока по твердой трубкѣ того же самаго діаметра; это зависитъ отъ *увеличенія протѣка* растяжимой трубки, *уменьшенія скорости* и тренія. (Егоровъ).

Изъ всего вышеизложеннаго видно, что артеріи способны расширяться при повышеніи кроводавленія, при чемъ сопротивленіе ихъ току крови уменьшается согласно закону Poiseuille. Поэтому мнѣніе Орлеанскаго, будто рѣзкое растяженіе мозговыхъ сосудовъ при повышенномъ ихъ кровонаполненіи не влечетъ за собой уменьшеніе сопротивленія для тока крови по нимъ, представляется пока не обоснованнымъ. Слѣдовательно, способъ Nürthle указываетъ только на измѣненіе сопротивленія току крови, отъ чего бы оно не происходило: отъ колебанія венознаго давленія, отъ интервенціоннаго измѣненія просвѣта артерій (и волосняковъ) или отъ механическаго на нихъ воздѣйствія со стороны общаго кроводавленія. Въ заключеніе приведу слѣдующее мѣсто изъ Tiggerstedt'a⁹⁵. „при повышеніи давленія крови часто приходится наблюдать расширеніе сосудовъ въ различныхъ органахъ, въ особенности въ мышцахъ. Насколько это расширеніе является активнымъ или пассивнымъ весьма трудно рѣшить во многихъ случаяхъ. Возможно, что при повышеніи кровяного давленія, вызванномъ сокращеніемъ большой сосудистой области, интервируемой *n. n. splanchici*, другіе со-

суды расширяются лишь пассивно вследствие высокого давления крови; но можно также допустить активный характер этого расширения вследствие того, что-либо тонусъ сосудовъ суживающихъ нервовъ уменьшается, либо сосудорасширители возбуждаются". Къ этому слѣдуетъ прибавить, что сосудистые рефлексы могутъ происходить отъ самихъ сосудовъ, которые подвергаются механическому воздѣйствію кроводавленія. Стало быть, и съ этой точки зрѣнія нужно обращать вниманіе на причину измѣненія сопротивленія сосудовъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Приведемъ ксати мнѣніе Чирьева²⁷⁾, что „способность кровеносной системы вмѣщать въ себя сравнительно весьма большія массы крови при *трансфузии* отнюдь не составляетъ нормальнаго фізіологическаго явленія, — не доказываетъ способности ея дѣйствительно аккомодироваться къ большимъ массамъ крови, при помощи какихъ-нибудь нормальныхъ приспособленій, данныхъ въ организмѣ (напримѣръ, при помощи сосудодвигательнаго аппарата), но есть результатъ насильственнаго растяженія стѣнокъ этой системы, сопровождающагося измѣненіемъ ихъ эластическихъ свойствъ“ (см. также стр. 169). Проф. Подвысоцкій¹²⁰⁾ тоже высказываетъ, что „влитая въ сосуды кровь механически растягиваетъ кровеносную систему, особенно малыя вены и капилляры брюшной полости, вызываетъ измѣненіе ихъ эластическихъ свойствъ“. При послѣдовательномъ за искусственнымъ полнокровіемъ кровопусканіемъ, животное погибаетъ раньше, чѣмъ удается отнять влитое количество крови; очевидно, что растянутая избыточно кровью кровеносная система утратила въ значительной степени способность приспособиться къ уменьшенному содержанію въ ней крови; по мнѣнію проф. Подвысоцкаго, причина этого явленія лежитъ, вѣроятно, съ одной стороны, въ ограниченной упругости сосудистыхъ стѣнокъ, предѣль растяжимости которыхъ очень малы и легко преодоливается избыточной кровью, съ другой стороны, въ какомъ-либо разстройствѣ сосудодвигательнаго цен-

тра. Проф. Лукьяновъ ⁴⁶⁾ на основаніи изслѣдованій W o g n-M ü l l e r'a заключаетъ, что „при чрезмѣрномъ переполненіи сосудистой системы измѣняются эластическія свойства сосудистыхъ стѣнокъ: вслѣдствіе перерастяженія сосудиста стѣнки становятся менѣе эластичными“.

Возвратимся теперь къ нашимъ изслѣдованіямъ. Если, какъ выше указано, обратность отношеній сосудовъ головного мозга къ остальному кровеносному ложу не является безусловной необходимостью, то тѣмъ самымъ предрѣшается вопросъ о сосудодвигательномъ вліяніи на головной мозгъ. Впрочемъ, и сторонники „обратности“ не отрицаютъ вполнѣ такого вліянія (см. F r e d e r i g - N ü e l ⁴⁷⁾ и др.). Хотя по мнѣнію T i e g e r s t e d t'a ⁴⁸⁾ въ настоящее время не рѣшается окончательно вопросъ, обладаютъ-ли сосуды головного мозга вазомоторными нервами или нѣтъ; однако, существуетъ цѣлый рядъ изслѣдованій (см. у H ü r t h l e'y), показывающихъ, что суживающіе нервы для этихъ сосудовъ находятся въ шейной части *н. н. sympath.* Раздраженіе его замедляетъ теченіе крови и увеличиваетъ препятствія въ мелкихъ артеріяхъ мозга; перерѣзка же нерва не влечетъ за собой измѣненіе давленія въ *circul. Willis;* отсюда H ü r t h l e ⁴⁹⁾ заключаетъ, что, кромѣ шейнаго *sympathicus* вазомоторы пробѣгаютъ къ мозгу по другимъ путямъ, цѣлость которыхъ препятствуетъ разслабленію черепно-мозговыхъ сосудовъ. Такое же предположеніе, исходя изъ другихъ основаній, высказываютъ N o t h n a g e l и S c h u l t e m (H ü r t h l e ⁵⁰⁾). Существованіе сосудодвигателей мозговыхъ сосудовъ признаетъ цѣлый рядъ авторовъ (В. М. Бехтєревъ ⁵¹⁾, Бейнаръ, Левченко, Герверъ, Лазурскій, Biedl-Reiner ⁵²⁾ и др.), однако, многіе изъ нихъ, перерѣзывая *н. н. vago-sympat.*, обращали вниманіе только на дѣйствіе *блуждающаго* нерва, упуская изъ виду вліяніе собственной перерѣзки *н. н. sympath.* Впрочемъ, для насъ важно то, что всѣ эти авторы (Боришпольскій, Бейнаръ, Левченко, Герверъ, Лазурскій, Орлеанскій) пришли къ заключенію, что ходъ измѣненій въ просвѣтъ со-

судовъ головного мозга, въ общемъ, не нарушается перерѣзкой *н. н. vago-sympat.* То же самое наблюдалъ въ своихъ опытахъ и Тодорскій, который эту перерѣзку производилъ въ предположеніи, что выпаденіе дѣйствія симпатическаго нерва можетъ такъ или иначе повліять на теченіе измѣненій мозгового кровообращенія: дальнѣйшихъ выводовъ авторъ не дѣлаетъ.

Что перерѣзка *н. н. vago-sympat.* остается безъ вліянія на общій итогъ, подтверждается нашимъ опытомъ (XXVI) соотвѣствующей постановки. Въ самомъ дѣлѣ, этотъ опытъ принадлежитъ къ преобладающему числу тѣхъ опытовъ, гдѣ подъ вліяніемъ кровопусканій наступило сначала суженіе, а затѣмъ расширеніе сосудовъ головного мозга. Оставляя въ сторонѣ сердечную дѣятельность, которая въ этомъ опытѣ все еще направляется усиливающими и ускоряющими нервами, мы въ правѣ заключить, по крайней мѣрѣ, что перерѣзка *н. н. sympat.* потому не вноситъ измѣненій въ колебанія просвѣта черепно-мозговыхъ сосудовъ, что, кромѣ этихъ нервовъ, имѣются другіе проводники сосудодвигательныхъ вліяній. Для того, чтобы уничтожить вліяніе этихъ другихъ проводниковъ нужно перерѣзать (или раздвигать) спинной мозгъ.

Разсматривая относящіеся сюда опыты Бейнара, Левченко и Гервера, не трудно убѣдиться, что и послѣ перерѣзки спинного мозга сосуды головного мозга не теряютъ способности измѣнять свой просвѣтъ надлежащимъ образомъ. Къ такому же выводу пришелъ и Тодорскій⁸⁶) на основаніи своихъ опытовъ, цѣлесообразно поставленныхъ. Точно также итоги моихъ опытовъ (XXX—XXXIV, при чемъ въ одномъ изъ нихъ одновременно перерѣзывались *н. н. vago-sympat.*), добытые и обоснованные задолго до появленія работъ Тодорскаго, вполне подтверждаютъ вышеуказанный. Слѣдовательно, исключеніе сосудодвигательныхъ вліяній чрезъ посредство *н. н. vago-sympat.* и другихъ предполагаемыхъ путей не лишаетъ черепно-мозговыхъ сосудовъ возможности

подвергаться тѣмъ или другимъ колебаніямъ. Нужно, стало быть, предположить существованіе внутримозговыхъ, такъ сказать, путей отъ главнаго сосудодвигательнаго центра къ черепно-мозговымъ сосудамъ или существованіе второстепеннаго сосудодвигательнаго центра въ головномъ мозгу, подобно тому какъ такіе центры расположены въ спинномъ мозгу; наконецъ, нужно и для головного мозга предположить сосудистые центры третьяго разряда и периферическіе нервныя узлы, геср. сама мускулатура сосудовъ головного мозга*).

Орлеанскій⁷⁸⁾ въ нѣкоторыхъ опытахъ тоже перерѣзывалъ спинной мозгъ въ верхней спинной части его и обратилъ вниманіе, главнымъ образомъ, на отсутствіе обильнаго (во время удушенія) повышенія кроводавленія, почему и заключилъ, что повышеніе это нужно приписать возбужденію вазомоторнаго центра. Такой выводъ автору показался важнымъ потому, что нѣкоторые изслѣдователи высказывали другое мнѣніе на этотъ счетъ. Такъ, Traube (63 г.), Неринг (62 г.) и Ковалевскій съ Адамякомъ (65 г.) нашли, что и послѣ перерѣзки спинного мозга заданіе животнаго обусловливаетъ повышеніе кроводавленія, при чемъ два послѣднихъ автора доказывали, что CO_2 дѣйствуетъ и на самыя стѣнки сосудовъ, заставляя ихъ сокращаться, хотя признавали вмѣстѣ съ другими и вліяніе CO_2 на сосудодвигательный центръ (прив. по Павлову⁷⁹⁾). Для насъ, впрочемъ, представляется гораздо важнѣе, что и въ опытахъ Орлеанскаго⁷⁸⁾ перерѣзка спинного мозга, какъ онъ самъ признаетъ, не оказывала существеннаго вліянія на обычную картину измѣненій въ сопровѣженіи мозговыхъ сосудовъ, т. е. послѣдніе не утрачивали своей способности измѣнять свой просвѣтъ, а это въ свою очередь подтверждаетъ вышеприведенное предположеніе о самостоятельности сосудодвигательной системы головного мозга.

*) См. Tigerstedt⁸⁰⁾ стр. 215 т. I.

Эта самостоятельность сосудов головного мозга, указывающая на особые проводники или центръ въ головномъ мозгу, тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманіе, что существуютъ цѣлый рядъ авторовъ (В. Данилевскій, Бехтеревъ и Миславскій, Черевковъ⁹⁸⁾ и др.), которые показали, что раздраженіемъ различныхъ участковъ мозговой коры можно вызвать у кураризованныхъ животныхъ ускореніе или замедленіе сердечнаго ритма, а также повышеніе или паденіе артеріальнаго давленія, расширеніе или суженіе сосудовъ въ различныхъ областяхъ тѣла (Дазурскій). Въ послѣднее время В. М. Бехтеревымъ⁹⁹⁾ были опубликованы подобныя же данныя и относительно человѣка. Сверхъ того, общеизвѣстно, что разныя душевныя волненія сопровождаются игрой вазомоторовъ: возбужденіе или угнетеніе сосудистыхъ центровъ отражается соотвѣтственнымъ образомъ на просвѣтѣ головныхъ сосудовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ психологической лаборатории академика В. М. Бехтерева.

Къ вопросу о координаціи движеній.

(Вліяніе однихъ движеній на одновременныя съ ними другія движенія).

Прив.-доцента В. П. Осипова.

Всѣ активныя движенія нашихъ членовъ въ отдѣльныхъ суставахъ, за немногими исключеніями, совершаются легко и свободно въ пределахъ, обусловливаемыхъ архитектурою того или иного сустава и функцію завѣдующихъ опредѣленнымъ движеніемъ нервно-мышечныхъ аппаратовъ. Легкость и свобода движенія въ извѣстномъ сочлененіи достигается и совершенствуется путемъ упражненія въ этомъ движеніи; легкость и свобода движенія становится совершенной съ того момента, какъ извѣстное движеніе становится привычнымъ; тогда движеніе становится автоматическимъ, не требуя или почти не требуя для своего проявленія дѣятельности сознанія. Степени совершенства достигаютъ тѣ движенія, которыя для насъ необходимы и цѣлесообразны; закономъ цѣлесообразности въ развитіи движеній объясняется совершенство совокупнаго движенія въ извѣстной группѣ суставовъ, тогда какъ движенія въ отдѣльныхъ суставахъ этой группы затруднительны или даже невозможны при обычныхъ условіяхъ; такъ, напр.,

необходимость и цѣлесообразность хватательнаго движенія развиваесть въ насъ способность сгибать одновременно пять пальцевъ руки, движенія отдѣльныхъ пальцевъ для насъ болѣе затруднительны; если профессія человека требуетъ этихъ движеній, какъ напр., профессія музыканта, то приобрѣтеніе ихъ достигается специальнымъ упражненіемъ; сгибательныя движенія отдѣльныхъ пальцевъ ногъ для насъ невозможны, между тѣмъ, мы знаемъ, что специальное упражненіе, принятое въ этомъ направленіи, даетъ возможность выполнять при помощи нижнихъ пальцевъ очень сложныя funcціи, какъ шитье, письмо, писаніе картинъ и т. п.

