



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. **3.** 42

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Г. В. Сороковиковъ. Объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка.

Н. М. Поповъ. Paralysis spinalis spastica.

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

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

И. Быстренинъ. О сосудоуспокояющихъ волокахъ спинальнаго нерва.

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

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

Объявленія.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1904.

6

200699

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

Г. В. Сороковиковъ. Объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ	1.
В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка	129.
Г. Дѣдовъ. Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ)	240.
Н. М. Поповъ. Paralysis spinalis spastica	207.
А. Соболевскій. Терапевтическое значеніе кровопусканий при страданіяхъ нервной системы	246.
И. Быстрейнъ. О сосудорасширяющихъ волокнахъ сѣдалищнаго нерва	284.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи.

П. Б. Ганнушинъ. Острая параноя (paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса.—Дисс., Москва, 1904. 289.—Dr. Rud. Köster. Die Schrift bei Geisteskrankheiten. Ein Atlas mit. 81. Handschriftproben.—Leipzig, 1903. 291.—Bonnier. La perception de trépidation. (Revue Neurol 1904 г.). 291.—Paralyse du moteur oculaire commun chez un tabé-

число и день, сколько времени онъ ѣхалъ и т. д. Говорить, что его „какой то человекъ облилъ карболкой“, „руки и ноги отнимаются“, „тѣла у него нѣтъ“. Рѣчь затруднена, языкъ заплетается, выговоръ словъ не ясенъ. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, подорваннаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны, анэмичны. Подкожный жиръ развитъ слабо. На кожѣ спины, ягодицъ, рукъ и ногъ разсѣяны фурункулы и вскрывшіеся и вновь появляющіеся. На большомъ пальцѣ правой ноги *paranitium*. Зрачки неравнобѣрные: правый шире лѣваго. Лицо ассиметрично: правая носогубная складка сглажена, мимическія движенія въ правой половинѣ лица слабо выражены. Языкъ при высовываніи дрожить, въ сторону не уклоняется. Въ рукахъ сильно выражень треморъ. Движенія правой руки атактичны. Походка не увѣренная. При ходьбѣ, больной правую ногу волочить. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду, но нѣсколько понижена. Пателлярные рефлексы выражены неравнобѣрно: на правой ногѣ рефлексъ сильнѣе, чѣмъ на лѣвой. Со стороны легкихъ и сердца уклоненій отъ нормы не обнаружено. Со стороны мочевого пузыря небольшое недержание. Моча выдѣляется часто небольшими порціями или по каплямъ. Температура подъ мышкой 37° , пульсъ 72 въ 1'.

Въ отдѣленіи больной временами лежитъ или сидитъ на постели, плаксивъ, угрюмъ, повторяетъ часто одно и тоже: „трудно мнѣ.... убить меня нужно.... дурно жилъ прежде.... или показывая языкъ, говорить, что у него „известъ во рту“, или, что „тѣла нѣтъ“, „карболкой облили“. Въ это время у больного замѣтно усиленное скопленіе во рту слюны, больной то и дѣло плюетъ. Временами же не лежитъ на мѣстѣ, ходитъ взадъ, впередъ по отдѣленію, посмѣиваясь, повторяетъ одно и тоже: „крестовъ много наставилъ.... Богъ наказалъ.... дурно жилъ“, или же проситъ у всѣхъ прощенія, становясь на колѣни, иногда же запоетъ молитвы, но тутъ же начинаетъ себя ругать и плакать. Отправленія кишечника часто задержаны, моча постоянно выдѣляется. Спитъ и ѣстъ порядочно.

Такое психическое состояніе больного продолжалось: конецъ августа, сентябрь, октябрь, ноябрь и декабрь. Кожа постепенно отъ фурункуловъ, благодаря ваннамъ и чистому содержанію, очистилась. Въ ноябрѣ было проведено антисифилитическое леченіе, впрыскиваніями ртути, но никакихъ измѣненій со стороны психическаго и физическаго состоянія больного не произошло.

Такое физическое и психическое состояніе больного было и въ январѣ 1903 г., когда было приступлено къ измѣренію температуры. Со стороны внутреннихъ органовъ патологическихъ измѣненій не наблюдается. Моча также выдѣляется по каплямъ, при изслѣдованіи: прозрачна, желтаго цвѣта, кислой реакціи, бѣлка и сахару не содержитъ, удѣльный вѣсъ: 1,024—1,025. Въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ не обнаружено.

23 января—15 февраля. Больной больше лежитъ, только изрѣдка встаетъ и прохаживается по отдѣленію. Высказываетъ также, то идеи о грѣховности, то ипохондрическаго характера, плаксиво заявляетъ: „грѣшенъ.... крестовъ много поставилъ“, то ругаетъ себя, посмѣивается повторяя, „зачѣмъ, много крестовъ ставилъ.... вотъ теперь терпи“.... На предлагаемые вопросы мало обращаетъ вниманія и говоритъ свое. Въ концѣ января у больного замѣтно было усиленное слюноотеченіе: больной все время скоплялъ ее во рту и заплывавалъ себѣ подбородокъ и бѣлье. 3 и 4 февраля, больной нѣсколько безпокоенъ, не лежитъ на мѣстѣ, растираетъ себѣ правую руку и правую ногу. На кожѣ правой руки и ноги то появляется, то исчезаетъ сыпь, въ видѣ крапивницы. Хватается за голову, морщится, скрежещетъ зубами. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи не обнаружено никакихъ патологическихъ уклоненій со стороны внутреннихъ органовъ. Нѣсколько разъ была изслѣдована капля крови на малярийныхъ плазмодіяхъ, но присутствія ихъ не было констатировано. Съ 5 февраля на правой рукѣ и ногѣ явленія крапивницы исчезли, кожа на нихъ приняла нѣсколько синевато-красный оттѣнокъ. Эти явленія къ 9 февраля постепенно выровнялись, больной все время, то посмѣиваясь говорилъ самъ съ собой, повторяя одно и тоже: „зачѣмъ много крестовъ ставилъ, негодяй“ или просилъ прощенія: „простите меня грѣшнаго, я не хорошо жилъ“. Эта смѣна въ настроеніи была частая и постоянная, въ одинъ день можно было услышать отъ больного все вмѣстѣ. Со стороны кишечника частая задержка. Недержаніе мочи, то усиливается, то исчезаетъ. Съ 10 февраля и до 8 апрѣля, конца измѣренія температуры у больного отмѣчалось тоже психическое состояніе, съ постоянными смѣнами настроенія, то плаксивъ, угрюмъ, то вскорѣ же опять начинаетъ расхаживать по отдѣленію и громко разговаривать самъ съ собой, бессмысленно, безсвязно, повторяя однѣ и тѣже бредовыя идеи. Сознаніе мѣста и вре-

мени также не ясно. Память и соображеніе въ значительномъ упадкѣ. Рѣчь разстроена по прежнему. Съ физической стороны никакихъ осложненій не наблюдалось. Недержаніе мочи было, то болѣе выражено, то совсѣмъ не замѣтно. Отправленія кишечника почти постоянно были задержаны, такъ что приходилось часто прибѣгать къ клизмѣ. Моча, взятая нѣсколько разъ, въ качественномъ отношеніи никакихъ измѣненій не представляла.

Измѣренія температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками, было произведено съ 23 января по 8 апрѣля 1903 г., периферической, съ 23 января по 28 февраля.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XIII, крив. № 1) большею частію держится между $36,8^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,6^{\circ}$, дѣлая незначительныя суточные колебанія въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ или совсѣмъ безъ разницы между утренней и вечерней температурами. И только съ 30 января по 2 февраля температура опускается еще ниже до $36,5^{\circ}$, а затѣмъ постепенно повышается и 4 февраля вечеромъ, сразу поднимается до $38,4^{\circ}$. Продержавшись на высокихъ точкахъ: 38° — $38,4^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ до 7 февраля, она опускается до прежнихъ предѣловъ. Температура имѣетъ все время правильный интермиттирующий типъ, съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями и очень рѣдко встрѣчается извращенный типъ дневныхъ колебаній: 10, 13, 14 и 15 февраля. За періодъ времени, 3 и 4 февраля, когда температура начала подниматься, у больного наблюдались явные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ сыпи-крапивницы, на всей правой половинѣ тѣла и расстройства кожныхъ сосудовъ. Психическое состояніе все время довольно однообразно и только съ 3 февраля отмѣчается нѣкоторое безпокойство, выразившееся въ томъ, что больной не могъ лежать спокойно, часто вскакивалъ, теръ себѣ правую руку и правую ногу, хватаясь то и дѣло за голову и скрежеща зубами.

Кривая пульса (табл. XIII, крив. № 1) колеблется неравномѣрно и не всегда соответствуетъ температурѣ. Первые

дни, когда температура $36,8^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, количество пульса держится 66—72 уд. въ 1', затѣмъ замедляется и нѣсколько дней колеблется между 60—66. Въ послѣдніе два дня, предъ повышеніемъ температуры, 2—3 февраля, количество пульса учащается и достигаетъ до 84 въ 1', хотя температура держится еще низко, $37,2^{\circ}$. Съ 4 февраля, когда температура поднялась выше 38° , количество пульса колеблется между 78—84 въ 1'. Въ остальное время, пока температура держится около 37° , количество пульса держится то между 66—72, то нѣсколько учащается до 72—78 въ 1' или еще болѣе учащается до 78—84 въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XIII, крив. № 1) также держится неравномѣрно. Пока температура держится около 37° , количество дыханія колеблется между 15—18 въ 1'. При пониженіи температуры, съ 30 января по 1 февраля, количество дыханія замедляется до 12 и дѣлаетъ суточные колебанія между 12—15, а затѣмъ, когда температура начинаетъ повышаться и достигаетъ до $37,2^{\circ}$, количество дыханія учащается и держится 15—18 въ 1'. Это же количество дыханія остается, когда температура значительно поднимается до $38,4^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$. Въ остальное время, когда температура держится на одной высотѣ, количество дыханія задерживается на 15 дых., безъ утреннихъ и вечернихъ колебаній, то учащается до 18 и даже до 21 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. XIII, крив. № 2) у больного главнымъ образомъ колеблются между $35,5^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,7^{\circ}$ у здороваго между $36,9^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,7^{\circ}$. Температура у больного при повышеніи не достигаетъ высшей точки температуры здороваго, при пониженіи же падаетъ болѣе значительно. Только съ 4 по 7 февраля, температура больного достигаетъ по вечерамъ 38° . Кривыя температуры подъ мышками у больного идутъ совершенно раздѣльно одна отъ другой и только мѣстами пересѣкаютъ одна другую. Температура подъ правой мышкой, первое время держится выше, чѣмъ подъ лѣвой, потомъ съ 5 февраля, она

значительно падаетъ и держится ниже, чѣмъ подѣ лѣвой и такъ до 26 февр. Съ 27 февраля, послѣ нѣсколькихъ колебаній, то въ пользу правой, то въ пользу лѣвой мышки, превышеніе температуры устанавливается на правой сторонѣ. Разница между той и другой стороной достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$, у здороваго же изрѣдка въ $0,1^{\circ}$. Въ промежутокъ времени 3—4 февраля, превышенію температуры на правой сторонѣ соответствовали сосудистыя расстройства на правой рукѣ и на правой ногѣ, въ видѣ сыпи-крапивницы, а въ слѣдующіе дни, признаки застоя крови на правой рукѣ.

Температура на лбу у больного (табл. XIII, крив. № 3) совершаетъ свои колебанія между $34,8^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго— $33,5^{\circ}$ — $35,0^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного температура на лбу держится на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. Съ правой стороны лба у больного первое время, съ 23 января по 4 февр., температура держится выше, чѣмъ слѣва; затѣмъ съ 5 февр. превышеніе переходитъ на лѣвую сторону и держится до конца измѣреній, и только въ послѣдніе два дня, 27 и 28 февр., температура справа держится выше, чѣмъ слѣва. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $1,3^{\circ}$.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XIII, крив. № 4) колеблется между $35,2^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,6^{\circ}$, у здороваго— 35° — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. У больного, температура на сосцевидныхъ отросткахъ превышаетъ температуру у здороваго. На той и другой сторонѣ у больного температура держится не на одной высотѣ, а превышаетъ то на правой, то на лѣвой сторонѣ. Въ періодъ болѣе значительнаго повышенія температуры превышеніе наблюдается на лѣвой сторонѣ, въ остальное время температура справа превышаетъ температуру слѣва. Разница на той и другой сторонѣ: $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

Кривыя температуры на груди у больного (табл. XIII, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія между $33,8^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$, въ предѣлахъ 3° , у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣ-

лахъ 1° . При повышеніи, температура у больного держится выше, при паденіи достигаетъ болѣе низкихъ точекъ, чѣмъ температура здороваго. Съ той и другой стороны температура держится неравномѣрно. Первое время, съ 23 янв. до 4 февр., температура съ правой стороны превышаетъ такую же съ лѣвой. Въ остальное же время на лѣвой сторонѣ температура держится выше, чѣмъ на правой. Разница температуръ на той и другой сторонѣ достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$ — 1° .

Температура на срединѣ плеча той и другой руки больного (табл. XIII, крив. № 6) колеблется между $33,8^{\circ}$ — $36,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. У больного температура при повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при паденіи, опускается ниже, чѣмъ у здороваго. На томъ и другомъ плечѣ она держится неодинаково. Разница между той и другой достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Въ періодъ времени, съ 23 января по 4 февр., температура на правомъ плечѣ превышаетъ температуру на лѣвомъ. Въ остальное время на лѣвомъ плечѣ держится выше, чѣмъ на правомъ. 3 и 4 января, превышенію на правомъ плечѣ сопутствовали расстройства сосудистой системы, въ видѣ крапивницы.

Кривыя температуры на бедрахъ у больного (табл. XIII, крив. № 7) совершаютъ свои колебанія между $32,2^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$, въ предѣлахъ $4,2^{\circ}$, у здороваго—между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. У больного при повышеніи температура на бедрахъ достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи опускается ниже, чѣмъ у здороваго. На правомъ бедрѣ у больного, съ 23 января по 4 февр., температура держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Въ остальное время температура на лѣвомъ превышаетъ температуру на правомъ. Разница температуръ, измѣренныхъ одновременно на томъ и другомъ бедрѣ, достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — 1° . Въ періодъ времени съ 3—4 февр. превышенію температуры на правомъ бедрѣ сопутствовали сосудистыя расстройства кожи, въ видѣ крапивницы.

Слѣдовательно, въ этомъ случаѣ внутренняя температура, большею частію, держится нѣсколько ниже, чѣмъ у здороваго,

по временамъ падаетъ до субнормальныхъ точекъ и только однажды, въ продолженіе 4 дней, превышала норму. Этому послѣднему періоду сопутствовали явные признаки раздраженія головного мозга, въ видѣ сосудистой сыпи на всей правой половинѣ тѣла, скрежетанія зубами и другихъ явленій. Что же касается периферической температуры, то она, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, держится выше и совершаетъ болѣе значительныя колебанія, чѣмъ на соотвѣтствующихъ мѣстахъ у здороваго. Здѣсь также обращаетъ на себя вниманіе неравномѣрность распредѣленія тепла въ организмѣ. Температура держится выше, то на правой, то на лѣвой сторонѣ. Болѣе значительная разниа температуръ съ той и другой стороны наступаетъ при появленіяхъ сосудистыхъ разстройствъ кожи. Паретическія явленія выражены сильнѣе на правой сторонѣ тѣла.

Пульсъ и дыханіе совершаютъ свои колебанія также неравномѣрно и не всегда находятся въ зависимости отъ высоты температуры.

Вѣсъ тѣла больного измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

январь:	февраль:	мартъ:	апрѣль:
3—149 ф.	7—149 ф.	7—151 ф.	4—153 ф.
10—150 ф.	14—150 ф.	14—151 ф.	11—151 ф.
17—150 ф.	21—150 ф.	21—152 ф.	18—150 ф.
24—153 ф.	28—152 ф.	28—151 ф.	25—150 ф.
31—152 ф.			

При обзорѣ вѣсовыхъ данныхъ можно замѣтить, что вѣсъ тѣла больного мало измѣнялся и только въ февралѣ представлялъ болѣе значительныя колебанія, когда вѣсъ тѣла съ 152 ф., (31 января), упалъ до 149 ф. (7 февр.), на 3 ф. Это время соотвѣтствовало болѣе значительному повышенію температуры до $38,4^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ *).

*) Исторія болѣзни ведена д—рами: Цареградскимъ и мною.

Наблюденіе XIII. А. Г. И. 28 лѣтъ, чиновникъ, русскій, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 5 августа 1901 г.

Наслѣдственность отрицается. Ни душевно, ни нервно-больныхъ въ роднѣ не было. Самъ больной обладалъ небольшими способностями, прошелъ только 4 класса гимназіи и поступилъ на службу. Всегда былъ исполнительенъ и аккуратенъ по службѣ, спиртныхъ напитковъ никогда не употреблялъ. Сифилисъ и вообще венерическія болѣзни отрицаются. Всегда былъ здоровъ и никакимъ болѣзнями не подвергался. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей, совершенно здоровыхъ. Последній годъ пришлось много работать. Съ полгода тому назадъ, началъ жаловаться на утомленіе и головную боль. Съ мѣсяцъ, какъ сталъ задумчивъ, постоянно высказывалъ сомнѣніе и боялся, не сдѣлалъ ли какой нибудь ошибки въ бумагахъ, обвинялъ себя въ бездѣльи, хотя сидѣлъ постоянно за бумагами. Часто плакалъ, приводя самыя незначительныя причины слезъ, говорилъ, что онъ „долженъ идти подъ судъ, такъ какъ не отправилъ во время отвѣта на только что полученную бумагу“. Пересталъ спать ночами и принимать пищу. Былъ помѣщенъ въ Лечебницу.

На приѣмѣ больной вялъ, растерянно оглядывается по сторонамъ. На вопросы отвѣчаетъ только при настойчивомъ повтореніи ихъ. Соображаетъ вяло, повторяетъ нѣсколько разъ одинъ и тотъ же вопросъ и тогда только отвѣчаетъ. Память значительно ослаблена: текущаго времени не знаетъ. Говорить, что ему „не съ чего бы хворать“, онъ сознаетъ, что „говорить не то, что нужно“, „но забываетъ“. Рѣчь невнятная, языкъ заплетается. При физическомъ изслѣдованіи: больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, достаточно упитанъ. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ слабо. Костная и мышечная системы развиты правильно. Лимфатическія железы не увеличены. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Въ формѣ черепа рѣзкихъ особенностей не замѣтно. Лицо нѣсколько ассиметрично: лѣвая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ правая, лѣвый уголъ рта опущенъ. Въ лѣвой половинѣ мимическія движенія слабо выражены. Зрачки неравнобѣжны: лѣвый зрачекъ шире праваго. Реакція ихъ на свѣтъ и аккомодацию вялая. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду. Пателлярные рефлексy ясно выражены: слѣва, нѣсколько живѣе, чѣмъ справа. Движенія

въ лѣвой рукѣ болѣе атактичны, неправильны, чѣмъ въ правой. Во внутреннихъ органахъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой $36,8^{\circ}$, пульсъ 72 въ 1'.

Въ отдѣленіи больной первые два дня, былъ нѣсколько беспокоенъ, просилъ выписать его, увѣряя, что „совсѣмъ здоровъ“, а его „отправилъ въ Лечебницу начальникъ“, за то, что онъ, больной, „подалъ прошеніе объ отпускѣ безъ медицинскаго свидѣтельства“, при этомъ, плачетъ, но скоро успокоивается, растерянно ходитъ по отдѣленію, озирается по сторонамъ. Затѣмъ сталъ вялъ, молчаливъ, держался особнякомъ. По временамъ жаловался на головную боль и запоры, иногда отказывался отъ пищи, объясняя тѣмъ, что „пищи некуда идти“, при чемъ плачетъ, волнуется. Отправленія кишечника задержаны. Черезъ мѣсяцъ, въ сентябрѣ, больной, на предлагаемые вопросы, ни слова не говоритъ, отъ пищи отказывается. Кормился чрезъ зондъ, чему оказывалъ сопротивленіе. При кормленіи, заявляетъ, что онъ „не можетъ ѣсть.... некуда.... пища не проходитъ..., въ желудкѣ полно....“ При введеніи зонда, кричитъ: „умру.... умру.... горла нѣтъ у меня.... желудокъ и кишки заросли“.... Всегда стоитъ или сидитъ на одномъ мѣстѣ и держится руками за животъ. Отправленія кишечника задержаны. Больной старается задерживать калъ и мочу, когда они сами выходятъ, волнуется и держитъ руку у задняго прохода. Сильно сопротивляется, когда ставятъ клизму, высказывая тѣже бредовыя идеи. Ночами спитъ порядочно.

Въ октябрѣ и ноябрѣ, когда было производимо измѣреніе температуры, больной, въ психическомъ и физическомъ отношеніяхъ, представлялъ тѣже явленія, какъ при поступленіи. Высказывалъ тѣже бредовыя идеи ипохондрическаго характера. Стоялъ или сидѣлъ на одномъ мѣстѣ и страшно сопротивлялся, когда его водили къ столу, въ ватеръ или въ ванную комнату. Отказывался отъ пищи, но при настойчивыхъ уговорахъ, ѣлъ достаточно. Насильно старался удерживать отправленія кишечника и мочевого пузыря. Моча, взятая нѣсколько разъ для изслѣдованія, представлялась прозрачной, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса—1,022—1,025, бѣлка и сахару не содержала.

Вѣсь тѣла измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

5-го октября—128 ф.	2-го ноября—133 ф.
12 " —128 ф.	9 " —135 ф.
19 " —130 ф.	16 " —137 ф.
26 " —133 ф.	23 " —133 ф.

Измѣренію температуры, въ особенности *in recto*, также оказывалъ сопротивленіе, пока вставляли термометръ и высказывалъ, что у него „задній проходъ заросъ“, а потомъ лежалъ спокойно. Время отъ времени приходилось очищать кишечникъ клизмами.

Температура внутренняя, *in recto* и подъ мышками, у даннаго больного измѣрялась съ 13 октября по 19 ноября 1901 г., а периферическая съ 13 октября по 3 ноября.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XIV, крив. № 1) то держится на 37° , безъ утреннихъ и вечернихъ колебаній, то опускается ниже: $36,5^{\circ}$ — $36,7^{\circ}$, то вновь поднимается до 37° и выше, не превышая $37,5^{\circ}$, безъ всякой правильности въ своемъ теченіи. Въ общемъ, температура все время совершаетъ незначительныя колебанія и держится ниже, чѣмъ у здороваго. Изрѣдка наблюдается извращенный типъ суточныхъ колебаній. Психическое состояніе все время однообразно.

Пульсовая кривая (табл. XIV, крив. № 1) дѣлаетъ болѣе значительныя колебанія и не соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Количество пульса, большею частію, держится между 90—96 въ 1', временами опускается до 84 уд въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XIV, крив. № 1) то держится на 12 дых. въ 1' безъ всякихъ суточныхъ колебаній, изрѣдка колеблется до 15 или, подъ конецъ измѣреній, достигаетъ до 18 дых. въ 1'.

Температура подъ мышками у больного (табл. XIV, крив. № 2) колеблется между $35,9^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $1,1^{\circ}$, у здороваго— $36,0^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$. Температура подъ мышками держится въ тѣхъ же почти предѣлахъ, какъ и у здороваго. Но у больного отмѣчается та особенность, что температура, измѣренная

одновременно подъ обѣими мышками, держится не на одной высотѣ. Первое время, съ 13—26 октября, температура держится выше, то подъ правой, то подъ лѣвой мышкой, а затѣмъ устанавливается и держится все время подъ правой мышкой выше, чѣмъ подъ лѣвой. Разница между температурами той и другой стороны то держится въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$, то болѣе значительна, въ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

Температура на той и другой сторонѣ лба у больного (табл. XIV, крив. № 3) совершаетъ свои колебанія между 33° — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,5^{\circ}$, у здороваго—между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного, температура на лбу колеблется въ большихъ предѣлахъ, при повышеніяхъ достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при паденіи, опускается на болѣе низкія точки, чѣмъ у здороваго. На той и другой сторонѣ лба температура у больного держится не одинаково, разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Температура, болѣею частью, держится выше на правой сторонѣ и изрѣдка превышеніе переходитъ и на лѣвую сторону.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XIV, крив. № 4) совершаетъ колебанія между $33,5^{\circ}$ — $36,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго—между $35,0^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$. У больного температура на сосцевидныхъ отросткахъ при повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи—опускается болѣе значительно, чѣмъ у здороваго. На правомъ сосцевидномъ отросткѣ у больного температура все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ, разница достигаетъ до $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,1^{\circ}$.

Кривыя температуры на той и другой сторонѣ груди у больного (табл. XIV, крив. № 5) колеблются между $33,8^{\circ}$ — 36° , въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Температура у больного при повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ точекъ и при пониженіи опускается гораздо ниже, чѣмъ у здороваго. На правой сторонѣ груди у больного, температура держится выше, чѣмъ на лѣвой. Раз-

ница температуръ на той и другой сторонѣ достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° .

Температура на томъ и другомъ плечѣ у больного (табл. XIV, крив. № 6) колеблется между $33,3^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$, у здороваго— $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. При повышеніи, температура у больного не превышаетъ температуру здороваго, но при пониженіи—падаетъ значительно ниже. На правомъ плечѣ у больного температура превышаетъ таковую же на лѣвомъ, разница достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,2^{\circ}$.

Температура на бедрахъ больного (табл. XIV, крив. № 7) колеблется между 30° — $33,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,8^{\circ}$, у здороваго— $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$. Въ общемъ, температура на бедрахъ держится ниже у больного, чѣмъ у здороваго, но колебанія совершаются въ большихъ предѣлахъ. На правомъ бедрѣ у больного, большею частію, температура выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница между температурами достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,3^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$.

Такимъ образомъ, у даннаго больного, какъ и въ предъидущемъ случаѣ, внутренняя температура держится ниже, чѣмъ у здороваго и по временамъ, едва достигала нормы. Психическое состояніе все время однообразно. Что же касается температуръ, подъ мышками и периферической, то результаты ихъ измѣренія указываютъ на значительныя колебанія противъ нормы, и главнымъ образомъ на неравномѣрность согрѣванія симметричныхъ мѣстъ той и другой половины тѣла. Температура, главнымъ образомъ, держалась выше на правой сторонѣ на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ, въ то время, какъ паретическія явленія выражены сильнѣе, въ лѣвой половинѣ тѣла. Разница температуръ на той и другой половинѣ тѣла достигала значительныхъ цифръ.

Вѣсовыя данныя у этого больного указываютъ, что вѣсъ тѣла больного, хотя и представлялъ также болѣе или менѣе значительныя колебанія, но постепенно увеличивался, такъ

какъ больной, послѣ кормленія чрезъ зондъ, самъ сталъ ѣсть достаточно *).

Наблюденіе XIV. Г. И К. 30 л., студентъ Университета, холостъ, русскій, изъ духовнаго званія, поступилъ въ Лечебницу 18 мая 1901 г.

Отецъ больного былъ алкоголикъ, мать здоровая женщина. Въ семьѣ больного не наблюдалось ни нервно, ни душевно-больныхъ. Самъ больной былъ человѣкъ энергичный, предпріимчивый. Окончивъ курсъ семинаріи, былъ учителемъ церковно-приходской школы, подготовился на аттестатъ зрѣлости и поступилъ въ Университетъ. Въ 1892 году заразился сифилисомъ, отъ котораго аккуратно лечился и въ продолженіе трехъ лѣтъ получилъ три курса специфическаго леченія, до 150 впрыскиваній. Въ 1900 году былъ на сѣрныхъ водахъ и провелъ еще курсъ специфическаго леченія—втираніями. Въ январѣ 1901 года заболѣлъ инфлюенцой, послѣ чего сталъ апатичнымъ, вялымъ, жаловался на общую слабость, ослабленіе памяти и соображенія, не могъ заниматься, пересталъ посѣщать лекціи. Больного помѣстили въ психіатрическую клинику, которая вскорѣ закрылась и больной былъ направленъ въ Лечебницу.

На пріемѣ больной жаловался на ослабленіе памяти и соображенія, былъ апатиченъ, разсѣянъ. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ послѣ повторенія дважды вопроса. Не въ состояніи сосчитать самыхъ пустыхъ чиселъ, текущаго времени не знаетъ, куда пріѣхалъ, знаетъ потому, что ему сказали. Рѣчь невнятная, языкъ заплетается. Больной повторяетъ часто одно и то же по нѣскольку разъ, забывая, что только что объ этомъ сказалъ. Съ физической стороны: больной выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, посредственнаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. На кожѣ спины, правой ноги и ягодицъ имѣются нѣсколько фурунгуловъ. Подкожный жиръ развитъ умѣренно. Зрачки неравномѣрны: правый шире лѣваго. Реакція ихъ на свѣтъ, боль и аккомодацию медленна, вяла. Правый уголъ рта опущенъ. Правая носогубная складка сглажена болѣе, чѣмъ лѣвая.

*) Исторія болѣзни ведена д—рами: Васнецовымъ, Болдыревымъ, Сергѣевымъ и мною.

Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Кожная болевая, тактильная и термическая чувствительности сохранены повсюду. Рѣзко выраженъ дермографизмъ: послѣ проведенія гладкимъ предметомъ на кожѣ остается слѣдъ, долго не исчезающій. Въ рукахъ сильный треморъ. Походка нѣсколько атактична. Со стороны внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не обнаружено.

Въ отдѣленіи больной все время вялъ, апатиченъ. Ничѣмъ не можетъ заняться, если и читаетъ книгу то плохо воспринимаетъ содержаніе, часто перечитываетъ одну страницу. Жалуется часто на слабость памяти и соображенія, на ощущеніе жара во всѣмъ тѣлѣ. Отказывается отъ физической работы, ссылаясь на слабость. Никакихъ желаній и просьбъ не высказываетъ. Держится въ сторонѣ отъ окружающихъ, склоненъ больше лежать. Пишетъ письма къ роднымъ, въ письмѣ пропускаетъ слоги или въ нѣсколькихъ предложеніяхъ подрядъ пропускаетъ сказуемое. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря въ порядкѣ.

Такое состояніе продолжалось: іюнь, іюль, августъ, сентябрь, октябрь и ноябрь. За это время кожа совершенно очистилась отъ фурункуловъ. Было проведено антисифилитическое леченіе въ августѣ и сентябрѣ.

Въ декабрѣ больной сталъ слабо держаться на ногахъ: ноги плохо повинуются волѣ больного. Походка сильно атактична. Кожная болевая чувствительность рѣзко повышена. Движенія рукъ сильно атактичны, замѣтно дрожаніе. Правая рука отстаетъ въ своихъ движеніяхъ отъ лѣвой. Зрачки также неравнобѣрны. Рѣчь растянута, неясна. Жалуется на ощущеніе жара во всемъ тѣлѣ. Температура, измѣренная подъ мышкой, не превышаетъ нормы. Окраска лица и шеи быстро мѣняется. Съ лѣвой стороны лица и шеи покраснѣніе держится дольше и почти совсѣмъ не пропадаетъ. Больной больше лежитъ въ постели, встаетъ только къ столу. Въ постели сталъ неопрятенъ. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Моча совершенно прозрачна, темно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,025—1,024, бѣлка и сахару не содержитъ. Спитъ много, кушаетъ порядочно. Отправленія кишечника задержаны. Мочится часто въ постели. Такое состояніе было и въ январѣ 1902 г., когда было приступлено къ измѣренію температуры.

8—16 января. Все время лежитъ въ постели, вялъ, апатиченъ, молчаливъ. Съ трудомъ удается услышать хоть какойнибудь отвѣтъ на предлагаемые вопросы. Изрѣдка сообщаетъ, что ему жарко, въ тоже время старается закутаться въ одѣяло. Лицо все время гиперѣмировано. Лѣвая сторона лица часто мѣняетъ свою окраску. На правой рукѣ и ногѣ, на всей правой сторонѣ туловища, окраска кожи выступаетъ болѣе рѣзко. Зрачки сильно расширены, въ особенности правый, значительно шире лѣваго. Въ рукахъ рѣзкій треморъ. Встаетъ къ столу послѣ долгихъ уговоровъ и ѣсть порядочно. При этомъ, нерѣдко заявляетъ, что у него „горло высохло“, „пищи идти некуда“. Спитъ много. Отправленія кишечника правильны. Мочится въ постели. Вѣсъ тѣла—153—153 ф.

17—26. Также апатиченъ, вялъ. Плохо понимаетъ предлагаемые вопросы, отвѣчаетъ не сразу, а иногда и послѣ повторенія вопроса отвѣчаетъ не то, о чемъ спрашиваютъ или повторяетъ одно и тоже: „не знаю... такъ“. Если не поднимутъ его на ноги и не пригласятъ нѣсколько разъ къ столу, онъ самъ не проявитъ никакой инициативы. Послѣ долгихъ, настойчивыхъ разспросовъ, не могъ объяснить, почему онъ не встаетъ самъ, большею частію, отвѣчаетъ: „такъ, не могу встать, я не живой“. Кормится съ ложки и ѣсть хорошо. Спитъ достаточно. Отправленія кишечника вялы, мочится въ постели. Вѣсъ тѣла —154—154 ф.

27 января—26 февраля. Все время лежитъ вытянувшись во весь ростъ, сложивши руки на груди. Мышцы всѣ напряжены. Ни слова не отвѣчаетъ, хотя и смотреть на вопрошающаго. Изрѣдка удается добиться нѣсколько словъ, такъ больной заявилъ, что у него „внутренностей нѣтъ“.... „тѣло все пропало“.... „онъ мертвъ“.... Говорить сильно заикаясь, съ трудомъ выговаривая слова. По временамъ старается задержать дыханіе до наступленія сильно выраженного ціаноза или учащенно дышитъ. Зрачки сильно расширены, неравнобѣжны. Иногда подолгу лежитъ съ поднятыми къверху руками и въ потолокъ устремленнымъ взглядомъ. Вывести его изъ этого положенія съ трудомъ удается, онъ сейчасъ же принимаетъ прежнюю позу. Послѣ востойчивыхъ просьбъ встать, больной всталъ и прошелся по комнатѣ. Когда приводятъ къ столу больной сидитъ, но ни къ чему не прикасается, пока не начнутъ кормить. При кормленіи набираетъ много пищи въ ротъ и глотаетъ послѣ долгихъ уговоровъ.

Спать достаточно. Неопрытень въ постели. Вѣсь тѣла—155—154—153—154 ф.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подѣ мышками, было произведено съ 8 января по 26 февраля, периферической—съ 23 января по 24 февраля.

Температура *in recto* у даннаго больного (табл. XV, крив. № 1) то совершаетъ свои незначительныя колебанія отъ $37,2^{\circ}$ до $37,5^{\circ}$, то держится съ 8—16 января, на $37,2^{\circ}$, безъ всякихъ суточныхъ колебаній; съ 25 января по 8 февраля, съ 12 по 26 февраля опускается гораздо ниже 37° , до $36,5^{\circ}$ — $36,3^{\circ}$. Психическое состояніе все время однообразно и только при нѣсколько повышенной температурѣ у больного появлялись явные признаки раздраженія мозга: разстройства кожныхъ сосудовъ, сильное расширеніе зрачковъ, рѣзкій треморъ въ рукахъ и тому подобныя явленія.

Кривыя температуры подѣ мышками у больного (табл. XV, крив. № 2) колеблются между $36,2^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,4^{\circ}$, у здороваго—между 36° — $37,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. Температура подѣ мышками у больного нѣсколько выше, чѣмъ у здороваго. У больного температура, измѣренная одновременно подѣ той и другой мышкой неодинакова. Разница между температурами достигаетъ до $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $0,9^{\circ}$. Подѣ правой мышкой температура держится выше, чѣмъ подѣ лѣвой.

Температура на лбу у больного (табл. XV, крив. № 3) совершаетъ свои колебанія между 33° — $36,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,5^{\circ}$, у здороваго—между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. На лбу больного температура колеблется въ большихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. Съ лѣвой стороны лба у больного, температура почти все время держится выше, чѣмъ съ правой. Разница температуръ на той и другой сторонѣ достигаетъ до $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° .

На сосцевидныхъ отросткахъ у больного, температура колеблется (табл. XV, крив. № 4) между $33,8$ — $36,5^{\circ}$, въ



предѣлахъ $2,7^{\circ}$, у здороваго — $35,0^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. Температура у больного держится при повышеніи на болѣе высокихъ точкахъ, при паденіи—опускается значительно ниже, чѣмъ у здороваго. На обоихъ сосцевидныхъ отросткахъ температура держится не на одной высотѣ: то на правомъ выше, чѣмъ на лѣвомъ, то превышаетъ на лѣвомъ. Разница достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° .

Кривыя температуры на той и другой сторонѣ груди у больного (табл. XV, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія между $33,3^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . На груди у больного температура колеблется въ болѣшихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. Измѣренная одновременно на той и другой сторонѣ груди, температура держится не на одинаковой высотѣ, разница, по временамъ достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Превышеніе, то на лѣвой сторонѣ груди, то на правой.

На срединѣ того и другого плеча у больного температура колеблется (табл. XV, крив. № 6) между $32,8^{\circ}$ — $35,4^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,6^{\circ}$, у здороваго— $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. Температура у больного держится ниже, но колебанія свои совершаетъ въ болѣшихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. На томъ и другомъ плечѣ температура все время неодинакова, разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Температура держится выше, то на правомъ, то на лѣвомъ плечѣ.

Кривыя температуры изъ бедрахъ (табл. XV, крив. 7) у больного колеблются между 31° — 35° , въ предѣлахъ 4° , у здороваго между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. У больного температура колеблется въ болѣшихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. На правомъ бедрѣ почти все время температура держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только 1 и 2 февраля превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Разница температуръ на томъ и другомъ бедрѣ достигаетъ до $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

Такимъ образомъ, у этого больного внутренняя температура, совершая незначительныя суточные колебанія, дер-

жится ниже, чѣмъ у здороваго и только изрѣдка достигаетъ до предѣловъ нормы. Температура подъ мышками и периферическая, измѣренная одновременно на той и другой сторонѣ, указываетъ на неравномѣрность распредѣленія въ организмѣ тепла и крайнюю неустойчивость въ суточныхъ колебаніяхъ. Температура подъ правой мышкой держится все время выше, чѣмъ подъ лѣвой. Периферическая также, большею частію, превышаетъ на правой сторонѣ. На лбу же, температура держится выше на лѣвой сторонѣ. Паретическія явленія у больного сильнѣе выражены въ правой половинѣ тѣла.

Вѣсовыя данныя больного указываютъ на незначительныя колебанія: Такъ:

4 января	153 ф.	1 февраля	155 ф.
11 "	153 ф.	8 "	154 ф.
18 "	154 ф.	15 "	153 ф.
25 "	154 ф.	22 "	154 ф.

При сравненіи съ данными температуры можно отмѣтить незначительныя колебанія вѣса тѣла больного. Несмотря на то, что температура держалась, то выше 37° , то значительно падала, но не достигала ни разу лихорадочныхъ температуръ, вѣсъ тѣла продолжалъ постепенно прибывать.

Наблюденіе XV. О. Е. К. 37 лѣтъ, изъ крестьянъ, торговецъ, русскій, женатъ. поступилъ въ Лечебницу 12 іюня 1902 г.

Со стороны наслѣдственности точныхъ данныхъ получить было нельзя. Самъ больной былъ сначала прикащикомъ, затѣмъ велъ самостоятельную торговлю. Въ 1885 году заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился ртутью и принималъ іодъ. Рецидивовъ сифилиса не было. Первые признаки психическаго расстройства появились въ 1901 г. въ концѣ марта мѣсяца. Внезапно, безъ особыхъ предвѣстниковъ появились судорожныя припадки. Больной утверждалъ, что головокруженія появились у него еще въ 1900 году, но онъ не обращалъ на нихъ вниманія. Въ апрѣлѣ 1901 года, на кон-

силіумъ врачей, у больного было констатировано: неравно-
мѣрность зрачковъ, отклоненіе языка въ сторону и треморъ въ
немъ, очень высокіе колѣнные рефлексы, влонусъ правой
стопы въ слабой степени. Походка хотя и оставалась пра-
вильной, но при быстрыхъ поворотахъ отмѣчалась наклон-
ность къ паденію, пошатываніе при закрытыхъ глазахъ. Чув-
ствительность тактильная и болевая оставались безъ измѣне-
нія. Со стороны психики: эвфорія, болтливость, раздражитель-
ность, потеря памяти на недавнія событія. Назначено было:
Hydrargyr. bicusnati 2% подъ кожу. Больной переносилъ
плохо, поэтому процентъ пониженъ до 1%. Сдѣлано было 43
впрыскиванія, одновременно, kali jodati 2,0 (pro die). Быстро
появился стоматитъ, припадки быстро исчезли, но эфорія,
болтливость, развязность усилились. Сталъ высказывать же-
ланіе расширить дѣло съ большими признаками слабоумія.
Появилась значительная склонность къ покупкѣ ненужныхъ
вещей. Кралъ вещи совершенно безцѣльно, посылалъ массу
телеграммъ женѣ. Память сохранилась, хотя появилась боль-
шая разсѣянность. 27 іюня 1901 г., больной былъ направ-
ленъ въ Москву, въ частную лечебницу д-ра Савей Могиле-
вича, гдѣ пробылъ съ 28 іюня по 16 октября. При поступ-
леніи сюда констатировано слѣдующее: больной среднего ро-
ста, правильнаго тѣлосложенія, подкожный жировой слой и
мышцы развиты порядочно. Правое плечо нѣсколько выше.
Асимметрия faciei: plica naso—labialis dextra сглажена. Пра-
вая глазная щель шире. Правый зрачекъ шире лѣваго. Ре-
акція зрачковъ вялая. Подергиванія мускуловъ лица. Дрожаніе
языка и рукъ. Вазомоторная реакція вялая. Рефлексы ожив-
лены. На нижнихъ конечностяхъ періоститы. Внутренніе ор-
ганы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляли. Со
стороны психики: раздражительная слабость, легко плачетъ и
смѣется, развязенъ, болтливъ, подвиженъ, легкое разстрой-
ство рѣчи, измѣненіе почерка, разсѣянность. Спалъ и ѣлъ
достаточно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря пра-
вильны. 2 раза, съ промежутками въ 1 м.цѣ, были легкіе
инсульты. Писалъ въ огромномъ количествѣ письма, теле-
граммы роднымъ, съ просьбой взять его изъ лечебницы. Лег-
ко раздражался и ссорился съ окружающими больными. Те-
рапія: инъекція Hydrarg. formamid. 1% черезъ день. Natr.
jodati, Natri brom. Ergotin Bonjean. Сдѣлано 20 впрыскива-
ній ртути. Больной прибылъ въ вѣсѣ съ 73,6 кило до 82,9.
Изъ Москвы больной былъ переправленъ въ Казань, въ Ок-

ружную Лечебницу, гдѣ пробылъ съ 18 октября 1901 г. по 5 марта 1902 г. За время прибыванія въ Окружной Лечебницѣ, въ психическомъ и физическомъ состояніи, больной представлялъ тѣже явленія, что и въ Московской лечебницѣ: ажитированъ, распушенно развязенъ, разсѣянъ, временами же, угрюмъ, молчаливъ. Съ 20—25 февраля, больной было совершенно безсмысленъ, суетливъ, плохо ориентировался въ окружающемъ, бродилъ по отдѣленію, раздѣвался до нага. Вслѣдъ за этимъ наступили явленія афазіи и паретического состоянія лѣвой руки, которыя вскорѣ исчезли и больной сталъ по прежнему оживленъ, безпокоенъ, просился домой, плакалъ, рыдалъ, успокаивался только на время. Всѣ попытки измѣнить температуру были напрасны, больной сильно сопротивлялся и отказывался, заявляя что онъ „совершенно здоровъ“. Въ такомъ состояніи 5-го марта былъ женою взятъ домой.

Дома, первое время, держался спокойно, тихо, а затѣмъ сталъ высказывать проѣкты расширенія своей торговли, закупалъ по многу, совершенно ненужнаго товара. Вскорѣ же у больного появились эпилептиформные припадки, послѣ которыхъ сталъ угрюмъ, молчаливъ, высказывалъ, что у него „внутренностей нѣтъ“, „горло провалилось“ и т. д. Больного вновь привезли въ Казанскую Окружную Лечебницу 12 іюня 1902 г.

На приѣмѣ больной жалуется на ослабленіе памяти и соображенія, говоритъ, что съ нимъ „затмѣніе... ничего не помнить“. Настроеніе угнетенное, подавленное. Больной вялъ, апатиченъ. На предлагаемые вопросы отвѣчаетъ медленно, сильно заплетающимся языкомъ и заикаясь. Плохо понималъ, что ему говорили. Съ физической стороны представлялъ слѣдующее: Лицо гиперэмировано, асимметрично: лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвый уголъ рта опущенъ. Правый зрачекъ значительно шире лѣваго. Реакція зрачковъ на свѣтъ, боль и аккомодацию почти отсутствуетъ. Въ лѣвой рукѣ постоянныя судорожныя подергиванія, она согнута и приведена къ груди. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду. Пателлярные рефлексы неравномѣрно повышены: лѣвый выраженъ сильнѣе праваго. Языкъ при высовываніи дрожитъ, нѣсколько отклоняется въ сторону, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Походка сильно атактична. При ходьбѣ больной наклоняется въ лѣвую сторону и плохо держится на ногахъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ какихъ либо укло-

неній отъ нормы не обнаружено. Отправленія кишечника задержаны: животъ вздутъ. Мочевой пузырь въ порядкѣ.

Юня 12—30. Больше лежитъ въ постели, изрѣдка начинаетъ беспокоиться, то и дѣло встаетъ съ постели, куда то стремится. Плохо понимаетъ, что ему говорятъ. Заявляетъ, что „языкъ отнимается... голосъ пропадаетъ“... „желудокъ переполненъ... не слабило 2 мѣсяца“... и т. д. Послѣ слабительнаго или клизмы больного отлично слабитъ, но онъ увѣряетъ, что у него „въ желудкѣ полно“... „выходитъ только вода... пища остается тамъ“... Отказывается отъ пищи, приводя тѣже доводы, но ѣсть хорошо послѣ уговора. Судорожныя подергиванія въ лѣвой рукѣ прекратились, движенія въ ней возстановились. Рѣчь стала яснѣе. На ногахъ постепенно сталъ стоять тверже. Отправленія кишечника задержаны и очищеніе его возможно только послѣ слабительнаго или клизмы.

Юль 1—31. Больной больше сидитъ или лежитъ въ постели. Постоянно сообщаетъ, что „горло у него заросло“, „пища не проходитъ“... „желудокъ высохъ“... „глаза закрылись“... „языкъ отнялся“... Отъ пищи совершенно отказывается и кормится ежедневно черезъ зондъ, при чемъ оказываетъ сильное сопротивленіе, повторяя тѣже бредовыя идеи. Отправленія кишечника задержаны.

Августъ 1—31. Вялъ, апатиченъ, угрюмъ. Высказываетъ тѣже бредовыя идеи ипохондрическаго характера. Иногда нѣсколько беспокоенъ, стремится куда-то, заявляетъ, что „его хотятъ казнить“, онъ слышалъ, какъ „сейчасъ по телефону губернаторъ приказалъ казнить его“... „всѣ окружающіе ругаютъ его за то, что онъ сочинилъ неприличныя пѣсни, которыя поютъ больные“... Отъ пищи отказывается, высказывая тѣже бредовыя идеи и кормится два раза въ день чрезъ зондъ, иногда же выпиваетъ приготовленное кормленіе или съѣдаетъ за обѣдомъ и за ужиномъ свою порцію. Отправленія кишечника также задержаны. Моча, взятая нѣсколько разъ для изслѣдованія, была темно-желтаго цвѣта, прозрачна, кислой реакціи, бѣлка и сахару не содержала, удѣльнаго вѣса: 1,022—1,024—1,025. Спитъ порядочно. Измѣренію температуры сопротивляется, сначала можно было еще уговорить, а затѣмъ сталъ оказывать сильное сопротивленіе, почему измѣреніе было оставлено. Възвѣшиванію также оказывалъ сопротивленіе, воображая, что его „выводятъ на эшафотъ“.

Сентябрь, октябрь и ноябрь. Психическое состояніе тоже. Паретическое состояніе лѣвой руки совершенно почти выравнилось. Отъ пищи также отказывается, высказывая тѣже бредовыя идеи, ипохондрическаго характера. Отправленія кишечника правильны. Спитъ порядочно.

Въ декабрѣ 1—31, больной былъ въ томъ-же состояніи, какъ и въ предъидущіе мѣсяцы. Отъ пищи также отказывался, но, послѣ уговоровъ, ѣлъ достаточно. 13—14 числа, больной совершенно безсмысленъ, стремился куда-то, то и дѣло вскакивалъ съ постели. 15-го у больного съ утра появились судорожные припадки. Судороги были преимущественно въ лѣвой половинѣ тѣла и лѣвыхъ конечностяхъ, правая же рука и нога были парализованы. Приступы судорогъ наступали черезъ полчаса, черезъ часъ и продолжались 3—5—6 минутъ. 16-го, судорожные приступы также часты. 17, 18 и 19 больной совершенно безсмысленъ, по временамъ, встаетъ съ постели, стремится куда-то, молча сопротивляется, когда его удерживаютъ, плохо держится на ногахъ и валится обратно въ постель, временами же успокаивался и лежалъ въ постели спокойно. 20-го съ утра, было три приступа судорогъ, затѣмъ больной также безсмысленъ, то лежитъ спокойно, то встаетъ и стремится куда-то, ни слова не произносить, только изрѣдка скажетъ отдѣльное слово. 21-го, было два приступа судорожныхъ припадковъ, но непродолжительныхъ. Съ 22 и до конца мѣсяца, больной вялъ, апатиченъ; больше лежитъ въ постели, время отъ времени также высказываетъ бредовыя идеи прежняго характера, хотя не такъ настойчиво. Кушаетъ самъ порядочно и всегда высказываетъ боязнъ, что „пища задерживается въ желудкѣ“. Отправленія кишечника правильны. Движенія въ рукахъ и ногахъ возстановились, хотя въ лѣвой рукѣ еще движенія нѣсколько атактичны. Походка болѣе увѣренная.

Январь 1—20 1903 г. Тихъ, спокоенъ, больше лежитъ въ постели. По временамъ высказываетъ идеи бреда прежняго характера, но относится къ нимъ нѣсколько сомнительно. Ъстъ и спитъ порядочно. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками, производилось первый разъ, съ 8 по 31 августа 1902 г. и во второй разъ, съ 4 декабря 1902 г. по 20 января 1903 г., периферической—съ 8 по 23 августа 1902 г.

Температура *in recto* у этого больного (Табл. XVI, крив. № 1), какъ въ первое измѣреніе, такъ и при вторичномъ, большею частию, держится на 37° , дѣлая незначительныя колебанія въ $0,2^{\circ}$, $-0,3^{\circ}$, то вверхъ—то внизъ. Психическое состояніе все время однообразно. Только въ промежутокъ времени съ 14 по 23 декабря общій ходъ температуры нарушается. Въ это время температура дѣлаетъ болѣе значительныя суточные колебанія и поднимается до 38° — 39° — $39,5^{\circ}$, затѣмъ постепенно понижается до субнормальныхъ точекъ— $36,2^{\circ}$ —и вновь начинаетъ повышаться до 38° . Этому періоду соответствуетъ рѣзкое измѣненіе психическаго состоянія и появленіе судорожныхъ припадковъ. Послѣ этого температура падаетъ опять значительно и спустя недѣли полторы постепенно достигаетъ прежней высоты, дѣлая опять незначительныя суточные колебанія. Психическое состояніе вновь наступаетъ прежнее, хотя идеи бреда больной высказываетъ уже безъ прежней настойчивости.

Пульсовая кривая у даннаго больного (табл. XVI, крив. № 1) крайне неустойчива въ своихъ колебаніяхъ. Количество пульса, при нѣкоторомъ постоянствѣ колебаній температуры, то достигаетъ: 90—102—108 уд. въ 1', то рѣзко замедляется до 78—66—60 уд. въ 1', то вновь опять учащается. За четыре дня до появленія судорожныхъ припадковъ, количество пульса падаетъ до 60, а потомъ постепенно учащается и въ первый день припадковъ достигаетъ до 100 уд. въ 1', но въ слѣдующіе дни, когда судорожные припадки продолжались, количество пульса замедляется до 60 уд. Съ наступленіемъ новыхъ припадковъ, 20—21 декабря, пульсъ дѣлаетъ значительныя колебанія, то учащается до 90, то замедляется до 60 въ 1'. Къ концу наблюденія, при ровномъ, спокойномъ состояніи и незначительныхъ колебаніяхъ температуры, пульсъ все-таки дѣлаетъ значительныя колебанія, но болѣе ровныя.

Дыхательная кривая (табл. XVI, крив. № 1) также неравномѣрна въ своихъ колебаніяхъ. Количество дыханій въ 1' весьма измѣнчиво, при незначительныхъ колебаніяхъ тем-

пературы то держится на 30 дых. въ 1', то рѣзко замедляется до 18, то совершаетъ правильныя колебанія между 21—24 въ 1'. За нѣсколько дней предъ припадками, количество дыханій въ минуту 18, затѣмъ ко дню припадковъ учащается постепенно до 30 и въ слѣдующіе дни припадковъ вновь замедляется до 18—15 въ 1'.

Кривыя температуры подѣ мышками у больного (Табл. XVI, крив. № 2) совершаютъ свои незначительныя колебанія между $35,7^{\circ}$ — $36,9^{\circ}$, почти въ тѣхъ же предѣлахъ, какъ и у здороваго—между 36° — $37,2^{\circ}$. Эти колебанія температуры наблюдаются, какъ во время перваго измѣренія, съ 8 по 31 авг. 1902 г., такъ и при вторичномъ измѣреніи съ 4 декаб. по 20 янв., пока психическое состояніе б-ного является однообразнымъ. Съ наступленіемъ припадковъ, во время второго наблюденія, температура значительно поднимается—до $39,5^{\circ}$, а затѣмъ постепенно опускается ниже. Температура подѣ лѣвой мышкой все время измѣренія держится выше, чѣмъ подѣ правой мышкой. Разница между той и другой достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Въ періодъ времени, съ 23 декабря по 5 января превышеніе переходитъ на правую сторону, на лѣвой же сторонѣ температура падаетъ болѣе значительно и разница между той и другой достигаетъ до 1° . Это время соотвѣтствуетъ періоду, наступившему послѣ припадковъ. Во время самыхъ припадковъ разница температуръ почти исчезаетъ. Когда же температура послѣ припадковъ начинаетъ опускаться, разница вновь увеличивается до 1° . Съ 6 января, температура подѣ лѣвой мышкой вновь превышаетъ температуру подѣ правой мышкой.

Температура на лбу больного (табл. XVI крив. № 3) совершаетъ свои колебанія между $33,4^{\circ}$ — $36,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,8^{\circ}$, у здороваго—между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного температура на лбу колеблется въ большихъ предѣлахъ и достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, чѣмъ у здороваго. Съ лѣвой стороны лба у больного температура держится все время выше, чѣмъ на правой сторонѣ. Разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

Температурныя кривыя на сосцевидныхъ отросткахъ (табл. XVI крив. № 4) колеблются между $34,4^{\circ}$ — $36,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,8^{\circ}$. Температура у больного колеблется въ большихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго и держится выше, то на правомъ, то на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ. Разница температуръ на той и другой сторонѣ достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

На той и другой сторонѣ груди у больного температура (табл. XVI, крив. № 5) колеблется между 34° — $36,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$. Колебанія температуры у больного совершаются въ большихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. На лѣвой сторонѣ груди у больного, температура все время выше, чѣмъ на правой, разница между правой и лѣвой стороною достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

На срединѣ того и другого плеча у больного, температура (табл. XVI, крив. № 6) держится между $33,5^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго— $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. Колебанія температуры у больного значительнѣе, чѣмъ у здороваго. При этомъ, температура, измѣренная одновременно на томъ и другомъ плечѣ у больного, держится не на одной высотѣ. Разница между ними достигаетъ до $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . На лѣвомъ плечѣ температура, преимущественно, превышаетъ таковую же на правомъ и только изрѣдка превышеніе наблюдается съ правой стороны.

На бедрахъ у больного температура (табл. XVI, крив. № 7) совершаетъ свои колебанія между $31,8^{\circ}$ — $34,6^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,8^{\circ}$, у здороваго $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. У больного температура при повышеніяхъ достигаетъ почти той же высоты, какъ и у здороваго, но при пониженіи опускается болѣе значительно, сравнительно со здоровымъ. На лѣвомъ бедрѣ у больного температура все время держится выше, чѣмъ на правомъ. Разница температуръ съ той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

При обзорѣ температуры у даннаго больного можно было замѣтить, что внутренняя температура *in recto* совершаетъ

незначительныя колебанія и не только не превышаетъ нормы, но и опускается значительно ниже. Передъ появленіемъ признаковъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, температура предварительно нѣсколько понижается и затѣмъ быстро начинаетъ повышаться. Съ наступленіемъ самихъ судорожныхъ припадковъ, она еще болѣе повышается и достигаетъ значительной высоты $39,5^{\circ}$. По прекращеніи судорожныхъ припадковъ, температура рѣзко падаетъ и съ наступленіемъ новыхъ приступовъ судорогъ вновь повышается. Послѣ этого, температура падаетъ значительно ниже и продержавшись съ недѣлю на низкихъ точкахъ, постепенно возвращается къ своимъ обычнымъ колебаніямъ.

Пulsъ и дыханіе не всегда вполнѣ соотвѣтствуютъ высотѣ температуры, кривыя ихъ колеблются совершенно самостоятельно.

Температура подъ мышками и периферическая также, какъ въ выше-приведенныхъ случаяхъ, указываетъ на неравномѣрное согрѣваніе той и другой половины тѣла. При этомъ, въ данномъ случаѣ наибольшее согрѣваніе происходитъ на лѣвой половинѣ тѣла, гдѣ и паретическія явленія выражены сильнѣе. Въ промежутокъ времени, съ 23 декабря по 5 января, послѣдовавшій вслѣдъ за припадочнымъ состояніемъ, наоборотъ, въ лѣвой половинѣ тѣла наступило болѣе охлажденіе, чѣмъ въ правой половинѣ, какъ это указываютъ кривыя температуры подъ мышками. *)

Разсматривая измѣненія внутренней температуры въ четырехъ предъидущихъ случаяхъ (набл. XII, XIII, XIV и XV) ипохондрическо-меланхолической формы прогрессивнаго паралича, мы могли замѣтить уже другую особенность температуры, свойственную этимъ формамъ. Внутренняя температура

*, Исторія болѣзни ведена д-рами: Ивановымъ, Цареградскимъ и мною.

во всѣхъ этихъ случаяхъ отличается незначительными суточными колебаніями и держится едва достигая нормы или опускаясь ниже нормы. Нарушеніе въ этомъ общемъ теченіи температуры происходитъ при появленіи болѣе или менѣе выраженныхъ симптомовъ раздраженія мозга. Въ такихъ случаяхъ температура повышается и достигаетъ до значительной лихорадки. Съ прекращеніемъ этихъ явленій и температура послѣ сильнаго паденія постепенно приходитъ въ свои обычные колебанія. Такъ, въ XII наблюденіи въ началѣ повышенія появились на всей правой сторонѣ тѣла сосудистыя расстройства, а затѣмъ наступили болѣе явные признаки раздраженія мозга: скрежетаніе зубами и расширеніе зрачковъ. Въ XV наблюденіи мы видѣли, что температура начала повышаться до наступленія судорожныхъ припадковъ и при появленіи ихъ достигла значительной высоты. Съ прекращеніемъ судорожныхъ припадковъ температура падала ниже нормы, съ появленіемъ новыхъ припадковъ опять повышалась. Вслѣдъ за исчезновеніемъ судорожныхъ припадковъ, температура опускалась ниже нормы, на этой высотѣ держалась съ недѣлю, послѣ чего постепенно приходила въ свои обычные колебанія. Въ XIII и XIV наблюденіяхъ температура держалась все время, не превышая нормы и по временамъ опускалась даже ниже нормы. Неравномѣрность температуръ подъ мышками и периферической съ той и другой стороны тѣла также наблюдалась во всѣхъ четырехъ случаяхъ. Разница температуръ была значительна. При этомъ, въ однихъ случаяхъ, какъ-то: въ XIV и XV наблюденіяхъ превышеніе температуры наблюдалось на той сторонѣ тѣла, на которой и паретическія явленія выражены были сильнѣе, въ другихъ случаяхъ, какъ въ XIII наблюденіи, температура держалась выше на противоположной сторонѣ и наконецъ, въ XII наблюденіи, превышеніе температуры появлялось то на правой, то на лѣвой сторонѣ, но паретическія явленія были выражены исключительно на правой сторонѣ. Кромѣ того, въ XII наблюденіи имѣло мѣсто слѣдующее явленіе: температура,

какъ подѣ мышками, такъ и периферическая, первое время держалась выше на правой сторонѣ до появленія разстройствъ сосудистой системы на правой половинѣ тѣла и пока держалась сыпѣ, а затѣмъ, когда наступили явленія застоя крови въ кожѣ, температура на правой половинѣ опускается значительно ниже, чѣмъ на лѣвой сторонѣ и только спустя нѣкоторое время, она вновь держится выше, чѣмъ на лѣвой. То же самое происходитъ и въ XV наблюдении при появленіи судорогъ и послѣ исчезновенія ихъ. Въ XV наблюдении температура подѣ мышкой постоянно, а периферическая на груди, ногахъ и рукахъ преимущественно, держится на правой сторонѣ выше, чѣмъ на лѣвой, наоборотъ, на лбу все время держится выше на лѣвой сторонѣ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ также были наблюдаемы сосудистыя разстройства кожи. Въ общемъ, периферическая температура была крайне неустойчива и совершала колебанія въ болѣшихъ предѣлахъ, чѣмъ у здороваго. Разстройства периферической температуры распредѣлялись по типу нервныхъ разстройствъ кортикальнаго происхожденія. Пульсъ и дыханіе не всегда соотвѣтствовали высотѣ температуры. Можно полагать, что это несоотвѣтствіе находится въ зависимости отъ вліянія пораженнаго мозга на измѣненіе частоты сердечной дѣятельности и дыханій.

IV.

Дементныя формы.

Наблюденіе XVI. Е. И. С. 30 лѣтъ, священникъ, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 7 мая 1900 г.

Отецъ больного былъ алкоголикъ, мать нервная женщина. Самъ больной отличался хорошимъ здоровьемъ, никогда ничѣмъ не хворалъ. На 20 году жизни заразился трипперомъ съ осложненіемъ лѣвосторонней epididymitis, отъ котораго лечился около мѣсяца. Будучи холостымъ сильно выпивалъ, но женившись совсѣмъ пересталъ пить. Въ мартѣ 1899 года, былъ рукоположенъ во священники и вскорѣ же сдѣлался вялымъ, апатичнымъ, забывчивымъ, появилось „во всемъ трясеніе“. По немногу такое состояніе прошло и въ концѣ года С. совсѣмъ оправился. Въ январѣ 1900 года психическое заболѣваніе снова повторилось, больной высказывалъ идеи бреда преслѣдованія, чего-то боялся, говорилъ, что „его хотятъ ограбить, поджечь“. Былъ помѣщенъ женою въ больницу, гдѣ пробылъ съ недѣлю, былъ сильно возбужденъ, дрался. Возбужденіе скоро прошло и больной сталъ молчаливъ, много спалъ, аппетитъ чрезвычайно усилился.

На пріемъ больной почти ни слова не отвѣчаетъ на вопросы, съ трудомъ сказалъ, что пріѣхалъ „въ Казань“ и сильно заплетающимся языкомъ сообщилъ свое имя и фамилію. Взоръ мало осмысленъ, выраженіе лица застывшее, сидитъ неподвижно. Съ физической стороны, больной высокаго роста, геркулесовскаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ умѣренно. Лицо—маскообразно, нѣсколько ассиметрично: правая носогубная складка слабѣе выражена,

чѣмъ лѣвая, правый уголь рта опущенъ. Языкъ при высовываніи сильно дрожитъ, въ сторону не уклоняется, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Зрачки сильно расширены, нѣсколько неравнобѣрны: правый зрачекъ шире лѣваго. Реакція ихъ на свѣтъ вялая, почти отсутствуетъ. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду, при уколѣ булавкой больной вздрагиваетъ, отстраняется, иногда скажетъ „больно“. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ, рефлексы *m. m. biceps, triceps brachii* оживлены, справа нѣсколько сильнѣе выражены, чѣмъ слѣва, кожные, брюшной и на *m. cremaster*—получаются ясно. Голова нѣсколько трясется, въ рукахъ также дрожаніе, при движеніяхъ треморъ выраженъ сильнѣе. Въ правой рукѣ движенія болѣе атактичны, чѣмъ въ лѣвой. Походка медленна, атактична, больной при ходѣ широко разставляетъ ноги и слабо на ногахъ держится. При закрытыхъ глазахъ, стоитъ нѣсколько покачиваясь.

Въ отдѣленіи больной малоподвиженъ, лежитъ или сидитъ больше въ постели, ничѣмъ не интересуется, съ окружающими въ разговоры не вступаетъ. На предлагаемые вопросы очень рѣдко удавалось получить какой-либо отвѣтъ. При разспросахъ сообщилъ, что онъ—священникъ, служилъ въ Тобольск. губ., гдѣ собиралъ по приходу хлѣбомъ, простудился и захворалъ, не могъ вѣрно сказать какой день, число, мѣсяцъ и годъ, когда родился, сколько ему лѣтъ. Если ему скажутъ какой день и число, онъ вскорѣ же забываетъ. Говоритъ сильно растягивая слова и не ясно выговаривая ихъ. Не могъ запомнить имени доктора и надзирателя. По приглашенію идетъ къ столу и ѣстъ самъ порядочно. Движенія медленны и сопровождаются трясеніемъ. Ночами спитъ порядочно. Изрѣдка мочится въ постели. Отправленія кишечника правильны.

Такое состояніе больного продолжалось весь май, іюнь и іюль 1900 г. Въ августѣ больной сталъ проявлять нѣкоторый интересъ къ окружающему. Тверже ходилъ на ногахъ. Трясеніе въ головѣ и конечностяхъ менѣе замѣтно. Выражаетъ желаніе почитать что-нибудь, но при чтеніи плохо понимаетъ содержаніе прочитаннаго. Память и соображеніе также ослаблены, не знаетъ, когда пріѣхалъ въ Лечебницу, сколько времени находится въ ней, не можетъ правильно прочесть самыхъ употребительныхъ молитвъ. Рѣчь менѣе затруднена. Благодушно настроенъ, на вопросы о здоровьи всегда отвѣчаетъ „хорошо“. Написалъ письмо къ женѣ. Въ письмѣ пропускаетъ

слова, буквы и слоги, не доканчиваетъ фразы и т. п. просить жену прїѣхать за нимъ, считая себя совсѣмъ поправившимся. Ходить въ церковь. Опрятенъ. Съ физической стороны паретическія явленія въ одномъ положеніи.

Въ апрѣлѣ и августѣ 1901 г. у больного были легкіе инсульты, которые выражались въ томъ, что больной лежалъ нѣсколько дней въ постели, будучи не въ состояніи подняться и встать на ноги, правая рука и нога въ паретическомъ состояніи, плохо повиновались волѣ больного, больной ни слова не отвѣчалъ на вопросы, или произносилъ иногда, съ трудомъ выговаривая, отдѣльные слова. Спустя недѣлю больной оправлялся и приходилъ въ прежнее психическое состояніе, которое наблюдалось въ августѣ 1900 г. Тоже психическое состояніе было и въ январѣ 1902 г., когда было приступлено къ измѣренію температуры. Съ физической стороны у больного наблюдались тѣже явленія паретическаго состоянія въ правой половинѣ лица и тѣла, которыя были отмѣчены при прїемѣ. Со стороны внутреннихъ органовъ, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, не обнаружено никакихъ уклоненій отъ нормы. Моча, взятая нѣсколько разъ,—прозрачна, кислой реакціи, свѣтло-желтаго цвѣта, уд. вѣс. 1,025—1,027, бѣлка и сахару не содержала. Сонъ и аппетитъ вполнѣ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

1—4 февр. Больной, какъ бы оглушенный, ни слова не отвѣчаетъ на вопросы, растерянно поглядываетъ по сторонамъ, все время лежитъ въ постели, приглашенный къ столу встаетъ и стоитъ около кровати, видимо не знаетъ, что дѣлать. Посаженный за столъ ѣсть хорошо, но послѣ этого опять приходится вести его на мѣсто, иначе онъ стоитъ гдѣ-либо посреди комнаты или ложится на чужія кровати. Въ рукахъ сильный треморъ. Голова тоже трясется. Былъ неопрятенъ, мочился въ постели. Отправленія кишечника правильны. Спитъ тревожно.

5—15. Благодушень, тихъ. На вопросы отвѣчаетъ, сообщаетъ, что чувствуетъ себя „ничего, все-таки хорошо“. Не могъ объяснить, что съ нимъ было въ прелѣдущіе дни. Попросилъ бумаги для письма, но писать не могъ, начертилъ нѣсколько буквъ и отдѣльныхъ словъ, написать не могъ даже подъ диктовку. Рѣчь затруднена, выговоръ словъ не ясенъ. Въ правой рукѣ движенія болѣе неловки, атактичны, чѣмъ прежде. Самъ ходитъ къ столу и въ ватеръ. Отправленія кишечника правильны. Опрятенъ. Спитъ и ѣсть порядочно.

16—21. Совершенно безмысленъ, ни слова не говорить, не понимаетъ, что ему говорятъ, лежить въ постели, изрѣдка стоять около кровати съ растеряннымъ видомъ, пока его не уложить на мѣсто.

16, 17 и 19 утромъ, у больного была замѣтна рѣзкая разница въ окраскѣ кожи съ той и другой стороны лица и тѣла. На лицѣ и на лбу съ лѣвой стороны, на туловищѣ, на рукѣ и ногѣ съ правой стороны, кожа имѣла красноватый видъ, состоящій изъ мелкихъ красноватыхъ точекъ. Окраска на лбу и на носу имѣла болѣе ровную границу, на срединѣ груди границы ея между той и другой стороной постепенно сглаживались и имѣли видъ языковъ. Интенсивность окраски мѣнялась. Правая рука опущена, движенія ея неправильны, сильно атактичны. Больной часто глубоко вздыхалъ, по временамъ скрежеталъ зубами. Въ рукахъ сильный треморъ. Походка сильно атактична, замедлена. Посаженный за столъ, ѣлъ самъ хорошо. Испражнялся около кровати. Моча постоянно выдѣляется по каплямъ. Ночами спалъ тревожно. 19-го былъ наложенъ ледъ на голову и ланы сердечныя средства.

22 февраля—15 марта. Больной по прежнему сталъ отвѣчать на вопросы, сначала сильно заплетающимся языкомъ, затѣмъ выговоръ словъ сталъ яснѣе. Заявлялъ, что чувствуетъ себя „совсѣмъ хорошо“. Говорить, что предъ этимъ съ нимъ было „что-то пеладно“, а что, не могъ объяснить. Въ правой рукѣ движенія возстановились. Треморъ въ рукахъ менѣе замѣтенъ. Написалъ женѣ письмо безсвязное, съ пропусками слоговъ, словъ, коверкая слова до неузнаваемости и только по догадкамъ можно было понять, что больной хотѣлъ написать. Спать и ѣсть хорошо. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

Измѣреніе внутренней температуры *in recto* и подъ мышками и периферической у этого больного было произведено за періодъ времени съ 12 января по 15 марта 1902 г.

Температура *in recto* у даннаго больного (табл. XVII, крив. № 1) колеблется крайне неравномѣрно, то дѣлаетъ незначительныя суточные колебанія въ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, то болѣе значительныя въ 1° — 2° — 3° . При однообразномъ, спокойномъ состояніи больного, температура то держится въ предѣлахъ нормы, то нѣсколько превышаетъ норму и достигаетъ до 38° ,

какъ это наблюдалось съ 12—31 января, съ 5—15 февр. и съ 22 февр. по 15 марта. Съ появленіемъ у больного явныхъ признаковъ раздраженія мозга съ 1—4 февр. съ 16—21 марта, температура достигаетъ болѣе значительной высоты, $39,2^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ — $40,8^{\circ}$. По утрамъ наблюдаются обыкновенно болѣе низкія температуры, нежели вечеромъ, хотя изрѣдка бывало и обратное отношеніе, что особенно замѣтно послѣ значительныхъ колебаній температуры.

Пульсовая кривая (табл. XVII, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ весьма неустойчива и не всегда согласуется съ высотой температуры. Такъ, количество пульса въ первые дни, когда температура повысилась до $37,8^{\circ}$ — 38° , достигаетъ до 90 въ 1' и колеблется между 84—90. 17-го января, хотя температура еще держится на 38° , количество пульса начинаетъ замедляться до 84 и на другой день падаетъ до 66 въ 1'. 28 января температура поднялась до 38° , но пульсъ 96 въ 1', въ слѣдующіе дни температура колеблется въ преобласть нормы, количество пульса, послѣ замедленія до 60 въ 1', постепенно учащается, и 2 февр. при температурѣ $39,2^{\circ}$, количество пульса 90 въ 1', а 3-го, температура начинаетъ понижаться—пульсъ 96 въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XVII, крив. № 1.) колеблется также неравномѣрно и не всегда соответствуетъ высотѣ температуры. Въ то время, какъ температура колеблется въ предѣлахъ нормы, количество дыханій держится на 24 въ 1' или изрѣдка опускается до 21, какъ это было наблюдаемо съ 18—27 января и съ 7—15 февр. или болѣе учащается до 30 въ 1', какъ это видно съ 6—15 марта. При повышеніи температуры до 38° — $39,2^{\circ}$ (1—2—3 февр.) количество дыханій колеблется также между 24—30, но при болѣе значительномъ повышеніи температуры до $40,5^{\circ}$ — $40,8^{\circ}$, количество дыханій достигаетъ до 36—42 въ 1'. Когда температура опустилась уже до нормы (22 февр), количество дыханій еще держится на 36 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками у больного (табл. XVII крив. № 2) совершаютъ также, то болѣе, то менѣе значительныя колебанія и достигаютъ по временамъ, болѣе значительной высоты, чѣмъ у здороваго. Подъ мышками температура держится ниже температуры *in recto* или на $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ или болѣе значительно на 1° — $1,2^{\circ}$. Съ той и другой стороны температура почти все время держится не на одной высотѣ. Разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Подъ правой мышкой температура почти все время превышаетъ и только изрѣдка превышеніе переходитъ на лѣвую сторону.