Далѣе, если мы перейдемъ къ комбинаціи движеній въ различныхъ сочлененіяхъ, къ сложнымъ движеніямъ, то мы встрѣтимъ цѣлый рядъ такихъ движеній, которые производятся нами весьма легко и свободно, автоматически, несмотря на ихъ сложность, какъ напр., ходьба, бѣгъ и др.; координація этихъ движеній у нормальнаго человека достигаетъ высшей степени совершенства, приобрѣтаемаго упражненіемъ. Съ другой стороны, если мы возьмемъ менѣе сложное движеніе, чѣмъ ходьба, но движеніе, къ которому мы не привыкли, въ которомъ мы не упражнялись, то мы весьма отчетливо почувствуемъ, что для выполненія его мы должны затратить извѣстное количество сознательно-волевой энергіи; при этомъ мы можемъ не достигнуть цѣли и во всякомъ случаѣ почувствуемъ утомленіе; какъ примѣръ такихъ движеній, можно привести быстрое повторное раздвиганіе третьего и четвертаго пальцевъ верхнихъ конечностей, при условіи, что пятый палецъ прижать къ указательному, а четвертый къ пятому; одновременное движеніе одной верхней конечности въ горизонтальной плоскости, перпендикулярной фронтальной плоскости нашего тѣла, при движеніи другой верхней конечности въ вертикальной плоскости, параллельной фронтальной плоскости нашего тѣла, и цѣлый рядъ другихъ движеній; производство этихъ движеній легко достижимо, но требуетъ извѣстнаго упражненія.

Если мы производимъ ритмично какое-либо привычное намъ движеніе и внезапно присоединяемъ къ нему другое, комбинація котораго съ первымъ намъ непривычна, какъ въ послѣднемъ изъ приведенныхъ нами примѣровъ, мы увидимъ, что координація нашихъ движеній нарушится: первое движеніе измѣнитъ свой характеръ подъ вліяніемъ второго, да и второе улягется не сразу; между тѣмъ, въ отдѣльности каждое изъ данныхъ движеній прекрасно нами выполняется; мы имѣемъ въ этомъ примѣрѣ случай тормозящаго вліянія одного движенія на другое; это тормозящее вліяніе зависить отъ непривычнаго для насъ сочетанія двухъ данныхъ движеній, координирующій центръ котораго отсутствуетъ. Болѣе или менѣе устойчивымъ упражненіемъ въ производствѣ непривычной для насъ комбинаціи движеній мы достигаемъ развитія соотвѣствующаго координирующаго центра, комбинація становится привычной и выполняется нами безъ всякаго затрудненія.

Съ другой стороны, есть цѣлый рядъ движеній, которые при совмѣстномъ ихъ выполненіи облегчаютъ одно другое; какъ на примѣрѣ такой комбинаціи движеній, можно указать на маханіе руками при ходьбѣ и нѣкоторые другія.

По предложенію академика *В. М. Бестерова* я взялъ на себя задачу выяснить путемъ примѣненія графическаго метода изслѣдованія, въ какомъ отношеніи одни къ другимъ находятся различныя комбинаціи нашихъ движеній, т. е., комбинаціи какихъ движеній взаимно облегчаютъ другъ друга, безразличны одно для другого и тормозятъ одно другое, — короче говоря, выяснить вліяніе однихъ движеній на другія.

Занятая сразу изученіемъ взаимнаго отношенія различныхъ сложныхъ движеній съ примѣненіемъ графическаго метода было бы слишкомъ большою и широкою задачей, какъ по самому количеству возможныхъ комбинацій, такъ и по отсутствію достаточно удовлетворительныхъ аппаратовъ для записи сложныхъ движеній. Поэтому я выбралъ одно простое

движеніе, которое легко записать, и занялся изученіемъ вліянія на это движеніе ряда другихъ движеній. Я выбралъ для записи сгибательное движеніе среднего пальца верхней конечности, которое прекрасно записывается посредствомъ эргографа *Mosso*.

Не буду останавливаться на описаніи эргографа, которое желающіе могутъ найти въ работѣ самого *Mosso*¹⁾, а также въ психологическомъ изслѣдованіи *Binet et Henri*²⁾ „*La fatigue intellectuelle*“.

Перехожу къ описанію обстановки своихъ опытовъ, суть которыхъ заключалась въ томъ, что записывалось ритмическое сгибательное движеніе среднего пальца, болѣею частью, правой руки изслѣдуемаго лица, при чемъ одновременно это лицо должно было производить по указанію экспериментатора различныя движенія въ свободныхъ конечностяхъ; вліяніе этихъ движеній отражалось болѣе или менѣе замѣтно на записывавшейся кривой.

Въ большинствѣ опытовъ записывались движенія правого среднего пальца, такъ какъ эргографъ *Mosso* приспособленъ для правой руки; можно имъ пользоваться, правда, и для записи движеній лѣвой руки, но съ меньшимъ удобствомъ.

Эргографъ помѣщался на столѣ, высота котораго была разсчитана такимъ образомъ, что сидѣвшее около стола изслѣдуемое лицо могло положить предплечіе своей руки на верхнюю доску эргографа, почти не поднимая плеча и не отводя сколько-нибудь значительно локтя отъ туловища; изслѣдуемому лицу предоставлялось выбрать наибудобнѣйшее для него положеніе аппарата; если столъ съ аппаратомъ оказывался высокимъ для изслѣдуемаго, это препятствіе устранялось поднятіемъ вывинчиваемаго сидѣнія стула, на которомъ сидѣлъ

¹⁾ *Mosso*. Arch. ital. de Biologie. XIII. 180, p. 125.

²⁾ *A. Binet et V. Henri*. La Fatigue intellectuelle. Paris, Schleicher freres. 1898, p. 175.

изслѣдуемый. Послѣ того, какъ положеніе эргографа было установлено, рука изслѣдуемаго укрѣплялась въ немъ; второй и четвертый пальцы вставлялись въ гнѣзда у передняго края верхней доски аппарата, при чемъ средній палецъ попадалъ въ вырѣзку передняго края доски; большой и пятый пальцы, кисть руки и предплечіе укрѣплялись въ неподвижномъ положеніи специально притянутыми широкими ремнями съ подвижными зажимными гайками; укрѣпленное предплечіе и всѣ пальцы, кромѣ средняго, плотно и неподвижно лежали на столикѣ эргографа, но ремни, конечно, затягивались лишь для приданія рукѣ постоянного положенія, они не тѣснили ее слишкомъ, рука не затекала, кровообращеніе совершалось свободно.

Для записи движенія средняго пальца существуетъ при эргографѣ *Masso* специальное приспособленіе, состоящее изъ пера, передвигающагося по горизонтальной оси, укрѣпленной на двухъ вертикальныхъ штативахъ; перо движется параллельно лентѣ, раздѣленной на сантиметры и натянутой на тѣхъ же штативахъ; на средній палецъ накладывается металлическая перчатка, соединяющаяся струною съ основаніемъ пера; при сгибаніи пальца перо передвигается на определенное число сантиметровъ—степень передвиженія можетъ быть или просто отмѣчена цифрою, или записана перомъ на вращающемся закомоченномъ цилиндрѣ; тяжесть, перекинутая черезъ блокъ, прикрѣпленный къ столу, и соединенная съ основаніемъ пера со стороны противоположной мѣсту прикрѣпленія струны, илущей отъ пальца, возвращаетъ перо въ первоначальное положеніе.

Описанное приспособленіе весьма удобно въ случаѣ продолжительнаго опыта, такъ какъ бумага закомоченнаго барабана весьма быстро расходуется; опытъ часто приходится прерывать, чтобы перемѣнить бумагу на барабанѣ. Мои опыты занимали до двухъ и болѣе часовъ времени, частыхъ перерывовъ не требовали, перерывы дѣлались для отдыха изслѣдуемаго лица, а вовсе не были желательными для перемѣны бу-

маги и нарушенія записи; все что требовало чрезвычайно длинной бумажной ленты для записи движенія пальца, это недостижимо при условіи записи на законченномъ цилиндрѣ. Поэтому я не воспользовался для записи движенія описаннымъ приборомъ *Mosso*, а поступилъ иначе: перчатку, надѣтую на палецъ, я соединилъ посредствомъ нитки, перекинутой черезъ блокъ, со стекляннмъ перомъ, соединеннымъ съ рычагомъ Магеуевского барабаника, надѣтаго на вертикальный штапикъ; при сгибаніи пальца перо поднималось, записывая черпилами кривую на безконечной бумажной лентѣ кимографа *Individua*; чтобы перо скорѣе и полнѣе приходило въ свое первоначальное положеніе, къ нему подвѣшивалась двухграммовая гирька. Во всѣхъ опытахъ я пользовался однимъ и тѣмъ же перомъ, разстояніе между перомъ и блокомъ, черезъ который перекидывалась нитка и который находился на концѣ стержня, укрѣпленнаго надъ перомъ на томъ же вертикальномъ штапикѣ, что и самое перо, и разстояніе между блокомъ и эргографомъ было одно и то же; безъ соблюденія указанного условія трудно сравнивать кривыя, записанныя въ различныхъ опытахъ. Примѣненный мною способъ записи имѣлъ то преимущество, что давалъ возможность избѣгнуть нежелательныхъ перерывовъ опыта, давалъ одну непрерывную кривую любой желаемой длины, да и обращеніе съ черпильной кривой гораздо проще, чѣмъ съ кривой, записанной на законченной бумагѣ.

Кромѣ кривой движенія пальца, на той же лентѣ кимографа записывалась при помощи электромагнита съ перомъ, метронома и аккумулятора хронограмма, на которой отбѣдись полусекунды.

Во всѣхъ опытахъ лента кимографа двигалась съ одной и той же скоростью.

Какъ уже было упомянуто, изслѣдуемое лицо сидѣло около стола на табуретѣ съ выдвинутымъ сидѣньемъ; высота сидѣнья устанавливалась съ такимъ разчетомъ, чтобы ноги изслѣдуемаго находились на вѣсу, чтобы онъ не могъ касаться

пола даже концами пальцевъ; такое положеніе изслѣдуемаго составляло необходимое условіе опытовъ, потому что, въ противномъ случаѣ, полъ служилъ бы препятствіемъ свободному сгибательному движенію пальцевъ ногъ, подошвенному сгибанію стопы, сгибанію въ коленномъ суставѣ; но чтобы изслѣдуемое лицо не утомлялось непривычнымъ для него положеніемъ нижнихъ конечностей на вѣсу, ему ставилась подъ ноги низенькая скамеечка, убиравшаяся только на время производства движеній въ нижнихъ конечностяхъ.

Чтобы изслѣдуемое лицо не было стѣснено въ своихъ движеніяхъ, оно снимало съ себя сюртукъ, сапоги и носки; послѣднее было необходимо и для контроля движеній нижнихъ конечностей.

Опыты производились въ отдельной комнатѣ, при соблюденіи полной тишины и покоя, безъ присутствія постороннихъ свидѣтелей. До производства опыта испытуемое лицо упражнялось въ производствѣ ритмичныхъ движеній на эргографѣ. Ходъ опыта нѣсколько разъ прерывался для отдыха изслѣдуемаго, какъ только по характеру записывавшейся кривой замѣчались признаки утомленія или изслѣдуемое лицо само заявляло, что начинаетъ утомляться.

Опыты производились надъ двумя служителями лабораторіи, П. и А., и надъ докторомъ Г., любезно согласившимся быть предметомъ моего изслѣдованія, за что и выражаю ему свою признательность. Всѣ трое молодые, крѣпкіе, здоровые люди.

Ходъ опыта заключался въ томъ, что одновременно съ ритмичными движеніями среднего пальца верхней конечности, записывавшимися на лентѣ кимографа, изслѣдуемый производилъ по командѣ рядъ слѣдующихъ движеній:

Въ нижней конечности.

1. Тыльное сгибаніе въ голеностопномъ суставѣ.
2. Подошвенное сгибаніе въ голеностопномъ суставѣ.
3. Поворотъ стопы внаружи.

4. Поворотъ стопы кнутри.
5. Отведение носка кнаружи.
6. Отведение носка кнутри.
7. Сгибаніе пальцевъ.
8. Разгибаніе пальцевъ.
9. Сгибаніе въ колѣнѣ.
10. Разгибаніе въ колѣнѣ.
11. Сгибаніе въ тазобедренномъ суставѣ.

Сначала эти движенія производились въ нижней конечности, одноименной съ работавшей на эргографѣ верхней, затѣмъ въ противоположной нижней конечности и, наконецъ, въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ сразу.

Движенія свободной верхней конечности.

12. Сгибаніе пальцевъ.
13. Разгибаніе пальцевъ.
14. Сгибаніе въ луче-запястномъ суставѣ.
15. Разгибаніе въ луче-запястномъ суставѣ.
16. Вращательныя движенія: пронація и супинація.
17. Сгибаніе въ локтевомъ суставѣ.
18. Разгибаніе въ локтевомъ суставѣ.
19. 20. 21. 22. Плечо: отведеніе, приведеніе, вращательное движеніе впередъ, назадъ.
23. 24. Движеніе плеча впередъ, назадъ.
25. Подниманіе головы.
26. Опусканіе головы.
27. Поворотъ головы вправо.
28. Поворотъ головы влево.
29. Сгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ одноименной, противоположной, обѣихъ нижнихъ конечностей.
30. Разгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ одноименной, противоположной, обѣихъ нижнихъ конечностей.
31. Сгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ свободной верхней конечности.
32. Разгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ свободной верхней конечности.

33. Раздвиганіе пальцевъ верхней конечности.

34. Раздвиганіе пальцевъ нижнихъ конечностей.

Опытъ начинался съ того, что въ теченіе нѣкотораго времени (5—10 мин.) записывалось только движеніе пальца на эргографѣ, записывалась, такъ сказать, кривая нормального, привычнаго для испытуемаго лица движенія; затѣмъ по командѣ производился послѣдовательно рядъ перечисленныхъ движеній; при этомъ я поступалъ такимъ образомъ: испытуемое лицо предупреждалось, что по командѣ „разъ“ оно должно выполнить опредѣленное движеніе; это предупрежденіе не отражалось замѣтнымъ образомъ на записываемой кривой, всѣ испыдованные мною лица сразу же были въ состояніи выслушивать предупрежденіе о предстоящемъ движеніи, не измѣняя ритмичныхъ движеній пальца; черезъ нѣсколько секундъ послѣ предупрежденія производилось слово „разъ“, одновременно съ которымъ испытуемый выполнялъ требуемое движеніе; команда „разъ“ отмѣчалась штрихомъ отмѣтки на лентѣ кимографа.

Предупрежденіе о предстоящемъ движеніи имѣло важное значеніе въ моихъ опытахъ: оно давало возможность испытуемому лицу составить представленіе о требуемомъ отъ него движеніи, такъ что при командѣ „разъ“ ему оставалось только перевести въ дѣйствіе готовый двигательный образъ; испытуемый уже не тратилъ времени и умственной энергіи на воспріятіе объясненія о предстоящемъ движеніи, на воспроизведеніе его двигательнаго образа, что, конечно, отражалось на характерѣ кривой, если требовалось составить представленіе о предстоящемъ движеніи и выполнить его сразу; подобная обстановка опыта была для меня нежелательной, такъ какъ меня интересовалъ вопросъ о вліяніи одного движенія на одновременное ему другое, т. е., вліяніе переведенія путевомого импульса готоваго представленія объ опредѣленномъ движеніи въ это движеніе на другое опредѣленное движеніе, а не вопросъ объ этомъ вліяніи въ связи съ воспріятіемъ

извѣстнаго объясненія и возникновеніемъ представленія о предстоящемъ движеніи.

Каждое движеніе повторялось по нѣскольку разъ (3—4 раза); повторялось движеніе или производилось новое движеніе послѣ того, какъ кривая среднего пальца, видоизмѣненная подъ вліяніемъ другого движенія, снова возвращалась къ нормѣ; если же другое движеніе не видоизмѣняло ея, то до повторенія этого движенія или до производства новаго выжидала приблизительно такой же промежутокъ времени, какъ и при видоизмѣненія кривой: отъ начала одного движенія до другого, обыкновенно, проходило отъ 30—60 сек.

Передъ началомъ опыта изслѣдуемое лицо предупреждалось, что при выполненіи того или иного движенія оно должно, по возможности, стараться затратить лишь силу, необходимую для производства даннаго движенія, избѣгая излишняго напряженія соответствующихъ мышцъ; правда, при нѣкоторыхъ опытахъ, по моему предложенію, изслѣдуемыя лица производили рядъ движеній, сильно напругая ту или иную группу мышцъ; кромѣ того, мною были произведены опыты, въ которыхъ движеніе сопровождалось довольно значительнымъ сопротивленіемъ,—а именно, для выполненія требуемаго движенія изслѣдуемое лицо должно было преодолѣть сопротивление въ видѣ тяжести довольно тяжелой гири, препятствовавшей данному движенію, но объ этихъ опытахъ подробнѣе будетъ сказано ниже.

Въ общей сложности, надъ упомянутыми тремя лицами было произведено 8 опытовъ, въ теченіе которыхъ на кривыхъ кимографа около 1000 разъ было отмѣчено измѣненіе кривой среднего пальца, совпадавшее съ одновременнымъ выполненіемъ другихъ движеній.

Позволю себѣ не приводить протокольнаго изложенія опытовъ, такъ какъ обстановка ихъ была совершенно одинаковая, и результаты ихъ, какъ будетъ видно изъ дальнѣйшаго общаго изложенія, почти тождественны.

Разсмотримъ сначала характеръ нормальной кривой среднего пальца.

Средній палецъ верхней конечности производитъ непрерывный рядъ, по возможности, ритмичныхъ сгибаемыхъ и разгибаемыхъ движений въ пястно-фалангеальномъ сочлененіи; этотъ рядъ движений записывался на лентѣ кимографа, въ видѣ ряда волнъ, ритмичность которыхъ зависѣла, конечно, отъ ритмичности движений пальца; сгибаясь, палецъ тянулъ съ собою нитку, перекинутую черезъ блокъ къ перу и поднималъ его; при разгибаніи пальца перо съ привѣшеною къ нему гиришкою опускалось, въ свою очередь натагивая нитку; слѣдовательно, на лентѣ кимографа сгибаніе пальца изображалось восходящею частью волны, а разгибаніе—нисходящею. Амплитуда волны зависѣла, само собою, отъ ширины размаха среднего пальца, ширина волны опредѣлялась скоростью движений пальца. При записи нормальной кривой обращалось вниманіе на то, чтобы изслѣдуемое лицо давало возможно равномерную нормальную кривую, что обычно и достигалось черезъ нѣсколько минутъ упражненія. Часто въ началѣ опыта изслѣдуемое лицо давало кривую, состоявшую изъ низкихъ и узкихъ волнъ, затѣмъ переходило къ кривой изъ высокихъ и узкихъ или широкихъ волнъ, затѣмъ оставалась на среднихъ между первыми и послѣдними, смотря потому, какой характеръ движений пальца оказывался для него наиболѣе удобными; выбравъ наиболѣе удобный для себя темпъ движенія, изслѣдуемый, обыкновенно, придерживался его и при слѣдующихъ опытахъ. Каждому лицу предоставлялось путемъ опыта выбрать наиболѣе удобный для него темпъ движений; при этомъ оказалось, что этотъ темпъ для различныхъ лицъ различенъ; онъ отличается, какъ по скорости движенія, такъ и по ширинѣ размаха. Скорость движенія, опредѣляемая рядомъ условій, входитъ въ оцѣнку которыхъ въ моихъ опытахъ я не имѣю основаній, колебалась въ небольшихъ предѣлахъ, а именно: различныя лица въ различныхъ опытахъ производили отъ 2,3 до 5 движений

въ секунду; это крайнія цифры, такъ, 2,3 движенія (за цѣлое движеніе принимается стибаніе и разгибаніе пальца) въ секунду было только у одного лица въ одномъ опытѣ, обыкновенно же изслѣдуемыя лица производили отъ 3,5 до 4,5 движеній въ секунду. Амплитуда движеній не находилась въ связи съ ихъ скоростью; такъ, лицо, производившее до 5 движеній, давало наибольшую амплитуду, наименьшая амплитуда была у другого лица, при 3,7 движеній и нѣсколько большая при 2,3 движеній. Какъ въ скорости движеній, такъ и въ ширинѣ размаха, отмѣчаемаго кривою, играютъ роль индивидуальныя условія; между прочимъ, длина пальцевъ изслѣдуемаго лица значительно обусловливаетъ амплитуду движеній.

При записи нормы у одного и того же лица въ одномъ и томъ же опытѣ также были колебанія, какъ скорости движеній, такъ и ширины размаха. Колебанія скорости движеній были незначительны, обнаруживаясь замѣтно лишь въ началѣ опыта, пока изслѣдуемое лицо не успѣло выбрать удобнѣйшаго для него ритма движеній; но разъ ритмъ былъ избранъ, онъ сохранялся съ большою точностью въ теченіе всего опыта. Обычны были колебанія амплитуды движеній, отличающіяся довольно правильною періодичностью, въ слѣдствіе которой кривая волнъ отдѣльныхъ движеній въ свою очередь шла волнообразно, нѣсколько напоминала дыхательныя волны пульсовой кривой. Эти колебанія амплитуды движеній, благодаря ихъ правильности, позволяли отличать измѣненія амплитуды, зависѣвшія отъ вліянія постороннихъ агентовъ.

Для поясненія вышесказаннаго, приведемъ двѣ нормальныхъ кривыхъ, взятыхъ изъ различныхъ опытовъ надъ различными лицами. (См. рис. 1, 2).

Пользуясь кривыми своихъ опытовъ вообще и отчасти основываясь на введенныхъ рисункахъ, попробую установить главныя общія свойства нормальной кривой движенія среднего пальца; сдѣлать это необходимо, чтобы имѣть основанія судить объ уклоненіи кривой отъ нормы, а, слѣдова-

тельно, и объ измѣненіи характера самого движенія подъ вліяніемъ какого-либо агента. Первое свойство нормальной кривой, зависящее отъ большаго или меньшаго постоянства скорости движенія—это ея ритмичность, выражающаяся приблизительно одинаковымъ числомъ волнообразныхъ колебаній ея въ секунду. *Нормальная кривая ритмична.*

Амплитуда волнъ нормальной кривой довольно постоянна: волны повышаются и понижаются довольно равномерно и правильно; бываютъ время отъ времени довольно рѣзкіе и неравнобѣрные подъемы или паденія кривой, но они встречаются эпизодически и не могутъ служить препятствіемъ къ принятію положенія, что *амплитуда нормальной кривой, въ общемъ, отличается довольно значительнымъ постоянствомъ.* Отдѣльные волны кривой также имѣютъ нѣкоторые свойства, зависящіе отъ характера отдѣльныхъ движеній; онѣ характеризуются крупнымъ и равномернымъ подъемомъ и такимъ же паденіемъ; эта равномерность подъема и опусканія бываетъ особенно хорошо выражена при быстромъ темпѣ движенія (см. рис. 2) и нѣсколько нарушается при замедленіи темпа (рис. 1). Вершины подъемовъ и паденій кривой могутъ быть острыми и тупыми, закругленными; этотъ рисунокъ вершинъ обусловливается скоростью, съ которою одно отдѣльное движеніе смѣняется другимъ, въ нашихъ опытахъ—сгибаніе пальца, его разгибаніемъ и обратно. Для легкости и правильности сужденія объ измѣненіи кривой подъ вліяніемъ того или иного фактора важно, чтобы вершины имѣли возможно равномерныя очертанія; такую равномерность мы видимъ на нормальной кривой, хотя, конечно, она относительна. Разсматривая восходящую и нисходящую части волнообразныхъ колебаній кривыхъ движенія, мы видимъ на нихъ еще нѣболыія вторичныя колебанія; эти колебанія обычно бываютъ въ началѣ восходящей и въ началѣ нисходящей части волны; при медленныхъ движеніяхъ правильность ихъ нарушается, при движеніяхъ быстрыхъ и равномерныхъ они отличаются болышимъ постоянствомъ (рис. 2); наличие этихъ вторич-

ныхъ волнъ объясняется нестрогой равномерностью движеній среднего палца; этимъ движеніямъ присущъ въ нѣкоторой степени дергающій характеръ. Появленіе вторичныхъ колебаній не можетъ зависѣть отъ несовершенства примѣнявшагося мною записывающаго аппарата; противъ такого предположенія говорить неправильное расположеніе ихъ при медленномъ темпѣ движенія—въ серединѣ или въ концѣ восходящей и нисходящей части волны (рис. 1). Иногда на восходящей или нисходящей части волны встрѣчается два вторичныхъ колебанія.

Наличность разобранныхъ здѣсь свойствъ опредѣляетъ нормальную кривую движенія. Измѣненіе этихъ свойствъ ставляетъ предположить возникновеніе какого-либо фактора препятствующаго движенію.

Изъ вышеизложеннаго видно, что общій видъ нормальной кривой и отдѣльныя ея волны далеко не представляютъ математической правильности; очевидно, что и при записи нормы время отъ времени обнаруживаютъ свое дѣйствіе факторы, влияющіе на правильность движенія; сюда относятся, физическое утомленіе, отвлеченіе вниманія изслѣдуемаго отъ предмета изслѣдованія, появленіе въ содержаніи сознанія испытываемаго постороннихъ представленій, измѣняющихъ характеръ движенія, наконецъ, случайное движеніе изслѣдуемаго лица—все это факторы, влияющіе на движеніе, а следовательно, и на правильность кривой движенія. Конечно, въ задачу эксперимента также входитъ исключить влияние указанныхъ факторовъ, препятствующихъ чистотѣ опыта; къ сожалѣнію, это далеко не всегда возможно: мы устраняемъ влияние физическаго утомленія, давая изслѣдуемому время отъ времени отдыхать, благодаря чему намъ почти не приходится считаться съ влияніемъ этого фактора; мы просимъ изслѣдмое лицо повнимательнѣе отнестись къ опыту, не думать ни о чемъ постороннемъ, устраняемъ, по возможности, всякія случайныя внѣшнія раздраженія, какъ шумъ, солнечный лучъ

и тому под., но тѣмъ не менѣе мы не гарантированы, что вниманіе изслѣдуемаго не отвлечется въ сторону; мы удобно усаживаемъ изслѣдуемаго, но, тѣмъ не менѣе онъ можетъ испытать чувство неловкости и подвинуться самъ и потянуть руку, движеніе пальца которой записывается. Разъ совершенно устранить указанные факторы невозможно, нужно умѣть отличить на кривой ихъ вліяніе отъ вліянія изучаемаго фактора; это достигалось въ моихъ опытахъ слѣдующимъ образомъ: во-первыхъ, изслѣдуемое лицо сообщало, если оно измѣнило характеръ движенія подъ вліяніемъ случайныхъ условий, не входящихъ въ програиму опыта; во-вторыхъ, собирая полученные мною кривыя, я предпочиталъ совершенно игнорировать измѣненія хода кривой, причина которыхъ была сомнительной; въ-третьихъ, заставляя изслѣдуемаго по командѣ произвести движеніе, вліяніе котораго на движеніе среднего пальца изучалось, я старался выбирать моменты, когда кривая среднего пальца шла равномерно въ теченіе нѣкотораго времени, въ-четвертыхъ, совпаденіе измѣненія кривой со временемъ производства изучаемаго движенія, повторность этого измѣненія при повтореніи того же движенія и сходство измѣненія кривой при повтореніи одного и того же движенія—все это признаки, устанавливающіе зависимость измѣненія кривой отъ изучаемаго фактора.