На той и другой сторонѣ лба (табл. XVII, крив. № 3) температура у больного колеблется между $33,2^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $5,3^{\circ}$, у здороваго между $33,5^{\circ}$ — $35,0^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. На лѣвой сторонѣ лба температура у больного все время превышаетъ таковую же на правой сторонѣ. Разница достигаетъ до $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,4^{\circ}$.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XVII, крив. № 4) держится между $35,2^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,3^{\circ}$, у здороваго—между 35° — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. На томъ и другомъ сосцевидномъ отросткѣ температура неодинакова, разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ и даже 1° .

Первое время температура выше на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ, а затѣмъ, послѣ появленія у больного сосудистыхъ разстройствъ, температура на правомъ держится выше, чѣмъ на лѣвомъ.

На обѣихъ сторонахъ груди у больного температура (табл. XVII, крив. № 7) колеблется въ болѣе большихъ предѣлахъ (33° — 37°), чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$). Первое время температура на правой сторонѣ груди держится выше, чѣмъ на лѣвой. Послѣ появленія сосудистыхъ разстройствъ въ кождѣ на правой сторонѣ, превышеніе температуры переходитъ на лѣвую сторону. Разница между температурами все время наблюдается въ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

Температура на срединѣ того и другого плеча у больного (табл. XVII. крив. № 5) совершаетъ свои колебанія между

32°—36,5°, въ предѣлахъ 4,5,° у здороваго между 34,5°—35,7°, въ предѣлахъ 1,2°. У больного колебанія болѣе значительны. При повышеніяхъ температура достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи опускается значительно ниже, чѣмъ у здороваго. На правомъ плечѣ температура все время выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница въ обыкновенное время достигаетъ 0,5°—0,6°, при появленіи у больного разстройствъ кожныхъ сосудовъ, она болѣе значительна, въ 0,8°—1°—1,2°—1,5°.

На бедрахъ температура (табл. XVII, крив. № 6) колеблется между 31°—35,5°, въ предѣлахъ 4,5, у здороваго, между—32,6°—34,5°, въ предѣлахъ 1,9°. Температура у больного совершаетъ болѣе рѣзкія колебанія, при повышеніи достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи значительно опускается. Первое время на правомъ бедрѣ температура выше, чѣмъ на лѣвомъ и разница достигаетъ 0,6°—0,8°—1°. Съ 4 февраля превышеніе переходитъ на лѣвую сторону, а затѣмъ, спустя нѣкоторое время, послѣ появленія сосудистыхъ разстройствъ въ кожѣ на правой сторонѣ, температура на правомъ бедрѣ вновь превышаетъ. Когда сосудистыя разстройства на кожѣ праваго бедра были выражены болѣе рѣзко, а именно: 17 февраля, температура съ правой стороны была выше на 0,8°.

Вѣсъ тѣла больного за періодъ измѣренія температуры измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

11-го января	— 230 ф.	1 февр.	226 ф.	1 марта	225 ф.
18	— не взвѣшивался.	8	— 222 ф.	8	— 225 ф.
		15	— 224 ф.	15	— 227 ф.
25	— 224 ф.	22	— 222 ф.	22	— 227 ф.
				29	— 227 ф.

При сопоставленіи вѣсовыхъ данныхъ съ измѣненіями температуры тѣла больного можно отмѣтить также, что вѣсъ тѣла значительно колебался въ зависимости отъ колебаній температуры. Въ особенности это рѣзко наблюдалось въ февралѣ: 1-го, вѣсъ тѣла былъ 226 ф., а послѣ повышенія температуры 2,3 и 4 февр., онъ падаетъ до 222 ф.; 15-го—вѣсъ

тѣла былъ 224 ф, а послѣ значительнаго повышенія температуры 19—20 февраля, онъ падаетъ снова на 222 ф.

При обзорѣ внутренней температуры у даннаго больного можно было замѣтить, что она, при однообразномъ психическомъ состояніи больного, совершаетъ неправильныя, неравномѣрныя колебанія, то держится въ предѣлахъ нормы, то повышается до 38°. Изрѣдка, съ 1 по 4 февраля и съ 16—23, появляются болѣе значительныя повышенія температуры до 39,6°—40,5°—40,8°, безъ всякихъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ, но съ явными признаками пораженія головного мозга, въ видѣ усиленія пареза въ правой рукѣ, явленій афазіи, разстройствъ вазомоторовъ кожи на лѣвой половинѣ лица и на правой половинѣ тѣла.

Несоотвѣтствіе пульса и дыханія высотѣ температуры наблюдалось постоянно. Предъ появленіемъ значительныхъ колебаній температуры, пульсъ и дыханіе за два-три дня замедлялись, и быстро начинали учащаться, хотя температура держалась еще въ предѣлахъ нормы.

Результаты измѣренія температуры подъ мышками и периферической указываютъ на неравномѣрное согрѣваніе той и другой половины тѣла. Въ этомъ случаѣ температура подъ мышкой, на груди, рукахъ и ногахъ держится преимущественно выше на правой сторонѣ, а на лбу и сосцевидныхъ отросткахъ, на лѣвой сторонѣ. Паретическія явленія выражены рѣзче на всей правой половинѣ тѣла. Появленіе разстройствъ кожныхъ сосудовъ очень мало отразилось на разницѣ температуры одной и другой стороны, хотя на бедрахъ и на груди отношенія кривыхъ температуры правой и лѣвой стороны рѣзко измѣнились противъ прежняго. Тогда, какъ въ первое время, температура на бедрахъ и на груди держалась выше справа, послѣ появленія сосудистыхъ разстройствъ превышеніе перешло на лѣвую сторону.

Наблюденіе XVII. П. П. Е. 28 лѣтъ, чиновникъ русскій, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 21 апрѣля 1902 г.

Со стороны наследственнаго предрасположенія никакихъ указаній собрать не удалось. Самъ больной былъ нервнымъ, раздражительнымъ. На 21мъ году заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился неаккуратно, рѣзкихъ проявленій сифилиса не было, была только незначительная сыпь по тѣлу. На 25 году женился, имѣеть трое дѣтей. Въ концѣ 1901 г. больному пришлось работать по службѣ до переутомленія. Въ декабрѣ 1901 г. сталъ задумчивъ, разсѣянъ, забывчивъ, путалъ часто въ бумагахъ и не замѣчалъ самъ. Провелъ курсъ антисифилитическаго леченія до 60 впрыскиваній. Въ февралѣ 1902 г. сталъ проявлять довольно странные поступки, покупалъ массу ненужныхъ вещей, бралъ чужія вещи, говорилъ по временамъ всякій вздоръ. Плохо понималъ, когда ему что-нибудь говорили. Появилась бессонница и усиленный аппетитъ.

На пріемѣ Е. плохо сознаетъ куда пріѣхалъ, дня, числа и мѣсяца точно не знаетъ. Когда ему сказали, гдѣ онъ находится, то онъ заявилъ, что „совсѣмъ здоровъ“, „только нога болитъ“, такъ какъ онъ ее сломалъ. Не могъ сказать, сколько лѣтъ онъ служитъ, когда и гдѣ учился. Видъ растерянный, безпрекословно переодѣлся въ больничную одежду.

Съ физической стороны, больной среднего роста, посредственнаго тѣлосложенія, достаточно упитанъ. Костная и мышечная системы развиты правильно. На лѣвой ногѣ, въ области середины голени, имѣется костная мозоль отъ прежде бывшаго перелома. Кожа чиста, подкожный жиръ развитъ достаточно. Лимфатическія железы не увеличены. Лицо нѣсколько ассиметрично: правая носогубная складка сглажена, правый уголокъ рта опущенъ. Зрачки расширены, неравнобѣрные: правый зрачекъ шире лѣваго. Реакція ихъ на свѣтъ, боль и аккомодацию вяла. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ сторону не уклоняется, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Въ рукахъ сильный треморъ, движенія правой руки немного атактичны, неправильны. Кожная болевая чувствительность повсюду сохранена, равномерно повышена: при уколѣ булавкой больной всѣмъ тѣломъ вздрагиваетъ. Пателлярныя и другіе сухожильные и кожные рефлексы сильно повышены. На правой рукѣ и ногѣ рефлексы получаютъ

сильнѣе, чѣмъ на лѣвыхъ. Рѣчь больного не ясна, съ запинками. Языкъ сильно заплетается, выговоръ словъ затрудненъ, нѣкоторые слога проглатываются. При попыткахъ говорить являлось подергиваніе и дрожаніе личныхъ мышцъ. Тоны сердца чисты. Со стороны легкихъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Мочевой пузырь въ порядкѣ. Температура подъ мышкой $37,8^{\circ}$. Пульсъ 84 въ 1'.

Въ отдѣленіи больной совершенно безсмысленъ, плохо ориентуруется въ окружающемъ, не знаетъ, гдѣ онъ находится, на вопросы совершенно не отвѣчаетъ и не понимаетъ, что ему говорятъ. Бродитъ по отдѣленію, торкается во всѣ двери, стучитъ, кричитъ, зоветъ кого-то. Помѣщенный въ отдѣльную комнату сбросилъ съ себя бѣлье, поетъ, кричитъ. Неопрятенъ тутъ же въ комнатѣ. Плохо спитъ ночами и только при снотворномъ и послѣ ваннъ хорошо засыпаетъ. Отправленія мочевого пузыря и кишечника правильны. Такое состояніе продолжалось до 30 апрѣля. Въ маѣ больной сталъ спокойнѣе, бродилъ какъ въ просонкахъ, обращался съ одной и той же просьбой по нѣскольку разъ, плохо понимая, что ему говорятъ. Просить выписать его домой, дать ему здѣсь какую-нибудь должность или фельдшера или служителя. Критики къ своему состоянію никакой. Память и соображеніе значительно ослаблены, текущаго времени не знаетъ. О прежней жизни разсказать ничего не можетъ. Иногда становился угрюмъ, плаксивъ, плакалъ безъ всякой причины, изрѣдка приводилъ, не имѣющіе никакого основанія, доводы, что у него жена „въ тифу“, „больна“, „умерла“. По временамъ становился суетливъ, безсмысленъ, настойчиво просилъ выписать его изъ Лечебницы. Рѣчь въ это время затруднялась сильнѣе, наблюдалась постоянная смѣна въ окраскѣ лица, въ рукахъ треморъ усилился, самъ больной становился очень разсѣянный, по нѣскольку разъ повторялъ одну и ту же просьбу. Сонъ и аппетитъ все время достаточны. Отправленія кишечника правильны.

Это психическое состояніе продолжалось іюнь, іюль, августъ и сентябрь мѣсяцы. Слабоуміе и расстройство сознанія постепенно возрастали. Память и соображеніе въ высшей степени ослаблены. Рѣчь все болѣе затруднялась. Паретическія явленія въ правой половинѣ то усиливались, то нѣсколько выравнивались.

Въ октябрѣ съ 14—31, когда было начато измѣреніе температуры, больной представлялъ уже слѣдующія явленія:

Суетливъ, бродить какъ-бы въ просонкахъ, то порывисто встаетъ и идетъ въ одномъ направленіи, затѣмъ бѣжитъ назадъ; во время визитаціи идетъ за ординаторомъ, повторяетъ просьбы, которыя слышитъ отъ другихъ больныхъ, то просится на выписку, проситъ бумаги писать письмо, высказываетъ желаніе купить предметы, о которыхъ говорятъ другіе больные. Каждую просьбу высказываетъ по нѣскольку разъ и совершенно безотчетно. Письма пишетъ беспорядочно, безсвязно, съ пропусками буквъ и словъ, не подписывая адреса или старается списать адресъ съ письма другого больного. Съ растеряннымъ видомъ сидитъ или стоитъ подолгу на одномъ мѣстѣ. Въ рукахъ сильный треморъ. Окраска кожи лица и шеи мѣняетъ свою интенсивность и сильнѣе выражена на правой сторонѣ. Зрачки нѣсколько расширены и также неравномѣрны. Рѣчь сильно затруднена. Во время произношенія словъ въ мышцахъ лица подергиванія. Въ правой рукѣ часто повторяются произвольныя движенія и подергиванія. Походка сильно атактична. За столомъ ѣсть беспорядочно. Отправленія мочевого пузыря и кишечника правильны. Моча, взятая нѣсколько разъ, при изслѣдованіи оказалась прозрачною, янтарно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,024—1,025—1,022, бѣлка и сахару не содержала. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Въ мокротѣ туберкулезныя палочки не найдены. Изслѣдованіе крови на малярійныхъ плазмодіяхъ показало полное отсутствіе ихъ.

1—19 ноября. Болѣе спокоенъ, по временамъ апатиченъ, угрюмъ. Если и высказываетъ иногда желаніе выписаться, то приводитъ доводы, подсказанные другими больными, заявляя, что онъ хочетъ ѣхать „за границу“..... „въ Крымъ“..... или ему нужно получить награду „звѣзду и ленту“... При первомъ же вопросѣ откуда онъ получилъ эти свѣдѣнія, объясняетъ, кто изъ больныхъ ему это сказалъ. Память и сообщеніе также сильно ослаблены. Сонъ и аппетитъ вполне удовлетворительны. Рѣчь менѣе затруднена, выговоръ словъ яснѣе. Разстройства сосудовъ кожи незаметно. Отправленія кишечника правильны.

20 ноября—9 декабря. Совершенно бессмысленъ, не понимаетъ, что его спрашиваютъ. На вопросы или совѣтъ не отвѣчаетъ или повторяетъ одно и тоже: „да... да... да“...

Видъ растерянный, ступѣлый. То лежитъ на мѣстѣ, то стоитъ гдѣ либо посреди комнаты. Не находитъ своей кровати. Посаженный за столъ, самъ не ѣстъ. приходится кормить съ ложки. Часто глубоко вздыхаетъ. Лицо гиперемировано. Окраска лица неравномѣрна: правая щека рѣзко окрашена, правое ухо краснѣе лѣваго. На кожѣ правой руки, правой стороны груди и живота и правой ноги, окраска сильнѣе выражена, чѣмъ на соотвѣтственныхъ мѣстахъ лѣвой половины тѣла. Правая рука опущена, движенія ея сильно атактичны, замедлены. Зрачки сильно расширены и неравномѣрны: правый расширенъ до крайней степени и почти въ двое шире лѣваго. Неопрятенъ, гдѣ стоитъ или сидитъ. Отправленія кишечника и мочевого пузыря нормальны. Спать по ночамъ мало и тревожно, часто сидитъ на кровати и дремлетъ. Со стороны легкихъ и другихъ внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено.

10—26 декабря. Тихъ, спокоенъ. Изрѣдка вновь высказываетъ желаніе выписаться изъ Лечебницы. Своего предъидущаго состоянія не можетъ объяснить. Плохо понимаетъ предлагаемые вопросы. Критическое отношеніе къ своему положенію отсутствуетъ. Часто повторяетъ одно и то же, забывая, что объ этомъ говорилъ. Рѣчь сильно растянута, отрывиста. Пытался писать письмо женѣ, но дальше повторенія одного и того же по нѣскольку разъ, „дорогая...до...гая...ми“, не могъ ничего написать. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Движенія въ правой рукѣ менѣе затруднены и атактичны. Разницы въ окраскѣ обѣихъ половинъ лица и тѣла не замѣтно, но кисть правой руки замѣтно отечна.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками у даннаго больного, было произведено съ 14 октября по 26 декабря 1902 г., периферической—съ 14 октября по 17 ноября.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XVIII. крив. № 1) въ своемъ теченіи крайне непостоянна: те совершаетъ рѣзкія суточные колебанія въ $1,5^{\circ}$ — 2° — 3° — $3,5^{\circ}$ и достигаетъ значительной высоты 39° — $39,6^{\circ}$ — 40° — $40,6^{\circ}$, то опускается до нормы и даже ниже, дѣлая менѣе рѣзкія колебанія. При взглядѣ на кривую можно отмѣтить, что періоды повышенной температуры съ значительными колеба-

ніями смѣняются періодомъ нормальной температуры. При этомъ, въ періоды значительныхъ колебаній температура имѣетъ или правильно интермиттирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями или извращенный типъ. Сообразно этимъ періодамъ смѣнялось и психическое состояніе больного. Кромѣ того, въ періоды повышенной температуры, у больного наблюдались явные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ парезовъ сосудовъ на правой половинѣ тѣла, паретического состоянія мышцъ въ правой рукѣ, расширенія зрачковъ и т. д.

Кривая пульса (табл. XVIII, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ также непостоянна и не всегда вполне соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Колебанія ея совершаются между 60 и 120 уд. въ 1". Въ періоды повышенной температуры, количество пульса колеблется отъ 78 до 102 въ 1', въ періоды пониженной отъ 60 до 84. За нѣсколько дней до періода повышенія количество пульса падаетъ до 60 въ 1', затѣмъ быстро начинаетъ учащаться и достигаетъ до 84, хотя температура еще не превышаетъ нормы. 21 и 23 ноября температура $40,2^{\circ}$ — $40,6^{\circ}$; пульсъ 102 въ 1', а 30 ноября и 2 декабря, температура $40,3^{\circ}$ и $38,7^{\circ}$ —пульсъ 120 въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XVIII, крив. № 2) также непостоянна и не вполне слѣдуетъ за кривой температуры. Въ періодъ повышенія температуры, съ 14—31 октября, количество дыханія колеблется или между 24—30 въ 1' или между 21—24, въ періоды пониженной—дыханіе или 18—24, или 18—21,—15—18 въ 1". При повышеніи температуры до $40,2^{\circ}$ — $40,6^{\circ}$ — $40,4^{\circ}$, 21, 23 и 30 ноября, количество дыханій то 30 въ 1', то 24 въ 1' и т. д. За два-три дня до періода повышенной температуры количество дыханій увеличивается до 24 въ 1', хотя температура въ это время держится въ предѣлахъ нормы, при переходѣ къ періоду пониженной, постепенно замедляется до 15—12 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (Табл. XVIII, крив. 2) у больного вполне слѣдуютъ за колебаніями кри-

вой температуры *in recto*, держась ниже послѣдней на $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$. При этомъ, температура подъ правой мышкой въ періоды значительнаго повышенія держится выше, чѣмъ подъ лѣвой на $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. Въ періодъ пониженія, съ 1—19 ноября, превышеніе переходитъ то на правую, то на лѣвую сторону, но съ 8—26 декабря температура подъ лѣвой мышкой значительно превышаетъ таковую же подъ правой и разница достигаетъ $0,7$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Это время соотвѣтствуетъ тому періоду, когда у больного, послѣ появленія сосудистыхъ разстройствъ кожи на правой половинѣ тѣла, наступили явленія застоя на этой же сторонѣ.

Кривыя температуры на лбу у больного (Табл. XVIII крив. № 3) колеблются между 35° — 38° , въ предѣлахъ 3° , у здороваго между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. Температура на лбу больного значительно выше, чѣмъ у здороваго. Съ правой стороны лба температура у больного почти все время держится выше, чѣмъ съ лѣвой на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ и только съ 3—7, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Этотъ послѣдній промежутокъ времени наступилъ послѣ перваго періода повышенной температуры.

На сосцевидныхъ отросткахъ у больного температура (табл. XVIII, крив. № 4) совершаетъ свои колебанія между $36,5^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,3^{\circ}$, у здороваго 35° — $35,8$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. У больного температура колеблется на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. При этомъ, съ той и другой стороны температура, измѣренная одновременно, держится не на одной высотѣ. Разница между той и другой достигаетъ до $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$. На правой сторонѣ температура преимущественно держится выше, чѣмъ на лѣвой и только изрѣдка превышеніе переходитъ на лѣвую сторону, какъ это было 17, 18, 22, 23, 26, 27, 28 октября, 3 и 4 ноября.

На той и другой сторонѣ груди температура у больного (табл. XVIII, крив. № 5) колеблется между 35° — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,8^{\circ}$, у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣ-

лахъ 1° . У больного температура на груди держится выше, чѣмъ у здороваго. Съ правой стороны груди температура у больного превышаетъ таковую же съ лѣвой и только съ 3—7 ноября превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Разница температуръ достигаетъ $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

На срединѣ праваго и лѣваго плеча температура у больного (табл. XVIII, крив. № 6) колеблется между 35° — $37,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,2^{\circ}$, у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. У больного температура выше, чѣмъ у здороваго. На правомъ плечѣ она держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только въ промежутокъ времени, съ 3—4 ноября, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

На бедрахъ у больного температура (табл. XVIII крив. № 7) совершаетъ свои колебанія между $32,2^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,6^{\circ}$, у здороваго, между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. Температура у больного при повышеніяхъ достигаетъ болѣе высокихъ точекъ, при пониженіи, опускается ниже, чѣмъ у здороваго. На правомъ бедрѣ у больного температура все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ и только съ 3 по 7 ноября, на лѣвомъ бедрѣ температура превышаетъ таковую же на правомъ. Разница температуръ на томъ и другомъ бедрѣ достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

Такимъ образомъ, у даннаго больного внутренняя температура, *in recto* и подъ мышками, по временамъ совершаетъ значительныя колебанія въ 2° — 3° — $3,5^{\circ}$ и достигаетъ высокой степени лихорадки, $40,2^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$. Эти значительныя колебанія наступали внезапно, держались довольно продолжительное время и смѣнялись періодами нормальной температуры. Соответственно этимъ періодамъ измѣнялось и психическое состояніе. Въ періодъ съ 14—31 октября, когда температура достигала 38° — $39,2^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$, больной былъ суетливъ, бродитъ, какъ въ просонкахъ, по отдѣленію, растерянь, нѣсколько безпокоенъ. Въ это время у больного наблюдались явные признаки раздраженія мозговой коры, въ видѣ разст-

роиствъ вазомоторовъ, судорожныхъ подергиваній въ правой половинѣ тѣла и тому подобныя явленія. Съ 1 по 19 ноября, когда температура колебалась въ предѣлахъ нормы и изрѣдка достигала 38° , больной болѣе спокоенъ, тихъ. Въ періодъ съ 20 ноября по 6 декабря, температура достигаетъ значительной лихорадки до $40,2^{\circ}$ — $40,6^{\circ}$, въ это время больной совершенно безсмысленъ, какъ бы оглушенъ, ни слова не говоритъ и не понимаетъ, что ему говорятъ, зрачки крайне расширены, неравномѣрны, на всей правой половинѣ тѣла у больного наблюдаются парезъ вазомоторовъ, рѣзко выраженный треморъ въ рукахъ и т. д. Съ 10 декабря температура приходитъ въ норму, а больной приходитъ въ прежнее психическое состояніе, которое наблюдалось до повышенной температуры, но съ физической стороны, въ первое время наблюдаются послѣдствія раздраженія мозговой коры: застои въ правой половинѣ, паретическое состояніе правой руки и ноги, явленія афазіи, которыя чрезъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени постепенно выравниваются.

Результаты измѣренія температуры подъ мышками и периферической ясно указываютъ на неравномѣрность распределенія тепла въ организмъ больного.

Съ правой стороны тѣла у больного температура, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, держится выше, чѣмъ съ лѣвой. Паретическія явленія у больного выражены сильнѣе также на правой сторонѣ. Нѣкоторое отступленіе отъ этого наблюдается при измѣреніи температуры подъ мышками съ 8 до 26 декабря, когда кривая температуры справа значительно падаетъ и держится ниже, чѣмъ на лѣвой. Это нарушеніе произошло вслѣдъ за послѣднимъ періодомъ повышенія температуры, когда въ правой половинѣ тѣла наблюдались застои крови и усиленіе паретическаго состоянія.

Всѣ тѣла больного за время измѣренія температуры измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

октябрь 1-го 146 ф.	ноябрь 4—138 ф.
„ 7-го 142 ф.	„ 11—139 ф.
„ 14-го 143 ф.	„ 18—140 ф.
„ 21-го 141 ф.	„ 25 не взвѣшивался.
„ 28-го 139 ф.	декабрь—2—130 ф.
	„ 9—128 ф.
	„ 16—130 ф.
	„ 23—135 ф.
	„ 30—139 ф.

Вѣсовыя данныя указываютъ, что за періоды повышенной температуры больной падалъ въ вѣсѣ болѣе значительно на 7 (въ октябрѣ) и даже на 10 ф. (въ декабрѣ), въ періоды же нормальной температуры вѣсъ тѣла его прибывалъ и пополнялъ потерю.

Наблюденіе XVIII. В. П. П. 39 лѣтъ, чиновникъ, сынъ священника, поступилъ въ Лечебницу 21 мая 1902 г.

Со стороны наслѣдственности подробныхъ указаній не имѣется. Душевно-больныхъ въ роду не было. Отецъ больной порядочно выпивалъ, мать—здоровая женщина. Самъ больной былъ всегда флегматиченъ, никакихъ тяжелыхъ болѣзней не перенесъ, ничѣмъ никогда не лечился. Сифилисъ совершенно отрицается. Женатъ, имѣетъ троихъ, совершенно здоровыхъ, дѣтей. Больной любилъ выпить и пилъ водку часто, пилъ „въ компаніи“ и одинъ за обѣдомъ „для пищеваренія“. Послѣдній годъ совершенно водки не пилъ и даже не могъ, такъ какъ чувствовалъ себя послѣ выпивки хуже, часто сталъ жаловаться на головную боль и утомленіе, былъ раздражителенъ, нервенъ. Въ концѣ 1901 г. и началѣ 1902 сталъ очень разсѣянъ, забывчивъ, путалъ въ бумагахъ и счетахъ, жаловался на слабость памяти и соображенія, плохо держался на ногахъ. Сначала лечился дома электричествомъ, массажемъ, ваннами, а затѣмъ было предпринято, на всякій случай, леченіе впрыскиваніемъ ртути и приѣмами іодистаго кали, но быстро наступали симптомы отравленія и специфическое леченіе оставалось безъ всякихъ результатовъ. Ослабленіе памяти и соображенія и слабость въ ногахъ прогрессивно усиливались.

Съ 26 марта по 11 апрѣля находился на леченіи въ своемъ городѣ въ лечебницѣ для душевно-больныхъ, а оттуда былъ препровожденъ въ Казанскую Окружную Лечебницу.

На приѣмѣ больной совершенно спокоенъ, на предлагаемые вопросы, хотя и отвѣчаетъ, но послѣ повторенія вопроса, долго думаетъ, прежде чѣмъ отвѣтить, часто отвѣчаетъ совершенно не о томъ, что спрашиваютъ. Память и соображеніе значительно понижены, знаетъ куда пріѣхалъ, но текущего времени не знаетъ, плохо припоминаетъ событія прежней жизни. Не могъ сказать сколько у него дѣтей. Самъ жалуется на ослабленіе памяти и слабость въ ногахъ. При физическомъ изслѣдованіи обнаружено слѣдующее: больной средняго роста, посредственнаго тѣлосложенія, достаточно хорошо упитанъ. Костная и мышечная системы развиты правильно. Кожа чиста. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Подкожный жировой слой развитъ умеренно. Лимфатическія железы не увеличены. Лицо маскообразно, одутловато, нѣсколько ассимметрично: правая носогубная складка сглажена, правый уголъ рта опущенъ, языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны толчкообразныя движенія. Зрачки сильно сужены, равномѣрны, слабо реагируютъ на свѣтъ, боль и аккомодацию. Ушные сережки приращены и слабо выражены. Болевая и тактильная чувствительности сохранены повсюду, первая нѣсколько повышена. Пателлярные и другіе сухожильные рефлексy ясно выражены, равномѣрны на обѣихъ сторонахъ. Кожные рефлексy повышены. Походка больногo шаткая, неувѣренная: при ходьбѣ больной волочить ноги. Въ вытянутыхъ рукахъ сильный треморъ. Движенія рукъ атактичны, въ особенности въ правой рукѣ атаксія рѣзко замѣтна. Рѣчь со спотыканіями на слогахъ, а временами наблюдается совершенная невозможность произношенія нѣкоторыхъ словъ. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено.

Въ отдѣленіи больной вялъ, апатиченъ, больше лежитъ въ постели или сидитъ на одномъ мѣстѣ. Никакого интереса къ окружающему не проявляетъ, ни съ кѣмъ въ разговоры не вступаетъ, читаетъ одну и ту же книгу или газету, но совсемъ не понимаетъ прочитаннаго. На вопросы отвѣчаетъ односложно, не сразу, а послѣ повторенія вопроса нѣсколько разъ. Пишетъ иногда письма, безсодержательныя, состоящія изъ отдѣльныхъ словъ и фразъ безъ всякой связи, съ пропу-

сками буквъ и цѣлыхъ слоговъ, не надписывая адреса. За текущимъ временемъ не слѣдить, объясняя, что у него „нѣтъ календаря и часовъ“. Когда же дали ему календарь, забываетъ отрывать листки или оторветъ лишнѣхъ и путаетъ время. Временами становился совершенно безсмысленъ, суетливъ, растерянъ, не находилъ своего мѣста, не шелъ самъ къ столу, а приходилось водить, торкался въ запертыя двери, совершенно не отвѣчалъ на вопросы, былъ неопрятенъ, гдѣ попало. Эти состоянія продолжались нѣсколько дней, а затѣмъ больной впадалъ въ прежнее состояніе безразличія, вялости и апатіи. Сонъ и аппетитъ все время достаточны. Отправленія кишечника по временамъ задержаны, со стороны мочевого пузыря изрѣдка наблюдается недержаніе мочи. Такое психическое состояніе съ постоянными смѣнами продолжалось съ іюня и до половины ноября. Съ 16 по 24 ноября у больного было состояніе полного безсмыслія съ сильнымъ возбужденіемъ и беспокойствомъ: больной постоянно вскакивалъ съ постели, вскрикивалъ, кричалъ что-то непонятное, плохо выговаривалъ слова, произносилъ отдѣльные звуки, стремился куда-то. Помѣщенный въ отдѣльную комнату, сбросилъ съ себя бѣлье, былъ неопрятенъ, начкался въ испражненіяхъ. Ночами спалъ плохо и только при снотворномъ и послѣ ваннъ засыпалъ на нѣкоторое время. Моча постоянно выделялась по каплямъ. Затѣмъ больной успокоился и впалъ въ прежнее состояніе апатіи. Паретическія явленія въ правой половинѣ тѣла сильнѣе выражены: правое плечо стоитъ выше лѣваго, туловище перетянута влѣво, правая рука опущена, движенія въ ней ограничены, правая нога плохо повинуется волѣ больного, при ходьбѣ больной нѣсколько волочить правую ногу. Сознаніе нѣсколько яснѣе: больной можетъ отвѣтить изрѣдка на вопросъ односложно, но плохо воспринимаетъ, что ему говорятъ. Ничѣмъ не можетъ заняться, даже отъ чтенія отказывается. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

Ко времени измѣренія температуры въ декабрѣ 1902 г. больной съ психической стороны представлялъ значительный упадокъ интеллектуальныхъ способностей. Плохо сознавалъ свое положеніе не могъ сказать, гдѣ онъ находится. На вопросы отвѣчалъ мало, большею частію отмалчивался, рѣчь сильно затруднена. Въ физическомъ отношеніи, паретическія

явленія нѣсколько выровнялись, движенія въ правой рукѣ стали объемистѣе, но атаксія еще рѣзко была выражена, походка тверже. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Со стороны легкихъ и сердца, а также брюшныхъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ не найдено. Моча, въ суточномъ количествѣ 1250—1400 к. с., была прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержала.

13 декабря—14 января. Больной совершенно безсмысленъ, суетливъ. Ни слова не отвѣчаетъ на предлагаемые вопросы. То лежитъ на своей постели, что-то бормочетъ, то куда-то стремится, какъ будто ищетъ что-то, собираетъ все, что увидитъ на столахъ, книги, газеты, бумажки, и складываетъ подъ подушку. Часто бродитъ по отдѣленію не находить своего мѣста. Взглядъ безсмысленный, видъ растерянный. Зрачки расширены, неравномѣрны: правый шире лѣваго. Въ рукахъ сильный треморъ. Паретическія явленія въ правой половинѣ тѣла все болѣе и болѣе рѣзко выражаются. Походка все болѣе затрудняется. Больной по временамъ совсемъ плохо держится на ногахъ. Тѣловище перекашивается на лѣвую сторону. Сухожильные рефлексы сильно повышены. Кожная болевая чувствительность рѣзко выражена: уколъ булавки заставляетъ больного сильно вздрагивать всѣмъ тѣломъ. Кормится съ ложки и ѣстъ порядочно. Посаженный за столъ самъ не ѣстъ. Ночами спитъ плоховато, то лежитъ спокойно, то внезапно вскрикиваетъ, невнятно что то бормочетъ. Неопрятенъ часто въ постели или около. Моча плохо держится: больной часто смачиваетъ кальсоны. Со стороны кишечника частая задержка, опорожненіе его происходитъ только послѣ клизмы.

Съ 15—24 января и съ 6—14 февраля, вялъ, апатиченъ, сонливъ, больше лежитъ въ постели и спитъ, встаетъ только къ столу, засыпаетъ во время измѣренія температуры. Плохо понимаетъ, что ему говорятъ, изрѣдка дѣлаетъ попытку что-то сказать и произносить съ трудомъ, сильно заплетающимся языкомъ отдѣльные слова. Ходитъ еле передвигая ноги съ поддержкой. Кормится съ ложки. Неопрятенъ бываетъ въ постели. Отправленія кишечника правильны. Моча вытекаетъ постоянно.

Съ 25 января и по 5 февраля и съ 15—25 февраля. Безпокоенъ, часто стремится вставать или возится съ постельными принадлежностями, разстиляетъ ихъ, вновь собираетъ. Подолгу кричитъ, повторяетъ одинъ и тотъ же звукъ: „да“, „да“ „да“ или „на“ „на“ „на“. Рѣзкій треморъ въ конечностяхъ. Въ правой половинѣ лица, правой рукѣ и правой половинѣ туловища наблюдаются время отъ времени подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ. Спитъ плоховато. Кормится съ ложки и ѣстъ мало. Неопрятенъ подъ себя. Отправленія кишечника часто задержаны. Моча выдѣляется постоянно.

Измѣреніе температуры внутренней, *in recto* и подъ мышками, въ данномъ случаѣ было произведено съ 13 декабря 1902 г. по 26 февраля 1903 г., периферической—съ 13 декабря 1902 г. по 17 января 1903 г.

При взглядѣ на кривую температуры *in recto* у этого больного (табл. XIX, крив. № 1) можно видѣть, что она дѣлаетъ или значительныя колебанія до 1° — $1,5^{\circ}$, превосходящія суточные колебанія у здороваго человѣка, или незначительныя. Температура, то достигаетъ до 38° — $38,6^{\circ}$ — 39° — $39,2^{\circ}$, то не превышаетъ нормы. Эта смѣна періодовъ нормальной температуры съ періодами лихорадочной происходитъ черезъ неровные промежутки. Такъ, первое время съ 13 декабря по 14 января, въ продолженіе мѣсяца, температура держится по вечерамъ не ниже 38° , а затѣмъ съ 15—22 января, температура не превышаетъ нормы. Въ послѣдующее время эта смѣна періодовъ происходитъ болѣе правильно. Соотвѣтственно этимъ періодамъ повышенной и нормальной температуры измѣняется и психическое состояніе больного. Въ періоды повышенной температуры больной совершенно безсмысленъ, суетливъ, растерянъ, у него появляются симптомы пораженія корковыхъ центровъ, въ видѣ усиленія пареза въ правой половинѣ тѣла или судорожныхъ подергиваній въ той же половинѣ, явленій афазіи, общаго тремора, недержанія мочи и т. п. При нормальной температурѣ больной апатиченъ, вялъ, сонливъ, паретическія явленія у него нѣсколько сглаживаются.

Пульсовая кривая (табл. XIX, крив. № 1) держится между 60—90 уд. въ 1' и дѣлаетъ довольно неправильныя колебанія. Количество пульса не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Такъ, въ первое время, когда температура достигаетъ по вечерамъ 38° — $38,5^{\circ}$, пульсъ то 78, то 84 въ 1', или падаетъ до 72; 25, 26 и 27 декабря, когда температура поднялась до 39° — $39,2^{\circ}$ —количество пульса 72 въ 1'. Въ періоды нормальной температуры, съ 15—22 января, количество пульса колеблется между 66—72 уд., или 66—78, то болѣе учащается (съ 6—14 февр.) до 78—84 въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XIX, крив. № 1) совершаетъ свои колебанія между 15—30 дых. въ 1', какъ при повышенной температурѣ до 39° — $39,2^{\circ}$ (съ 13 декабря по 14 января), такъ и въ періоды нормальной, количество дыханій въ 1'—15—24. Въ слѣдующіе періоды повышенія температуры (съ 23 янв. по 5 февр. и съ 15—24 февр.) количество дыханій въ 1' колеблется между 24—30 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. XIX, крив. № 2) вполне слѣдуютъ въ своихъ колебаніяхъ за кривой температуры *in recto*, держась ниже послѣдней на $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$. Температура подъ лѣвой мышкой все время выше, чѣмъ подъ правой. Разница между той и другой весьма различна то въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$, то $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $1,8^{\circ}$ — 1° . Только въ нѣкоторые дни: 13, 19, 26, 28 декабря; 30 января, 1, 2, 3 февраля, съ 6—12 февраля, кривая температуры подъ правой мышкой держится выше, чѣмъ подъ лѣвой. Паретическія явленія у больного выражены сильнѣе въ правой половинѣ тѣла. Въ періодъ времени съ 25 янв. по 5 февр. у больного замѣчались судорожныя подергиванія въ правой рукѣ и правой половинѣ туловища.

Температура на лбу (табл. XIX, крив. № 3) у больного совершаетъ свои колебанія между $34,8^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$ въ предѣлахъ $2,9^{\circ}$, у здороваго между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного температура держится выше, чѣмъ у здороваго. На лѣвой сторонѣ лба у больного температура все время

превышаетъ температуру на правой, то на $0,2—0,3^{\circ}$, то болѣе значительно на $0,6^{\circ}—0,7^{\circ}—0,9^{\circ}$. Изрѣдка превышеніе переходитъ на правую сторону (13, 19, 27 и 28 декабря).

На сосцевидныхъ отросткахъ температура у больного (табл. XIX, крив. № 4) ($35,6^{\circ}—38,7^{\circ}$ въ предѣлахъ $3,1^{\circ}$) также превышаетъ температуру здороваго ($35^{\circ}—35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$). На томъ и другомъ сосцевидномъ отросткѣ температура держится неодинаково. Превышеніе переходитъ то на правую сторону, то на лѣвую. Разница температуръ той и другой стороны достигаетъ $0,5^{\circ}—0,6^{\circ}—0,8^{\circ}—1^{\circ}$.

Температура на груди у больного (табл. XIX, крив. № 5) держится на болѣе высокихъ точкахъ ($35,2^{\circ}—38,3^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}—35,5^{\circ}$). На лѣвой сторонѣ груди температура все время выше, чѣмъ на правой на $0,3^{\circ}—0,4^{\circ}—0,5^{\circ}—0,7^{\circ}—0,8^{\circ}$.

На срединѣ того и другого плеча температура у больного (табл. XIX, крив. № 6) колеблется между $34,2^{\circ}—37^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,8^{\circ}$, у здороваго между $34,5^{\circ}—35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. На лѣвомъ плечѣ температура у больного все время превышаетъ температуру на правомъ на $0,3^{\circ}—0,5^{\circ}—0,6^{\circ}—0,8^{\circ}$.

Температура на бедрахъ у больного (табл. XIX, крив. № 7) колеблется между $32,8^{\circ}—36^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,2^{\circ}$, у здороваго между $32,6^{\circ}—34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. У больного на лѣвомъ бедрѣ температура значительно превышаетъ таковую же на правомъ, разница достигаетъ $0,8^{\circ}—1^{\circ}—1,2^{\circ}$.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ внутренняя и периферическая температура болѣею частію значительно превосходитъ норму. Лихорадочная температура держится болѣе продолжительное время, чѣмъ нормальная. Въ своемъ теченіи она сохраняетъ нѣкоторую періодичность.

Температуры подъ мышками и периферическая, измѣняющіяся одновременно на симметричныхъ мѣстахъ, держатся неодинаково. Наибольшее согрѣваніе въ данномъ случаѣ про-

исходить въ лѣвой половинѣ тѣла, въ то время, какъ паретическія явленія выражены сильнѣе въ правой *).

Наблюденіе XIX, А. Н. П. 38 лѣтъ, православный, русскій, дворянинъ, земскій начальникъ, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 9 ноября 1901 г.

Отецъ и мать больного живы: матери 68 лѣтъ, отцу—65 лѣтъ. Старшая сестра истеричная, со странностями, одинъ братъ умеръ въ молодыхъ лѣтахъ отъ чахотки. Самъ больной между 21—24 годами заразился сифилисомъ: первичныя явленія очень слабо выражены, вторичныя чрезъ два года послѣ зараженія были рѣзко выражены. Больной много лечился отъ него втираніями, впрыскиваніями и былъ на сѣрныхъ водахъ. Помимо этого больной часто злоупотреблялъ алкоголемъ. 25-ти лѣтъ женился, имѣеть пять человѣкъ дѣтей, кромѣ того у жены было два выкидыша. Въ 1897 году больной перенесъ сильное нравственное потрясеніе: двое дѣтей умерли въ одинъ день, отравившись случайно какими-то ягодами. Въ томъ же году у него появилась упорная невралгія п. ischiadici dextri, которая держала больного въ постели мѣсяца два. По случаю этого было предпринято энергичное антисифилитическое леченіе, но безъ результата, болѣзнь поддавалась только леченію мушками и электричествомъ. За годъ до поступленія въ Лечебницу, во время войны съ Китаемъ, былъ вытребованъ изъ запаса на войну, чѣмъ былъ сильно потрясенъ. Возвратившись чрезъ 1½ мѣсяца домой сталъ раздражителенъ, нервничалъ. Съ іюля 1901 г. сталъ проявлять странности, все куда-то торопился, суетился, между тѣмъ сталъ поверхностно относиться къ своимъ служебнымъ обязанностямъ, уѣзжалъ безъ всякой цѣли изъ дому, назначалъ сходы крестьянъ въ волостяхъ, но самъ забывалъ объ этомъ. Былъ помѣщенъ въ Карамзинскую колонію, гдѣ пробылъ до ноября и оттуда былъ перевезенъ въ Лечебницу.

На пріемъ больной спокоенъ, благодушно настроенъ. Текущаго времени совершенно не знаетъ. Къ своему состоянію относится безъ всякой критики, сообщилъ, что прибылъ въ Лечебницу „для освидѣтельствованія и чувствуетъ себя

*) Исторія болѣзни ведена д-рами: Болдыревымъ, Ивановымъ, Сергѣевымъ, Цареградскимъ и мною.

совершенно здоровымъ“. Рѣчь разстроена: выговоръ словъ затрудненъ, въ которыхъ словъ совѣтъ не договариваетъ. Во время произношенія словъ замѣтно подергиваніе личныхъ мышцъ. Съ физической стороны: больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста. Подкожный жиръ развитъ въ достаточномъ количествѣ. Костная и мышечная системы развиты правильно. Лимфатическія железы не увеличены. Лицо одутловатое. Правая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ лѣвая. Зрачки равномѣрны, сильно сужены. Реакція ихъ на боль, свѣтъ и аккомодацию вяла, почти отсутствуетъ. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны толчкообразныя движенія и фибриллярныя сокращенія. Кожное болевое чувство сильно повышено, тактильное и термическое сохранены. Пателлярныя, другіе сухожильные и кожные рефлексы сохранены, нѣсколько оживлены. Въ вытянутыхъ рукахъ сильный треморъ. Движенія рукъ нѣсколько атактичны. Походка мало измѣнена. Тоны сердца чисты. Со стороны легкихъ и другихъ внутреннихъ органовъ никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой 37° , пульсъ 100 въ 1', дыханіе 24.

Въ отдѣленіи больной большею частію настроенъ благодушно, нѣсколько повышено. Память значительно ослаблена. Сужденія очень поверхностны. Соображеніе крайне вяло, замедлено. Никакого интереса къ окружающему и своей семьѣ не проявляетъ, живетъ исключительно растительной жизнью. Положеніемъ своимъ въ Лечебницѣ очень доволенъ, всегда расхваливаетъ, заявляя, что „здѣсь у васъ хорошо“. Изрѣдка высказываетъ желаніе ѣхать домой или справляется, когда его освидѣтельствуютъ, но дѣлаетъ это, какъ то мимоходомъ, не дожидаясь даже отвѣта. Все время занятъ чтеніемъ книгъ, читаетъ книгу за книгой, но содержаніе никогда не помнитъ и рассказать, о чемъ только что читалъ, не въ состояніи. Не знаетъ и забываетъ текущее время. Пишетъ женѣ письма безсодержательныя, оставляя сплошь и рядомъ тамъ, гдѣ писалъ и вскорѣ забывая объ нихъ. Пишетъ на первыхъ попавшихся клочкахъ бумаги, съ пропусками буквъ, словъ, слоговъ, съ помарками, безъ адреса и конверта, заявляя, при этомъ, „опустить въ ящикъ... ничего дойдетъ“. Съ увлеченіемъ танцуетъ на вечерахъ, не стѣсняясь незнаніемъ танцевъ и путая ихъ. По временамъ становится суетливъ, уг-

рюмъ, дѣлаетъ все торопливо, часто вскакиваетъ, пробѣжитъ по коридору, снова вернется на свое мѣсто, держитъ книгу на одной и тойже страницѣ. Въ это время больной совершенно безмысленъ, взглядъ у него мутный, не узнаетъ окружающихъ, путаетъ имена ихъ, боязливо оглядывается по сторонамъ или сидитъ на одномъ мѣстѣ, тутъ же засыпая. Больной ѣлъ всегда торопливо, помногу патакивая въ ротъ, еле прожевывая, глоталъ пищу. Спалъ много. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

Съ теченіемъ времени упадокъ психической дѣятельности замѣтно прогрессировалъ. Въ январѣ 1903 г. когда было приступлено къ измѣренію температуры, больной былъ вялъ, апатиченъ, жилъ исключительно растительной жизнью, ничѣмъ не интересовался, не въ состояніи уже былъ читать что-нибудь, не могъ написать своего имени и фамиліи, проводилъ время въ бездѣйствіи, больше лежалъ или сидѣлъ на одномъ мѣстѣ. На предлагаемые вопросы отвѣчалъ односложно, сильно заплетающимся языкомъ, плохо понималъ, что ему говорили. Нужно было повторить нѣсколько разъ одинъ и тотъ же вопросъ, чтобъ получить какой-либо отвѣтъ. Въ физическомъ отношеніи: значительно пополнѣлъ, наступило ожирѣніе. Паретическія явленія въ правой половинѣ лица и тѣла яснѣе выражены: правый уголъ рта опущенъ, правая носогубная складка сглажена, въ правой рукѣ движенія замѣтно атактичны, походка затруднена. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не найдено. Въ мокротѣ туберкулезныя палочки не обнаружены. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Моча прозрачна, кислой реакціи, уд. вѣса 1,020—1,022—1,018, янтарно-желтаго цвѣта, бѣлка и сахару не содержитъ. Суточное количество мочи отъ 1200 до 1800—2500 с. с.

28 февраля—7 марта и съ 22 марта по 1-е апрѣля. Больной совершенно безмысленъ. На всѣ вопросы отвѣчаетъ одно и тоже: „я вѣчно буду здѣсь сидѣть“ или „время пять часовъ и всегда будетъ пять часовъ“. Съ трудомъ выговариваетъ слова, при этомъ въ мышцахъ лица сильныя подергиванія. Зрачки сильно расширены, неравнобѣжны: правый зрачекъ значительно шире лѣваго. Правое вѣко совсѣмъ опущено, правая сторона лица сглажена, правая рука плохо повинуется волѣ больного, при ходѣ правая нога волочится, туловище наклонено нѣсколько въ лѣвую сторону. Временами у

больного появляются въ правой рукѣ и правой сторонѣ туловища подергиванія. Больной сидитъ все время на одномъ и томъ же мѣстѣ, отказывается идти, когда зовутъ къ столу, а только послѣ долгихъ уговоровъ идетъ къ столу, торопливо старается съѣсть свою порцію, наталкивая полонъ ротъ пищи и еле прожевывая ее, такъ что больного приходится постоянно сдерживать. Спитъ много. Отправления кишечника задержаны. Со стороны мочевого пузыря отмѣчается нѣкоторое недержаніе мочи: больной изрѣдка смачиваетъ кальсоны или мочится въ постели.

Съ 8 по 21 марта больной впалъ въ прежнее состояніе апатіи, вялости и безразличія. Паретическія явленія въ правой половинѣ тѣла нѣсколько выровнялись. Больной болѣе свободно ходилъ, хотя движенія въ правой ногѣ были рѣзко атактичны. На вопросы или отмалчивался или отвѣчалъ односложно. Много спалъ; засыпалъ во время измѣренія температуры. Кишечникъ работалъ болѣе правильно. Недержанія мочи не отмѣчалось.

Измѣреніе температуры *in recto* и подъ мышками у этого больного было произведено съ 20 января по 5 апрѣля 1903 г., периферической—съ 20 января по 23 февраля.

При взглядѣ на кривую температуры *in recto* у даннаго больного (табл. XX. крив. № 1) можно видѣть, что она дѣлаетъ или незначительныя суточные колебанія въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, не превышающія нормы или болѣе значительныя въ 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° . Температура болѣею частію держится въ предѣлахъ нормы и только въ періоды съ 28 февр. по 7 марта и съ 22 марта по 1 апр., она достигаетъ значительной высоты $38,5^{\circ}$ — 39° — $39,5^{\circ}$. Сообразно съ этими измѣненіями температуры измѣнялось и психическое состояніе больного. Періодамъ нормальной температуры соответствовало психическое состояніе съ явленіями значительнаго упадка интеллектуальныхъ отправленій, апатіи, вялости. При появленіи повышенной температуры у больного наблюдалось полное безсмысліе съ нѣкоторой навязчивостью идей, въ это же время у него отмѣчалось усиленіе паретическаго состоянія въ правой половинѣ тѣла, расширеніе зрачковъ, неравномѣр-

ность ихъ и судорожныя подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ въ правой половинѣ туловища и правой рукѣ.

Кривая пульса (табл. XX, крив. № 1) колеблется между 60—102. Количество ударовъ пульса не всегда вполне соответствуетъ высотѣ температуры и крайне измѣнчиво. Въ первое время, пока температура держится въ предѣлахъ нормы, количество пульса то 66—78, то 72—78, то значительно учащается (30 января) до 90 въ 1', то замедляется до 60—72. При повышеніи температуры до $38,4^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ — 39° (28/II—5/III), количество пульса между 78—90 въ 1', или съ 22/III по 1/IV—пульсъ 90—102 въ 1', за два три дня предъ повышеніемъ температуры пульсъ рѣзко замедляется, а затѣмъ быстро начинаетъ учащаться, хотя температура еще не превышаетъ нормы.

Дыхательная кривая (табл. XX, крив. № 1) совершаетъ болѣе рѣзкія колебанія и совершенно не слѣдуетъ за измѣненіями температуры. Количество дыханія въ минуту совсѣмъ не соответствуетъ высотѣ температуры. Пока температура держится въ предѣлахъ нормы количество дыханія или 24—30 въ 1', или 30—36, или 36—42. За долго до періода значительнаго повышенія температуры количество дыханія постепенно замедляется до 21—18 въ 1', а затѣмъ быстро опять учащается и къ періоду значительнаго повышенія достигаетъ 30—36—42 въ 1', и держится на этой высотѣ слѣдующіе періоды нормальной и значительно повышенной температуры.

Температура подъ мышками (табл. XX, крив. № 2) главнымъ образомъ колеблется между 36° — 37° , изрѣдка повышаясь до $37,3^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$. Въ періоды болѣе значительнаго повышенія она достигаетъ 38° — $38,4^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$. Въ общемъ кривыя температуры подъ мышками слѣдуютъ вполне за колебаніями кривой температуры *in recto*, держась ниже послѣдней на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе разница температуръ, измѣренныхъ одновременно, подъ правой и лѣвой мышкой. Она достигаетъ въ

данномъ случаѣ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. При этомъ, первое время подъ правой мышкой температура держится выше, чѣмъ подъ лѣвой, а затѣмъ послѣ перваго періода повышенной температуры превышеніе переходитъ на лѣвую сторону; но въ слѣдующій періодъ съ 22 марта по 1 апр. температура подъ правой мышкой вновь превышаетъ температуру подъ лѣвой.

Кривыя температуры на лбу больного (табл. XX, крив. № 3) совершаютъ свои колебанія на болѣе высокихъ точкахъ ($34,8^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$ —), чѣмъ у здороваго $33,5^{\circ}$ — 35° . Температура на правой сторонѣ лба выше, чѣмъ на лѣвой на $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XX, крив. № 4) держится болѣе высоко ($35,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$), чѣмъ у здороваго (35° — $35,8^{\circ}$). На томъ и другомъ сосцевидномъ отросткѣ у больного температура держится не на одной высотѣ. Разница между ними достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Первое время температура на лѣвомъ выше, чѣмъ на правомъ, но съ 3 февр. превышеніе переходитъ то на правую, то на лѣвую сторону.

Колебаніе кривыхъ температуры на той и другой сторонѣ груди (табл. XX, крив. № 5) совершаются почти въ тѣхъ же предѣлахъ (34° — $35,8^{\circ}$), какъ и у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$). Кривая температуры на правой сторонѣ груди все время держится выше, чѣмъ кривая на лѣвой сторонѣ, на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$.

Температура на среднѣ того и другого плеча у больного (табл. XX, крив. № 6) совершаетъ свои колебанія между 34° — 36° , почти въ тѣхъ же предѣлахъ (2°), какъ и у здороваго между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. На правомъ плечѣ кривая температуры держится выше, чѣмъ на лѣвомъ на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

На бедрахъ у больного температура (табл. XX, крив. № 7) держится (31° — $34,2^{\circ}$) нѣсколько ниже, чѣмъ у здороваго ($32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$). Температура на правомъ бедрѣ все вре-

мя держится выше, чѣмъ на лѣвомъ на $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$.

Въ общемъ и въ данномъ случаѣ, при обыкновенномъ психическомъ состояніи больного, температура держится въ предѣлахъ нормы. По временамъ наступали болѣе значительныя колебанія температуры, когда она достигала $38,5^{\circ}$ — 39° — $39,6^{\circ}$, вмѣстѣ съ этимъ у больного появлялись и ясныя признаки со стороны пораженія коры головного мозга, въ видѣ усиленія паретическихъ явленій, неравномѣрнаго расширенія зрачковъ, судорожныхъ подергиваній и т. д., самъ больной становился совершенно безсмысленъ.

Результаты измѣренія температуръ подъ мышками и периферической указываютъ на болѣе согрѣваніе исключительно правой стороны тѣла, именно той стороны, на которой паретическія явленія выражены болѣе рѣзко. Исключение изъ этого составляетъ температура на сосцевидныхъ отросткахъ, гдѣ слѣва температура была выше, чѣмъ справа. Кромѣ того, при измѣреніи температуръ подъ мышками также можно было замѣтить, что въ некоторое время, а именно съ 10 по 20 марта, температура подъ лѣвой мышкой превышала температуру подъ правой. Этотъ промежутокъ времени наступилъ послѣ перваго періода повышенія температуры, когда у больного были наблюдаемы усиленія парезовъ въ правой половинѣ тѣла.

Вѣсѣ тѣла больного измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

Въ январѣ 2-го—209 ф.	Въ февралѣ 6-го—208 ф.
„ 9-го—210 ф.	„ 13-го—207 ф.
„ 16-го—208 ф.	„ 20-го—208 ф.
„ 23-го—207 ф.	„ 27-го—210 ф.
„ 30-го—209 ф.	Въ апрѣлѣ 3-го—205 ф.
Въ мартѣ 6-го—205 ф.	„ 10-го—209 ф.
„ 13-го—207 ф.	„
„ 20-го—209 ф.	„
„ 27-го—208 ф.	„

Сопоставляя эти вѣсовые данныя съ данными измѣненій температуры, можно видѣть значительныя колебанія вѣса тѣ-

ла въ связи съ повышеніями температуры. Такъ, первое время, пока температура держится въ предѣлахъ нормы, вѣсѣ тѣла мало измѣняется, въ мартѣ, послѣ періода повышенной температуры, вѣсъ падаетъ съ 210 ф. на 205 ф. послѣ второго періода повышенія, въ концѣ марта, онъ также постепенно уменьшается съ 209 ф. на 208 ф. и на 205 ф. *).

Наблюденіе XX. А. М. П. 42 л. учитель рисованія, русскій, холостъ, поступилъ въ Лечебницу 11 ноября 1901 г.

Относительно наслѣдственности никакихъ данныхъ собрать не удалось. П. былъ человѣкъ скромный, уравновѣшенный, трудолюбивый и аккуратный при исполненіи своихъ служебныхъ обязанностей, не позволялъ себѣ никакихъ излишествъ. Честный и добрый по природѣ всегда былъ отзывчивъ на нужды окружающихъ и дѣлился послѣднимъ со всякимъ, кто прибѣгалъ къ его помощи, такъ охарактеризовалъ больного его сослуживецъ. Будучи 25 лѣтъ П. заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился довольно аккуратно. Въ продолженіе 3-хъ лѣтъ получилъ 4 курса специфическаго леченія, хотя проявленія сифилиса были слабо выражены. Съ конца 1900 г. П. изъ энергичнаго человѣка превратился въ апатичнаго, сонливаго, часто сталъ жаловаться на быстрое утомленіе, головныя боли. Съ весны 1901 г. П. сталъ разсѣянъ, забывчивъ до того, что заходилъ въ чужіе дома вмѣсто своей квартиры. Рѣчь стала заплетающейся, походка сильно атактичной. Больной былъ направленъ въ Пятигорскъ, гдѣ получалъ ванны и курсъ антисифилитическаго леченія. Въ августѣ у больного наблюдалось состояніе буйства, безсмысленнаго безпокойства. Больной заходилъ въ чужіе номера, выгонялъ квартирантовъ, не спалъ ночами, почему больного отправили на мѣсто жительства. Такое состояніе продолжалось съ недѣлю, а затѣмъ больной сталъ спокойнѣе. По временамъ говорилъ не то, что слѣдуетъ, путалъ прежнія событія съ настоящими, плохо соображалъ. Рѣчь сильно затруднена, выговоръ словъ не ясенъ.

На пріемѣ больной не знаетъ, гдѣ находится, зачѣмъ пріѣхалъ сюда. Плохо понимаетъ вопросы: нужно нѣсколько

*) Исторія болѣзни ведена д-рами Болдыревымъ и Сергѣевымъ.

разъ повторить вопросъ, чтобъ получить какой-нибудь отвѣтъ. Не могъ правильно опредѣлить текущее время, говорилъ, что онъ находится „въ гостинницѣ“ или „въ Пятигорскѣ“. Назвалъ вѣрно себя по имени и фамиліи, сообщилъ, что онъ учитель рисованія. Говорить монотонно, отрывисто, сильно заплетающимся языкомъ. Выговоръ словъ затрудненъ. Съ физической стороны больной представлялъ изъ себя слѣдующее: выше средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Подкожный жирный слой отложенъ въ достаточномъ количествѣ. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста. Подкожныя лимфатическія железы не увеличены. Лѣвая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ правая. Въ лицевыхъ мускулахъ наблюдаются подергиванія мышцъ, когда больной говоритъ. Зрачки нѣсколько расширены, равномерны, на свѣтъ и боль реагируютъ вяло, медленно. Языкъ при высываніи дрожить, въ сторону не уклоняется. Костная и мышечная системы развиты правильно. Кожная болевая чувствительность повышена въ значительной степени. Пателлярные и другіе сухожильные рефлексы оживлены. Въ рукахъ сильный треморъ. Движенія рукъ атактичны, въ особенности въ лѣвой рукѣ атаксія рѣзче выражена. Больной не въ состояніи разстегнуть и застегнуть пуговицы у рубашки. Походка медленна, атактична: больной при ходбѣ широко разставляетъ ноги, лѣвая нога отстаетъ въ своихъ движеніяхъ. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Температура подъ мышкой 36,8°, пульсъ 78 уд. въ 1'.

Въ отдѣленіи больной тихъ, спокоенъ, ничѣмъ себя не проявляетъ, сидитъ гдѣ-либо или лежитъ въ постели. Ничѣмъ не интересуется и ни съ кѣмъ не разговариваетъ. При разспросахъ говоритъ медленно, сильно заплетающимся языкомъ. Память и соображеніе понижены въ значительной степени. Съ трудомъ удается получить отвѣтъ на предлагаемый вопросъ. Прежнія событія смѣшиваетъ съ настоящими. Не знаетъ, гдѣ находится, за текущимъ временемъ не слѣдитъ. Встрѣтивъ между больными одного изъ своихъ сослуживцевъ, узналъ его и обрадовался, но ни имени, ни фамиліи припомнить не могъ. Когда сказали ему, онъ подтвердилъ только, но скоро же опять забылъ. На разспросы его отвѣчалъ также плохо и отрывочно, припоминая старое. Очень разсѣянъ, забывчивъ, не находитъ своего мѣста. Кушаетъ и спитъ ночами порядочно.

Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Моча прозрачна, кислой реакціи, янтарно-желтаго цвѣта, уд. вѣса 1,020—1,022, бѣлка и сахару не содержитъ.

Такое психическое и физическое состояніе больного наблюдалось и первое время измѣренія температуры съ 22 по 28 ноября.

29 ноября по 5 декабря. Съ растеряннымъ видомъ бродитъ по отдѣленію, заглядываетъ во всѣ комнаты, какъ бы ищетъ кого-то. На предлагаемые вопросы не отвѣчаетъ, плохо понимаетъ, что ему говорятъ. Иногда скажетъ сильно заплетающимся языкомъ: „вотъ... тутъ... гмъ... гмъ... вотъ тутъ“ и больше нельзя ничего добиться. По временамъ стоитъ посреди комнаты, оглядывается по сторонамъ. Туловище у больного склонено больше въ правую сторону, такъ что лѣвое плечо стоитъ выше праваго. Лѣвая рука опущена, какъ плеть и мало участвуетъ въ движеніяхъ. Въ рукахъ сильный треморъ. Глаза мутны. Зрачки сильно расширены, неравнобѣжны: лѣвый зрачекъ шире праваго. Реакція ихъ отсутствуетъ. Уложенный въ постель, вскорѣ встаетъ и не лежитъ на мѣстѣ. Иногда снимаетъ съ себя бѣлье и старается опять его надѣть, но путаетъ принадлежности одежды. Что-то говоритъ самъ съ собою. Ночами спать плохо. Былъ неопрятенъ нѣсколько разъ около постели. Посаженный за столъ плохо ѣстъ самъ, приходится кормить съ ложки и сѣдаетъ всю порцію. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны.

6—9 декабря. Вялъ, апатиченъ, лежитъ больше въ постели. На вопросы очень рѣдко отвѣчаетъ односложно, плохо произнося слова. Положеніе туловища болѣе правильно, прямо. Движенія въ лѣвой рукѣ нѣсколько возстановились. Походка стала тверже. Къ столу приходится водить, такъ какъ больной самъ не находитъ столовой. Отправленія кишечника правильны. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны.

10—12. Суетливъ, не лежитъ на мѣстѣ, старается сложить постельное бѣлье и подушку въ одинъ узелъ. При этомъ говорилъ: „нужно ѣхать“, а куда и зачѣмъ не могъ объяснить. Спитъ и кушаетъ порядочно, хотя кормить приходится съ ложки.

13 декабря—3 января. Больной то лежитъ въ постели, сонливъ, апатиченъ, то становится суетливымъ, бродитъ по отдѣленію, заходитъ въ чужія спальни, собираетъ одѣяла, подушки съ кроватей. На вопросы также мало отвѣчаетъ.

Рѣчь затруднена. Иногда обращается къ ординатору, называя его именами, повидимому, своихъ знакомыхъ, желаетъ что-то сказать, но произноситъ безсвязныя отдѣльныя слова. Плохо понимаетъ, о чемъ его спрашиваютъ. По временамъ были замѣтны подергиванія въ мышцахъ лица. Треморъ въ рукахъ рѣзко выраженъ. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны, время отъ времени приходится прибѣгать къ клизмѣ. Моча плохо держится: больной часто смачиваетъ калсыны. Кормится съ ложки и ѣстъ хорошо. Ночами спитъ изрѣдка плохо, но лежитъ спокойно.

Такое состояніе больного съ нѣкоторыми колебаніями продолжалось съ января по май 1902 г. Въ іюнѣ 25-го съ больнымъ былъ легкій инсультъ безъ судорогъ: больной сидя за столомъ сразу повалился, но былъ удержанъ во время служителемъ, послѣ чего лежалъ неподвижно съ закрытыми глазами часа два—три, затѣмъ сталъ безпокоенъ, стремился куда-то, моча сопротивлялся, когда удерживали его. Состояніе безпокойства продолжалось до конца іюня.

Въ іюлѣ больной былъ совершенно безсмысленъ, ни слова не произносилъ, на ногахъ держался плохо, такъ что безъ посторонней помощи ходить не могъ; туловище сильно склонялось на правую сторону. Въ рукахъ сильный треморъ, движенія ихъ атактичны, беспорядочны. Кормился съ ложки. Неопрятенъ былъ въ постели. Моча почти совсѣмъ не держится, постоянно вытекаетъ.

Въ октябрѣ, когда было приступлено ко вторичному измѣренію температуры, больной лежалъ, совершенно безпомощный, все время въ постели. Движенія въ лѣвой рукѣ и ногѣ отсутствовали, въ правой рукѣ—были сильно атактичны, беспорядочны. Подкожная клѣтчатка всюду отека, въ особенности отеки сильно выражены въ лѣвой рукѣ и ногѣ. Больной совершенно безсмысленъ. На зовъ, хотя и обращался въ сторону говорящаго, но ни слова не произносилъ, а только глубоко вздыхалъ. Во избѣжаніе появленій пролежней больного часто приходилось перекладывать и переворачивать съ боку на бокъ. При кормленіи больного приподнимали въ полусидячее положеніе и кормили съ ложки. Ълъ порядочно. Больше спалъ, чѣмъ бодрствовалъ. Моча часто вытекала небольшими количествами, при изслѣдованіи была слабо окрашена, удѣла 1,015—1,012, слабо кислой реакціи, бѣлка и сахару не содержала. Отправленія кишечника были задержаны. Животъ

постоянно вздутъ. Опорожненіе кишечника было только послѣ клизмы.

1 ноября больной лежитъ въ коматозномъ состояніи, на внѣшнія раздраженія не реагируетъ. Дыханіе неравномѣрно: то учащено, то замедлено, временами какъ бы совсѣмъ останавливалось. Рѣзко выражены ціанозъ на конечностяхъ и на лицѣ. Въ 6¹/₂ часовъ вечера умеръ.

Вскрытіе было произведено въ 11 час. утра, 3 ноября, чрезъ 40¹/₂ час. послѣ смерти.

Вскрытіе мозга:

Черепъ правильно-овальной формы. Кости черепа истончены. Дурлоѣ мѣстами прерывается и слабо развито. Sulci meningeae выражены ясно. Твердая мозговая оболочка крѣпко срослена съ черепной крышкой. Пахионовы грануляціи слабо развиты. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки имѣются мѣста покрытыя фибринознымъ налетомъ соответственно центральнымъ темнымъ извилинамъ и височной доли праваго полушарія, такія же ограниченные мѣста, покрытыя свертками фибрина находятся соответственно лѣвыхъ лобныхъ извилинъ. Мягкая мозговая оболочка утолщена, мутна, молочно-бѣлаго цвѣта, въ особенности въ области лобныхъ и центральныхъ извилинъ обоихъ полушарій, по бороздамъ сильно отечна, въ области 2-й лобной борозды лѣваго полушарія и sulci post-centralis праваго полушарія образуется болѣе значительное скопленіе прозрачной серозной жидкости, въ видѣ кистъ. Сосуды мягкой оболочки извилисты, наполнены темной кровью. Мягкая оболочка срослена съ гребнями мозговыхъ извилинъ, снимается съ потерей мозгового вещества, въ особенности, въ области лѣвыхъ лобныхъ извилинъ и центральныхъ извилинъ праваго полушарія. Сосуды основанія мозга извилисты, стѣнки ихъ утолщены, на мѣстѣ развѣтвленія сосудовъ имѣются склеротическія бляшки. Мозгъ блѣденъ, плотенъ, извилины его сдавлены, борозды расширены, въ особенности въ области центральныхъ и лобныхъ извилинъ. Въ разрѣзѣ сѣрое вещество мозга мѣстами прерывается, истончено и безъ рѣзкой границы переходитъ въ бѣлое. Бѣлое вещество плотно, при разрѣзѣ западаетъ, содержитъ небольшое количество красныхъ точекъ и полосокъ. Сосуды его зияютъ. Боковые желудочки растянуты, въ особенности задніе рога, содержатъ большое количество прозрачной жидкости соломенно-желтаго цвѣта. Plexus choroidaeus блѣденъ, содержитъ нѣсколько кистъ до горо-

шины величиной. Дно четвертаго желудочка гладко. Центральные узлы, мозжечекъ, продолговатый мозгъ плотны на ощупь, сосуды ихъ зіяютъ.

Вскрытіе внутреннихъ органовъ:

Околосердечная сумка содержитъ около 2 унцъ прозрачной, серозной жидкости. Сердце нѣсколько увеличено. Венозные отверстія, правое пропускаетъ 3 пальца, лѣвое—два. Артеріальныя отверстія воду держатъ. Полость праваго желудочка нѣсколько растянута, стѣнки его истончены. Подолунные и венозные клапаны утолщены равномерно. Стѣнки сердца вялы, дряблы, желтовато-бурого цвѣта. Endocardium мѣстами молочно-бѣлаго цвѣта. Intima аорты неровна, полосчата. Въ полостяхъ плевры имѣется скопленіе прозрачной серозной жидкости. Плевральные листки не срослены. Бронхіальныя железы не увеличены. То и другое легкое равномерно плотноваты на ощупь, по краямъ мягки, пушисты. Въ разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, при давленіи даютъ всюду много пѣнистой жидкости. Въ обѣихъ верхушкахъ имѣются старые рубцы. Брюшина содержитъ порядочное количество прозрачной серозной жидкости. Брызжеечныя железы не увеличены. Селезенка увеличена, края закруглены, капсула ея гладка, напряжена, въ разрѣзѣ маркой консистенціи темно-краснаго цвѣта. Слизистая оболочка кишекъ набухла, отечна, блѣдна. Печень крапчатого вида, темно-краснаго цвѣта, при давленіи даетъ много крови. Почки не увеличены, оболочка ихъ снимается легко. Venaе stellatae расширены. Кортикальный слой темно-краснаго цвѣта. Основаніе пирамидъ не рѣзко отдѣляется. Лоханки и мочеточники не растянуты. Слизистая оболочка мочевого пузыря блѣдна, гладка.

Измѣреніе температуры, какъ внутренней, *in recto* и подъ мышками, такъ и периферической, было произведено дважды. Первый разъ вскорѣ послѣ поступленія, съ 22 ноября 1901 г. по 3 января 1902 г.

Второй разъ съ 4 октября по день смерти 1 ноября 1902 г.

Во время перваго измѣренія кривая температуры *in recto* у даннаго больного (табл. XXI, крив. № 1) дѣлаетъ очень неравномерныя колебанія. Температура то держится въ предѣлахъ нормы, то достигаетъ болѣе высокихъ точекъ—38,2°—

38,5°, совершая значительныя суточные колебанія въ 0,7°—1°—1,5°. Никакой правильности въ смѣнѣ періодовъ нормальной температуры съ періодами болѣе повышенной нельзя отмѣтить. Въ первое время, при однообразномъ, психическомъ состояніи, съ 22—28 ноября, температура сначала держится едва превышая 37°, а затѣмъ начинаетъ постепенно подниматься до 37,8°. Съ 29 ноября по 5 декабря она достигаетъ по вечерамъ 38°—38,2°—38,5°, по утрамъ же опускается до нормы и даже ниже—въ это время больной безмысленъ, растерянъ, суетливъ, у него наблюдается усиленіе паретическаго состоянія мышцъ лѣвой руки и лѣвой половины туловища, расширеніе и рѣзкая неравномѣрность зрачковъ и тому подобныя явленія раздраженія коры головного мозга. Съ 6 декабря и до конца измѣреній 3 января, температура то колеблется въ предѣлахъ нормы, то нѣсколько повышается и въ нѣкоторые дни достигаетъ 38°—38,2°—38,5°. Въ это время усилившіеся парезы мышцъ въ лѣвой половинѣ нѣсколько выравниваются, больной или вялъ, апатиченъ, сонливъ или нѣсколько безпокоенъ, суетливъ, бродитъ безцѣльно по отдѣленію, у него наблюдаются время отъ времени подергиванія въ мышцахъ лица и лѣвой руки.

Кривая пульса въ это время совершаетъ также весьма неправильныя колебанія. Количество пульса не всегда соответствуетъ высотѣ температуры, такъ, съ 22—28 ноября, при температурѣ 37°—37,2°—количество пульса 72—78 въ 1' или замедляется до 66, при постепенномъ поднятіи температуры до 37,8°, пульсъ учащается до 78. Во время повышенной температуры, съ 29 ноября по 5 декабря, пульсъ сначала колеблется между 84—90, а 4 декабря, хотя температура вечеромъ 38,2°—пульсъ 78 въ 1' и на слѣдующій день 5 дек. замедляется еще больше до 66—60 уд. въ 1'. 8 и 9 декабря температура 37,5°—37,6°—пульсъ 90 въ 1'. 10, 11 и 12 температура достигаетъ по вечерамъ 38°—38,2°, но пульсъ держится на 72 въ 1' и т. д.

Дыхательная кривая колеблется также неравномерно и количество дыханій въ 1' не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Въ первый день 22 ноября, при температурѣ 37° — $37,2^{\circ}$ —количество дыханія 18—24 въ 1'. Затѣмъ дыханіе нѣсколько замедляется до 15—18 въ 1' и къ періоду повышенной температуры начинаетъ учащаться до 21—24 въ 1'. 4-го декабря, при температурѣ вечеромъ $38,2^{\circ}$ —количество дыханія 18. 8-го при температурѣ $37,5^{\circ}$ —дыханіе 21 въ 1', а 10—11—12, температура 38° — $38,2^{\circ}$ —количество дыханія 15—18 въ 1' и т. д.

Кривыя температуры подѣ мышками (табл. XXI, крив. № 2) совершаютъ менѣ значительныя колебанія, чѣмъ кривая *in recto*. Температура большею частію колеблется между 36° — $37,5^{\circ}$, изрѣдка опускаясь до $35,5^{\circ}$ (10 декабря) или поднимаясь до $38,3^{\circ}$ (31 декабря). Кривая температуры подѣ правой мышкой все время держится выше кривой подѣ лѣвой мышкой на $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$. Въ рѣдкіе дни температура подѣ лѣвой мышкой превышала таковую же подѣ правой (15, 21 декабря).

Кривыя температуры на лбу у больного (табл. XXI, крив. № 3) совершаютъ болѣ значительныя суточные колебанія между 33° — 37° , въ предѣлахъ 4° , чѣмъ у здороваго между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. Температура съ правой стороны лба у больного все время почти превышаетъ температуру съ лѣвой на $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$, иногда же на 1° — $1,5^{\circ}$ — $1,8^{\circ}$. Изрѣдка превышеніе наблюдалось на лѣвой сторонѣ (17, 22, 24, 26 декабря).