Качество измѣненія отдѣльныхъ волнъ кривой движенія подъ вліяніемъ различныхъ факторовъ можетъ служить лишь весьма и весьма относительнымъ критеріемъ для характеристики фактора, вызывающаго это измѣненіе; въ самомъ дѣлѣ, движеніе можетъ ускоряться, замедляться и задерживаться до полной остановки; это измѣненіе движенія можетъ быть равномѣрнымъ и неравномѣрнымъ, прерывистымъ; можетъ измѣняться величина размаха; всѣ эти условія движенія отразятся на кривой увеличеніемъ или уменьшеніемъ числа отдѣльныхъ волнъ въ секунду, болѣе или менѣе крутизной восходящихъ и нисходящихъ частей отдѣльныхъ волнъ, появленіемъ болѣе или менѣе значительнаго числа вторичныхъ колебаній,

закругленіемъ или заостреніемъ вершинъ отдѣльныхъ волнъ, измѣненіемъ ихъ амплитуды въ ту или другую сторону,—но все это признаки, появленіе которыхъ можетъ быть вызвано различными факторами. Принимая во вниманіе только-что сказанное, я не упомянулъ объ этихъ признакахъ, какъ доказывающихъ измѣненіе кривой движенія въ зависимости отъ изучавшагося мною фактора, а поставилъ доказательствами этой зависимости совпаденіе измѣненія кривой движенія по времени, повторность этого совпаденія и, наконецъ, сходство измѣненія кривой при повторномъ совпаденіи по времени съ изучаемымъ движеніемъ.

Перейдемъ къ изученію измѣненій кривой движенія среднего пальца подъ вліяніемъ другихъ движеній.

Вліяніе движеній свободной верхней конечности.

Сгибаніе пальцевъ: незначительно отражается на кривой легкой задержки движенія въ стадіи сгибанія или разгибанія; амплитуда задержаннаго движенія не мѣняется рѣзко, она обычно нѣсколько уменьшена, амплитуда слѣдующаго движенія болѣею частью увеличивается въ направленіи сгибанія; послѣ 2—3-хъ движеній кривая приходитъ къ нормѣ; изслѣдуемыя лица послѣ повторенія движенія 3—4 раза осваиваются съ нимъ, такъ что оно почти перестаетъ отражаться на кривой. *Разгибаніе пальцевъ:* тоже задержка съ измѣненіемъ амплитуды движеній, которая болѣею частью уменьшается; иногда амплитуда вслѣдъ за этимъ увеличивается, чаще въ направленіи разгибанія; рѣзче всего результаты замѣтны при первомъ движеніи, онъ быстро сглаживается при его повтореніи. *Сгибаніе кисти:* отражается на кривой рѣзче слѣдующихъ движеній, задержка выражена приблизительно въ той же степени, но амплитуда движеній часто увеличивается въое противъ нормы, возвращаясь къ нормѣ лишь черезъ 5—6 движеній; вліяніе сгибанія кисти замѣтно на кривой послѣ 6—7 повтореній. *Разгибаніе кисти:* отличается отъ вліянія сгибанія тѣмъ, что задержка движенія часто предшествуетъ или совпадаетъ съ нею увеличеніе амплитуды движеній, а иногда и ускоренное движеніе. *Пронатация и супинация* тоже отражаются задержкой, увеличеніемъ амплитуды движенія и послѣдующими нѣсколькими неуравновѣнными колебаніями кривой, но вліяніе пронатации и супинации слабѣ вліянія сгибанія и разгибанія кисти. *Сгибаніе въ локтевомъ суставѣ:* задержка движенія при рядѣ мелкихъ движеній съ небольшою амплитудой, затѣмъ быстрое движеніе съ увеличенной амплитудой и постепенное, довольно быстрое выравниваніе кривой;

или 2—3 ускоренныхъ движенія съ увеличенной амплитудой, послѣ чего 2—3 мелкихъ задержаннхъ движенія и выравниваніе кривой; вліяніе сгибанія локтя рѣзко уменьшается послѣ 3—4-хъ повтореній. *Разибіе локтя:* задержка при уменьшенной амплитудѣ, иногда задержѣ предше- ствуетъ 1—2 ускоренныхъ движенія съ большою амплитудой. *Движенія въ плечевомъ суставѣ:* отведеніе, приведеніе, ротациа впередъ, назадъ; нія конечности впередъ и назадъ, поднятіе конечности впередъ, увеличе- задержкой, замедленіемъ 2—3-хъ движеній съ незначительнымъ увеличе- ніемъ амплитуды; рѣзче всего отражается на кривой ротациа назадъ, вы- званная въ одномъ случаѣ цѣлый рядъ движеній съ уменьшенной вдвое амплитудой, замедленнхъ, кривая приняла нормальный видъ лишь послѣ 13-ти размаховъ. *Сгибаніе, по возможности, во всякъ суставѣгъ верхней ко- нечности:* ясное измѣненіе амплитуды движеній, довольно скоро выравни- вающееся, безъ сколько-нибудь значительной задержки движеній. *Разибіа- ніе, по возможности, во всякъ суставѣгъ верхней конечности:* отражается такъ же, какъ и сгибаніе, безъ рѣзкой разницъ. *Подниманіе головы впередъ:* задержка движенія; увеличеніе амплитуды движенія въ направленіи вверхъ и слѣдующаго движенія въ направленіи внизъ, затѣмъ постепенное выравниваніе кривой; иногда это движеніе отражается на кривой не такъ рѣзко. *Опусканіе головы назадъ:* даетъ приблизительно такую же картину. *Поверотъ головы направо и влево:* тоже отражается замедленіемъ движенія и увеличе- ніемъ амплитуды движенія въ направленіи вверхъ; движеніе, слѣдующее за неправильнымъ, тотчасъ же выравнивается, вообще, вліяніе этого движенія слабѣе отражается на кривой среднего пальца, нежели предшдущее дви- женіе.

Вліяніе движеній нижнихъ конечностей:

Нижней конечности, одностопности, запястьевъ верхней конечности.	Нижней конечности противоположной запястьевъ верхней конечности.	Общихъ нижнихъ конечностей.
Сгибание и разгибание пальцевъ отражается на кривой весьма незначительнымъ ускореніемъ и послѣдующимъ замедленіемъ движенія.	Отражается явнымъ замедленіемъ движенія, послѣдующимъ кривой и послѣдующимъ нѣсколькими несправильными колебаніями. Сгибание отражаетъ сильнѣе разгибания.	Рѣзкое измѣненіе кривой, выступающее отчетливѣе при разгибании пальцевъ. При разгибании задержка въ фазѣ разгибания пальца при увеличеніи амплитуды съ послѣдующими несправильными размахами съ вторичными колебаніями.
Тяжелое сгибание въ голени и стопы, суставамъ отражается значительнымъ замедленіемъ движенія при уменьшеніи его амплитуды вдвое противъ нормы при нѣкоторомъ пониженіи кривой; послѣдующее выравниваніе кривой послѣ 5—6 замедленныхъ движеній; повтореніи движенія 3—4 раза—привыканіе къ движенію, которое слабѣе и слабѣе отражаетъ на кривой.	Такое же измѣненіе кривой, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ первоначальное ускореніе движенія при увеличеніи амплитуды размаха болѣе, чѣмъ вдвое, съ послѣдующимъ замедленіемъ и рѣзкимъ уменьшеніемъ амплитуды. Бо-льшее медленное привыканіе къ движенію.	Вліяніе движенія того же характера, что и при движеніи въ одной нѣкоторой конечности, но сильнѣе отражается на кривой; особенно рѣзко выражено въ нѣкоторыхъ случаяхъ увеличеніе амплитуды размаха и рядъ несправильныхъ мелкихъ вторичныхъ колебаній.
Подолшвенное сгибание въ томъ же суставѣ отражается противоположно предыдущему; а именно, замедленіе движенія при общемъ пониженіи кривой и рѣзкомъ уменьшеніи амплитуды отдѣльныхъ размаховъ. Движеніе отражаетъ въ рѣзке предмѣщая и выравниваніе кривой происходитъ медленнѣе.	Задержка съ повышеніемъ кривой, вторичными несправильными колебаніями, рѣзкое увеличеніе послѣдующимъ уменьшеніемъ ея и рядомъ несправильныхъ движеній.	Тотъ же характеръ измѣненія кривой, но явленія выступаютъ рѣзче.

О т в е д е н і е н о с к а к н а р у ж и — замедленіе движенія, подымъе кривой, сначала уменьшеніе, а затѣмъ ускореніе и увеличеніе размаховъ; выравниваніе кривой послѣ 5—6 размаховъ. Медленное привывканіе къ движенію, отражающемуся на кривой послѣ 5—6 повтореній.	Такой же приблизительно, но результировать, какъ и при движеніи въ одной нижней конечности.	Вліяніе движенія отражается на кривой лишь немного рѣзче, чѣмъ при движеніи въ одной конечности.
О т в е д е н і е н о с к а к н у т р и — повышеніе кривой, неправильное движеніе, то ускоренное, то замедленное; амплитуда то уменьшена, то увеличена, появленіе вторичныхъ колебаній; выравниваніе кривой послѣ 7—9 размаховъ.	Такой же приблизительно, но результировать, какъ и при движеніи въ одной нижней конечности.	Движеніе носка кнутри отражается на кривой рѣзче, чѣмъ движеніе кнаружи и значительно рѣзче, чѣмъ движеніе въ одной конечности; кривая выравнивается лишь послѣ 8—10 размаховъ, размахнеправильнымъ, на кривой много вторичныхъ колебаній.
П о в о р о т ъ с т о п ы к н а р у ж и — небольшое замедленіе, неправильное размахи, быстрое выравниваніе кривой.	Болѣе рѣзкое вліяніе: задержка движенія съ значительнымъ увеличеніемъ амплитуды размаха, какъ въ направленіи сгибанія, такъ и въ противоположномъ, или ускореніе движенія при увеличеніи амплитуды, последующая задержка и рядъ неправильныхъ движеній.	Вліяніе движенія весьма рѣзкое, въ некоторыхъ случаяхъ получается два размаха съ амплитудой, въ направленіи сгибанія, увеличенной въ двое, и съ задержкой движенія.
П о в о р о т ъ с т о п ы к н у т р и — приблизительно, но тотъ же эффектъ. С г и б а н і е в ѣ к о лѣ н о м ѣ с у с т а в ѣ — рѣзкое замедленіе движенія, задержка, затѣмъ увеличеніе амплитуды размаха, часто появленіе неправильныхъ вторичныхъ колебаній; при многократномъ повтореніи движенія оно всетаки отражается на кривой.	При поворотѣ стопы кнутри — приблизительно тотъ же результировать. Такой же приблизительно, но эффектъ, какъ и при сгибаніи въ одноименной конечности.	Поворотъ стопы кнутри даетъ приблизительно тотъ же результировать. Эффектъ болѣе рѣзкій, чѣмъ при движеніи въ одной конечности; увеличеніе амплитуды размаха часто втрое противъ норм. въ направленіи сгибанія или разгибанія, последующія ускоренія и неправильныя колебанія кривой.
Р а з г и б а н і е к о лѣ н а — рѣзкая задержка и уменьшеніе амплитуды размаха, затѣмъ рядъ неправильныхъ то ускоренныхъ, то замедленныхъ движеній при чередующемся увеличеніи и уменьшеніи размаха; кривая выравнивается медленно, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ.	Чаще пониженіе, чѣмъ повышеніе кривой (какъ рѣзче предыдущаго движенія, характеръ измѣняющей рядъ неправильныхъ колебаній). Очень медленное привывканіе къ движенію.	Отражается на кривой рѣзче предыдущаго движенія; характеръ измѣняющей кривой тотъ же, что и при движеніи въ одной конечности.

Сгибание въ тазобедренномъ суставѣ отражается рѣзче прѣдущихъ движеній, въ смыслѣ задержки движенія, изгибленія амплитуды движеній и продолжительности неправильнаго хода кривой.	Такой же эффектѣ, какъ и при сгибаніи въ одной именной конечности.	Эффектъ движенія рѣзко отражается на кривой.
Раздвиганіе пальцевъ въ большинствѣ случаевъ вызываетъ пониженіе кривой, задержку движенія, рядъ мелкихъ неправильныхъ колебаній; или просто рядъ ускоренныхъ неправильныхъ движеній съ изгибленной амплитудой; кривая быстро выравнивается. Многократно повторенное движеніе всегдѣ отражается на кривой.	Тотъ же результатъ, что и при раздвиганіи пальцевъ одной именной конечности, но кривая выравнивается медленнѣе.	Тотъ же результатъ, что и при движеніи въ одной конечности, почти столь же быстрое выравниваніе кривой; первоначальная задержка движенія то въ фазѣ сгибанія, то въ фазѣ разгибанія.
Сгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ нижней конечности весьма рѣзко отражается на кривой, — увеличеніе амплитуды размаховъ, задержка, дажде, рядъ неправильныхъ, то замедленныхъ, то ускоренныхъ размаховъ различной амплитуды, весьма медленное выравниваніе кривой (послѣ 15—20 движеній).	Вліяніе тоже въ болшинствѣ случаевъ весьма рѣзкое, чаще наблюдается увеличеніе амплитуды размаха въ направленіи разгибанія.	Вліяніе сгибанія въ обоихъ нижнихъ конечностяхъ обнаруживается болѣе рѣзкимъ образомъ; обыкновенно наблюдается общее пониженіе кривой, съ явленіями задержки движеній и увеличеніемъ или уменьшеніемъ амплитуды размаховъ; медленное выравниваніе кривой и весьма медленное приываніе къ движенію.
Разгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ нижней конечности тоже весьма рѣзко отражается на кривой задержкой и изгибленіемъ амплитуды размаховъ или рядомъ ускоренныхъ, неправильныхъ размаховъ; медленное, постепенное выравниваніе кривой и медленное приываніе къ движенію. Вліяніе этого движенія слабеѣе предмдушаго.	Вліяніе движенія при близительнѣ такой же силѣ, какъ и при движеніи въ одной именной конечности.	Вліяніе значительно рѣзче, чѣмъ при движеніяхъ въ одной конечности. Характеръ изгибленія кривой движенія приблизительно тотъ же.