Температура на сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XXI, крив. № 4) колеблется между $34,2^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,3^{\circ}$, у здороваго между 35° — $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $0,8^{\circ}$. Съ той и другой стороны температура держится не на одной высотѣ, превышеніе переходитъ то на правую, то на лѣвую сторону. Разница между той и другой стороной достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

На груди температура у больного (табл. XXI, крив. № 5) совершаетъ свои колебанія между 33° — $37,2^{\circ}$, въ предѣлахъ $4,2^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$, въ предѣлахъ 1° . Кривая температуры съ правой стороны груди все время держится выше, чѣмъ кривая съ лѣвой. Превышеніе наблюдается то въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$, то болѣе значительно въ $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

На срединѣ того и другого плеча температура у больного (табл. XXI, крив. № 6) совершаетъ свои колебанія между $33,5^{\circ}$ — 37° , въ предѣлахъ $3,5^{\circ}$, у здороваго—между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,2^{\circ}$. На правомъ плечѣ температура все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ, разница достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

На бедрахъ у больного температура (табл. XXI, крив. № 7) колеблется между 32° и $35,8^{\circ}$, въ предѣлахъ $3,8^{\circ}$, у здороваго—между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$, въ предѣлахъ $1,9^{\circ}$. Кривая температуры на правомъ бедрѣ большею частію держится выше кривой на лѣвомъ бедрѣ. Разница между той и другой достигаетъ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$. Изрѣдка превышеніе переходитъ на лѣвую сторону (25, 26 ноября, 4, 11, 15, 20, 26 и 28 декабря).

При вторичномъ измѣреніи съ 4 окт. по 1 ноября, температура *in recto* (табл. XXI, крив. № 1) дѣлаетъ незначительныя колебанія, то ниже 37° , опускаясь по утрамъ до $36,4^{\circ}$ — $36,2^{\circ}$, то нѣсколько выше. При этомъ температура постепенно понижается и 1 ноября за $\frac{1}{2}$ часа до смерти была $35,1^{\circ}$. Эти измѣненія температуры наблюдались, съ психической стороны, при полномъ безсмысли больного, съ физической же, наступили явленія простраціи и отсутствіе движеній въ лѣвой половинѣ тѣла.

При обзорѣ кривыхъ температуры подъ мышками и периферической, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, за этотъ промежутокъ времени можно отмѣтить тѣже явленія, которыя наблюдались и при первомъ измѣреніи. Температура съ правой стороны превышаетъ температуру съ лѣвой, дѣлая

менѣ значительныя колебанія, чѣмъ прежде и къ концу измѣренія постепенно понижаясь. Разница температуръ на той и другой сторонѣ была также болѣе значительной $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° , чѣмъ у здороваго.

Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ внутренняя температура *in recto* совершаетъ свои колебанія, то въ предѣлахъ нормы, то значительно превышаетъ норму. Повышенія температуры наступаютъ безпорядочно и безъ всякой правильности, при ясно выраженныхъ симптомахъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ гемипареза въ лѣвой половинѣ тѣла, неравномѣрнаго расширенія зрачковъ и полномъ безсмысліи, со стороны психической сферы.

Результаты измѣренія температуры подѣ мышками и периферической указываютъ на неравномѣрное согрѣваніе той и другой половины тѣла. Въ данномъ случаѣ, преимущественно, на правой сторонѣ тѣла температура держится выше, чѣмъ на лѣвой. Паретическія же явленія сильнѣе выражены съ лѣвой стороны.

Вѣсъ тѣла, въ зависимости отъ измѣненій температуры, во время перваго измѣренія измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

12 ноября	170 ф.	7 декабря	169 ф.
19 "	172 ф.	14 "	169 ф.
26 "	173 ф.	21 "	168 ф.
		28 "	168 ф.

Сопоставляя эти данныя съ ходомъ температуры, можно замѣтить, что въ первое время пребыванія больного въ Лечебницѣ, вѣсъ тѣла его прибывалъ и съ 170 ф. увеличился до 173 ф. Въ декабрѣ, послѣ повышенія температуры, съ 29 ноября по 4 декабря, вѣсъ тѣла падаетъ до 169 ф. и въ остальное время, не смотря на нѣкоторые отдѣльныя повышенія температуры, вѣсъ тѣла мало измѣняется *).

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

Наблюденіе XXI. Г. Е. М. 28 лѣтъ, русскій, крестьянинъ, оберъ-кондукторъ желѣз. дор., холостъ, поступилъ въ Лечебницу 30 янв. 1903 г.

Наслѣдственнаго предрасположенія М. не имѣеть, отецъ умеръ на 40-мъ году отъ воспаленія легкихъ, мать жива 56 лѣтъ, алкоголемъ не злоупотребляли. М. съ 14 лѣтъ долженъ былъ добывать себѣ средства къ жизни, сначала служилъ въ мальчикахъ при магазинѣ, а затѣмъ учился въ желѣзно-дорожномъ училищѣ. Съ 22 лѣтъ былъ уже оберъ-кондукторомъ на желѣзной дорогѣ, всегда былъ живой, энергичный, трезвый, исполнительный по службѣ, ничѣмъ никогда не хворалъ. За пять лѣтъ службы не пропустилъ ни одного дня, всегда былъ при исполненіи своихъ служебныхъ обязанностей, хотя и приходилось работать безъ отдыха по двое сутокъ и только на третьи сутки освобождался на 12—16 часовъ. Сифилисъ и другія венерическія болѣзни совершенно отрицаетъ. Мѣсяцевъ за пять до поступленія въ Лѣчебницу М. изъ энергичнаго, живого, сталъ апатичнымъ, вялымъ, разсѣяннымъ и забывчивымъ. Три мѣсяца тому назадъ совершенно не могъ исполнять своихъ отвѣтственныхъ обязанностей, рѣчь замѣтно разстроилась, почему онъ былъ устраненъ отъ должности и отправленъ въ желѣзнодорожную больницу, хотя самъ М. ни на что не жаловался и отрицалъ свое болѣзненное состоявіе. Консиліумомъ врачей у М. была установлена наличность душевнаго расстройства, въ формѣ прогрессивнаго паралича, и онъ былъ отправленъ въ Лѣчебницу.

На пріемѣ больной вялъ, апатиченъ, знаетъ, куда пріѣхалъ, время опредѣляетъ правильно. Вполнѣ критически отнестись къ своему положенію не въ состояніи, считаетъ себя здоровымъ, высказываетъ удивленіе, зачѣмъ его сюда отправили. Въ разговорахъ разсѣянъ, забывчивъ, повторяетъ одно и тоже по нѣскольку разъ. Рѣчь больного затруднена, выговоръ словъ не ясенъ, нѣкоторыхъ словъ выговорить совсѣмъ не можетъ; чего самъ не замѣчаетъ.

При физическомъ изслѣдованіи обнаружено слѣдующее: больной ниже средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Кожа чиста, подкожный жиръ развитъ въ достаточномъ количествѣ. Костная и мышечная системы развиты правильно. Правая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ лѣвая.

Правая сторона лица мало участвуетъ въ мимическихъ движеніяхъ, правый уголь рта опущенъ. Языкъ при высовываніи дрожить, въ немъ замѣтны толькообразныя движенія. Зрачки неравнобѣрны: правый шире лѣваго. Реакція ихъ на боль, свѣтъ и аккомодацию вяла, замедлена. Въ рукахъ сильный треморъ, движенія правой руки атактичны. Походка медленна, правой ногой при ходьбѣ больной задѣваетъ часто полъ и сильно наступаетъ на неё. Пателлярные и другіе сухожильные рефлексy рѣзко повышены. Кожная болевая чувствительность, а также тактильная и термическая сохранены повсюду. Сила рукъ сохранена, при напряженіяхъ мышцъ появляется рѣзкое дрожаніе. Съ закрытыми глазами и сдвинутыми носками стоитъ слегка покачиваясь. Дермографизмъ рѣзко выраженъ повсюду. Со стороны легкихъ незначительный бронхитъ, мѣстами слышны сухіе хрипы. Тоны сердца чисты. Пульсъ полный 72 въ 1'. Температура подъ мышкой 36,9°. Брюшные органы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Въ отлѣненіи больной большею частію спокоенъ, тихъ, время проводитъ за чтеніемъ книгъ. Къ своему положенію относится безразлично, если изрѣдка и справляется о томъ, когда ему можно ѣхать домой, то дѣлаетъ это только потому, что другіе больные объ этомъ же спрашиваютъ, самъ же онъ своимъ положеніемъ доволенъ, считая себя здоровымъ. Память и соображеніе значительно понижены: за текущимъ временемъ не слѣдитъ, не можетъ запомнить имени надзирателя и доктора, хотя объ этомъ ему ежедневно напоминаютъ. Отъ физическаго труда отказывается, заявляя, что онъ „отдыхаетъ здѣсь и наработался на службѣ достаточно“. По временамъ больной былъ растерянъ, какъ бы огуленъ, плохо понималъ, о чемъ его спрашивали, старался больше лежать въ постели и когда вставалъ къ столу, то обратно не находилъ своего мѣста, и ложился на чужія кровати. Въ это время у больного—усиленный треморъ въ конечностяхъ, взглядъ мутный, бессмысленный, зрачки сильно расширены, рѣчь болѣе затруднена. Изрѣдка больной плакалъ, приводя самыя незначительныя причины слезъ, заявляя, что у него „отобрали при поступленіи одежду и не отдають“ и т. п. Жилъ исключительно растительной жизнью: пилъ, ѣлъ, спалъ.

Такое же психическое состояніе больного было и въ мартѣ 1903 г., когда приступлено было къ измѣренію температуры. Въ физическомъ отношеніи: явленія бронхита исчезли, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи внутреннихъ органовъ

какихъ либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Моча, взятая нѣсколько разъ для изслѣдованія, прозрачна, кислой реакціи, слабо желтаго цвѣта, уд. вѣса 1,020—1,022—1,018—1,025, бѣлка и сахару не содержала. Суточные количества колебались отъ 960 до 1500 с. с.

Съ 19—22, съ 28—31 марта, съ 6—10, съ 15—18 апрѣля, съ 25 апрѣля по 7 мая и съ 14—19 мая, больной былъ спокоенъ, тихъ, вѣлъ, сидѣлъ все время за книгой (читалъ первую попавшуюся книгу) ничѣмъ себя особеннымъ не проявлялъ, ходилъ въ праздники въ церковь, хотя зналъ объ этомъ только потому, что другіе собирались. Память и соображеніе въ значительномъ упадѣ. Не могъ разсказать о чемъ только что читалъ, на разспросы отдѣлывался тѣмъ, что онъ любитъ „читать о жизни святыхъ“. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны.

23—27 марта, 1—5, 11—14 апрѣля 8—13 мая, больной казался оглушеннымъ, съ растеряннымъ видомъ сидѣлъ или стоялъ на одномъ мѣстѣ, больше стремился лежать. На предлагаемые вопросы не отвѣчаетъ ни слова, изрѣдка, съ большимъ трудомъ, произноситъ какое-нибудь слово, не относящееся къ вопросу, больше отмалчивался. При обращеніи къ нему съ вопросомъ рѣзко мѣнялся въ лицѣ. Окраска лица неравномѣрна, съ правой стороны рѣзче выступала и медленно исчезала. Въ рукахъ сильный треморъ. 12 апрѣля утромъ плакалъ, не объясняя причины слезъ, упорно отказывался встать съ постели и идти въ кабинетъ для измѣренія температуры, но чрезъ нѣкоторое время подошелъ самъ къ двери кабинета, раздѣлся до нага и легъ на обыденное мѣсто, гдѣ ему измѣряли температуру. Спалъ ночами плоховато, что-то шепталъ, жестикулировалъ. Къ столу на зовъ шелъ, но мѣста своего не находилъ. Ълъ порядочно. Отправленія кишечника правильны.

19—24 апрѣля. Повышенно астроенъ. Сильно заплетающимся языкомъ, съ трудомъ выговаривая слова, съ выраженіемъ удовольствія на лицѣ сообщаетъ, что онъ „скоро поѣдетъ домой“.... „жениться“.... у него есть „хорошая невѣста“.... дома есть у него „новая пара, пиджакъ, брюки.... новая шапка“.... и т. д. Говоритъ много, не обращая вниманія на предлагаемые вопросы и только послѣ повторенія нѣсколько разъ вопроса можно еще получить какой-либо

отвѣтъ. Окружающимъ больнымъ все время трактуетъ „о своей женитьбѣ“. Зрачки сильно расширены, неравномѣрны. Правый зрачекъ почти вдвое шире лѣваго. Въ рукахъ сильный треморъ. Тактильная и болевая чувствительности всюду сильно повышены; достаточно слегка притронуться къ кожѣ больного, онъ вздрагиваетъ всѣмъ тѣломъ. 22 и 23 апрѣля у больного наблюдалось болѣе сильное покраснѣніе кожи на правой щекѣ, правомъ ухѣ, на правой сторонѣ груди и правой рукѣ. Въ правой рукѣ движенія сильно атактичны, больной не въ состояніи былъ застегнуть пуговицы. 24 апрѣля разницы въ окраскѣ уже не замѣтно, но больной также настроенъ нѣсколько повышенно. Спитъ ночами плохо. Отпавленія кишечника изрѣдка задержаны, но болѣею частью ежедневны. Замѣтно нѣкоторое недержаніе мочи: больной иногда не успѣваетъ дойти до ватера и смачиваетъ бѣлье и брюки. Кушаль порядочно, но приходилось помогать ему, такъ какъ правая рука плохо повиновалась.

Измѣненіе температуры у даннаго больного внутренней, *in recto* и подѣ мышками, было произведено съ 16 марта по 19 мая 1903 г., периферической—съ 16 марта по 9 апр.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XXII, крив. № 1) крайне разнообразна въ своихъ колебаніяхъ. Температура или держится въ предѣлахъ нормы и совершаетъ незначительныя суточные колебанія или превышаетъ норму, достигая $38,5^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$, представляетъ суточные колебанія въ 1° — $1,2^{\circ}$ — $1,4^{\circ}$. Чередуваніе періодовъ нормальной температуры съ періодами болѣе высокой, превышающей норму, происходитъ то правильно чрезъ 4—5 дней, то менѣе правильно чрезъ 7—13 дней. Соотвѣтственно этимъ измѣненіямъ температуры измѣнялось и психическое состояніе больного. Въ періоды повышенной температуры больной былъ, какъ-бы оглушенный, растерянь, совсѣмъ не воспринималъ слышанныя вопросы, или, какъ это отмѣчено съ 19—24 апр., повышенно настроенъ, болтливъ. При высокой температурѣ у больного отмѣчались явные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ кожи на одной половинѣ тѣла, расширеніе зрачковъ, сильный

треморъ и тому подобныя явленія. При пониженіи температуры больной велъ себя спокойно, тихо и психическія отправления его были сообразны общему теченію болѣзни. Суточные колебанія температуры были, большею частію, правильнаго интермиттирующаго типа, съ вечерними повышеніями и утренними пониженіями, изрѣдка наблюдался извращенный типъ. (16 го, 22 марта, 25 го и 30 апр).

Пульсовая кривая (табл. XXII, крив. № 1) совершаетъ свои колебанія между 66—106 уд. въ 1'. Суточные колебанія ея крайне неравномѣрны, то въ 6—12 уд., то въ 18 уд., то совсѣмъ безъ разницы между утромъ и вечеромъ. Количество пульса не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. При повышеніи температуры до $38,2^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ и при нормальной температурѣ, какъ это было въ мартѣ и въ началѣ апрѣля, количество пульса или 78—84 или 72—78 уд. въ 1' или замедляется до 66. При болѣе значительномъ повышеніи температуры до $38,8^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$, количество пульса достигаетъ 90—102—106 уд. въ 1', что мы наблюдали во второй половинѣ апрѣля. 25—26—27 апрѣля, когда температура уже пала до $37,4^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$ и даже $36,8^{\circ}$, количество пульса еще держится на 90—84 въ 1', а затѣмъ уже постепенно замедляется до 66 уд. въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XXII, крив. № 1) въ своихъ колебаніяхъ также непостоянна и суточные колебанія ея неравномѣрны въ 3—6—9 дых. Количество дыханій въ 1' колеблется между 12—30 и не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Въ особенности это рѣзко замѣтно при переходѣ съ повышенной температуры къ пониженной и обратно. Такъ, 25—26—27 апр., когда температура уже пала до $37,2^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$, количество дыханій еще держится на 24 въ 1' и затѣмъ уже замедляется до 18—12 дых.

Кривыя температуры подѣ мышками (табл. XXII, крив. № 2) въ своихъ колебаніяхъ вполнѣ слѣдуютъ за колебаніями кривой температуры *in recto*. Въ періоды повышенія температура подѣ мышками достигаетъ до $37,8^{\circ}$ — 38° — $38,4^{\circ}$ —

38,8°, въ періоды пониженія или держится на 37°, совершая колебанія въ 0,2°—0,3°—0,5°, то выше, то ниже 37°. Подъ правой мышкой температура держится почти все время выше, чѣмъ подъ лѣвой на 0,2°—0,3°—0,5°—0,6°—0,7°. 20, 21, 22 марта и съ 24 апр. по 8 мая превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. Болѣе рѣзкая разница между температурами той и другой стороны наблюдается именно, съ 24 апр. по 5 мая, когда она доходитъ до 0,8°. Этотъ промежутокъ времени наступилъ послѣ значительнаго повышенія температуры, когда у больного наблюдались сосудистыя разстройства кожи на правой половинѣ лица и тѣла.

Кривыя температуры на лбу у больного (табл. XXII, крив. № 3) колеблются на болѣе высокихъ точкахъ (35,2°—37°), чѣмъ у здороваго (33,5°—35°). Суточные колебанія ихъ болѣе значительны до 0,8°—1°—1,2°—1,4°. Съ правой стороны лба температура почти все время превышаетъ температуру слѣва на 0,2°—0,4°—0,6°. Только въ промежутокъ времени 20—21—22 марта, превышеніе переходитъ на лѣвую сторону.

На сосцевидныхъ отросткахъ температура у больного (табл. XXII, крив. № 4) держится между 35,5°—37,5°, въ предѣлахъ 2°, у здороваго—между 35°—35,8°, въ предѣлахъ 0,8°. Температура, измѣренная одновременно на той и другой сторонахъ, держится не на одной высотѣ. Превышеніе переходитъ то на правую, то на лѣвую сторону. Разница между температурами на томъ и другомъ сосцевидномъ отросткѣ достигаетъ до 0,3°—0,4°—0,5°—0,6°—0,8°.

Температура на груди у больного (табл. XXII, крив. № 7) совершаетъ свои колебанія между 35,2°—37°, въ предѣлахъ 1,8°, у здороваго—между 34,5°—35,5°, въ предѣлахъ 1°. Съ правой стороны груди температура держится выше, чѣмъ съ лѣвой на 0,3°—0,4°—0,5° и только 20—21 и 22 марта превышеніе переходитъ на лѣвую сторону.

На срединѣ того и другого плеча температура у больного (табл. XXII, крив. № 6) колеблется на болѣе высокихъ

точкахъ, ($34,8^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$) чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$). На правомъ плечѣ температура держится выше, чѣмъ на лѣвомъ на $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$. Превышеніе на лѣвомъ плечѣ наблюдается въ тѣже дни: 20—21—22 марта.

Кривыя температуры на бедрахъ больного (табл. XXII, крив. № 5) совершаютъ свои колебанія (32° — $34,8^{\circ}$) почти въ тѣхъ же предѣлахъ, какъ и у здороваго ($32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$). Температура на правомъ бедрѣ все время превышаетъ температуру на лѣвомъ, разница между ними достигаетъ $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$. Превышеніе температуры на лѣвомъ бедрѣ наблюдалось лишь два дня 21 и 22 марта.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ температура часто превышаетъ норму. Повышенная температура держалась 5—6 дней и наступала періодически, смѣняясь такими же или болѣе продолжительными, въ 13 дней, періодами нормальной температуры. Періоды повышенной температуры сопровождались соответствующими измѣненіями въ психической сферѣ и явными признаками раздраженія коры головного мозга, въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ кожи на правой половинѣ тѣла, расширенія зрачковъ и проч.

Температура подъ мышками и периферическая, измѣренная одновременно на той и другой сторонѣ тѣла, указываетъ на неравномѣрное распредѣленіе тепла въ организмъ. Въ данномъ случаѣ на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ температура съ правой стороны держится выше, чѣмъ слѣва. Паретическія явленія сильнѣе выражены на правой же сторонѣ тѣла. Нѣкоторое, какъ-бы исключеніе изъ этого наблюдалось 20—21—22 марта, когда болѣе большее согрѣваніе происходило на лѣвой сторонѣ. Тоже самое мы видѣли съ 25 апр. по 7 мая, при обзорѣ кривыхъ температуры подъ мышками.

Всѣ тѣла больного за время измѣренія температуры измѣнялся слѣдующимъ образомъ:

15 марта	147 ф.	5 апрѣля	147 ф.	3 мая	147 ф.
22 "	148 ф.	12 "	146 ф.	10 "	150 ф.
29 "	146 ф.	19 "	151 ф.	17 "	150 ф.
		26 "	149 ф.		

Разсматривая эти данныя съ измѣненіями температуры можно замѣтить, что послѣ перваго періода повышенной температуры, съ 23 по 27 марта, вѣсь тѣла упалъ съ 148 на 146 ф. Болѣе рѣзкое измѣненіе вѣса произошло послѣ значительнаго повышенія температуры съ 19—24 апр., когда вѣсь тѣла упалъ съ 151 ф. на 149—147 ф. Въ общемъ вѣсь тѣла постепенно прибывалъ *).

Наблюденіе XXII. И. Е. Р. 48 лѣтъ, русскій, купецъ, холостъ, поступаетъ въ Лечебницу въ 3-й разъ 26 февр. 1901 г.

Изъ анамвстическихъ свѣдѣній, сообщенныхъ при приѣмѣ больного въ Лечебницу въ первый разъ, извѣстно слѣдующее: И. Е. Р. захворалъ приблизительно съ годъ тому назадъ. Сначала болѣзнь проявилась повышеннымъ самочувствіемъ, самодовольствомъ, безцѣльнымъ мотовствомъ и цинизмомъ въ обществѣ дамъ, однажды наблюдался судорожный эпилептиформный припадокъ. Въ прошломъ у Р. имѣется сифилисъ, отъ котораго онъ лечился ртутными впрыскиваніями. О состояніи здоровья родителей и родственниковъ Р. ничего не извѣстно. Первый разъ больной былъ въ Лечебницѣ съ 15 декабря 1899 г. по 8 іюля 1900 г. При приѣмѣ и за время нахожденія больного въ Лечебницѣ онъ представлялъ изъ себя слѣдующее: роста ниже средняго, крѣпкаго тѣлосложенія, посредственнаго питанія. Кожа чиста, подкожный жировой слой развитъ въ достаточномъ количествѣ. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Черепъ по своимъ размѣрамъ и конфигураціи отъ нормы не уклоняется. Зрачки расширены, неравномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ вяла. Ушные сережки недоразвиты и приращены. Лицо рѣзкой ассиметріи не имѣетъ. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ, на biceps, triceps brachii сохранены, кожные, брюшной и на m. cremaster—оживлены. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду: на уколъ булавки большой реагируетъ достаточно. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Походка неразстроена. Незначительный треморъ въ

*) Исторія болѣзни ведена д—рами: Болдыревымъ и Сергѣевымъ.

рукахъ. Съ психической стороны: больной казался испуганнымъ, растеряннымъ, движенія неуверенны, суетливы. На вопросы отвѣчаетъ неохотно, односложно, едва слышно. Гдѣ находится знаетъ, но чтобы получить отъ него отвѣтъ нужно было предложить рядъ вопросовъ и перечислить нѣсколько больницъ. Больной вѣрно называлъ день и число, въ который поступилъ, но отказался назвать мѣсяцъ и годъ. На всѣ вопросы большею частию отвѣчаетъ: „да... да“... или „нѣтъ... конечно“.... и продолжаетъ это повторять и тогда, когда вопросы ему не предлагаютъ. Отъ окружающихъ больной сторонится, въ постели не лежитъ, а больше стоитъ около нея. Сначала отказывался отъ пищи, объясняя, что онъ человѣкъ „бѣдный“ „платить ему нечѣмъ“. Лишь послѣ настойчивыхъ уговоровъ, что за содержаніе ничего не возьмутъ, больной сталъ ѣсть, какъ слѣдуетъ. Ночами спалъ плоховато, приходилось прибѣгать къ помощи hypnotica. Изрѣдка высказывалъ идеи бреда ипохондрическаго характера заявляя, что у него „нѣтъ голоса“, „моча не идетъ“, въ это время у больного наблюдалось переполненіе пузыря, такъ что приходилось прибѣгать къ катетеру. Временами нѣсколько оживлялся, высказывалъ настойчивыя стремленія выписаться изъ Лечебницы заявляя, что онъ „теперь здоровъ“, но по прежнему отмѣчались: слабость памяти и соображенія, при разспросахъ неразговорчивость, малоподвижность. Въ одно изъ послѣднихъ состояній больной былъ взятъ сестрой изъ Лечебницы.

Тоже самое психическое и физическое состояніе отмѣчалось у больного и во время пребыванія въ Лечебницѣ во второй разъ, съ 25 сентября по 14 декабря 1900 г. При поступленіи въ Лечебницу въ третій разъ и за время нахожденія въ ней у больного отмѣчалось слѣдующее: также хорошо упитанъ. Лицо нѣсколько ассиметрично, правая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ лѣвая. Зрачки также неравнобѣжны: правый шире лѣваго. Реакція ихъ почти отсутствуетъ. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Правый уголъ рта стоитъ нѣсколько ниже лѣваго. Движенія въ рукахъ замѣтно атактичны, сила ихъ не ослаблена. Рефлексы и кожная болевая чувствительность въ томъ же состояніи. Походка рѣзко атактична. Рѣчь сильно затруднена, выговоръ словъ не ясенъ. При про-

изношеніи словъ въ мышцахъ лица наблюдаются судорожныя сокращенія, больной, при этомъ надуваетъ щеки, вздыхаетъ. На вопросы или отмалчивается или даетъ односложные отвѣты, большею частію одинъ другому противорѣчащій, на одинъ и тотъ же вопросъ разъ скажетъ „да“, другой разъ „нѣтъ“ или „конечно“. Текущаго времени не знаетъ. Настроеніе больного также измѣнчиво, больной то подавленъ, молчаливъ, уединяется, избѣгаетъ встрѣчъ съ ординаторомъ, то нѣсколько оживляется, настойчиво просится домой, стремится воспользоваться случаемъ уйти, торкается во всѣ двери. По временамъ высказывалъ идеи бреда заявляя, что у него „тѣло растетъ“, онъ „полнѣетъ“, при этомъ разстегиваетъ воротъ рубашки, снимаетъ верхнее платье, объясняя, что ему „узко, тѣсно“, Сонъ и аппетитъ все время хороши.

Въ іюлѣ 1901 г. когда было приступлено къ измѣренію температуры, больной въ физическомъ отношеніи представлялъ тѣже явленія, которыя отмѣчены при поступленіи. Самое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не дало никакихъ уклоненій отъ нормы. Моча выдѣляется правильно, интенсивно желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1,024—1,025, бѣлка и сахару не содержала. Съ психической стороны, наблюдается значительное ослабленіе памяти и соображенія. На предлагаемые вопросы говорить тихо и даетъ односложные отвѣты, послѣ повторенія вопроса. Часто самъ обращается съ просьбой отпустить его „домой“, заявляя: „я здоровъ“.

22 іюля—10 августа. Больной держится уединенно. Къ каждому врачу, проходящему чрезъ отдѣленіе, къ надзирателю или служителю обращается съ одной и той же просьбой, отпустить его домой, заявляя, что онъ „здоровъ“. При этомъ постоянно дѣлаетъ ртомъ жевательныя движенія. На предлагаемые вопросы ограничивается односложными отвѣтами: „да.. нѣтъ... конечно“...; часто, повидимому, плохо понимая вопросъ. Не можетъ опредѣлить текущее время, не въ состояніи сказать сколько времени онъ находится въ Лечебницѣ. Часто стоитъ гдѣ-нибудь и самъ съ собой разговариваетъ, жестикулируетъ. 4 го августа у больного была замѣчена рѣзкая разница въ окраски кожи на ногахъ, вся лѣвая нога отъ пахового сгиба была краснѣе правой, въ это время больной, при ходьбѣ нѣсколько волочилъ лѣвую ногу. Спитъ и ѣстъ порядочно.

11 августа. Суетливъ, растерянъ, то стоитъ гдѣ-либо въ сторонѣ, то подходитъ къ дверямъ, стараясь отворить ихъ. Совершенно не понимаетъ, что ему говорятъ и только повторяетъ: „да..., да... конечно“.... За столомъ во время ужина и обѣда не сидѣлъ, то и дѣло вскакивалъ. Ночь спалъ плохо, часто вставалъ и стоялъ около постели. 12, съ утра также суетливъ, растерянъ. Къ вечеру около 5 часовъ наступилъ сильный судорожный припадокъ, чрезъ полчаса еще два припадка, одинъ за другимъ. Судороги были общія тоникоклонического характера. Послѣ этого больной лежалъ часа три въ сопорозномъ состояніи. Ночью судорожные приступы повторялись чрезъ каждые полчаса—часъ. Былъ положенъ ледъ на голову. Моча задержана и спущена чрезъ катетръ. Кишечникъ опорожненъ клизмой.

13—14. Лежитъ въ сопорозномъ состояніи. Правая рука и нога совершенно парализованы, въ лѣвой рукѣ и ногѣ и правой половинѣ лица постоянныя судорожныя подергиванія, затихающія только на нѣсколько минутъ. Были введены чрезъ зондъ вмѣстѣ съ кружкой молока сердечныя средства и бромъ съ хлораль-гидратомъ.

15—16. Все время лежитъ въ постели, по временамъ дѣлаетъ попытку встать, но не можетъ и валится обратно. Въ правой половинѣ лица время отъ времени появляются судорожныя подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ. Правый уголъ рта опущенъ. Правая рука и нога совершенно парализованы. Въ лѣвыхъ конечностяхъ активныя движенія возможны. Больной совершенно не понимаетъ предлагаемыхъ вопросовъ, ни слова не произносить, а только мычить. Былъ накормленъ съ ложки. Моча выдѣляется часто небольшими количествами. Неопрятенъ въ постели.

17—22. Появился обильный потъ. Больной встаетъ и ходитъ свободно. Правая рука опущена, движенія въ ней незначительны. Изрѣдка появляются подергиванія праваго угла рта. Больной ни слова не можетъ произнести, плохо понимаетъ, что ему говорятъ, но иногда точно исполняетъ, что его просятъ сдѣлать. Также высказываетъ желаніе уйти и сдѣлалъ даже попытку залезть на окно. Кормился также съ ложки. Сонъ и аппетитъ достаточны. Недержанія мочи не замѣтно. Отправленія кишечника правильны.

23—28. Движенія въ правой рукѣ возстановились. Больной ходитъ свободно. Суетливъ, постоянно стремится къ выходной

двери. Стараются что-то сказать, но произносить только отдѣльные слоги: „та.... ну.... хо“.... Когда попросили больного написать, чего онъ желаетъ, то написалъ также нѣсколько отдѣльныхъ слоговъ. Отказывается отъ измѣренія температуры и даже оказываетъ нѣкоторое сопротивленіе, а затѣмъ и совсѣмъ отказался и началъ сильно этому сопротивляться. Сонъ и аппетитъ достаточны.

Измѣреніе температуры, какъ внутренней, такъ и периферической, у даннаго больного, было произведено съ 27 іюля по 28 августа 1901 г.

Кривая температуры *in recto* (табл. XXIII, крив. № 1) колеблется неравноѣрно, то дѣлаетъ незначительныя колебанія $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, то болѣе значительныя въ 1° — $1,4^{\circ}$ — $1,8^{\circ}$. Соотвѣтственно этому температура или держится въ предѣлахъ нормы, или превышаетъ её, иногда же опускается до субнормальныхъ точекъ. При болѣе однообразномъ психическомъ состояніи температура держится въ предѣлахъ нормы. За день до наступленія припадковъ, 11 августа, температура поднялась до 38° , съ появленіемъ судорожныхъ припадковъ она поднимается еще выше до $38,8^{\circ}$ и держится на высокихъ точкахъ все время припадочнаго состоянія. 15 и 16 августа, когда припадки уже прекратились и наблюдаются лишь легкія подергиванія отдѣльныхъ мышцъ, температура по вечерамъ достигаетъ 38° — $38,4^{\circ}$. Затѣмъ 17-го, при появленіи обильнаго пота температура сразу опускается до $36,5^{\circ}$ и въ слѣдующіе три дня едва превышаетъ 37° . 22-го она падаетъ еще ниже, ($36,4^{\circ}$) а потомъ постепенно приходитъ въ прежнія границы. Въ это послѣднее время параличи въ правой половинѣ тѣла восстанавливаются, но явленія афазіи остаются до конца измѣренія.

Пульсовая кривая (табл. XXIII, крив. № 1) дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія, держась въ предѣлахъ 66—120 уд. Количество ударовъ пульса не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. 29-утромъ, при температурѣ $37,3^{\circ}$ —пульсъ 96 въ 1'. Въ періодъ нормальной температуры пульсъ крайне измѣнчивъ то держится между 72—78 уд., то достигаетъ до

90, то между 78—84 уд. За три дня до припадка пульсъ дѣлаетъ рѣзкія колебанія между 78—102 въ 1'. На третій день припадковъ пульсъ достигаетъ 120 въ 1'. При наступленіи послѣприпадочнаго состоянія пульсъ сразу замедляется съ 96 до 66 въ 1', затѣмъ вновь дѣлаетъ рѣзкія колебанія между 72—90 уд. въ 1'.

Дыхательная кривая (табл. XXIII, крив. № 1) также крайне измѣнчива въ своихъ колебаніяхъ, пока температура держится въ предѣлахъ нормы. Количество дыханій въ 1' то между 21—24, то достигаетъ 28, за три дня до припадочнаго состоянія количество дыханій начинаетъ учащаться до 30—33 въ 1'. Въ періодъ припадка держится также между 30—33 въ 1' и т. д.

Температура подъ мышками у больного (табл. XXIII, крив. № 2) держится нѣсколько выше, чѣмъ у здороваго. Въ дни припадочнаго состоянія еще болѣе повышається до $37,8^{\circ}$ — 38° , послѣ же припадковъ падаетъ значительно ниже температуры здороваго, опускаясь до $35,5^{\circ}$ — $35,6^{\circ}$. Подъ правой мышкой температура держится все время выше, чѣмъ подъ лѣвой на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$. На лѣвой сторонѣ превышеніе температуры наблюдалось въ дни послѣ припадковъ: 17-го, 18-го, 21 и 22 августа.

Кривыя температуры на лбу у больного (табл. XXIII, крив. № 3) совершаютъ свои колебанія почти въ тѣхъ же предѣлахъ, (33° — $35,5^{\circ}$) какъ и у здороваго ($33,5^{\circ}$ — 35°) и только въ періодъ припадковъ и два дня послѣ припадковъ, съ 14—16 августа, держится выше, чѣмъ у здороваго. Температура на той и другой сторонѣ лба стоитъ не на одной высотѣ, разница между ними достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — 1° . Превышеніе большею частію наблюдается на правой сторонѣ и только съ 7—10 августа и въ періодъ припадочнаго состоянія съ 12 по 17 авг., температура на лѣвой сторонѣ лба выше, чѣмъ на правой.

На сосцевидныхъ отросткахъ у больного (табл. XXIII, крив. № 4) температура въ первое время не превышаетъ

(34—35,8°) температуру здороваго (35°—35,8°), но при паденіи достигаетъ болѣе низкихъ точекъ. Въ періодъ припадочнаго состоянія держится выше, чѣмъ у здороваго. Температура на томъ и другомъ сосцевидномъ отросткѣ держится неодинаково, разниа достигаетъ 0,5°—0,6°—0,7°. Первое время превышеніе наблюдается на правой сторонѣ, но съ 10 августа и до конца измѣреній температура на лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ держится выше, чѣмъ на правомъ.

Температура на груди у больнаго (табл. XXIII, крив. № 5) держится ниже, (35,6°—35,3°) чѣмъ у здороваго (34,5°—35,5°), но въ періодъ припадковъ 14, 15 и 16 авг., нѣсколько превышаетъ норму. На той и другой сторонѣ груди температура неодинакова, разниа достигаетъ 0,4°—0,6°—0,8°. На правой сторонѣ болѣею частію держится выше, чѣмъ на лѣвой и только въ нѣкоторые дни превышеніе переходитъ на лѣвую сторону. (3-го, 7, 11, 14 и 19 авг.).

На срединѣ того и другого плеча температура у больнаго (табл. XXIII, крив. № 6) значительно ниже (33,2°—34,8°), чѣмъ у здороваго (34,5°—35,7°), но въ періодъ припадковъ держится выше (35°—36,8°). На правомъ плечѣ температура, преимущественно выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разниа достигаетъ 0,5°—0,6°—0,7°, только 14 августа утромъ превышеніе переходитъ на лѣвую сторону.

На бедрахъ температура у больнаго (табл. XXIII, крив. № 7) держится (30°—34°) ниже, чѣмъ у здороваго, (32,6°—34,5°), въ періодъ припадковъ едва достигаетъ до высокихъ точекъ температуры здороваго. На правомъ бедрѣ температура почти все время превышаетъ таковую же на лѣвомъ, разниа достигаетъ 0,3°—0,5°—0,6°—0,8°. Въ періодъ времени, съ 2 по 8 августа, на лѣвомъ бедрѣ температура держится выше, чѣмъ на правомъ. Въ это время, а именно 4 авг. у больнаго было наблюдаемо разстройство сосудовъ кожи на лѣвомъ бедрѣ и разниа достигала 2° въ пользу лѣвой стороны.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ, внутренняя температура при обыденномъ состояніи больнаго держится въ предѣ-

лахъ нормы и изрѣдка достигаетъ 38° . За день до появленія судорожныхъ припадковъ она поднялась до 38° , съ наступленіемъ судорожныхъ припадковъ она повышается еще болѣе— $38,8^{\circ}$ и держится на высокихъ точкахъ все время припадковъ и еще два дня, когда у больного наблюдались лишь рѣдкія подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ въ правой половинѣ лица и гемиплегія правой стороны тѣла, а затѣмъ она послѣ значительнаго паденія до $36,6^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$, хотя у больного еще наблюдаются рѣдкія подергиванія праваго угла рта, постепенно начинаетъ подниматься до обычныхъ предѣловъ.

Результаты измѣренія температуръ, подъ мышками и периферической на симметричныхъ мѣстахъ, указываютъ на неравномѣрное распредѣленіе тепла въ той и другой половинѣ тѣла. Въ правой сторонѣ тѣла, на всѣхъ точкахъ приложенія термометровъ, температура держится выше, чѣмъ на лѣвой. Паретическія явленія выражены на правой же сторонѣ. Нѣкоторое отступленіе отъ этого наблюдается на температурѣ на лбу и сосцевидныхъ отросткахъ, гдѣ за время припадочнаго состоянія температура на лѣвой сторонѣ превышаетъ таковую же на правой, а также температура на лѣвомъ бедрѣ, при появленіи сосудистыхъ разстройствъ кожи, держится выше, чѣмъ на правомъ.

За время измѣренія температуры больного, въ виду его отказа и сопротивленія, не взвѣшивали *).

Наблюденіе XXIII. Н. П. А. 45 лѣтъ, русскій, сынъ чиновника, холостъ, писарь, поступилъ въ Лечебницу 6 іюля 1901 г.

Со стороны наследственнаго предрасположенія извѣстно, что отецъ А. былъ потаторъ, мать—нервная женщина. Двѣ сестры и братъ—совершенно здоровые люди. Самъ А. былъ исполнительнымъ, дѣльнымъ работникомъ, но имѣлъ съ молодыхъ лѣтъ пристрастіе къ алкоголю, пилъ постоянно и вре-

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

менами въ продолженіи одной-двухъ недѣль очень помногу. Никакими болѣзнями не страдалъ. Сифилисъ и другія венерическія болѣзни совершенно больнымъ отрицаются. Послѣдніе два года пересталъ пить. Съ годъ тому назадъ у больного стала замѣтно слабѣть память, онъ сталъ разсѣянъ, перепутывалъ нужныя бумаги, совершенно не въ состояніи былъ составить самой простой бумаги. На ряду съ этимъ у А. развивалась и физическая слабость: походка сдѣлалась шаткой, неувѣренной, въ рукахъ сильное дрожаніе, рѣчь затруднена, невнятна. А. сталъ беззащитнымъ, случалось, что къ гостямъ выходилъ въ одномъ бѣльѣ. Временами былъ возбужденъ, раздражителенъ безъ всякаго повода, беспокоенъ. Изрѣдка появлялись приступы головокруженія и больной палалъ. Мѣсяца 4 назадъ у больного нѣкоторое время наблюдались судорожныя подергиванія въ лѣвой половинѣ лица, рѣзкое расстройство рѣчи и неполный параличъ правой руки. Въ началѣ болѣзни былъ чрезмѣрный аппетитъ, но потомъ больной сталъ ѣсть умеренно. Ночами спалъ хорошо.

На пріемѣ А. спокоенъ, настроенъ безразлично. На вопросы отвѣчаетъ, но долго думаетъ прежде, чѣмъ сказать. Текущаго времени не знаетъ, совсѣмъ не сознаетъ своего состоянія. Давно прошедшія событія путаетъ съ настоящими. Рѣчь больного расстроена: при произношеніи словъ дѣлаетъ значительныя усилія, но пропускаетъ слога и буквы. Въ физическомъ отношеніи больной представлялъ изъ себя субъекта высокаго роста, посредственнаго тѣлосложенія, достаточнаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста, подкожный жиръ развитъ умеренно. Костная и мышечная системы развиты правильно. Въ конфигураціи черепа какихъ либо уклоненій не отмѣчается. Подкожныя лимфатическія железы не увеличены. Лицо нѣсколько ассиметрично: правая носогубная складка слабѣе выражена, чѣмъ лѣвая, правый уголь рта опущенъ. Зрачки нѣсколько сужены, неравномѣрны, лѣвый зрачекъ шире праваго. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія. Кожная болевая чувствительность сохранена повсюду, нѣсколько повышена. Пателлярные и другіе сухожильные и кожные рефлексы рѣзко выражены, съ правой стороны болѣе оживлены, чѣмъ съ лѣвой. Въ рукахъ сильный треморъ. Движенія рукъ атактичны, въ правой рукѣ атаксія рѣзче, чѣмъ въ лѣвой. Походка паралитическая: при ходьбѣ больной постоянно задѣваетъ полъ пра-

вой ногой. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено.

Въ отдѣленіи больной тихъ, спокоенъ, держится уединенно, съ окружающими въ разговоры не вступаетъ, знаетъ, гдѣ находится, но совсѣмъ не могъ припомнить, когда прѣхалъ, сколько дней живетъ въ Лечебницѣ. Въ разговорѣ съ ординаторомъ благодушно заявляетъ, что чувствуетъ себя хорошо, давно-прошедшія событія считаетъ за только что случившіяся, находясь въ Лечебницѣ уже нѣсколько дней, сообщилъ, что онъ „вчера былъ на службѣ и начальникъ похвалилъ его“ за хорошее исполненіе какого-то дѣла, занимается чтеніемъ, но совершенно не воспринимаетъ прочитаннаго. Сонъ и аппетитъ достаточны. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Всѣ тѣла 141 ф—141 ф.

Съ 27 по 31 іюля, когда начато было измѣреніе температуры, больной все время нѣсколько повышенно настроенъ. Сильно заплетающимся языкомъ часто повторяетъ въ разговорахъ съ ординаторомъ: „хорошо себя чувствую“.... „я уже совсѣмъ оправился.... сестра придетъ и возьметъ меня“.... Память и соображеніе также ослаблены. Зрачки сильно расширены, неравномѣрны: лѣвый почти вдвое шире праваго. Въ конечностяхъ рѣзко выраженъ треморъ, при движеніяхъ еще болѣе усиливается. Походка сильно атактична. 28 и 29 іюля у больного наблюдалась неравномѣрная окраска кожи: правая щека сильнѣе окрашена, на правой сторонѣ шеи и груди и правой рукѣ, покрыта красными пятнами, состоящими изъ мелкихъ красноватыхъ точекъ, на соотвѣтственныхъ мѣстахъ лѣвой стороны кожа равномѣрно нормальной окраски.

30 и 31 іюля въ лѣвой половинѣ лица частыя подергиванія отдѣльныхъ мускуловъ, въ особенности часто подергивается лѣвый уголъ рта. Отправленія кишечника нѣсколько задержаны. Изрѣдка мочился въ постели даже въ бодрственномъ состояніи. Моча при изслѣдованіи была прозрачна, темно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, удѣл. вѣса 1,020—1,022, бѣлка и сахару не содержала. Суточного количества вполне собрать ни разу не удалось. Самое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не указало никакихъ уклоненій отъ нормы.

1—16 авг. Первые два дня больной ни слова не могъ выговорить и лежалъ спокойно въ постели, затѣмъ сталъ говорить сильно заикаясь и плохо выговаривая слова. Съ 6 авг. рѣчь стала болѣе внятной, больной сталъ жаловаться на голов-

ную боль, растиралъ себѣ лобъ одѣяломъ. Въ нѣкоторые дни высказывалъ идеи бреда ипохондрическаго характера: то заявлялъ, что у него „голосу нѣтъ“ и старался говорить сквозь зубы шепотомъ, то говорилъ что „головы нѣтъ или „дыханіе пропало“. Иногда, повидимому, испытывалъ галлюцинаціи слуха, заявляя, что онъ „слышитъ съ верху голосъ Бога“, „который не велитъ ему дышать.“ Большею же частью лежалъ спокойно на постели, односложно отвѣчалъ на предлагаемые вопросы, сообщилъ, что „живетъ хорошо,“ „ждетъ сестру, которая возьметъ его домой“. Отправленія кишечника правильны. Опрятенъ. Спитъ и ѣстъ порядочно. Вѣсъ тѣла 138 ф.—140 ф.

Это психическое состояніе, наблюдавшееся въ первой половинѣ августа, продолжалось до конца ноября.

Въ декабрѣ, когда было приступлено ко вторичному измѣренію температуры, у больного наблюдалось слѣдующее:

1—6 декабря. Лежитъ въ постели, вытянувшись во весь ростъ. Ни слова не говоритъ, хотя поворачивается лицомъ къ вопрошающему. Въ лѣвой половинѣ лица частыя судорожныя подергиванія. Лѣвая рука и нога изрѣдка то сильно выпрямляются, то судорожно сгибаются. Правая половина лица сглажена, правый уголокъ рта опущенъ. Правая рука и нога безъ движеній. Кормится чрезъ зондъ, такъ какъ самъ глотать совсѣмъ не можетъ. Все время находится въ полусонномъ состояніи. Неопрятенъ въ постели. Отправленія кишечника правильны.

7—26. Не лежитъ на мѣстѣ, возится съ постельными принадлежностями, ворочаетъ матрацъ, старается разстлать одѣяло. Ни слова не отвѣчаетъ на вопросы. Все время, что-то невнятно бормочетъ, говоритъ самъ съ собой. Судорожныхъ движеній не замѣтно. Движенія въ правой рукѣ и ногѣ атактичны, больной все дѣлаетъ лѣвой рукой и помогаетъ зубами. На ногахъ держится плохо. 9-го и 20-го лежитъ въ постели выкрикиваетъ, повторяя одинъ и тотъ же звукъ или слово: „азъ... ась... та... та.“ Кормится съ ложки и ѣстъ порядочно, но глотаетъ съ трудомъ, иногда старается намазать пищею голову и лицо. Спитъ ночами плоховато, изрѣдка неопрятенъ въ постели. Отправленія кишечника нормальны, но нѣсколько задержаны.

27 декабря—3 янв. Совершенно безмысленъ, то и дѣло вскакиваетъ и стремится куда-то, молча оказывая сопротивленіе, когда удерживаютъ. Уложенный обратно въ постель, лежитъ

нѣкоторое время спокойно, а затѣмъ сталкиваетъ подушку, сбрасываетъ одѣяло, ворочается съ боку на бокъ, возится съ матрацомъ. Самъ лицу не ѣсть, стремится мазать ею голову и лицо, а потому кормится съ ложки и ѣсть порядочно. Плохо держится на ногахъ, туловище склонено въ правую сторону. Весь трясется. Движенія въ конечностяхъ крайне атактичны. Ночами спитъ плохо и засыпаетъ немного при снотворномъ (sulfonal). Неопытенъ въ постели или около. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено. Отправленія кишечника задержаны, опорожненіе его возможно только послѣ клизмы. Моча не держится и выходитъ постоянно по каплямъ, собранная нѣсколько разъ въ небольшомъ количествѣ (150—280 с.с.) бѣлая и сахару не содержала, была прозрачна, интенсивно-желтаго цвѣта, кислой реакци, уд. вѣс. 1,018—1,020.

4-го днемъ также суетливъ, безсмысленъ. Съ половины ночи лежитъ въ простраціи. Изъ рта выходитъ пѣнистая жидкость. Въ лѣвой половинѣ лица, тѣла и конечностяхъ постоянныя судорожныя подергиванія. Правая половина совершенно парализована. Рѣзко выраженъ общій ціанозъ. Пульсъ слабого наполненія до 90 въ 1'. Дыханіе неровное, прерывистое, то учащено, то замедлено. Положенъ ледъ на голову. Черезъ зондъ введенъ бромъ и хлораль-гидратъ съ сердечными средствами. 5-го сопорозное состояніе продолжается. Въ лѣвой половинѣ лица и тѣла наблюдаются время отъ времени легкія подергиванія отдѣльныхъ мускуловъ. Дыханіе неравномѣрно, прерывисто, хрипло. Пульсъ нитевидный. Со стороны легкихъ явленія отека. Въ 6 часовъ вечера умеръ. Вскрытіе не было произведено за отказомъ родственниковъ.

Измѣреніе температуры внутренней *in recto* было произведено дважды: съ 27 іюля по 16 авг. 1901 г. и съ 3 декабря 1901 г. по 5 янв. 1902 г., подъ мышками и периферической только съ 27 іюля по 16 августа.

Температура *in recto* у даннаго больного при первомъ измѣреніи (табл. XXIV, крив. № 1) первые пять дней держится на болѣе высокихъ точкахъ, достигая 38° — $38,3^{\circ}$, въ остальное время совершаетъ незначительныя колебанія въ предѣлахъ нормы иногда опускаясь даже ниже нормы ($36,8^{\circ}$). Въ

періодъ высокой температуры больной повышенно настроенъ, у него наблюдаются явные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ значительнаго расширенія зрачковъ, разстройствъ вазомоторовъ кожи на правой половинѣ лица и туловища и судорожныя подергиванія въ лѣвой половинѣ лица. При нормальной температурѣ у больного первые два дня наблюдались явленія афазіи, а въ слѣдующіе дни рѣчь становится внятной, больной большею частію лежитъ спокойно, настроенъ повышенно, по временамъ высказываетъ идеи бреда ипохондрическаго характера. При вторичномъ измѣреніи, съ 3 дек. по 5 янв., (табл. XXIV, крив. № 1) температура первые три дня, пока у больного было припаточное состояніе, достигаетъ высокихъ точекъ $38,2^{\circ}$ — 39° , а затѣмъ въ слѣдующіе дни, съ 7 по 26 декабря, она постепенно опускается до субнормальныхъ точекъ $36,2^{\circ}$ — 36° , дѣлая въ нѣкоторые дни рѣзкія колебанія вверхъ, 9 и 20 декабря.

Съ психической стороны, съ 7 по 26 дек., у больного появилось безсмысленное безпокойство, суетливость, а въ дни высокой температуры возбужденіе, проявляющееся въ видѣ выкрикиванія отдѣльныхъ слоговъ. Съ 27 декабря по 3 янв. температура дѣлаетъ рѣзкія колебанія, достигая $38,6^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ и опускаясь иногда по утрамъ до субнормальныхъ точекъ $36,4^{\circ}$ — $36,5^{\circ}$. Въ это время больной безсмысленно безпокоенъ, стремится куда-то, паретическія явленія въ правой половинѣ тѣла усиливаются. 4-го съ утра больной также безпокоенъ, температура $37,4^{\circ}$ но къ вечеру она понижается до $38,6^{\circ}$, ночью наступаютъ судорожныя припадки. На другой день утромъ, температура поднимается еще выше (39°), припадочное состояніе продолжается — больной лежитъ въ сопорозномъ состояніи. Температура *in gastro* имѣетъ, большею частью, правильный интермиттирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, хотя нерѣдко наблюдался извращенный типъ суточныхъ колебаній (14 авг. 4, 6, 8, 10, 18, 20, 21, 28, декабря и 3 янв.)

Кривая пульса, (табл. XXIV, крив. № 1) хотя въ общемъ и слѣдуетъ за рѣзкими измѣненіями температуры, но количество пульса не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры. Въ періодъ повышенной температуры, съ 27 по 31 іюля, количество пульса между 84—90 или болѣе учащается до 96 въ 1'. Вмѣстѣ съ паденіемъ температуры 1-го авг. до 37°, пульсъ также замедляется до 72—66, но болѣе значительное замедленіе наступаетъ 3-го авг., когда температура уже вновь поднялась до 37,8°. Въ остальное время, когда температура колеблется въ предѣлахъ нормы, количество пульса держится между 66—72 въ 1'. 6-го и 13-го авг. вечеромъ, хотя температура дѣлаетъ вечернее повышеніе, но пульсъ, наоборотъ, замедленъ до 66—60 уд. въ 1'. При вторичномъ измѣреніи съ 3 декабря по 5 января, не смотря на то, что температура достигаетъ высокихъ точекъ 38,2°—39°, количество пульса 78—84 или пульсъ замедленъ до 72—60 въ 1'. Въ періоды значительнаго пониженія температуры 37°—36,4°—36,2°, пульсъ еще болѣе замедляется до 60—54 и въ нѣкоторые дни 9-го, 16 и 20 декаб., количество пульса учащается до 72—78 въ 1'. 9-го и 20-го этому учащенію соотвѣтствовало значительное повышеніе температуры 38,2°—38,8°, а 16-го безъ всякаго измѣненія температуры. Все это время больной беспокоенъ, суетливъ, постоянно возится съ постелью. Съ 27 декаб. и до 4 янв., съ наступленіемъ болѣе сильнаго безпокойства, хотя температура достигаетъ болѣе высокихъ точекъ 38,3° 39,4°, пульсъ то замедленъ до 66—72, то учащенъ до 84—90 въ 1'. Въ послѣдній день 5-го утромъ пульсъ учащается до 122 въ 1'.

Дыхательная кривая, (табл. XXIV, крив. № 1.) въ періодъ повышенной температуры, съ 27 по 31 іюля, съ 3 по 6 декабря, совершаетъ свои колебанія между 18—24, при паденіи температуры до 37° (1 авг.) опускается до 15, но въ слѣдующіе дни держится уже больше на 18, изрѣдка дѣлая колебанія вверхъ до 21—22. Съ 7 декаб. вмѣстѣ съ постепеннымъ пониженіемъ температуры, количество дыханій постепенно же замедляется до 15—12 въ 1', дѣлая слабыя колебанія до 18

въ 1', при повышенной температурѣ до $38,8^{\circ}$ (20 декаб.). Тоже замедленіе дыханія (до 18—15 въ 1') отмѣчается и съ 27 декаб. по 4 янв., хотя температура дѣлаетъ рѣзкія колебанія до $39,4^{\circ}$ (2 янв.). При повышеніи же температуры 29 декаб. до $39,4^{\circ}$ —количество дыханія учащается только до 24 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. XXIV, крив. № 2) совершаютъ свои колебанія то надъ чертой соотвѣтствующей 37° , то подъ ней. Въ періодъ времени, съ 27 по 31 июля, температура повышается до $37,8^{\circ}$ затѣмъ въ слѣдующіе пять дней держится ниже 37° , опускаясь до 36° , но съ 6 по 10 авг. вновь колеблется выше 37° . Температура подъ мышками стоитъ то ближе къ температурѣ *in recto*, держась ниже послѣдней на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$, то нѣсколько рѣзче отличается отъ нея на $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Подъ правой мышкой температура все время держится выше, чѣмъ подъ лѣвой. Разница температуръ съ той и другой стороны то незначительна въ $0,2$ — $0,3^{\circ}$, то достигала $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Лишь 8 и 9 авг. превышеніе переходило на лѣвую сторону безъ всякихъ видимыхъ мѣстныхъ измѣненій.

Температура на лбу больного (табл. XXIV, крив. № 3) колеблется между $34,2^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$, въ предѣлахъ $2,4^{\circ}$, у здороваго между $33,5^{\circ}$ — 35° , въ предѣлахъ $1,5^{\circ}$. У больного температура держится на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго. На лѣвой сторонѣ лба температура все время держится выше, чѣмъ на правой на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$. Особенно рѣзкая разница температуры наблюдается въ первое время измѣренія, когда у больного появились судорожныя подергиванія въ лѣвой половинѣ лица.

На сосцевидныхъ отросткахъ температура у больного (табл. XXIV, крив. № 4) колеблется въ болѣшихъ предѣлахъ ($33,5^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$) и держится на болѣе высокихъ точкахъ, чѣмъ у здороваго ($35,0^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$). На правомъ сосцевидномъ отросткѣ температура все время держится выше, чѣмъ на лѣвомъ. Разница между ними достигаетъ $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$. Особенно рѣзкая разница наблюдается въ первое время, когда у

больного были сосудистыя разстройства кожи на шеѣ съ правой стороны.

Кривыя температуры на той и другой сторонѣ груди у больного (табл. XXIV, крив. № 5) колеблются на болѣе высокихъ точкахъ ($34,6^{\circ}$ — 37°), чѣмъ у здороваго на соответствующихъ мѣстахъ ($34,5^{\circ}$ — $35,5^{\circ}$). На правой сторонѣ груди температура все время превышаетъ таковую же на лѣвой. Разница между ними болѣе значительна въ $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, чѣмъ у здороваго.

На срединѣ того и другого плеча температура у больного (табл. XXIV, крив. № 6) держится выше ($34,5^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$), чѣмъ у здороваго ($34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$). Температура на правомъ плечѣ все время превышаетъ температуру на лѣвомъ на $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$. Болѣе рѣзкая разница $1,3^{\circ}$ наблюдалась на второй день измѣренія, 28 іюля.

На бедрахъ температура у больного (табл. XXIV, крив. № 7) значительно выше ($33,2^{\circ}$ — 37°), чѣмъ у здороваго ($32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$). На правомъ бедрѣ температура все время превышаетъ таковую же на лѣвомъ на $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$. Болѣе значительная разница между ними наблюдалась при пониженіи температуры съ 1 по 2 августа.

И такъ, въ данномъ случаѣ температура *in recto* держится повышенной до 38° — $38,4^{\circ}$, во время перваго измѣренія, при повышенномъ самочувствіи больного и при явленіяхъ раздраженія коры головного мозга, сначала въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ кожи на правой половинѣ лица и тѣла, а затѣмъ судорожныхъ подергиваній въ лѣвой половинѣ лица. Въ остальное время температура колеблется въ предѣлахъ нормы, сначала при нѣсколько подавленномъ психическомъ состояніи и явленіяхъ афазіи, а затѣмъ постепенно наступило ровное, спокойное психическое состояніе съ прежними дефектами въ интеллектуальной сферѣ. За время вторичнаго наблюденія, чрезъ три мѣсяца послѣ перваго, температура дѣлаетъ болѣе рѣзкія колебанія. Первые три дня, при явныхъ признакахъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ судорогъ въ лѣвой половинѣ тѣла и паралича въ правой половинѣ, температура

держится на высокихъ точкахъ $38,2^{\circ}$ — 39° . Затѣмъ температура постепенно понижается и достигаетъ субнормальныхъ точекъ $36,2^{\circ}$ — 36° и только въ нѣкоторые дни поднимается до 38° — $38,8^{\circ}$ (9—20 декаб.). Въ это время больной совершенно безсмысленъ, почти постоянно въ движеніи, возится съ постелью или при повышенномъ настроеніи выкрикиваетъ одинъ и тотъ же звукъ, судорожныхъ движеній и параличей у него не наблюдается, а имѣются только паретическія явленія. Въ промежутокъ времени съ 27 декабря и до 5 янв., температура дѣлаетъ рѣзкія колебанія, достигая до $39,4^{\circ}$, въ эти дни больной безсмысленно стремится и рвется куда-то, у него сначала отмѣчаются усиленія паретическихъ явленій въ правой половинѣ тѣла, а подѣ конецъ наступаютъ и судорожные припадки отъ которыхъ больной и погибаетъ.

Результаты измѣреній температуры подѣ мышками и периферической указываютъ на неравномѣрное распредѣленіе тепла въ той и другой половинѣ тѣла. Съ правой стороны, подѣ мышками, на сосцевидныхъ отросткахъ, на груди, рукахъ и ногахъ, температура держится выше, чѣмъ на соотвѣствующихъ мѣстахъ съ лѣвой стороны. Въ то время, какъ на лбу температура съ лѣвой стороны превышаетъ таковую же съ правой. Паретическія явленія сильнѣе выражены въ правой половинѣ тѣла.

Вѣсъ тѣла больного, какъ при поступленіи, такъ и въ началѣ измѣренія температуры, былъ 141 ф. Послѣ повышения температуры въ концѣ іюля, онъ падаетъ на 138 ф. и за время нормальной температуры опять прибываетъ до 140 ф. Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ повышенная температура не осталась безъ вліянія на измѣненія вѣса тѣла.

Наблюденіе XXIV. Э. М. Г. 36 лѣтъ, врачъ, еврей, женатъ, поступилъ въ Лечебницу 20 января 1896 г.

Наслѣдственного предрасположенія Г. не имѣетъ. Родители его дожили до преклонныхъ лѣтъ и выглядятъ довольно бодрыми. Изъ братьевъ и сестеръ, которыхъ всего семь чело-

вѣкъ, все здоровые люди. Самъ Г. родился и росъ совершенно здоровымъ. Процессъ развитія физическихъ силъ и умственныхъ способностей протекалъ правильно, ни въ томъ, ни въ другомъ не было никакихъ несвоевременныхъ проявлений. Съ 6 класса гимназіи и до 2-го курса Университета сильно пилъ. Изъ болѣзней въ дѣтствѣ перенесъ только корь. Кромѣ того 17 лѣтъ, будучи въ 7 классѣ гимназіи заразился сифилисомъ, который проявился въ довольно легкой степени: черезъ мѣсяць послѣ подозрительнаго coitus'a, на членѣ у него появилось небольшое затвердѣніе, а черезъ три мѣсяца было высыпаніе на кожѣ розеоль. Въ теченіи 3 мѣсяцевъ послѣ этого получилъ 60 втираній сѣрой ртутной мази и принималъ *kali jodati* внутрь. Рецидивовъ ни разу не было. По окончаніи курса въ 1889 году служилъ земскимъ врачомъ. Г. женился и имѣлъ троихъ дѣтей совершенно здоровыхъ. Послѣдняя беременность у жены закончилась выкидышемъ. Девять лѣтъ спустя послѣ зараженія *lues'омъ*, у Г. появился *ischias* въ правой ногѣ, а чрезъ 1½ года послѣ этого были стрѣляющія боли на задней сторонѣ обоихъ бедеръ, распространяющіяся главнымъ образомъ сверху внизъ до самыхъ пятокъ. Со времени появленія этихъ болей, у Г. стали слабѣть обѣ ноги и кромѣ того ему замѣтно стала измѣнять память. Боли въ ногахъ то усиливались, то ослабѣвали и даже совсѣмъ пропадали, но слабость въ ногахъ оставалась. Въ 1895 году въ маѣ мѣсяцѣ, Г. былъ на сѣрныхъ водахъ, гдѣ получилъ 32 ртутныхъ втиранія. Съ 26 сентября по 10 октября находился въ нервной клиникѣ, гдѣ представлялъ явленія *Neuro-tabes'a* и *lues cerebri*, получилъ 64 втиранія сѣрой ртутной мази по 3,0 *pro die* и принималъ внутрь *kali jodati*, кромѣ того ему дѣлали массажъ нижнихъ конечностей и гальванизацию спинного мозга восходящимъ токомъ. Съ психической стороны было уже замѣтно значительное ослабленіе памяти и соображенія, самочувствіе хорошее, по временамъ появлялась сильная раздражительность. Съ физической стороны—слабость въ ногахъ, атактическая походка, по временамъ стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ, головная боль, судорожныя подергиванія въ правой ногѣ. Разстройствъ тазовыхъ органовъ не было. Чрезъ мѣсяць послѣ выписки изъ нервной клиники, Г. былъ привезенъ въ Окружную Лечебницу.

На приемѣ больной правильно называлъ себя, мѣсто прибитія, но текущаго времени не могъ опредѣлить. О себѣ

сообщилъ, что онъ врачъ—служилъ въ земствѣ. Главнѣйшія событія своей жизни вспоминаетъ, но послѣдовательность ихъ путаетъ. Не можетъ припомнить какое событіе въ которомъ году было. Если и опредѣлитъ годъ событія, то не можетъ сосчитать сколько лѣтъ тому назадъ оно было. Недавно совершившіеся факты припомнить совсѣмъ не въ состояніи. Настроенъ благодушно. Высказываетъ недоумѣніе, почему его сюда отправили, тогда какъ онъ „совершенно здоровъ“. Критически отнестись къ тѣмъ дефектамъ памяти и соображенія, которые у него отмѣчаются, не можетъ, не смотря на то, что ему для очевидности приводили рѣзкіе примѣры. Рѣчь мало измѣнена, изрѣдка замѣтны нетвердость и затрудненіе выговора нѣкоторыхъ словъ. Въ физическомъ отношеніи больной былъ высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Подкожный жиръ развитъ въ достаточномъ количествѣ. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Кожа чиста, на груди и животѣ покрыта обильно волосами. Подкожные лимфатическія железы на шеѣ и въ паховыхъ областяхъ не прощупываются. Костная и мышечная системы развиты правильно. Зрачки равномѣрны, слегка расширены, слабо реагируютъ на свѣтъ. Въ строеніи черепа никакихъ уклоненій не имѣется. Языкъ при высовываніи дрожитъ, въ немъ замѣтны толчкообразныя движенія и фибриллярныя сокращенія. Кожная тактильная и термическая чувствительности сохранены повсюду. Болевое чувство на туловищѣ, рукахъ и лицѣ сохранено и нѣсколько повышено, на нижнихъ конечностяхъ понижено, въ особенности къ периферіи. Пателлярные рефлексy отсутствуютъ на обѣихъ ногахъ. Кожные, брюшной и на *m. cremaster* и сухожильные на *m. m. biceps et triceps brachii*, повышены, на правой сторонѣ выражены болѣе рѣзко. Въ пальцахъ вытянутыхъ рукъ треморъ. Движенія рукъ по объему и по силѣ въ границахъ нормы. Походка сильно колеблющаяся, атактична и похожа на походку пьянаго человѣка. При ходьбѣ больной разбрасываетъ ноги, сильно ударяетъ пятками и пошатывается изъ стороны въ сторону. Стоитъ на ногахъ нетвердо, слегка покачиваясь, съ закрытыми глазами и сдвинутыми ногами стоять совсѣмъ не можетъ. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ-либо уклоненій отъ нормы не обнаружено. Пульсъ 84 въ 1', дыханіе 18, t° —36,7°.

Въ отдѣленіи больной большею частію благодушно настроенъ, считаетъ себя совершенно здоровымъ и не замѣ-

часть тѣхъ разстройствъ, которыя у него наблюдаются, какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ. Изрѣдка высказываетъ желаніе выписаться изъ Лечебницы и поступить на службу, назначаетъ различные сроки выписки и когда они подходятъ, онъ также благодушно измѣняетъ ихъ и откладываетъ свой выходъ еще на нѣсколько недѣль. Со стороны памяти и соображенія проясляются значительные дефекты: путаетъ текущее время, не можетъ запомнить своей постели и заходить не въ тѣ двери куда нужно ему. Не въ состояніи произвести счисленія самыхъ простыхъ чиселъ. Изрѣдка довольно правильно дѣлаетъ назначеніе лѣкарствъ и знаетъ дѣйствія и дозы ихъ, но чаще путаетъ. Занимается чтеніемъ книгъ и газетъ, но содержанія и даже заглавія книги не можетъ сказать. По временамъ становился раздражительнымъ по самому ничтожному поводу поднималъ крикъ, волновался, плакалъ, но скоро успокоивался. Послѣ нѣсколькихъ дней, такого раздражительнаго состоянія, больной вновь подолгу былъ спокоенъ, благодушенъ, высказывалъ довольство всѣмъ. Сонъ и аппетитъ всегда хороши. Отправленія кишечника и мочевого пузыря въ порядкѣ.

12-го августа, больной въ обычномъ, благодушномъ настроеніи, съѣлъ за обѣдъ, послѣ же обѣда не могъ встать изъ-за стола, вслѣдствіе появившейся слабости въ ногахъ, былъ перенесенъ и уложенъ въ постель. Прележавъ совершенно безъ движенія нѣсколько часовъ, къ вечеру началъ вставать и ходить, но съ большимъ трудомъ, волоча ноги. Черезъ два дня ходилъ бодрѣ. Съ теченіемъ времени, приблизительно черезъ годъ пребыванія въ Лечебницѣ, больной сталъ болѣе апатичнымъ, вялымъ; настроенъ то благодушно, то плаксиво, никакого интереса къ себѣ и окружающему не проявлялъ, плохо соображалъ, на предлагаемые вопросы давалъ отвѣты самые нелѣпые, дѣтски—наивно. Не въ состояніи уже былъ читать или написать что-нибудь. Всѣ интересы его сосредоточивались на пищѣ и лакомствахъ. Приходилъ въ восторгъ и оживлялся послѣ свиданія съ женой, когда она ему приносила папиросы и лакомства. Походка измѣнилась на столько, что больной не могъ ходить безъ посторонней помощи и не держась за что-нибудь. Въ лѣвой рукѣ и на лѣвой сторонѣ лица паретическія явленія выражены рѣзче, чѣмъ на правой сторонѣ. Часто больной приходилъ въ раздражительное состояніе, плакалъ, дико кричалъ по самому ничтожному по-

воду, повторяя одно и тоже: „зачѣмъ на кальсонахъ одна пуговица, а не двѣ“.... или „не хочу я надѣвать халатъ“ и т. п.

Въ мартѣ 1899 года у больного былъ инсультъ съ явленіями полнаго паралича въ лѣвыхъ конечностяхъ и сопорознаго состоянія, которое длилось болѣе сутокъ, но черезъ недѣлю явленія паралича выровнялись и больной свободнѣе владѣлъ лѣвой рукой, но походка еще болѣе затруднилась и онъ не въ состояніи былъ уже подняться на ноги и ходить безъ посторонней помощи. Больной сталъ часто неопрятенъ въ постели.

Ко времени измѣренія температуры въ мартѣ 1901 г., больной представлялъ слѣдующее: Высшія отправленія душевной дѣятельности—въ степени глубокаго упадка. Сознаніе мѣста и времени затемнено. Больной плохо воспринимаетъ предлагаемые вопросы. На вопросы, касающіеся обыденной жизни, больной отвѣчалъ односложно, но большею частію совсѣмъ не говорилъ ни слова. Часто бессмысленно повторялъ какую-либо фразу или слово, не относящіяся къ вопросу. Рѣчь сильно растянута, невнятна. То спокоенъ, благодушенъ, то раздражителенъ. Все время проводитъ въ постели, не въ состояніи встать на ноги безъ посторонней помощи. Въ физическомъ отношеніи былъ достаточно еще упитанъ. Лицо маскообразно, ассиметрично, лѣвая носогубная складка сглажена, правая слабо выражена, лѣвый уголъ рта стоитъ ниже праваго. Зрачки неравнобѣжны, на свѣтъ не реагируютъ, лѣвый зрачекъ шире праваго. Движенія въ лѣвой рукѣ ограничены, сильно атактичны. Въ рукахъ рѣзкій треморъ. При ходьбѣ, поддерживаемый подъ мышки, дѣлаетъ ногами атактичныя, беспорядочныя движенія, лѣвая нога отстаетъ отъ правой и волочится. Моча плохо держится, часто вытекаетъ небольшими количествами, при изслѣдованіи прозрачна, янтарно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, уд. вѣса 1,018—1,020—1,022, бѣлка и сахару не содержитъ. Отправленія кишечника вялы, неполны, часто задержаны. Полное опорожненіе кишечника происходитъ только послѣ клизмы, къ которой приходилось прибѣгать ежедневно для опрятности, иначе больной склоненъ былъ пачкаться въ испражненіяхъ. Сонъ и аппетитъ достаточны. За время измѣренія температуры, съ 18 марта по 19 апрѣля, больной спокоенъ, тихъ, больше лежалъ въ постели, вставалъ только къ столу. Большею частью

вялъ, апатиченъ, изрѣдка (1-го и 8-го апрѣля) благодушно настроенъ, дѣтски—наивно, сильно заплетающимся языкомъ, расхваливалъ принадлежности своего костюма: „у меня чистыя кальсоны, у рубашки три пуговицы“ и т. д. Спалъ и кушалъ достаточно. Неопрятенъ былъ въ постели, часто смачивалъ постель и бѣлье. Отправленія кишечника вялы, задержаны, но часто возможны и безъ клизмы.

20 апр.—11 мая. Больной постоянно раздражается, дико кричитъ, бессмысленно повторяя какое-либо слово. Вопросы или уговоры совсѣмъ не понимаетъ. Поднятый на ноги, ходить даже съ помощью другихъ не въ состояніи. Лицо часто то краснѣетъ, то блѣднѣетъ. Окраска кожи лица и туловища неравномѣрна: правая щека, правое ухо, правая сторона груди и правыя рука и нога краснѣе, чѣмъ соответствующія мѣста съ лѣвой стороны, которыя кажутся, наоборотъ, блѣдными. Въ правой сторонѣ лица, въ правыхъ рукахъ и ногѣ часто появляются судорожныя подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ. Лѣвая рука опущена, какъ плеть. Больной старается больше сидѣть и иногда засыпаетъ въ полусидячемъ положеніи. Моча выдѣляется постоянно. Отправленія кишечника задержаны и опорожненіе его возможно только послѣ клизмы. Кормится съ ложки, такъ какъ самъ не ѣстъ предлагаемую пищу, а часто мажетъ ею себѣ голову и лицо. Спать плохо, тревожно.

Измѣреніе температуры *in recto* и подъ мышками было произведено съ 18 марта по 11 мая 1901 года, периферической—съ 10 апрѣля по 10 мая.

Кривая температуры *in recto* у этого больного (табл. XXV, крив. № 1) колеблется весьма неравномѣрно; то совершаетъ колебанія въ $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, то менѣе значительныя въ $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$. Температура, при обычномъ спокойномъ состояніи больного безъ какихъ-либо рѣзкихъ измѣненій съ физической стороны, съ 18 марта по 19 апрѣля, или держится въ предѣлахъ нормы, не превышая $37,8^{\circ}$ и въ рѣдкіе дни (1 и 8 апр.), достигая 38° , или опускается ниже 37° (съ 20 по 23 марта, съ 13 по 16 апр.) 1-го и 8-го апрѣля у больного отмѣчалось повышенное самочувствіе. Съ 20 апр. и до 11 мая температура совершаетъ болѣе значительныя колебанія

и часто достигаетъ 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, а въ нѣкоторые дни держится въ предѣлахъ нормы. Въ это время больной раздражается, кричитъ безъ всякаго видимаго повода, у него наблюдаются ясные признаки раздраженія коры головного мозга, въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ кожи на правой сторонѣ тѣла и судорожныя подергиванія въ правой рукѣ и правой сторонѣ тѣла, усиленія параличей въ лѣвой половинѣ тѣла и паретическое состояніе нижнихъ конечностей.

Пульсовая кривая (табл. XXV, крив. № 1) совершаетъ свои колебанія между 66—102 въ 1'. Количество пульса не всегда соотвѣтствуетъ высотѣ температуры и крайне измѣнчиво. Когда температура колеблется въ предѣлахъ нормы, количество пульса держится, то между 72—78 въ 1', то между 78—90 или 72—90 (25, 26, 28, 29 и 30 марта), то между 90—96 въ 1' (4, 5, 7 и 9 апр.). При повышеніяхъ температуры до 38° — $38,4^{\circ}$, учащается до 96—102 или держится также между 78—84 (22, 23 апр.).

Дыхательная кривая (табл. XXV, крив. № 1) также непостоянна и измѣнчива въ своихъ колебаніяхъ. Количество дыханій въ 1', при низкихъ температурахъ или держится на 18 или изрѣдка учащается до 21, то замедляется до 18—15 дых. въ 1'. При рѣзкихъ поднятіяхъ температуры до 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, количество дыханій держится на 18 въ 1' или замедляется до 15 въ 1'.

Кривыя температуры подъ мышками (табл. XXV, крив. № 2) совершаютъ свои колебанія между $34,8^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, въ предѣлахъ 3° . При повышеніяхъ температура достигаетъ нормальной высоты или немного превышаетъ её, но при паденіи спускается до субнормальныхъ точекъ. Подъ правой мышкой температура держится все время выше, чѣмъ подъ лѣвой на $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Особенно рѣзкая разниа наблюдается съ 20 апр. по 11 мая, когда у больного наблюдались сосудистыя разстройства кожи и судорожныя подергиванія мышцъ на правой сторонѣ.

Температура на лбу больного (табл. XXV, крив. № 3) колеблется между $33,2^{\circ}$ — $36,5^{\circ}$, у здорового—между $33,5^{\circ}$ — $35,0^{\circ}$. Колебания температуры у больного больше значительны, чем у здорового. На правой стороне лба температура все время держится выше, чем на левой, разница между ними достигает $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . В промежуток времени с 20 апреля по 11 мая, разница температур той и другой стороны больше значительна.

На той и другой стороне груди, кривые температуры (табл. XXV, крив. № 4) колеблются между 32° — $36,2^{\circ}$, у здорового—между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$. При повышении температуры у больного достигает больше высоких точек, при падении—опускается больше значительно, чем у здорового. На правой стороне груди температура держится выше, чем на левой. Разница между ними наблюдалась в $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° . Больше значительная разница была в период времени с 20 апр. по 11 мая, когда у больного наблюдались симптомы раздражения головного мозга.

Кривые температур на средине того и другого плеча у больного (табл. XXV, крив. № 5) совершают свои колебания между 32° — $35,8^{\circ}$, у здорового—между $34,5^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$. Температура у больного колеблется в больших пределах, при повышении достигает высших точек температуры здорового, при понижении опускается гораздо ниже, чем у здорового. На правом плече у больного температура держится выше, чем на левом, разница наблюдается большею частью в $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$, изредка в 1° — $1,4^{\circ}$. В период разстройств сосудов кожи, с 20 апр. по 11 мая, эта разница представляет большие колебания.

На бедрах у больного температура (табл. XXV, крив. № 6) колеблется между 31° — $35,8^{\circ}$ у здорового—между $32,6^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$. У больного температура совершает больше значительные колебания, при повышении достигает больше высоких точек, при понижении опускается значительно ниже, чем у здорового. Температура на правом бедре у больного все

время превышаетъ таковую же на лѣвомъ. Разница между ними достигаетъ значительной величины въ $0,6^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ въ періодъ появленія разстройствъ сосудовъ на правой половинѣ тѣла.

На сосцевидныхъ отросткахъ измѣреніе температуры не производилось, такъ какъ больной сильно раздражался, когда дотрогивались до его ушей.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ внутренняя температура представляетъ неправильныя колебанія при обычномъ состояніи больного. Она, то держится въ предѣлахъ нормы, то совершаетъ свои колебанія на болѣе низкихъ точкахъ и только изрѣдка поднимается до 38° . Въ дни повышенія температуры происходитъ незначительное измѣненіе въ самочувствіи больного, наблюдается болѣе повышенное настроеніе. Съ появленіемъ у больного признаковъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ, судорожныхъ подергиваній въ правой половинѣ тѣла и усиленія паретическаго состоянія въ лѣвой половинѣ тѣла, температура часто поднимается до 38° — $38,2^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, хотя въ нѣкоторые дни держится и въ предѣлахъ нормы. Пульсъ и дыханіе въ своихъ колебаніяхъ не всегда слѣдуютъ за колебаніями температуры.

Результаты измѣренія температуръ подъ мышками и периферической указываютъ на значительную разницу распределенія тепла въ той и другой половинѣ тѣла. Въ данномъ случаѣ на правой сторонѣ температура, на всѣхъ мѣстахъ приложенія термометровъ, держалась выше, чѣмъ на лѣвой. Въ то время, какъ паретическія явленія выражены сильнѣе въ лѣвой половинѣ тѣла.

Всѣ тѣла больного измѣнялся за время измѣренія температуры слѣдующимъ образомъ:

Мартъ—	2—169 ф.	апрѣль	6—178 ф.	май	4—182 ф.
"	9—170 ф.	"	13—175 ф.	"	11—183 ф.
"	16—167 ф.	"	20—176 ф.	"	18—181 ф.
"	23—171 ф.	"	27—180 ф.	"	25—185 ф.
"	30—174 ф.				

Сопоставляя вѣсовыя данныя съ измѣненіями температуры можно замѣтить, что вѣсъ тѣла съ небольшими колебаніями прогрессивно увеличивался, не смотря на то, что температура изрѣдка достигала $38,4^{\circ}$, но ни разу не повышалась до высокой лихорадки.

При обзорѣ измѣненій внутренней температуры при дementныхъ формахъ прогрессивнаго паралича (наблюд. отъ XVI до XXIV) можно было отмѣтить крайнее непостоянство и неравномѣрность суточныхъ ея колебаній и рѣзкія ея повышенія, наступающія то эпизодически, то неправильно периодически. При обычномъ спокойномъ состояніи больныхъ температура держалась или въ предѣлахъ нормы, или немного превышала, или же опускалась ниже нормы. Болѣе значительныя повышенія температуры наступали внезапно и держались 3—4 дня (набл. XVI) или температура повышалась постепенно, достигала до незначительной лихорадки, держалась 5—6 дней на этой высотѣ, а затѣмъ опускалась до нормы или ниже ея (набл. XX, XXII, XXIII) или наконецъ температура достигала до умѣренной или значительной лихорадки (39° — $39,5^{\circ}$ — 40°) и прoderжавшись на этой высотѣ 6—9—12 дней, опускалась до предѣловъ нормы или даже ниже нормы съ тѣмъ, чтобы чрезъ 2—3 дня, или болѣе продолжительное время 10—12—15 дней вновь подняться на прежнюю высоту или нѣсколько ниже ея (набл. XVII, XVIII, XIX и XXI). Эти рѣзкія повышенія температуры не обуславливались никакими заболѣваніями внутреннихъ органовъ. Самое тщательное физическое изслѣдованіе не открывало никакихъ уклоненій отъ нормы. Въ періоды повышенной температуры во всѣхъ случаяхъ рѣзко измѣнялось психическое состояніе больныхъ и нерѣдко были отмѣчаемы симптомы раздраженія центровъ головного мозга, въ видѣ судорожныхъ подергиваній или судорожныхъ припадковъ, появленія параличей и усиленія паретическаго состоянія мышцъ на одной по-

ловинѣ тѣла, разстройство сосудовъ кожи на одной сторонѣ тѣла, расширеніе зрачковъ, затрудненіе рѣчи до полной афазіи и тому подобныя явленія. Частое несоотвѣтствіе количества пульса и дыханій высотѣ температуры также должно быть связано съ пораженіемъ центральной нервной системы. Задержка и вялость въ отправленіяхъ кишечника и разстройства со стороны мочевого пузыря находились, повидимому, въ зависимости отъ того же пораженія центральной нервной системы, такъ какъ устраненіе ихъ мало вліяло на измѣненіе температуры. Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ наблюденій не было запора въ полномъ смыслѣ этого слова, а отдѣленіе каловыхъ массъ происходило неполное и калъ находился сплошь и рядомъ у самого выхода изъ прямой кишки и выдѣлялся медленно небольшими количествами.

Во всѣхъ вышеприведенныхъ случаяхъ измѣреніе температуры производилось въ стадіи полнаго развитія болѣзненнаго процесса. Повторное измѣреніе температуры удалось провести только въ двухъ случаяхъ.

Въ одномъ случаѣ (набл. XX) вторичное измѣреніе производилось чрезъ годъ послѣ перваго, когда больной находился въ полной простраціи при явленіяхъ общихъ параличей и отековъ. При этомъ были приняты всѣ мѣры предосторожности для избѣжанія вліянія вѣншей температуры, а именно: больной лежалъ все время въ постели, укрытый одѣяломъ и въ комнатѣ температура поддерживалась до 22—25° R, при неопрятности перекладывался на свѣжую постель.

Не смотря на это температура, дѣлая правильныя суточные колебанія, то держалась на субнормальныхъ точкахъ, то повышалась до нормы, но въ общемъ постепенно понижалась.

Во второмъ случаѣ (набл. XXIII) второе измѣреніе было произведено чрезъ три мѣсяца послѣ перваго. Здѣсь температура дѣлала значительныя колебанія, поднималась до высокой лихорадки при явленіяхъ раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ судорожныхъ подергиваній и опускалась до субнормальныхъ точекъ.

Въ наблюдёніи XXIV измѣреніе температуры было произведено въ послѣднемъ заключительномъ стадіи болѣзни, когда больной находился въ состояніи полного упадка психической дѣятельности и развитія параличей. Въ этомъ случаѣ температура колеблется или ниже нормы или достигаетъ нормы, но при появленіи симптомовъ раздраженія мозга, въ видѣ сосудистыхъ разстройствъ на правой половинѣ тѣла и развитія параличей въ лѣвой половинѣ тѣла, она немного и только изрѣдка превышаетъ норму, большею частію держится въ предѣлахъ нормы.

При измѣреніи температуръ подѣ мышками и периферической во всѣхъ случаяхъ наблюдалось неравномерное согреваніе той и другой стороны тѣла. При этомъ въ большинствѣ случаевъ (набл. XVI, XVII, XIX, XXI, XXII, XXIII) температура подѣ мышками и периферическая представлялась выше на той сторонѣ, на которой явленія параличей были выражены сильнѣе, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ (набл. XVIII, XX и XXIV) превышеніе температуры наблюдалось на противоположной параличамъ сторонѣ. Въ двухъ случаяхъ (набл. XVI и XXIII) наблюдалось слѣдующее явленіе: параличи сильнѣе развиты на правой сторонѣ всего туловища и лица и превышеніе температуры подѣ мышками и периферической на груди, рукахъ и ногахъ наблюдается также на правой сторонѣ, но на лбу температура превышала на противоположной сторонѣ. Здѣсь разстройства температуры принимали характеръ, какъ бы перекрестныхъ явленій. Въ наблюдёніяхъ XVII, XVIII, XIX и XXI кривыя температуры послѣ появленія симптомовъ раздраженія мозга, сопровождаемыхъ значительнымъ повышеніемъ температуры, рѣзко мѣняють свои положенія по отношенію другъ друга: въ то время какъ до появленія симптомовъ въ наблюдёніяхъ XVII, XIX и XXI, кривая температуры съ правой стороны все время держалась выше, чѣмъ слѣва, послѣ нихъ значительно опускается и совершаетъ колебанія ниже, чѣмъ кривая температуры на лѣвой сторонѣ.

Такимъ образомъ, распредѣленіе разстройствъ температуръ подъ мышками и периферической и въ дементныхъ формахъ прогрессивнаго паралича указываютъ, что эти разстройства подчинены какимъ то нервнымъ вліяніямъ, зависящимъ отъ пораженія центральной нервной системы.

З а к л ю ч е н і е.

Закончивъ свои наблюденія, считаю необходимымъ вкратцѣ повторить тѣ общіе выводы, которые были высказаны въ предыдущемъ изложеніи относительно измѣненій температуры тѣла въ разсмотрѣнныхъ нами группахъ различныхъ формъ прогрессивнаго паралича.

Мы видѣли, что каждой изъ формъ прогрессивнаго паралича соотвѣтствуютъ вполне опредѣленные термическія измѣненія, стоящія въ связи съ измѣненіями психическаго состоянія больныхъ, сопровождаемого нерѣдко явными признаками пораженія центровъ головного мозга. Такъ, при маниакальныхъ формахъ въ періоды повышеннаго самочувствія съ явленіями идей бреда грандіозности и величія и нѣкоторой подвижности всегда наступало болѣе или менѣе значительное повышение температуры, которое при появленіи сильнаго возбужденія и полного безсмыслія, или съ развитіемъ признаковъ раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, разстройствъ сосудистой системы и другихъ симптомовъ, еще болѣе повышалась и достигала высокой лихорадки. Съ наступленіемъ періода болѣе спокойнаго состоянія или даже нѣкотораго угнетенія въ психической сферѣ съ послѣдствіями происшедшихъ нарушеній функцій мозговыхъ центровъ, температура или падаетъ нѣсколько ниже нормы или держится въ предѣлахъ нормы. При этомъ въ теченіи болѣзни наступаетъ нѣсколько такихъ отдѣльных періодовъ и каждый разъ со стороны температуры тѣла сте-

реотипно повторяются одни и тѣже явленія. Кромѣ того, въ дневныхъ колебаніяхъ, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ періодѣ наблюдаются большею частію правильныя утреннія пониженія и вечернія повышенія, хотя нерѣдко появляются колебанія и извращеннаго типа.

Подобныя измѣненія температуры происходятъ во время полнаго развитія болѣзненнаго процесса. Въ начальномъ стадіи болѣзни, какъ мы видѣли, періоды повышенной температуры болѣе продолжительны, къ концу болѣзни болѣе сокращены, наступаютъ съ меньшей правильностью и температура не достигаетъ высокихъ точекъ. Кромѣ того, нужно имѣть въ виду, что при прогрессивномъ параличѣ у больныхъ болѣе спокойное состояніе длится довольно продолжительное время и даже наступаютъ стадіи полной ремиссіи. Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось провести измѣреніе температуры во время ремиссій болѣе продолжительное время, въ виду полнаго отказа со стороны больныхъ подвергнуться довольно непріятной процедурѣ измѣренія. Изъ отрывочныхъ наблюденій, которыя мнѣ удалось получить въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можно вывести заключеніе, что температура больныхъ въ періоды такихъ состояній держится долгое время въ предѣлахъ нормы. Совершенно другого рода явленія со стороны температуры тѣла замѣчались при меланхолическо-ипохондрическихъ формахъ прогрессивнаго паралича. При обычной душевной подавленности и психическомъ угнетеніи, свойственныхъ этой формѣ болѣзни, внутренняя температура держится ниже нормальнаго уровня и временами только достигаетъ норму. Если въ теченіи болѣзни наступаютъ рѣзкія перемѣны со стороны психической сферы, съ явленіями раздраженія корковыхъ центровъ, то температура больныхъ испытываетъ весьма значительныя колебанія, во время которыхъ происходятъ поднятія ея, далеко превышающія фізіологическую границу. Чаше всего такого рода поднятія температуры тѣла наступаютъ при появленіи судорожныхъ припадковъ или сосудистыхъ расстройствъ на одной половинѣ тѣла вмѣстѣ съ нарушеніемъ функцій

другихъ центровъ коры головного мозга, какъ-то: явленія афазіи, расширеніе зрачковъ, слюнотеченіе....

Такимъ образомъ, эти нарушенія въ общемъ ходѣ температуры имѣютъ въ своей основѣ нѣчто общее съ условіями поднятія температуры при маниакальныхъ формахъ. Суточные колебанія также нерѣдко принимали извращенный типъ.

Наконецъ, при дементныхъ формахъ температурная кривая, при обычномъ состояніи больныхъ, отличается крайней неравномѣрностью своего хода. Температура держится или въ предѣлахъ нормы и нерѣдко поднимается нѣсколько выше нормы, чаще опускается ниже нормы. Среди этихъ неравномѣрныхъ колебаній температура дѣлаетъ значительныя повышенія, достигающія высокой лихорадки. Столь рѣзкія повышенія температуры наступаютъ внезапно, держатся 3—4 дня или болѣе продолжительное время, смѣняясь такими же или болѣе продолжительными періодами нормальной и субнормальной температуры. Повышенія температуры всегда сопровождались рѣзкимъ измѣненіемъ психической дѣятельности больныхъ и появленіемъ симптомовъ раздраженія коры головного мозга, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, сосудистыхъ разстройствъ на одной половинѣ тѣла, явленіями афазіи и другими явленіями, указывающими на пораженіе центральной нервной системы. Дневныя колебанія температуры также болѣею частію имѣли правильный интермиттирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, но нерѣдко наблюдался и такъ называемый извращенный типъ.

Со стороны пульса и дыханія при всѣхъ формахъ болѣзни нерѣдко наблюдалось несоотвѣтствіе ихъ высотѣ температуры. Особенно это рѣзко было замѣтно при переходѣ одного періода къ другому. За два-три дня до наступленія періода повышенной температуры пульсъ и дыханіе начинали учащаться и держались нѣсколько учащенными и два-три дня послѣ того, какъ температура приходитъ въ нормальныя границы, или опускается даже ниже нормы. На это обстоятельство было обращено уже вниманіе, какъ мы видѣли изъ историческихъ данныхъ, и другими авто-

рами, занимавшимися изслѣдованіями пульса и дыханія при прогрессивномъ параличѣ.

Периферическая температура, а вмѣстѣ съ тѣмъ и температура подъ мышками обнаружили во всѣхъ формахъ прогрессивнаго паралича неравномѣрность на симметричныхъ мѣстахъ той и другой стороны тѣла. При этомъ, можно было замѣтить, что болѣе высокая температура держалась, въ большинствѣ случаевъ на той сторонѣ, на которой и паретическія явленія выражены сильнѣе и въ рѣдкихъ случаяхъ на противоположной сторонѣ. Превышенію температуры на одной сторонѣ иногда сопутствовали вазомоторныя разстройства кожи и судорожныя подергиванія на той же сторонѣ. Нерѣдко появленіе тѣхъ или другихъ разстройствъ рѣзко измѣняло прежнее взаимное отношеніе кривыхъ температуръ на симметричныхъ мѣстахъ. Эти разстройства периферической температуры могутъ быть связаны, повидимому, съ нарушеніемъ функцій тѣхъ областей коры головного мозга, которыя, по физиологическимъ опытамъ, Landois; Eulenburg'a, Fritsch'a, Hitzig'a, проф. Бехтерева и др., вліяютъ на измѣненіе температуры, на разстройства движеній и сосудовъ противоположной стороны тѣла и соотвѣтствующихъ конечностей, это также подтверждено патологическими случаями на людяхъ, описанными проф. В. М. Бехтеревымъ, Charcot и др.

Переходя къ разсмотрѣнію причинъ столь рѣзкихъ измѣненій, какъ внутренней, такъ и периферической температуръ, наблюдаемыхъ у давныхъ больныхъ прогрессивнымъ параличемъ, можно было замѣтить, что онѣ не зависѣли отъ какихъ либо осложненій со стороны внутреннихъ органовъ и различныхъ условій органической жизни больныхъ. Самое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не давало никакихъ указаній на ихъ патологическое состояніе, могущее обусловить повышение температуры. Различныя условія органической жизни также не могутъ вполне объяснить рѣзкія колебанія внутренней температуры въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Болѣ низкая температура ипохондрическихъ формъ при обычномъ состояніи больныхъ, не могла зависѣть отъ состоянія питанія и постоянного отказа отъ пищи; такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ питаніе поддерживалось искусственно и кромѣ того, тѣже явленія со стороны температуры наблюдались и тогда, когда больные сами питались достаточно. Вообще состояніе питанія не могло вызывать тѣ или другія измѣненія со стороны температуры тѣла, такъ какъ вѣсь тѣла больныхъ, не смотря на рѣзкія колебанія во всѣхъ почти случаяхъ постепенно прибывалъ. Изъ физиологіи извѣстно, что покой, непродолжительная голодная діета и самыя сильныя мышечныя напряженія не въ состояніи оказывать какого-либо вліянія на высоту внутренней температуры, тѣмъ болѣе не могли они вызвать столь сильныя колебанія температуры, которыя мы наблюдали во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ.

Задержка въ отправленіяхъ кишечника и разстройства мочевого пузыря, наблюдаемая, какъ при повышенной температурѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ маниакальныхъ и дементныхъ формъ, такъ и при пониженной температурѣ ипохондрическихъ формъ, не могли оказывать того или другого вліянія на измѣненія внутренней температуры больныхъ, такъ какъ устраненіе этихъ разстройствъ нисколько не нарушало обычнаго хода температурныхъ кривыхъ. Эти разстройства со стороны кишечника и мочевого пузыря скорѣе можно считать явленіями центральнаго происхожденія. Вліяніе коры головного мозга на движенія кишечника и отправленія другихъ органовъ доказано физиологическими опытами; Bochefontaine'a, Lepine'a, Bufalini, профессоровъ В. М. Бехтерева, Н. А. Миславскаго и друг.

Такимъ образомъ, столь значительныя измѣненія со стороны температуры тѣла, во всѣхъ наблюдаемыхъ нами случаяхъ, не заключаются въ какихъ-либо осложненіяхъ со стороны внутреннихъ органовъ и не могутъ быть объяснимы, различнаго рода условіями жизни больныхъ, а скорѣе всего

находятся въ зависимости отъ самого патологическаго процесса, лежащаго въ основѣ прогрессивнаго паралича. Дѣйствительно, если принять во вниманіе, что въ различныхъ формахъ этой болѣзни наблюдаются вполне опредѣленные измѣненія со стороны температуры тѣла, повторяющіяся съ извѣстнымъ постоянствомъ всѣхъ явленій, сопровождавшихъ болѣе рѣзкія ея колебанія, что во всѣхъ случаяхъ замѣчалось извѣстное соотвѣтствіе между высотой температуры тѣла и состояніемъ психической сферы, что болѣе или менѣе значительныя повышенія внутренней температуры всегда сопровождались явными признаками или раздраженія, или выпаденія функцій центровъ коры головного мозга, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, парезовъ и параличей на одной половинѣ тѣла, сосудистыхъ расстройствъ, занимающихъ одну половину тѣла, явленій афазіи, неравномѣрнаго расширенія зрачковъ и другихъ симптомовъ, что нерѣдко замѣчается частое несоотвѣтствіе дыханія и сердцебіенія высотѣ температуры, что расстройства периферической температуры также зависѣли отъ состоянія тѣхъ центровъ, которые завѣдуютъ движеніемъ конечностей, состояніемъ кровеносныхъ сосудовъ и теплопродукціей въ организмѣ, на что указываетъ самое распредѣленіе этихъ расстройствъ. Если принять во вниманіе всѣ эти явленія, то становится яснымъ, что измѣненія температуры зависятъ отъ самого патологическаго процесса, обуславливающаго прогрессивный параличъ.

Многіе авторы, занимавшіеся изслѣдованіемъ температуры у прогрессивныхъ паралитиковъ, старались объяснить, найденныя ими измѣненія расстройствомъ тѣхъ нервныхъ центровъ, которые служатъ регуляторами тепла въ организмѣ и большинство этихъ изслѣдователей ссылалось на изслѣдованія Landois и Eulenburg'a, которые полагали особый тепловой центръ, локализирующійся въ двигательныхъ областяхъ мозговой коры, но существованіе теплового центра до сихъ поръ изслѣдованіями не выяснено въ достаточной степени и по новѣйшимъ изслѣдованіямъ (Чешихинъ, Naunyn, Ott,

Wood, Aronsohn, Sachs и др.) довольно различны мѣста поврежденія головного мозга вліяють на повышеніе и пониженіе продукціи тепла въ организмѣ.

На основаніи своихъ наблюденій я не берусь опредѣлять какія области мозга вліяють на измѣненіе температуры въ организмѣ.

Главной моей цѣлью, въ виду существующаго разнорѣчиваго взгляда на измѣненіе температуры при прогрессивномъ параличѣ, было прослѣдить, за болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени, ходъ температуры при различныхъ формахъ прогрессивнаго паралича, отмѣтить тѣ особенности, которыя свойственны каждой формѣ и опредѣлить насколько эти колебанія температуры зависятъ отъ самого патологическаго процесса прогрессивнаго паралича, исключивъ по возможности другія вліянія со стороны внутреннихъ органовъ.

Резюмируя всѣ данныя, полученныя мною при измѣреніи температуры у прогрессивныхъ паралитиковъ, я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Маниакальныя формы прогрессивнаго паралича протекають при лихорадочной температурѣ.

2) Повышенія температуры наступаютъ въ видѣ довольно правильныхъ періодовъ, смѣняющихся періодами болѣе низкой температуры, стоящей ближе къ нормѣ.

3) Періоды повышенной температуры не обусловливаются никакими соматическими заболѣваніями, но часто сопровождаются явными признаками раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ судорожныхъ припадковъ, паретическихъ состояній сосудистой системы на одной половинѣ тѣла, усиленія имѣющихся параличей и тому подобными явленіями.

4) Съ психической стороны; въ періоды повышенія температуры у больныхъ, появлялись: или повышеніе общаго

самочувствія (euphoria) съ рѣзко выраженными идеями бреда грандіозности и величія, или состояніе психо-моторнаго возбужденія, сопровождаемаго съ тѣмъ же повышеннымъ само-чувствіемъ, раздражительностью, или состоянія полного без-смыслія и безсвязности.

5) Періоды пониженной температуры сопровождались съ психической стороны или болѣе ровнымъ, спокойнымъ состояніемъ безъ рѣзко выраженныхъ бредовыхъ идей, или болѣе подавленнымъ настроеніемъ съ ипохондрическими бредовыми идеяи или состояніями апатіи, вялости; съ физической стороны, послѣдствіями отъ произшедшихъ, во время повышенной температуры, параличей, въ видѣ гемиплегіи, афазіи и другими разстройствами.

6) Средняя температура *in recto* у больныхъ въ періодѣ повышенія $37,8^{\circ}$ — 38° — $38,2^{\circ}$ превышаетъ среднюю здороваго человѣка $37,34^{\circ}$.

7) Суточные колебанія $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,5^{\circ}$ — 2° — $2,5^{\circ}$ значи-тельно превосходятъ суточные колебанія здороваго $0,2^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$.

8) Колебанія температуры *in recto* имѣютъ правиль-ный интермиттирующий типъ съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, хотя нерѣдко наблюдается, такъ называемый, *typus inversus*.

9) Количество пульса и дыханія не всегда соотвѣт-ствуетъ повышенной или пониженной температурѣ.

10) Нерѣдко значительное учащеніе пульса наблюда-лось, когда температура еще понижена, за день или за два до періода повышенія.

11) Температура подъ мышками сохраняетъ въ своемъ теченіи тотъ же періодическій типъ, какъ и температура *in recto*, хотя эти періоды не всегда также рѣзко выражены.

12) Температура подъ мышками держится ниже темпе-ратуры *in recto* на $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ — $0,6^{\circ}$, но нерѣдко разница достигаетъ до $0,8^{\circ}$ — 1° — $1,2^{\circ}$.

13) Внутренняя температура *in recto* и подъ мышками меланхолическихъ или ипохондрическихъ формъ держится ниже, чѣмъ у здороваго. Средняя температура ниже средней здороваго, суточные ея колебанія незначительны.

14) Въ обыкновенномъ теченіи внутренней температуры ипохондрическихъ и меланхолическихъ формъ эпизодически наступаютъ внезапныя, болѣе значительныя повышенія температуры, превышающія норму, безъ всякаго измѣненія психическаго состоянія, но сопровождаются явленіями раздраженія головного мозга, въ видѣ расстройствъ сосудистой системы на одной половинѣ тѣла или судорожныхъ припадковъ.

15) Пульсъ и дыханіе то вполне соотвѣтствуютъ общему психическому состоянію больныхъ и реагируютъ на повышенія температуры, то учащаются безъ всякаго видимаго измѣненія психическаго состоянія и температуры.

16) Внутренняя температура *in recto* и подъ мышками при дементныхъ формахъ прогрессивнаго паралича въ общемъ своемъ теченіи, то немного превышаетъ норму, то держится въ предѣлахъ нормы, но среди общаго теченія появляются періоды значительнаго повышенія температуры продолжающіяся 3—4—5—6—9—12 дней.

17) Эти періоды внезапнаго повышенія температуры при дементныхъ формахъ не обуславливаются какими либо соматическими заболѣваніями, а протекаютъ при рѣзкомъ измѣненіи психическаго состоянія больныхъ, и нерѣдко сопровождаются судорожными припадками или другими симптомами раздраженія центральной нервной системы, въ видѣ расстройствъ периферической сосудистой системы и параличей на одной половинѣ тѣла или явленіями афазіи.

18) Послѣ періодовъ внезапныхъ повышеній, температура сразу падаетъ до низкихъ цифръ, значительно ниже нормы и только по истеченіи нѣкотораго времени достигаетъ прежней высоты, соотвѣтственно общему теченію.

19) Температура подъ обѣими мышками и периферическая, измѣренная одновременно на симметричныхъ мѣстахъ обѣихъ сторонъ, при всѣхъ формахъ прогрессивнаго паралича держится неодинаково. Разница температуръ на той и другой половинѣ наблюдается постоянно, болѣе значительна, чѣмъ у здороваго человѣка и достигаетъ до $0,8^{\circ}$ — 1° ,— $1,5^{\circ}$ — 2° и даже $2,5^{\circ}$.

20) Температура подъ мышками и периферическая держится выше, то на той сторонѣ, на которой паралическія явленія выражены яснѣе, то на противоположной.

21) Иногда наблюдалось большее согрѣваніе той стороны тѣла, на которой были выражены расстройства периферической сосудистой системы на всей половинѣ тѣла.

22) Расстройства периферической температуры распределялись по типу нервныхъ расстройствъ кортикальнаго происхожденія.

23) При фізіологическомъ объясненіи этихъ расстройствъ периферической температуры возможно предположить, что или существуютъ въ головномъ мозгу особыя центры, регулирующие тепло въ организмѣ, или эти расстройства связаны съ нарушеніями правильной функціи нервовъ, управляющихъ сосудистой системой.

Въ заключеніе пользуюсь первымъ удобнымъ случаемъ выразить глубокую и искреннюю благодарность глубокоуважаемому учителю, профессору Николаю Михайловичу Попову за предложенную тему, за постоянное руководство и нравственную поддержку, которыми я отъ него пользовался, а также за специальное образованіе, полученное подъ его руководствомъ.

Считаю весьма пріятнымъ для себя долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Павлу Ивановичу Ковалевскому за его сочувствіе и за тѣ цѣнныя указанія, которыми я пользовался при окончаніи моей работы.

Приношу глубокую благодарность директору Окружной Лечебницы многоуважаемому Владиміру Ивановичу Левчаткину и товарищамъ-сослуживцамъ, въ особенности д-ру Болдыреву, за ихъ содѣйствіе и готовность помочь мнѣ при моихъ занятіяхъ.

Л и т е р а т у р а

къ краткому историческому очерку.

- 1) Дръ Krafft-Ebing. Zur Geschichte und Literatur der Dementia paralytica. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 23, стр. 628.
- 2) Esquirol. Die Geisteskrankheiten. Ins Deutsche übertragen von Dr. Bernhard.
- 3) Ph. Pinel. Traité sur aliénation mentale. 1809 г.
- 4) Bayle. Recherches sur l'arachnitis chronique. 1822 г. Paris.
- 5) Griesinger. Душевные болѣзни. 1866 г. С.-Петербургъ.
- 6) Prof. H. Dagonet. Traité élémentair et pratique des maladies mentales 1862. Paris.
- 7) Bayle. Traité des maladies du cerveau et des ses membranes. Paris. 1826 г.
- 8) Calmeil. De la paralysie chez les aliénés Paris. 1826 г.
- 9) Крафтъ - Ебингъ. Прогрессивный общій параличъ. Перев. д-ра Вальтера 1896 г.
- 10) Falret. Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. Paris. 1853 г.
- 11) Dr. Westphal. Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgem. progressiven Paralyse der Irren. Arch. für Psychiatrie т. I 1868 г.
- 12) Simon. Ueber den Zustand des Rückenmarkes in der Dementia paralytica und die Verbreitung der Körnchenzellen Myelitis Arch. für Psychiatrie. T. II. Н. 2.
- 13) Voisin. Traité de la paralysie générale. Paris. 1879.
- 14) Mendel. Die progressive Paralyse der Irren Berlin. 1880.

15) Hitzig. Прогрессивный параличъ умопомѣшанныхъ. Руковод. частной патол. и терапіи изд. Ziemssen'a т. XI ч. I.

16) Mickle. General paralysis of the Insane 1886 г.

17) Проф. П. И. Ковалевскій. Общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Записки Имп. Харьк. Унив. вып. II и III 1893 г.

18) Проф. Н. М. Поповъ. Шесть лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Казань. 1900 г.

19) Проф. П. И. Ковалевскій. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Петербургъ. 1901 г.

20) Mendel. Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica. Centralblatt für Nervenheilkunde 1890.

21) Проф. Н. М. Поповъ. Анатомо-патологическія измѣненія шейныхъ узловъ симпатической нервной системы при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Медицинск. Обзор. 1886.

22) Zacher. Ueber zwei Fälle von acuter Paralyse. Neurologisch. Centralbl. 1891 г.

23) Targowla. Lipomes symetriques multiplex chez du paralytique. Annal medico-psycholog. 1891.

24) Проф. П. И. Ковалевскій. Психіатрія т. II, стр. 405.

25) Binswanger. Архивъ психіатріи. Проф. П. И. Ковалевскаго 1898 г. т. I, стр. 405.

26) Baillarger. Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux 1847. Paris.

Еро-же. Sur la theorie de la paralysie generale. Annales medico-psycholog. т. IX 1883, стр. 18.

27) Th. Ziehen. Руководство къ психіатріи перев. д-ра Автократова. Петербургъ 1897.

28) Arnaud. Annales med. psych. 1888.

29) Näcke. Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der Paralysis progressiva der Männer. allgem. Zeitschr für Psych. 1899.

30) Serieux et Farnarier. Paralyse générale et syphilis Bulletin de la société la med. des Hopitaux 1899.

31) Joffroy. Degeneration et paralysie generale. Revues de Psychiatrie 1898 Oktober.

32) К. Н. Ковалевская. Восьмой съездъ франц. психиатровъ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевского. 1898.

33) Regis. L'encéphale 1885.

34) А. И. Ющенко. Къ учению о юношескомъ прогрессивномъ параличѣ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевского. 1896

35) Д. И. Подяковъ. Архивъ психіатріи. Проф. П. И. Ковалевского. 1898.

36) Номен. Архивъ психіатріи проф. П. И. Ковалевского. 1898 г.

37) К. Н. Ковалевская. Архивъ психіатріи проф. П. И. Ковалевского. 1898.

38) Rad. Archiv für Psychiatrie 1898.

39) Муратовъ. Клиническія лекціи 1899.

40) Д. И. Ждановъ. Архивъ психіатріи проф. П. И. Ковалевского. 1898.

41) Д-ръ Грейденбергъ. Объ общемъ прогрессивномъ параличѣ у женщинъ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевского. 1898 т. I стр. 122.

42) Проф. П. И. Ковалевскій. Историческая поправка въ ученіи объ отношеніи сифилиса къ прогрессивному параличу. Медицина 1894 г.

43) Esmarch и Iessen. Syphilis und Geistestörungen. Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie. B. XIV. H. S. 20 перев. Егіазарьянцъ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевского. 1894.

44) В. Ф. Чижевъ. Частная патологія помѣшательства. Юрьевъ 1898.

45) Крафтъ-Ебингъ. Причины развитія прогрессивнаго паралича. Обзорѣніе психіатріи 1897 г.

46) Wille. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. XXIII. 1891 г.

47) Souret. Annal. medico-psychol. 1880 г. т. III p. 156.

48) Charpentier. Les intoxications et la paralysie générale. Annal. medico-psychol. 1890 г.

49) Fürstner. Zur Patkologie und pathologischen Anatomie p. progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie. B. XXIV. K. 1.

50) Грейденбергъ. Къ статистикѣ и этиологіи общаго нарастающаго паралича помѣшанныхъ. Врачъ. 1896.

51) К. Н. Ковалевская. Второй конгрессъ франц. психіатровъ въ Ліонѣ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевскаго. 1891

52) Meilhorn. Contribution a l'etude de la paralysie générale, considérée chez les Arabes. Annal. medic. psychol. 1891 г.

53) Д-ръ Лебедевъ. Архивъ психіатріи проф. П. И. Ковалевскаго. 1893.

54) Kaplan. Trauma und Paralyse progressive. Centralbl. f. Nervenheilkunde 1897.

55) Bouchard. Lesons sûr les auto-intoxications dans les maladies.

56) P. Kovalewsky. Étude sur la pathologie de la paralysie generale. Bulletin de la société medic. mental. Belgique. 1894.

57) Краепелин. Психіатрія. Перев. съ V изд. Петербургъ 1898.

58) Paris. De la paralysie générale. Arch. de Neurologie 1898.

59) Näcke. Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der Paralysis progressiva der Männer. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1899 г.

60) Binswanger. Pathogenese und Abgrenzung der progr. Paralyse der Irren etc. Neurolog. Centralbl. 1897 № 18.

61) Проф. П. И. Ковалевскій. Сифилисъ мозга и его леченіе. Арх. псих. Его-же 1891 т. XVII № 1.

62) Oebeke. Zur syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen Allgemeine Zeitschrift t. Psychiatrie 1891.

63) Проф. Н. М. Поповъ. Арх. псих. проф. П. И. Ковалевскаго. 1892.

64) A. Foville. Contribution a l'etude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. Annal. medic. psychol. 1899 т. I p. 355.

65) П. И. Ковалевскій. Сущность нейрастеніи. Архивъ псих. 1890 г.

Литература

къ историческимъ даннымъ объ изслѣ- дованіи температуры.

1) Dr. Adolph Wachsmuth. Temperatur-beobachtungen bei Geisteskranken. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie T. XIV. H. 4. Стр. 546—557. 1857 г.

2) L. Meyer. Die Allgemeine progressive Gehirnлähmung—eine chronische Meningitis. Berlin. 1858 г.

3) Dr. Bayle. Traité des maladies du cerveau et des ses membranes. Paris. 1826.

4) Dr. von Krafft-Ebing. Ueber die klinische differentielle Dignose zwischen der Dementia paralytica und dem Irresein mit Lähmung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1866. T. XXIII. Стр. 205.

5) Dr. Werle. E. Beitrag zur Kenntniss der Körperwärme bei Geisteskranken. Inaug. Dissert. Giessen. 1866 г. рефер. по Jahresbericht Virchow'a 1868. Ч. II стр. 12.

6) Dr. Wolff O. I. B. Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie B XXIV стр. 416.

7) Dr. Westphal a) Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten B. I. H. I стр. 61—62.

Его-же b) Einige Beobachtungen über die epileptiformen und apoplectiformen Anfälle der paralytischen Geisteskranken. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. B. I. H. 2. Стр. 337.

8) Clouston. Observations on the temperature of the body in the insane. Journ of Ment. Science 1868. April. pag. 34.

9) Simon. Ueber den Zustand des Rückenmarkes in der Dementia paralytica und die Verbreitung der Körnchenzellen—Myelitis. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. B. II. H. 2. c. 356.

10) Hawkes. Observations on the temperature of the insane. Lancet March. 30 1872 r.

11) Mickle. The Temperature in general paralysis of the insane. The Journal of mental science. T. XVII. 1873 r.

12) Macleod. A. Manual of psychological Medicine by Bucknill and Tucke. London. 1874. General paralysis or Paresis стр. 324—325.

13) Magnan. Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. T. III. 1876.

14) Voisin. Traité de la paralysie generale des aliénés. Paris 1879 r.

15) Burckhardt. Beobachtungen über die Temperaturen Geisteskranker. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten B. VIII. H. 2. Стр. 333.

16) Crichton Browne. Note on the Pathology of General Paralysis of the insane. Referat X. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. B. VIII. H. 3. Стр. 793.

17) Em. Regis. De la Dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale. Annales medico-psychologiques 1879. Ser. 6. T. II стр. 33.

18) Ogle. Transact of the clin cos V p. 136 1872 r. риф. по Mendel'ю²⁷⁾ die progressive Paralyse der Irren.

19) Gauster. Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse. Jahrbuch der Psychiatrie 1879. H. I p. 24.

20) Güntz. Temperatur-beobachtungen bei tetanischen Krämpfen Geisteskranker. Allgemeine Zeitschrif. für Psychiatrie. T. XXV. 1868 стр. 165—226.

21) Huppert. Die Albuminurie nach dem epileptischen und paralytischen Anfälle. Archiv für Psychiatrie und Nerv. T. VII 1877 стр. 189.

22) Fürstner. Zur Genese und Symptomatologie der Pachymeningitis haemorrhagica. Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. T. VIII. 1877, H. I стр. 1—30.

23) V. Hanot. Note sur l'évolution thermique et la rotation conjuguée de la tête et des yeux dans les attaques apoplectiques de la paralysie générale. Comptes rendus des séances et memoires de la Société de Biologie. T. IV de la 5 série 1872 Paris. 1874 стр. 61 и слѣд.

24) Obersteiner. Ueber die prognostische Bedeutung der Körpertemperatur bei Nervenkrankheiten. Wien. medicin. Blatt 1880 № 21. Реф. Медицинск. Обзор. Т. XV—1881 март.

25) Kröemer. Temperaturbeobachtungen bei paralytischen Geisteskranken. Allgem. Zeitchr. für Psychiatrie und psych.-gerich. Medici. B. XXXVI. 1880. H. 2—3 стр. 137.

26) C. Reinhard. Die Eigenwärme in der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren Arch. für. Psychiatrie und Nervenkr. B. X. 1880 стр. 336.

27) Menebl. Die progressive Paralyse der Irren. Berlin. 1880 г.

28) Проф. В. М. Бехтеревъ. Опытъ клиническаго изслѣдованія температуры при нѣкоторыхъ формахъ душевныхъ заболѣваній. 1881 г. С.-Петербургъ. Диссертація.

29) Maccabruni. Arch. italian par le maladie nerw. 1883 реф. Neurologisches Centralblatt 1884 №. 2 стр. 39.

30) Tambroni. Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale 1884 fasc. 1, 2, 3, 4. Реф. Annales medico-psychol. 1887 г. Serie 7. T. V. Стр. 323, 12.

31) H. Rottenbiller. Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern. Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und der Psychol. 1889. №№ 1 и 2 стр. 1—37.

32) Turner. Remarks on the Urine and Temperature in general paralysis of the insane. The journal of mentol science. 1889. October.

33) Ulrich. Ueber subnormale Körperwärme mit Zugrundelegung Zweier Fälle. Allgem. Zeitschr. für. Psychiatrie T. XXVI 1869. Стр. 761.

34) Zenker. Ueber die tiefe Temperatur und Wärmeschutz bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. für. Psychiatrie т. XXXIII. 1877 г. 1—23 стр.

35) Tilling. Ueber das Vorkommen niedrigen Körpertemperaturen bei Geisteskranken. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1876 г. №№ 25 и 26

36) Hebold. Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. Arch. für Psychiatrie und Nervenkr. т. XIII. H. 3. Стр. 685—710.

37) Hitzig. Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. Berlin. Klinisch. Wochenschrift 1884. № 34.

38) Reinhard. Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen, nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung. Berlin klinisch. Wochensch. 1884. № 34.

39) Schönfeldt. Zur Casuistik der anormalen tiefen Körpertemperaturen bei Geisteskranken. St. Petersburger medicin Wochenschrift. 1888. № 33.

40) Bouchaud. De l'Hypothermie chez les aliénés Annales medico-Psycholog. 1894. Setie 7. T. XIX. Стр. 194—265.

41) Ripping. Ueber die halbseitig-differenten periph. Temperaturen bei Geisteskranken und die Frage nach dem Sitze des thermischen Centrums in der Hirnrinde des Menschen. Allg. Zeitsch. für Psychiatrie. T. XXXIV. 1878.

42) Maragliano et Sepilli. Studii di termometria cerebrale negli alienati. Rivista di freniatria an. V, fascic. I и II 1879 г. реф. по Бехтереву стр. 68—69.

43) Проф. Брока. Мозговая термометрія. Военно-Медиц. журналъ. Кн. 11-я 1877 г. Библиографія стр. 112.

44) Petersons and Langdon. A Study of the temperature in twentyfive coses of general paralysis of the insane. The journal of Nervous and Mental Disease 1893 г. November.

45) Ralph. Wait Parsons. Notes an a case of general paresis with refereuce to the study of the relations between the temperature. pulse rate and respiration. The Journal of Nervous and Mental. Disease 1895. July.

46) В. И. Левчаткинъ. Опытъ графическаго изслѣдованія пульса и соотношеніе кривыхъ пульса, дыханія и температуры въ возрастающемъ параличѣ помѣшанныхъ. С.-Петербургъ. Диссертация.

47) Проф. Krafft-Ebing. Прогрессивный общій параличъ. Перев. д-ра Вальтера. Харьковъ. 1896 г. Стр. 96—98.

48) Проф. Kroepelin. Психіатрія. Учебникъ для студентовъ и врачей. Переводъ врачей больницы св. Николая чудотв. 1898 г. Петербъ.

49) Проф. Ziehen. Руководство къ психіатріи. Перев. д-ра Автократова 1897 г. Петербургъ.

50) Прив.-доц. А. Ф. Эрлицкій. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ. С.-Петербургъ. 1896 г.

51) Проф. С. С. Корсаковъ. Курсъ психіатріи. Москва. 1901 г.

52) Проф. Н. М. Поповъ. Шесть лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Казань 1900 г.

53) Проф. П. И. Ковалевскій. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. 1901 г. Петербургъ.

54) Riva. La temperatura nella paralysis generale degli alienati. Arch. ital. Heft VI. 1880. Рефер. по Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. T. XXXVIII. 1882. Bericht über die psychiatr. Literatur in I Zaljahre. 1881 г.

55) Фредерикъ и Ньюэль. Основы физиологіи человѣка 1897 г. Петербургъ. Перев. Н. Е. Введенскаго т. I стр. 243.

56) Проф. Н. И. Котовицковъ. Руководство къ клиническимъ методамъ изслѣдованія внутреннихъ болѣзней. 1891 г. Казань. Т. I стр. 104.

57) Д-ръ Аврепъ. Къ вопросу о периферическихъ температурахъ при болѣзняхъ легкихъ. Медицинск. Обзор. т. XII 1879 г. Стр. 711—712.

58) Др. Щербачевъ. Практическое руководство клиническаго изслѣдованія мочи 1898.

59) Проф. Геймъ. Руководство къ способамъ изслѣдованія бактерій и распознаванію ихъ. Перев. д-ра Раскиной. Петербургъ. 1900 г.

60) Проф. Neelsen. Основы патолого анатомической техники. Переводъ подъ редакціей и съ дополненіями проф. Н. М. Любимова. Казань. 1893 г.

61) Проф. В. М. Бехтерева и д-ра Миславскаго. О вліяніи мозговой коры и центральныхъ областей мозга на давленіе крови и дѣятельность сердца. Архивъ псих. П. И. Ковалевскаго. Т. VIII. 1886 г.

62) Проф. В. М. Бехтеревъ. Неудержимый или насильственный смѣхъ при мозговыхъ параличахъ. 1893 г.

63) Его же. О такъ назыв. судорожномъ центрѣ и о центрѣ передвиженія тѣла на уровнѣ Вароліева моста. Неврологическій Вѣстникъ. Т. IV, вып. 4. 1896 г.

64) Его-же. О расположеніи двигательныхъ центровъ мозговой коры у человѣка по результатамъ раздраженія ихъ фарадическимъ токомъ при мозговыхъ операціяхъ. Неврологическій Вѣстникъ. Т. VII, вып. I. 1899 г.

65) Его-же. О суживающихъ зрачекъ и аккомодативныхъ центрахъ мозговой коры. Неврологическій Вѣстникъ. VIII, вып. 1. 1900 г.

Изъ физиологической лабораторіи Императорскаго
Казанскаго Университета.

Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка.

Экспериментальное изслѣдованіе

съ 18 рисунками въ тексты и таблицей фотোগраммъ.

В. В. Чирковский.

(Продолженіе; см. т. XII, выт. 2).

ОТДѢЛЪ II.

Глава I.

Ученіе объ иннерваціи расширенія зрачка имѣетъ почти двухвѣковую исторію. Сотни трудовъ посвящены разработкѣ этого вопроса, но и до сихъ поръ не мало здѣсь можно встрѣтить неяснаго, противорѣчиваго. Въ нашу задачу не входитъ представить полный литературный обзоръ относящихся сюда работъ, такъ какъ таковыя уже имѣются въ нѣсколькихъ трудахъ, какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ изслѣдователей, мы ограничимся только изложеніемъ наиболѣе важныхъ изслѣдованій и совершенно не коснемся ученія объ интимной сторонѣ расширенія зрачка—самомъ механизмѣ расширенія.

Въ основу ученія о расширеніи зрачка легли наблюденія Parfour-Petit ¹⁾, произведенныя еще въ началѣ 18-го

¹⁾ Цит. по Budge.

столбтія падѣ вліяніемъ перерѣзки симпатическаго нерва на глазъ. Эти наблюденія подтверждены были Molinelli, Arnold'омъ и др., но только въ 1846 году было доказано, что въ шейномъ симпатическомъ нервѣ идутъ волокна, расширяющія зрачекъ соответствующаго глаза. Въ этомъ году Serafino Biffi¹⁾ показалъ, что раздраженіе шейнаго симпатическаго вызываетъ расширеніе зрачка. Опыты Biffi были вскорѣ повторены Budge²⁾, который въ своей обширной монографіи впервые очень подробно обследовалъ зрачковые движенія. Онъ установилъ, что начало волоконъ симпатическаго нерва, вызывающихъ расширеніе зрачка, находится въ спинномъ мозгу между 6 шейнымъ и 4 груднымъ позвонками и этотъ отдѣлъ мозга онъ называлъ *centrum ciliospinale inferius*. Изъ спинно-мозгового центра расширители зрачка идутъ черезъ передніе корешки 7—8 шейныхъ и 1—2 грудныхъ нервовъ. Кромѣ указаннаго *centri ciliospin. inferioris*, Budge на основаніи нѣкоторыхъ опытовъ допускаетъ существованіе и другого центра для расширенія, лежащаго выше. Точно установить локализацию этого верхняго центра (*centrum ciliospinale superior*) ему не удалось, но, по его предположенію, онъ заложенъ вблизи начала *n. hypoglossi*, который соединенъ анастомозомъ съ верхнимъ шейнымъ узломъ. По мнѣнію Budge, *centrum ciliospinale* обладаетъ автономіей, но вмѣстѣ съ тѣмъ получаетъ импульсы къ возбужденію изъ выше лежащихъ частей центральной нервной системы. Убѣдившись изъ изслѣдованій, что раздраженіе заднихъ корней 7—8 шейныхъ и 1—2 грудныхъ нервовъ вызываетъ расширеніе зрачковъ, хотя не такое сильное и продолжительное, какъ при раздраженіи переднихъ корней и что расширеніе это исчезаетъ послѣ перерѣзки заднихъ корней, Budge предположилъ, что центръ расширенія зрачка можетъ возбуждаться также импульсами, которые получаютъ изъ глаза.

¹⁾ Idem.

²⁾ Budge. Ueber die Bewegung der Iris 1855.

и приносятся через симпатическій нервъ и задніе корешки къ центру. Кромѣ расширяющихъ зрачекъ волоконъ въ *centrum ciliospin. infer.* берутъ начало, по Budge, и волокна, суживающія сосуды на соотвѣтствующей половинѣ головы, вызывающія выпячиваніе глаза впередъ и ухожденіе 3-го вѣка.

Schiff¹⁾, подтверждая собственными наблюденіями опыты Budge относительно мѣста выхода волоконъ симпатическаго нерва, расширяющихъ зрачекъ и суживающихъ сосуды головы, не согласился только съ установленными Budge границами его нижняго цилиоспинальнаго центра. Опыты Schiffa съ половинной перерѣзкой спинного мозга выше указаннаго центра давали въ результатахъ суженіе зрачка, расширеніе сосудовъ и пр. и тѣмъ самымъ подорвали ученіе Budge объ автономности нижняго центра. Schiff считаетъ автономнымъ только верхній центръ, расположенный въ черепномъ мозгу.

Chauveau²⁾, поставивъ своей задачей выяснить, какимъ путемъ происходило возбужденіе нижняго цилиоспинальнаго центра въ опытахъ Budge—рефлекторно или непосредственно—нашелъ, что расширеніе зрачковъ появляется только при раздраженіи заднихъ столбовъ спинного мозга въ этой области и заднихъ корешковъ верхнихъ 3 грудныхъ, тогда какъ раздраженіе переднихъ не даетъ эффекта. Но расширеніе зрачковъ при раздраженіи заднихъ корней было вполне выражено только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ область *centri ciliospinalis infer.* не была отдѣлена отъ другихъ частей спинного мозга. Послѣ же перерѣзки спинного мозга выше и ниже указаннаго района расширеніе получилось у автора въ 2 хъ случаяхъ (у осла и кролика) и то очень слабое. На основа-

¹⁾ Schiff. Untersuchungen zur Physiologie des Nervensystems mit Berücksichtigung der Pathologie. 1855.

²⁾ Chauveau. Détermination du mode d'action de la moelle épinière dans la production des mouvements de l'iris. Journal de la Physiol. du Dr. Brown-Séquard 1861. T. IV.

ніи произведенныхъ опытовъ, Chauveau категорически высказывается, что центръ Budge—рефлекторный центръ расширителей зрачка.

Сl. Bernard¹⁾ провѣрилъ изслѣдованіе Budge, избравъ объектомъ опытовъ собакъ. У этихъ животныхъ онъ нашелъ, что вазомоторы головы и волокна, заведующія расширеніемъ зрачка и прочими явленіями глазного комплекса, выходятъ изъ спинного мозга различными путями. Глазо-зрачковые волокна выходятъ только черезъ передніе корешки двухъ первыхъ паръ грудныхъ нервовъ, рѣдко черезъ 3-ю пару, что доказывается авторомъ перерѣзкой и раздраженіемъ этихъ нервовъ, результатомъ котораго выступали всѣ явленія на глазу, тогда какъ явленія сосудистыя и термическія отсутствовали. При удачныхъ перерѣзкахъ симпатическаго нерва подкожно со стороны позвоночника между 2 и 3 ребромъ авторъ получалъ всѣ явленія въ сосудахъ и въ температурѣ соответствующей половины головы, но никакого вліянія на глазъ. Вмѣстѣ съ этими данными въ той же работѣ Сl. Bernard доказываетъ, что раздраженіе всѣхъ чувствительныхъ нервовъ, начиная съ сѣдалищнаго и кончая тройничнымъ, вызываетъ двустороннее расширеніе зрачковъ и открытіе обоихъ глазъ. Эффектъ этотъ наблюдается, по автору, при одномъ условіи, если цѣлы 1—3 пары грудныхъ нервовъ; при перерѣзкѣ ихъ рефлекторное расширеніе получается только на здоровомъ глазу, при чемъ независимо на какой сторонѣ раздражается чувствительный нервъ. Изъ послѣдняго наблюденія онъ заключаетъ, что пути зрачковыхъ рефлексовъ перекрещиваются, отличаясь этимъ отъ рефлексовъ сосудистыхъ, которые, по мнѣнію автора, бываютъ очень ограничены и никогда не перекрещиваются.

¹⁾ Сl. Bernard. Recherches experiment. sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. 3 partie. Journal de la Physiol. du Dr. Brown-Séquard. 1862 T. V.

C. Balogh ¹⁾ впервые высказался за существование нового пути для расширителей зрачка—черепно-мозгового. Дѣлая наблюденія надъ вліяніемъ асфиксіи на зрачекъ кролика, Balogh замѣтилъ, что асфиктическое расширение зрачка бываетъ и послѣ вылуценія верхняго симпатическаго узла, хотя и значительно слабѣе выраженное, чѣмъ на сторонѣ здоровой. Такое наблюденіе заставило его предположить, что расширяющія зрачекъ волокна идутъ и помимо шейнаго симпатическаго. Для точнаго выясненія этого пути авторъ въ третьей группѣ своихъ опытовъ дѣлалъ перерѣзку *gangl. Gasseri*. Оказалось, что послѣ операціи расширение зрачка при асфиксіи болѣе не выступало на сторонѣ перерѣзки, не выступало оно, если при этомъ шейный симпатическій нервъ былъ совершенно не тронутъ. Далѣе въ одномъ рядѣ опытовъ онъ наблюдалъ эффектъ раздраженія *gangl. Gasseri* или первой вѣтви тройничнаго нерва у обезглавленнаго кролика и всегда видѣлъ расширение зрачка. Тотъ же эффектъ Balogh видѣлъ и при раздраженіи тѣхъ частей продолговатаго мозга, гдѣ находятся начала *n. trigemini*, если только не былъ перерѣзанъ *trigeminus*. Въ заключеніе работы авторъ устанавливаетъ два положенія:

1. Для расширяющихъ зрачекъ волоконъ имѣется центральное начало, совпадающее съ мѣстомъ началъ *n. trigemini*.

2. Каждое нервное волокно, назначенное для расширения зрачка идетъ черезъ *Ganglion Gasseri* и оставляетъ его съ первой вѣтвью *trigemini*.

Oehl ²⁾ опытами на собакахъ убѣдился, что въ первой вѣтви *trigemini* несомнѣнно проходятъ волокна, расширяющія

¹⁾ Balogh. Ueber einen neu entdeckten Weg der pupilenerweiternden Nervenröhren. Moleschott's Untersuchungen z. Naturlehre des Menschen und d. Thiere. Bd. VIII—1862.

²⁾ Oehl. Della influenza che il quinto pajo cerebrale dispiega sulla pupilla. 1863. Цит. по Meissner's Jahresbericht. 1864.

зрачекъ, ибо раздраженіе этой вѣтви впереди *gangl. Gasseri* всегда даетъ расширеніе зрачка. У кроликовъ авторъ видѣлъ при раздраженіи I вѣтви въ первый моментъ суженіе зрачка, а затѣмъ спустя нѣкоторое время и у этихъ животныхъ, какъ и у собакъ, получается при раздраженіи расширение. Въ стволѣ *trigemini* до *gangl. Gasseri Oehl*, вопреки наблюденіямъ *Balogh'a*, отрицаетъ существованіе расширителей. Наблюдая расширеніе зрачка при раздраженіи I вѣтви *trigemini* и послѣ предварительнаго вылученія симпатическаго узла или при полномъ изолированіи и разрушеніи волоконъ симпатическаго, проходящихъ съ I вѣтвью, *Oehl* объяснилъ это предположеніемъ, что въ I вѣтви идутъ самостоятельные расширители зрачка помимо симпатическихъ и начало ихъ—*ganglion Gasseri*.

*Guttman n*¹⁾ подтверждаетъ мнѣніе *Oehl'a* о роли *gangl. Gasseri*, какъ центра расширителей зрачка, но свои наблюденія онъ произвелъ на лягушкахъ и потому результаты ихъ не могутъ съ достаточной убѣдительностью опровергать выводы *Bologh'a*. *Guttman n* нашелъ, что перерѣзка *trigemini* непосредственно позади *gangl. Gasseri* вызываетъ незначительное суженіе вслѣдствіе того, что вмѣстѣ съ этимъ перерѣзываются и симпатическія волокна, заходяція въ *gangl. Gasseri* и отчасти въ стволъ *trigemini*; если же перерѣзка производится у самаго выхода *trigemini* изъ мозга, то никакого эффекта на зрачкѣ не отмѣчается. Экстирпация *ganglii Gasseri* вызываетъ продолжительный и значительно большій міозъ, чѣмъ вылученіе шейнаго узла. Всѣ эти опыты позволяютъ автору заключить, что существуетъ и второй центръ расширителей зрачка помимо спинномозгового—черепномозговой.

*Salkovski*²⁾, поставившій первой задачей своего изслѣдованія выяснить спорный между *Budge* и *Cl.—Ber-*

¹⁾ *Guttman n*. De nervi trigemini dissec. apud ranam escul. Centralbl f. die medicin. Wissenschaft. 1864.

²⁾ *Salkovski*. Ueber die Budge'sche cilio-spinal—Centrum. Zeitschrift f. ration. Medicin. Bd. XXIX—1867.

п а r d'омъ вопросъ относительно выхода глазозрачковыхъ и сосудистыхъ волоконъ, цѣлымъ рядомъ опытовъ на кроликахъ рѣшаетъ этотъ вопросъ въ пользу Budge. По его наблюденіямъ, вазомоторы кроличьяго уха, какъ и расширяющія зрачекъ волокна, выходятъ изъ спинного мозга по однимъ и тѣмъ же путямъ—черезъ передніе корешки 7—8 шейныхъ и 1—2 грудныхъ нервовъ въ шейный симпатическій, ибо перерѣзка указанныхъ корешковъ вызываетъ зрачковые и сосудистыя явленія, перерѣзка послѣдующая симпатическаго насколько не измѣняетъ картины наблюдаемыхъ явленій. Что касается вопроса о локализациі центра расширителей зрачка и сосудистыхъ нервовъ, то авторъ, наблюдая послѣ перерѣзки спинного мозга выше *centri ciliospinalis inferioris* всѣ явленія, какія вызываются и перерѣзкой симпатическаго нерва на шеѣ, заключаетъ, что центръ вазомоторовъ и расширителей зрачка находится выше нижняго центра Budge, вѣроятно, въ продолговатомъ мозгу. Нижняя граница центра расширителей зрачка соотвѣтствуетъ указанной Budge. Въ доказательство высказаннаго взгляда о локализациі центра расширителей зрачка въ черепномъ мозгу, авторъ приводитъ далѣе опытъ съ асфиксіей. Оказывается, что асфигмическое расширеніе зрачка отсутствуетъ совершенно, если сдѣлать перерѣзку спинного мозга выше *centri ciliospinalis inferioris* (полная перерѣзка между 5—6 шейными позвонками, перерѣзка подъ атлантомъ). Относительно рефлекторнаго расширенія зрачковъ подъ вліяніемъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ Salkowski высказывается, что мѣсто передачи рефлекса находится въ продолговатомъ мозгу, такъ какъ рефлекторное расширеніе послѣ половинной перерѣзки спинного мозга выше центра Budge отсутствуетъ на сторонѣ перерѣзки. На основаніи вышеприведеннаго Salkowski, такимъ образомъ, склоняется признать одинъ только путь для расширителей зрачка и сосудистыхъ волоконъ изъ черепного центра (продолговатый мозгъ) безъ перекреста по спинному мозгу, откуда расширители выходятъ черезъ передніе корешки 7—8 и 1—2 грудныхъ нервовъ въ шейный симпатическій нервъ.

Въ томъ же году появилась работа Rogow¹⁾, подтверждающая наблюденія Salkowsk'аго. Rogow не наблюдалъ асфиктического расширенія зрачка послѣ экстирпаціи верхняго шейнаго узла. На основаніи своихъ наблюденій онъ приходитъ къ заключенію, что всѣ расширители зрачка идутъ черезъ ganglion sympathicum. Наблюденіями Salkowsk'аго и Rogow²⁾, такимъ образомъ, черепномозговой путь расширителей, на который указалъ Balogh, былъ исключенъ. Но скорѣе указаніе Balogh'a получило подтвержденіе въ трудахъ Навалихина²⁾. Послѣдній, производя наблюденія надъ кураризованными кошками, убѣдился прежде всего, что рефлекторное расширеніе зрачка возможно получить съ различныхъ чувствительныхъ нервовъ, какъ это указалъ раньше Cl. Bernard. Передача этого рефлекса, согласно наблюденіямъ автора, происходитъ не въ centrum ciliospinale infer., а въ частяхъ центральной нервной системы, выше лежащихъ, такъ какъ перерѣзка спинного мозга выше перваго шейнаго позвонка препятствуетъ проявленію рефлекторнаго расширенія при раздраженіи n. ichiadicі, n. splanchnici. Кромѣ указанныхъ Budge путей для расширителей зрачка, Навалихинъ доказываетъ и прямой черепной путь. За это говорятъ опыты съ вылученіемъ верхняго шейнаго узла, гдѣ авторъ могъ получить при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ умѣренное расширеніе зрачка на сторонѣ операціи. Кромѣ того, существованіе черепномозгового пути доказываетъ и тотъ фактъ, что раздраженіе верхняго отрѣзка спинного мозга, перерѣзаннаго въ области 3-го шейнаго позвонка, вызываетъ расширеніе зрачковъ все равно, будутъ ли экстирпированы при этомъ верхніе шейные узлы или нѣтъ. Наконецъ, согласно съ Balogh'омъ, Навалихинъ доказываетъ, что асфиктическому расширенію

¹⁾ Rogow. Ueber Wirkung des Extractes der Calabar-bohne und des Nicotin auf die Iris. Zeitschrift f. ration. Medicin XXIX—1867.

²⁾ Навалихинъ 1) «Къ ученію о расширеніи зрачка», 2) Замѣтка о расширеніи зрачка при остановкѣ дыханія» Работы изъ фізіологической лабораторіи Казанскаго университета. 1869. Вып. I.

зрачка не мѣшаетъ вылученіе верхняго шейнаго узла, если даже къ нему присоединить и перерѣзку спинного мозга подъ продолговатымъ.

Въ томъ же году даетъ нѣкоторыя указанія о центральныхъ началахъ расширителей зрачка K n o l l ¹⁾. K n o l l впервые наблюдалъ, что раздраженіе у кролика слабыми индукціонными токами одного изъ переднихъ четверохолмій вызываетъ расширение зрачковъ, при чемъ болѣе сильное на сторонѣ раздраженія. Послѣ перерѣзки симпатическаго такой эффектъ отсутствуетъ. Отсюда авторъ заключаетъ, что волокна симпатическаго нерва достигаютъ до четверохолмія.

Vulprian ²⁾ подтверждаетъ данныя Balogh'a и Навалихина. Наблюдая на кураризованныхъ собакахъ послѣ предварительной, за 10—15 дней произведенной, экстирпации верхняго шейнаго узла расширение зрачка подъ вліаніемъ чувствительныхъ раздраженій, Vulprian заключилъ, что часть расширяющихъ зрачекъ волоконъ обходитъ ganglion cervic. superior. Въ цѣляхъ болѣе точнаго опредѣленія пути этихъ расширяющихъ волоконъ онъ произвелъ рядъ опытовъ, о результатахъ которыхъ сообщаетъ въ двухъ позднѣе опубликованныхъ работахъ ³⁾. У кошекъ и собакъ онъ вылучалъ за нѣсколько дней до заключительнаго опыта верхній шейный и верхній грудной узлы, а затѣмъ, примѣняя чувствительныя раздраженія, послѣ кураризаціи животнаго, получалъ, какъ и раньше, расширение зрачковъ, при чемъ расширение на сторонѣ экстирпации было слабѣе и медленнѣе, чѣмъ на сторонѣ здо-

¹⁾ l. c.

²⁾ Vulprian. Note relative à l'influence de l'extirpation du gangl. cervic. supérieur sur les mouvements de l'iris. Arch. de Physiologie du Dr. Br. Séguard. 1874.

³⁾ — a) Expérience démontrant que les fibres nerveuses, dont l'excitation provoque la dilatation de la pupille, ne proviennent pas toutes du cordon cervical du grand sympathique. Compt. rend. 1878 T. 86.

— b) Sur les phénomènes orbito-oculaires produits chez les Mammifères par l'excitation du bout central du nerf sciatique, après l'excision du gangl. cervic. supér. et du gangl. thoracique supér. Compt. rend. T. 87—1878.

ровой, но сопровождалось оно, какъ и нормально, раскрытіемъ вѣкъ, ухожденіемъ 3-го вѣка и выпячиваніемъ глаза. На основаніи этого, авторъ считаетъ вполне правильнымъ допустить существованіе черепномозгового пути для расширителей зрачка, хотя точно опредѣлить этотъ путь ему и не удалось.

Опыты Vulpian'a были вскорѣ провѣрены Hurwitz'емъ¹⁾. Объектомъ его экспериментовъ служили кролики, кошки и собаки. Послѣ экстирпаціи верхняго шейнаго узла, произведенной, по крайней мѣрѣ, за 120 часовъ до опыта, непосредственное раздраженіе радужки въ атропинизированномъ глазу послѣ кураризаціи животнаго не вызываетъ, по наблюденіямъ автора, и слѣда зрачковыхъ движеній, таковы же результаты раздраженіи, если срѣзать и внутреннюю часть радужки, содержащую сфинктеръ, впрочемъ у кошекъ въ послѣднемъ случаѣ послѣ экстирпаціи шейнаго симпатическаго узла получается расширение зрачка. Также и на изолированныхъ радужкахъ наблюдалось сокращеніе dilatator'a только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до операціи узелъ былъ цѣлъ, если же узелъ былъ предварительно эстирпированъ за нѣсколько дней, то раздраженіе радужки не давало эффекта. Рефлекторное расширение зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ получалось въ опытахъ автора, какъ и Навалихина, Vulpian'a и на той сторонѣ, гдѣ вызвана дегенерація симпатическихъ волоконъ вылушеніемъ узла, причемъ это расширение наступало очень медленно и затѣмъ очень медленно смѣнялось суженіемъ. Такой характеръ расширенія, по Hurwitz'у, зависитъ отъ ослабленія сфинктера вслѣдствіе экстирпаціи симпатическаго узла.

Всѣми приведенными работами, такимъ образомъ, подрывалось ученіе объ автономности нижняго центра Budge и представлялась необходимость принимать черепномозговую центръ и самостоятельные черепномозговые пути. Къ тому же періоду

¹⁾ Hurwitz. Ueber die Reflexdilatation der Pupille. Diss. Erlangen. 1878. Цит. по Nagel's Jahrsbericht'у 1878.

семидесятихъ годовъ относятся работы изслѣдователей, до нѣкоторой степени выясняющія непосредственными опытами участіе опредѣленныхъ отдѣловъ головного мозга въ расширеніи зрачка. Такъ, кромѣ Кполля, пр. Е. В. Адамюкъ¹⁾ видѣлъ при раздраженіи передняго четверохолмія посрединѣ между бугорками вмѣстѣ съ движеніями обоихъ глазъ вверху и расширеніе обоихъ зрачковъ. Таковое же получалось въ опытахъ автора и при раздраженіи заднихъ бугорковъ четверохолмія. Далѣе Br.-Séguard²⁾, производя у собакъ и кроликовъ обширныя прижиганія раскаленнымъ желѣзомъ мозговыхъ извилинъ вблизи средней линіи видѣлъ на соотвѣтствующей сторонѣ смыканіе вѣкъ, суженіе зрачковъ, выступаніе 3-го вѣка, т. е. явленія паралича симпатическаго нерва. Не признавая существованія корковыхъ центровъ симпатическаго нерва, онъ въ объясненіе указанныхъ явленій предполагаетъ, что параличъ симпатическаго нерва при разрушеніи опредѣленныхъ участковъ можетъ выступить рефлекторнымъ путемъ.

Schiff³⁾ совмѣстно съ Foa изслѣдовали вліяніе чувствительныхъ раздраженій на расширеніе зрачковъ. На кураризованныхъ кошкахъ и собакахъ они въ цѣломъ рядѣ опытовъ убѣдились, что расширеніе зрачка болѣе точный показатель чувствительности, чѣмъ измѣненія кровяного давленія. Расширеніе зрачковъ наступало не только при болевыхъ раздраженіяхъ различныхъ частей тѣла, но даже и при тактильныхъ, которыя не отражаются, по мнѣнію авторовъ, на измѣненіи кровяного давленія. Степень расширенія, по ихъ наблюденіямъ, соотвѣтствуетъ силѣ раздраженія, что и дало имъ поводъ считать зрачекъ „эстезіометромъ“. Необходимымъ ус-

¹⁾ Adamük. Ueber die Innervation der Augenbewegungen. Centralbl. f. d. medic. Wissenschaft. 1870. № 5

²⁾ Br. Séguard. Recherches sur l'excitabilité des lobes cerebraux. Production des effets de la paralysie du nerf grand sympathique cervical par l'excitation de la surface du cerveau. Archiv. de la Physiologie norm. et pathol. 1875.

³⁾ Schiff. La pupille considérée comme esthésiomètre. Paris. 1875.

ловіемъ рефлекторнаго расширенія авторы признають цѣлость путей, по которымъ проводятся раздраженія. Изъ приведенныхъ опытовъ усматривается, что если перерѣзать шейный симпатическій нервъ, то расширенія зрачковъ при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ болѣе не получается. Чувствительными путями въ спинномъ мозгу служатъ задніе столбы для тактильных и сѣрое вещество мозга для болевыхъ ощущений. Что касается мѣста передачи этого рефлекса то оно, по мнѣнію Schiffa, находится не въ спинномъ мозгу, такъ какъ перерѣзка спинного мозга подъ продолговатымъ уничтожаетъ расширеніе зрачковъ при раздраженіи чувствительнаго нерва (ichiadicus), не расположено оно и въ продолговатомъ, такъ какъ при отдѣленіи продолговатого мозга отъ Вароліева моста также исчезаетъ рефлекторное расширеніе зрачковъ. Вѣроятнѣе всего, предполагаетъ Schiff, рефлекторный центръ находится въ большихъ полушаріяхъ, такъ какъ при частичномъ разрушеніи участковъ мозга наступаетъ ослабленіе рефлекторнаго расширенія, а при экстирпации обоихъ полушарій мозга совершенно исчезаетъ рефлексъ. Получая при раздраженіи различныхъ отдѣловъ коры и толщи мозга расширеніе зрачка, авторъ объясняетъ это предположеніемъ, что мозгъ обладаетъ также чувствительностью.