Изъ только-что приведенной протокольной записи полученныхъ результатовъ съ несомнѣнностью слѣдуетъ, что различныя движенія нашихъ членовъ отражаются на опредѣленномъ одновременномъ съ ними другомъ движеніи измѣненіемъ характера этого послѣдняго; измѣненіе характера движенія проявляется въ измѣненіи скорости движенія (задержка или ускореніе движенія), въ измѣненіи амплитуды размаховъ (увеличеніе или уменьшеніе амплитуды), въ неправильности и неравномѣрности отдѣльныхъ движеній (неправильныя и неравномѣрныя очертанія волнообразныхъ колебаній кривой движенія) и въ утратѣ плавности и непрерывности движенія (вторичныя волны на кривой движенія), т. е., координація движенія нарушается.

Большая или меньшая продолжительность указанныхъ измѣненій движенія и степень рѣзкости, съ которою они выражены, является, конечно, показателемъ силы вліянія одного движенія на другое. Изъ вышеприведеннаго видно, что степень этого вліянія мѣняется по мѣрѣ того, какъ мѣняется оказывающее вліяніе движеніе, такъ, напр., сгибаніе пальцевъ ноги отражается на кривой движенія гораздо слабѣе, чѣмъ сгибаніе въ колѣнномъ суставѣ.

Кромѣ того, мы видимъ, что обычно одно и тоже движеніе при повторномъ его производствѣ оказываетъ все болѣе и болѣе слабое вліяніе на кривую постояннаго движенія, т. е., координація движеній нарушается все меньше и меньше; одни движенія, вообще слабо отражающіяся на кривой, перестаютъ оказывать вліяніе уже послѣ двухъ—трехкратнаго ихъ повторенія; другія, даже при многократномъ совмѣстномъ ихъ выполненіи, продолжаютъ отражаться на кривой, хотя и слабѣе, нежели сначала, но тѣмъ не менѣе весьма замѣтно; отсюда слѣдуетъ, что привыканіе къ сочетанному выполненію однихъ движеній происходитъ легче, чѣмъ къ выполненію другихъ.

Изъ разсмотрѣнія общей протокольной записи и соответствующихъ кривыхъ движенія видно, что движенія нижней

конечности рѣзче отражаются на кривой движенія, чѣмъ аналогичныя движенія верхней конечности, напр., сгибаніе въ коленномъ суставѣ отражается на кривой рѣзче сгибанія въ локтѣ; далѣе, движенія нижней конечности разноименной верхней, постоянное движеніе которой записывается на кривой, въ большинствѣ случаевъ отражаются на кривой рѣзче, нежели движенія одноименной нижней конечности, и, наконецъ, одновременныя движенія въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ вліяютъ на кривую движенія сильнѣе движеній одной нижней конечности, какъ одноименной, такъ и противоположной записывающей верхней конечности.

Что касается порядка движеній, въ смыслѣ степени ихъ вліанія на постоянное движеніе, то, начиная съ движенія, вліяющаго наиболѣе слабо, и перехода къ движеніямъ, вліяющимъ сильнѣе, онъ представится слѣдующимъ:

Верхняя конечность.

1. Сгибаніе и разгибаніе пальцевъ.
2. Пронація и супинація.
3. Сгибаніе и разгибаніе кисти.
4. Сгибаніе и разгибаніе локтя.
5. Изъ движеній въ плечевомъ суставѣ особенно рѣзко отражается ротационное движеніе въ направленіи кзади.
6. Сгибаніе и разгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ.

Нижняя конечность.

1. Сгибаніе и разгибаніе пальцевъ.
2. Поворотъ стопы кнаружи и кнутри.
3. Отведеніе носка кнаружи и кнутри.
4. Тыльное и подошвенное сгибаніе стопы (подошвенное вліяетъ сильнѣе).
5. Раздвиганіе пальцевъ.
6. Сгибаніе колѣна.

7. Разгибаніе колѣна.

8. Сгибаніе въ тазобедренномъ суставѣ.

9. Разгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ.

10. Сгибаніе, по возможности, во всѣхъ суставахъ.

Приведенный порядокъ, въ смыслѣ степени вліянія однихъ движеній на другія, сохранится и въ томъ случаѣ, если мы расположимъ эти движенія по скорости, съ которою изслѣдуемыя лица къ нимъ привыкають, что отражается уменьшеніемъ вліянія этихъ движеній на кривую при повторномъ ихъ выполненіи; это указываетъ на прямое отношеніе, существующее между степенью вліянія движенія на кривую и быстротой привыканія къ извѣстному движенію.

Интересно выяснитъ условія этого вліянія.

Разсматривая таблицу возрастающаго вліянія движеній на кривую, можемъ замѣтить, что степень этого вліянія усиливается по мѣрѣ увеличенія сложности движенія; сложность движенія опредѣляется количествомъ и взаимными отношеніями участвующихъ въ немъ мышцъ, взаимными отношеніями и устройствомъ суставныхъ поверхностей, величиною участвующихъ въ движеніи частей костнаго скелета, большею или меньшею привычкою къ данному движенію; исполнѣ понятно, что усиленіе сложности движенія сопровождается и большею сложностью двигательнаго образа этого движенія, съ большимъ затрудненіемъ вступающаго въ связь съ имѣющимся уже въ сознаніи образомъ постояннаго движенія; вслѣдствіе этого происходитъ какъ бы интерференція волевыхъ импульсовъ, вызывающихъ постоянное движеніе, вліаніе котораго изучается; кромѣ того, болѣе сложное движеніе требуетъ и большаго волевого усилія, большаго мышечнаго напряженія для своего выполненія; тѣ же условія остаются въ силѣ и при выполненіи непривычныхъ движеній (напр., движенія пальцевъ нижнихъ конечностей); движенія въ большихъ су-

ставахъ при значительной длинѣ участвующихъ въ движеніи костей у мыщцъ, происхода относительно медленнѣе, уже тѣмъ самымъ нарушаютъ ритмъ постоянного движенія и способствуютъ измѣненію его характера; понятно, что сгибаніе или разгибаніе во всѣхъ суставахъ нижнихъ конечностей, являясь наиболѣе сложнымъ движеніемъ, и отражается рѣзче всего на кривой.

Важнѣйшее значеніе волевого импульса и связанной съ нимъ степени мышечнаго напряженія доказывается лучше всего изученіемъ вліянія пассивныхъ движеній и активныхъ движеній, сопровождающихся болѣе или менѣе сильнымъ мышечнымъ напряженіемъ.

Произведя опыты въ первомъ направленіи, я убѣдился, что даже весьма сложные пассивныя движенія почти не отражаются измѣненіемъ кривой; въ этихъ случаяхъ активная координата почти не имѣетъ мѣста.

Опыты во второмъ направленіи были произведены надъ двумя изъ лицъ, участвовавшихъ въ первыхъ моихъ опытахъ.

Обстановка опыта измѣнялась лишь въ томъ отношеніи, что движенія затруднялись препятствіемъ, въ видѣ прикрѣпленнаго къ конечностямъ груза различной тяжести, а именно, гирь въ 500,0, въ 1000,0, въ 2000,0 и въ 4000,0.

При этомъ получились слѣдующіе результаты: уже такой небольшой грузъ, какъ 500,0 и 1000,0 отразился измѣненіемъ кривой движенія, хотя и незначительнымъ; тѣмъ не менѣе, измѣненія кривой подъ вліяніемъ движеній съ примѣненіемъ этихъ грузовъ выражены отчетливѣе, чѣмъ въ опытѣ надъ тѣмъ же лицомъ безъ примѣненія груза. Увеличеніе груза до 2000,0 сопровождается рѣзкимъ усиленіемъ эффекта, особенно, при движеніяхъ въ обѣихъ нижнихъ нагруженныхъ конечностяхъ. Наибольшая нагрузка (4000,0 на каждую конечность) наиболѣе рѣзко отражается на кривой; при этихъ условіяхъ нѣтъ движенія, которое не отразилось бы вполне отчетливымъ измѣненіемъ кривой.

Наконецъ, весьма рѣзко отражается на кривой мышечное напряженіе, обусловливаемое сильнымъ противодѣйствіемъ извѣстному движению, въ формѣ противодвиженія, со стороны изслѣдующаго лица: при этомъ измѣляется, какъ величина, такъ и ритмъ размаха кривой въ теченіе времени напряженія мышцъ.

Весьма рѣзко также отражается на кривой замедленное движеніе при возможной неизмѣнности темпа постояннаго движенія; ясно, что послать волевые импульсы различной частоты къ различнымъ собственнымъ движениямъ затруднительно. Изъ разсмотрѣнія результатовъ нашихъ опытовъ также слѣдуетъ, что различныя движенія отражаются на другихъ движеніяхъ у различныхъ лицъ съ различной силой; равно какъ различныя лица неодинаково скоро привыкаютъ къ болѣе или менѣе совершенному сочетанію данныхъ движеній.

Большее вліяніе измѣненія кривой въ зависимости отъ движеній въ противоположной конечности объясняется, на нашъ взглядъ, иннерваціей этой конечности съ другого полушарія.

Резюмируя вкратцѣ результаты нашего изслѣдованія, приходимъ къ заключенію, что различныя активныя движенія, производимыя одновременно съ другимъ опредѣленнымъ движениемъ отражаются видоизмѣненіемъ характера этого послѣдняго, даже если это послѣднее движеніе сдѣлалось уже привычнымъ и совершается почти автоматически. Различныя движенія оказываютъ вліяніе различной степени на другое движеніе; степень этого вліянія опредѣляется сложностью и силой этихъ движеній, а также ихъ привычностью, усиливаясь въ зависимости отъ ихъ сложности и мышечнаго напряжения, необходимого для ихъ выполненія; привыканіе къ одновременному выполненію опредѣленныхъ движеній уменьшаетъ вліяніе одного движенія на другое.

По отношенію къ координаціи движеній, мы можемъ заключить, что совершенная координація движеній возможна

лишь въ томъ случаѣ, если извѣстныя двигательныя представления вступаютъ между собою въ тѣсную привычную ассоціативную связь; такая связь для движеній, совместное выполнение которыхъ является не совсѣмъ обычнымъ, можетъ достигаться путемъ упражненія. Обычное явленіе, что нѣкоторые лица (фокусники, гимнасты и др.) приходить въ этомъ направленіи къ изумительнымъ результатамъ.

Рис. 1.

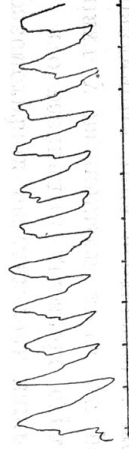


Рис. 2.

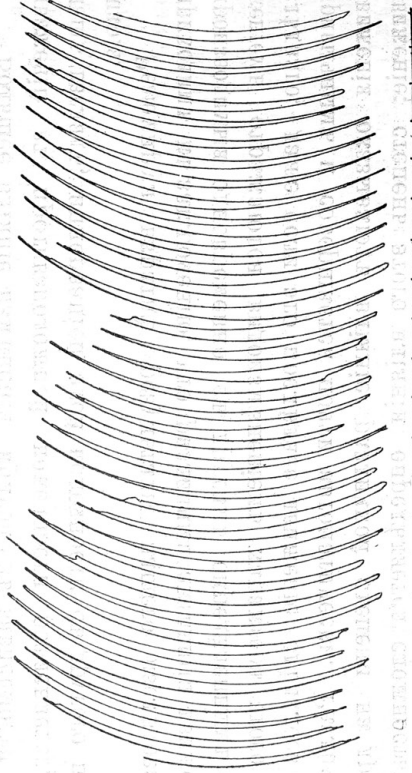


Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.

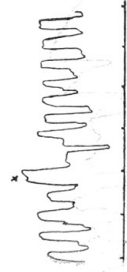


Рис. 6.

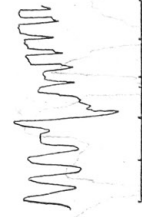


Рис. 7.



Рис. 8.

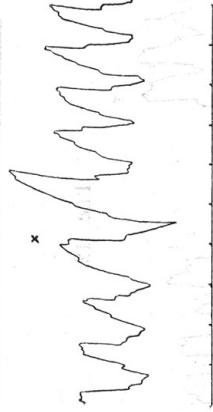


Рис. 9.

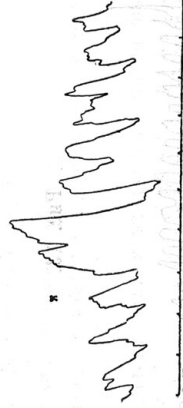


Рис. 10.

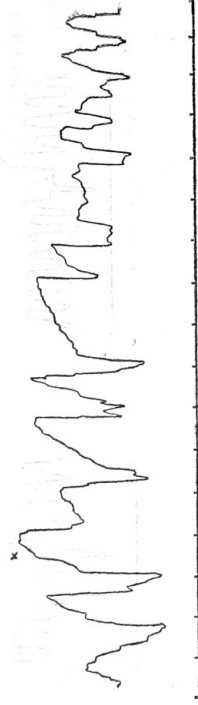


Рис. 11.

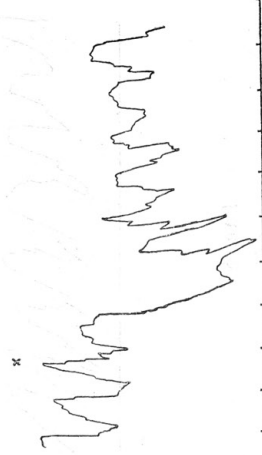


Рис. 12.

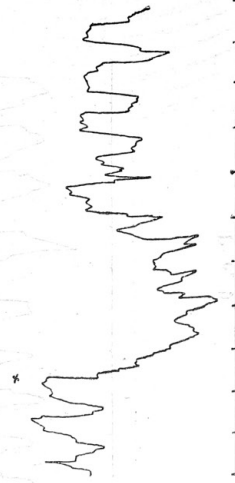


Рис. 13.

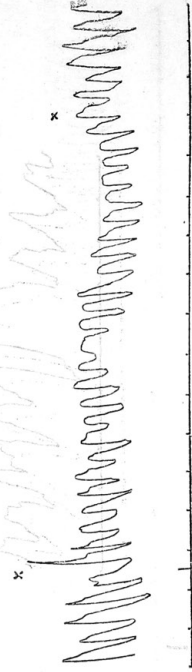
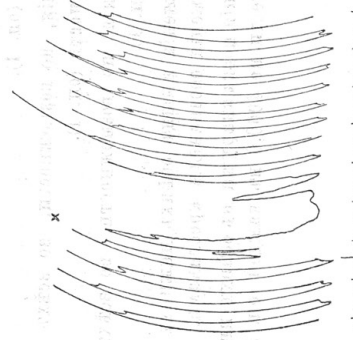


Рис. 14.



Объясненіе кривыхъ.

Кривыя взяты изъ различныхъ опытовъ; взято лишь такое количество кривыхъ, которое мы считали необходимымъ для доказательства вѣдывовъ, дѣлаемыхъ нами изъ нашей работы; какъ нормальныя кривыя, такъ и измѣненныя подъ вліяніемъ движенія, взяты изъ опытовъ надъ однимъ и тѣми же и различными лицами. Всѣ кривыя представляютъ точную копию съ оригинала, уменьшенную при помощи пантографа въ 4 раза. Подъ каждой кривой помѣщена хронограмма, позволяющая высчитать скорость движенія. Крестикомъ отмѣченъ моментъ движенія, измѣняющаго характеръ нормального движенія.

1. Нормальная кривая движенія средняго пальца (оп. 1).
2. Нормальная кривая движенія средняго пальца (оп. 5).
3. Вліяніе разгибанія пальцевъ верхней конечности (оп. 2).
4. Вліяніе сгибанія въ локтевомъ суставѣ (оп. 2).
5. Вліяніе подниманія головы (оп. 2).
6. Вліяніе опусканія головы (оп. 2).
7. Вліяніе сгибанія въ коленномъ суставѣ односторонней нижней конечности (оп. 1).
8. Вліяніе сгибанія въ коленномъ суставѣ противоположной нижней конечности (оп. 1).
9. Вліяніе одновременнаго сгибанія въ коленномъ суставѣ обѣихъ нижнихъ конечностей (оп. 1).

Критика и библиографія.

Prof. A. Pick. Замѣтка о патології акропарестезій.
Revue Neurologique 1903, p. 12.

Авторъ, являясь приверженцемъ спинальной локализаціи болѣзненнаго процесса при акропарестезіяхъ, приводитъ случай рѣзко выраженной акропарестезіи со строго ограниченной территоріей распространенія чувствительныхъ разстройствъ.

Женщина около 50 лѣтъ съ двадцатипятилѣтняго возраста регулярно почти каждую ночь бываетъ разбужена своеобразнымъ чувствомъ тупости и непріятнаго стигиванія въ плечахъ. Въ это время она испытываетъ ощущение покалыванія, идущее отъ плечъ по наружной поверхности рукъ къ двумъ послѣднимъ пальцамъ. Больная утверждаетъ, что въ пораженныхъ частяхъ чувствительность исчезаетъ, иногда утрачивается чувствительность и въ пальцахъ. Въ этомъ случаѣ они блѣднѣютъ и дѣлаются синеватыми. Приступы появляются обыкновенно ночью, когда больная спитъ на боку и рѣже, когда она спитъ на спинѣ. То же явленіе происходитъ во время послѣбѣденнаго отдыха.

Авторъ считаетъ, что область распространенія описанныхъ явлений указываетъ на локализацию болѣзненнаго процесса на уровнѣ восьмого шейнаго корешка.

Случай акропарестезій, гдѣ разстройства ограничиваются опредѣленной областью являются рѣдкими. Въ большинствѣ случаевъ локализація парестезій весьма неопредѣлена. Въ подобныхъ случаяхъ нужно принимать во вниманіе то обстоятельство, что здѣсь разстройства не являются стаціонарными,

а мѣняютъ свою локализацию, обыкновенно распространяясь отъ периферіи по направлеію къ корню конечности. Въ такомъ случаѣ въ извѣстномъ стадіи болѣзненного процесса трудно бываетъ рѣшить вопросъ о первоначальной локализации. Такіе случаи въ противоположность случаю автора, гдѣ парестезіи стаціонарны уже въ теченіе 20 лѣтъ, являются результатомъ болѣе острого процесса.

Предположенію о локализации процесса въ опредѣленномъ сегментѣ шейнаго мозга не противорѣчатъ случаи, гдѣ парестезіями захвачена вся конечность. Если по ученію Seifert'a каждая точка эпидермиса иннервируется тремя, а по Bruns'у можетъ быть и пятью, сегментами спинного мозга, то въ свою очередь поврежденіе одного сегмента можетъ проявиться чувствительными расстройствами во всѣхъ пальцахъ, а можетъ быть и всей конечности.

Такимъ образомъ локализацию болѣзненного процесса при акропарестезіи авторъ указываетъ въ спинномъ мозгѣ и по преимуществу въ нижней части шейнаго отдѣла. Существованіе вазомоторныхъ явленій, которыми сопровождаются акропарестезіи, подтверждаетъ такое предположеніе.

А. Е. Яминевскій.

F. Raymond et J. Sicard. Ставленіе спинного мозга при переломѣ позвоночника. Спазматическая параллелія. Ламинаэтомія. Выздоровленіе. *Revue Neurolog.* 1903, p. 193.

Авторы приводятъ случай перелома остистаго отростка двѣнадцатаго спинного позвонка, при которомъ въ теченіе болѣе 7 мѣсцевъ наблюдался спазматическій параличъ съ характеромъ паралича Brown-Séquard'a, сопровождавшійся клоническими явленіями, симптомомъ Babinski'аго и разстройствомъ мочевого пузыря. Всѣ эти явленія исчезли въ теченіе нѣсколькихъ часовъ послѣ хирургическаго вмѣшательства. Такимъ образомъ на основаніи продолжительности существованія спазматическаго паралича, клоническихъ явленій, разстройства тазовыхъ органовъ нельзя еще заключить о пораженіи вещества мозга. Эти явленія не присущи исключительно дегенерации пирамидальнаго пути.

А. Е. Яминевскій.

A. Férin et M. Rollin. Офтальмоплегия и артериосклерозъ. Revue Neurol. 1903, p. 256.

Авторы описываютъ случаи, гдѣ у больного, страдавшаго сифилисомъ и tabes'омъ, при жизни наблюдалась полная офтальмоплегия и атрофія п. optici на лѣвомъ глазу, не полный ptosis и параличъ верхняго отдіѣла праваго глаза. При аутопсии найдено очень рѣзкое расширение carot. sin. при ея ходѣ въ sinus cavernosus и рѣзкая дилатация arter. ophthalm. sin. Точно такіа же явленія, но выраженные въ болѣе слабой степени, наблюдались и на правой сторонѣ. Такимъ образомъ существованіе офтальмоплегии въ данномъ случаѣ tabes'a можно объяснить сосудистыми пораженіями, повлеченными за собою сдавленіе прилегающихъ нервовъ.

A. E. Янинскій.

J. Dejerine et M. Edger. Объективные разстройства чувствительности при акропарестезіи и ихъ корешковое расpred'леніе. Revue Neurol. 1904, p. 54.

Авторы, вполне присоединяясь къ взгляду Pick'a на акропарестезіи какъ на поражение извѣстныхъ сегментовъ спинного мозга, приводятъ случаи, гдѣ можно было при объективномъ изслѣдованіи констатировать опредѣленные области съ пониженіемъ чувствительности. Эти области соответствовали распредѣленію спинальныхъ корешковъ. Въ двухъ случаяхъ анестезія соответствовала распредѣленію восьмого шейнаго и перваго спинного корешка. Въ двухъ другихъ случаяхъ разстройство чувствительности было въ области 5, 6 и 7 шейныхъ корешковъ. Обыкновенно степень гипестезіи колебалась, становясь то болѣе, то менѣе выраженной; въ одномъ случаѣ интенсивность ея оставалась безъ измѣненій.

Авторы приходятъ къ заключенію, что акропарестезія представляетъ собою поражение ирритативнымъ процессомъ заднихъ корешковъ въ ихъ интермедулярной части.

Вазомоторныя явленія при акропарестезіи они объясняютъ рефлексомъ на передніе корешки. Оканчивая статью, авторы указываютъ на существованіе большой аналогіи опи-

сываемых корешковых разстройствъ чувствительности съ такими же разстройствами при спинной сухотѣ.

А. Е. Ямшевскій.

K. Abraham. Ueber Versuche mit „Veronal“ bei Erregungszuständen der Paralytiker. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 15 März 1904). Наблюденіе надъ дѣйствиемъ „веронала“ у паралитиковъ въ состояніи возбужденія.

Авторъ предпринялъ наблюденіе надъ дѣйствиемъ веронала въ Даллдорфской лечебницѣ, около Берлина, для паралитиковъ, среди которыхъ много было безпечныхъ и страдавшихъ безсонницей. До этого, въ случаяхъ безсонницы, въ лечебницѣ прибѣгали къ trionalу и лишь тогда, когда нѣкоторые больные не поддавались его вліянію (что случается со всѣмъ hypnoticum), приходилось пользоваться другими снотворными. Такъ какъ при длительномъ употребленіи trionalа его дѣйствіе ослабѣваетъ, а веусъ онъ имѣетъ горьковатый, то, естественно, всегдашнимъ стремленіемъ врачей было отыскать такое средство, которое было-бы лишено этихъ отрицательныхъ качествъ, а главное, не имѣло-бы сильныхъ токсическихъ свойствъ.

Въ виду литературныхъ указаній на вероналъ, какъ на хорошее снотворное, докторъ Abraham попытался примѣнить его у возбужденныхъ душевно-больныхъ.

При этомъ авторъ избралъ не обычный путь наблюденія надъ вліяніемъ лекарства, когда выводъ дѣлается на основаніи подсчета процентнаго числа хорошихъ результатовъ послѣ назначенія всевозможнымъ больнымъ безъ обращенія вниманія на ихъ физическое и психическое состояніе, а предпринялъ изслѣдованіе на возможно разнообразномъ матеріалѣ. Для этого онъ выбралъ физически достаточно крѣпкихъ паралитиковъ, крайне безпечныхъ, получавшихъ до этого различную успокоительную, по большей части trional. Это обстоятельство для наблюдателя представляло извѣстное удобство въ смыслѣ сравненія прежняго снотворнаго съ новымъ. Больные получали veronal всегда часть спустя послѣ ѣды въ тепломъ питьѣ (молоко, кофе); вообще, около 7 ч. вечера выда-

вался 1,0; въ случаѣ нужды давали послѣ объѣда 0,5 вегонала; дозировка мѣнялась въ зависимости отъ того или иного эффекта.

Въ общемъ оказалось, что нѣкоторые больные совершенно не подавались дѣйствию среднихъ дозъ; другіе спали хорошо первыя двѣ noci, а потомъ дѣйствіе вегонала постепенно ослабѣвало въ то время, какъ оставалась сознательность днемъ; у третьихъ больныхъ, хотя вегонал и вызывалъ хорошій сонъ, но оказывалъ очень дурное вліяніе въ томъ смыслѣ, что у нихъ появлялись головныя боли, сильное разстройство рѣчи, котораго не было до примѣненія вегонала, слабость, атаксія, сопорозное состояніе. Несомнѣнно, что такіе результаты примѣненія вегонала явились настолько неутѣшительными, что авторъ послѣдшилъ ограничиться небольшимъ числомъ наблюдений, послѣ чего совсѣмъ отказался отъ назначенія этого новаго снотворнаго.

Конечно, послѣ сравненія вліянія вегонала и trionala, авторъ увидѣлъ за послѣднимъ снотворнымъ больше положительныхъ данныхъ, но при тѣхъ недостаткахъ, которыми страдаетъ и это средство (привычка, горьковатый вкусъ и проч.), онъ высказалъ пожеланіе отыскать снотворное, которое отличалось-бы способностью легко усваиваться организмомъ, не имѣло дурного вкуса и запаха, могло-бы быть введено подѣ кожу и было дешево. Въ виду-же того, что вегонал никакими изъ этихъ преимуществъ передъ имѣющимися снотворными не обладаетъ, напротивъ, даже вызываетъ опасныя симптомы, д-ръ Abraham и не видитъ нужды для введенія его во врачебную практику.

В. Бодуверевъ.

Prof. W. Bechterew. Heilgymnastische Behandlung im Bade. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 15 März 1904). Лечение врачебной гимнастикой въ ваннахъ. (Обозрѣніе психіатрии, неврологіи и экспериментальной психологіи. Сентябрь 1903 г.).

Академикъ Бехтеревъ отмѣчаетъ, что тамъ, гдѣ при параличѣ примѣненіе активной гимнастики невозможно вследствие ослабленія волевыхъ импульсовъ, не могущихъ приво-

дить въ движеніе пораженные члены, оказывается возможнымъ примѣненіе ся въ водѣ, при чемъ органы, до того оставшіеся безъ активныхъ движеній, обнаруживаютъ къ нимъ способность, а имѣвшіе ограниченную подвижность, — обнаруживаютъ ее въ болѣе степені. При существованіи спастическихъ параличей и контрактуръ примѣненіе гимнастики въ ваннахъ оказываетъ также существенную пользу. Руководствуясь этимъ, авторъ уже давно съ успѣхомъ примѣняетъ для полобнаго рода больныхъ активно-пассивную гимнастику въ ваннахъ съ температурой въ 28°.

В. Болдыревъ.

Prof. Devic et Louis Gallavardin. Sur un cas remarquable de contraction post-hémiplégique. (Revue neurologique 1903).