Ferrier¹⁾ нашелъ, что раздраженіе переднихъ и заднихъ четверохолмій у обезьянъ, кошекъ и собакъ вызываетъ расширеніе зрачковъ и раскрытіе глазъ. Послѣ перерѣзки симпатическаго это расширеніе болѣе не получается. Принимая, что указанныя части мозга обладаютъ чувствительностью, авторъ предполагаетъ, что раздраженіе съ этихъ частей передается на центръ, заведующій расширеніемъ зрачковъ. Кромѣ того Ferrier указалъ опредѣленные пункты коры мозговыхъ полушарій, при раздраженіи которыхъ получается расширеніе зрачковъ.

¹⁾ Ferrier. Les fonctions du cerveau. Paris. 1878.

Bochefontaine¹⁾ въ опытахъ на собакахъ также получалъ расширеніе зрачковъ при раздраженіи коры мозга, но только въ отличіе отъ Ferrier онъ видѣлъ это расширеніе при раздраженіи любой точки поверхности мозга. Перерѣзка спинного мозга въ шейной части не уничтожаетъ, по наблюденіямъ автора, указанное расширеніе. Это обстоятельство позволяетъ В. сдѣлать предположеніе, что существуютъ и помимо симпатическаго нерва пути для расширенія зрачка.

Hensen и Völkers²⁾ убѣдились въ согласіи съ предшествовавшими авторами, что при раздраженіи четверохолмій у собакъ получается расширеніе зрачка. Такое же явленіе наблюдали они и при раздраженіи *thalami optici* и при разрываніи *commissurae posterioris*. Перерѣзка симпатическаго нерва и въ ихъ опытахъ уничтожала эффектъ раздраженія. На четверохолмія авторы смотрятъ, какъ на мѣсто, служащее для передачи чувствительныхъ рефлексовъ на соотвѣтствующие центры.

Fr.-Frank посвятилъ вопросу о расширеніи зрачка нѣсколько работъ. Въ первомъ краткомъ сообщеніи³⁾ онъ указываетъ, что въ *n. vertebralis* идетъ часть расширителей, такъ какъ раздраженіе центральнаго конца этого нерва, перерѣзаннаго выше верхняго шейнаго узла, вызываетъ умѣренное расширеніе зрачка. Это наблюденіе затѣмъ было опровергнуто Guillebeau и Luchsinger'омъ. Въ той же работѣ онъ сообщаетъ, что вазомоторы извѣстныхъ частей головы и расширителей зрачка имѣютъ различный путь, какъ то еще доказывалъ Cl.-Bernard. Одни изъ нихъ выше верхняго шейнаго узла идутъ, какъ *rami carotidei* черезъ *canalis caroticus*,

¹⁾ Bochefontaine. Etude expérimentale de l'influence exercée par la faradisation de l'écorce grise du cerveau sur quelques fonctions de la vie organique. Archives de Physiologie norm. et pathol.—1876.

²⁾ Hensen u. Völkers. Ueber den Ursprung der Accomodationsnerven, nebst Bemerkungen über die Function der Wurzeln des N. oculomotorius. Graefe's Arch. f. Ophthalmologie. Bd. XXIV, I—1878.

³⁾ François-Frank. Sur le dédoublement du sympathique cervical et sur la dissociation des filets vasculaires et des filets iridodilatateurs, au dessus du ganglion cervical supérieur. Compt. rendu. T. 87. 1878.

а другіе обособляются отъ *plexus caroticus* и соединяются отдѣльною вѣтвью, пройдя черезъ костный каналъ, съ *ganglion Gasseri*. Перерѣзка послѣдней вѣтви прекращала, по опытамъ автора, эффектъ раздраженія шейнаго симпатическаго нерва на зрачекъ. Въ слѣдующей своей работѣ¹⁾ онъ доказываетъ, примѣнивъ графическій методъ, что расширение зрачка и суженіе сосудовъ явленія не синхроничныя, а потому считать расширение зрачка прямымъ слѣдствіемъ сосудистыхъ измѣненій нельзя. Въ опубликованной черезъ годъ подробной работѣ²⁾ онъ повторяетъ изложенныя въ первыхъ работахъ данныя, дополнивъ свои выводы новыми доказательствами. Здѣсь онъ на основаніи опытовъ съ перерѣзками утверждаетъ, что границы для центровъ расширителей зрачка, указанныя прежними изслѣдователями, должны быть расширены. По его мнѣнію волокна, расширяющія зрачекъ, выходятъ изъ спинного мозга черезъ *rami communic.* 4-хъ нижнихъ шейныхъ и 5—6-ти грудныхъ нервовъ. Всѣ эти волокна собираются сначала въ *gangl. thorac. primum* и оттуда съ передней вѣтвью *Ansa Vieussensii* идутъ къ *ganglion cervic. infer.* и черезъ шейный симпатическій вступаютъ въ *gangl. cervic. super.* Первому грудному узлу и верхнему шейному авторъ приписываетъ тониизирующее вліяніе на зрачекъ. Кромѣ описаннаго пути расширителей *Fr.-Frank* принимаетъ еще черепномозговой, но въ доказательство этого не приводитъ достаточно убѣдительныхъ данныхъ, указавъ только, что перерѣзка *n. trigemini* позади *g. Gasseri* вызываетъ суженіе зрачка.

Въ 1879 году появилась работа *Bessa u*³⁾, сдѣланная подъ руководствомъ *Gr ü n h a g e n*'а, касающаяся многихъ

1) *Fr.-Frank*. Note sur le défaut de subordination des mouvements de la pupille aux modifications vasculaires; sur la destination des nerfs ciliares en constricteurs et dilatateurs de l'iris et sur les rapidités différentes du resserrement et de la dilatation. *Gazette des Hôpitaux*. 1878.

2) *Fr. Frank*. Recherches sur les nerfs dilatateurs de la pupille. *Travaux du laboratoire de M. Marey*. IV Année. 1878—1879. Paris. 1880.

3) *Bessa u*. Die Pupillengröße im Schlaf und bei Rückenmarkskrankheiten. *Diss. inaug. Königsberg*. 1879.

сторонѣ изучаемаго вопроса. Bessau производилъ свои наблюденія надъ кроликами и кошками. Въ первыхъ опытахъ онъ убѣдился, какъ Навалихинъ, Vulpius и др., что экстирпация верхняго шейнаго узла не мѣшаетъ проявленію рефлекторнаго расширенія зрачка подѣ влияніемъ чувствительныхъ нервовъ. Перерѣзка спиннаго мозга у кошекъ на различной высотѣ выше *centri ciliospin infer.* препятствуетъ рефлекторному расширенію при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, лежащихъ ниже этого центра, съ нервовъ же, имѣющихъ начало выше этого центра, рефлекторное расширеніе наблюдалось. Атропинизируя глаза животнаго съ полной дегенерацией симпатическихъ волоконъ послѣ вылуценія верхняго шейнаго узла на одной сторонѣ, онъ наблюдалъ, что зрачекъ соотвѣтствующаго операциіи глаза расширялся болѣе, чѣмъ здоровый. Въ объясненіе этого Bessau предположилъ, что послѣ экстирпации шейнаго узла слабѣетъ въ своей силѣ сфинктеръ. Что касается влияния раздраженій коры на зрачекъ, то и онъ видѣлъ при раздраженіи опредѣленныхъ областей коры кошекъ расширеніе обоихъ зрачковъ, при чемъ это расширеніе наблюдалось и послѣ экстирпации узла, произведенной за нѣсколько дней до опыта. У кроликовъ, согласно наблюденіямъ, авторъ предполагаетъ существованіе волоконъ, расширяющихъ зрачекъ, въ затылочныхъ доляхъ, а въ лобныхъ имѣются волокна, задерживающія расширеніе зрачка. Нужно замѣтить, что авторъ видѣлъ также расширеніе зрачка подѣ влияніемъ раздраженія активныхъ участковъ коры и въ атропинизированномъ глазу кошки, при чемъ это расширеніе сопровождалось и уходомъ 3-го вѣка. Наблюдая расширеніе зрачка при раздраженіи коры или чувствительныхъ нервовъ, когда всѣ пути расширителей были прерваны (*extirpatio ganglii cervic. super.,* перерѣзка I вѣтви *trigemini*), авторъ допускаетъ, что расширители зрачка могутъ итти и помимо указанныхъ путей еще черезъ *abducens*.

Grünhagen¹⁾ видѣлъ также двухстороннее расширеніе зрачка при сильномъ тетанизованіи поверхности полу-

¹⁾ Grünhagen. Berlin. klin. Wochenschrift. 1879. S. 407.

шарія вдоль стрѣловиднаго шва, если при этомъ и вылученъ былъ узелъ на одной сторонѣ. Отсюда очень вѣроятно, говорить авторъ, что расширяющія зрачекъ волокна достигаютъ радужки, вопреки нѣкоторымъ авторамъ, и другимъ путемъ, кромѣ симпатическаго.

Въ слѣдующемъ 1880 году снова поднятъ былъ вопросъ объ автономности *centri ciliospin. infer.* Budge, рѣшенный отрицательно работами Schiffa, Salkovskаго и др., Luchsinger'омъ ¹⁾. Исходнымъ пунктомъ его опытовъ является положеніе, что спинной мозгъ есть „ближайшій центръ, ближайшій источникъ возбужденія для всѣхъ выходящихъ изъ него нервовъ“. Чтобы доказать автономію указанного центра Budge, Luchsinger производилъ перерѣзки спинного мозга выше этого центра и наблюдалъ эффектъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ на зрачекъ. Его предшественники, за исключеніемъ единичныхъ опытовъ Chauveau, не видѣли расширенія зрачка при такихъ условіяхъ. Отрицательный результатъ ихъ опытовъ Luchsinger объясняетъ шокомъ спинного мозга и потерей его раздражимости, почему авторъ и примѣнялъ при своихъ наблюденіяхъ пикротоксинъ или стрихнинъ, повышающіе раздражительность органа. Во многихъ опытахъ на козахъ и кошкахъ послѣ перерѣзки спинного мозга Luchsinger получалъ рефлекторное расширеніе, если только раздражимость спинного мозга была предварительно повышена этими средствами. Кромѣ кошекъ и козъ, которыя оказались особенно удобными для такого рода экспериментовъ, L. дѣлалъ опыты и на кроликахъ, но у нихъ онъ въ одномъ только случаѣ получилъ положительный эффектъ. Кромѣ того Luchsinger наблюдалъ двухстороннее расширеніе зрачковъ при асфиксіи, несмотря на перерѣзку спинного мозга и одного симпатическаго нерва, при чемъ на сторонѣ, гдѣ былъ цѣлъ симпатическій, расширеніе было значительно большее. Последнее обстоятельство онъ объясняетъ тѣмъ, что при цѣ-

¹⁾ Luchsinger. Weitere Versuche und Betrachtungen zur Lehre von den Rückenmarkscentren. Pfl. Arch. Bd. XXII—1880.

лости симпатического нерва къ раздраженію, вызванному диспноэтической кровью черепномозгового центра расширителей, присоединяется еще и раздраженіе той же кровью центра спинномозгового.

Противъ изложеннаго взгляда Luchsinger'a объ автономіи циліоспинальнаго центра Budge вскорѣ же высказался Tuwim¹⁾. Его работа главнымъ образомъ направлена къ доказательствамъ тонизирующаго вліянія верхняго шейнаго ганглія на зрачекъ и только въ дополненіи къ работѣ онъ касается опытовъ Luchsinger'a съ перерѣзкой спинного мозга. Повторяя эти опыты, онъ видѣлъ, что рефлекторное расширеніе зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ наблюдалось въ тѣхъ только случаяхъ, когда перерѣзка спинного мозга была неполной, если же спинной мозгъ перерѣзывался цѣликомъ, то и при соблюденіи самыхъ строгихъ предосторожностей, чтобы не вызвать шока, расширеніе зрачка отсутствовало. На основаніи этого результаты Luchsinger'a онъ относитъ къ ошибкамъ опыта.

Guillebeau и Luchsinger²⁾ повторили опыты Luchsinger'a съ перерѣзкой спинного мозга и вновь получили послѣ перерѣзки рефлекторное расширеніе зрачка съ чувствительныхъ нервовъ. У молодыхъ котятъ это удавалось даже безъ повышенія дѣятельности мозга стрихниномъ или пикротоксиномъ.

Въ подтвержденіе взглядовъ Luchsinger'a является далѣе работа Ott'a³⁾, который также находилъ расширеніе зрачковъ при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ послѣ перерѣзки спинного мозга. Кромѣ того, Ott на основаніи сво-

¹⁾ Tuwim. Ueber die physiologische Beziehung des Ganglion cervicale supremum zu der Iris und den Kopfarterien. Pflüger's Arch. 1881. Bd. XXIV.

²⁾ Guillebeau und Luchsinger. «Fortgesetzte Studien am Rückenmarke. III. Zur Existenz des Centrum ciliospinale inf. von Budge». Pflüg. Arch. Bd. XXVIII—1882.

³⁾ Ott. Ciliospinal centres. Journal of nervous and mental diseases. VIII, 1882. Цит. по Jahresbericht'y Hoffmann's—Schwalbe's 1882.

ихъ опытовъ высказывается, что *n. trigeminus* содержитъ расширителей зрачка и что гангліи симпатическій оказываетъ тонизирующее вліяніе на дилататоръ.

На совершенно новый путь вступаетъ ученіе объ иннерваціи расширенія зрачка съ появленіемъ работы Бехтерева¹⁾, опубликованной въ 1883 году. Его предшественники, изучая вліяніе чувствительныхъ раздраженій на зрачекъ, установили, что расширеніе зрачка, наблюдающееся при этомъ, происходитъ рефлекторно, передаваясь, согласно мнѣнію большинства, путемъ симпатическаго нерва.

Не считая этотъ вопросъ достаточно обоснованнымъ, Бехтеревъ подходитъ къ рѣшенію его съ другой стороны. „Изъ наблюденій надъ животными и человѣкомъ мы убѣждаемся, говоритъ авторъ, что расширеніе зрачка, происходящее подъ вліяніемъ боли, вообще говоря, не представляется значительнымъ; только при довольно яркомъ освѣщеніи, слѣдовательно при условіи, когда зрачекъ суженъ подъ вліяніемъ свѣтового рефлекса, реакція на боль обнаруживается яснѣе; напротивъ того, когда мы изслѣдуемъ зрачекъ при меньшемъ количествѣ свѣта, эта реакція получается слабѣе и, наконецъ при слабомъ освѣщеніи, становится уже едва замѣтной. Можно сказать, такимъ образомъ, что болевое раздраженіе не вызываетъ болѣе сильнаго расширенія зрачка по сравненію съ тѣмъ, которые присуще нормальному глазу, если онъ устраненъ отъ вліянія свѣта“ (стр. 107). И дѣйствительно, когда авторомъ была произведена перерѣзка *n. optici* у животнаго, дальнѣйшее расширеніе зрачка подъ вліяніемъ боли не наступало, если глазъ здоровый былъ закрытъ и только при наличности сочувственной реакціи въ оперированномъ глазѣ чувствительныя раздраженія вызывали расширеніе зрачковъ

¹⁾ Бехтеревъ. О направленіи суживающихъ зрачекъ волоконъ въ головномъ мозгу и о локализациі центра для радужной оболочки и для сокращенія глазныхъ мышцъ. Вѣстн. клинич. и судебн. Психіатр. и Невроп. Вып. I—1883.

Таже работа на нѣмецкомъ языкѣ въ *Рfl. Arch. Bd. XXXI—1883.*

въ обоихъ глазахъ. „Все это говорить, по словамъ Бехтерева, скорѣе за то, что боль обнаруживаетъ только угнетающее вліяніе на свѣтовой рефлексъ, а не дѣйствуетъ на зрачекъ при посредствѣ самостоятельнаго проводника—п. sympathici,—такъ какъ извѣстно, что возбужденіе послѣдняго можетъ довести расширение зрачка ad maximum“. Доказать вы сказанное положеніе, по мнѣнію автора, прямыми фізіологическими опытами трудно, такъ какъ сильное болевое раздраженіе можетъ дѣйствовать на зрачекъ, не только подавляя свѣтовой рефлексъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ можетъ оказать косвенное вліяніе на состояніе зрачка, измѣняя кровообращеніе и сосудистое давленіе.

Считая наиболѣе доказательными для рѣшенія этого вопроса опыты съ перерѣзкой всѣхъ допустимыхъ расширителей, авторъ однако не приводитъ таковыхъ, а подтверждаетъ свой взглядъ слѣдующимъ наблюденіемъ. Если собакъ сдѣлать глубокой разрѣзъ тотчасъ позади четверохолмія или на уровнѣ его задняго отдѣла, то зрачки болѣе не реагируютъ на болевые раздраженія, тогда какъ свѣтовая реакція остается нормальной. „Фактъ этотъ, по моему мнѣнію, говорить Бехтеревъ, представляетъ прямое доказательство въ пользу того, что болевое раздраженіе производитъ расширяющее вліяніе на зрачекъ не при посредствѣ волоконъ п. sympathici, а самостоятельно, распространяясь центростремительнымъ путемъ по цереброспинальной оси и дѣйствуя, по всей вѣроятности, угнетающимъ образомъ на свѣтовой рефлексъ“ (190 стр.)*).

Кромѣ изложеннаго экспериментальнаго доказательства авторъ приводитъ въ пользу своей гипотезы и нѣкоторые факты изъ невропатологій.

*) Въ настоящее время взглядъ проф. Бехтерева на вліяніе болевыхъ раздраженій на расширение зрачка долженъ быть формулированъ такимъ образомъ, что расширение зрачка подъ вліяніемъ указанныхъ раздраженій происходитъ не только благодаря подавленію центра суживающаго зрачекъ, но и благодаря возбужденію глазо-зрачковаго центра Budge (Основы ученія о функціяхъ мозга. 1903. т. I. стр. 252).

Высказанная пр. Бехтеревымъ гипотеза подавленія центра n. oculomotorii при болевыхъ раздраженіяхъ получила подтвержденіе въ изслѣдованіи Мауера и Прибрама¹⁾. Названные авторы производили изслѣдованіе надъ кроликами, повторивъ опыты Куссмауля²⁾ о вліяніи прекращенія кровяного тока черезъ зажатіе мозговыхъ артерій на радужку. Зжатіе 4-хъ артерій, восходящихъ къ мозгу, по Куссмаулю, вызываетъ вначалѣ суженіе зрачковъ, а затѣмъ расширеніе ихъ; возстановленіе и увеличеніе артеріальнаго притока вызываетъ постоянно замѣтное расширеніе зрачковъ, которые при возвращеніи обыкновенныхъ условій кровообращенія принимаютъ нормальную ширину. Первоначальное суженіе зрачковъ Мауер и Прибрамъ объясняютъ возбужденіемъ благодаря анеміи мозга центральныхъ началъ n. oculomotorii, а послѣдующее расширеніе параличемъ этого центра. Въ доказательство этого предположенія авторы приводятъ аналогичныя наблюденія надъ вліяніемъ анеміи на другіе центральные аппараты. Наблюдая подобное состояніе зрачковъ при асфиксіи, М. и Р. по аналогіи съ наблюденіями Куссмауля считаютъ и асфитическое расширеніе зрачка за результатъ паралича центра n. oculomotorii. Такого же взгляда они держатся и на причины рефлекторнаго расширенія зрачковъ, которое наблюдалось въ ихъ опытахъ и послѣ вылушенія симпатическаго узла.

Пониманіе рефлекторнаго расширенія зрачка, говорятъ они, какъ явленія рефлекторнаго подавленія дѣятельности oculomotorii кажется правильнѣе, чѣмъ приписывать это явленіе рефлекторному возбужденію центровъ расширенія. Въ заключеніе своего труда М. и Р. приводятъ доказательства въ пользу автономности centri ciliospinal. infer. Budge.

¹⁾ Mayer u. Pribram. Studien über die Pupille. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. V. 1884.

²⁾ Kussmaul. Untersuchungen über d. Einfluss, welchen Blutströmung auf die Bewegungen der Iris und anderen Theile des Kopfes ausübt. Verhandl. d. Physik.-medic. Gesellsch. in Würzburg. Bd. VI—1856.

Оказывается, что если у кролика экстирпировать верхний шейный узелъ на одной сторонѣ и тѣмъ перервать ходъ всѣхъ спинномозговыхъ расширителей, а затѣмъ прекратить функціи черепного мозга зажатіемъ мозговыхъ артерій, то на сторонѣ экстирпаціи зрачекъ остается всегачи болѣе узкимъ, чѣмъ на сторонѣ противоположной. Отсюда авторы заключаютъ, что зрачекъ, не лишенный связи съ спиннымъ мозгомъ, получаетъ при такихъ условіяхъ расширяющіе импульсы изъ заложеннаго тамъ центра расширенія.

Жеглинскій ¹⁾ произвелъ наблюденія надъ птицами, доказывая, что расширители зрачка у нихъ идутъ не въ симпатическомъ нервѣ, а въ тройничномъ. Вліяніе тройничнаго нерва на расширеніе зрачка авторъ особенно ясно видѣлъ въ опытахъ съ механическимъ раздраженіемъ *gami ophthalmici* въ глазницѣ; въ самомъ стволѣ тройничнаго до образованія Гассерова узла автору удалось доказать это раздраженіемъ нерва электрическимъ токомъ, перерѣзавъ предварительно *oculomotorius* и вызвавъ суженіе зрачка никотиномъ (оп. 33).

Большое значеніе въ выясненіи противорѣчивыхъ результатовъ различныхъ изслѣдователей по интересующему насъ вопросу имѣетъ работа объ иннерваціи расширенія зрачка профессора Н. О. Ковалевскаго ²⁾. Поставивъ своей задачей разрѣшить, какое изъ имѣвшихся до него учений о расширеніи зрачка можетъ считаться наиболѣе правильнымъ, названный изслѣдователь произвелъ цѣлый рядъ опытовъ надъ кошками. Въ первой серіи опытовъ онъ доказываетъ, что половинная перерѣзка спинного мозга выше центра *Budge* не равносильна перерѣзкѣ шейнаго симпатическаго. Этимъ наблюденіемъ проф. Ковалевскій подрываетъ ученіе *Schiffa* и *Salkovsk'аго*, по которому *centrum ciliospinale infer.* является лишь мѣстомъ выхода расширителей зрачка изъ спинного мозга въ симпатическій.

¹⁾ Жеглинскій. Движеніе зрачка. Дисс. Казань. 1884.

²⁾ Н. О. Ковалевскій. Изслѣдованія по иннерваціи расширенія зрачка. Труды проф. Н. О. Ковалевскаго. 1860—1890. Казань 1895.

Въ слѣдующихъ опытахъ онъ приводитъ доказательства противъ защищаемой многими гипотезы объ автономіи нижняго центра *Budgе*. По его наблюденіямъ *Budgе*вскій центръ не обладаетъ автономіей въ отношеніи зрачковыхъ рефлексовъ, а рефлекторное возбужденіе къ нему, по мнѣнію автора, приносится межцентральными волокнами изъ выше лежащаго центра. Относительно хода межцентральныхъ волоконъ въ спинномъ мозгу, пр. *Ковалевскій* высказываетъ предположительно, что таковыя, возможно, спускаются по боковымъ столбамъ. Отрицая автономность нижняго центра расширенія зрачка, пр. *Ковалевскій* приписываетъ таковую черепномозговому. Изъ его опытовъ это положеніе вытекаетъ съ полной очевидностью. Вылущеніе симпатическаго узла, т. е. перерывъ всѣхъ расширителей, идущихъ отъ нижняго *Budgе*вскаго центра къ глазу, не мѣшаетъ появленію расширенія зрачка, по его наблюденіямъ, ни при уменьшеніи притока крови къ мозгу, ни при остановкѣ дыханія, ни при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ тѣла. Перерѣзка спинного мозга выше центра *Budgе* также не препятствовала въ опытахъ автора проявленію расширенія зрачка при тѣхъ же условіяхъ, но нужно замѣтить, что рефлекторное расширеніе зрачка въ этихъ опытахъ получалось при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ только головы. Все это даетъ право автору высказаться, что черепной центръ расширителей автономенъ, какъ по отношенію къ центральнымъ возбужденіямъ, такъ и по отношенію къ рефлексамъ съ различныхъ чувствительныхъ нервовъ тѣла. Изъ черепномозгового центра, по мнѣнію *Ковалевскаго*, расширители идутъ не только по спинномозговому пути, но и черепному. Послѣдній точно имъ не указывается.

Въ пользу черепномозгового центра расширителей зрачка высказались въ томъ же году *Gruenhausen* и *Cohn*¹⁾. Для доказательства черепномозгового начала волоконъ расши-

¹⁾ *Gruenhausen* u. *Cohn*. Ueber den Ursprung der pupillendilatirenden Nerven. Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1884.

ряющих зрачекъ они приводятъ опыты на кроликахъ. Оказывается, что если у кролика, зрачки котораго предварительно расширены атропиномъ, перевязать мозговья артеріи, то черезъ 18—20 секундъ одновременно съ наступленіемъ судорогъ выступаетъ усиленіе расширенія зрачковъ, а съ прекращеніемъ конвульсій зрачки опять постепенно возвращаются къ прежней ширинѣ. При перерѣзкѣ симпатическаго нерва такое сверхмаксимальное расширеніе зрачка отсутствуетъ. Въ объясненіе наступающаго сверхмаксимальнаго расширенія при такихъ условіяхъ авторы предполагаютъ, что оно происходитъ вслѣдствіе раздраженія центральныхъ началъ симпатическаго нерва, расположенныхъ въ какой либо области мозга, гдѣ вызвана анемія. Кромѣ того, авторы видѣли въ такихъ опытахъ, что по исчезаніи эпилептиформныхъ судорогъ и сверхмаксимальнаго расширенія зрачка можно еще вызвать на туловищѣ и конечностяхъ рефлекторныя движенія при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, но никогда расширенія зрачковъ. Изъ всего этого авторы заключаютъ, что нѣтъ никакого *centri ciliospinalis infer.*, но есть только *centrum ciliocerebrale*.

Егоровъ¹⁾ касается вопроса о ходѣ расширителей зрачка у собакъ и кошекъ. Изъ его опытовъ доказывается, что расширители зрачка, выходя изъ *gangl. Gasseri*, идутъ съ I вѣтвью *n. trigemini* и достигаютъ глаза съ длинными цилиарными нервами помимо *gangl. ciliaris*. Послѣ перерѣзки всѣхъ длинныхъ цилиарныхъ нервовъ раздраженіе чувствительныхъ нервовъ въ опытахъ автора не давало какихъ либо измѣненій зрачка, перерѣзка же симпатическаго на шеѣ не препятствовало, какъ у многихъ предшественниковъ его, проявленію рефлекторнаго расширенія. Наблюдая независимость между расширеніемъ зрачка и измѣненіемъ просвѣта внутриглазныхъ сосудовъ, Егоровъ считаетъ это однимъ изъ доказательствъ существованія дилататора зрачка.

¹⁾ Егоровъ. Вліаніе длинныхъ цилиарныхъ нервовъ на расширеніе зрачка. Дисс. Казань. 1885.

К а ч а н о в с к і й ¹⁾ снова поднимаетъ вопросъ о глазо-зрачковыхъ центрахъ въ черепномъ мозгу. Электрическое раздраженіе переднихъ отдѣловъ мозговой коры собаки давало въ опытахъ автора расширение зрачка, раскрытіе щели вѣкъ, выпячиваніе глаза. Тотъ же самый эффектъ получался при раздраженіи полосатаго тѣла и заднихъ бугорковъ четверохолмія. Указанные моторные центры, говоритъ авторъ, раздраженіе которыхъ вызываетъ расширение зрачковъ, дѣйствуютъ посредствомъ волоконъ, проходящихъ черезъ продолговатый и спинной мозгъ въ симпатическій нервъ, такъ какъ перерѣзка vago-sympathici одной стороны прекращаетъ эффектъ раздраженія этихъ областей на зрачекъ той же стороны, а перерѣзка продолговатаго мозга уничтожаетъ зрачковыя движенія на обѣихъ сторонахъ.

Б е л л я р м и н о в ъ ²⁾ примѣнилъ новый и несравненно болѣе точный методъ изслѣдованія зрачковыхъ движеній—фотографическій. Имъ былъ конструированъ по идеѣ проф. Цибульскаго особый приборъ, названный фотокореографомъ. При помощи этого прибора Б е л л я р м и н о в ъ удалось впервые опредѣлить размѣры движеній во времени. Животными для опытовъ служили по преимуществу кошки. Въ первой серіи опытовъ Б е л л я р м и н о в ъ установилъ различные типы расширенія зрачка въ зависимости отъ условій, при которыхъ оно получается. Раздраженіе непосредственное симпатическаго нерва даетъ типъ такъ называемаго прямого (симпатическаго) расширенія зрачка, при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ получается рефлекторное расширеніе, отличающееся опредѣленными типическими особенностями, при чемъ типъ рефлекторнаго расширенія зрачка рѣзко видоизмѣняется, если чувствительный нервъ раздражается послѣ перерѣзки симпатическаго нерва

¹⁾ Katschanowski. Ueber die oculopupillären Centren. Medicin. Jahrbuch. 1885.

²⁾ Б е л л я р м и н о в ъ. Опытъ примѣненія фотографическаго метода къ изслѣдованію движенія зрачка и внутриглазного давленія. (При посредствѣ фотографіи) Дисс. СПб. 1886.

или вылушения верхняго шейнаго узла. Въ этой же группѣ опытовъ Беллярминовъ опровергаетъ автономію спинномозгового центра Budge въ смыслѣ его рефлекторной дѣятельности, такъ какъ перерѣзка спинного мозга выше этого центра совершенно прекращаетъ рефлекторное расширение зрачка. Что касается асфиктического расширенія зрачка, то таковое, по автору наблюдается, какъ видѣли и прежніе изслѣдователи, и при исключеніи симпатическихъ путей. Въ слѣдующей группѣ опытовъ авторъ, примѣняя одновременную регистрацію движенія зрачка и кровяного давленія въ а. саотис, выясняетъ, существуетъ ли связь между тѣмъ и другимъ явленіемъ. Изъ приведенныхъ наблюденій очевидно, что синхронизма между расширеніемъ зрачка (прямымъ и рефлекторнымъ при цѣлости симпатическаго нерва) и измѣненіемъ калибра сосудовъ нѣтъ, только при перерѣзкѣ симпатическаго рефлекторное расширение совершенно синхронично сосудистымъ измѣненіямъ. Въ поясненіе этого послѣдняго вывода авторъ предполагаетъ, что черепномозговые расширители, подъ вліяніемъ которыхъ, по мнѣнію Беллярминова, происходитъ расширение зрачка, когда прерваны спинномозговые пути, скорѣе всего сосудодвигатели глаза и радужки и центръ ихъ общій сосудодвигательный центръ. При этомъ предположеніи, говоритъ онъ, будетъ понятнымъ, что раздраженіе сосудодвигательнаго центра одновременно вызываетъ расширение зрачка вслѣдствіе суженія сосудовъ *iridis*, такъ и поднятіе давленія въ *carotis*. Второй отдѣлъ работы Беллярминова посвященъ изслѣдованіямъ о внутриглазномъ давленіи съ примѣненіемъ фотографическаго метода. Резюмируя полученные результаты, авторъ съ положительностію высказывается, что движенія зрачка обуславливаются сокращеніемъ особой мускулатуры радужки и независимы отъ сосудистыхъ колебаній въ глазу.

Пржибыльскій ¹⁾ на основаніи своихъ изслѣдованій

¹⁾ Пржибыльскій. Къ вопросу о нервахъ расширяющихъ зрачекъ у кошки. Дисс. Варшава. 1886.

надъ иннерваціей расширенія зрачка у кошекъ мало что представляетъ новаго къ установленнымъ уже положеніямъ. Расширители зрачка, согласно его наблюденіямъ, идутъ изъ головного мозга въ спинной, откуда выходятъ черезъ передніе корешки 8-го шейнаго и 1—2 грудныхъ нервовъ и *rami communicantes* въ шейный симпатическій, достигаютъ *gangl. Gasseri* и идутъ дальше съ I вѣтвью тройничнаго нерва. Къ глазу расширители доходятъ въ *n. ciliares longi*, минуя *ganglion ciliare*. Большинство волоконъ, расширяющихъ зрачекъ, заключается въ шейномъ симпатическомъ, но часть ихъ идетъ и по черепному пути, что авторъ заключаетъ изъ наблюденій съ рефлекторнымъ расширеніемъ зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, когда перерѣзанъ симпатическій нервъ. Центръ расширенія зрачка находится, по автору, только въ головномъ мозгу, признавать спинномозговой центръ нѣтъ основанія, такъ какъ послѣ перерѣзки спинного мозга выше центра Budge рефлекторное расширеніе зрачка отсутствуетъ. Въ нѣмецкой работѣ ¹⁾, появившейся пять лѣтъ спустя послѣ диссертациі, Прибыльскій совместно съ Навроцкимъ повторяютъ изложенныя данныя, дополнивъ только нѣкоторыми наблюденіями надъ вліяніемъ асфиксіи на зрачекъ.

Въ томъ же году появилась еще работа по разбираемому вопросу Шипиловой ²⁾. При изложеніи этой работы М. Schiff, подъ руководствомъ котораго произведено изслѣдованіе Шипиловой, передаетъ и собственные взгляды на иннервацію радужки. Нормальное, фізіологическое расширеніе зрачка, по мнѣнію Schiff'a, вызывается не путемъ симпатическаго нерва, а ослабленіемъ дѣятельности *n. oculomotorii*. Но есть нѣкоторые виды расширенія зрачка, которые наблюдаются только при цѣлости симпатическаго нерва, та-

¹⁾ F. Nawrocki und J. Przybylski. Die pupillenerweiternden Nerven der Katze. Pfl. Arch. Bd. L. 1891.

²⁾ E. Schipiloff. Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erweiterung der Pupille bei Fröschen. Acad. Preisschrift. Pflüg. Arch. Bd. XXXVIII—1886.

ковы—расширеніе зрачка, обусловленное различными ядами, газами и рефлекторное расширеніе подѣ вліяніемъ болевого раздраженія. Признавая антогонизмъ между расширяющими и суживающими зрачекъ нервами, Schiff указываетъ на нѣкоторые опыты Шипиловой съ совмѣстной перерѣзкой симпатическаго и глазодвигательнаго нерва. При перерѣзкѣ oculomotorii въ черепѣ у лягушки получается обычное расширеніе зрачка, которое можетъ быть еще болѣе увеличено подѣ вліяніемъ психическихъ и чувствительныхъ раздраженій (221 стр.). При послѣдующей перерѣзкѣ симпатическаго зрачекъ нѣсколько суживается и не измѣняетъ болѣе своей величины подѣ вліяніемъ указанныхъ раздраженій. Выяснивъ далѣе, какимъ путемъ выходятъ расширители изъ спиннаго мозга у лягушки, Шипилова рѣшаетъ вопросъ о вліяніи *n. vagi* и *trigemini* на зрачекъ. Перерѣзка *n. vagi* не измѣняетъ величины зрачка, такой же результатъ имѣетъ и перерѣзка *n. trigemini*, если она производится при выходѣ нерва изъ мозга или позади *gangl. Gasseri*; если же къ перерѣзкѣ *trigemini* присоединяется и перерѣзка симпатическихъ волоконъ, подходящихъ къ нему въ черепѣ, то зрачекъ очень быстро и сильно суживается. Послѣдующая экстирпація шейнаго узла не увеличиваетъ имѣющагося суженія. Относительно тонизирующаго вліянія симпатическихъ узловъ на зрачекъ, Шипилова высказывается отрицательно. Ея опыты подтверждаютъ мнѣніе Schiff'a, что эти узлы не имѣютъ никакого самостоятельнаго вліянія на зрачекъ, вопреки противоположнымъ утвержденіямъ другихъ авторовъ. Что касается рефлекторнаго расширенія зрачка на чувствительныя раздраженія, то и зрачекъ лягушки въ этомъ отношеніи можетъ служить эстетіометромъ, какъ это указано Schiff'омъ на млекопитающихъ. Необходимымъ условіемъ проявленія рефлекторнаго расширенія является цѣлость симпатическаго нерва. Переходя далѣе къ вопросу о причинахъ постояннаго тоническаго возбужденія расширителей зрачка, авторъ указываетъ, что эта причина лежитъ въ постоянной дѣятельности чувствительныхъ

нервовъ, раздраженіе которыхъ вызываетъ расширеніе зрачка. Такимъ образомъ, тонусъ расширителей, какъ и всякая нормальная и физиологическая дѣятельность центровъ, по предположенію Schiff'a, поддерживается путемъ рефлекса.

Fr.-Frank¹⁾ въ двухъ лекціяхъ своего курса о функціяхъ мозга останавливается на разсмотрѣніи вопроса о вліяніи раздраженія коры на глазо-зрачковые движенія. Противорѣчивые результаты, полученные Ferrier и Bochefontaine'омъ по тому же вопросу, объясняются, по мнѣнію Frank'a, тѣмъ, что послѣдній изъ нихъ, наблюдавшій расширеніе зрачка при раздраженіи любой точки поверхности полушарій, не принялъ во вниманіе, что это расширеніе могло быть проявленіемъ общаго эпилептического припадка (т. е. эпилептическое расширеніе зрачка). Въ доказательство такого положенія авторъ приводитъ собственныя наблюденія надъ расширеніемъ зрачка во время эпилептического припадка у кошекъ и собакъ, вызваннаго раздраженіемъ коры. Расширеніе зрачковъ наблюдается, какъ при явной эпилепсіи, такъ и скрытой при кураризациі, и сопровождается измѣненіями пульса и кровяного давленія, не синхроничными съ измѣненіями зрачка, что ясно видно на представляемой авторомъ кривой. Простое расширеніе зрачка, не эпилептического характера, какое видѣлъ Ferrier, характеризуется тѣмъ, что происходитъ подъ вліяніемъ очень короткаго раздраженія и не настолько сильнаго, чтобы вызвать эпилепсію, и тѣмъ, что вызывается оно съ опредѣленныхъ областей мозга и не сопровождается такими измѣненіями сердечной дѣятельности и кровяного давленія, какія встрѣчаются при эпилепсіи. Резюмируя свои наблюденія, онъ высказывается, что нѣтъ спеціализаціи функцій опредѣленныхъ участковъ коры, такъ какъ при нѣкоторыхъ условіяхъ опыта можно получить съ однихъ и тѣхъ же пунктовъ различный глазо-зрачковый эффектъ.

¹⁾ Fr.-Frank. Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale. Paris. 1887.

Проф. Н. А. Миславскій¹⁾, чтобы выяснить спорный вопрос о влиянии коры на расширение зрачка, поставил целый ряд опытов над собаками и кошками. При раздражении определенных участков коры автор видел двухстороннее расширение зрачков, проявлению которого не препятствует ни перерезка симпатического нерва или вылушение верхнего шейного узла, ни перерезка спинного мозга в шейной части, и даже ни перерезка продолговатого позади четверохолмий, только во всех этих случаях расширение зрачка было значительно слабее. Не препятствует указанному расширению и совместная перерезка п. trigemini позади g. Gasseri, шейного симпатического, спинного мозга в шейной части (на первом позвонке). После же перерезки п. oculomotorii или trigemini впереди G. Gasseri расширение это при раздражении коры отсутствовало.

На основании этих опытов проф. Миславскій пришел к заключению, что кора оказывает двойное влияние на зрачек: во первых, — активное на центр расширения зрачка и, во вторых, задерживающее, через подавление тонуса суживающего зрачек центра.

В 1893 году появилась работа Браунштейна²⁾. Его труд, прекрасно обставленный со стороны методики, касается всесторонне вопроса об иннервации расширения зрачка. Применив предложенный Белярминовым метод регистрации движений зрачка при помощи фотографии, автор с редкой убедительностью решает многие существенные и весьма спорные вопросы по интересующему предмету. Не имея возможности передать здесь в желательной полноте результаты многочисленных и разнообразных опытов, мы приведем только основные выводы его наблюдений. Первой

¹⁾ Mislavsky. De l'influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille. Compt. rend. de la Société de Biologie. 1887, № 13.

²⁾ Браунштейн. К учению об иннервации движения зрачка. Дисс. Харьков. 1893.

серіей опытовъ онъ убѣждается, что расширители зрачка у млекопитающихъ выходятъ изъ спинного мозга съ передними корешками 7—8 шейныхъ и 1—2 грудныхъ нервовъ и направляются черезъ *rami communicantes* къ *gangl. thoracic. primum*; отсюда идутъ по передней вѣтви *Ansaе Wieussenii* къ *gangl. cervic. infer.* и далѣе черезъ шейный симпатическій въ *gangl. cervic. sup.* Изъ *gangl. cervic. super.* расширители идутъ отдѣльной вѣтвью въ черепъ и соединяются съ I вѣтвью *n. trigemini*. Глаза они достигаютъ съ длинными цилиарными нервами, минуя *gangl. ciliare*. Въ этой же группѣ опытовъ Браунштейнъ доказываетъ, что *trigeminus* не содержитъ самостоятельныхъ расширителей. Изучая далѣе вліяніе чувствительныхъ нервовъ на расширение зрачка, авторъ прежде всего подтверждаетъ наблюденіе прежнихъ изслѣдователей, что рефлекторное расширение зрачка наблюдается и послѣ вылуценія симпатическаго узла или перерѣзки симпатическаго нерва. Передача этого рефлекса, по его мнѣнію, происходитъ не въ спинномъ мозгу и не въ продолговатомъ, а въ большихъ полушаріяхъ, такъ какъ послѣ отдѣленія продолговатаго мозга отъ большого расширение рефлекторное болѣе не получается. Совмѣстной регистраціей движеній зрачка и колебаній кровяного давленія въ *carotis* авторъ затѣмъ доказываетъ, что повышеніе кровяного давленія въ сосудахъ подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій не синхронно съ расширеніемъ зрачка. Наблюдая послѣ перерѣзки ствола *trigemini* позади *g. Gasserii* и послѣдующей перерѣзки симпатическаго рефлекторное расширение зрачка, Браунштейнъ въ этомъ видитъ новое доказательство, что стволъ *trigemini* не содержитъ расширителей зрачка. Для выясненія, какимъ же путемъ происходитъ расширение зрачка подъ вліяніемъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ, авторъ ставитъ такого рода опыты. У животнаго (кошка и кроликъ) перерѣзывается внутри черепа *oculomotorius* и спустя различные сроки подъ кураре наблюдается эффектъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ. Оказывается, что у такого животнаго раздраженіе

чувствительнаго нерва, какой бы то ни было силы, не можетъ вызвать послѣда расширенія зрачка, не смотря на цѣлостъ аппаратовъ, заведующихъ расширеніемъ зрачка. На основаніи такихъ наблюденій авторъ высказывается, въ согласіи съ Бехтеревымъ, что рефлекторное расширение происходитъ не путемъ симпатическаго нерва, а есть „актъ депрессивный, зависящій отъ подавленія (Hemmung) тонуса центра п. oculomotorii“. Что касается асфиктического расширенія зрачка, то такое, по мнѣнію автора, актъ сложный: „съ одной стороны оно обуславливается активнымъ возбужденіемъ диспноэтической кровью расширяющаго зрачекъ центра, изъ котораго импульсы проводятся по спинномозговому пути черезъ шейный п. sympathicus къ глазу, съ другой стороны, расширение это есть актъ пассивный, зависящій отъ подавленія дѣятельности центра п. oculomotorii вслѣдствіе раздраженія той же диспноэтической кровью“ (130 стр.). Кромѣ указанныхъ выводовъ, мы должны еще упомянуть, что авторъ представляетъ убѣдительныя доказательства въ пользу тонизирующаго вліянія симпатическихъ узловъ на волокна, активно расширяющія зрачекъ. Последняя глава работы посвящена вопросу о вліяніи большихъ полушарій мозга на расширение зрачка. Какъ видно изъ опытовъ, раздраженіе активныхъ участковъ коры вызываетъ расширение зрачковъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ пути расширителей зрачка прерваны, но расширения не наблюдается, если у животнаго перерѣзанъ предварительно только одинъ oculomotorius. Отсюда авторъ заключаетъ, что активныя мѣста коры нельзя считать центрами симпатическаго нерва, а кора вызываетъ расширение зрачка, подавляя дѣятельность центра п. oculomotorii. Такое же вліяніе, по предположенію автора, оказываютъ и субкортикальные узлы. Переходя далѣе къ изученію вліянія полушарій мозга на рефлекторное расширение зрачка подъ вліяніемъ психическихъ и чувствительныхъ раздраженій, Браунштейнъ прежде всего убѣдился, что различные психическіе аффекты вызываютъ расширение зрачка, по характеру своему

совершенно напоминающее расширение зрачка подъ вліяніемъ раздраженія активныхъ участковъ коры. Перерѣзка симпатическаго нерва, какъ и въ другихъ случаяхъ, не препятствовала появленію расширенія зрачка подъ вліяніемъ психическихъ аффектовъ, но перерѣзка oculomotorii уничтожала это расширение. „Въ этомъ мы убѣдились, говоритъ авторъ, не только на многихъ животныхъ, у которыхъ нами произведена была внутричерепная перерѣзка п. oculomotorii, но и на многихъ больныхъ съ полнымъ параличемъ п. oculomotorii“ (163 стр.). Для доказательства непосредственнаго вліянія корки на рефлекторное расширение зрачка приводятся опыты съ экстирпаціей активныхъ участковъ коры. Въ протоколахъ такихъ наблюденій отмѣчается, что тотчасъ послѣ операціи зрачки оба суживаются, глазныя щели прищурены и третье вѣко слегка выдвинуто. Съ теченіемъ времени эти явленія исчезаютъ и все принимаетъ нормальный видъ. Въ заключительныхъ опытахъ, поставленныхъ черезъ 15 — 25 дней послѣ операціи, оказывается, что экстирпація активного для зрачка участка корки обоихъ полушарій не только не уничтожаетъ рефлекторнаго расширенія зрачка, но измѣняетъ характеръ этого расширенія въ томъ смыслѣ, что вмѣсто кривой рефлекторнаго расширенія — съ первичной и вторичной волной расширенія — получается типъ болѣе активного (прямого); отсюда можно заключить, говоритъ авторъ, что „корка полушарій оказываетъ задерживающее вліяніе на органы, служащіе для передачи рефлекса съ чувствительныхъ нервовъ на зрачекъ, ибо рефлексъ этотъ происходитъ гораздо легче послѣ экстирпаціи активного участка корки“. Высказанное выше положеніе, что активный участокъ — не есть центральное начало симпатическихъ волоконъ въ мозгу, Б. доказываетъ тѣмъ, что на тѣхъ же животныхъ съ экстирпаціей активныхъ участковъ раздраженіе симпатическаго на шеѣ вызываетъ расширеніе зрачка, чего не должно бы быть, по мнѣнію автора, если бы корковый центръ симпатическаго былъ разрушенъ, такъ какъ за это время произошло бы перерожденіе всѣхъ его волоконъ.

Что же касается зрачковых психорефлексов, то они послѣ экстирпации совершенно исчезаютъ. Сопоставляя данныя, полученные при непосредственномъ раздраженіи опредѣленныхъ участковъ коры и послѣ экстирпации послѣднихъ, авторъ заключаетъ, что въ корѣ полушарій заложены органы, которые оказываютъ задерживающее вліяніе какъ на центры, суживающіе зрачекъ, такъ и на аппараты, завыдывающие передачу рефлекса съ чувствительныхъ нервовъ на зрачекъ“ (179 стр.). Съ точки зрѣнія высказанной теоріи задерживающаго вліянія коры на центръ oculomotorii авторомъ объясняются далѣе и многіе вопросы въ иннервации движенія зрачка, до него удовлетворительно не объясненные. О нѣкоторыхъ изъ нихъ мы будемъ говорить ниже.

Къ тому же времени относится работа Langley¹⁾, который и въ послѣдующіе годы произвелъ цѣлый рядъ исследований по физиологій симпатической нервной системы вообще и шейнаго симпатическаго въ частности. Въ данной работѣ онъ сообщаетъ объ опытахъ, поставленныхъ съ цѣлью проверить пути расширителей зрачка отъ спинного мозга. Животными для наблюденія служили кошки, кролики и собаки. Изучая рефлексъ раздраженія различныхъ спинныхъ корешковъ, онъ убѣдился, что раздраженіе шейныхъ корешковъ у кошекъ и собакъ не даетъ эффекта на глазу, при раздраженіи же верхнихъ грудныхъ 1—2 получается сильное расширеніе зрачковыхъ, а съ 3-го грудного слабое. У кроликовъ наиболѣе выраженный эффектъ получался при раздраженіи 2-го, а затѣмъ 3 и 1 грудныхъ. Нервы, завыдыющіе ретракціей мигательной перепонки, выходятъ изъ спинного мозга по тому же пути, что и расширители зрачка, только у кошки ретракція перепонки происходитъ и при раздраженіи 4—5 грудныхъ нервовъ.

¹⁾ Langley. On the origin from the spinal Cord of the cervical and upper Thoracic sympathetic Fibres, with some observations on White and Grey Rami Communicantes. Phyl. Trans. of the Royal. Society of London. Vol. 183—1892.

Опровергнутый изслѣдованіями Браунштейна и его предшественниками вопросъ объ автономіи циліоспинальнаго центра Budge снова былъ поднятъ въ 1894 году Steil'емъ¹⁾. Своими опытами на кошкахъ и кроликахъ онъ доказываетъ, что послѣ полной перерѣзки шейной части спинного мозга способность зрачковъ рефлекторно расширяться подѣ влияніемъ чувствительныхъ раздраженій сохраняется, хотя далеко не у всѣхъ животныхъ. Болѣе доказательнымъ для признанія автономіи спинномозгового центра авторъ считаетъ опыты съ полной перерѣзкой шейнаго мозга и послѣдующей перерѣзкой шейнаго симпатическаго. Оказывается, что зрачекъ послѣ перерѣзки мозга и послѣдующей перерѣзки одного симпатическаго еще болѣе суживается на соотвѣтствующей сторонѣ. Изъ этого авторъ заключаетъ, что несомнѣнно существуетъ спинальный тонически дѣйствующій центральный аппаратъ для расширенія зрачка при посредствѣ шейнаго симпатическаго (стр. 163). Признавая, такимъ образомъ, существованіе спинномозгового центра расширенія зрачка, авторъ приводитъ опыты, доказывающіе существованіе и черепномозгового центра. Перерѣзка шейнаго симпатическаго или вылученіе верхняго узла и въ его опытахъ не препятствовала появленію рефлекторнаго расширенія зрачка. Это явленіе онъ согласно съ Браунштейномъ объясняетъ подавленіемъ тонуса сфинктера зрачка. Но въ объясненіе асфигетическаго расширенія зрачка, наблюдавшагося послѣ перерѣзки симпатическаго нерва и шейнаго спинного мозга, авторъ не считаетъ возможнымъ допустить только одно подавленіе центра, суживающаго зрачекъ, но предполагаетъ, не приводя какихъ либо прямыхъ доказательствъ, что изъ черепномозгового центра расширители зрачка частью идутъ и въ тройничномъ нервѣ.

Langendorff²⁾ въ дополненіе къ предшествующей работѣ приводитъ результаты гистологическаго изслѣдованія

¹⁾ Steil. Ueber den spinalen Ursprung des Hals sympathicus. Pfl. Arch. Bd. LVIII—1894.

²⁾ Langendorff. Zusatz zur vorhergehenden Abhandlung. Pfl. Arch. Bd. 58.

шейного симпатического нерва животного, у которого спинной мозг за долго (4 мѣсяца) былъ перерѣзанъ высоко на шеѣ. Оказывается, что не смотря на полное разобщеніе симпатического нерва отъ головного мозга перерожденія въ нервъ не наступило. Отсюда авторъ заключаетъ, что ближайшій центръ расширяющихъ зрачекъ волоконъ шейного симпатического лежитъ въ спинномъ мозгу, а не въ головномъ.

Новые факты въ иннервациі расширения зрачка сообщать далѣе проф. И. М. Догель ¹⁾. Онъ изучалъ надъ различными животными (кроликами, кошками, собаками и птицами) эффектъ раздраженія симпатического или блуждающаго нерва одной стороны на соотвѣтствующій зрачекъ и противоположный. При раздраженіи у кураризированнаго животного головного отрѣзка симпатического нерва наблюдается расширение зрачка на сторонѣ раздраженія и суженіе на противоположной. При слабомъ раздраженіи головного отрѣзка vagi обратныя отношенія, при болѣе сильномъ выступаетъ расширение на обоихъ, но слабѣе на сторонѣ раздраженія. Такія же явленія, по словамъ автора, наблюдаются на зрачкахъ при раздраженіи верхняго гортаннаго, депрессора и сѣдалищнаго нервовъ. При хлороформированіи животныхъ въ извѣстномъ стадіи дѣйствія хлороформа послѣ перерѣзки обоихъ vagosympathici раздраженіе головного отрѣзка vagi у кошки вызываетъ не расширеніе, а суженіе обоихъ зрачковъ, при чемъ все равно, будетъ ли раздражаться одинъ или оба отрѣзка п. vagi. На основаніи всѣхъ своихъ опытовъ проф. Догель заключаетъ, что „существуетъ физиологическая связь симпатического нерва съ расширяющимъ зрачекъ центромъ съ одной стороны и съ суживающимъ съ другой въ одно и тоже время. Подобная физиологическая связь имѣется и между суживающимъ и расширяющимъ зрачки центромъ блуждающаго и сѣдалищнаго нервовъ“.

¹⁾ Проф. Догель И. М. Участіе нервовъ въ колебаніи величинъ зрачка. Неврологич. Вѣстникъ, Т. II, 2, 1894.

Наблюденія проф. Догеля провѣрили Schenck и Fuss¹⁾ и пришли къ инымъ выводамъ. По ихъ мнѣнію, Догель не принялъ во вниманіе, что у животныхъ съ сочувственной реакціей при раздраженіи симпатическаго нерва происходитъ суженіе противоположнаго зрачка вслѣдствіе энергичной сочувственной реакціи при попаданіи въ расширенный зрачекъ глаза раздражаемой стороны большаго количества свѣта. Если же опытъ ставить такимъ образомъ, чтобы въ соотвѣтствующій раздраженію глазъ не падалъ свѣтъ, то суженія противоположнаго зрачка не наблюдается. Что же касается кролика, у котораго сочувственной реакціи нѣтъ, то авторы, на основаніи 6-ти случаевъ, гдѣ они не видѣли при раздраженіи симпатическаго суженія зрачка противоположной стороны ни разу, относятъ положительные результаты Догеля на случайности опыта. Вліяніе раздраженій *vagi* и другихъ чувствительныхъ нервовъ на зрачекъ соотвѣтствующей и противоположной стороны, авторы объясняютъ другими причинами, какія приводитъ проф. Догель. Они отмѣчаютъ, что результаты раздраженія *p. vagi* въ опытахъ безъ наркоза получены пр. Догелемъ послѣ предварительной перерѣзки симпатическаго нерва на соотвѣтствующей сторонѣ, а въ опытахъ съ наркозомъ наблюденіе велось на животныхъ, у которыхъ оба симпатическіе были перерѣзаны. Въ ихъ опытахъ у хлороформированныхъ кошекъ при раздраженіи *vagi* получалось одинаково сильное расширеніе обоихъ зрачковъ, если оба симпатическіе нервы цѣлы. При перерѣзкѣ же симпатическаго на одной сторонѣ выступала разница въ состояніи зрачковъ при раздраженіи *p. vagi*—зрачекъ съ неповрежденнымъ симпатическимъ расширялся, а зрачекъ оперированной стороны при слабыхъ раздраженіяхъ оставался безъ измѣненій, и только при сильныхъ также расширялся. Суженіе зрачка при раздраженіи *vagi* и перерѣзкѣ симпатическаго авторы не видѣли

¹⁾ Schenck und Fuss, Zur Innervation der Iris. Pfl. Arch. Bd. LXII—1896.

и противоположный результат проф. Догеля относить на индивидуальные особенности животного.

Въ слѣдующей своей работѣ по тому же вопросу проф. И. М. Догель ¹⁾ повторилъ опыты съ раздраженіемъ п. sympathici въ указанныхъ Schenk'омъ и Fuss'омъ условіяхъ, т. е. наблюдая зрачекъ противоположной стороны при закрытомъ глазѣ раздражаемой. Оказывается, что и при такой постановкѣ опыта получается суженіе зрачка противоположной стороны, но только оно менѣе выражено и при томъ во всѣхъ случаяхъ (4) суженію зрачка предшествовало кратковременное расширеніе его. При параличѣ окончаній п. oculomotorii атропинизаціей указаннаго суженія не наблюдается. На основаніи этихъ новыхъ наблюденій проф. Догель высказывается, что наблюдающееся суженіе есть „явленіе довольно сложное и въ немъ, вѣроятно, принимаютъ участіе не только нервы зрительный, симпатическій и общій глазодвигательный (п. oculomotorius), но и другіе нервы, напр. vagus и вообще чувствительные. Или, скорѣе, реакція зрачка наступаетъ благодаря различнымъ отношеніямъ всѣхъ упомянутыхъ нервовъ и вліянію этихъ отношеній на нервныя окончанія въ мышцахъ радужной оболочки“.

Spalitta ²⁾ произвелъ изслѣдованіе въ цѣляхъ выяснитъ, какіе нервы участвуютъ въ расширеніи зрачка, кромѣ двухъ группъ волоконъ, имѣющихъ начало частью въ головномъ мозгу и продолговатомъ, частью въ спинномъ и въ тройничномъ нервѣ достигающихъ до глаза. Какъ реакціей онъ воспользовался расширеніемъ зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ. Послѣ экстирпаціи верхняго шейнаго ганглія и послѣдующей перерѣзки Гассерова узла, когда роговица остается долго прозрачной, раздраженіе ischia-

¹⁾ И. М. Догель. Nowe badania nad udzialem nerwów. Gazeta Lekarska. 1896. Цит. по дисс. Тюмянцева.

²⁾ Spalitta. Sul meccanismo della dilatazione pupillare per eccitazione dei nervi sensitivi. Archiv. di Ottalm. II—1895. Цит. по Nagel's Jahresbericht'у за 1895.

disi непосредственно за операціей въ опытахъ автора не вызываетъ расширенія зрачка, но если раздраженіе производится спустя нѣкоторое время, то выступаетъ слабое, медленное, но замѣтное расширеніе зрачка. На основаніи этого авторъ высказываетъ предположеніе, что это расширеніе есть результатъ „Hemming's" oculomotorii и тѣмъ самымъ, стало быть, подтверждаетъ теорію Браунштейна. Въ доказательство высказаннаго предположенія Spalitta, кромѣ того, приводитъ одинъ опытъ, гдѣ при атропинизаціи указанное явленіе отсутствовало.

Поднятый проф. И. М. Догелемъ вопросъ о вліяніи симпатическаго нерва на зрачекъ другой стороны снова обсуждается въ работѣ Тюмянцева¹⁾. Поставивъ своей задачей объяснить происхожденіе наблюдавшагося феномена, авторъ произвелъ рядъ опытовъ на кошкахъ и кроликахъ при кураризаціи, доказывая прежде всего, что указанное суженіе не можетъ быть объяснено цѣликомъ сочувственной реакціей. Schenck и Fuss не видѣли измѣненія зрачка при такихъ условіяхъ, по мнѣнію Тюмянцева, потому что они наблюдали зрачекъ въ тотъ періодъ дѣйствія кураре, когда свѣговая реакція зрачковъ отсутствуетъ. Заключивъ на основаніи своихъ наблюденій, что констатированное суженіе есть явленіе рефлекторное, авторъ далѣе излагаетъ результаты изслѣдованій о путяхъ, по которымъ передается этотъ рефлексъ. По его предположенію, главная роль въ этомъ рефлексѣ принадлежитъ симпатическимъ волокнамъ, присоединяющимся въ *sin. cavernos.* къ *n. oculomotor.* соотвѣтствующей стороны и идущимъ къ его центрамъ. Передача съ одного *oculomotorius'a* на другой, по автору, происходитъ, благодаря перекресту корешковыхъ волоконъ *n. oculomotorii*.

Изложенные опыты Тюмянцева вызвали возраженіе со стороны Schenck'a²⁾. Повторяя тѣже возраженія, какія

¹⁾ Тюмянцевъ. Матеріалы для изученія вліянія симпатическаго нерва на зрачекъ другой стороны. Дисс. Казань. 1897.

²⁾ Schenck. Zur Innervation der Iris. Pflüg. Arch. Bd. LXXV—1899.

имъ сдѣланы съ Fuss'омъ проф. Догелю, онъ снова утверждаетъ, что получаемое при раздраженіи симпатическаго суженіе противоположнаго зрачка у кошекъ и собакъ всецѣло относится на сочувственную реакцію, у кроликовъ же, гдѣ ея нѣтъ, суженія при тѣхъ же условіяхъ опыта не наблюдается. Положительные результаты Тюмянцева на кроликахъ онъ пытается объяснить предположеніемъ, что суженіе зрачка могло выступить совмѣстно съ конвергенціей, скрытой благодаря кураризаціи.

Къ этому же времени относится работа P. Schultz'a¹⁾ о вліяніи симпатическихъ узловъ вообще и верхняго шейнаго въ частности. Авторъ оспариваетъ принимаемый большинствомъ фактъ тонизирующаго вліянія на зрачекъ верхняго шейнаго ганглія. По его наблюденіямъ, прежде всего гангліи не возбуждается опредѣленнымъ составомъ крови, какъ это можно было бы ожидать, если допустить, что въ немъ, какъ въ дыхательномъ центрѣ, напр., автоматически развиваются импульсы, постоянно посылаемые къ соотвѣтствующимъ мышцамъ. Доказательства Браунштейна (l. c.) тонизирующаго вліянія ганглія, основанныя на томъ, что рефлекторное расширение зрачка наступаетъ медленнѣе на сторонѣ, гдѣ вылученъ гангліи, чѣмъ на сторонѣ простой перерѣзки симпатическаго, авторъ не считаетъ правильными—онъ не находилъ никакой разницы при этихъ условіяхъ между той и другой стороной. Далѣе, авторъ не видѣлъ никакого измѣненія зрачка послѣ перерѣзки n. oculomotorii и n. sympathici при послѣдующемъ смазываніи никотиномъ узла, что имѣло бы мѣсто, если бы узелъ обладалъ самостоятельнымъ тонусомъ. Въ заключеніе, основываясь на нѣкоторыхъ своихъ наблюденіяхъ, Schultz высказывается, что симпатическіе гангліи играютъ роль „relais“.

Съ этимъ взглядомъ Schultz'a не согласился слѣдующій изслѣдователь вопроса о вліяніи шейнаго ганглія на

¹⁾ P. Schultz. Zur Physiologie der sympathischen Ganglien Arch. f. Anat. u. Phys. (Phys. Abth.) 1898.

глазъ Langendorff¹⁾. Онъ на основаніи своихъ наблюденій доказываетъ, что ганглий несомнѣнно обладаетъ тонусомъ, ибо перерѣзка шейнаго симпатическаго и вылученіе ганглія операціи неравноцѣнныя для зрачка, паралитическія глазо-зрачковыя явленія послѣ операціи вылученія узла, болѣе выражены, чѣмъ послѣ простой перерѣзки симпатическаго нерва. Тоже самое доказываетъ и Lewinsohn²⁾.

Въ 1899 году явилась новая обстоятельная монографія по вопросу о движеніяхъ зрачка Angellucci³⁾. Свои выводы авторъ базируетъ на цѣломъ рядѣ опытовъ крайне разнообразныхъ и сложныхъ (10 группъ). Животными для эксперимента служили обезьяны, собаки и кошки. По отношенію къ интересующему насъ вопросу—объ иннерваціи расширенія зрачка—авторъ во многомъ подтверждаетъ наблюденія Браунштейна. Онъ утверждаетъ, что расширеніе зрачка подѣ влияніемъ чувствительныхъ раздраженій основывается на подавленіи тонуса суживающаго зрачка перваго неврона (первый суживающій невронъ, по автору, имѣетъ начало въ переднемъ четверохолміи, второй невронъ въ gangl. ciliare и третій въ ганглиозныхъ клѣткахъ, найденныхъ Müllerомъ въ цилиарной мышцѣ). Въ доказательство такого положенія онъ приводитъ группу опытовъ, гдѣ вылученіе верхняго шейнаго ганглія и перерѣзка trigemini не препятствовала расширенію зрачка подѣ влияніемъ чувствительныхъ раздраженій; перерѣзка же oculomotorii при цѣлости расширителей исключало рефлекторное расширеніе, какъ это наблюдалъ Браунштейнъ и др. Въ той группѣ опытовъ, гдѣ трактуется о результатахъ перерѣзки n. oculomotorii, мы считаемъ нужнымъ

¹⁾ Langendorff. Ueber die Beziehungen des oberen sympathischen Halsganglions z. Auge und z. den Blutgefäßen des Kopfes, Klinische Monatsblätt. f. Augenheilk. XXXVIII—1900.

²⁾ Lewinsohn. Ueber den Einfluss des Halssympathicus auf das Auge. Graefe's Arch. f. Ophthal. Bd. LV—1902.

³⁾ A. Angellucci. Ricerche sul meccanismo del movimento pupillare. Archivio d'Ottalmologia. Anno VII, fasc. 1—8, 1899.

остановиться надъ однимъ наблюденіемъ автора надъ собакой (оп. № 19). Здѣсь у собаки послѣ перерѣзки п. oculomotorii внутри черепа на 3-й день авторъ испыталъ раздраженіе п. ischiadici, предварительно сузивъ зрачекъ эзериномъ, и въ этомъ единственномъ случаѣ съ примѣненіемъ міотическаго средства отчетливо видѣлъ рефлекторное расширеніе зрачка. Въ общихъ выводахъ наблюденій надъ вліяніемъ перерѣзки п. oculomotorii на рефлекторное расширеніе зрачка Angel-lucci оставляетъ указанный эффектъ въ опытѣ 19-мъ безъ объясненія, утверждая, что рефлекторное расширеніе всегда отсутствуетъ послѣ перерѣзки oculomotorii. Что касается вліянія коры, то Angellucci, какъ и его предшественники, видѣлъ при раздраженіи опредѣленныхъ пунктовъ коры расширеніе зрачка, но тѣмъ не менѣе онъ не допускаетъ, что въ этихъ областяхъ заложенъ кортикальный центръ шейнаго симпатическаго нерва, ибо расширеніе зрачка при раздраженіи коры получается и послѣ перерѣзки симпатическаго. Тройничному нерву авторъ не приписываетъ никакой роли въ движеніяхъ зрачка, такъ какъ въ его опытахъ extirpatio gangl. cervic. super. и перерѣзка oculomotorii совершенно исключали расширеніе зрачка и при чувствительныхъ раздраженіяхъ и при раздраженіяхъ коры, и далѣе послѣ extirpat. gangl. cerv. sup. и перерѣзки п. oculomotorii перерѣзка I вѣтви тройничнаго или разрушеніе Gangl. Gasseri также не сопровождалась дальнѣйшимъ измѣненіемъ зрачка. Раздраженіе ствола тройничнаго нерва, дававшее различный эффектъ у различныхъ животныхъ, по его мнѣнію, искусственный продуктъ опыта. Кромѣ указаннаго въ работѣ Angellucci много и другихъ интересныхъ данныхъ, не укладывающихся въ рамки краткаго реферата.

Вопросъ о корковыхъ центрахъ расширенія зрачка, не разъ обсуждавшійся въ литературѣ, снова поднимается цѣлымъ рядомъ изслѣдованій послѣднихъ лѣтъ. Проф. Бехтеревъ¹⁾, резюмируя въ статьѣ „О результатахъ изслѣдованія

¹⁾ Проф. Бехтеревъ. О результатахъ возбудимости заднихъ отделовъ лобной доли. Неврол. Вѣстн. 1899.

возбудимости заднихъ отдѣловъ лобной доли“ свои многочисленные наблюденія по этому вопросу, говорить, что опытами на различныхъ животныхъ, начиная съ кролика и кончая обезьянами, онъ убѣдился въ существованіи въ корѣ определенныхъ областей лобныхъ долей, съ которыхъ при раздраженіи можно получить расширеніе зрачковъ, расширеніе щели вѣкъ и выпячиваніе глазъ. „Упомянутыя движенія, говоритъ авторъ, совершенно уподобляются тѣмъ движеніямъ, которыя мы получаемъ при раздраженіи шейнаго ствола п. *sympathici*, въ силу чего мы должны признать здѣсь центральныя окончанія п. *sympathici*“ (177 стр.). Кромѣ этихъ центровъ расширенія зрачка пр. Бехтеревъ¹⁾ нашелъ и въ заднихъ отдѣлахъ полушарій у обезьянъ мѣста, раздраженіе которыхъ давало вмѣстѣ съ движеніемъ глазъ и расширеніе зрачковъ. Parsons²⁾ опытами на кошкахъ и собакахъ также убѣдился, что раздраженіе определенныхъ областей коры сопровождается расширеніемъ зрачковъ съ всѣми другими явленіями раздраженія симпатическаго, при чемъ эффектъ наиболѣе выраженъ на глазу противоположной раздраженію стороны. Перерѣзка симпатическаго ослабляетъ эффектъ раздраженія коры на зрачкѣ и совершенно уничтожаетъ другія явленія возбужденія симпатическаго. Послѣ перерѣзки симпатическаго перерѣзка тройничнаго нисколько не измѣняетъ результатовъ раздраженія. Но эффектъ исчезаетъ, какъ только послѣ предварительной перерѣзки симпатическаго перерѣзывается глазодвигательный нервъ. На основаніи всѣхъ своихъ опытовъ авторъ заключаетъ, что „при отсутствіи обычнаго пути для расширителей расширеніе зрачка при раздраженіи коры обусловливается, вѣроятно, подавленіемъ тонуса III нерва“ (9 положеніе).

¹⁾ Проф. Бехтеревъ. О корковыхъ центрахъ суженія и расширенія зрачка въ заднихъ частяхъ полушарій обезьянъ. Обзор. Психіатріи, Неврол. и эксперим. психологіи. 1899.

²⁾ H. Parsons. On the dilatation of the pupil from stimulation of the cortex cerebri. Journ. of. physiol. XXVI. 1901.

Lewinsohn, ¹⁾), штудирова отношения между корой и зрачком у кошек, собак и обезьян, устанавливает, что расширение зрачка получается при раздражении, какъ моторной области, такъ и слуховой, зрительной и нѣкоторыхъ другихъ областей затылочной доли. Расширение зрачка при корковомъ раздражении проявляется не какъ изолированный симптомъ, но связанъ съ движеніями глаза и вѣкъ. Не получая при экстирпации активныхъ участковъ коры эффекта на зрачкѣ, онъ говоритъ, что признать за указанными мѣстами, откуда при раздражении получалось расширение зрачка, значеніе корковыхъ центровъ, нѣтъ оснований; по его мнѣнію, всѣ явленія на глазахъ при корковомъ раздраженіи вторичныя, исходный пунктъ ихъ субкортикальные узлы и отъ коры они вызываются не прямымъ путемъ. Въ заключеніе, онъ, на основаніи своихъ наблюденій, принимаетъ, что раздраженіе коры вызываетъ расширение зрачка черезъ повышеніе тонуса дилатора и одновременное расслабленіе сфинктера.

Вышеупомянутая работа P a r s o n s'a дала поводъ проф. Н. А. Миславскому ²⁾ снова повторить высказанный имъ еще въ 1887 году взглядъ на двоякое вліяніе коры на зрачкѣ въ опроверженіе предложеннаго Браунштейномъ объясненія этого вліянія, какъ исключительно депрессивнаго на центръ oculomotorii. „Мнѣ кажется весьма затруднительнымъ, говоритъ авторъ, объяснить только депрессіей расширение зрачка при цѣломъ sympathicus, когда имѣются на лицѣ явные признаки возбужденія этого нерва и когда достигающее иногда максимальныхъ размѣровъ расширение зрачка ничѣмъ не отличается ни по формѣ, ни по быстротѣ появленія отъ такового, полученнаго непосредственнымъ раздраженіемъ самаго нервного ствола“.

¹⁾ Lewinsohn. Ueber Beziehungen zwischen Hirnrinde und Pupille. Arch. f. Anat. u. Phys. (Phys. Abth.) 1902.

²⁾ Mislavsky. Cortex cerebri and iris. Journ. of Physiol. XXIX—1903 и то же по русски «Къ ученію о вліяніи мозговой коры». Невр. Вѣст. 1903. Т. XI.

Большой интересъ представляетъ для нашего изслѣдова-
нія работа Anderson'a ¹⁾, появившаяся въ самое недавнее
время. Онъ выступилъ противникомъ теоріи „подавленія“ то-
нуса суживающаго зрачекъ центра при рефлекторномъ рас-
ширеніи зрачка подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій.
Изъ опытовъ на кошкахъ онъ убѣдился, что зрачекъ послѣ
перерѣзки п. п. ciliar. brevium или вылуценія gangl. cil.
вполнѣ замѣтно расширяется подъ вліяніемъ болевыхъ и так-
тильных раздраженій, если только онъ предварительно су-
женъ эзериномъ. Расширеніе при этихъ условіяхъ сопровож-
дается ухожденіемъ 3-го вѣка, увеличеніемъ щели вѣкъ и
выступаніемъ глазного яблока. Такъ какъ перерѣзка симпа-
тического нерва прекращала всѣ указанныя явленія при раз-
драженіи чувствительнаго нерва, авторъ заключаетъ, что дви-
гательный путь этого рефлекса совпадаетъ съ симпатическимъ
нервомъ. Другого пути для расширителей зрачка онъ вообще
не признаетъ, такъ какъ послѣ вылуценія ганглія въ его
опытахъ, какъ и у L a n g l e y'a ²⁾, непосредственное раздраже-
ніе радужки спустя извѣстные сроки послѣ операціи не вы-
зывало никакого расширенія зрачка; а затѣмъ раздраженіе самого
ствола trigemini въ черепѣ, когда вызвана полная дегенера-
ція симпатическихъ волоконъ, также не сопровождалось рас-
ширеніемъ зрачка. Равнымъ образомъ онъ отрицаетъ расшири-
телей и въ abducens и trochlearis. Наблюдая въ одномъ случаѣ
у котенка расширеніе зрачка подъ вліяніемъ раздраженія
п. ischiadaci послѣ перерѣзки спинного мозга на уровнѣ 1-го
шейнаго позвонка, авторъ такимъ образомъ отстаиваетъ само-
стоятельное значеніе centri cilio—spinalis infer.

К а р а у л о в ъ ³⁾ на основаніи нѣсколькихъ опытовъ
на собакахъ утверждаетъ, что расширители зрачка имѣютъ

¹⁾ Anderson. Reflex pupil-dilatation by way of the cervical sympathetic nerve. The Journal of Physiol. Vol. XXX. № 1—1903.

²⁾ Langley. Notes on the regeneration of the preganglionic fibres in the sympathetic system. The Journ. of Physiol. XXV—1900.

³⁾ Карауловъ. Къ вопросу о физиологической функціи нервовъ, заведующихъ расширеніемъ зрачка. Учен. Записки Казанск. Ветеринарнаго Инст. Т. XX—1903.

и черепно-мозговой путь—въ тройничномъ нервѣ, такъ какъ при непосредственномъ раздраженіи тройничнаго нерва до образования Гассерова узла онъ видѣлъ всегда расширеніе зрачка. Наблюдая кромѣ того въ одномъ опытѣ послѣ перерѣзки oculomotorii при раздраженіи n. ischiadici расширеніе зрачка, суженнаго никотиномъ, онъ заключаетъ, что причина рефлекторнаго расширенія вообще не одна только депрессія центра n. oculomotorii.

Изъ представленнаго литературнаго обзора можно видѣть, съ какимъ трудомъ и медленностью формировалось ученіе объ иннервации расширенія зрачка. Начиная съ работы Budge, цѣлый рядъ изслѣдованій посвященъ вопросу о центральныхъ началахъ расширенія, но и до сихъ поръ локализція этихъ центровъ точно не установлена. Большинство изслѣдователей признаетъ, что автономный центръ расширенія зрачка находится въ черепномъ мозгу, откуда, по мнѣнію однихъ, расширители идутъ по одному только спинномозговому пути, по другимъ, кромѣ спинномозгового пути имѣется для расширителей и прямой путь черепной, причемъ считается таковымъ n. trigeminus (Balogh, Vulpián, Навалихинъ и др.) и abduceus (Bessau). Кромѣ черепнаго центра признается спинномозговой (centrum ciliospinale inf. Budge), и нѣкоторые приписываютъ автономію только послѣднему. Относительно вліянія коры головного мозга за послѣдніе 10—15 лѣтъ наиболѣе распространенными являются два мнѣнія. Одни изслѣдователи принимаютъ, что кора оказываетъ вліяніе на зрачекъ, вызывая его расширеніе, исключительно черезъ подавленіе центра n. oculomotorii (Браунштейнъ, Angellucci), другіе (Миславскій, Parsons, Lewinsohn) приписываютъ ей двойное вліяніе—активное на центръ расширенія зрачка и депрессивное на центръ суженія. Что касается рефлекторнаго расширенія зрачка, то по мнѣнію нѣкоторыхъ изслѣдо-

вателей центръ, черезъ который передается этотъ рефлексъ, находится въ головномъ мозгу (Навалихинъ, Vulpian Ковалевскій и др.), а по мнѣнію другихъ въ спинномъ (Luchsinger и Guillebeau, Steil, Langendorff и др.). Высказанный впервые проф. Бехтеревымъ взглядъ на рефлекторное расширеніе зрачка, какъ результатъ подавленія тонуса п. oculomotorii, и получившій развитіе въ трудѣ Браунштейна, принимался многими изслѣдователями до самаго послѣдняго времени (Mayer и Pribram, Sprallitta, Angellucci и др.), и только теперь противопоставляется ему мнѣніе Anderson'a, что одной депрессіей объяснить рефлекторное расширеніе нельзя.

Такимъ образомъ, еще много вопросовъ въ учении о расширеніи зрачка остается доселѣ неустановленными съ достаточной опредѣленностью, а потому появленіе новаго изслѣдованія, вносящаго и новый матеріалъ для уясненія нѣкоторыхъ сторонъ этого сложнаго отдѣла, имѣетъ, по нашему мнѣнію, оправданіе.

Глава II.

Для изученія движенія радужной оболочки, какъ и всякаго движенія, несомнѣнно весьма существеннымъ является располагать методомъ, позволяющимъ наблюдать, какъ размѣры движенія, такъ и ходъ его во времени. Огромное большинство изслѣдователей, работавшихъ надъ вопросомъ о зрачковыхъ движеніяхъ пользовались при наблюденіи измѣрительнымъ методомъ, т. е. опредѣляли путемъ различныхъ инструментовъ или простымъ глазомъ абсолютныя величины зрачка, совершенно не регистрируя движенія его во времени. Инструментовъ для измѣренія зрачка, т. н. пупиллометровъ, очень много, но одни изъ нихъ, отличающіеся простотой и удобствомъ при употребленіи, даютъ далеко не точныя данныя, другіе аппараты точные, но въ то же время и очень сложные, требующіе навыка въ употребленіи и опредѣленной обстановки. Кромѣ того, всѣ эти приборы грѣшатъ однимъ общимъ недостаткомъ—при помощи ихъ нѣтъ возможности объективно зафиксировать размѣръ зрачка и, главнымъ образомъ, нельзя зарегистрировать движеніе во времени, точно указать зависимость между измѣненіями зрачка и вызывающими ихъ моментами. Такой цѣли можетъ служить только методъ графическій. Графическій методъ, примѣненный впервые Donder'sомъ, представляетъ большой шагъ впередъ въ методикѣ изучаемыхъ движеній. Способъ Donder's'a состоялъ въ томъ, что измѣненія діаметра зрачка, наблюдаемаго энтонпическимъ способомъ, отмѣчались изслѣдователемъ

на вертящемся барабанѣ при помощи чувствительнаго рычажка, который приводился въ движеніе замыканіемъ тока; время отмѣчалось при помощи колеблющагося камертона. Arlt¹⁾ разработавшій указанный методъ, примѣнилъ его для опредѣленія зависимости во времени между расширеніемъ зрачка и измѣненіемъ просвѣта сосудовъ уха. Въ его опытахъ также на—глазомѣрь отмѣчались моменты измѣненій діаметра зрачка и просвѣта сосудовъ на вертящемся барабанѣ надавливаніемъ на гуттаперчевыя подушечки, соединенныя съ Магеу'евскимъ полиграфомъ.

Болѣе совершеннымъ методомъ пользовался Fr. Frank, примѣнившій регистрацію при изученіи того же вопроса о связи между зрачковыми движеніями и сосудистыми эффектами. Названный авторъ для регистраціи измѣненій кровяного давленія соединилъ периферическій конецъ art. carotis съ манометромъ, колебанія ртути въ которомъ непосредственно записывались рычажкомъ на цилиндрѣ. Колебанія же зрачка Frank отмѣчалъ на цилиндрѣ при помощи тѣхъ же, въ существенномъ, приѣмовъ, какими пользовался и Arlt. Примѣненіе графическаго метода въ такомъ видѣ, хотя и дало много цѣнныхъ результатовъ этимъ изслѣдователямъ, но признать въ немъ методъ, сколько нибудь удовлетворяющій требованіямъ объективнаго, точнаго наблюденія, никоимъ образомъ нельзя—здѣсь слишкомъ много вводится моментовъ чисто субъективнаго характера, безусловно вызывающихъ большія погрѣшности. Одно то, что моментъ измѣненія зрачка отмѣчается на глазъ, размеры зрачка—опредѣляются степенью давленія рукой изслѣдователя на барабанчика, совершенно исключаютъ объективность метода. Въ новую фазу вступилъ графическій методъ изслѣдованія движеній зрачка съ введеніемъ фотографической регистраціи, впервые предложенной Беллярминовымъ. Приборъ Беллярминова или,

¹⁾ Arlt (jun) Beitrag zur Kenntniss der Zeitverhältnisse bei den Bewegungen der Iris. Arch. f. Ophthalm v. Graefe's Bd. XV, 1—1869.

какъ онъ называлъ его, фотокореографъ, передавая съ точностью всѣ фазы движенія зрачка со всѣми колебаніями, даетъ для наблюденія методъ безупречный по своей объективности. Построенъ онъ по идеѣ проф. Ц и б у л ь с к а г о и въ существенномъ состоитъ изъ двухъ частей — обыкновенной фотографической камеры и вставляемаго вмѣсто кассеты ящичка. Въ передней стѣнкѣ ящичка, который ставится, при соединеніи прибора съ камерой на мѣсто матоваго стекла, имѣется узкая ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ mm.) щель. Въ ящичкѣ находятся три вращающихся цилиндра, одинъ изъ которыхъ — передній — можетъ придвигаться по желанію въ самой щели, а два заднихъ стоятъ на осяхъ неподвижно. На одинъ изъ заднихъ цилиндровъ наматывается свѣточувствительная бумага или пленка, которая пропускается затѣмъ между щелью и передней поверхностью передняго цилиндра и сматывается на другой задній цилиндръ. Послѣдній цилиндръ соединенъ съ двигателемъ, такъ что свѣточувствительная бумага можетъ съ опредѣленной скоростью передвигаться передъ щелью прибора.

На матовомъ стеклѣ камеры предварительно наносится вертикальная линія, а въ срединѣ ея подъ прямымъ угломъ — горизонтальная съ дѣленіями на миллиметры. При установкѣ прибора изображеніе зрачка помѣщается такимъ образомъ, чтобы вертикальный діаметръ зрачка падалъ на вертикальную линію стекла, а центръ зрачка совпадалъ съ мѣстомъ пересѣченія линій. Щель въ передней стѣнкѣ ящичка устанавливается строго соотвѣтственно вертикальной линіи стекла, такъ что, когда матовое стекло удаляется и вставляется ящичъ, щель встаетъ точно на мѣсто вертикальной линіи стекла. При установкѣ всего прибора, такимъ образомъ, черезъ щель будетъ отбрасываться изображеніе вертикальнаго діаметра зрачка въ видѣ полосы, отрѣзка склеры, конъюнктивы и т. д. Каждый изъ этихъ отрѣзковъ глаза, отражая различное количество химически дѣйствующихъ лучей, будетъ давать на двигающейся въ фокусѣ объектива бумагѣ или пленкѣ полосы то темныя, то свѣтлыя. Радужная оболочка, смотря по цвѣту

ея, на негативѣ получается въ видѣ двухъ болѣе или менѣе черныхъ полосъ, среди которыхъ идетъ полоса свѣтлая, соотвѣтствующая самому зрачку. Одновременно съ регистраціей движеній зрачка отмѣчается и время (секунды) и моменты нанесенія раздраженій. Для этого въ плоскости снимаемаго діаметра зрачка устанавливаются отъ регистрирующихъ приборовъ бѣлые рычажки, изображеніе которыхъ и получаютъ въ видѣ болѣе или менѣе тонкихъ линій.

Съ помощью описаннаго прибора Беллярмина произвелъ свое изслѣдованіе Браунштейнъ. Представленные имъ при работѣ фотограммы (нѣсколько уменьшенныя) съ полной очевидностью указываютъ, какое преимущество имѣетъ этотъ новый методъ регистраціи движеній зрачка предъ всѣми прежде употреблявшимися. Послѣ Браунштейна въ 1896 году воспользовался тѣмъ же фотографическимъ методомъ Garten¹⁾, примѣнивъ его впервые для регистраціи движеній зрачка въ темнотѣ. Полученныя имъ фотограммы очень демонстративно представляютъ результаты такихъ рѣдкихъ наблюденій и еще лишній разъ убѣждаютъ, какъ много можно ожидать отъ этого метода, въ виду хотя бы того, что успѣхи фотографіи идутъ съ каждымъ годомъ гигантскими шагами впередъ. Мы при своихъ наблюденіяхъ пользовались приборомъ, построеннымъ по типу фотокореографа Беллярмина, внося только нѣкоторыя измѣненія въ установкѣ цилиндровъ, чтобы гарантировать равномерность движенія. Первые опыты были постановлены нами съ бромосеребряной бумагой, каковой исключительно пользовались Беллярминъ и Браунштейнъ, но затѣмъ, испробовавъ примѣненіе пленокъ, мы рѣшительно отказались отъ бумаги, такъ какъ пленки безспорно представляютъ большія преимущества передъ бумагой. Прежде всего, свѣточувствительность пленокъ послѣднихъ выпусковъ Kodak'a, Lumier'a превосходить, на-

¹⁾ Garten. Beiträge zur Kenntniss des zeitlichen Ablaufes der Pupillarreaction nach Verdunklung. Pflüg. Arch. Bd. LXVIII—1897.

сколько позволяют судить наши наблюденія, свѣточувствительность бумаги, а во вторыхъ, получая на пленкахъ негативныя изображенія, мы имѣемъ возможность получить въ желаемомъ количествѣ позитивы со всеми преимуществами послѣднихъ. Кромѣ того, по самой конструкціи прибора наиболѣе пользоваться вѣжной, тонкой пленкой, чѣмъ грубой и довольно толстой бумагой. Примѣненіе пленокъ, мы думаемъ, въ дальнѣйшемъ позволитъ модифицировать и самый аппаратъ Б е л л я р м и н о в а, замѣнивъ его обычнымъ аппаратомъ Kodak, гдѣ собственно не достаетъ только соответствующей щели, да приспособленій къ постоянному движенію пленки. Для освѣщенія глаза при фотографированіи какъ Б е л л я р м и н о в ъ, такъ и Б р а у н ш т е й н ъ пользовались солнечнымъ свѣтомъ. Это обстоятельство представляетъ большія неудобства для всѣхъ работающихъ въ такой мѣстности, какъ мы, гдѣ солнцемъ можно пользоваться болѣе или менѣе продолжительно и увѣренно только лѣтомъ. Чтобы не ставить себя въ зависимость отъ капризовъ погоды, мы примѣнили искусственный свѣтъ—электрический отъ дугового фонаря. Сила свѣта при употребляемой нами экспозиціи (скорость движенія $2\frac{1}{2}$ —4 mm. въ секунду при $\frac{1}{2}$ mm. щели) оказалась совершенно достаточной, какъ и это можно видѣть на прилагаемыхъ фотограммахъ. Есть, конечно, и нѣкоторые недочеты при такомъ освѣщеніи, какъ и при всякомъ искусственномъ,—это не всегда равномерный свѣтъ въ зависимости отъ измѣнившагося положенія дуги, возможныхъ колебаній тока и другихъ условій, которыя иногда выступали и у насъ, не смотря на прекрасный регуляторъ фонаря Dubosq'a. Этими недостатками въ освѣщеніи объясняется встрѣчающаяся неравномерность фона фотограммъ, но полосчатость, наблюдающаяся на нѣкоторыхъ фотограммахъ, должна быть отнесена главнымъ образомъ на неравномерность движенія, устранить которую мы пытались всевозможными средствами, но избѣжать совершенно не могли. Время отмѣчалось въ секундахъ сигналомъ D e r g é z, введеннымъ въ цѣнь саннаго аппарата.

Раздраженіе нервовъ производилось нами индукціонными токами обыкновеннаго саннаго аппарата Du-Bois-Reymond'a (средняя модель) съ 2 элементами Грене въ первичной спирали.

Для изслѣдованія при помощи фотографическаго метода мы по преимуществу пользовались кошками. Ихъ пригодность для этой цѣли отмѣчена и Беллярминовымъ и Браунштейномъ. Нѣсколько опытовъ поставлено и на кроликахъ, которые также довольно удобны для фотографирования. Необходимымъ условіемъ для полученія удачной фотографии зрачка является неподвижность животнаго. Ради этого въ большинствѣ случаевъ, животныхъ, предназначавшихся для фотографирования, приходилось кураризировать. Голова животнаго фиксировалась особенно тщательно. Чтобы соответствующій зрачекъ былъ болѣе открытъ для наблюденія, вѣки развигались вѣкоподъемцами, 3-ье вѣко обычно удалялось. Для предохраненія роговицы отъ высыханія производилось частое орошеніе ея растворомъ поваренной соли. Фотографировали мы во всѣхъ случаяхъ движенія зрачка въ горизонтальномъ діаметрѣ, а потому и щель прибора всегда совпадала съ горизонтальной линіей матоваго стекла. Отмѣтчики располагались оба обычно съ одной стороны глаза наружной и рѣже съ той и другой на фонѣ черной бумаги, которой заклеивались окружающія глазъ части. Источникъ свѣта ставился съ боку аппарата, съ наружной стороны соответствующаго глаза. Зрачекъ во всѣхъ случаяхъ фотографировался, насколько это возможно, въ его натуральную величину. На представленныхъ фотограммахъ зрачка кромѣ полосчатости, выступающей кое-гдѣ, какъ слѣдствіе неравномѣрнаго движенія пленки, нужно сказать еще объ одномъ недостаткѣ—это на нѣкоторыхъ фотограммахъ замѣтны двойныя линіи (бѣлыя и черныя) отмѣтчиковъ раздраженія и времени, зависятъ онѣ отъ того, что отмѣтки, установленныя по возможности въ плоскости зрачка при свѣтѣ, падающемъ сбоку, давали тѣнь на поставленный сзади экранъ, а потому оказался снятымъ какъ отмѣтчикъ, такъ и его тѣнь.

Глава III.

Изъ наблюденій, изложенныхъ въ первомъ отдѣлѣ нашей работы, надъ оперированными кроликами послѣ перерѣзки зрительнаго нерва внутри черепа мы убѣдились, что зрачекъ на сторонѣ перерѣзки обнаруживаетъ въ довольно широкихъ границахъ движенія въ зависимости отъ чувствительныхъ и психическихъ вліяній. Такой нашъ выводъ стоитъ, какъ видно изъ представленнаго литературнаго очерка, въ полномъ противорѣчій съ господствующей теоріей, утверждающей, что рефлекторное расширение не можетъ проявляться на зрачкѣ, лишенномъ тонуса сфинктера. Предположеніе, что перерѣзка п. optici не бесспорно уничтожаетъ тонусъ сфинктера, была нами исключена на основаніи наблюденія надъ зрачкомъ кролика послѣ перерѣзки oculomotorii въ черепѣ, но въ виду того, что это наблюденіе было единичнымъ и кратковременнымъ, мы поставили своей задачей въ послѣдующемъ доказать такое положеніе соответствующими опытами на столѣ. Что касается результатовъ перерѣзки optici или oculomotorii на кошкахъ, то таковыя какъ бы гармонируютъ съ указанной теоріей—зрачекъ послѣ операціи (мы сравниваемъ операціи двусторонней перерѣзки optici съ перерѣзкой oculomotorii) совершенно неподвиженъ на свѣтъ и почти максимально широкъ и не реагируетъ на всякаго рода чувствительныя раздраженія и психическія вліянія. Но предполагая, что рефлекторное расширение зрачка можетъ не проявляться у кошекъ, прежде всего, потому, что зрачекъ максимально широкъ, мы рѣшили при-

мѣнить міотическія средства, воспользовавшись нѣкоторыми указаніями, имѣющимися въ литературѣ по этому вопросу. Такъ, Жеглинскій (l. c.) желая доказать расширяющее вліяніе *n. trigemini* на зрачекъ у птицъ, вызвалъ *nicotin*'омъ суженіе зрачка, расширеннаго послѣ предварительной перерѣзки *oculomotorii*, раздражалъ стволъ *trigemini* и получилъ вполне отчетливое расширеніе зрачка. Въ недавнихъ опытахъ *Angellucci* (l. c.), какъ нами отмѣчено, въ одномъ случаѣ послѣ перерѣзки *oculomotorii* въ черепѣ, вызвалъ суженіе зрачка *eserin*'омъ, видѣлъ также расширеніе зрачка при раздраженіи чувствительнаго нерва. Наконецъ, наиболѣе обстоятельныя доказательства въ пользу пригодности міотическаго средства *eserin*'а для нашихъ цѣлей представилъ въ самое послѣднее время *Anderson* (l. c.). Имѣя на лицо такія убѣдительныя данныя въ примѣнимости *eserin*'а для демонстраціи рефлекторнаго расширенія зрачка, мы не видѣли и какихъ либо апріорныхъ противопоказаній къ употребленію этого средства и въ нашихъ случаяхъ. Эзеринъ вызываетъ суженіе зрачка, согласно наиболѣе распространеннымъ воззрѣніямъ, или черезъ раздраженіе периферическихъ окончаній *n. oculomotorii*, или дѣйствуя прямо на сфинктеръ зрачка. Но какъ бы то ни было, суженный *eserin*'омъ зрачекъ, какъ показали послѣдніе опыты *Schultz*'а ¹⁾, вполне хорошо расширяется подъ вліяніемъ раздраженія симпатическаго нерва. Слѣдовательно, если предположить, что расширеніе зрачка возможно послѣ перерѣзки *oculomotorii* у кошки путемъ симпатическаго нерва, то можно было рассчитывать, что этотъ рефлексъ долженъ проявиться на суженномъ *eserin*'омъ зрачкѣ. Такое наше предположеніе оправдалось цѣликомъ въ опытахъ.

Опыты были поставлены нами, главнымъ образомъ, на кошкахъ и частью на кроликахъ и во всѣхъ почти случаяхъ при кураризаціи. Избравъ фотографическій методъ регистраціи движеній зрачка, мы однако не могли воспользоваться имъ въ началѣ работы, благодаря долго затянувшемуся изготовленію

¹⁾ *S. Schultz. Ueber die Wirkungsweise der Mydriatica und Miotica Arch. f. Anat. u. Physiol. (Phys. Abth.)—1898.*

фотокореографа и неоднократно его передѣлкамъ; вотъ почему мы принуждены были поставить цѣлый рядъ опытовъ (14 опытовъ, изъ нихъ 11 на кошкахъ и 3 на кроликахъ) при обычномъ методѣ наблюденія-измѣрительномъ. Въ результатахъ этой серіи опытовъ мы получили почти всѣ основные выводы нашего изслѣдованія и въ послѣдующемъ главной цѣлью опытовъ съ фотокореографомъ было объективно зафиксировать наблюдаемыя явленія. Огромное преимущество фотографическаго метода основная причина того, что здѣсь мы представляемъ по преимуществу опыты съ фотографической регистраціей и только нѣкоторые, наиболѣе важные изъ прежнихъ наблюденій на—глазъ.

Нѣсколькими опытами съ фотографіей мы убѣдились, что установленные Беллярминовымъ и Браунштейномъ типы расширенія зрачка—прямого при раздраженіи симпатическаго нерва и рефлекторнаго—при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, соотвѣтствуютъ дѣйствительности. Одинъ изъ такихъ опытовъ приводимъ.

Опытъ №. 1¹).

Котъ бѣлый съ желтой радужкой. Вѣсъ 2950 гр. Подъ наркозомъ англійской смѣсью (спиртъ, хлороформъ и эфиръ по ровну) произведена трахеотомія, открытъ *ischiadicus dext.* Когда котъ оправился отъ наркоза, въ *v. saphenam* введенъ одинъ шприцъ (1½ граммовый) кураре раствора 8: 1000.

12 ч. 50'—Искусственное дыханіе. Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Снято:

1) 1 ч. 15'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей 70 mm. (Helmholtz'евская модификація—токъ, только что ощутимый на языкѣ) даетъ расширеніе зрачка съ 3,75 mm. до 7,8 mm. съ латентнымъ періодомъ, равнымъ 0,6'', съ двойной волной расширенія. Maximum расширенія на 10 секундъ послѣ начала раздраженія. Медленный возвратъ къ прежней ширинѣ (см. рис. № 1).

¹ Опыты приводятся нами не въ хронологическомъ порядкѣ.

2) 1 ч. 22'. Раздраженіе ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 60 mm. даетъ такого же типа расширеніе зрачка съ 4 mm до 7,5 mm. съ латентнымъ періодомъ равнымъ 0,5'' и такимъ же медленнымъ возвратомъ.

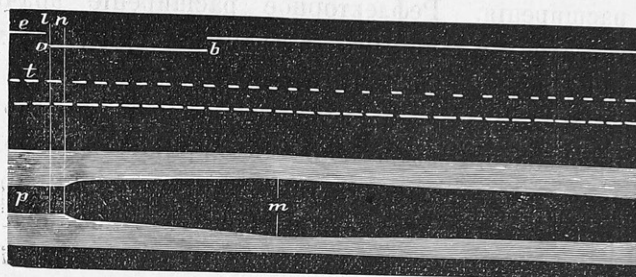


Рис. № 1. Зрачекъ (p); t—отмѣтчикъ времени (секунды); e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія n. ischiadici; m—maximum расширения зрачка при раздраженіи ischiadici; ln—латентный періодъ.

3) 1 ч. 28'. Повторено раздраженіе такой же силы токомъ и съ тѣмъ же эффектомъ.

1 ч. 35'. Открытъ симпатическій правый на шеѣ, взятъ на лигатуру и перерѣзанъ.

Зарегистрировано:

4) 1 ч. 47'. Раздраженіе симпатическаго токомъ при разстояніи спиралей 75 mm. даетъ расширеніе съ 2,75 mm. до 8,5 съ быстрымъ maximum расширения безъ вторичнаго подъема и довольно быстрымъ возвращеніемъ къ нормѣ. Латентный періодъ = 0,48'', Maximum расширения черезъ $3\frac{1}{2}''$. Продолжительность раздраженія— $3\frac{1}{2}''$. (См. рис. № 2).

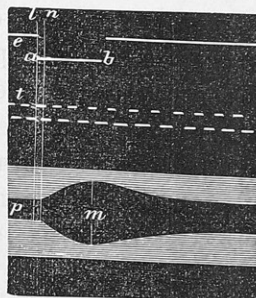


Рис. № 2. Зрачекъ (p) послѣ перерѣзки симпатическаго нерва; t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія симпатическаго; m. maximum расширения; ln—латентный періодъ.

5) 1 ч. 55'. Раздраженіе симпатическаго токомъ (разстояніе 70 mm.)—расширеніе съ 3 mm. до 7,5 mm. съ тѣми же характерными чертами.

Разсматривая приводимые снимки съ фотограммъ, мы можемъ огмѣтить характерныя черты того и другого расши-

ренія. Расширеніе зрачка вслѣдствіе раздраженія симпатическаго нерва отличается сравнительно короткимъ латентнымъ періодомъ, крутымъ подъемомъ, быстрымъ наступленіемъ максимум'а расширенія. Рефлекторное расширеніе зрачка характеризуется болѣе длиннымъ латентнымъ періодомъ, двойной волной расширенія, при чемъ первичное расширеніе всегда меньше вторичнаго. Вторая волна расширенія обычно наступаетъ по прекращеніи раздраженія. Беллярминовъ утверждаетъ, что вторичное расширеніе слѣдуетъ всегда послѣ предварительнаго суженія, какъ разъ совпадающаго съ концомъ раздраженія.

Но въ нашихъ опытахъ мы по большей части не встрѣчали этого суженія и не рѣдко вторичное расширеніе наблюдали во время самаго раздраженія. Иллюстраціей этого можетъ служить вышеприведенный снимокъ № 1.

Что это повидимому наблюдается часто, показываетъ и фотограмма (№ 2) рефлекторнаго расширенія зрачка, приложенная къ работѣ Браунштейна. Здѣсь второе расширеніе ясно наступило во время самого раздраженія и съ трудомъ можно сказать, что ему предшествовало суженіе.

Установивъ основные типы расширенія зрачка, мы въ первой группѣ опытовъ изучали рефлекторное расширеніе зрачка послѣ перерѣзки симпатическаго нерва или вылушенія симпатическаго узла. Изъ этихъ опытовъ приводимъ нѣкоторые ниже.

Опытъ № 2.

15. I—1904. Бѣлый котъ съ свѣтложелтой радужкой Вѣсъ 4500 гр. Подъ наркозомъ англійской смѣсью произведена трахеотомія, отпрепарованъ п. ischiadicus d.

12 ч. 45' Введено кураре въ v. saphen. $1\frac{1}{2}$ шприца раствора 8:1000. Искусственное дыханіе. Установленъ аппаратъ на правый глазъ. Свѣтовая реакція выражена хорошо на обоихъ. Взять на лигатуру ischiadicus и перерѣзанъ, въ моментъ перерѣзки замѣтное расширеніе зрачковъ и небольшія движенія животнаго. Въ виду этого введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре. Затѣмъ зарегистрировано:

1) 1 ч. 43'. Раздраженіе центрального конца ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 60 mm. (Helmholtz'евская модификація) въ продолженіи 3-хъ секундъ даетъ расширение зрачка съ 5 mm. до 10 mm. съ характерными особенностями рефлекторнаго расширения, при чемъ латентный періодъ равнялся 0,55".

2) 1 ч. 50'. Раздраженіе того же нерва токомъ ббольшей силы (разстояніе 55 mm.) даетъ расширение также съ 5 mm. до 10 mm.

1 ч. 55'. Въ виду нѣкоторыхъ движеній животнаго введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре, а затѣмъ еще 2 раза зарегистрировано рефлекторное расширение.

2 ч. 9'. Перерѣзавъ на шеѣ правый симпатическій, зрачекъ нѣсколько сузился.

3) 2 ч. 15'. Раздраженіе ischiadici токомъ (разстояніе 60 mm.) даетъ расширение съ 4 mm. до 5,5 mm. съ очень вялымъ подъемомъ и возвратомъ, безъ вторичнаго расширения, съ латентнымъ періодомъ равнымъ 0,7" (см. рис. № 3).

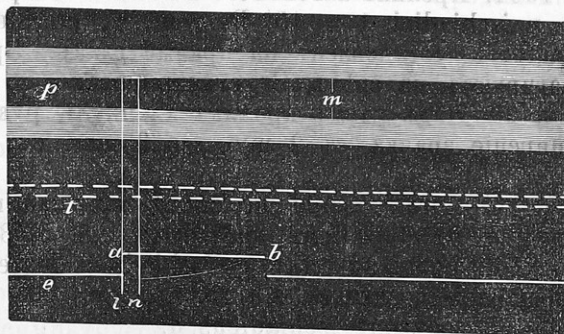


Рис. № 3. Зрачекъ послѣ перерѣзки симпатическаго нерва (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія n. ischiadici; in—латентный періодъ; m—maximum расширения.

4) 2 ч. 18'. Раздраженіе ischiadici токомъ въ теченіи 4" при разстояніи 50 mm. даетъ расширение того же типа съ 4 mm. до 7,5 mm. въ латентнымъ періодомъ въ 0,9" и съ очень медленнымъ возвратомъ—зрачекъ вернулся въ прежней своей ширинѣ спустя 18" послѣ раздраженія.

Сдѣланъ перерывъ на 10 минутъ; за это время зрачекъ сузился до 3 mm.

5) 2 ч. 29'. Раздражение n. ischiadici токомъ (50 mm.)—расширение съ 3 mm. до 4,5 mm. съ латентнымъ періодомъ 0,8". Продолжительность раздраженія 5 секундъ.

Изъ разсмотрѣнія полученныхъ въ этомъ опытѣ фотографмъ можно отмѣтить отличительныя черты расширенія зрачка при раздраженіи чувствительнаго нерва послѣ перерѣзки симпатическаго нерва. Такое расширение зрачка характеризуется болѣе длиннымъ латентнымъ періодомъ, медленнымъ наступленіемъ maximum'a расширения, меньшей величиной расширения, отсутствіемъ двойного расширения и медленнымъ возвратомъ къ нормѣ.

Опытъ №. 3.

18. I. 1904. Кроликъ-альбиносъ. Вѣсъ 1450. Трахеотомія, открыты n. n. ischiadici. 1 ч. 15' Введено $\frac{1}{2}$ шприца кураре 0,8%. Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Зрачки оба хорошо реагируютъ на свѣтъ. Зарегистрировано:

1) 2 ч. 20' Надъ ухомъ кролика хлопнули руками—быстрое расширение зрачка съ 2 mm. до 3 mm. съ быстрымъ возвратомъ.

2) 2 ч. 25' Поглаживаніе по спинѣ кролика нѣсколько разъ отмѣчается расширеніемъ зрачка съ 2,5 до 3,5 mm.

3) 2 ч. 32'. Взять на лигатуру ischiadicus dexter и перевязанъ—расширение зрачка съ 2,5 до 3,5 mm.

2 ч. 43'. Перерѣзанъ ischiadicus d.

4) 2 ч. 47' Раздражение центрального конца ischiadici токомъ (65 mm.)—едва ошутимомъ на языкѣ (Helmholtz'евская модификація)—эффектъ на зрачкѣ очень слабый.

5) 2 ч. 54'. Раздражение токомъ (разст.=50 mm.) расширение зрачка съ 2 mm. до 3,75 mm. съ латентнымъ періодомъ въ 1,2", двойное расширение, при чемъ maximum расширения долго спустя по окончаніи раздраженія (на 7 секундъ). Продолжительность раздраженія—6 сек.

6) 2 ч. 59' Повторено раздраженіе токомъ (45 mm.) въ теченіе 5 сек.—расширение зрачка съ 2,25 mm. до 4,5 mm. съ латентнымъ періодомъ равнымъ 1,0 сек., съ двойнымъ расши-

реніемъ, maximum расширенія на 9 сек. послѣ начала раздраженія. (см. рис. № 4).

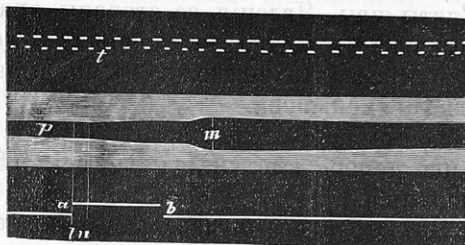


Рис. № 4. Зрачокъ кролика p, t—время—секунды; e—отмѣтчикъ раздраженія m—maximum расширенія; l.p.—латентный періодъ; a.b.—начало и конецъ раздраженія центрального конца n. ischiadici.

3 ч. 5'. Перерѣзанъ правый симпатическій нервъ на шеѣ и аппаратъ снова установленъ на правый глазъ.

7) 3 ч. 15'. Раздраженіе n. ischiadici токомъ (45 mm.) даетъ очень вялое расширеніе зрачка съ 2 mm. до 2,75, латентный періодъ 1,5'', расширеніе съ одной волной. Продолжительность раздраженія 6 сек.

Этотъ опытъ позволяетъ установить, что у кролика рефлекторное расширеніе зрачка характеризуется тѣми же чертами, какъ и у кошки. Испробованныя въ опытѣ тактильныя, механическія раздраженія, а также и психическія вліянія (испугъ) вызывали расширеніе зрачка, правда болѣе, слабое, чѣмъ при раздраженіи токомъ средней силы ствола n. ischiadici. Перерѣзка симпатическаго не уничтожила эффектъ на соответствующемъ зрачкѣ, но значительно ослабила его, совершенно измѣнивъ типъ расширенія.

Опытъ №. 4.

Сѣрый котъ съ желтой радужкой. Вѣсъ 2700 гр.
10/xii 1903. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ былъ вылу-
щенъ правый верхній симпатическій узелъ по обычному типу.
Вскорѣ за операціей суженіе правого зрачка, выдвиганіе
3-го вѣка, уменьшеніе глазной щели.

12/xii. Явленія паралича симпатическаго рѣзко выражены. Рана заживаетъ нормально.

15/xii. Сняты швы. Явленія со стороны зрачковъ на правой сторонѣ выражены въ той же степени, 3-е вѣко, какъ будто выдвинуто нѣсколько менѣе, чѣмъ въ первые дни, глазная щель немного уменьшена.

20/xii. Зрачекъ держится нѣсколько уже лѣваго, 3-е вѣко несомнѣнно теперь выступаетъ менѣе, чѣмъ непосредственно за операцией.

2/i.1904. Зрачекъ праваго глаза, когда свѣтъ направляется одновременно въ оба глаза, держится уже, чѣмъ на лѣвой сторонѣ; 3-е вѣко выдвинуто мало. Животное приготовлено къ опыту. Подъ наркозомъ животное было привязано; наблюдая за состояніемъ зрачковъ во время привязки, замѣчаемъ, что на сторонѣ, гдѣ нѣтъ узла, зрачекъ очень широкъ, замѣтно шире, чѣмъ на сторонѣ здоровой, выступанія 3-го вѣка совершенно не замѣтно. Трахеотомія. Открытъ п. ischiadicus d. Въ 1 ч. 40' введено 1 шприцъ кураре 0,8%. Искусственное дыханіе.

По наступленіи иммобилизаціи животнаго зрачки оба сдѣлались уже; реагируютъ на свѣтъ, но при этомъ правый несомнѣнно по ширинѣ превосходитъ лѣвый зрачекъ.

Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Во время установки въ виду движеній животнаго пришлось съ промежутками ввести еще 1½ шприца кураре. Приступлено къ регистраціи:

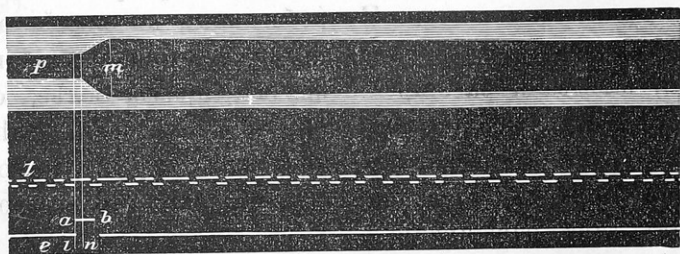


Рис. № 5. Зрачекъ кошки послѣ вылушенія шейнаго узла (р); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія п. ischiadici; ln.—латентный періодъ.

1) 2 ч. 16'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 50 mm. (на языкъ слабо болѣзненный эффектъ—Helmholtz'евская модификація) даетъ расширеніе праваго зрачка

съ 3,25 mm. до 8 mm., съ латентнымъ періодомъ равнымъ 0,3", быстрымъ наступленіемъ maximum'a, безъ вторичной волны, съ весьма медленнымъ и несовершеннымъ возвратомъ. (см. рис. № 5).

2) 2 ч. 21'. Раздраженіе ischiadici токомъ (разст. 50 mm.) снова даетъ расширеніе такое же быстрое съ 5 mm. до 8 mm. Послѣ этого раздраженія зрачекъ не вернулся къ прежней ширинѣ, оставаясь во все время опыта широкимъ.

Далѣе была сдѣлана другая операція на противоположной сторонѣ, о чемъ скажемъ въ другомъ мѣстѣ (см. опытъ № 18).

Приведенный опытъ является въ нашихъ наблюденіяхъ однимъ изъ первыхъ, гдѣ мы столкнулись съ такъ называемымъ парадоксальнымъ расширеніемъ зрачка на сторонѣ, гдѣ вылуценъ былъ симпатическій узелъ за 23 дня; о сущности этого явленія будетъ рѣчь ниже. Здѣсь отмѣтимъ только, что первое же раздраженіе n. ischiadici токомъ средней силы вызвало очень быстрый и крутой подъемъ волны расширенія, похожій на подъемъ при прямомъ расширеніи—съ симпатического нерва, отличающійся отъ послѣдняго весьма медленнымъ и несовершеннымъ возвратомъ къ первоначальной ширинѣ.

Опытъ №. 5.

Кошка бѣлая съ желтой радужкой, вѣсъ 1500 гр.

9/хп 1903. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ было сдѣлано вылученіе верхняго шейнаго ганглія на правой сторонѣ. Непосредственно послѣ операціи всѣ явленія паралича симпатического на лицо—при одновременномъ освѣщеніи обоихъ глазъ зрачекъ на правой сторонѣ нѣсколько уже, чѣмъ на лѣвой, 3-е вѣко выдвинуто, глазная щель уменьшена.

11/хп. Рана заживаетъ per primam. Со стороны правого глаза явленія тѣже, что и въ первый день послѣ операціи.

15. Idem.

Повторяя через 2—3 дня изслѣдованіе и далѣе, находимъ одни и тѣ же явленія со стороны зрачка и состоянія вѣкъ правого глаза.

31/хп. Кошка приготовлена къ опыту. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ животное привязано. Затѣмъ сдѣлана трахеотомія, открытъ *ischiadicus dex.* и *v. saphena s.* Когда животное было привязано, обнаружено, что зрачекъ правый держится шире лѣваго, но оба реагируютъ на свѣтъ, причемъ на правомъ реакція какъ прямая, такъ и сочувственная болѣе вялая, чѣмъ на лѣвомъ; выступавшее до опыта 3-е вѣко на правомъ ушло, глазъ сильно открытъ.

1 ч. 10'. Введенъ одинъ шприцъ кураре 0,8% раствора. Искусственное дыханіе. Аппаратъ установленъ на правый глазъ, гдѣ зрачекъ теперь (1 ч. 45') сталъ широкимъ (8 mm.) и совершенно неподвижнымъ на свѣтъ, лѣвый зрачекъ въ тоже время на диффузномъ свѣтѣ держится равнымъ 5 mm. и на яркій свѣтъ реагируетъ. Зарегистрировано.

1) 2 ч. 3'. Раздраженіе *ischiadici dex.* токомъ при разстояніи 50 mm. (Helmholtz'евская модификація) въ теченіе 17 сек. остается совершенно безъ результата—зрачекъ держится все время равнымъ 8 mm., нисколько не измѣняя своей ширины (см. рис. № 6).

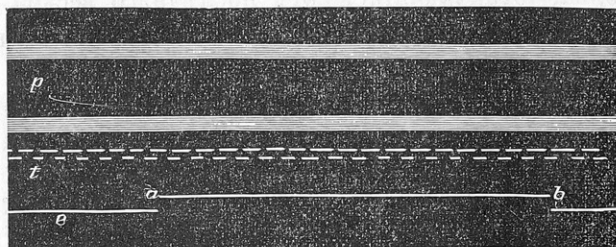


Рис. 6. Зрачекъ кошки послѣ вылушенія шейнаго симпатическаго узла (p); t—отмѣтчикъ времени; e—раздраженіе; ab—начало и конецъ раздраженія *n. ischiadici*.

2) 2 ч. 10'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (40 mm. разст.)—отрицательный эффектъ.

3) 2 ч. 15'. Раздраженіе ischiadici (20 mm.)—также отрицательный эффектъ.

Аппаратъ переставленъ на лѣвый глазъ.

4) 2 ч. 35'. Раздраженіе ischiadici dextri въ теченіе 6 сек. токомъ (50 mm.) даетъ расширеніе съ 3 mm. до 5,5 mm. съ характерными особенностями рефлекторнаго расширенія.

5) 2 ч. 43'. Раздраженіе ischiadici токомъ (40 mm.) даетъ тотъ же эффектъ. Животное обнаруживаетъ движенія, введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

Перерѣзанъ лѣвый симпатическій нервъ на шеѣ и зарегистрировано:

6) 2 ч. 52'. Раздраженіе n. ischiadici токомъ (45 mm.) даетъ очень медленное расширеніе зрачка съ 2,5 до 3,75; продолжительность раздраженія 7 сек.; maximum расширенія падаетъ на 11 секунду послѣ начала раздраженія.

Испробовано еще 2 раздраженія токами болѣе сильными, получено въ тѣхъ же приблизительно границахъ расширеніе. Зрачекъ при послѣднихъ 2 раздраженіяхъ не регистрировался, такъ какъ кончилась пленка.

Въ этомъ опытѣ нами зарегистрировано состояніе зрачка, получившееся у кошки при кураризаціи на сторонѣ, гдѣ вылученъ былъ за 22 дня до опыта верхній шейный симпатическій узелъ. Какъ видно изъ приведеннаго снимка съ фотографии, зрачекъ оперированной стороны расширился, когда животное было привязано и кураризовано, до 8 mm. въ ширину и при послѣдующемъ раздраженіи чувствительнаго нерва нисколько не измѣнилъ своего поперечника, тогда какъ на сторонѣ здоровой наблюдалась довольно живая свѣтовая реакція и вполне выраженное рефлекторное расширеніе. Въ концѣ опыта былъ перерѣзанъ на лѣвой сторонѣ (здоровой) шейный симпатическій нервъ; эта операція не воспрепятствовала появленію рефлекторнаго расширенія при раздраженіи n. ischiadici, при чемъ фотограмма расширенія получилась обычнаго типа расширенія послѣ перерѣзки симпатическаго.

Опытъ № 6.

Котъ сѣрый съ темно-желтой радужкой. Вѣсъ 3000 гр. 8/1 1904. Сдѣлана *extirpatio gangl. cervic. super. dextr.* по обычному типу подъ смѣшаннымъ наркозомъ. Вслѣдъ за операціей отмѣчены обычные симптомы паралича симпатическаго на правомъ глазѣ—суженіе зрачка, выступаніе 3-го вѣка, суженіе глазной щели. Изслѣдованіе за 3 недѣли наблюденія животнаго не давало что либо новаго въ состояніи глаза оперированной стороны—всѣ явленія держались въ одинаковой степени выраженными, только въ положеніи 3 го вѣка замѣчено измѣненіе къ концу наблюденія—выступаніе его стало меньше, чѣмъ было въ первое время послѣ операціи.

31/1. Произведено въ послѣдній разъ изслѣдованіе, при чемъ снова констатировано, что зрачекъ оперированной стороны при разсѣянномъ освѣщеніи обоихъ глазъ за-разъ держится уже зрачка лѣвой стороны; при освѣщеніи каждаго глаза въ отдѣльности концентрическимъ свѣтомъ при помощи рефлектора наблюдается максимальное суженіе въ томъ и другомъ. При тактильныхъ и болевыхъ раздраженіяхъ правый зрачекъ реагируетъ очень вяло и мало, тогда какъ лѣвый отвѣчаетъ на такіа раздраженія кратковременнымъ и сильнымъ расширеніемъ.

Животное приготовлено къ опыту. При привязываніи кошки бросается въ глаза несомнѣнная разница въ состояніи зрачковъ той и другой стороны—правый зрачекъ больше средней ширины и очень вяло реагируетъ на свѣтъ, при чемъ міозъ не достигаетъ максимальнаго, зрачекъ лѣвой стороны суживается на свѣтъ почти въ щель, 3-е вѣко не видно, глазная щель очень раскрыта. Сдѣлана подъ наркозомъ трахеотомія, открытъ *ischiadicus d.*

5 ч. Введено раствора кураре 0,8% — 1½ шприца. Искусственное дыханіе. Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Снято:

1) 5 ч. 36' дня. Раздраженіе *ischiadici d.* при разстояніи спиралей 110 mm. (обыкновенная модификація)—расширеніе зрачка съ 5,0 mm. до 6,75 mm. съ латентнымъ періодомъ = 0,6 сек. maximum расширенія черезъ 3 сек., продолжительность раздраженія 6 сек. (см. рис. № 7).

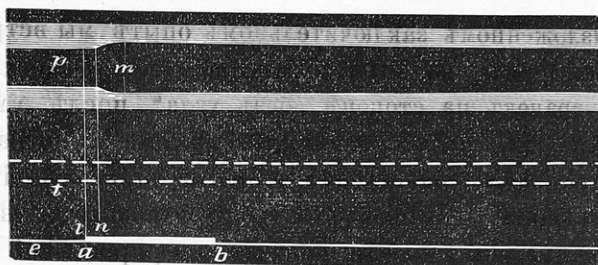


Рис. 7. Р—Зрачекъ послѣ вылуценія шейнаго симпатическаго узла; t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія n. ischiadici; ln—латентный періодъ; m—maximum расширенія.

2) 5 ч. 39'—Idem.

3) 5 ч. 44'. Раздраженіе ischiadici токомъ (100 mm.) даетъ расширеніе 6 mm. до 7,0 mm. такого же типа, какъ и при первыхъ двухъ раздраженіяхъ.

Съ одинаковымъ эффектомъ повторены еще 2 раздраженія. Аппаратъ переставленъ на лѣвый глазъ, гдѣ замѣчается очень живая свѣтовая реакція. Зарегистрировано.

4) 6 ч. 5'. Раздраженіе ischiadici d. токомъ (110 mm.) въ теченіе 4,5 сек. расширеніе зрачка съ 2,75 mm. до 5 mm. съ характерными чертами рефлекторнаго расширенія (см. рис. № 8).

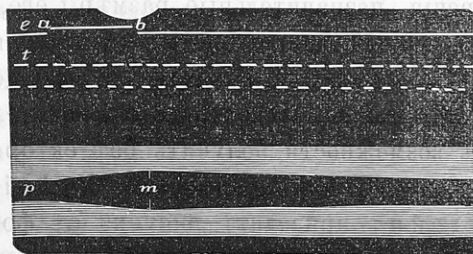


Рис. 8. Зрачекъ кошки послѣ перерѣзки n. ischiadici (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; a b.—начало и конецъ раздраженія центрального конца n. ischiadici.

5) 6 ч. 13'. Раздраженіе n. ischiadici токомъ (р. с. = 100 mm.) даетъ расширеніе отъ 3 mm. до 5,25 mm. того же типа.

Въ изложенномъ заключительномъ опытѣ мы встрѣчаемся съ явленіемъ, которое было отмѣчено уже въ предыдущихъ опытахъ—зрачекъ на сторонѣ „безъ узла“ послѣ умѣренной дозы кураре, достаточной для иммобилизаціи животнаго, держится шире, чѣмъ на сторонѣ здоровой при условіи одинаковаго освѣщенія свѣтомъ отъ электрическаго фонаря. На чувствительныя раздраженія зрачекъ оперированной стороны довольно энергично расширяется, достигая въ своихъ размѣрахъ болѣе широкой ширины, чѣмъ противоположный.

Приведенными опытами мы имѣли возможность убѣдиться, что перерѣзка симпатическаго нерва на шеѣ, какъ давно уже доказано, не препятствуетъ проявленію рефлекторнаго расширенія зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ. Фотографическая регистрація позволила Беллярминову и Браунштейну отмѣтить характерныя черты такого расширенія. Представленный нами снимокъ (№ 3) съ фотограммы отмѣчаетъ также эти типичныя черты—медленное нарастаніе волны расширенія, незначительные размѣры его, постепенный возвратъ къ прежней ширинѣ—все это вполне отчетливо видно на рисункѣ. Равнымъ образомъ и вылушеніе симпатическаго узла, сдѣланное за долго до заключительнаго опыта, не исключаетъ возможности получить рефлекторное расширеніе, что видѣли еще Навалихинъ, Vulpian и многіе др. Браунштейнъ приводитъ рисунки съ фотограммъ такого расширенія, подчеркивая, что рефлекторное расширеніе зрачка на сторонѣ „безъ узла“ отличается болѣе длиннымъ латентнымъ періодомъ, меньшей величиной расширенія и болѣе позднимъ наступленіемъ maximum'a, чѣмъ рефлекторное расширеніе послѣ перерѣзки симпатическаго нерва.

Не имѣя цѣлью всесторонняго изученія рефлекторнаго расширенія послѣ вылушенія симпатическаго узла, мы поставили только 3 спеціальныхъ опыта на кошкахъ, у которыхъ

была сдѣлана операція вылущенія за 21—23 дня до заключительнаго опыта. Паралитическія явленія послѣ вылущенія узла во всѣхъ трехъ случаяхъ держались приблизительно въ одинаковой степени за все время наблюденія оперированныхъ животныхъ, только въ состояніи 3-го вѣка было отмѣчено ослабленіе эффекта операціи спустя нѣсколько дней послѣ нея. Но въ окончательныхъ опытахъ мы встрѣтились съ особенностями въ явленіяхъ со стороны оперированнаго глаза, которыя требуютъ иного толкованія, чѣмъ дается обычно наблюдающимся послѣ вылущенія узла.

Какъ уже отмѣчено въ протоколахъ опытовъ (№ 4, 5 и 6), во всѣхъ трехъ случаяхъ привязываніе животнаго въ наркозѣ и безъ наркоза (№ 6) вызвало расширеніе обоихъ зрачковъ, при чемъ на сторонѣ операціи это расширеніе было много значительнѣе, чѣмъ на сторонѣ здоровой. Расширеніе зрачка во всѣхъ опытахъ сопровождалось ухожденіемъ 3-го вѣка и раскрытіемъ щели вѣкъ. При послѣдующей кураризаціи въ одномъ случаѣ (№ 4), когда наступила неподвижность животнаго, зрачки оба сдѣлались уже и стали реагировать на свѣтъ, въ другомъ (№ 5) при наступленіи иммобилизаціи зрачекъ оперированной стороны почти максимально расширился и остался такимъ за все время наблюденія; въ третьемъ (№ 6) послѣ кураризаціи зрачекъ стороны „безъ узла“ оказался шире стороны противоположной. Примѣненіе электрическаго раздраженія *n. ischiadici* дало въ первомъ случаѣ очень энергичное, большое расширеніе съ весьма медленнымъ и не полнымъ возвратомъ, во второмъ осталось, какъ уже сказано, безъ результата, а въ третьемъ вызвало расширеніе умѣренное, но во всякомъ случаѣ превосходящее по своимъ размѣрамъ рефлекторное расширеніе зрачка здороваго глаза.

Въ литературѣ не разъ указывалось на такое удивительное по своей парадоксальности явленіе,—какъ бы возстановленіе функцій нерва, несомнѣнно дегенерированнаго.

Еще Budge (l. c.) наблюдалъ, что суженіе зрачка послѣ вылуценія узла со временемъ проходить и зрачекъ дѣлается шире на оперированной сторонѣ. Названный авторъ объяснилъ это явленіе предположеніемъ, что по мѣрѣ дегенераціи симпатическихъ волоконъ и ослабленія противодѣйствія со стороны дилатора сфинктеру, слабѣетъ въ своей силѣ и этотъ послѣдній, т. е. смотритъ на это расширение, какъ на своего рода „atrophia ex anopsia“. Surminsky¹⁾ наблюдалъ тоже самое явленіе, но объяснить его съ точки зрѣнія Budge не нашелъ возможнымъ. По его мнѣнію, выступающее послѣ вылуценія узла расширение зрачка обусловливается атрофическимъ стягиваніемъ сосудовъ радужки, лишенныхъ своей иннерваціи со стороны симпатическаго нерва, такъ какъ и видимые сосуды уха на сторонѣ вылуценія узла постепенно суживаются, по мѣрѣ дегенераціи снабжающихъ ихъ нервовъ. Tuwim*), Hurwitz*) и Bessau*), видѣвшіе въ своихъ наблюденіяхъ рассматриваемое явленіе, склоняются къ признанію предположеній Budge.

Проф. Н. О. Ковалевскій въ работѣ объ иннерваціи расширенія зрачка коснулся и о причинахъ указаннаго расширенія. Въ его послѣднемъ опытѣ (№ 17), гдѣ на одной сторонѣ у котенка былъ вылуценъ симпатическій узелъ, на другой (лѣвой) перерѣзанъ симпатическій нервъ, зрачки за 13 дней наблюденія держались суженными, при чемъ въ началѣ суженіе было выражено болѣе на сторонѣ безъ узла, а затѣмъ зрачекъ этой стороны сталъ нѣсколько шире противоположнаго. Въ заключительномъ опытѣ, когда животное было подѣ хлороформомъ привязано, выступила рѣзкая разница между обоими глазами—правый зрачекъ стороны безъ узла сдѣлался значительно шире лѣваго, правый глазъ болѣе открылся и 3-е вѣко его болѣе ушло назадъ, чѣмъ слѣва.

¹⁾ Surminsky. Ueber die Wirkungsweise des Nicotin und Atropin auf das Gefässnervensystem. Zeitschrift f. rationelle Medicin. Bd. XXXVI. 1869.

*) l. c.

При послѣдующей кураризаціи зрачки оба расширились, но зрачекъ на сторонѣ экстирпаціи сильнѣе, чѣмъ на сторонѣ гдѣ только перерѣзанъ симпатическій. Раздраженіе чувствительнаго нерва вызвало расширение максимальное зрачка стороны безъ узла и почти максимальное на противоположной; кромѣ того на томъ и другомъ глазѣ въ то же время отмѣчено ухиженіе 3-го вѣка. Въ толкованіи полученныхъ явленій проф. Ковалевскій не сходится съ прежними авторами, а предлагаетъ слѣдующую гипотезу: верхній шейный узелъ служить мѣстомъ не только для тоническихъ, но и для антагонистическихъ, задерживающихъ вліяній на тотъ механизмъ, который участвуетъ въ расширеніи зрачка; устраненіе этого узла измѣняетъ количественное отношеніе этихъ противоположныхъ вліяній сравнительно съ дѣйствіемъ простой перерѣзки волоконъ, приходящихъ къ узлу изъ спинного мозга.

Браунштейнъ (1. с.), встрѣтивъ это явленіе, правда въ его случаяхъ очень слабо выраженное, даетъ ему такое объясненіе. По его мнѣнію, послѣ перерыва всѣхъ расширителей зрачка [вслѣдствіе экстирпаціи узла „прекращается дѣятельность центровъ, заставляющихъ активнымъ расширеніемъ зрачка, выступаетъ перевѣсъ дѣйствія сфинктера радужной оболочки, но черезъ нѣкоторое время это разстройство въ механизмѣ движенія зрачка начинаетъ выравниваться вслѣдствіе болѣе усиленной дѣятельности центровъ, заставляющихъ пассивнымъ расширеніемъ и заложенныхъ въ коркѣ. Происходитъ такимъ образомъ, говоритъ авторъ, нѣкотораго рода компенсація, которая, развиваясь постепенно, можетъ не только сгладить эффектъ экстирпаціи узла, но даже вызвать перевѣсъ въ противоположную сторону, т. е. расширение зрачка вслѣдствіе все болѣе увеличивающагося тонуса этихъ задерживающихъ центровъ“. Вліяніе кураре, атропина, хлороформа на зрачекъ послѣ экстирпаціи узла Браунштейнъ объясняетъ тѣмъ, что „эти яды, ослабляя дѣятельность сфинктера, способствуютъ, такимъ образомъ, проявленію на этой сторонѣ задерживающаго вліянія корковыхъ

центровъ, тонусъ которыхъ уже до этого былъ повышенъ“ (стр. 181). Другое толкованіе встрѣчается со стороны новаго изслѣдователя этого вопроса Langendorff¹⁾. Послѣдній, изучивъ съ разныхъ сторонъ разбираемое явленіе, которому онъ далъ имя „парадоксальнаго“ расширенія зрачка, установилъ, при какихъ условіяхъ оно наилучше всего можетъ быть наблюдаемо. Оказывается, что наркозъ (хлороформъ, эфиръ и т. п.) особенно замѣтнымъ образомъ вызываетъ расширеніе зрачка послѣ вылушенія узла, при чемъ автору удалось констатировать это явленіе, какъ въ первые дни послѣ операціи, такъ и спустя многіе мѣсяцы послѣ нея. Кромѣ наркоза, по наблюденіямъ Langendorff²⁾, парадоксальное расширеніе зрачка вызывается dyspnое, подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій, психическихъ аффектовъ. Считаая приводимыя раньше его гипотезы о причинахъ парадоксальнаго расширенія неудовлетворительными, Langendorff, съ своей стороны, находитъ возможнымъ объяснить это явленіе предположеніемъ, что вслѣдствіе дегенераціи симпатическихъ волоконъ послѣ вылушенія узла развивается особаго рода ирритативный процессъ, который приводитъ въ состояніе контрактуры дилататоръ; всѣ условія при которыхъ понижается тонусъ сфинктера, согласно этому предположенію, способствуютъ проявленію сокращенія радіальныхъ волоконъ зрачка.

Въ томъ же году противъ приведенной гипотезы Langendorff³⁾ выступилъ Lewinsohn²⁾. Въ краткомъ литературномъ очеркѣ своей работы онъ указываетъ, что раньше Langendorff³⁾ расширеніе зрачка послѣ вылушенія узла объяснял ирритативнымъ процессомъ въ перерождающихся волокнахъ расширителей Røebrek³⁾. Послѣдній авторъ

¹⁾ Langendorff. «Ueber die Beziehungen des oberen sympathischen Halsganglions u. s. w.»—Klin. Monatsblätt. f. Augenh. XXXVIII. 1900. S. 129.

²⁾ Lewinsohn. Ueber den Einfluss der Lähmung eines Irismuskels auf seinen Antagonisten. Klin. Monatsblätt. f. Augenh. XXXVIII S. 1900.

³⁾ Røebrek. Het ganglion supremum colli nervi sympathici. Utrecht. 1895. Цит. по Lewinsohn'y.

допускаетъ, что процессъ раздраженія, вызванный дегенераціей симпатическихъ волоконъ, наблюдается не только на оперированной сторонѣ, но рефлекторно черезъ спинной мозгъ передается и на здоровую сторону. *Lewinsohn* категорически отрицаетъ возможность, чтобы этотъ процессъ раздраженія могъ существовать цѣлые мѣсяцы послѣ операции, какъ это утверждаетъ *Langendorff*. На основаніи своихъ наблюденій *Lewinsohn* склоняется признать болѣе правильнымъ толкованіе *Budge*. Правда, его доказательства въ этой работѣ сводятся къ одному клиническому, весьма путанному наблюденію. Анатомическое изслѣдованіе сфинктера, ослабленію котораго онъ думалъ приписать парадоксальное расширение зрачка, не дало ничего положительнаго для выводовъ автора. На указанныя сомнѣнія *Lewinsohn*'а въ возможности существованія контрактуры дилатора продолжительное время, *Langendorff* въ появившейся вскорѣ замѣткѣ¹⁾ приводитъ аналогичныя наблюденія авторовъ надъ другими органами.

Новый путь въ объясненіи парадоксальнаго расширения зрачка указываетъ *Lewandowsky*²⁾, работа котораго появилась въ концѣ 1900 года. Придавая важное значеніе наблюденіямъ автора въ этомъ вопросѣ, мы позволимъ себѣ привести его трудъ болѣе подробно. *Lewandowsky* принимаетъ, что гладкая мускулатура глаза и вѣкъ, снабжаемая симпатическимъ нервомъ, обладаетъ автоматіей, понимая подъ послѣдней способность мышцъ приходить самостоятельно подъ вліяніемъ раздраженія самой кровью („Blutreiz“) въ дѣятельное состояніе. Демонстрировать автоматическую способность указанныхъ мышцъ, по словамъ автора, можно легко,

¹⁾ *Langendorff*. Zur Deutung der «paradoxen» Pupillenweiterung. Klinische Monatsblätt. f. Augenh. Bd. XXXVIII.—1900. S. 823.

²⁾ *Lewandowsky*. Ueber die Automatie des sympathischen Systems nach am Auge angestellten Beobachtungen. Sitzungsberichte d. Königlich. Preuss. Akademie d. Wissensch. zu Berlin. 1900, 2.

если прекратить на некоторое время искусственное дыхание у кураризированного животного (въ его опытахъ—исключительно кошки). Спустя $\frac{1}{4}$ —2 мин. послѣ закрытія дыхательной трубки выступаютъ извѣстные явленія—расширеніе зрачковъ, оттягиваніе 3-го вѣка, открываніе вѣкъ и некоторое выпячиваніе глаза. Среди этихъ симптомовъ раздраженія мышцъ, иннервируемыхъ симпатическимъ, авторъ останавливаетъ особенное вниманіе на движеніяхъ вѣкъ, такъ какъ они могутъ быть отнесены исключительно на сокращеніе мышцъ, тогда какъ расширеніе зрачка можетъ толковаться и какъ результатъ сокращенія дилатора, такъ и расслабленія сфинктера. Первое, думаетъ авторъ, во всякомъ случаѣ болѣе допустимо, чѣмъ второе. Перерѣзка симпатическаго нерва, т. е. исключеніе 1-го нерона расширителей зрачка (первый нервонъ, по автору, начинается въ *med. oblong.* или *centr. ciliospin. inf.* и оканчивается въ *gangl. cervic. sup.*, второй нервонъ отъ *gangl. cervic. sup.* до гладкихъ мышцъ глаза) въ большинствѣ случаевъ препятствуетъ проявленію сокращенія мышцъ вѣкъ при этихъ условіяхъ (*dyspnoe*), но расширеніе зрачка наблюдается. Последнее авторъ считаетъ возможнымъ здѣсь толковать, какъ результатъ расслабленія сфинктера, а не сокращенія дилатора, такъ какъ и другія мышцы, иннервируемыя симпатическимъ, въ это время также не сокращаются.

Но такое состояніе невозбудимости гладкой мускулатуры на раздраженіе кровью, говоритъ авторъ, существуетъ не долго и обычно спустя 24 часа послѣ операціи ему удавалось при *dyspnoe* видѣть явленія сокращенія указанныхъ мышцъ вѣкъ; въ дальнейшемъ, чѣмъ болѣе прошло времени со дня операціи, тѣмъ нагляднѣе выступаютъ эти явленія. Желая опредѣлить, гдѣ же мѣсто воздѣйствія со стороны крови послѣ перерѣзки симпатическаго на гладкую мускулатуру, въ шейномъ ли ганглии, оставшимся въ связи съ мышцами, или на периферіи, — авторъ къ перерѣзкѣ симпатическаго присоединилъ и вылушеніе узла. Оказалось, что автоматическая возбудимость мышцъ послѣ такой операціи нисколько не уменьшилась, а

напротивъ возросла; то же самое показало и сравненіе состоянія зрачка и мышцъ при dyspное послѣ перерѣзки симпатическаго нерва на одной сторонѣ и вылущенія узла на другой—на сторонѣ „безъ узла“ явленія автоматіи были выражены значительно рѣзче, чѣмъ на сторонѣ простой перерѣзки симпатическаго нерва. Эти наблюденія позволили Lewandowsk'ому заключить, что, въ 1-хъ, выступающее послѣ перерѣзки симпатическаго нерва сокращеніе мышцъ происходитъ подѣ влияніемъ периферическаго раздраженія и, во 2-хъ, цѣлость симпатическаго узла создаетъ условія, препятствующія проявленію автоматической способности этихъ мышцъ. Наблюдая далѣе явленія автоматіи послѣ вылущенія узла и спустя такіе сроки, когда произошла полная дегенерация симпатическихъ волоконъ, авторъ рѣшаетъ, что диспноэтическая кровь вызываетъ сокращеніе гладкой мускулатуры глаза и вѣѣтъ, раздражая непосредственно мышцы, а не нервные окончанія. Съ точки зрѣнія такихъ наблюденій Lewandowsk'y считаетъ возможнымъ подойти къ объясненію и наблюдающагося ослабленія паралитическихъ явленій послѣ вылущенія симпатическаго узла. Это явленіе, говоритъ авторъ, можетъ быть удовлетворительно объяснено, если предположить, что не только не нормальное и при извѣстныхъ обстоятельствахъ максимально повышенное раздраженіе со стороны крови оказываетъ влияние на гладкую мускулатуру, но въ томъ же смыслѣ дѣятеленъ и нормальный составъ крови. Подобное толкованіе автоматіи гладкой мускулатуры глаза и вѣѣтъ сближаетъ это явленіе съ автоматіей дыхательнаго центра,—тамъ дѣло идетъ о ритмическомъ сокращеніи мышцъ, а въ гладкихъ мышцахъ глаза выступаетъ тоническое сокращеніе.

Lewinsohn¹⁾ въ новой своей работѣ объ отношеніи симпатическаго нерва къ глазу настаиваетъ на правильности высказаннаго ранѣе взгляда на парадоксальное расширеніе зрачка, какъ результатъ ослабленія тонуса сфинктера при

¹⁾ 1. c. — Graef's Arch. f. Ophth. LV, 1—1902.

параличъ его антагониста и не соглашается съ объясненіемъ, предложеннымъ Lewandowsk'имъ. По его наблюденіямъ, сфинктеръ несомнѣнно ослабѣваетъ въ своей силѣ послѣ вылученія симпатическаго узла или перерѣзки симпатическаго нерва, потому что зрачекъ оперированной стороны не энергично суживается на фیزیологическія раздраженія (при освѣщеніи, конвергенціи и аккомодациі), а также не такъ хорошо дѣйствуютъ на него и міотическія средства, какъ на зрачекъ нормальной стороны. Относительно явленій со стороны другихъ мышцъ глаза, иннервируемыхъ симпатическимъ, въ которыхъ наступаютъ измѣненія при извѣстныхъ условіяхъ на ряду съ расширеніемъ зрачка, авторъ думаетъ объяснить ихъ предположеніемъ, что для каждой изъ этихъ мышцъ существуетъ антагонистъ, который также ослабѣваетъ въ своей силѣ при параличѣ симпатическаго. Такъ, для мышцы оттягивающей 3-е вѣко, иннервируемой симпатическимъ, существуетъ, по его предположенію, мышца, выдвигающая 3-е вѣко и иннервируемая глазодвигательнымъ нервомъ. Антагонистами гладкимъ мышцамъ вѣкъ могутъ выступить orbicularis и levator palpebrae super. Обсуждая вопросъ о парадоксальномъ расширеніи зрачка и сопутствующемъ ему сокращеніи гладкихъ мышцъ подъ вліяніемъ кураре, хлороформа и асфиксіи, Lewinsohn главную роль въ этомъ явленіи относитъ на ослабленіе подъ вліяніемъ кураре и хлороформа антагонистовъ указанныхъ мышцъ, но не отрицаетъ теперь и раздражающаго вліянія со стороны крови на гладкую мускулатуру.

Lewandowsky¹⁾ во второй работѣ по тому же вопросу считаетъ соображенія Lewinsohn'a о существованіи мышцы, выдвигающей 3-е вѣко, совершенно необоснованными, такъ какъ, во первыхъ, такая мышца анатомически не дока-

¹⁾ Lewandowsky. Ueber das Verhalten der glatten Augenmuskeln nach Sympaticusdurchschneidung. Arch. f. Anat. u. Phys. (Phys. Abth.) 1903. Н. 3 и 4.

зана и, во вторыхъ, вполне установлено, что раздраженіе oculomotorii послѣ кураризаціи остается безъ всякаго эффекта на состояніи 3-го вѣка. Ссылаясь на свои наблюденія надъ гладкой мускулатурой вѣкъ, особенно 3-го вѣка, авторъ считаетъ вполне возможнымъ примѣнить объясненіе полученныхъ явленій и къ дилататору зрачка; по его мнѣнію, нѣтъ фактовъ, противорѣчащихъ этому. Съ точки зрѣнія предлагаемаго толкованія можно и объяснить, повторяетъ онъ, произвольное возстановленіе ширины зрачка послѣ перерѣзки симпатическаго resp. вылученія узла, отнеся его на вліяніе естественныхъ раздраженій со стороны крови.

Наконецъ, въ самое послѣднее время—въ концѣ 1903 года—появилась новая работа о парадоксальномъ расширеніи зрачка Anderson'a¹⁾. Послѣдній поставилъ на кошкахъ и кроликахъ цѣлый рядъ опытовъ, результаты которыхъ въ существенномъ сводятся къ слѣдующему. При извѣстныхъ условіяхъ, говоритъ авторъ, мускулы, парализованные удаленіемъ верхняго шейнаго узла, проявляютъ болѣе высокій тонусъ, чѣмъ мускулы контрольной стороны, независимо отъ того, былъ ли на этой сторонѣ перерѣзанъ симпатическій нервъ или нѣтъ. Этотъ эффектъ наблюдался авторомъ, какъ въ первый день послѣ операціи, такъ и болѣе, чѣмъ черезъ годъ. Условіемъ проявленія парадоксальнаго расширенія Anderson считаетъ возбужденіе животнаго, dyspное, анестезію и смерть. Атропинъ не препятствуетъ парадоксальному расширенію зрачка, какъ это показалъ Surminsky, Twim, не препятствуетъ появленію его и eserin. Относительно послѣдняго средства авторъ убѣдился, что у котятъ зрачекъ послѣ мѣстнаго примѣненія eserin'a остается узкимъ до тѣхъ поръ, пока животное спокойно, но легкое dyspное вызываетъ почти максимальное расширеніе зрачка, въ то время какъ на

¹⁾ Anderson. The paralysis of involuntary muscle, with special reference to the occurrence of paradoxical contraction. P. I.—The Journal of Physiology, V. XXX. 3—4. 1903.

контрольной сторонѣ зрачекъ максимально узокъ. Такой же эффектъ получается, когда зрачекъ сильно суженъ отъ яркаго свѣта. На ряду съ парадоксальнымъ расширеніемъ зрачка выступаетъ сокращеніе мышцы, оттягивающей 3-е вѣко и мышцъ, открывающихъ вѣки, особенно замѣтное при глубокой анестезіи или dyspnoe, при чемъ anaesthetica вызываютъ сокращеніе мышцъ не прямымъ дѣйствіемъ на мышцы, а вызывая, по предположенію автора, диспноэтическое состояніе крови. На основаніи всего этого Anderson утверждаетъ, что „парадоксальный эффектъ есть результатъ повышенной возбудимости сократительной ткани на сторонѣ, гдѣ вылученъ ганглій (Lewandowsky)“ (стр. 310). Кромѣ того, парадоксальный эффектъ наблюдается, по опытамъ автора, и послѣ простой перерѣзки симпатическаго нерва, какъ это доказывалъ Lewandowsky, но вызывается онъ значительно труднѣе и въ болѣе слабой степени. Лучшимъ условіемъ наблюденія является dyspnoe. Парадоксальный эффектъ послѣ перерѣзки симпатическаго доказываетъ, по словамъ автора, что ганглій не можетъ подавить автоматической возбудимости сократительной ткани, съ которой онъ остается въ связи. Разсматривая различныя объясненія указаннаго явленія, Anderson примыкаетъ цѣликомъ къ мнѣнію Lewandowsk'аго, что парадоксальный эффектъ обуславливается активной ролью гладкой мускулатуры вѣкъ и глаза.

Переходя теперь къ нашимъ наблюденіямъ, мы въ истолкованіи ихъ считаемъ наиболѣе правильнымъ встать на точку зрѣнія Lewandowsk'аго. Парадоксальный эффектъ, наблюдавшійся во всѣхъ приведенныхъ трехъ случаяхъ не можетъ быть сколько-нибудь удовлетворительно объясненъ иной гипотезой. Сводить расширеніе зрачка, послѣ вылученія ганглія исключительно на ослабленіе сфинктера, какъ полагали прежніе авторы и на чемъ настаиваетъ въ послѣднее время Lewinsohn, согласно нашимъ наблюденіямъ, нельзя, во первыхъ, потому, что въ случаяхъ, гдѣ рѣзко проявилось парадоксальное расширеніе, зрачекъ до опыта на физиологиче-

скія раздраженія (на свѣтъ) реагировать совершенно въ одинаковой степени, какъ нормальный; во вторыхъ, регистрируя указанное расширеніе фотографическимъ методомъ, мы при чувствительныхъ раздраженіяхъ видѣли поразительно быстрое наступленіе *maximum'a* расширенія, съ короткимъ латентнымъ періодомъ, каковое объяснить явленіемъ пассивнаго характера,—вслѣдствіе расслабленія сфинктера, по нашему мнѣнію, очень трудно. Если сравнить фотограммы расширенія зрачка, представленныя Браунштейномъ, какъ типъ расширенія зрачка подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій послѣ вылученія узла или перерѣзки симпатическаго, съ нашей фотограммой, полученной въ опытѣ № 4, то бросается въ глаза разница между той и другой. Расширеніе зрачка, какое наблюдалъ Браунштейнъ послѣ вылученія узла *resp.* послѣ перерѣзки симпатическаго и какое видѣли и мы послѣ перерѣзки симпатическаго въ опытѣ № 2, характеризуется медленнымъ наступленіемъ расширенія, незначительными размѣрами его, тогда какъ здѣсь—при парадоксальномъ расширенія зрачка—зрачекъ расширяется быстро и почти *ad maximum*. Далѣе, съ точки зрѣнія гипотезы Budge нельзя объяснить другія явленія, сопутствующія парадоксальному расширенію со стороны гладкихъ мышцъ вѣкъ, хотя, правда, Lewinsohn'омъ, защитникомъ этой гипотезы, и высказаны предположенія о существованіи антагонистовъ для указанныхъ мышцъ, но такія предположенія, какъ справедливо отмѣтилъ Lewandowsky, не основаны на положительныхъ данныхъ. Гипотеза Браунштейна также не можетъ объяснить всего комплекса парадоксальныхъ явленій послѣ вылученія узла или перерѣзки симпатическаго нерва, такъ какъ она касается только зрачка и все сводитъ на подавленіе дѣятельности *oculomotorii*. Да этой гипотезѣ противорѣчитъ, какъ показали Tuwim, Anderson, наблюденіе, что и въ атрофинизированномъ глазу можетъ проявиться парадоксальное расширеніе зрачка. Что касается объясненія Langendorffa,

то оно не примѣнимо прежде всего потому, что парадоксальный эффектъ наступаетъ не только послѣ вылуценія узла, но и послѣ простой перерѣзки симпатического, что доказываютъ Lew andowsky и Anderson и что мы видѣли въ нѣкоторыхъ опытахъ, ниже помѣщаемыхъ. Кроме того упомянутой гипотезѣ выставляется всѣми авторами возраженіе, что невозможно допустить существованіе въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ послѣ вылуценія узла ирритативнаго процесса, обусловливающаго, по мнѣнію Langendorffa, контрактуру дилатора. Anderson затѣмъ полагаетъ, что объясненіе Langendorffa не выдерживаетъ критики еще потому, что парадоксальное расширеніе лишь крайне рѣдко наступаетъ при такомъ слабомъ освѣщеніи, когда сфинктеръ можетъ считаться совершенно разслабленнымъ.