Авторъ приводитъ слѣдующія клиническія наблюденія: Лѣвая гемиплегія развилась въ 8—10 часовъ безъ потери сознания. Субъектъ 65 лѣтъ во время работы почувствовалъ онѣмѣніе въ лѣвой рукѣ безъ боли и безъ потери сознания. Лѣвая нога оказалась почти совершенно парализованной. Ночью — страшныя боли въ ногѣ, сама конечность въ стигательной контрактурѣ, лѣвая рука въ состояніи влагопаралича. Фаланги пальцевъ лишь слегка можно сгибать и разгибать. Бедро согнуто въ колѣнѣ. *M. sartorius* и *adductor* сильно сокращены и такъ напряжены, что ихъ можно видѣть сквозь кожу. Раздраженіе ея производитъ болѣзненные судороги. Когда нѣтъ судорогъ, нога отклоняется наружу, а во время судорогъ въ томъ же сведенномъ состояніи — внутрь, вправо. Больной находился въ клиникѣ семь мѣсяцевъ. *Exitus*. Вскрытіе показало очень ограниченное размягченіе внутренней капсулы между *nucleis caudatis* и *globus pallidus*. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило перерожденіе пирамидальныхъ пучковъ на уровнѣ продолговатаго, спинного и поясничнаго мозга, которое представляетъ классической примѣръ перерожденія.

Стигательная контрактура можетъ встрѣчаться при склерозѣ *en plaques* и при другихъ страданіяхъ. Что касается интенсивности контрактуръ верхней и нижней конечности —

то она не у всѣхъ гемиплегиковъ одинакова, но такое различіе, которое представляеть случай, приводимый Devisomъ и Gallavardin'омъ—исключительно.

Авторы крайне поражены быстротой появленія этой контрактуры, которая достигла высшей степени своего развитія еще до истеченія 24 часовъ отъ начала болѣзни и продолжалась до самой смерти больного. Отличается она отъ контрактуры, сопровождающихъ апоплектическій ударъ тѣмъ, что не сопровождалась потерей сознанія, ограничилась нижней конечностью, быстрымъ развитіемъ и небольшою величиной фокуса. Перерожденія, найденныя на протяженіи пирамидальнаго пути въ разныхъ частяхъ мозга, мало отличаются отъ тѣхъ, которые находятъ при обычныхъ гемиплегіяхъ. Причина этой рѣдкой контрактуры, по мнѣнію авторовъ, заключается въ размягченіи внутренней капсулы, которое сильно повліяло на волокна верхней конечности и слегка лишь раздражило волокна нижней, поэтому верхняя конечность оказалась въ состояніи вялаго паралича, а нижняя въ сильной сгибаельной контрактурѣ. Но противъ этого говорить: появленіе контрактуры не въ началѣ болѣзни, а позже, существованіе ея во все время болѣзни, а слѣдовательно и продолжавшееся раздраженіе мозга и наконецъ то, что весь пирамидальный путь одинаково перерожденъ, тогда какъ волокна верхней и нижней конечности поражены въ столь различной степени. Кромѣ того, пораженіе внутренней капсулы не такъ рѣдко, а приведенное наблюденіе пока исключительно.

Авторы однако воздерживаются отъ окончательнаго заключенія, а представляютъ лишь слѣдующія положенія: что, послѣ появленія гемиплегіи, кромѣ обычныхъ конвульсій, можетъ очень быстро наступить контрактура одной конечности, тогда какъ другая остается лишь слабой (такъ и было въ приводимомъ случаѣ); что контрактура эта состояла въ спазмѣ и причинной страданія было очень ограниченное пораженіе внутренней капсулы и классическое перероженіе пирамидальнаго пути.

C. Kasan.

Haskovec. Pression intraartériale dans la névrose traumatique. (Revue neurologique. 1903).

Авторъ имѣетъ въ виду доказать неточность наблюдений и выводомъ проф. Strauss'a въ его работѣ о внутри артеріальномъ давленіи.

Хотя и опущается недостаткомъ объективных признаковъ травматическаго невроза, но всегакі извѣстны нѣкоторые симптомы, какъ-то: Манкопфа, Румпфа, зрачковый и др. Strauss изслѣдовалъ давленіе крови при травматическихъ неврозахъ при помощи тонометра Гертнера и нашелъ, что нормальное давленіе крови у человѣка равно 90—100 мм., при чемъ 90 бываетъ чаще, чѣмъ 100. Онъ изслѣдовалъ 9 больныхъ, измѣряя давленіе крови у нихъ и нашелъ, что 7 разъ оно было равно 100—110 мм., 7 разъ 110—120 мм., 7 разъ 120—140 мм., 1 разъ больше 130 мм. и 3 раза—95 мм. Въ началѣ же болѣзни давленіе крови было выше.

Strauss думаетъ, что повышеніе давленія крови указываетъ на существованіе травматическаго невроза и что можно его диагностировать, повышая давленіе по способу Манкопфа, даже въ сомнительныхъ случаяхъ. Ему удавалось повышать давленіе крови на 15—30 мм. даже у здоровыхъ людей. Но хотя онъ и считаетъ повышеніе давленія объективнымъ симптомомъ травматическаго невроза, но не придаетъ ему особеннаго значенія въ виду того, что такія причины, какъ напримѣръ: поднятіе на лѣстницу, кашель, этеризація, давленіе на животъ—могутъ произвести повышеніе давленія.

Haskovec приводитъ свои наблюденія, изъ которыхъ видно, что послѣ травмы давленіе крови уменьшается, а не возрастаетъ. Въ одномъ изъ приводимыхъ имъ случаевъ давленіе крови оставалось на одной высотѣ, какъ во время болѣзни, такъ и въ періодѣ выздоровленія. Въ другомъ случаѣ давленіе послѣ травмы сильно увеличилось, а во время леченія слѣдалось нормальнымъ.

Авторъ полагаетъ, что норма давленія крови, которую установилъ Strauss, слишкомъ низка, да и при этой нормѣ давленіе въ 100—110 и 110—120 мм. не доказываетъ, по его мнѣнію, повышенія давленія. Только 130 мм. и выше можно считать повышеннымъ давленіемъ. Кромѣ того, повышенное давленіе не доказываетъ еще существованія невроза. Авторъ въ 3-хъ случаяхъ изъ 14 нашелъ высоту давленія крови въ 125—130 мм. Въ двухъ случаяхъ при порокѣ

сердца оно не было повышено. Что же касается діагноспирования невроза по способу Манкофа, то, по мнѣнію автора, оно можетъ имѣть значеніе лишь тогда, если мы знаемъ всюду давленія крови до и послѣ заботлѣванія. Мнѣніе свое авторъ основываетъ на томъ, что огорченіе и вообще психическое возбужденіе могутъ вызвать повышеніе давленія крови, какъ это бываетъ съ болѣзнями травматическимъ неврозомъ во время судебного разбирательства. Но тѣмъ не менѣе онъ не считаетъ повышеніе давленія объективнымъ симптомомъ, потому что можетъ существовать травматическій неврозъ безъ повышенія давленія крови, и нѣтъ основанія такіе случаи считать сомнительными.

Такимъ образомъ Насковес, не отрицая интереса, который представляетъ измѣненіе давленія крови при травматическомъ неврозѣ, какъ и всякій другой симптомъ, считаетъ его до извѣстной степени важнымъ лишь тогда, если оно намъ извѣстно до травмызма и мы можемъ его прослѣдить далѣе.

С. Кананг.

Хроника и смѣсь.

— Старшій врачъ Одесской психиатрической больницы, докторъ медицины Б. И. Воротыньскій избранъ медицинскимъ факультетомъ въ Одессѣ приватъ-доцентомъ по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

— 25 апрѣля ассистентъ при кафедрѣ психіатріи Императорскаго Казанскаго Университета В. Н. Образцовъ защитилъ представленную имъ на степень доктора медицины диссертацию на тему: „Письмо душевно-больныхъ“. Интересная тема привлекла въ актовъ залѣ Университета огромное количество публики.

— На засѣданіи русскаго Общества нормальной и психической психологіи, 13 апрѣля, академикъ В. М. Бехтеревъ внесъ предложение учредить въ С.-Петербургѣ психо-неврологическій институтъ. Докладчикъ представилъ на обсужденіе схему подобнаго института, цѣль котораго — объединить трудную и отвѣтственную дѣятельность врача, юриста, педагога; дать возможность каждому изъ нихъ, практически и лабораторнымъ путемъ изучить тѣ научныя, теоретическія доктрины, съ которыми неизбѣжно приходится сталкиваться каждому, интересующемуся душевнымъ міромъ человека. Докладчикъ находитъ возможнымъ допустить къ слушанію лекцій не только лицъ съ высшимъ образованіемъ, но и съ среднимъ, такъ какъ желательно, чтобы этотъ институтъ способствовалъ также и популяризаціи знаний по отбѣламъ, имѣющимъ широкое общественное значеніе (вопросы алкоголизма, преступности, вырожденія и т. д.). Собраніе въ принципѣ согласилось съ тѣмъ, что весьма желательно осуществить поскорѣе эту идею.

— Въ состоявшемся 24 апрѣля засѣданіи конференціи Военно-Медицинской Академіи, докторъ медицины П. А. Останковъ читалъ первую пробную лекцію на приваг-доцента по душевнымъ и нервнымъ болѣзнямъ съ клинкою.

— „Новое Время“ сообщаетъ, что на дняхъ послѣдовало разрѣшеніе на постановку въ клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи бюста покойнаго проф. И. М. Балинскаго.

5-го апрѣля въ Москвѣ защищалъ диссертацию П. Б. Ганнушкинъ на тему: „Острая паранойя“ (paranoia acuta); клиническая сторона вопроса.

— Деканомъ медицинскаго факультета Юрьевскаго Университета назначенъ проф. В. Ф. Чижъ.

— Московская городская управа пригласила на должность главнаго врача Преображенской психиатрической больницы психиатра д-ра Н. Н. Баженова.

— Физико-медицинское Общество въ Саратовѣ поручило особой комиссіи разработать вопросъ о борьбѣ съ алкоголизмомъ и, рассмотрѣвъ докладъ этой комиссіи, пришло къ заключенію, что лучшее средство въ дѣлѣ лѣченія развившагося алкоголизма есть гипнотическое внушеніе, каковое можно примѣнять и на амбулаторныхъ больныхъ; помѣщеніе же алкоголиковъ въ психиатрическія больницы Общество признало безусловно нежелательнымъ. (Саратовскій Дневникъ, 20 февраля).

— Общество Смоленскихъ врачей пришло къ заключенію, что Геденовская губернская больница не отвѣчаетъ требованіямъ нормальной организаціи психиатрическихъ больницъ, что больные изнуряются непосильными работами, что питаютъ ихъ плохо, что больница вообще находится въ антисанитарномъ состояніи. Отсутствие коллегіальнаго начала создало ту почву, на которой развились абсолютизмъ старшаго врача Башкова, претягивающей врачамъ-ординаторамъ правильно исполнять свои обязанности и вызвавшей уходъ 13 ординаторовъ въ теченіе 5 лѣтъ. Дѣло разслѣдованія порядковъ этой больницы по требованію губернскаго собранія было передано особой комиссіи. Въ городѣ ждали, что комиссія отнесется серьезно и сочувственно къ данному вопросу, но она нашла,

что, независимо отъ той или иной формы будущей организации, вся ответственность за ходъ дѣла должна полностью быть на губернской земской управѣ. Губернское собраніе безъ преній приняло это заключеніе комиссіи. Но эти успокоительныя заключенія опровергаются фактомъ недавняго ухода изъ Гелеоновской больницы всѣхъ 4-хъ ординаторовъ, ратовавшихъ за ея упорядоченіе. Уходятъ ихъ възвалъ горячее сочувствіе во всемъ Смоленскѣ, такъ какъ всѣ отлично понимаютъ, что полезнымъ работникамъ нельзя оставаться въ больницѣ при ея теперешнемъ режимѣ. (Русское Слово, 20 марта).

Въ Курскѣ за послѣдніе годы среди учениковъ народныхъ школъ сильно развивается пьянство. Пьянство среди дѣтей является не единичнымъ, а массовымъ. Характеренъ отвѣтъ ученика на вопросъ учителя: „не стыдно тебѣ водку пить?“ — „чего же стыдно? у насъ и тятка, и мамка, и дѣдка такъ пьютъ, что къ вечеру валяются, а я такъ напиваюсь на Великій день, да на свои именины; а больше на ногахъ держусь“. (Новости, 15-марта).

— Изъ Херсона сообщаютъ „Одесскимъ Новостямъ“. На жалобу губернской земской управы, что приказы общественного призрѣнія въ неземскихъ губерніяхъ систематически отказываютъ въ переводѣ психическихъ больныхъ своихъ губерній, находившихся на излеченіи въ Херсонской земской психиатрической лечебницѣ, и безъ того обремененной больными, послѣдовалъ изъ министерства внутреннихъ дѣлъ отвѣтъ, что по дѣйствующему законодательству обязанность приказа общественного призрѣнія по леченію умалишенныхъ ограничивается установленными для нихъ штатами.

Министерство подаетъ однако надежду, что предстоящее въ недалекомъ будущемъ введеніе въ неземскихъ губерніяхъ земско-хозяйственной реформы существенно измѣнить условія призрѣнія умалишенныхъ.

— „Сибирскій Вѣстникъ“ такъ рисуетъ положеніе душевно-больныхъ въ Приморской области: „Въ Приморской области умалишенныхъ насчитывается 840 чел., а леченіемъ изъ нихъ пользуются только 6—7. Остальные находятся „въ народѣ“. Причинная окружающимъ горе, страданія и матеріальные убытки, эти душевно-больные обыкновенно содержатся прямо ужасно. Ихъ сажаютъ иногда на цѣпь, не заботятся о питаніи, по необходимости не

даютъ никакого ухода. Во всей Восточной Сибири нѣтъ ни одного приюта для душевно-больныхъ и развѣ только тяжкое преступленіе, совершенное въ припадкѣ безумія, приводитъ кого-нибудь изъ этихъ больныхъ въ тюрьму и рѣдко—въ одну изъ городскихъ больницъ. Въ 1895—96 гг. граждане Владивостока собрали 6300 р. въ основаніе фонда для учрежденія больницы умалишенныхъ, но удовлетворить эту нужду такой небольшой суммой, конечно не представлялось возможнымъ“.