Въ приведенныхъ нами опытахъ за время наблюденія (21—23 дня) паралитическія явленія со стороны зрачка нисколько не уменьшились въ своей силѣ, только въ состояніи 3-го вѣка произошло измѣненіе—оно спустя нѣкоторое время послѣ операціи стало выступать сравнительно въ меньшей степени, чѣмъ раньше. Парадоксальный эффектъ проявился при сильномъ возбужденіи животнаго, вызванномъ привязываніемъ; на это условіе указываетъ Anderson, какъ на благопріятное для наблюденія парадоксальнаго расширенія. Въ одномъ опытѣ (№ 4) парадоксальное расширеніе и другія сопутствующія ему явленія были замѣчены во время наркоза животнаго (англійская смѣсь) для привязыванія; когда наркозъ прошелъ и введено было кураре, эти явленія ослабли, возстановилась свѣтовая реакція, но первое чувствительное раздраженіе вызвало полную картину парадоксальнаго расширенія. Чувствительныя раздраженія ставятся Langendorffомъ, Lewandowskimъ и Andersonомъ однимъ изъ тѣхъ условій, при которыхъ можно наблюдать парадоксальный эффектъ, но авторы не приводятъ прямыхъ опытовъ, гдѣ были-бы указаны, какого рода и какой силы примѣнялись въ

ихъ случаевъ чувствительныхъ раздраженіи. Роль чувствительныхъ раздраженій въ наблюдаемомъ явленіи съ точки зрѣнія Lewandowsk'аго должна быть, по видимому, понимаема такимъ образомъ, что, благодаря вызываемому черезъ раздраженіе чувствительныхъ нервовъ общесосудистому спазму, измѣняется притокъ крови къ области парализованнаго симпатическаго, измѣняется количественно тотъ раздражитель крови, который, по Lewandowsk'ому, и въ нормальномъ состояніи вызываетъ тоническое сокращеніе гладкой мускулатуры орбиты, находящейся въ состояніи повышенной возбудимости послѣ вылученія симпатическаго узла или перерѣзки симпатическаго нерва. Защитники сосудистой теоріи расширенія зрачка могли бы увидѣть источникъ этого явленія въ сосудистыхъ измѣненіяхъ, происходящихъ подъ вліяніемъ чувствительнаго раздраженія, тѣмъ болѣе, что недавнія наблюденія Bayliss'a¹⁾ доказали, что сосуды области, изолированной отъ сосудистыхъ центровъ, очень ясно реагируютъ на измѣненія общесосудистаго давленія. Но отнести парадоксальное расширеніе зрачка только на результатъ сосудистыхъ измѣненій никоимъ образомъ нельзя, во первыхъ, потому что опытами Langendorff'a установлена независимость состоянія зрачка съ состояніемъ сосудовъ глазъ послѣ вылученія узла, а затѣмъ имъ же и констатировано парадоксальное расширеніе на головѣ отрѣзанной отъ туловища; во 2-хъ допуская вліяніе сосудистыхъ колебаній на парадоксальное расширеніе зрачка, мы не могли бы ими объяснить другихъ явленій, сопутствующихъ этому явленію — раскрытіе глазной щели, ухожденіе 3-го вѣка. Такимъ образомъ, наибольшую вѣроятность за собой въ настоящее время имѣетъ теорія Lewandowsk'аго, развитая и дополненная большимъ количествомъ наблюденій Anderson'a.

¹⁾ Bayliss. Journ. of Phys. XXVI—XXVIII. Реф. Hermann's Jahresbericht за 1901 и 1902.

У кроликовъ мы видѣли проявленіе парадоксальнаго расширенія зрачка только въ одномъ случаѣ послѣ вылушенія узла (см. прот. № 4 перваго отдѣла). Наступало это явленіе при сильнѣйшемъ возбужденіи животнаго подъ вліяніемъ испуга.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Paralysis spinalis spastica.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Новороссійскаго
Университета).

Мм. Гг!

Желая уяснить себѣ какую-либо сложную картину, клиницисты обыкновенно сопоставляютъ ее съ болѣе простою. Но нерѣдко намъ приходится для этой цѣли прибѣгать и какъ разъ къ обратному методу—пользоваться еще болѣе сложнымъ симптомокомплексомъ. Именно такой приѣмъ я позволю себѣ примѣнить, разбирая присутствующаго здѣсь больного.

Сообщу прежде всего въ нѣсколькихъ словахъ его анамнезъ.

Больному въ настоящее время 44 года. Онъ—крестьянинъ, происходитъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ болѣлъ лихорадкой и оспой; будучи уже на военной службѣ, послѣ одного подозрительнаго полового сношенія получилъ какую-то язву на членѣ, которую лѣчилъ самъ „сальной свѣчкой“; черезъ два дня язва безслѣдно исчезла; сыпи послѣ этого больной никогда не наблюдалъ. Въ 1888 году страдалъ ревматизмомъ—сильно ломило ноги. Въ 1896 году на рукахъ и ногахъ появилась мокнущая и очень зудящая сыпь. Настоящее заболѣваніе начинается съ мая 1902-го года, когда постепенно стала развиваться слабость въ нижнихъ

конечностяхъ; одновременно больной началъ испытывать въ ногахъ чувство сильнаго жара, хотя наощупь конечности оставались холодными. Мало-по-малу къ описываемымъ явлениямъ присоединилась тугоподвижность въ мышцахъ ногъ, особенно рѣзкая при началѣ движенія, во время ходьбы ноги передвигались какъ палки; опираться на всю ступню было трудно—пятки не доставали до полу; больной ходилъ поэтому на пальцахъ и часто спотыкался. Кромѣ того въ нижнихъ конечностяхъ, особенно при попыткахъ къ движению, обыкновенно появлялось дрожаніе. Временами, когда больной лежалъ въ постели, ноги его самопроизвольно вытягивались и также начинали дрожать. Разстройствъ мочеиспусканія, дефекаціи и половой способности нашъ пациентъ никакихъ не наблюдалъ и во всемъ остальномъ чувствуетъ себя здоровымъ и крѣпкимъ.

Запасшись такими свѣдѣніями, обратимся теперь къ объективному изслѣдованію.

Вы видите еще молодого, крѣпко сложеннаго субъекта, повидимому, цвѣтущаго здоровья. Со стороны черепныхъ нервовъ самое тщательное изслѣдованіе не открываетъ ничего ненормальнаго. Мускулатура верхнихъ и нижнихъ конечностей развита превосходно; нигдѣ нѣтъ намека на атрофію; тѣмъ не менѣе грубая мышечная сила на рукахъ очевидно понижена, на ногахъ же уменьшена до такой степени, что стоять безъ поддержки больной совершенно не можетъ, хотя лежа и выполняетъ всѣ движенія довольно легко. Мышцы при ощупываніи тверды, ригидны, особенно на ногахъ. Сухожильные рефлексы рѣзко повышены; на нижнихъ конечностяхъ вызывается продолжительный клонусъ стопы и чашечки; симптомъ Бабенскаго выраженъ очень ясно. При пассивныхъ движеніяхъ ощущается значительное сопротивленіе преимущественно со стороны мускулатуры нижнихъ конечностей; въ меньшей степени это явленіе можно констатировать и на верхнихъ. Рѣзкихъ разстройствъ кожной чувствительности нигдѣ не усматривается, но при болѣе внимательномъ из-

слѣдованіи удается доказать, что тактильное чувство на подошвѣ и тылѣ обѣихъ стопъ слегка понижено; подобное же пониженіе наблюдается и относительно болевого, а также температурнаго чувства, только оно охватываетъ большій районъ и доходитъ, начиная съ подошвы, до середины голеней. Повторяю, однако, что нарушенія чувствительности выражены въ крайне незначительной степени; самъ больной на нихъ не указывалъ даже при настойчивыхъ разспросахъ; они были открыты неожиданно для него. Я отмѣчаю эту черту въ виду того, что нашъ паціентъ относится къ себѣ, видимо, съ большимъ вниманіемъ и самъ напримѣръ сообщилъ намъ, что временами чувствуетъ какъ-бы слабое перетягиванія туловища вродѣ узкаго пояса на высотѣ пупка. Ко всему сказанному добавлю, что позвоночникъ на всемъ протяженіи безболѣзненъ и не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы; не замѣчается ихъ также со стороны внутреннихъ органовъ.

Такимъ образомъ, представившаяся намъ клиническая картина сводится къ парализу нижнихъ конечностей, сопровождаемому крайне повышеннымъ мышечнымъ тонусомъ и рѣзкимъ усиленіемъ сухожильныхъ рефлексовъ; какія-либо нарушенія функціи тазовыхъ резервуаровъ въ ней отсутствуютъ; разстройство чувствительности выражено едва замѣтно. Эти, какъ положительные, такъ и отрицательныя черты нашего случая даютъ намъ, казалось бы, полное право поставить здѣсь діагнозъ спастическаго спинно-мозгового паралича.

Въ самомъ дѣлѣ *Erb*, впервые вмѣстѣ съ *Charcot* описавшій paralysis spinalis spastica, даетъ ему слѣдующую характеристику: „клинически болѣзнь обнаруживается постепенно увеличивающимся, медленно снизу вверхъ восходящимъ парезомъ и параличемъ съ напряженіемъ мускуловъ, рефлкторными сокращеніями и контрактурами, съ замѣчательно повышенными сухожильными рефлексами, при полномъ или почти полномъ отсутствіи чувствительныхъ и трофическихъ

разстройствъ, слабости мочевого пузыря и половыхъ органовъ и какихъ-либо разстройствъ головного мозга ¹⁾).

Къ этому описанію *Erb* добавляетъ, что страданіе развивается обыкновенно въ зрѣломъ возрастѣ, отличается поразительно медленнымъ теченіемъ и склонностью къ продолжительнымъ остановкамъ. Что касается сущности его, то, по мнѣнію Гейдельбергскаго профессора, все дѣло сводится къ первичному пораженію боковыхъ столбовъ и именно заднихъ отдѣловъ послѣднихъ.

Какъ Вы видите, характеристика *Erb*'а всецѣло совпадаетъ съ клинической картиной нашего случая. Но нельзя ли ей дать еще и иное толкованіе?

Для того чтобы облегчить отвѣтъ на этотъ вопросъ, позвольте представить Вамъ втораго больного, благодаря счастливой случайности находящагося также въ нашей клиникѣ.

Это—человѣкъ средняго роста, крѣпкаго сложенія, прекраснаго питанія. Сидя онъ производитъ впечатлѣніе вполне здороваго, но заставьте его идти и Вы сразу же замѣтите рѣзко выраженную спастическую походку: больной шатается, такъ что его приходится поддерживать; ноги его вытянуты, какъ палки, едва сгибаются въ сочлененіяхъ, съ трудомъ отдѣляются отъ пола и сильно дрожать, сообщая дрожаніе всему туловищу. Если Вы уложите больного и будете изслѣдовать произвольныя движенія ногъ, то легко убѣдитесь, что онѣ рѣзко ограничены, какъ по объему, такъ и по силѣ. Изслѣдованіе пассивныхъ движеній обнаруживаетъ существованіе значительной ригидности, особенно выраженной въ мышцахъ лѣвой конечности. Сухожильные рефлексы на ногахъ чрезмерно повышены; на обѣихъ сторонахъ легко вызывается продолжительный клонусъ стопы и чашечки. Симптомъ Бабенскаго также на лицо. Въ области верхнихъ конечностей нѣтъ и намека на описанныя выше разстройства.

¹⁾ Болѣзни спинного мозга. 1880 г. Стр. 562 русскаго перевода.

Такимъ образомъ и въ данномъ случаѣ передъ нами характерная картина спастическаго нижняго парапареза со всѣми ея особенностями. Но этой картиной симптомокомплексъ здѣсь далеко не исчерпывается. Всѣ виды кожной чувствительности оказываются замѣтно пониженными, какъ на нижнихъ конечностяхъ, такъ и на нижней половинѣ туловища до уровня пупка. Еще болѣе ослаблено мышечное чувство: не прибѣгая къ помощи зрѣнія, больной не можетъ правильно опредѣлить положенія ногъ въ каждую данную минуту.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что нашъ пациентъ очень жалуется на затрудненіе при мочеиспусканіи и на упорные запоры. Половая сила его также ослаблена. Сверхъ того больной постоянно испытываетъ чувство холода и сжиманія въ нижнихъ конечностяхъ, а нѣсколько дней тому назадъ въ нихъ появились сильныя стрѣляющія боли.

Познакомлю Васъ теперь вкратцѣ съ анамнезомъ и предшествовавшимъ ходомъ страданія.

Больной—крестьянинъ по происхожденію, только недавно возвратился изъ военной службы; ему теперь всего 25 лѣтъ. Происходитъ онъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ у него на тѣлѣ были какіе то узлы, исчезнувшіе безъ всякаго лѣченія; лues упорно отрицаетъ.

Три года тому назадъ перенесъ неизвѣстнаго характера лихорадочное заболѣваніе, отъ котораго, впрочемъ, скоро вполне оправился. Во время военной службы часто подвергался простудѣ. Настоящее заболѣваніе началось уже года два оно проявилось прежде всего чувствомъ усталости и непріятнымъ ощущеніемъ бѣганья мурашекъ въ ногахъ; сюда вскорѣ присоединилось ощущеніе постоянного похолоданія. Постепенно больной сталъ замѣчать, что ходить не такъ увѣренно, какъ ранѣе, а затѣмъ появилась ломота въ спинѣ, усиливавшееся по утрамъ ощущеніе пояса, задержка мочеиспусканія, запоры и половая слабость. Около года, какъ несчастный уже окончательно не можетъ передвигаться безъ посторонней помощи. Въ больницѣ, изъ которой нашъ пациентъ былъ доставленъ

въ клинику, онъ находился около 10 мѣсяцевъ. Въ теченіе этого времени въ его состояніи наблюдались довольно значительныя колебанія: иногда всѣ судорожныя явленія рѣзко усиливались, въ спинѣ, и особенно въ ея поясничной части, начиналась ломота, обыкновенно сопровождавшаяся ожесточеніемъ парѣстезій въ нижнихъ конечностяхъ. Такъ продолжалась нѣсколько дней и даже недѣль, послѣ чего безъ видимыхъ причинъ больной снова чувствовалъ себя лучше. Специфическое лѣченіе не принесло никакой пользы, хотя и было проведено съ достаточной энергіей.

Вотъ передъ Вами другая клиническая картина, гдѣ на первый планъ, также какъ и въ предшествовавшей, выступаетъ спастическій нижній парапарезъ; но здѣсь двигательныя расстройства—только часть болѣе сложнаго симптомокомплекса. Стрѣляющія боли, ослабленіе чувствительности, парѣстезіи—все это ясно свидѣлствуетъ, что патологическій процессъ кромѣ боковыхъ столбовъ охватилъ также и задвіе. Съ другой стороны, болѣзненность позвоночника, увеличивающаяся при движеніяхъ и усиливающаяся параллельно съ ожесточеніемъ другихъ симптомовъ, заставляетъ принять, что не остались пощаженными и оболочки спинного мозга.

Другими словами, Вы имѣете передъ собою хроническій менинго-міѣлитъ и притомъ въ довольно типичной формѣ.

Но сравнивая обоихъ нашихъ больныхъ, нетрудно убѣдиться, что между ними нѣтъ существенной разницы. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь и въ первомъ случаѣ мы констатировали нарушение кожной чувствительности. Этотъ фактъ даетъ намъ полное основаніе допустить, что болѣзненные измѣненія не ограничились областью боковыхъ столбовъ, а распространились также на задніе, пострадавшіе однако въ первомъ случаѣ гораздо менѣе, чѣмъ во второмъ. Отсюда слѣдуетъ, что и эту клиническую картину мы можемъ разсматривать, какъ разлитой склерозъ спинного мозга; такой діагнозъ дѣлаетъ ее вполне понятною до мельчайшихъ подробностей включительно, между тѣмъ какъ субъективныя и объективныя нарушенія чув-

ствительности не должны имѣть мѣсто при пораженіи только пирамидныхъ пучковъ и рѣшительно говорить противъ предположенія о боковымъ склерозѣ.

Обратимся теперь къ третьему, присутствующему въ аудиторіи, больному.

Передъ Вами еще молодой человѣкъ, ему 42 года. На первый взглядъ онъ производитъ впечатлѣніе вполне здороваго, хотя нѣсколько тучнаго субъекта. Но попробуйте заставить его подняться съ кресла. Вы видите, что не смотря на всѣ усилія это ему не удастся, и необходима энергичная внѣшняя помощь, чтобы онъ выпрямился и сталъ на ноги. Стоять онъ можетъ довольно долго, впрочемъ, слегка придерживая за какой-либо неподвижный предметъ, но идти положительно не въ состояніи: ноги его какъ-бы приросли къ полу. Если ему необходимо перемѣнить свое мѣсто, онъ прибѣгаетъ къ весьма оригинальному способу: служитель передвигаетъ поочередно его ноги, а самъ больной обѣими руками придерживается за мебель или стѣны. Однимъ словомъ, передъ нами спастическая походка въ самой рѣзкой формѣ. Отсюда мы имѣемъ полное право предполагать у нашего больного значительную степень пареза, ригидность мускулатуры и повышение рефлекторной возбудимости. Дѣйствительно, всѣ эти симптомы имѣются налицо. Въ области нижнихъ конечностей они выражены очень рѣзко; ногами больной можетъ дѣлать только крайне ограниченные разгибательныя движенія, развивая при этомъ самую незначительную силу. Вслѣдствіе мышечной ригидности попытка производить пассивныя движенія нижними конечностями также встрѣчаетъ едва преодолимыя затрудненія. Клонусъ стопы и чашечки вызывается очень легко. Ясно выраженъ и симптомъ Бабенскаго. Конечности постоянно находятся въ состояніи разгибанія; мышцы ихъ время отъ времени охватываетъ тоническая судорога, особенно послѣ попытокъ къ произвольнымъ движеніямъ. Со стороны мускулатуры туловища и верхнихъ конечностей всѣ болѣзненные явленія выражены гораздо слабѣе.

Нашъ пациентъ можетъ сгибать и разгибать пальцы, кисть, локоть, поднимать руки, только всѣ эти движенія очень ограничены; такъ, сжать пальцы въ кулакъ или совершенно выпрямить ихъ ему никакъ не удастся; стрѣлку динамометра правою рукой онъ отводитъ на двѣнадцать, а лѣвой только на десять дѣлений; руки можетъ поднять лишь до прямой линіи. Если для полноты описанія я добавлю, что самое тщательное изслѣдованіе кожной чувствительности не открываетъ никакихъ уклоненій отъ нормы, а тазовые резервуары работаютъ и все время работали вполне исправно, то Вы, вѣроятно, согласитесь со мною, что мы имѣемъ дѣло съ очень типичной картиной спастическаго бокового склероза.

Такое убѣжденіе еще болѣе укрѣпится, когда мы позначимся съ анамнезомъ.

Вотъ что сообщаетъ больной, очень интеллигентный и внимательно относящійся къ себѣ человѣкъ.

Онъ происходитъ изъ невропатической семьи; въ ранней молодости перенесъ брюшной тифъ; сифилиса не имѣлъ; никакимъ злоупотребленіямъ не подвергался. Настоящее заболѣваніе началось болѣе восьми лѣтъ тому назадъ безъ всякой видимой причины симптомами слабости въ нижнихъ конечностяхъ. Больной сталъ замѣчать, что легко устаетъ при ходьбѣ и стояніи; въ то же время въ ногахъ появилось чувство тяжести и напряженія, а иногда, особенно при утреннемъ пробужденіи, въ нихъ наблюдались скоропреходящіе судороги по преимуществу разгибателей. Мало по малу всѣ болѣзненные явленія усилились, такъ что уже около двухъ лѣтъ ходьба сдѣлалась совершенно невозможной. Съ годъ какъ сюда присоединилась слабость въ мышцахъ лѣвой, а нѣсколько позднѣе и правой руки.

Къ этому разсказу больной добавляетъ, что онъ довольно усердно лѣчился, причемъ пользовался совѣтами выдающихся невропатологовъ, уже неоднократно находился въ различныхъ клиникахъ и въ одной изъ нихъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ былъ демонстрированъ студентамъ, какъ страдающій спастическимъ боковымъ склерозомъ. Въ послѣдніе годы, ви-

димо убѣдившись въ своей неизлѣчимости, онъ почти не прибѣгалъ къ совѣтамъ врачей.

Изъ анамнеза такимъ образомъ видно, что страданіе развивалось весьма медленно, захватило сначала нижнія конечности, а потомъ постепенно перешло и на верхнія. Но подобное развитіе симптомовъ именно характерно для бокового склероза, за который дѣйствительно болѣзнь и принималась вполне компетентными наблюдателями.

Однако оставимъ пока въ сторонѣ діагнозъ и познакомимся съ тѣми явленіями, которыя возникли у больного только въ самое послѣднее время.

Уже бѣлаго взгляда на обѣ ладони, особенно на лѣвую, достаточно, чтобы замѣтить рѣзкое похуданіе мелкихъ мышцъ кисти. Thenar и hypothenar ясно уплощены, межъкостные промежутки представляются нѣсколько впавшими и все это—несмотря на значительное развитіе подкожной клѣтчатки, которая, конечно, должна маскировать исчезновеніе мышечной ткани. Вглядываясь нѣсколько долѣ, Вы сверхъ того можете убѣдиться, что время отъ времени въ пораженныхъ мышцахъ происходятъ фибриллярныя сокращенія, усиливающіяся подъ вліяніемъ холода и послѣ электризаціи. Наконецъ, при изслѣдованіи атрофированныхъ мышцъ постояннымъ токомъ Вы легко констатируете вялость сокращеній и преобладаніе анода надъ катодомъ.

Изъ всего этого ясно, что къ спастическому симптомо-комплексу у нашего паціента присоединилась дегенеративная атрофія мелкихъ мышцъ верхнихъ конечностей—явленіе совершенно необычное въ картинѣ бокового склероза.

Но этого мало.

Всмотритесь пристальнѣе въ лицо больного. Вы конечно замѣчаете ассиметрію: лѣвая носогубная складка сглажена, лѣвый уголъ рта нѣсколько опущенъ. При мимическихъ движеніяхъ эта ассиметрія становится еще болѣе очевидной, такъ какъ въ области нижней половины лица всѣ мышечныя сокращенія отличаются сравнительной вяло-

стью. Вслушайтесь далѣ въ рѣчь больного. Нѣкоторыя буквы, напр. губныя, онъ произноситъ съ видимымъ затрудненіемъ; особенно ясно это выступаетъ послѣ продолжительнаго разговора и при душевномъ волненіи. Въ заключеніе я долженъ сообщить еще важную для насъ подробность: окружающіе больного за послѣдніе мѣсяцы замѣчаютъ, что онъ иногда проглатываетъ твердую пищу какъ-бы съ трудомъ, часто поперхаваясь и откашливаясь.

Только что перечисленные симптомы даютъ намъ вѣскія основанія допустить, что патологическій процессъ начинается охватывать и продолговатый мозгъ. Но мышечныя атрофіи и бульбарныя явленія заставляютъ насъ отбросить предположеніе о спастическомъ параличѣ; они убѣдительно говорятъ, что передъ нами случай амиотрофическаго бокового склероза, отличающійся отъ обычныхъ лишь большей продолжительностью, болѣе медленнымъ развитіемъ.

Такимъ образомъ послѣ тщательнаго изученія нашихъ случаевъ, не смотря на поразительное сходство клинической картины ихъ съ тою, которая описывается при боковомъ склерозѣ, мы должны были отказаться отъ первоначальнаго діагноза. Невольно является вопросъ, да существуетъ ли вообще боковой склерозъ, какъ самостоятельное заболѣваніе, не принимаютъ-ли за него отдѣльныя стадіи различныхъ пораженій спинного мозга, при которыхъ страданіе боковыхъ столбовъ только является преобладающимъ?

Обратимся для рѣшенія этихъ вопросовъ къ спеціальной литературѣ.

Авторы ученія о спастическомъ боковомъ склерозѣ, *Erb* и *Charcot*, описывая его клиническую картину, единогласно указывали на важность патолого-анатомическихъ данныхъ, которыми они въ то время не располагали и которые только и могутъ выяснитъ, имѣетъ-ли мы здѣсь дѣло съ самостоятельной клинической формой или нѣтъ. Съ тѣхъ поръ случаи бокового склероза стали очень часто описываться въ медицинской прессѣ; не было недостатка и въ соотвѣтствующихъ

аутопсіяхъ, результаты которыхъ, по мнѣнію многихъ наблюдателей, категорически подтверждали и взгляды *Erb'a*. Однако, просматривая эту казуистику, не трудно убѣдиться, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ клиническая картина далеко не укладывается въ рамки описанія, даннаго *Erb'омъ* и *Charcot*. Чаше всего ее осложняютъ разнообразныя нарушенія чувствительности и расстройства тазовыхъ резервуаровъ. Лично мнѣ также не удалось встрѣтить ни одного больного, у котораго прижизненные явленія на все время болѣзни исчерпывались бы симптомами пораженія пирамидныхъ пучковъ.

Около двадцати лѣтъ тому назадъ я опубликовалъ одинъ случай спинно-мозгового страданія, которое клинически дѣйствительно напоминало боковой склерозъ, но гдѣ гистологическое изслѣдованіе открыло разлитой процессъ, локализовавшийся по преимуществу въ задней половинѣ спинного мозга ¹⁾. Знакомясь со всѣми случаями бокового склероза, дошедшими до вскрытія, я нашелъ тогда всего 19 наблюдений, анализъ которыхъ показалъ, что по даннымъ анатомопатологическаго изслѣдованія они должны быть раздѣлены на нѣсколько группъ, а именно: въ 10 случаяхъ оказался диффузный міелитъ, въ 2—вторичное перерожденіе пирамидныхъ пучковъ, въ 2—sclerosis dissiminata, въ 2—myelitis ex compressione, въ 1—поперечный міелитъ, въ 1—острый ограниченный міелитъ и, наконецъ, въ 2 случаяхъ спинной мозгъ не представлялъ измѣненій (доступныхъ тогдашнимъ методамъ изслѣдованія).

Основываясь на полученныхъ мною результатахъ, я долженъ былъ высказаться, что пока мы не имѣемъ патологоанатомическихъ фактовъ, подтверждающихъ ученіе *Erb'a* о спастическомъ параличѣ, и что тѣ клиническія явленія, сочетаніемъ которыхъ характеризуется прижизненная картина

¹⁾ Contribution à l'étude des fausses scleroses systématiques de la moëlle épinière. Arch. de Neurologie 1885. № 30.

страданія, могутъ наблюдаться при весьма разнообразныхъ пораженіяхъ спинного мозга.

Въ настоящее время мы обладаемъ несравненно болѣе обширной литературой вопроса. Какъ клиническая, такъ и патолого-анатомическая казуистика очень богаты. Казалось бы, что при такомъ положеніи дѣла должны установиться вполне опредѣленные взгляды на спастическій параличъ, а между тѣмъ авторы, дѣлавшіе попытки разобраться въ этой главѣ невропатологіи, пришли въ дѣйствительности къ весьма противорѣчивымъ заключеніямъ. Такъ, *A. Schüle* ¹⁾, опираясь на имѣющийся патолого-анатомическій матеріалъ, считаетъ безусловно возможнымъ признать самостоятельность спастическаго паралича и такимъ образомъ всецѣло подтверждаетъ гипотезу *Erb*'а. Къ совершенно противоположному результату приходитъ проф. *Leyden* ²⁾ въ своихъ работахъ, появившихся годомъ позднѣе диссертации *Schüle*; онъ указываетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ бокового склероза дѣло идетъ о диффузномъ процессѣ и что совершенно произвольно раздробляютъ хроническій міѣлитъ на системныя пораженія различнаго вида. Въ своемъ руководствѣ *Leyden* ³⁾ высказывается еще рѣшительнѣе и принимаетъ спастическій параличъ не за самостоятельную форму, а за симптомокомплексъ, который можетъ развиваться при самыхъ различныхъ условіяхъ. *Friedmann* ⁴⁾, публикуя свои наблюденія, между прочимъ говоритъ, что въ литературѣ до сихъ поръ нѣтъ ни одного случая чистаго, т. е. изолированнаго пораженія боко-

¹⁾ Ist die spastische Spinalparalyse eine Krankheit sui generis? Heidelberg. Dissert. 1891.

²⁾ Ueber Myelitis. Neurol. Centralbl. 1892.

— Ueber chronische Myelitis und Systemerkrankungen im Rückenmark. Zeitschrift f. klinische Medic. 1892.

³⁾ Leyden und Goldscheider. Handbuch der Rückenmarkskrankheiten 1897.

⁴⁾ Zur Lehre von der spastischen und insbesondere von der syphilitischen Spinalparalyse. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1900. S. 144.

выхъ столбовъ. Такимъ образомъ этотъ авторъ отказывается признавать рѣшающее значеніе всѣхъ тѣхъ патолого-анатомическихъ фактовъ, которые по мнѣнію другихъ изслѣдователей столь безапелляціонно свидѣтельствовали въ пользу взглядовъ профессора *Erb'a* и его школы.

Но я не стану утомлять Ваше вниманіе подробнымъ перечнемъ литературы. Чтобы выяснитъ современное состояніе вопроса, мнѣ кажется совершенно достаточнымъ остановиться лишь на одной изъ послѣднихъ работъ *Erb'a*³⁾, появившейся въ 1903 году. Авторъ ученія о спастическомъ параличѣ, конечно, съ должнымъ вниманіемъ слѣдилъ за всѣми фазами его дальнѣйшаго развитія и не упустилъ ни одной детали, которая могла бы его подкрѣпить или видоизмѣнить. Какіе же аргументы приводитъ *Erb* въ доказательство истины высказанныхъ имъ ранѣе взглядовъ на природу страданія?

Прежде всего онъ останавливается на клинической картинѣ и въ стереотипной простотѣ ея видитъ ясное указаніе на необходимость строго обособлять страданіе отъ сродныхъ съ нимъ формъ. Парезъ, мышечная ригидность, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и феноменъ Бабенскаго—вотъ кварталъ, которымъ исчерпывается вся симптоматологія болѣзни. Нѣтъ ничего другого: ни нарушенія чувствительности, ни расстройства сфинктеровъ, ни атрофіи. *Erb* однако сейчасъ же добавляетъ сюда, что подобная картина очень рѣдко является въ своемъ чистомъ видѣ, хотя лично онъ встрѣчалъ ее гораздо чаще, чѣмъ другіе наблюдатели. Но сознаніе шаткости только клинической аргументаціи заставляеть автора недолго останавливаться на анализѣ прижизненныхъ симптомовъ; большую часть своего труда онъ посвящаетъ разбору патолого-анатомическихъ фактовъ. Этимъ разборомъ, въ которомъ лежитъ весь центръ тяжести, мы и должны теперь заняться съ возможной обстоятельностью.

³⁾ Ueber die spastische und die syphilitische Spinalparalyse und ihre Existenzberechtigung. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1903. Н. 5 и 6.

Первымъ наблюдениемъ, которое по мнѣнію *Erb*'а доказало существованіе спастическаго паралича, какъ самостоятельнаго заболѣванія, является наблюдение *Morgan*'а и *Dreschfeld*'а ¹⁾. Правда, посмертное изслѣдованіе спинного мозга кромѣ склероза боковыхъ столбовъ указало здѣсь еще атрофію нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, но, принимая во вниманіе незначительность этой атрофіи и полное отсутствіе похуданія мышцъ, авторъ не видитъ препятствій разсматривать данный случай, какъ типичный спастическій спинно-мозговой параличъ. Вотъ что говоритъ *Erb* о случаѣ *Morgan*'а и *Dreschfeld*'а. Но познакомимся съ нимъ нѣсколько подробнѣе.

Исторія болѣзни, къ сожалѣнію, очень коротка и неясна; однако изъ нея все же видно, что страданіе началось на другой день послѣ простуды слабостью и онѣмѣніемъ правой ноги; вскорѣ эти явленія развились и въ лѣвой ногѣ; вслѣдъ затѣмъ походка приняла характеръ спастической, хотя изслѣдованіе показало отсутствіе пареза, мышечной ригидности и повышенныхъ сухожильныхъ рефлексовъ. При перкуссии позвоночника замѣчалась болѣзненность поясничной области. Больной погибъ отъ тромбоза бедренной вены. Спинной мозгъ макроскопически въ верхнемъ отдѣлѣ не представлялъ никакихъ измѣненій, но въ нижней своей части оказался размягченнымъ. Микроскопическое изслѣдованіе констатировало въ шейной области незначительный склерозъ задняго участка обоихъ боковыхъ столбовъ; внутри перерожденіе доходило до сѣраго вещества, впереди не достигало переднихъ роговъ, а снаружи—периферіи. Въ нижнемъ отдѣлѣ спинного мозга склерозъ занималъ большій районъ, сохраняя впрочемъ ту же локализацию. Въ поясничной части склерозированная область имѣла форму треугольника и прилежала къ наружному краю заднихъ роговъ, почти доходя до наруж-

¹⁾ Idiopathic lateral sclerosis. British med. Journ. 1881.

ной границы боковых столбовъ. Изъ всѣхъ этихъ данныхъ вытекаетъ, что уже по клинической картинѣ случай *Morgan*'а весьма мало напоминаетъ боковой склерозъ. Въ самомъ дѣлѣ, быстрое развитіе страданія и болѣзненность позвоночника, какъ мы знаемъ, совершенно не наблюдаются при боковомъ склерозѣ, а отсутствіе пареза, ригидности и повышенныхъ рефлексовъ, т. е. той тріады, которая именно и обнимаетъ собою всѣ прижизненные явленія болѣзни, отсутствіе этихъ симптомовъ даетъ намъ право скорѣе допустить здѣсь острый міэлитъ (какъ то думаютъ *Ballet* и *Minor*), чѣмъ спастическій параличъ. Если добавите сюда гвѣздо размягченія въ поясничномъ отдѣлѣ мозга и атрофію нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, то Вы будете имѣть полное основаніе не соглашаться и съ патолого-анатомическимъ диагнозомъ *Morgan*'а и *Erb*'а.

Итакъ, во всякомъ случаѣ, какъ бы мы ни относились къ наблюденію *Morgan*'а, мы не можемъ считать его рѣшающимъ при установленіи спорной болѣзненной формы.

Второе наблюденіе, на которое ссылается *Erb*, принадлежитъ *Минковскому*¹⁾. Въ немъ дѣло идетъ о дѣвушкѣ, страдавшей сифилисомъ и туберкулезомъ, у которой развился спастическій симптомокомплексъ. Вскрытіе показало (цитирую подлинныя слова *Erb*'а) „типическій склерозъ боковыхъ столбовъ и преимущественно пирамидныхъ путей со слабымъ пораженіемъ также мало-мозжечковыхъ пучковъ“. Наблюденіе сдѣлано довольно давно. Результаты гистологическаго изслѣдованія изложены нѣсколько неясно, тѣмъ не менѣе въ описаніи *Минковского* упоминается, что склеротическій процессъ наибольшей выраженности достигалъ у периферіи мозга, т. е. въ области мало-мозжечковыхъ путей, откуда по мѣрѣ приближенія къ сѣрому веществу постепенно ослабѣвалъ. Подробное изученіе микроскопическихъ

¹⁾ Deutsches Arch. f. klin. Medicin, 1884. Bd. 34. H. 4.

препаратовъ указало, далѣе, расширеніе сосудовъ, утолщеніе ихъ стѣнокъ, размноженіе ядеръ неврогліи и воспалительное измѣненіе въ оболочкахъ.

Очевидно, мы имѣемъ передъ собою разлитой процессъ, развившійся по всей вѣроятности на почвѣ инфекціи.

Третье наблюденіе, цитируемое *Erb*омъ—*Strümpell*'а¹⁾. При жизни наблюдался спастическій симптомокомплексъ. Посмертное изслѣдованіе позволило констатировать типичную дегенерацію пирамидныхъ путей, легкое пораженіе мало-мозжечковыхъ и незначительный склерозъ Голлевскихъ пучковъ въ верхнемъ отдѣлѣ послѣднихъ. Самъ *Strümpell* относитъ свой случай къ комбинарованнымъ системнымъ заболѣваніямъ; но *Erb* не согласенъ съ нимъ на томъ основаніи, что склерозъ пирамидныхъ путей отличался большимъ развитіемъ, а потому долженъ быть рассматриваемъ какъ первичный. Произвольность такого толкованія однако слишкомъ бросается въ глаза.

Только что сказанное цѣликомъ относится и къ слѣдующему случаю—*Dejerine*'а и *Sottas*'а²⁾, гдѣ вскрытіе показало рѣзкій склерозъ пирамидныхъ путей и незначительное пораженіе мало-мозжечковыхъ и Голлевскихъ пучковъ. *Erb* рассматриваетъ этотъ случай, какъ типичный боковой склерозъ. Но если мы обратимся къ подлиннику, то должны будемъ придти къ совершенно иному заключенію. Изъ описанія *Dejerine*'а и *Sottas* видно, что у больного одновременно съ двигательными расстройствами появились стрѣляющія боли, которыя потомъ однако затихли. Въ дальнѣйшемъ теченіи картина спастическаго парапареза осложнилась расстройствомъ мочеиспусканія. При гистологическомъ изслѣдованіи былъ найденъ значительный склерозъ въ области Голлевскихъ пучковъ, особенно выраженный въ шейномъ отдѣлѣ; по направленію внизъ онъ постепенно ослабѣвалъ и, наконецъ, на

¹⁾ Arch. f. Psych. 1886. Bd. 17.

²⁾ Arch. de Physiologie. 1896. P. 630.

уровнѣ III—V грудныхъ паръ исчезалъ совершенно. Въ боковыхъ столбахъ, наоборотъ, наиболѣе рѣзкій склерозъ наблюдался въ нижней грудной области, гдѣ занималъ довольно симметричныя территоріи пирамидныхъ пучковъ; своего maximum'a онъ достигалъ между V и XII грудными парами, но здѣсь границы склероза, выходя изъ области пирамидныхъ путей, не отличались той рѣзкостью, какая наблюдается при вторичныхъ перерожденіяхъ. Въ этомъ отношеніи болѣе сходство съ послѣдними представляло распространеніе процесса въ нижнихъ участкахъ мозга: здѣсь границы были выражены очень рѣзко. Въ болѣе верхнихъ отдѣлахъ грудной области склерозъ сверхъ территоріи пирамидныхъ путей уже вполне ясно захватывалъ пучки *Gowers'a*, идя вдоль периферіи и почти достигая выхода переднихъ корешковъ.

Впрочемъ и въ поясничномъ отдѣлѣ перерожденіе переступало границы пирамидныхъ путей и тянулось вдоль периферіи впередъ.

Я наѣбенно привелъ съ нѣкоторой подробностью описаніе *Dejerine'a* и *Sottas*, такъ какъ изъ сообщенныхъ здѣсь данныхъ ясно видно, что ихъ случай никакъ нельзя счесть за спастическій параличъ. Противъ такого діагноза рѣшительно свидѣлствуютъ, какъ особенности клинической картины, такъ и результаты гистологическаго изслѣдованія. Стрѣляющія боли и разстройство мочеиспусканія уже сами по себѣ вполне убѣдительно говорятъ за участіе въ процессѣ заднихъ отдѣловъ спинного мозга, а распространеніе склероза, несомнѣнно нарушившее анатомическія границы отдѣльныхъ системъ, съ достаточной ясностью указываетъ, что передъ нами, какъ и въ случаѣ *Strümpell'a*—диффузный хроническій міэлитъ.

Будемъ, однако, продолжать анализъ дальнѣйшей казуистики, собранной *Erb'омъ*.

Случай *Donaggio* касается шестидесятилѣтняго субъекта, у котораго за два съ четвертью года до смерти появились быстро прогрессировавшіе симптомы спастическаго паралича.

Вскрытіе показало первичное перерожденіе боковыхъ столбовъ, строго ограниченное областью пирамидныхъ путей безъ всякаго участія другихъ системъ, равно какъ и переднихъ сѣрыхъ роговъ. „Ein absolut typischer und beweisender Fall!“, говоритъ *Erb*. Посмотримъ однако нельзя-ли этому случаю дать иное объясненіе.

Работа *Donaggio* посвящена вопросу объ измѣненіи нервныхъ волоконъ спинного мозга при острыхъ психоневрозахъ; въ ней всего восемь наблюденій, изъ которыхъ интересующее *Erb*'а является послѣднимъ. Несмотря на то, что оно описано довольно бѣгло, *Donaggio* отмѣчаетъ кидаящуюся въ глаза характерную черту—спастическій симптомокомплексъ развивался очень быстро. Но типичный боковой склерозъ долженъ отличаться какъ разъ обратнымъ свойствомъ, т. е. замѣчательною медленностью развитія. Это обстоятельство невольно заставляетъ думать, не имѣемъ-ли мы въ случаѣ *Donaggio* амиотрофическій боковой склерозъ, въ которомъ процессъ еще не успѣлъ охватить переднихъ роговъ, такъ какъ больной скончался черезъ два года отъ начала заболѣванія. Такое предположеніе вполнѣ удовлетворительно объясняло бы намъ быстрый прогрессъ болѣзни, съ одной стороны, не стояло бы въ противорѣчіи съ твердо установленными клиническими фактами—съ другой. Прежде чѣмъ создавать новую гипотезу, слѣдуетъ доказать ее необходимость!

Шестое наблюденіе, которое приводитъ *Erb*, это—*Friedmann*'а¹⁾. Хотя уже въ короткомъ описаніи *Erb*'а упомянуто о слабомъ разстройствѣ чувствительности и незначительномъ перерожденіи мало-мозжечковыхъ путей, тѣмъ не менѣе и этотъ случай признается имъ также за типичный спастическій параличъ.

Чтобы провѣрить справедливость такого взгляда, обратимся къ подлиннику.

¹⁾ Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1900. Bd. 16. S. 149.

У пятидесятидвухлѣтняго субъекта, перенесшаго сифилисъ, постепенно развился спастическій симптомокомплексъ. При объективномъ изслѣдованіи оказалось также пониженіе тактильнаго чувства на нижнихъ конечностяхъ и чувствительности позвоночника на всемъ его протяженіи. Больной жаловался на слабыя боли въ плечахъ. Черезъ шесть мѣсяцевъ авторъ повторилъ изслѣдованіе, причемъ замѣтилъ, что на лѣвой ногѣ, на которой всѣ болѣзненные явленія были выражены рѣзче, чувствительность пострадала болѣе, чѣмъ на правой. Нѣсколько дней спустя послѣ повторнаго изслѣдованія развилось состояніе возбужденія, закончившееся параличемъ лѣвой половины тѣла. Черезъ два года отъ начала заболѣванія пациентъ *Friedmann'a* скончался. Результаты гистологическаго изслѣдованія: симметрическое перерожденіе пирамидныхъ путей на всемъ протяженіи спинного мозга, пораженіе мало-мозжечковыхъ путей въ нижней грудной области, атрофія нервныхъ клѣтокъ лѣваго передняго рога во всей шейной и въ верхнемъ участкѣ грудной области и сифилитическій эндоартеритъ.

Только что приведенные патолого-анатомическіе факты, въ связи съ особенностями клинической картины, заставляютъ меня разсматривать случай *Friedmann'a*, какъ сифилитическое пораженіе спинного мозга. Въ пользу этого мнѣнія говоритъ прежде всего множественность, разбросанность процесса, который, поразивъ правда сильнѣе всего пирамидные пути, захватилъ также и другіе отдѣлы бѣлаго и сѣраго вещества. Такое мнѣніе подтверждается далѣе характеромъ измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ; наконецъ, оно находитъ себѣ поддержку и въ особенностяхъ теченія болѣзни, шедшей какъ бы скачками. Но какъ бы мы ни понимали случай *Friedmann'a*, относиться къ нему, какъ къ спастическому параличу, да еще типичному, мы, конечно, не имѣемъ никакого основанія. Противъ этого діагноза слишкомъ очевидно свидѣтельствуютъ и клиника и патологическая анатомія.

Далѣ въ казуистикѣ, приводимой *Erb*омъ, слѣдуетъ второй случай *Strümpell*'я¹⁾. „Клинически — чистая картина спастическаго паралича“. „Анатомически — типичное умѣренное перерожденіе пирамидныхъ путей; слабо поражены мало-мозжечковые пути; очень мало измѣнены столбы Голля въ верхнемъ шейномъ отдѣлѣ“. Уже одни результаты гистологическаго изслѣдованія, разумѣется, не позволяютъ разсматривать этотъ случай, какъ типичный боковой склерозъ. Если же Вы добавите сюда разстройство чувствительности въ области нижнихъ конечностей, наблюдавшееся при жизни и связанное съ поражениемъ заднихъ столбовъ, если примете во вниманіе наслѣдственный характеръ болѣзни, поразившей шесть членовъ одной семьи, если Вы будете имѣть все это въ виду, то легко поймете, почему и второму случаю *Strümpell*'я мы должны отказать въ томъ рѣшающемъ значеніи, какое склоненъ придавать ему авторъ разбираемой нами работы.

Затѣмъ *Erb* упоминаетъ о двухъ случаяхъ *Bischoff*'а, но уже сообщаемыхъ имъ результатовъ патолого-анатомическаго изслѣдованія достаточно, чтобы не считать эти случаи за типичный боковой склерозъ. Дѣйствительно, кромѣ области пирамидныхъ пучковъ, процессъ поразилъ также мало-мозжечковые, Говерсовы и Голлевскіе; сверхъ того оказались рѣзко атрофированными и нервныя кѣтки переднихъ роговъ.

Мнѣ также совершенно непонятно, почему *Erb* находитъ возможнымъ приводить въ своемъ перечнѣ наблюденіе, принадлежащее *Ida Democh*. Клинически кромѣ спастическаго симптомокомплекса были констатированы боли, дрожанія и другія проявленія хроническаго алкоголизма. Анатомическое изслѣдованіе показало перерожденіе пирамидныхъ путей, слабую дегенерачію Голлевскихъ пучковъ и врожденный *hydro-myelus* въ поясничномъ и въ грудномъ отдѣлахъ. Такая сложность картины, признаваемая и самимъ *Erb*омъ, разу-

¹⁾ Neurologisches Centralblatt. 1901. S. 628.

мѣется лишаетъ случай какой-бы то ни было доказательности.

Послѣднее (одиннадцатое) наблюденіе, на которое ссылагается *Erb*, принадлежитъ *Kühn*'у и *Strümpell*'ю ¹⁾. Такъ какъ результаты гистологическаго изслѣдованія, произведеннаго *Strümpell*'емъ, насколько мнѣ извѣстно, еще не опубликованы, то удовольствуемся лишь тѣми подробностями, какія приводитъ самъ *Erb*. Сверхъ перерожденія пирамидныхъ путей оказались пораженными также Голлевскіе пучки (въ шейной области) и быть можетъ мало-мозжечковые, т. е. и здѣсь процессъ далеко не ограничился областью боковыхъ столбовъ.

Мы разобрали теперь всю казуистику *Erb*'а. Посмотримъ же, какіе выводы дѣлаетъ изъ нихъ авторъ и какіе должны сдѣлать мы сами. „Въ четырехъ случаяхъ, говоритъ *Erb*, найдено чистое перерожденіе пирамидныхъ путей, въ двухъ другихъ оно осложнялось менѣе интенсивнымъ пораженіемъ мало-мозжечковыхъ. Also in sechs Fällen das ursprüngliche Postulat einer „Sclerose der Seitenstränge“ vollkommen erfüllt“. Такъ-ли это? Обратимся прежде всего къ случаямъ (1, 5, 6 и 11), которые *Erb* находитъ чистыми.

Въ наблюденіи первомъ (*Morgan*'а) посмертное изслѣдованіе открыло перерожденіе пирамидныхъ путей, атрофію нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ и гнѣздо размягченія въ нижнемъ отдѣлѣ спинного мозга. Въ случаѣ шестомъ (*Friedmann*'а) оказались измѣненія въ области пирамидныхъ и мало-мозжечковыхъ путей, а также атрофія клѣтокъ переднихъ роговъ. Въ наблюденіи одиннадцатомъ (*Strümpell*'а и *Kühn*'а) процессъ захватывалъ пирамидные, Голлевскіе и мало-мозжечковые пучки. Наблюденіе пятое (*Donaggio*)—единственное, которое съ анатомической стороны представляется чистымъ, такъ какъ пораженною оказалась только область пирамидныхъ путей. Но клиника даетъ намъ полное право разсма-

¹⁾ Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. B. XXII. 1902. S. 144.

тривать его, какъ аміотрофическій боковой склерозъ. Таковы случаи, которые *Erb* считаетъ чистыми и вполне доказательными и которые, какъ Вы видите, въ дѣйствительности отнюдь не могутъ претендовать ни на чистоту, ни на доказательность.

Но быть можетъ меня упрекнуть въ томъ, что я представляю слишкомъ строгія требованія? Быть можетъ мнѣ скажутъ, что волокна пирамидныхъ путей не образуютъ собою совершенно компактнаго пучка, а, особенно по периферіи, смѣшиваются съ элементами сосѣднихъ системъ, что, наконецъ, процессъ *per contiguitatem* иногда распространяется на прилегающія территоріи?

На все это я отвѣчу, что какъ бы мы ни признавали возможность широкаго распространенія склероза при пораженіи пирамидныхъ путей, мы не въ состояніи объяснить имъ заболѣваніе, напримѣръ, Голлевскихъ пучковъ, столь частаго, по признанію самого *Erb*'а, въ его чистыхъ случаяхъ. Что же касается хода волоконъ въ пирамидныхъ путяхъ, то я напомню Вамъ анатомическіе факты, которые получены при изученіи аміотрофическаго бокового склероза и вторичныхъ перерожденій. Въ неосложненныхъ случаяхъ мы всюду здѣсь констатируемъ полное сохраненіе мало-мозжечковыхъ и Говерсовыхъ пучковъ, которые въ разобранныхъ нами выше наблюденіяхъ, наоборотъ, столь упорно оказывались также перерожденными.

Мм. Гг.! Моя бесѣда приходитъ къ концу. Добрую половину ея мнѣ пришлось посвятить статьѣ проф. *Erb*'а. Но это и понятно: ученіе о спастическомъ боковомъ склерозѣ тѣсно связано съ именемъ Гейдельбергскаго клинициста. Въ работѣ *Erb*'а приведены всѣ аргументы, какими только могутъ пользоваться защитники клинической самостоятельности спастическаго паралича, и, знакомясь съ этими аргументами, мы пришли къ выводу, что пока въ литературѣ нѣтъ ни одного чистаго случая. А что же это значитъ? Вѣдь спастическій пара-

личъ извѣстенъ наукѣ уже тридцать лѣтъ, недостатка въ казуистикѣ и въ строго научныхъ работахъ, посвященныхъ ему, мы не видимъ. Очевидно, мы вправѣ сдѣлать теперь дальнѣйшее заключеніе: спастическій параличъ, какъ самостоятельное заболѣваніе, не существуетъ.

Изъ этого однако отнюдь не слѣдуетъ, чтобы ученіе *Erb'a* не имѣло никакого значенія для невропатологій. Съ замѣчательною наблюдательностью подмѣченная, блестяще описанная клиническая картина сразу остановила на себѣ всеобщее вниманіе; специалисты дружно принялись за разработку одной изъ самыхъ темныхъ главъ нашей науки и результаты ихъ совмѣстной дѣятельности не замедлили обнаружиться цѣлымъ рядомъ изслѣдованій, полныхъ глубокаго значенія.

Тѣмъ то и отличается истинный талантъ, что даже ошибки его приносятъ пользу. Онъ великъ и въ своихъ заблужденіяхъ.

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, вып. 2).

Вскрытіе 5/у. Трупъ высокаго роста, истощенный. Кости почти утолщены; дірлѣе выражено нерѣзко. Твердая мозговая оболочка молочно-сѣраго цвѣта, мѣстами приращена къ черепу и къ мягкой оболочкѣ; послѣдняя помутнена, особенно по ходу кровеносныхъ сосудовъ. Вѣсъ мозга 1290,0; вещество его плотно, отечно, малокровно. Коровой слой сильно истонченъ, атрофированъ. Сосуды основанія склерозированы. Еpendyma 4-го желудочка, главнымъ образомъ въ углахъ, зерниста. Боковые желудочки растянуты большимъ количествомъ серозной жидкости.

Въ нижней долѣ лѣваго легкаго на разрѣзѣ найдена кавернозная полость величиною съ куриное яйцо; другихъ измѣненій въ легкихъ, а равно и въ другихъ органахъ не замѣчено.

11. Больной И. Д—ъ, мѣщанинъ, 50 лѣтъ, доставленъ въ лѣчебницу 28-го сентября 1884 года дочерью.

Анамнезъ (со словъ дочери). Больному 50 лѣтъ, женатъ 21 годъ, имѣетъ троихъ дѣтей; въ родословной его

психически больных не было; родители умерли въ преклонныхъ годахъ. Самъ больной до послѣдняго заболѣванія всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ; въ молодости злоупотреблялъ спиртными напитками и до послѣдняго времени излеществовалъ in venere. Занимался табачнымъ промысломъ, но дѣла его стали разстраиваться, такъ что послѣднее время передъ заболѣваніемъ онъ переиспыталъ много тревогъ и волненій. Семь мѣсяцевъ тому назадъ (въ началѣ марта настоящаго года) въ сосѣдствѣ случился ночью пожаръ; больной сильно перепугался. Послѣ этого происшествія окружающіе стали замѣчать, что съ нимъ происходитъ что то особенное: при вопросѣ, обращенномъ къ нему, больной сталъ теряться, не будучи въ состояніи придумать отвѣта; память замѣтно слабѣла; все это сильно раздражало больного, онъ сдѣлался придирчивъ по отношенію къ окружающимъ, вспыльчивъ. Вскорѣ съ нимъ случился апоплектоидный инсультъ, послѣ котораго произношеніе сдѣлалось затрудненнымъ, а лѣвая половина тѣла парализованною. Явленія паралича въ лѣвой рукѣ и ногѣ прошли, но въ психической сферѣ остались: слабость памяти, затемненіе сознанія, къ чему недѣли черезъ двѣ присоединились бредовыя идеи величія: больной воображалъ себя богатымъ, утверждалъ, что табачныя фабрики принадлежать ему.

Такъ продолжалось дѣло около 1½ мѣсяцевъ. Во второй половинѣ апрѣля по временамъ появлявшееся аффективное состояніе перешло въ состояніе длительного возбужденія съ стремленіемъ все разрушать, уничтожать, набрасываться на домашнихъ. Такое поведеніе больного заставило его родныхъ помѣстить его въ ближайшую (Харьковскую) больницу, гдѣ состояніе возбужденія (дочь посѣщала больного и справлялась о его здоровьѣ) продолжалось почти два мѣсяца, въ теченіе которыхъ больной находился въ безпокойномъ отдѣленіи; за это время онъ сильно исхудалъ, ослабѣлъ; почти совсѣмъ не спалъ и мало ѣлъ. Возбужденіе и спутанность сознанія доходили до того, что часто ей не разрѣшали видѣться съ отцомъ. Въ концѣ іюня того же года больной успокоился, „сдѣлался какимъ-то страннымъ: „спросишь его—не понимаетъ, только смотреть, изрѣдка неумѣстно улыбнется; иногда же начнетъ говорить такія нелѣпости, что больно слушать“. Съ конца же іюня больной сталъ замѣтно и довольно быстро „опускаться“ и психически и физически. Такъ просуществовалъ

онъ до конца августа, когда состояніе его нѣсколько улучшилось. появились нѣкоторыя проблески сознанія къ себѣ. Больной пріѣхалъ въ Тверь, прожилъ въ семьѣ брата около 3-хъ недѣль; состояніе его опять ухудшилось, онъ сдѣлался неопрятенъ, слабъ, началъ по своему состоянію требовать за собою большаго ухода и 28 сентября того же года былъ доставленъ въ Буршевскую лѣчебницу.

St. praesens. Источенный, высокій субъектъ, подкожный жиръ въ ничтожномъ количествѣ. Походка шаткая; на ногахъ держится слабо, ходить можетъ только съ помощью другихъ. Неопрятенъ. Зрачки неравномѣрно сужены; реакція на свѣтъ отсутствуетъ. Рѣчь разстроена. Языкъ сильно дрожитъ. Симптомъ Romberg'a. Выраженіе лица бессмысленное. Память утрачена. Въ окружающемъ не ориентированъ. Настроеніе индифферентное.

Теченіе болѣзни. 29/ix—3/x. Неопрятенъ, неряшливъ; довольно обильное количество слюны, которою смачивается грудь сорочки и рукава. Руки сильно дрожатъ, такъ что приходится больного кормить изъ рукъ.

4—5/x. Нѣсколько апоплектоидныхъ инсультовъ, послѣ которыхъ больной сильно ослабѣлъ. Глотаніе затруднено, больной часто поперхивается. Въ лѣвой рукѣ судорожныя подергиванія.

6—10. Отъ инсульта оправился. Ѣсть плохо; глотаетъ преимущественно жидкую пищу. Слабость прогрессируетъ.

11—25. Въ состояніи больного перемѣнъ особыхъ не произошло.

26—31. На лѣвомъ бедрѣ краснота въ области большого вертела

1—10/xi Пролежень увеличивается въ размѣрахъ; появился новый—на лѣвой сторонѣ поясницы. Неопрятенъ.

12—20. Прогрессирующій упадокъ силъ психическихъ и физическихъ

21—24. Сильная слабость, пульсъ нитевидный, температура субнормальная (36,4°).

25. Умеръ при явленіяхъ возрастающей слабости сердца.

Вскрытіе 26/xi. Вскрытъ только мозгъ. Вѣсъ мозга 1399,0; вещество его нѣсколько отечно; корка размягчена, сѣровато-краснаго цвѣта, полнокровна, мѣстами сильно истончена (атрофія). *Pia mater* мутна, утолщена, съ трудомъ снимается съ мозга съ потерю вещества его. *Dura mater* мѣстами сращена съ *pia mater*. На днѣ 4-го желудочка и въ бо-

ковыхъ ясная зернистость эпендимы. Боковые желудочки содержать значительное количество серозной жидкости. Гнѣздныхъ процессовъ въ мозгу не найдено.

12. (Собственное наблюденіе). Больной М. Р—ъ, мѣшанинъ, 31 года, доставленъ въ лѣчебницу фельдшеромъ уѣздной больницы 15-го ноября 1901 года.

Анамнезъ (со словъ фельдшера, проверенный показаніями жены больного).

Родной братъ пациента душевно-больной; отецъ—алкоголикъ; самъ больной—пьетъ, но умѣренно. Женатъ, дѣтей нѣтъ и не было. За кражи два раза отбывалъ тюремное заключеніе. Настоящее заболѣваніе началось 5 *мѣсяцевъ тому назадъ*, около половины іюня текущаго года, до какового времени онъ былъ совершенно здоровъ и все время занимался своимъ дѣломъ (письмоводствомъ). Около половины іюня жена замѣтила, что больной изъ ревностнаго работника (часто сидѣлъ до 2—3 часовъ ночи, занимаясь дѣломъ) сдѣлался равнодушнымъ къ дѣлу, даже лѣнивымъ: посмотреть иногда на него, а онъ сидитъ о чемъ то думаетъ, на вопросы отвѣчалъ „какъ то странно, растерянно“; скоро къ этому присоединилась разсѣянность, слабость соображенія, забывчивость. До конца сентября, кромѣ этихъ неопредѣленныхъ симптомовъ, она ничего другого не замѣчала; велъ себя больной скромно. Въ концѣ сентября болѣзнь стала выясняться: больной былъ уволенъ со службы за ошибки въ бумагахъ и неспособность къ работѣ. Присоединилась бессонница, больной совсѣмъ пересталъ спать, „осунулся“, поблѣднѣлъ, жаловался на страшныя головныя боли. Въ теченіи октября было три апоплектоидныхъ инсульта; рѣчь больного замѣтно нарушилась: многія слова не могъ выговаривать правильно, путался, повторялъ, но ничего не возможно было понять. Вскорѣ послѣ послѣдняго инсульта больной сталъ приходить въ возбужденное состояніе, сдѣлался опаснымъ для себя и для окружающихъ, что и заставило жену помѣстить его въ лѣчебницу.

St. praesens. Во время приѣма больной ажитированъ, подвиженъ; въ окружающемъ не оріентируется, сознание затемнено; высказываетъ отрывочный бредъ величія. Изслѣдовать

себя не позволяет. Помѣщенъ съ нѣкоторымъ усиліемъ въ буйное отдѣленіе.

Теченіе болѣзни. 16—17/xi. Большой истощенъ; языкъ сухой, губы запекшіяся. На голѣняхъ, предплечьяхъ и на спинѣ довольно старые кровоподтеки. Возбужденъ, галлюцинируетъ (видитъ чертей, которые хватаютъ, душатъ его). Рѣчь непонятная, можно разобрать только отдѣльные звуки. Бѣсть плохо: пульсъ слабый; температура выше нормы (на ощупь). Внутренніе органы нормальны; лицо гиперемировано; конъюнктивы налиты. Правый зрачекъ шире лѣваго.

18—19. Ночи спать плохо; возбужденъ; галлюцинируетъ, часто кричитъ: „караулъ, рѣжутъ“. Въ постели удержать удается съ большимъ трудомъ. Сознаніе неясное; зрачки неравномерны; глотаніе затруднено.

20. Больного посетила жена, которая сообщила, что больной четыре года назадъ пилъ запоемъ; въ бытность его на военной службѣ имѣлъ сифилисъ, отъ котораго лѣчился у доктора (показала рецепты *unguent. hydrarg. ciner.* для втиранія и каломель для присыпки). Отъ свиданія съ женой больной отказался, увидя, узналъ ее, но выйти къ ней изъ палатки не захотѣлъ. Отъ пищи отказывается. Истощенъ. Языкъ сухой, сильно дрожитъ, губы запекшіяся.

21. Искусственное кормленіе чрезъ зондъ. Больной упалъ съ кровати, при чемъ ушибъ правую лопатку. Переведенъ въ отдѣльную комнату, гдѣ положенъ на полу (на матрасахъ). Безпокоенъ, постоянно разбрасываетъ бѣлье, катается по полу, хватается за голову, бьетъ себя кулаками. Рѣчь невнятная, глаза блуждающіе. Глотаніе затруднено. Сухожильные рефлексы повышены. Температура въ предѣлахъ 37,2—37,7.

22. Больной слабъ, питаніе прогрессивно падаетъ. Сталъ немного покойнѣе. Пульсъ частъ (сосчитать не удается, больной отдергиваетъ руку), слабъ. Сознаніе окружающаго неясное. Отвѣты малотолковы; обрывки бредовыхъ идей величія. Суетливъ, подвиженъ, рветъ бѣлье, разбрасываетъ подушки, одѣяла. Температура утромъ 38,2°; вечеромъ 38,4.

23. Сильно ослабъ, при прикосновеніи вздрагиваетъ. Лежитъ въ постели, но все время въ движеніи; то встаетъ, то ложится. На вопросы не отвѣчаетъ, глотаніе сильно затруднено. Реакція зрачковъ отсутствуетъ. Рѣзкая асимметрия лица, правый уголокъ рта опущенъ. Въ правой рукѣ легкія подергиванія. Температура 37,7—38,1.

24—26. Сталь покойнѣе; въ окружающемъ не ориентировуется; память утрачена; обрывки бреда величія, безсвязные и случайные; спитъ лучше. Температура около 37,2°.

27—30. Покоень; все время сидитъ на постели, безпомощно опустивъ голову на грудь. Ничѣмъ окружающимъ не интересуется, инициативы не проявляетъ. Ёсть хорошо, но сильно худѣть.

1—15/хп. Постепенный упадокъ физическихъ силъ и умственной дѣятельности. Неопратень. Изрѣдка страдает поносами.

16—22. Слабость прогрессируетъ. Неопратень. Глотаніе затруднено. Пульсъ слабъ, частъ.

23. Умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца (въ зависимости отъ истощенія организма).

Вскрытія произведено не было, такъ какъ тѣло взято женою для погребенія

13. (Собственное наблюденіе). Больной К. Ф.—въ, крестьянинъ, 52 лѣтъ, доставленъ въ лѣчебницу 10 марта 1902 года женою.

Анамнезъ (со словъ жены). Отецъ—алкоголикъ, самъ больной тоже. Тяжкихъ соматическихъ заболѣваній у него не было; всегда отличался хорошимъ здоровьемъ. Настоящее психическое заболѣваніе началось съ 26 декабря 1902 года. Два дня передъ тѣмъ больной много выпилъ и въ пьяномъ видѣ выгналъ изъ дома жену. 26-го декабря съ нимъ случился „припадокъ“: онъ вдругъ сталъ жаловаться, что ему дурно, что у него болитъ голова, кружить голову и тутъ же упалъ на полъ, потерявъ сознаніе и лежалъ, безъ судорогъ, съ четверть часа, послѣ чего „очнулся уже самъ не свой“, сталъ какимъ-то „глупенькимъ“, пересталъ работать, потерялъ сонъ и аппетитъ, началъ часто жаловаться на сильныя головныя боли, сталъ „худѣть“ и слабѣть, водку пить пересталъ. Припадки, подобные описанному, повторились разъ шесть-семь.

St. praesens. Больной въ окружающемъ ориентируется недостаточно; память рѣзко понижена; говорить медленно и вяло; бреда не высказываетъ. Анѣмичень, питанія ослабленнаго; во внутреннихъ органахъ ненормальнаго ничего не наблюдается. Зрачки нѣсколько сужены; правый имѣетъ трехугольную форму, на свѣтъ оба реагируютъ вяло. Сухожильные

рефлексы повышены. Въ языкѣ фабрилярныя подергиванія, въ пальцахъ рукъ и губахъ сильный тремор.

Теченіе болѣзни. 11—14/ш. Скромнень, послушенъ; спитъ мало; жалуется на сильныя головныя боли.

15—17. Сознаніе неясное; сильныя головныя боли; бессонница.

18—21. Память ослаблена; въ окружающемъ ориентуется недостаточно; все время не спитъ; вялъ, апатиченъ; рѣчь разстроена; походка шаткая; тремор въ мышцахъ языка, губъ.

23—25. Реакція на свѣтъ довольно вялая; асимметрия лица. Въ психической сферѣ глубокой упадокъ умственной дѣятельности.

26—31. Все время проводитъ въ постели; исхудалый, анэмичный субъектъ. Головныя боли страшныя; ночи проводить почти безъ сна. Ёсть много. Память минимальна; сознаніе неясное. Бреда не высказываетъ.

1—10/iv. Физическое состояніе ухудшается, больной все болѣе нуждается въ посторонней помощи; часто бываетъ неопрятенъ. Рѣчь затруднена. Зрачки не реагируютъ на свѣтъ.

11—20. Психика постепенно распадается, память, соображеніе сведны къ minimum'у. Ёсть много, но постоянно чувствуетъ голодъ. Головныя боли по прежнему и довольно сильныя. Спитъ плохо.

21. Приступъ сильнаго возбужденія больной бѣгаетъ по комнатѣ, бросаетъ попадающіяся ему вещи, передвигаетъ скамьи и пристаётъ къ больнымъ, высказываетъ несвязныя идеи величія. Лицо красное, конъюнктивы гиперемизованы; ночи не спитъ. Такое состояніе продолжалось до 28 апрѣля (въ теченіе недѣли), послѣ чего больной нѣсколько успокоился.

29—30. Ёсть много, спитъ плохо. Истощеніе прогрессируетъ замѣтно. Слабоуміе глубокое. Часто бываетъ неопрятенъ.

Май. Психическое и физическое состояніе прогрессивно ухудшаются. Больной слабѣетъ съ каждымъ днемъ.

Юнь. Больной слабѣетъ; конечности отечны, ціанотичны. Во внутреннихъ органахъ измѣненія нѣтъ; тоны сердца глухи. Апатиченъ, инициатива и интересъ къ окружающему отсутствуютъ совершенно; всѣ стремленія больного сведены къ удовлетворенію чувства голода. Когда подаютъ пищу, онъ

ѣсть съ жадностью, но безъ всякаго оживленія, съ тѣмъ же малоосмысленнымъ выраженіемъ въ лицѣ. Неопрятенъ.

2/vii. Умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца.

Вскрытъ (3/vii) только черепъ. Мозгъ вѣситъ 1355,0; вещество его полнокровно, мѣстами капиллярныя апоплексіи; на разрѣзѣ замѣтны точечныя капли крови. Dura mater мѣстами приращена къ костямъ черепа, во многихъ мѣстахъ сращена и съ pia mater. Послѣдняя помутнена, утолщена и сращена съ веществомъ мозга, который въ видѣ большихъ кусковъ остается на pia, во время ея сниманія. Въ желудочкахъ мозга скопленія серозной жидкости; зендима ихъ и 4-го желудочка зерниста. Кора мозга полнокровна, серозно пропитана, сѣровато краснаго цвѣта, мѣстами размягчена. Сосуды основанія мозга склерозированы. Внутренніе органы безъ замѣтныхъ патологическихъ измѣненій.

14. Больная Е. Ш—а, крестьянка, 35 лѣтъ, доставлена въ лѣчебницу фельдшеромъ уѣздной больницы 22-го декабря 1891 года.

Анамнезъ (со словъ фельдшера, подтвержденный братомъ пациентки). Отецъ и мать больной умерли отъ физическихъ болѣзней (какихъ, не знаетъ); одинъ братъ, три раза былъ психически боленъ; двѣ сестры здоровыя женщины. Замужемъ 12 лѣтъ, имѣетъ одного ребенка. Года четыре назадъ заразилась отъ мужа сифилисомъ; водки никогда не пила. *Мѣсяца три назадъ* впервые обнаружились признаки психическаго заболѣванія; сначала она лѣчилась въ уѣздной больницѣ, гдѣ прошла курсъ антисифилитическаго лѣченія. По словамъ фельдшера, больная была въ больницѣ неопрятна, плохо спала, по ночамъ беспокоилась; кромѣ того замѣчалось измѣненіе психической дѣятельности съ характеромъ общаго слабоумія.

St. praesens. Роста средняго, питанія ослабленнаго, малокровна; со стороны внутреннихъ органовъ измѣненій не найдено. Покойна. Сознаніе неясное; на вопросы, хотя и отвѣчаетъ, но отвѣты ея безсвязны, малотолковы, связно рассказать о своей жизни не можетъ; въ общемъ замѣтно ослабленіе умственныхъ способностей. Зрачки неравнобѣжны, реакція

на свѣтъ вялая. Лѣвая носогубная складка сглажена. Вѣсъ 52,000.

Течение болѣзни. 22—23/хп. Первую половину ночи спала, вторую сильно беспокоилась; весь день (23-го) была возбуждена; сознание затемнено.

24. Покойна, ѣла и спала хорошо; сознание неясное; на вопросы отвѣчаетъ повтореніемъ предложеннаго вопроса; безъ причины улыбается, настроеніе добродушное.

25. Всю ночь не спала, днемъ возбуждена.

26. Утромъ возбужденіе продолжалось; къ вечеру успокоилась и ночь спала не худо.

27. Днемъ покойная, хорошо ѣла; ночь спала очень плохо.

28. Днемъ возбуждена, ѣла мало, за обѣдомъ бросила чашку съ пищей; ночь спала плохо.

29. Возбуждена, бросаетъ попадающіяся ей вещи, обнажается, рветъ бѣлье; ѣсть плохо, ночь не спала.

30—31. Возбужденіе продолжается; лицо красное, глаза сверкающіе; не смотря на сульфональ, не спала всю ночь.

1—2/92г/1. Возбуждена, скрежещетъ зубами; усиленно третъ руками голову и лицо; часто бываетъ неопытна, мажется фекальными массами; сознание затемнено; отвѣты безсвязны, малопонятны. Рѣчь разстроена, произношеніе сильно затруднено. Въ языкѣ сильный тремор, языкъ при высовываніи уклоняется влѣво.

3—14. Непрерывное моторное возбужденіе съ стремленіемъ все разрушать и уничтожать. Голая бѣгаетъ по отдѣленію, плюетъ на окружающихъ, хватается за руки; цинична, продолжаетъ скрежетать зубами. Неопытна.

15—22. Постепенный упадокъ интеллекта. Ни на одинъ вопросъ больная не можетъ отвѣтить: не знаетъ, гдѣ она и давно ли уѣхала изъ дома, какъ ее зовутъ и сколько ей лѣтъ. При всѣхъ этихъ вопросахъ дѣтски наивно улыбается, не давая отвѣта. Сонъ плохой; ѣсть хорошо.

1—12/п. Больная безпокойна, раздѣвается, рветъ бѣлье, матрасы; постоянно третъ руками о стѣны, третъ себѣ лицо; скрежещетъ зубами; спать плохо; ѣсть хотя и хорошо, но замѣтно худѣетъ и падаетъ въ вѣсѣ (48,000). Сознание затемнено; ничего окружающаго не понимаетъ. На правой щекѣ впереди уха образовалось довольно твердая опухоль.

13—18. Возбуждена по прежнему; появился поносъ, температура вечеромъ 39,5°. Опухоль увеличивается; начинается

нагноеніе; кожные покровы надъ ней красны, горячи на ощупь.

19. Температура утромъ 39°. Образовавшийся абсцессъ вскрытъ, положена антисептическая повязка. Вечеромъ температура 36,7°.

20. Температура утромъ 36,4°; больная возбуждена, всю ночь не спала.

21—24. Опухоль щеки опадаетъ; температура нормальна. Поносъ прекратился.

25—29. Возбуждается по прежнему, ѣсть хорошо. Вѣсъ 45,000.

1—10/ш. Состояніе безъ перемѣнъ. Глубокое слабоуміе.

11. Появились судорожные припадки, почти безъ свободныхъ промежутковъ; судороги сильныя въ вравой половинѣ тѣла.

12. Припадки продолжаются; температура повышена (37,9°).