— Министерство юстиціи по ходатайству Русскаго Общества охраненія народнаго здравія вводитъ точную регистрацію преступленій, совершенныхъ подъ влияніемъ алкоголя въ состояніи опьяненія.

— „Новости“ передаютъ, что близъ Штакель строится лечебница для душевно-больныхъ. Землю даетъ Лифляндское дворянство.

— Норвежское правительство строить, по „Medical Nems“, здравницу въ Лапландіи, за полярнымъ кругомъ, на берегу озера Torne. Кругомъ на 120 миль нѣтъ ни одного жилья. Предназначается здравница для слабонервныхъ.

— London'скій корреспондентъ „Medical Nems“ передаетъ о страшномъ развитіи въ столицѣ Англии пьянства среди женщинъ; изъ 90 арестованныхъ въ послѣднее время за привычное пьянство будто-бы 89 (!) были женщины.

— На освободившую за смертію Jolly катедру психіатріи въ Berlin'ѣ приглашенъ проф. Ziehen изъ Halle (Deutsche medizinische Vochenschrift, 11 февраля).

— Съ 7 декабря въ Ананьевѣ открылась эпидемія бѣшенства, которая до сихъ поръ продолжается. За это время отправлено на Pasteur'овскую станцію 32 человѣка. Уѣздное земское собраніе постановило принять слѣдующія мѣры для борьбы съ эпидеміей: организовать 4 отряда для истребленія собакъ и усилить на 2 мѣсяца штатъ полиціи 4 родовыми.

— Д-ръ Э. В. Любекъ учреждаетъ въ Руовеси земледѣльческую колонію для душевно-больныхъ по образцу су-

шествующихъ во Франціи, Германіи и Бельгіи. Учрежденіе будетъ помѣщаться въ приходѣ Фильпула, въ 10 километрахъ разстоянія отъ желѣзнодорожной станціи Фильпула.

— Д-ръ von-Маугъ сдѣлалъ наблюденіе, что наибольшее количество самоубійствъ приходится на весну, когда особенно разгорается дѣятельность человѣка. Это наблюденіе подтверждается также статистическими данными брюссельскаго д-ра Dens, который замѣчаетъ, что въ продолженіи первыхъ шести мѣсяцевъ года случаи самоубійствъ гораздо болѣе часты нежели въ послѣдніе шесть.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХИАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія О-ва 29 февраля 1904 года.

Предсѣдательствовали проф. П. И. Ковалевскій, при секретарѣ В. Н. Образцовѣ. Присутствовали: товарищъ-предсѣдателя проф. Н. А. Миславскій, члены: Скуридинъ, Левчаткинъ, Сороковиковъ, Сколозубовъ, Павленко, Первушинъ, Зайцевъ, Топорковъ, посторонніе врачи и человѣкъ 30—40 публики.

1. Д-ръ А. А. Цареградскій. „Психическая гемиплегія у параноиковъ“.

Докладъ вызвалъ оживленный обмѣнъ мыслей между проф. Н. А. Миславскимъ, проф. П. И. Ковалевскимъ, д-рами: Левчаткинымъ, Павленко, Скуридинымъ, Первушинымъ и Цареградскимъ, при чемъ обсуждался вопросъ, — не имѣетъ ли представленная гемиплегія и органической основы; большинство принявшихъ участіе въ преніяхъ высказались, что двигательныя разстройства нужно поставить въ зависимость отъ психическихъ причинъ; клиническая же картина, по мнѣнію д-ра Первушина, говоритъ за самостоятельность гемипазма, но не гемипареза.

2. Д-ръ Г. В. Сорочковъ. „Діонинъ въ психиатрической практикѣ“.

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе д-ра Топорковъ, Зайцевъ, Скурилинъ, Левчаткинъ и проф. Ковалевскій, которыми было отмѣчено, что малое количество наблюдений не даетъ еще полного права высказаться за безусловную пользу діонина въ психіатріи.

Въ административной части засѣданія были избраны въ дѣйствительные члены: проф. А. Ф. Самойловъ, д-ра А. М. Зайцевъ и А. Н. Ивановъ.

Сдѣлано постановленіе выдать служителю Общества и Редакціи Файзулину въ качествѣ единовременнаго пособия 25 руб. изъ суммъ Общества, принимаемая во вниманіе его юлѣтнюю службу

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

Прив.-доц. А. Jansen. Воспаленія среднего уха и ихъ леченіе. 1904 г.

Г. А. Дѣловъ. Случай злоупотребленія алкоголемъ во время заболѣванія острымъ психозомъ. 1904 г.

Г. А. Дѣловъ. Беременность при прогрессивномъ параличѣ. 1904 г.

Проф. А. Binsanger. Общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. (Dementia paralytica 1904 г.).

В. Н. Образцовъ. Къ казуистикѣ патологическихъ состояній сна. 1904 г.

В. Н. Образцовъ. Письмо душевно-больныхъ. Казань. 1904 г.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

1904 годъ

Двѣнадцатый годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. Н. А. МИСЛАВСКАГО (Казань), проф. В. М. БЕХТЕРЕВА (Петербургъ) и проф. Н. М. ПОПОВА (Одесса).

Въ 1904 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходитъ по прежнему періодически чотырѣ 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.

Редакторъ Н. А. Миславскій.

Открывается подписка на ежемѣсячный журналъ

IX Г. СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА 1904 Г.

и еженедѣльную газету

VII Г. ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ 1904 Г.

(бывшій «Терапевтический Вѣстникъ»,

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АОНАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предыдущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенія, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиенѣ, столь необходимымъ въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Напечатаны слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

Д-ръ А. А. Щепинскій. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstein'a и Netolitzk'аго (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.

2) Проф. М. И. Аонасьевъ—д-ръ П. Б. Вахъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапія. Съ рис.

3) Оникъ-же. Малярія, ея происхожденіе, сипитоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.

4) Проф. А. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.

5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebreich (Берлинъ), C. Gerhardt (Берлинъ), A. Martin (Грейфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.

6) Док. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ приложеніемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ W. Bußbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winteritz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dujont (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

10) Д-ръ М. Joserph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисункомъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fougner (Парижъ). Руководство по патологii и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Док. L. Deutsch (Будапешть) и д-ръ С. Feistmantel (Будапешть). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ. Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. I. Knarr (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

VII г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

(бывшій «Терапевтический Вѣстникъ»).

еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтический Вѣстникъ» пользовался за истекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двухнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ».—Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла, «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей точчасъ же освѣщать читателю все, что появляется новаго въ области медико-хирургической науки, особенно-же въ области этиологii, діагностики и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ диететики и дiототерапiи.—Осчитая предупреденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной.—Въ то-же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй рускаго врача, въ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности,—истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ питимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, нерѣдко плохо усвоеннымъ шабонамъ.—Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и отвѣты» редакция съ готовностью будетъ давать сильныя отвѣты на всѣ обращенные къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателями и газетою.—Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программъ, редакция надѣется внести посильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

дѣтелей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и сбалансированнаго самознанія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ медицины.—2. Новые способы распознаванія болѣзней.—3. Новые данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новые врачебныя средства.—5. Новые способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеймотерапіи, механотерапіи, съѣдоленію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радиотерапіи.—9. Рефераты по всѣмъ медицинургическимъ специальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностранныхъ мед. обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библиографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецензіи формулъ.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы и отвѣты.

Подписная цѣна на «Современ. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р., причѣмъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р. въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Несмотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣстникомъ» объемъ,—«Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженеѣдно въ размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р., безъ дост.—4 р. 50 к., причѣмъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ и остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачебн. Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, вмѣсто 15 р. только 13 р. съ доставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, причѣмъ могутъ пользоваться разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб.) въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачебн. Вѣстн.» 6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за 1896—97 и 1899—1903 гг. можно получить по 10 руб. безъ пер.; таковыя же экземпляры «Терап. Вѣстн.» за 1898—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со всѣхъ изданий редакціи. похощенныхъ въ каталогъ ея, который можно по-лучать безплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Литейный проспектъ, № 33.

Открыта подписка

на новый журнал (без предварительной цензуры).

«Научный Архивъ Виленской Окружной Лечебницы».

подъ редакціей директора Лечебницы доктора медицины Н. В. КРАЙНСКАГО при участіи и сотрудничествѣ всѣхъ ординаторовъ Лечебницы.

Архивъ ставить своей задачей научную разработку текущихъ психическихъ вопросовъ, главнымъ образомъ, на основаніи матеріала Виленской Окружной Лечебницы, являющейся въ настоящее время самымъ крупнымъ психиатрическимъ учрежденіемъ въ Россіи, а также своевременное опубликованіе наблюдѣ интереснѣхъ клиническихъ и судебно-психиатрическихъ случаевъ и изученіе вопросовъ организаціи призывна душевно-больныхъ въ Россіи и за границей.

Редакция охотно представляетъ страницы Архива товарищамъ, трудящимся въ разныхъ углахъ нашего обширнаго отечества на общей нивѣ научной и практической психіатріи.

Научный Архивъ будетъ выходить періодически выпусками отъ 4 до 6 разъ въ годъ въ объемѣ до 10 печатныхъ листовъ въ каждомъ—по слѣдующей программѣ:

1. Оригинальныя статьи и обзоры научныхъ работъ.
2. Рефераты.
3. Протоколы о научныхъ собраніяхъ врачей лечебницы.
4. Отчеты и статистика лечебницы.
5. Хроника.

Статьи въ заказныхъ бандероляхъ адресуются на имя редактора журнала. Редакція представляетъ себѣ право, въ случаѣ надобности, исправлять и сокращать статьи. О всякой присланной въ редакцію книгѣ будетъ сдѣлано безплатное объявленіе въ слѣдующемъ номерѣ, а также будетъ данъ отзывъ по усмотрѣнію редакціи.

Подписная плата на годъ съ пересылкой 5 руб. за границу 7 рублей. Полугодовая подписка не принимается. Отдѣльныя книжки не продаются. Плата за объявленія по условію.—Подписка принимается въ конторѣ редакціи (Ново-Вилейскъ С. П. В. ж. д.) и во всѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. Книгопродавцамъ 40 коп. скидки (пересылка денегъ за ихъ счетъ).

Редакторъ Н. Краинскій.

Секретари: } Е. Кленеваль
 } И. Рейхеръ.

Издание К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 74.

Открыта подписка на 1904 годъ

(Девятый годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГІИ

И

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ.

Ежемесячный журналъ, посвященный неврологіи, невропатологіи, психіатріи, электротерапіи, хирургіи нервной системы, гипнотизму, психологіи и уголовной антропологіи.

Подъ редакціей В. М. БЕХТЕРЕВА, директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Цѣль изданія дать возможно полное отраженіе современнаго состоянія невропатологіи, неврологіи, психіатріи, экспериментальной психологіи, гипнотизма и уголовной антропологіи, имѣя въ виду своевременное ознакомленіе его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, будетъ отведено въ «Обозрѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

I. Оригинальныя статьи по невропатологіи, неврологіи, психіатріи, психологіи, гипнотизму, криминальной антропологіи и по вопросамъ, связаннымъ съ ними. II. Обзоръ и рефераты по указаннымъ предметамъ. III. Отчеты, письма и корреспонденціи. IV. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библіографіи. V. Хроника, новости и смѣсь. VI. Биографіи и некрологи. VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская егорона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редакція открыта по вторникамъ и пятницамъ, съ 11—12 ч. дня. Письма, касающіяся благоустройства неврологическихъ и психіатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроникъ покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра П. А.

Останкова (Спб. Выб. ст., Клиника душевныхъ болѣзней). Статьи, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ безплатно. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатана заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ лѣтъ, приемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, Невскій 14, и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп.; на 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обозрѣнія» за 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 и 1903 года можно приобрести у издателя по 9 рублей въ годъ.

Редакторъ Акад. В. М. Бехтеревъ.

Секретарь д-ръ Н. А. Останковъ

тельности при акропарестезіи и ихъ корешковое распределение. *Revue Neurol.* 1904, p. 54. 265. — К. Abraham. Ueber Versuche mit «Veronal» bei Erregungszuständen der Paralytiker. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15 März 1904). Наблюденіе надъ дѣйствіемъ «веронала» у паралитиковъ въ состояніи возбужденія. 266. — Prof. W. Beckerew. Heilgymnastische Behandlung im Bade. (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 15 März 1904). Лечение вращебной гимнастикой въ ваннахъ. (Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. Сентябрь 1903 г.). 267. — Prof. Davic et Louis Gallavardin. Sur un cas remarquable de contracture post-hémiplégique. (*Revue neurologique* 1904). 268. — Haskovec. Pression intraartériale dans la néurose traumatique. (*Revue neurologique*. 1903). 270.

Хроника и смѣсь 272.

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. 276.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и бібліотеку общества 277.

Объявленія 278.

УДЪЛЪ

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель П. И. Ковалевскій.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. Н. А. Мяславскаго, проф. В. М. Бектерева и проф.
Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ периодически четыремѣ
книжками въ общій объемъ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками
въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдельныя книжки по
2 руб.* Журналъ посвящается невропатологии и психіатріи съ судебно-психіа-
трической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ раз-
стройствъ, анатоміи, гистологии и эмбріологии нервной системы, нервной фи-
зіологии и психологии.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ
отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ
такой же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, извѣстия О-ва невропатологовъ
и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ
невро-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магази-
нахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльных вы-
пусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ
немъ объявленій слѣдуетъ обращаться *въ редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ»
просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Мяславскаго (Казань),
проф. В. М. Бектерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ
болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Одесса). Авторы, начинающіе свою
статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіа-
тровъ, слагаютъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя
предсѣдателя общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ
напечатанія, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время
напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится со-
образно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, при-
сылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія осо-
быхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по
напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ безплатно.

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, 1901,
1902 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донековъ.