13. Припадки прекратились; общая слабость; больная скрежещетъ зубами; неопытна. Истощеніе сильное.

14—15. Покойна, неряшлива. Въ рукахъ сильный треморъ, въ ногахъ слабость; ходить безъ посторонней помощи больная не можетъ.

16—31. Постепенно и неудержимо слабѣтъ психически и физически. На поясницѣ пролежень.

1—22/iv. Тоже постепенное угасаніе умственныхъ способностей и разрушеніе физическихъ силъ. Появился пролежень въ области крестцовой кости. Временами бываютъ поносы. Спать часто плохо. Глотаніе затруднено: ѣсть только молоко и то съ трудомъ.

24/iv. Умерла при явленіяхъ паралитического истощенія.

Вскрытіе 24/iv (чрезъ 6 часовъ). Крайне исхудалый трупъ, безъ жира въ подкожной клетчаткѣ. Мышцы атрофированы. Въ области крестца и поясницы нѣсколько поверхностныхъ пролежней. Окоченіе сохранилось. Кости свода черепа тонки съ сохранившимся губчатымъ веществомъ. Дуга mater безъ измѣненія. Ріа мутна, утолщена, съ поверхности мозга снимается съ трудомъ. Сосуды основанія мозга безъ измѣненій. Вѣсъ мозга 1232,0; вещество его полнокровно, отечно, очень дрябло. Кортикальное вещество атрофировано. Мозговые желудочки растянуты серозной жидкостью. Еpendyma зерниста. Внутренніе органы безъ измѣненій; въ тонкихъ кишкахъ найдены круглыя глисты.

15. Больная А. А—ва, крестьянка 28 лѣтъ, доставлена 11-го апрѣля 1893 года сестрою.

Анамнезъ (со словъ родной сестры). Отецъ умеръ отъ воспаленія легкихъ, мать стара и слаба, братьевъ нѣтъ, въ живыхъ одна сестра. Замужемъ больная 7 лѣтъ, имѣла одного ребенка, умершаго въ первыя недѣли; было два выкидыша. Мужъ пьяница; 4 года назадъ она заразилась отъ него сифилисомъ, отъ котораго не вылѣчилась; послѣ того долго страдала головными болями. Психически заболѣла *послѣ масляной недѣли (февраль 1893 года)*, а до масляной она была здорова и „недостатковъ въ умѣ не замѣчалось“. При какихъ обстоятельствахъ она заболѣла и какими симптомами проявилось начало заболѣванія, сестра сказать не можетъ, потому что это совпало съ временнымъ отсутствіемъ ея изъ дома, но фактъ психическаго заболѣванія только съ масляной недѣли она подтверждаетъ.

St. praesens. Общее питаніе ослаблено, больная анѣмична, конечности ціанотичны. Зрачки расширены, вяло реагируютъ на свѣтъ и приспособленіе. Языкъ дрожитъ въ общей массѣ, движенія его порывисты. На кончикѣ языка круглая, величиной съ горошину, язвочка поверхностная, довольно твердая. Пульсъ 80 въ минуту, малаго наполненія; тоны сердца часты, но слабы; въ легкихъ везикулярное дыханіе. Голосъ грубый, охрипшій. На голѣняхъ рубцы сине-багроваго цвѣта, круглой формы, величиной съ серебряную монету въ довольно большемъ количествѣ; на подошвѣ лѣвой ноги у основанія большого пальца язвочка съ утолщенными краями и блѣднымъ дномъ, величиною съ волошскій орѣхъ. Рѣзкое усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ. Ходить больная неувѣренно, вся пошатывается и плохо переставляетъ ноги. Рѣчь спотыкающаяся; память, вниманіе и сообразительность ослаблены. Настроеніе добродушное; послушна, покойна. Даваемые на вопросы отвѣты ея по содержанию своему лишены всякаго внутренняго смысла. На большинство вопросовъ больная отвѣчаетъ одно и тоже: „не знаю“ или: „кто его тамъ вѣдаетъ“; другіе отвѣты стоятъ въ прямомъ противорѣчій: то она замужемъ, то не знаетъ какъ зовутъ мужа, то у нея есть дѣти, то нѣтъ ихъ и т. д. Въ окружающемъ не ориентирована; имѣетъ наклонность просто повторять формальную сторону вопроса и больше въ отрица-

тельной формѣ. Предоставленная сама себѣ, остается ко всему безучастною и сидитъ молча.

Течение болѣзни. 12—15/iv. Больную постигла сестра, которая подтвердила показанія, данныя фельдшеромъ относительно больной.

16—22. Больная неопытна, по временамъ безпокойна; ночи спать плохо; ничего не дѣлаетъ, постоянно суетится; слабоуміе глубокое.

23—30. Замѣчается неравномѣрность и вялая реакція зрачковъ. Сознаніе неясное; отвѣты сбивчивы, безтолковы. Ночи спать плохо; ѣсть много.

1—15/v. Покойна; стала немного работать (шьетъ), но работаетъ плохо, предпочитая оставаться безъ дѣла или же какъ нибудь шалить. Изъ лоскутовъ шьетъ себѣ куклу, но ничего не выходитъ. Ночи спать лучше; ѣсть много, но питаніе падаетъ.

16—31. Безъ особыхъ перемѣнъ въ ту или другую сторону.

1—10/vi. Охотно гуляетъ во дворикѣ, собираетъ разный мусоръ, травки, мелкіе камушки, раскладываетъ ихъ рядами, увѣряя окружающихъ, что это у нея деньги, драгоценные камни, которыхъ у нея будетъ еще больше, когда она будетъ царицей. На вопросъ: „когда это будетъ?“ отвѣчаетъ: „не знаю“, а потомъ скоро отказывается отъ своей мысли.

11—12. Пришла въ состояніе сильнаго возбужденія безъ видимой причины, расбросала постельное бѣлье, разорвала наволочку, разбила два стекла. Помѣщена въ безпокойное отдѣленіе, гдѣ продолжала возбуждаться.

13—20. Всю недѣлю безпокойна; сознаніе неясное; все время въ движеніи: быстро ходить по отдѣленію, бранится, стучить по стѣнамъ, подбѣгаетъ къ дверямъ, окнамъ. Ночи совсѣмъ не спитъ; ѣсть хорошо.

21—30. Пристаетъ къ больнымъ, за что нерѣдко получаетъ побои; все время въ движеніи, поетъ, смѣется, пляшетъ; изъ подушки вытрясла солому, свила себѣ плетъ, которую повѣсила на шею, говоря; „это у меня золотое ожерелье“. Память, соображеніе глубоко разстроены. Настроеніе повышенное.

1—10/vii. Тоже возбужденное состояніе; постоянная склонность къ движенію, безсонница и глубокое слабоуміе.

11—12. Больная сравнительно покойнѣе; выраженіе лица усталое; оба дня лежитъ въ постели. Ъсть хуже. Исхуданіе прогрессируетъ.

13—20. Больная успокоилась; большую часть времени проводить въ постели, ничѣмъ не заявляя о своемъ существованіи.

20. Выписана изъ лѣчебницы по желанію родныхъ въ покойномъ состояніи.

26/ix. Доставлена обратно въ лѣчебницу, такъ какъ стала неопрятною и по временамъ приходила въ возбужденное состояніе.

27—30. Глубоко слабоумна и совершенно не ориентирована въ окружающемъ. Съ физической стороны—ptosis лѣваго глаза и полная слѣпоты на оба глаза.

1—8/x. Стала беспокоиться: встаетъ, раздѣвается; физическія силы слабѣютъ. Въ рукахъ сильный tremor, ложку держать не можетъ.

9—20. Слаба, ходить безъ посторонней помощи не можетъ. Глотаніе затруднено, ѣсть больная плохо.

21—25. Покойна, лежитъ въ постели; неопрятна, въ области лѣваго большого вертела пролежень.

26—31. Глотаешь медленно, поперхивается. Десны кровоточатъ; стопы отечны, холодны, цианотичны.

1—5/xi. Силы больной слабѣютъ съ каждымъ днемъ; пульсъ малъ; распределеніе температуры неравномерное: въ axilla—37,3°, конечности же холодны, синеватого цвѣта.

6/xi. Умерла при явленіяхъ слабой дѣятельности сердца.

Вскрытіе 7/xi. Трупъ истощенный; трупное окоченѣніе сохранено. Въ области праваго вертела пролежень. Кости черепа утолщены, склерозированы. Sinus longitudinalis содержитъ небольшое количество жидкой крови. Сосуды основанія мозга атероматозно перерождены. Подъ dura mater и въ боковыхъ желудочкахъ значительное количество серозной жидкости. Chiasma nn. opticoгum уплощено. Pia mater помутнена, снимается съ трудомъ, вслѣдствіе сращенія съ веществомъ мозга. Коровое вещество атрофировано, малокровно. Въ мозге 1240,0; вещество его вязко. На днѣ 4-го желудочка зернистость эпендимы. Во внутреннихъ органахъ измѣненій, кромѣ небольшой каверны въ верхушкѣ лѣваго легкаго, не найдено.

Такимъ образомъ разсматривая только что приведенныя исторіи болѣзней, мы видѣмъ, что почти во всѣхъ нашихъ случаяхъ болѣзнь начиналась довольно быстро у до того психически здоровыхъ людей.

Инкубаціонный періодъ былъ непродолжителенъ: послѣ начальныхъ, довольно неопредѣленныхъ симптомовъ,—головныхъ болей, раздражительности, разбѣянности, часто бессонницы въ однихъ случаяхъ, или же послѣ повторнаго обморочнаго состоянія, а также нѣсколькихъ апоплектоидныхъ инсультовъ въ другихъ, у больного появляется вялость мышленія, неспособность къ работѣ, забывчивость, характеръ его мѣняется: изъ трудолюбиваго, скромнаго больной дѣлается беззаботнымъ, веселымъ, болтливымъ, равнодушно смотритъ на окружающіе его безпорядки, даже не замѣчаетъ ихъ. Этотъ періодъ, иначе называемый періодомъ предвѣстниковъ, у нашихъ больныхъ продолжался въ среднемъ отъ четырехъ дней до двухъ недѣль. Исключеніе представляютъ случай 12-й и 13-й у мужчинъ, у которыхъ продромальный періодъ продолжался сравнительно дольше первыхъ одинадцати случаевъ, и 14 и 15-й случаи (у женщинъ), гдѣ относительно этого періода достовѣрныхъ свѣдѣній не удалось получить.

За періодомъ предвѣстниковъ неизбѣжно слѣдовало маниакальное возбужденіе съ глубокимъ затемненіемъ сознанія, безпорядочнымъ теченіемъ представленій, съ постояннымъ стремленіемъ къ движенію, къ разрушенію всего попадающагося на пути, съ быстрымъ упадкомъ физическихъ силъ и упорной бессонницей, несмотря на всевозможныя успокаивающія средства. Продолжительность этого періода у нашихъ больныхъ равнялась отъ одной недѣли до трехъ мѣсяцевъ; въ среднемъ она была равна 46 днямъ на каждого больного.

За періодомъ возбужденія слѣдовалъ заключительный періодъ постепеннаго упадка умственныхъ и физическихъ силъ, періодъ апатическаго слабоумія и паралическаго истощенія. Исключеніе составляетъ 4-й случай, въ которомъ возбужденіе продолжалось до самой смерти больного, послѣдовавшей

также отъ паралитическаго истощенія и упадка сердечной дѣятельности.

Продолжительность прогрессивнаго паралича у нашихъ больныхъ видна изъ слѣдующей таблицы:

Продолжительность болѣзни.	Мужч.	Женщ.
3 мѣсяца	2	—
4 мѣсяца	2	—
4 ¹ / ₂ мѣсяца	2	—
6 мѣсяцевъ	3	1
9 мѣсяцевъ	1	1
В с е г о	13	2

Такимъ образомъ средняя продолжительность болѣзни равнялась около *шести мѣсяцевъ* (5, 8 мѣсяца).

Случаи болѣе короткаго теченія прогрессивнаго паралича приводятъ нѣкоторые (правда немногіе) авторы. Такъ *Hughes* ¹⁵⁾ указываетъ случай, въ которомъ прогрессивный параличъ съ нѣсколькими ремиссіями продолжался около 90 дней, послѣ чего больной умеръ. Другой авторъ *M. Mabilly* ¹⁶⁾ приводитъ случай прогрессивнаго паралича, въ которомъ бредъ появился внезапно; болѣзнь продолжалась въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ и проявлялась нѣкоторымъ незначительнымъ разстройствомъ умственныхъ способностей; съ появленіемъ же меланхолическаго бреда приняла острое теченіе и смерть послѣдовала въ теченіе 6 недѣль. Не смотря на искусственное кормленіе, истощеніе организма

развилось очень быстро, также быстро разрушилась и психика больного.

Далѣе, только что цитированный д-ръ *Hughes*¹⁷⁾ указываетъ случай очень быстрого теченія прогрессивнаго паралича, всего только около двадцати дней. На 17-й день больной имѣлъ нѣчто въ родѣ ремиссии, которая продолжалась около 10 часовъ. Референтъ (*V. Parant*) справедливо сомнѣвается въ діагнозѣ, и считаетъ эту форму за фебрильный бредъ, тѣмъ болѣе, что въ послѣдніе дни наблюдалось повышеніе температуры и гиперемія легкихъ. *Serrigny*¹⁸⁾ наблюдалъ случай прогрессивнаго паралича, продолжавшійся около пяти мѣсяцевъ (съ мая по сент. 1897 г.). Этотъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что онъ появился въ теченіе вторичнаго сифилиса, протекавшаго въ довольно тяжелой формѣ, и сопровождался большимъ количествомъ апоплектиформныхъ и эпиплептиформныхъ припадковъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Терапевтическое значеніе кровоизвлече- ній при страданіяхъ нервной системы.

А. В. Соболевскаго.

(Продолженіе; см. т. XII, вып. 2).

Орлеанскій⁷⁸⁾ одинъ опытъ съ удушеніемъ поставилъ на собакѣ, у которой за 4 дня до того произведено было удаленіе съ обѣихъ сторонъ той части мозговой коры, раздраженіе которой, по изслѣдованіямъ проф. Бехтерева и Миславскаго, производитъ, какъ постоянное явленіе, рѣзкое повышеніе кроводавленія. Этотъ опытъ убѣдилъ Орлеанскаго въ томъ, что удаленіе вышеуказанныхъ участковъ мозговой коры „не исключаетъ этого повышенія при асфиксіи (да и вообще не измѣняетъ общей картины удушенія). „Слѣдовательно, заключаетъ авторъ, „причину повышенія общаго кровяного давленія при асфиксіи нужно искать въ возбужденіи нижележащихъ частей сосудодвигательной нервной системы“. Выводъ автора нѣсколько односторонній, потому что не сдѣлано сравненія въ степени повышенія кровяного давленія при другихъ условіяхъ. Что касается того, будто „общая картина удушенія“ не измѣнилась при вышеуказанной постановкѣ опыта, то слѣдуетъ указать, что

по словамъ самого автора, два удушенія во время одного опыта дали двѣ „картины“: 1) сопротивление мозговыхъ сосудовъ первыя 30“—безъ особенныхъ измѣненій, затѣмъ *повышается*; 2) сопротивление мозговыхъ сосудовъ, бывшее нѣсколько повышеннымъ (а, по моему, въ среднемъ—безъ измѣненія. А. С.) въ 1-ую половину удушенія, во 2-ую—значительно *падаетъ*. Итакъ въ чемъ, по мнѣнію автора, заключается „общая“ картина удушенія? Неужели авторъ видитъ общность въ томъ, что оба раза сосуды *измѣняли* свой просвѣтъ?

Упомянемъ кстати, что Пуссепъ⁷⁷⁾, раздражая электрическимъ токомъ участки мозговой коры въ задневерхней части двигательной извилины позади крестовидной борозды, вызывалъ эрекцію полового члена у собаки.

Изъ предыдущаго изложенія видно, что во всѣхъ нашихъ опытахъ по способу Donders'a наблюдалось суженіе сосудовъ мозговой коры, тогда какъ въ нѣкоторыхъ опытахъ по способу Nürthle'a пришлось признать, что сосуды головного мозга могутъ подвергаться и расширенію подъ вліяніемъ кровопусканій. Быть можетъ, выводъ изъ этихъ данныхъ тотъ, что болѣе крупныя сосуды головного мозга могутъ расширяться въ то время, какъ болѣе мелкіе сосуды суживаются; конечный итогъ будетъ зависѣть отъ взаимныхъ отношеній этихъ измѣненій. Уже давно Негер⁵⁷⁾ на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ заключенію, что существуетъ нѣкоторый сосудодвигательный антагонизмъ между сосудистой системой мозговой коры и системой мозгового основанія и центральныхъ ганглиевъ *). Левченко, руководясь итогами своихъ опытовъ, приходитъ къ тому же

*) Проф. Введенскій во время преній (на засѣданіи Общ. псих. 1924/1101 г.) по поводу доклада проф. Тарханова, между прочимъ, высказалъ, что недавніе опыты, произведенные въ Брюссельской лабораторіи, доказываютъ, что во снѣ въ узлахъ основанія мозга существуетъ расширеніе сосудовъ, а въ корѣ—суженіе (см. протоки. Общ. псих. за 1900 и 1901 г.).

выводу путем умозаключений. Тодорский⁸⁶⁾ на основании своих опытов тоже признает вышеуказанный антагонизм мозговых сосудов, но Лазурский применил в своих опытах способ Dondera и наблюдал гиперемию видимой части мозга при расширении черепномозговых сосудов, каковое расширение установлено им при помощи других способов и в других опытах. В пользу антагонизма мозговых сосудов можно привести следующее наблюдение проф. Вагинского¹²⁾ (98 г.): вскрывая дѣтей, умерших отъ *эклампси*, онъ убѣдился, что причиной судорогъ является малокровіе мозга, зависящее отъ повышенія внутричерепного давленія вслѣдствіе сильнаго переполненія видимыхъ кровеносныхъ сосудов.

Орлеанский⁷⁸⁾, на основаніи своихъ опытовъ по способамъ Hürthle'a, Lorry и Gärtner-Wagner'a пришелъ къ заключенію, что удушеніе обуславливаетъ артеріальную гиперемію мозгового вещества, и не можетъ согласиться съ утверженіемъ Askerman'n'a, производившаго изслѣдованія по способу Dondera, что смерть отъ асфиксіи всегда связана съ анеміей мозга. „Положеніе его примѣнимо только для единичныхъ случаевъ“,—рѣшаетъ Орлеанскій и не упоминаетъ о существующихъ данныхъ въ литературѣ относительно вышеуказаннаго антагонизма мозговыхъ сосудов, который можетъ объяснить различіе во взглядахъ двухъ авторовъ, къ тому же работавшихъ по различнымъ способамъ.

Съ точки зрѣнія антагонизма мозговыхъ сосудов значительный интересъ представляютъ воззрѣнія Meunert'a*) на тѣ приспособленія, которыя существуютъ для регулированія кровообращенія во время умственной работы. Въ основѣ умственной дѣятельности, по мнѣнію Meunert'a, лежитъ

*) Привожу по С. С. Корсакову¹⁰¹⁾.

процессъ корковыхъ ассоціацій. При смѣнѣ представленій происходитъ постоянная смѣна въ интенсивности дѣятельности различныхъ отдѣловъ мозговой коры, такъ какъ при правильной умственной работѣ не всѣ части коры находятся одновременно въ дѣятельномъ состояніи, а въ то время, когда однѣ части усиленно работаютъ, другія—находятся въ состояніи относительнаго покоя, какъ бы во снѣ, изъ котораго выходятъ, когда ассоціаціонная смѣна приводитъ ихъ снова въ состояніе дѣятельное. Отдѣльныя части мозговой коры имѣютъ, по мнѣнію Меуnert'a, двоякую функцію: психическую (ассоціаціонную) и сосудодвигательную. Благодаря этой послѣдней въ то время, когда данная часть мозговой коры работаетъ, къ ней кровь притекаетъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ во время покоя; это достигается тѣмъ, что въ силу закона сохранения энергіи нужно признать такое соотношеніе между психической функціей даннаго участка мозговой коры и ея сосудодвигательной, что, когда особенно сильна психическая работа, сосудодвигательная функція уменьшается, а въ связи съ этимъ сосуды данной области коры расширяются и къ ней приливаетъ въ большемъ количествѣ артеріальная кровь съ ея кислородомъ. Сосудодвигательное вліяніе мозговой коры, по мнѣнію Меуnert'a, происходитъ вслѣдствіе тѣхъ возбужденій, которыя посылаетъ кора къ главному сосудистому центру въ продолговатомъ мозгу, и поэтому чѣмъ больше возбужденія по направленію къ нему будутъ исходить изъ данной области коры, тѣмъ болѣе будутъ сжаты сосуды этой области, и наоборотъ. Все это выражается въ слѣдующей формулѣ Меуnert'a: чѣмъ болѣе ассоціаціонная работа даннаго участка коры, тѣмъ менѣе сосудодвигательная работа этого участка, а соотвѣтственно этому менѣе сжимающее вліяніе сосудистаго центра въ продолговатомъ мозгу, вслѣдствіе чего притокъ крови къ данному участку коры усиливается, и—наоборотъ.

Въ нашихъ опытахъ съ опредѣленіемъ внутричерепного давленія таковое значительно понизилось во время непрерывнаго кровопусканія (48⁰/₀) изъ *v. femor.* и осталось почти безъ измѣненій при однократномъ кровопусканіи (2⁰/₀) изъ *v. cephal.* и повторныхъ кровопусканіяхъ (40⁰/₀) изъ *v. brachial.* (10⁰/₀) и *v. femor.* (33⁰/₀). Давленіе въ отводящей венѣ значительно понижается во время второго кровопусканія (2⁰/₀ изъ *v. cephal.*), обнаруживаетъ небольшое повышение послѣ третьяго кровопусканія (10⁰/₀ изъ *v. brachial.*) и остается почти безъ перемѣнъ во время четвертаго кровопусканія (33⁰/₀ изъ *v. femoral.*). На основаніи этихъ итоговъ можно придти къ заключенію, что внутричерепное давленіе не находится въ прямой зависимости отъ венознаго давленія въ головномъ мозгу.

Что касается артеріальнаго давленія, которое опредѣлялось только въ одномъ изъ вышеуказанныхъ случаевъ (опытъ III), то подѣ влияніемъ обоихъ кровопусканій (изъ *vv. brach.* и *femor.*) оно понижалось въ разной мѣрѣ. Сопоставляя незначительное паденіе кроводавленія съ незначительнымъ же повышеніемъ венознаго давленія подѣ влияніемъ перваго кровопусканія (10⁰/₀ изъ *v. brach.*) и значительное (до $\frac{1}{3}$) паденіе кроводавленія съ неизмѣнностью венознаго давленія подѣ влияніемъ втораго кровопусканія (33⁰/₀ изъ *v. femor.*), мы должны признать венозный застой въ обоихъ случаяхъ.

Въ опытѣ I по способу Gärtner-Wagner'a непрерывное кровопусканіе изъ *v. femoral.* (50⁰/₀) довольно быстро понизило артеріальное давленіе до 0; венозное же сначала понизилось (на 10 mm.), а затѣмъ оставалось безъ измѣненій; слѣдовательно, и здѣсь мы должны заключить о венозномъ застой въ головномъ мозгу подѣ влияніемъ обильнаго кровопусканія. Въ другомъ опытѣ по тому же способу на ряду съ значительнымъ повышеніемъ артеріальнаго давленія наблюдалось незначительное повышение венознаго давленія.

Въ опытахъ по способу Hürthle'я наступало то паденіе венознаго давленія съ послѣдующей неизмѣнностью его

(5 случаев), то падение его съ послѣдующимъ повыше́ніемъ (5 случаев), то повыше́ніе съ послѣдующимъ пониже́ніемъ (2 случая), то одно только повыше́ніе (9 случаев), то одно только пониже́ніе (1 случай), то венозное давленіе оставалось почти безъ измѣненій (8 случаев). Во всѣхъ перечисленныхъ опытахъ артеріальное давленіе болѣе или менѣе понижалось; слѣдовательно, нужно признать, что, за исключеніемъ одного опыта, въ остальныхъ наступалъ венозный застой.

Такъ какъ большинство опытовъ ставилось на кураризованныхъ собакахъ съ искусственнымъ дыханіемъ, то за причину венознаго застоя нужно признать ослабленіе сердечной дѣятельности, уменьшеніе его присасывающей способности, ибо условія дыханія были во всѣхъ этихъ опытахъ одинаковы. Принимая же во вниманіе, что почти во всѣхъ нашихъ опытахъ теченіе крови въ сосудахъ головного мозга *замедляется*,—а въ нѣкоторыхъ опытахъ достигалось полное устраненіе сердца при помощи перерѣзки *n.n. vago-sympat.*, удаленія *g.g. staellat.* и раздавливанія спинного мозга—слѣдуетъ признать, что *замедленіе* кровяного тока происходило тоже вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, и что ослабленіе это зависѣло, между прочимъ, отъ самой мышцы сердца или нервныхъ узловъ, залегающихъ въ самомъ сердцѣ. Прибавимъ къ этому, что размахи пульсовыхъ колебаній, по большей части, становились болѣе мелкими подѣ вліяніемъ кровопусканій, а число сердечныхъ сокращеній сначала увеличивалось въ значительной степени, затѣмъ уменьшалось.

Итоги опытовъ моихъ съ приставленіемъ пиявокъ къ различнымъ мѣстамъ тѣла собаки, въ общемъ, сводятся къ слѣдующему:

- 1) Приставленіе пиявокъ къ слизистой оболочкѣ носа собаки *ускоряетъ* теченіе крови въ *расширяющихся* сосудахъ

головного мозга; несмотря на это, давление въ отводящей *венѣ* постепенно и въ небольшой степени *понижается*, что можно объяснить отчасти отвлеченіемъ крови чрезъ вены носовой полости, анастомозирующія съ мозговыми синусами.

2) Приставленіе піявокъ къ *височной* области собаки *ускоряетъ* теченіе крови въ слегка расширенныхъ сосудахъ головного мозга; *венозное* давление понижается.

3) То же самое производитъ приставленіе піявокъ къ *сосцевидному* отростку собаки.

4) То же самое производитъ приставленіе піявокъ къ *срамнымъ губамъ* суки.

5) То же самое производитъ приставленіе піявокъ во *кругъ задняго прохода* собаки.

Если паденіе венознаго давленія въ первыхъ трехъ случаяхъ можно объяснить отчасти существованіемъ извѣстныхъ выпускниковъ, то въ двухъ послѣднихъ случаяхъ нужно имѣть въ виду, что у собаки главная масса крови отводится изъ головного мозга чрезъ *sinus columnae vertebralis*, который въ своемъ началѣ стоитъ въ связи съ *v. jugul. inter.* благодаря крупной вѣтви *v. occip.*, проникающей чрезъ *for. obliquum* атланта. У человека, какъ извѣстно, тоже существуетъ связь черепномозговыхъ венъ съ спинно-мозговыми (подробное см. въ моей диссерт. стр. 302—304), которыя образуютъ многочисленные сплетенія въ позвоночномъ каналѣ и находятся въ связи съ вѣтвипозвоночными венами. Такъ, предлагая при кровоизліяніи въ оболочки спинного мозга приставлять піявки къ заднему проходу, G o w e r s ³⁾ поясняетъ, что польза этихъ мѣстныхъ кровоизвлеченій зависитъ отъ анастомозовъ между венными сплетеніями и венами въ тканяхъ, помѣщающихся позади позвоночника. Равнымъ образомъ, по H y r t h l'ю, подкожныя вены спины анастомозируютъ съ задними венозными сплетеніями позвоночнаго столба и позвоночнаго канала. Въ шейной же ямкѣ и крестцовой области, гдѣ вмѣсто мышцъ находятся одни только сухожильные слои, существуетъ прямая связь

между сосудами кожи и спинного мозга, а изъ нижняго от-верстія позвоночнаго столба (*hiatus sacrococcygeus*) постоянно выходятъ два венозныхъ стволика, сообщающихся съ подкожными венами крестцовой области. Что касается связи *почечуи-ныхъ* венъ съ спинно-мозговыми сплетеніями, то таковая объ-ясняетъ намъ, почему у людей старыхъ и геморроидальныхъ часто находятъ вены въ сторонѣ конскаго хвоста расширенными и варикозными (Hyrth).

Такимъ образомъ, дѣйствіе приставленія пиявокъ къ *срамнымъ губамъ* и *заднему проходу* мы можемъ представить въ слѣдующемъ видѣ: какъ только пиявки начинаютъ присасываться, рефлекторно сосуды (артеріи) головного мозга расширяются и механически проталкиваютъ венозную кровь, которая устремляется въ спинно-мозговыя сплетенія, чѣмъ и можно объяснить паденіе давленія въ яремной венѣ. Это же разсужденіе можно примѣнить, въ общемъ, и къ другимъ случаямъ приставленія пиявокъ (къ носу и пр.).

Въ подтвержденіе вышеизложеннаго можно указать на изслѣдованіе Телятника и Боришпольскаго¹⁰²⁾, которые на основаніи своихъ опытовъ (по способу Hürthle'a) пришли къ заключенію, что всѣ болевья раздраженія механическаго, электрическаго или термическаго происхожденія вызываютъ расширеніе сосудовъ головного мозга, а всѣ холодовья раздраженія (безболѣзненные)—ихъ суженіе. Равнымъ образомъ, въ нашихъ опытахъ съ кровопусканіями болевья раздраженія при разрѣзахъ кожи вызывали расширеніе сосудовъ головного мозга *). Слѣдовательно, нужно признать, что расширеніе этихъ сосудовъ во время приставленія пия-

*) Въ нѣкоторыхъ опытахъ, гдѣ производилось кровопусканіе изъ *v. cephal.*, конечность собаки была перетягиваема бинтомъ выше локтевого сгиба для того, чтобы *v. cephal.* набухла. Просматривая относящіяся сюда таблицы, не трудно убѣдиться, что такое (умѣренное) стягиваніе передней конечности кураризованной собаки почти вовсе не отражалось на просвѣтѣ черепно-мозговыхъ сосудовъ.

вокъ наступаетъ рефлекторно вслѣдствіе раздраженія чувствительныхъ нервовъ, тогда какъ незначительная потеря крови, высасываемой пиявками, не имѣетъ при этомъ значенія. Этотъ выводъ подтверждается также нашимъ опытомъ съ приставленіемъ кровососныхъ банокъ, которыя, однако, почти вовсе не извлекли крови у собаки: и здѣсь наступило кратковременное расширеніе черепно-мозговыхъ сосудовъ.

Что касается общаго кроводавленія, то таковое въ большинствѣ опытовъ (7 изъ 10) понижается, быть можетъ, вслѣдствіе общаго расширенія сосудовъ; въ остальныхъ случаяхъ оно либо остается безъ перемѣны, либо незначительно повышается. Въ общемъ, кроводавленіе стремится выравниться, а черепно-мозговые сосуды—принять свой прежній видъ. Приведемъ, кстати, что въ опытахъ Каземъ-Бека³¹⁾ приставленіе пиявокъ скорѣе повышаетъ, чѣмъ понижаетъ кроводавленіе, а по наблюденію проф. Griesinger'a¹⁸⁾ приставленіе пиявокъ къ *заднему проходу* противъ приливовъ въ головѣ—невѣрное средство: оно часто даже усиливаетъ припадки. Наши опыты, во всякомъ случаѣ, не противорѣчатъ этому наблюденію знаменитаго психіатра. Тотъ же опытъ (X), въ которомъ пиявки были приставлены къ *заднему проходу* въ то время, пока въ ноздрѣ собаки сидѣла пиявка, не можетъ служить объясненіемъ приведеннаго въ моей диссертациі (стр. 11) наблюденія проф. Захарьина²⁾—остановки носового кровотеченія приставленіемъ пиявокъ въ окрестности задняго прохода.

На основаніи своихъ изслѣдованій я пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Подъ вліяніемъ кровопусканій изъ различныхъ сосудовъ конечностей собаки, въ большинствѣ случаевъ, наступаетъ *суженіе* сосудовъ головного мозга.

2) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нужно признать, что на ряду съ *суженіемъ* сосудовъ мозговой коры происходитъ *расширеніе* болѣе крупныхъ сосудовъ мозга.

3) Суженіе сосудовъ головного мозга происходитъ вслѣдствіе раздраженія главнаго сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу или сосудодвигательнаго центра втораго порядка въ головномъ мозгу.

4) *Суженіе* или *расширеніе* черепно-мозговыхъ сосудовъ, происходящее подъ вліяніемъ кровопусканій, не обнаруживаетъ особенной стойкости и въ случаяхъ несмертельнаго кровопусканія просвѣтъ сосудовъ стремится вернуться къ первоначальному размѣру спустя нѣкоторое время послѣ кровопусканія.

5) Теченіе крови въ сосудахъ головного мозга подъ вліяніемъ кровопусканій *замедляется*, что, повидимому, зависитъ отъ ослабленія сердечной дѣятельности вслѣдствіе соотвѣтствующаго вліянія автоматическихъ узловъ сердца.

6) Болѣе или менѣе обильное кровопусканіе производитъ *венозный застой* въ головномъ мозгу вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности.

7) Общее кровяное давленіе и давленіе въ сосудахъ Виллизіева круга почти всякій разъ подъ вліяніемъ кровопусканій болѣе или менѣе быстро *понижаются* и въ случаяхъ несмертельнаго кровопусканія обнаруживаютъ, спустя нѣкоторое время послѣ его прекращенія, стремленіе *выравниваться*.

8) Приставленныя къ слизистой оболочкѣ носа, къ *вискамъ* и *сосцевидному отростку*, вокруг *задняго прохода* и къ *срамнымъ губамъ пиявки*, высасывая незначительное количество крови, вызываютъ рефлекторно небольшое *расширеніе* сосудовъ головного мозга, раздражая своимъ присутствіемъ чувствительные нервы. Расширяющіеся сосуды проталкиваютъ венозную кровь въ сплетенія позвоночнаго канала, чѣмъ и объясняется пониженіе давленія въ яремной венѣ.

9) Приставленіе кровососныхъ банокъ на груди собаки вызываетъ кратковременное *расширеніе* черепно - мозговыхъ сосудовъ съ послѣдующимъ болѣе длительнымъ ихъ *суженіемъ*, исчезающимъ послѣ отпаденія банокъ, когда наступаетъ *возвращеніе* сосудовъ къ первоначальному просвѣту.

10) Болевыя раздраженія при разрывѣхъ кожи вызываютъ кратковременное *расширеніе* сосудовъ головного мозга.

11) Опыты по способу Hürthle'я желательно ставить на собакахъ съ предварительно перерѣзанной одной сонной артеріей.

12) Опыты по способу Hürthle'я, по возможности, слѣдуетъ ставить съ одновременнымъ опредѣленіемъ давленія въ отводящей венѣ для того, чтобы съ болѣе правымъ измѣненіе сопротивленія кровяному току въ сосудахъ головного мозга относить на счетъ колебанія ихъ просвѣта.

13) Вмѣстѣ съ тѣмъ, способъ Gärtner - Wagner'a является лишнимъ.

14) Наоборотъ, способъ Donders'a при моемъ дополненіи является существеннымъ подспорьемъ къ способу Hürthle'я.

15) *Кураризація* вызываетъ *суженіе* сосудовъ головного мозга, которое проходитъ черезъ 5—15 минутъ, смотря по дозѣ и собакамъ.

Выше мы видѣли, что показаніемъ для кровоиъвлеченія и, въ частности, для кровопусканія служатъ, главнымъ образомъ, кровоиъзліянія въ спинной и головной мозгъ, преимущественно въ послѣдній. Сверхъ того, что показаніе должно удовлетворять нѣкоторымъ условіямъ пульса, дыханія и пр. Спрашивается, насколько правы клиницисты, примѣняя такой способъ леченія⁹⁾. Не слѣдуетъ забывать, что способъ этотъ употреблялся въ теченіе нѣсколькихъ вѣковъ и, повидимому, всѣмъ были довольны: и врачи и больные. Почему же онъ вдругъ потерялъ довѣріе и тѣхъ и другихъ, и пересталъ дѣйствовать благотворно во всѣхъ случаяхъ, сохранивъ свое дѣйствіе только при опредѣленныхъ условіяхъ?

Нельзя-ли объяснить такую переменъ судьбы тѣмъ, что и нынѣ, какъ и въ прежнія времена, указанный способъ только производилъ впечатлѣніе чего-то полезнаго, а на самомъ дѣлѣ, не оказывалъ по меньшей мѣрѣ, никакого благотворнаго дѣйствія⁹⁾. Знакомство съ литературой этого вопроса заставляетъ придти къ такому именно заключенію. И, дѣйствительно, авторы, предлагающіе примѣнять кровоиъвлеченія при мозговыхъ ударахъ, руководятся, главнымъ образомъ, своими наблюденіями, недостаточно обоснованными, и соображеніями, отчасти неправильными, отчасти произвольными. Припомнимъ, встать, слова Trousseau²⁰⁾, клиническая опытность котораго не подлежитъ сомнѣнію: „если при кровотеченіяхъ въ черепномъ мозгу я не прибѣгаю ни къ кровопусканіямъ, ни къ слабительнымъ, ни къ отвлекающимъ, то это только потому, что знаю по опыту, что отъ такого воздержанія больнымъ лучше“. Точно такъ же F. Moritz¹⁰³⁾ (1903 г.) на стр. 797 руководства, составленнаго подъ редакціей Meringa, говоритъ слѣдующее: „прежде при кровоиъзліяніи въ мозгъ дѣлали обыкновенно кровопусканіе; въ настоящее время отъ этого почти совершенно отказались, тѣмъ болѣе, что противъ цѣлесообразности этой мѣры могутъ быть выставлены и теоретическія возраженія“.

Прежде всего нужно имѣть въ виду, что „апоплексія“ бываетъ различнаго рода. Слѣдующее мѣсто изъ Gowers'a³⁾ заслуживаетъ въ данномъ вопросѣ вниманія: „главнѣйшей причиной апоплексіи служитъ внезапное пораженіе головного мозга, и самой частой—внутричерепное кровотеченіе; апоплексія можетъ также зависѣть отъ разрыва головного мозга, отъ простого сотрясенія его, а также отъ внезапной остановки притока крови къ какой-нибудь части мозга вслѣдствіе закупорки сосуда кровяной пробкой, либо занесенной изъ отдаленнаго мѣста (эмболия), либо образовавшейся *in situ* (тромбозъ). Въ рѣдкихъ случаяхъ апоплексія можетъ, вѣроятно, обуславливаться конгестивной гипереміей головного мозга, хотя это наблюдается не такъ часто, какъ принято думать. Аналогичное состояніе встрѣчается у стариковъ, однако безъ видимыхъ поврежденій, достаточныхъ для объясненія его; въ такомъ случаѣ говорятъ о „простой апоплексіи“. Въ старческомъ возрастѣ мозгъ сморщивается, извилины уменьшаются и пространства между ними наполняются серозной жидкостью. Прежде, когда фактъ этотъ былъ неизвѣстенъ, серозной жидкости ошибочно приписывали важное значеніе, считая ее причиной наблюдающихся въ этихъ случаяхъ, симптомовъ, и говорили объ „*apoplexia sclerosa*“ — болѣзни *), несуществующей въ дѣйствительности, хотя названіе это все еще приходится иногда слышать на судебныхъ разбирательствахъ и встрѣчать въ свидѣтельствахъ о смерти“ (99 стр.). Если къ этому прибавить, что распознаваніе причины „апоплексіи“ иногда весьма трудно **), то станетъ ясно, какой возможенъ произволъ въ толкованіи цѣлесообразности того или другого врачебнаго вмѣшательства.

*) André⁵⁾ однако, утверждаетъ, что старое дѣленіе апоплексіи на кровяную, серозную и нервную, подвергавшееся еще недавно строгой критикѣ, получило въ послѣднее время блистательное подтвержденіе. По его словамъ, ученіе о серозной апоплексіи своимъ восстановленіемъ въ значительной степени обязано Raymond'у, а Fournier различаетъ даже нѣсколько клиническихъ разновидностей серозной апоплексіи.

*) У Gowers'a³⁾, между прочимъ, читаемъ: «простая апоплексія» не можетъ быть распознана при жизни (стр. 103). «Характеръ мозгового

Другимъ источникомъ ошибокъ заключенія даже при вѣрномъ распознаваніи геморрагіи, и при удачномъ примѣненіи того или другого средства можетъ послужить то обстоятельство, что предсказаніе въ каждомъ данномъ случаѣ не можетъ рассчитывать на безусловную правильность и нельзя благопріятный исходъ ставить въ связь съ примѣненнымъ средством *).

пораженія приходится опредѣлять при двухъ условіяхъ: во 1-хъ, во время начальной апоплексіи и во 2-хъ, по исчезновеніи послѣдней, когда остаются только стойкіе эффекты поврежденія; несравненно болѣе важенъ діагнозъ въ первомъ случаѣ, такъ какъ отъ него зависитъ дальнѣйшее лѣченіе, но, къ несчастью, это сплошь и рядомъ самая трудная диагностическая задача, которую приходится разрѣшать на практикѣ» (406 стр.). «Труднѣе отличить разбираемое состояніе (геморрагію мозга) отъ апоплектообразныхъ приступовъ при гипереміи мозга, при прогрессивномъ паралитѣ помѣшанныхъ и при такъ называемой, «простой апоплексіи», при которой не наблюдается признаковъ гипереміи и по смерти не находятъ измѣненій мозга» (стр. 407). «Приступы «простой апоплексіи», наблюдавшіеся у стариковъ, по своему характеру еще совершенно темные, могутъ въ высокой степени напоминать апоплексію вслѣдствіе церебральной геморрагіи. Сомнительно даже, возможно-ли дифференцировать оба состоянія на практикѣ» (стр. 407). «Надо помнить, что діагнозъ всегда представляетъ собою нѣчто гадательное, но всетаки лишь рѣдко признаки, говорящіе въ пользу размягченія или геморрагіи, настолько уравниваютъ другъ друга, что не удастся поставить вѣроятнаго діагноза» (стр. 444).

*) Какъ осторожно слѣдуетъ устанавливать связь между причиною и дѣйствиємъ, показываетъ слѣдующее замѣчаніе Gowers'a³⁾: «въ прежнее время почти всѣ судороги у маленькихъ дѣтей приписывались гипереміи головного мозга, чѣмъ и объясняются до сихъ поръ еще употребляющіяся въ подобныхъ случаяхъ горячія ванны. Но несомнѣнно, что простыя судороги подобнаго происхожденія, если онѣ вообще наблюдаются, то въ всякомъ случаѣ чрезвычайно рѣдко; благопріятное же дѣйствіе упомянутыхъ горячихъ ваннъ не имѣетъ въ этомъ отношеніи никакого значенія» (стр. 380). Въ другомъ мѣстѣ по поводу лѣченія гемиплегіи Gowers³⁾ замѣчаетъ: «Наклонность къ улучшенію путемъ церебральной компенсаціи и самопроизвольнаго исчезновенія непрямыхъ симптомовъ чрезвычайно сильно выражена и благодаря этому трудно опредѣлить, насколько примѣняемое лѣченіе дѣйствительно, особенно при помощи методовъ, примѣняемыхъ въ теченіе продолжительнаго періода, во время котораго можетъ наступить самопроизвольное улучшеніе. Къ тому же эта наклонность къ самопроизвольному улучшенію дѣлаетъ эти случаи обширнымъ полемъ для опытовъ

Нужно признать, въ общемъ, что болѣе легкіе случаи апоплексіи соотвѣтствуютъ менѣе рѣзкому пораженію мозга, которое, однако, ускользаетъ, по большей части, отъ посмертнаго вскрытія благодаря именно благопріятному исходу. Если въ тяжелыхъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ не было примѣнено кровоизвлеченіе и въ частности кровопусканіе, то при такихъ условіяхъ и кровопусканія не „помогаетъ“, какъ видно изъ словъ Gowers'a³⁾: „если апоплексія настолько интенсивна, что наступило разстройство дыхательной и сердечной дѣятельности, то эффектъ кровопусканія представляется очень гадательнымъ“. Далѣе, въ отвѣтъ на возраженіе, что въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ примѣнена была венесекція, нельзя было все-таки констатировать явнаго благотворнаго эффекта этой операціи, Gowers³⁾ выставляетъ на видъ, что остановка кровоизліянія не сразу устраняетъ тѣ условія, отъ которыхъ зависитъ потеря сознанія (стр. 412). Гдѣ же тогда ручательство, что благопріятный исходъ наступилъ *вслѣдствіе* кровопусканія, а не *послѣ* него? Въ такихъ случаяхъ даже нѣтъ прямого доказательства въ правильности распознаванія и важности мозгового пораженія, которое всегда можно предполагать незначительнымъ. Сверхъ того, слѣдуетъ прибавить, что какой-нибудь статистики по этому вопросу, насколько мнѣ извѣстно, не имѣется и все дѣло ограничивается произвольными толкованіями, нерѣдко противорѣчивыми.

Ближайшій механизмъ, лежащій въ основѣ апоплексіи, представляется по Gowers'у³⁾ въ слѣдующемъ видѣ. Прежде состояніе это приписывали давленію, производимому свернувшейся кровью на головной мозгъ, при чемъ кровоизліяніе

quasi-терапевтовъ» (стр. 450). Точно такъ-же Strümpell¹¹⁶⁾, указавъ пѣ-
 лый рядъ средствъ при лѣченіи гемиплегіи, въ заключеніе говоритъ:
 «однако, оцѣнка получаемыхъ благопріятныхъ, повидимому, результатовъ
 потому уже невѣрна, что часто встрѣчаются самопроизвольныя улучшенія»
 (стр. 446).

либо непосредственно дѣйствуетъ на мозговую ткань, либо сдавливаетъ и опорожняетъ ея капилляры (Niemeyer). Не подлежитъ сомнѣнію, что значительная геморрагія можетъ обуславливать такое давленіе, и безспорно также, что повышение внутричерепного давленія вызываетъ потерю сознанія *). Весьма вѣроятно, что интенсивность апоплексіи отчасти зависитъ отъ этой причины. Но это отнюдь еще не объясняетъ наступленія симптомовъ при маленькихъ кровотеченияхъ, которыя не производятъ общаго давленія и, во всякомъ случаѣ, не больше того, которое компенсируется смѣщеніемъ подвижной жидкости, окружающей сосуда. Это объясненіе не подходитъ къ апоплексіи при внезапной закупорѣ большого сосуда, когда не происходитъ повышения внутричерепного давленія. Въ виду этихъ соображеній и тѣхъ случаевъ, въ которыхъ не существуетъ видимаго пораженія мозга, врядъ-ли можно сомнѣваться, что повышение внутричерепного давленія не единственный и, быть можетъ, не главный причинный элементъ апоплексіи. Единственнымъ элементомъ, присущимъ всѣмъ случаямъ апоплексіи при органическихъ заболѣваніяхъ, является внезапность пораженія. Въ виду этого всѣми признано, что одинъ изъ механизмовъ внезапной апоплексіи долженъ заключаться въ задержкѣ функціи коры или, какъ теперь выражаются, въ „тормозящемъ“ вліяніи на функциональную дѣятельность коры раздраженія, производимаго внезапнымъ поврежденіемъ. Чѣмъ внезапнѣе поврежденіе, тѣмъ энергичнѣе будетъ это тормозящее вліяніе и, наоборотъ, по-

*) Duret приписываетъ главную роль цереброспинальной жидкости орошающей всю нервную систему. Въ случаѣ мозгового кровоизліянія эта жидкость быстро выталкивается въ околососудистыя влагалища, гдѣ она сдавливаетъ сосуды, и къ продолговатому мозгу, гдѣ ею раздражаются веревчатые тѣла. Раздраженіе же веревчатыхъ тѣлъ вызываетъ, въ свою очередь, спазмъ сосудовъ, который и составляетъ непосредственную причину апоплексическаго инсульта. При размягченіи мозгового вещества, вслѣдствіе спаденія обезкровленныхъ участковъ образуется пустое пространство, присасывающее церебральную жидкость, и послѣдствія получаютъ тѣ же самыя (André) стр. 72).

слѣднее будетъ тѣмъ слабѣе, чѣмъ медленнѣе наступаетъ инсультъ. При медленно наступающей геморрагіи этотъ тормозящій эффектъ можетъ вначалѣ отсутствовать. Повышеніе внутричерепного давленія обнаруживаетъ свое значеніе, главнымъ образомъ, при геморрагіи; оно развивается медленно и въ такихъ случаяхъ несомнѣнно усиливаетъ и поддерживаетъ коматозное состояніе, являясь вмѣстѣ съ тѣмъ причиной того, что кома при геморрагіи бываетъ глубже и болѣе продолжительнѣе, чѣмъ при закупоркѣ сосудовъ. Къ тому же давленіе дѣйствуетъ всего интенсивнѣе, когда оно развивается быстро. При медленной геморрагіи давленіе можетъ быть главнымъ механизмомъ, но количество излившейся крови должно быть тогда больше, и потому, если въ подобныхъ случаяхъ наступаетъ потеря сознанія, то больной быстро подвергается значительной опасности (стр. 100). Такимъ образомъ, при геморрагіи необходимо признать двойной механизмъ, именно—механическій эффектъ давленія на кору и задержку дѣятельности ея клѣтокъ вслѣдствіе механическаго раздраженія разрушенныхъ нервныхъ волоконъ, оба эффекта выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ быстрѣе вытекаетъ кровь и чѣмъ больше количество ея изливается, между тѣмъ какъ задерживающій эффектъ несомнѣнно зависитъ также отъ мѣста поврежденія. Поэтому сознаніе въ началѣ приступа остается сохраненнымъ только тогда, когда кровоизліяніе незначительно, или же когда кровь вытекаетъ очень медленно, или же, когда кровоизліяніе локализируется такимъ образомъ, что кора подвергается лишь незначительному раздраженію (стр. 406).

Механизмъ дѣйствія кровоизліяній на мозговую ткань до нѣкоторой степени выясненъ и разработанъ остроумными опытами проф. T i l m a n n'a¹⁰⁴⁾, который показалъ, что кровь и кровяные свертки дѣйствуютъ не только въ смыслѣ уменьшенія объема черепной полости, но и непосредственно своею тяжестью. Небольшой кровяной свертокъ на основаніи черепа не вызоветъ никакихъ явленій; такой же свертокъ на выпук-

лой поверхности мозговыхъ полушарій можетъ обусловить рѣзкія мозговыя разстройства. Этимъ-то и объясняется исчезновеніе тяжкихъ мозговыхъ припадковъ послѣ удаленія очень небольшихъ кровяныхъ сгустковъ. Толчкомъ къ постановкѣ опытовъ послужило слѣдующее, до Tilmann'a никѣмъ не описанное клиническое явленіе: у 2-хъ больныхъ съ травматическимъ кровоизліяніемъ подъ твердую мозговую оболочку общее состояніе мѣнялось въ зависимости отъ положенія тѣла; больные (выздоровѣвшіе черезъ 4—5 недѣль безъ оперативнаго помѣшательства) впадали въ забытіе, когда ихъ сажали и приходили въ себя, когда ихъ клали на спину. Tilmann объясняетъ дѣйствіе кровоизліянія такъ: когда больной сидитъ, кровяной свертокъ давитъ отвѣсно на мозговую кору; когда же онъ ложится, давленіе въ силу закона тяжести уменьшается*). Tilmann, далѣе указываетъ на подмѣченный еще ранѣе фактъ, что больные съ кровоизліяніемъ изъ средней мозговой артеріи лежатъ именно на той сторонѣ, на которой находится кровоизліяніе, такъ какъ вслѣдствіе этого уменьшается давленіе на мозговую оболочку (Финкельштейнъ¹⁰⁴).

(Окончаніе слѣдуетъ).

*) Чтобы доказать свой взглядъ, Tilmann вскрывалъ черепную полость у собакъ и продвигалъ между твердой мозговой оболочкой и мозгомъ тонкій мѣшокъ изъ гуттаперчи, сообщавшійся съ наружной поверхностью черепа посредствомъ каучуковой трубки. Въ этотъ мѣшокъ вырскивалась жидкость различнаго уд. вѣса. Если при этомъ клали животное на спину (т. е. черепной крышкой книзу), то признаки давленія на мозгъ наступали послѣ введенія 3—4 к. сант. какой угодно жидкости. Если же черепная крышка обращена была вверхъ, то раздраженіе наступало при введеніи 4 к. с. воды или бензина, 2—2,5 к. с. глицерина и хлороформа и 4 к. с. ртути. Такимъ образомъ оказалось, что у собакъ можно уменьшить емкость черепной полости на 4 к. с., не раздражая мозга. Если черепная крышка обращена вверхъ, то выпрская жидкость давить уже въ силу тяжести (Финкельштейнъ¹⁰⁴).

*) О *кровонаполненіи* 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 свидѣтельствуешь, что животныя, убитыя однимъ единственнымъ кровопусканіемъ, представляли въ высшей степени развитое безкровіе *всего* тѣла. Въ этомъ ничуть не сомнѣвался Наврицкій³³⁾, который, между прочимъ, высказалъ мнѣніе, что „при значительномъ кровотеченіи наступаетъ малокровіе во всѣхъ частяхъ организма, равнымъ образомъ и въ мозгу“. Точно такъ же по свидѣтельству Fredericga⁵⁷⁾, мозгъ животного, погибшаго вслѣдствіе повторныхъ кровопусканій, въ сильной степени лишенъ крови: въ этомъ случаѣ есть время для того, чтобы образовалось достаточное количество цереброспинальной жидкости и межтканевой лимфы; вслѣдствіе этого дается возможность крови болѣе полно вытечь изъ мозга. Въ опытахъ Навалихина⁵⁸⁾ быстрое обезкровленіе значительно понижало (у шенка) внутричерепное давленіе, что указывало на уменьшеніе кровонаполненія головного мозга. Оршанскій⁵⁹⁾, производя значительное кровопусканіе у собакъ, чрезъ трепанаціонное отверстіе наблюдалъ, какъ головной мозгъ уплотчался и глубоко западалъ въ черепную полость, дѣлаясь блѣднымъ и непо-

*) *Примѣч. редакціи:* Все нижеизложенное редакція проситъ вставить въ продолженіе статьи д-ра Соболевскаго, во второмъ выпускѣ журнала, вмѣсто перваго отрывка до словъ: Что касается остальныхъ итоговъ и т. д. Редакція весьма сожалѣетъ, что за розсылкой выпуска эта, крайне досадная ошибка корректора, не могла быть исправлена своевременно.

**) См. стр. 90 моей диссертациі.

движнымъ. Впрочемъ, вливаніе въ кровеносные сосуды физиологическаго раствора поваренной соли быстро измѣняло видъ мозга, который краснѣлъ, наполняясь кровью, и замѣтно подымался, при этомъ извилины его рѣзче обрисовывались, а дыхательныя и пульсовыя движенія его снова обнаруживались. Точно такъ же Тархановъ⁶⁰⁾, при помощи своего прибора (на подобіе сапога Japod) отвлекая кровь отъ головы къ заднимъ конечностямъ, видѣлъ чрезъ трепанационное отверстие, что головной мозгъ постепенно блѣднѣлъ и осѣдалъ, что верхняя поверхность мозга, обыкновенно куполомъ выполняющая черепную полость, уплощалась и что между верхней частью черепной крышки и мозгомъ образовывалась небольшая полость; по прекращеніи дѣйствія прибора, мозгъ приобрѣталъ свой обычный цвѣтъ, видъ и величину. Съ этими наблюденіями расходятся изслѣдованія Knoll'я⁶¹⁾, который пришелъ, между прочимъ, къ заключенію, что при внезапной и сильной потерѣ крови наступаетъ расширеніе сосудовъ головного мозга и суженіе ихъ въ остальныхъ частяхъ тѣла; въ этомъ онъ видитъ даже большую цѣлесообразность, такъ какъ центральная система, значить, снабжается кровью въ достаточной степени. Однако, изъ опытовъ Gärtner'a и Wagner'a⁶²⁾ видно, что при истеченіи кровью животнаго черепно-мозговые сосуды подвергаются постепенному суженію. Къ такому же выводу, повидимому, пришелъ и Hürthle⁶³⁾. Такимъ образомъ, пока слѣдуетъ признать, что *болѣе или менѣе обильное кровопусканіе производитъ болѣе или менѣе выраженное малокровіе головного мозга.*

Въ дополненіе вышеизложеннаго привожу слѣдующія данныя по Боришпольскому⁷⁶⁾. Въ прежнее время полагали, что при цѣлости черепной полости наполненіе сосудовъ головного мозга не можетъ быть измѣнено ни кровопусканіемъ, ни даже лигатурой шейныхъ венъ, что ни одна капля крови не можетъ вытекать изъ полости черепа обезглавленнаго животнаго, а вмѣстѣ съ тѣмъ и никакія измѣ-

ненія объема мозга, ни движенія его немислимы. Особенно ревностно, поддерживалъ и защищалъ это ученіе Kellie (1824 г.), который на основаніи многочисленныхъ опытовъ и наблюденій, между прочимъ, доказывалъ, что количество черепной крови у животнаго обезкровленного (умершаго отъ кровотеченія) не менѣе количества ея у нормальнаго животнаго и что, если въ одной части мозга количество крови увеличивается или уменьшается, то оно компенсаторнымъ образомъ уменьшается или увеличивается въ другой части мозга. Burrows (1846 г.), выслушавъ противниковъ такого ученія, показалъ, что мозги двухъ кроликовъ, изъ которыхъ одинъ былъ убитъ перерѣзкой *art. carot. и v. jugul.* на одной сторонѣ шеи, а другой—задушеніемъ, рѣзко отличались другъ отъ друга: мозгъ перваго кролика былъ малокровенъ, а мозгъ другого, напротивъ, богатъ кровью. Наблюдая сосуды *riac* или простымъ глазомъ, или при помощи лупы, Donders (1851 г.) замѣтилъ, что при обезкровливаніи и крововызвлеченіи наступало всегда суженіе сосудовъ. Kussmaul и Tenner (1857 г.) умерщвляли двухъ животныхъ: одного—кровопусканіемъ, другого—удавленіемъ съ перерѣзкой на шеѣ *n. vag.-symp.*, и находили въ первомъ случаѣ анемію мозга, во второмъ—гиперемію его.

По изслѣдованіямъ Каземъ-Бека, обильное кровопусканіе нерѣдко сопровождается (преимущественно у лягушекъ) повышеніемъ *рефлекторной* способности. Обезглавленіе же обезкровленныхъ лягушекъ, какъ показалъ Тархановъ⁶⁴), не повышаетъ, а скорѣе понижаетъ у нихъ рефлекторную дѣятельность. Раздраженіе плоскости разрѣза спинного мозга повареной солью и индукціонными ударами подавляетъ рефлексы у обезкровленной лягушки. Слабыя химическія и электрическія раздраженія *thal. optic. и corp. quadr.* подавляютъ рефлексы, какъ у нормальной, такъ и у обезкровленной лягушки. Сверхъ того, Тархановъ⁶⁵) показалъ, что обезкровливаніе замедляетъ въ сильной степени

процессъ суммированія (у лягушекъ)*).

По изслѣдованіямъ того же автора, предѣльные температуры, которыя у нормальныхъ лягушекъ еще вызываютъ повышеніе рефлекторной дѣятельности, на обезкровленныхъ лягушекъ дѣйствуютъ только угнетающимъ образомъ. Возбуждающее дѣйствіе теплоты у обезкровленныхъ лягушекъ наступаетъ раньше, но слабѣе выражено, чѣмъ у нормальныхъ, угнетающее же дѣйствіе проявляется въ обратномъ порядкѣ. Охлажденіе согрѣтыхъ лягушекъ, какъ условіе возстановленія подавленной возбудимости, очень рѣдко даетъ положительный результатъ у обезкровленныхъ лягушекъ; само же по себѣ охлажденіе въ значительной мѣрѣ задерживаетъ исчезаніе чувствительныхъ и двигательныхъ функцій у обезкровленныхъ лягушекъ, у которыхъ таковое исчезаніе, по заключенію Тарханова⁶⁵), зависитъ только отъ паденія возбудимости центральной нервной системы. Впрочемъ, эта возбудимость можетъ быть поддержана притокомъ кислорода.

Что касается вопроса о *вліяніи кровонаполненія головного мозга на его возбудимость*, то здѣсь можно указать на слѣдующія данныя Оршанскаго⁵⁹): незначительная ($\frac{1}{8}$) кровопотеря остается безъ такового вліянія; болѣе значительная кровопотеря ($\frac{1}{5}$) повышаетъ возбудимость мозга, при еще болѣе большихъ кровопотеряхъ возбудимость падаетъ, но неравномѣрно; измѣненія возбудимости достигаютъ своего предѣла приблизительно черезъ 10—16 мин. (послѣ кровопусканій), послѣ чего наблюдается постепенное выравниваніе возбудимости, которое можно ускорить вливаніемъ фیزیологическаго раствора; дѣйствіе кровопусканій на возбудимость обусловливается недостаткомъ питанія нервныхъ центровъ.

*) Способность нервныхъ центровъ лягушки суммировать (слагать) раздраженія, производимыя отдѣльными электрическими ударами, доказана проф. Стѣченовымъ (Тархановъ).

Тарахановъ ⁶⁰⁾ еще раньше показалъ, что даже временныя измѣненія кровообращенія въ головномъ мозгу сильно отражаются на раздражительности психомоторныхъ центровъ: притокъ крови къ мозгу повышаетъ ее, а малокровіе—понижаетъ. Fritsch ⁵⁹⁾ и Hitzig ⁵⁹⁾ (74 г.) показали, что при значительныхъ кровопотеряхъ электрическая возбудимость мозга обыкновенно быстро падаетъ. Напротивъ, Couty ⁵⁹⁾ (79 г.) послѣ перевязки сосудовъ, ведущихъ къ мозгу, наблюдалъ противоположное т. е. повышение возбудимости мозга, изъ чего онъ вывелъ заключеніе, что мозговая кора вообще не можетъ быть разсматриваема какъ центръ, такъ называемый, психомоторной реакціи. Miakovsky ⁵⁶⁾ (81 г.) провѣрялъ наблюденіе Couty: перевязавъ всѣ артеріи, идущія къ мозгу, онъ отчасти могъ подтвердить наблюденія Hitzig'a. Vinay ²⁶⁾ (80 г.), наблюдавшій кровопусканіе у лихорадочныхъ больныхъ, убѣдился, что кровопотери вызываютъ особое состояніе возбужденія во всѣхъ двигательныхъ центрахъ, что является, по мнѣнію автора, слѣдствіемъ малокровія и недостатка кислорода въ нервныхъ центрахъ.

Brown-Sequard ⁶⁰⁾ (54 г.) наблюдалъ, что животныя, висящія вертикально внизъ головой, обнаруживаютъ черезъ нѣкоторое время весьма повышенную чувствительность проходящую при перемѣнѣ положенія. Regnard ⁶⁰⁾ (68 г.) показалъ, что трепанированный имъ кроликъ при вертикальномъ положеніи головой вверхъ дѣлался черезъ нѣсколько минутъ нечувствительнымъ, дыханіе ослабѣвало до полного исчезновенія, и животное впадало въ обморокъ. Salathè ⁶⁰⁾ (76 г.) показалъ, что то же наблюдается у совершенно нормальныхъ кроликовъ и собакъ при вертикальномъ ихъ положеніи головой вверхъ: черезъ полчаса и болѣе дыханіе и сердцебіеніе у нихъ становятся рѣже и слабѣе, чувствительность теряется, и животное погибаетъ отъ остановки дыханія, если не измѣнить положеніе его въ противоположное, т. е. головой внизъ. Разборъ явленій показалъ автору, что всѣ они представляютъ собой прямыя слѣдствія малокровія

головного мозга, вызваннаго затрудненнымъ притокомъ крови къ мозгу при условіяхъ опыта (вверхъ головой); нервныя центры головного мозга, лишенные крови, теряютъ свою раздражительность, а отсюда и вся угрожающая картина явлений, опасныхъ для жизни животнаго: стоитъ только снова дать нормальный доступъ крови къ мозгу, какъ все приходитъ къ нормѣ.

Шпанбокъ ⁶⁶⁾ (90 г.) вызывалъ гиперемію мозга (собаки) искусственнымъ закрытіемъ просвѣта грудной аорты при помощи такъ называемаго, аортального катетера и пришелъ къ выводу, что возбудимость двигательной сферы нарастаетъ да извѣстнаго предѣла болѣе или менѣе прямо пропорціонально продолжительности загражденія аорты. Чтобы вызвать преходящее пониженіе артеріальнаго давленія авторъ примѣнялъ раздраженія периферическаго конца блуждающаго нерва и убѣдился, что въ первыя секунды возбудимость двигательной сферы оказывается не только не пониженной, а прямо-таки повышенной, но вообще, чѣмъ ниже давленіе, тѣмъ ниже и возбудимость двигательной сферы. Spreacer ³⁾ и Horsley ³⁾ (89 г.), зажимая сонную артерію обезьяны (*macacus sinicus*), наблюдали пониженіе электрической возбудимости (на фарадическій токъ) мозговой коры. Киселевъ ⁶⁷⁾ (92 г.), работая по вопросу объ экспериментальной эпилепсiи, вызывалъ искусственную анемію и гиперемію головного мозга у собакъ, которыхъ подвергалъ вращенію по способу Salathe-Mendel'я, и пришелъ къ заключенію, что даже временныя измѣненія кровообращенія въ головномъ мозгу сильно отражаются на раздражительности мозговой коры: притокъ крови къ мозгу повышаетъ ее, а анемія понижаетъ и при томъ вліяніе анеміи на измѣненіе возбудимости сильнѣе нежели вліяніе гипереміи.

Вообще, изслѣдованія вышеприведенныхъ авторовъ даютъ намъ право заключить, что существуетъ все-таки нѣкоторое соотвѣтствіе между возбудимостью мозговой коры и ея кровонаполненіемъ, измѣняющимъ такъ или иначе ея питаніе: при малокровiи головного мозга возбудимость его понижается, а

при полнокровіи—повышается. Въ объясненіе же нѣкотораго разногласія между авторами можно привести слѣдующее соображеніе Жуковскаго ⁶⁸⁾ (98 г.), который, изслѣдуя вліяніе алкоголя на электрическую возбудимость мозговой коры собаки, наблюдалъ при дозахъ въ 2,0 (на кило вѣса) разведеннаго спирта паденіе этой возбудимости безъ предварительнаго періода повышенія. Принимая во вниманіе изслѣдованія Бейнарсе ⁶⁹⁾, по которому при тѣхъ же дозахъ акоголя наступаютъ сначала гиперемія мозга, Жуковский приходитъ къ заключенію, что нѣтъ полной зависимости между возбудимостью и кровообращеніемъ въ головномъ мозгу, что измѣненія возбудимости зависятъ не только отъ измѣненій кровообращенія въ мозгу, но и отъ какихъ-то другихъ причинъ, и что, весьма возможно, вліяніе алкоголя на возбудимость коры зависитъ отъ непосредственнаго воздѣйствія его на нервную клѣтку. Равнымъ образомъ, Герверъ ⁷⁰⁾ (99 г.), изслѣдуя вліяніе бромистыхъ солей на мозговое кровообращеніе, въ свою очередь утверждаетъ, что строгаго параллелизма между кровонаполненіемъ мозга и возбудимостью мозговой коры не существуетъ, и въ доказательство приводитъ, что всѣ бромистыя соли вызываютъ пониженіе возбудимости мозговой коры, тогда какъ въ сферѣ мозгового кровообращенія тѣ же соли обуславливаютъ различные эффекты, а именно бромистый калий вызываетъ анемію мозга, тогда какъ другіе бромиды (натръ, аммоній, литій) вызываютъ гиперемію мозга.

Чтобъ покончить съ дѣйствіемъ кровопотерь на нервную систему, слѣдуетъ упомянуть, что обильныя кровопусканія могутъ вызвать амаврозъ (Мѣрный ⁷¹⁾), полную слѣпоту (Leichtenstern ⁷²⁾) и перерожденіе зрительнаго нерва (Holden ⁷²⁾), что обильныя и повторныя кровопотери, между прочимъ, предрасполагаютъ къ развитію спинной сухотки (Seeligmüller ⁶⁾ *),

*) Какъ курьезъ, можно отмѣтить предложеніе Соhп'a ⁷¹⁾ производить періодическія, (съ большими) промежутками, кровопусканія при установленномъ зараженіи сифилисомъ съ цѣлью предупредить развитіе именно

а д-ръ Assitot⁷³) наблюдалъ два случая быстрой потери зрѣнія и атрофіи зрительныхъ нервовъ у женщинъ послѣ маточныхъ кровотеченій въ климактерическомъ періодѣ, и что помѣшательство нерѣдко развивается непосредственно вслѣдъ за обильной потерей крови (Krafft-Ebing).

Въ заключеніе приведемъ слѣдующее описаніе Пашутина²³) послѣдовательныхъ явленій кровопуканій у человѣка: по мѣрѣ истеченія крови (изъ какойнибудь не очень крупной артеріи) усиливается блѣдность наружныхъ покрововъ, получая желтоватый (у блондиновъ) или сѣровато-желтый (у брюнетовъ) оттѣнокъ; вмѣстѣ съ тѣмъ ослабѣваетъ нормальная напряженность этихъ покрововъ, замѣчается спаденіе ихъ, заостреніе носа, подбородка и вообще рѣзкое выступаніе выдающихся частей скелета. Нерѣдко кожа покрывается клейкимъ потомъ; t^0 — кожи дѣлается ниже нормы. Въ сферѣ головного мозга появляются головокруженіе, шумъ въ ушахъ, искры предъ глазами, потемнѣніе зрѣнія и слуха, тоска и, наконецъ, потеря сознанія. Если кровотеченіе происходитъ достаточно быстро, то развиваются эпилептовидныя судороги (отъ возбужденія среднихъ долей головного мозга). Въ этихъ случаяхъ и дыханіе получаетъ рѣзко диспноическій характеръ. Нерѣдко бываетъ зѣвота, тошнота, рвота; пульсъ учащается, становится мягкимъ; сердечные толчки ослабѣваютъ, появляется систолическій шумъ, и шумъ въ большихъ венозныхъ стволахъ, и все это можетъ быстро закончиться полнымъ ослабленіемъ сердечной дѣятельности, особенно если субъектъ находится въ вертикальномъ положеніи или съ приподнятой головой; не-

спинной сухотки, а также параличей. Исходя изъ мысли о болѣе раннемъ удаленіи изъ организма сифилитическаго яда (токсина), авторъ высказалъ увѣренность въ полной умѣренности для этого повторныхъ кровопусканій, которыя, сверхъ того, должны повысить боевую способность крови противъ токсина и содѣйствовать его выдѣленію. Въ пользу своего предложенія авторъ указываетъ на полную лѣчебную безпомощность при спинной сухоткѣ и пр. а также на безвредность вышеуказаннаго способа лѣченія.

внятность рѣчи и слабость голоса, сильная жажда и полное равнодушіе къ пищѣ, тоскливое настроеніе духа и мышечная слабость (самое незначительное движеніе въ тягость больному)—дополняютъ только что приведенную картину.

Въ свою очередь проф. Ю. Чудновскій²⁵⁾ такъ изображаетъ вредное вліяніе кровопусканій: „я живо помню землистый цвѣтъ лица, дряблость кожи и мышцъ, наклонность къ отекамъ, къ „приливамъ крови“ къ головѣ и различнымъ частямъ, различныя одышки, приступы удушья, сердцебіенія, нервныя боли головы, такія же боли въ сторонѣ сердца, въ поясницѣ, въ суставахъ, чувствительность къ перемѣнамъ погоды и проч.—все это я помню у людей, поставившихъ себя за правило пускать ежегодно по одному или по нѣскольку разъ кровь; мнѣ казалось иногда, что многіе преждевременно умерли благодаря только тому обстоятельству, что у нихъ вслѣдствіе злоупотребленія кровопусканіями не хватало силъ перенести болѣе или менѣе серьезную болѣзнь“.

Къ этому нужно прибавить, что, по наблюденіямъ англійскихъ врачей, повторныя кровопусканія располагаютъ къ кровоизліяніямъ въ мозговые желудочки; по крайней мѣрѣ, Marschall Hall²⁶⁾ приводитъ нѣсколько такихъ примѣровъ изъ своихъ и чужихъ наблюденій.

Выше мы видѣли, что вопросъ о примѣненіи кровопусканій при мозговыхъ полнокровіи и кровоизліаніи сводится, собственно говоря, къ вліянію кровоизвлеченія на кровообращеніе въ головномъ и спинномъ мозгу. Между тѣмъ, и защитники и противники этого способа лѣченія довольствуются въ своихъ разсужденіяхъ одними предположеніями. Вышеприведенныя свѣдѣнія, полученныя опытнымъ путемъ нѣкоторыми изслѣдователями, повидимому, не принимались въ расчетъ клиницистами или остались для нихъ неизвѣстными. Нужно, впрочемъ, сознаться, что имѣющіяся данныя о вліяніи крово-

пусканий на черепномозговое кровообращение крайне недостаточны (Навалихинъ, Оршанскій, Knoll, Gärtner и Wagner, Hürthle) и получены какъ бы мимоходомъ. Быть можетъ, это объясняется тѣмъ, что только съ 1889 г., когда Hürthle предложилъ свой способъ, явилась возможность подвергнуть болѣе или менѣе точному изслѣдованію кровообращение головного мозга. Поэтому представлялось вполне своевременнымъ заняться вопросомъ о *вліяніи крововывлеченій на черепномозговое кровообращеніе*, что и было мнѣ поручено глубокоуважаемымъ академикомъ В. М. Бехтеревымъ, отъ вниманія котораго не ускользнуть, конечно, существенный пробѣлъ въ литературѣ вопроса о крововывлеченіи. Подобное изслѣдованіе тѣмъ болѣе необходимо, что даже противники кровопусканій не отвергаютъ совершенно этого способа лѣченія. Такъ, Jürgensen²⁰⁾ считаетъ возможнымъ, что болѣе глубокое изученіе фізіологическихъ явленій заставитъ отвести для кровопусканій болѣе широкія показанія, чѣмъ тѣ, которыя могутъ быть установлены для нихъ въ настоящее время. „Вѣроятно, и для кровопусканій можно найти приличное мѣсто“, писалъ проф. Чудновскій 30 лѣтъ назадъ, но до сихъ поръ еще это мѣсто подвергается оспариванію.

Мои опыты, описанные подробно въ моей диссертациі, распадаются на три отдѣла: *кровопусканіе*, *приставленіе нявокъ* и *банокъ*. Первый отдѣлъ содержитъ 45 опытовъ, второй—10, а третій—всего одинъ опытъ по нижеприведенной причинѣ. Всѣ опыты производились исключительно на *собакахъ* обоего пола, разнаго вѣса, возраста и породы. По болѣе-шей части, собаки подвергались болѣе или менѣе глубокой *кураризаціи*, которая наступала вслѣдствіе впрыскиваній 1% раствора кураре въ правую бедреную вену. Въ такихъ случаяхъ, разумѣется, примѣнялось при помощи обычныхъ мѣховъ *искусственное дыханіе* (около 30 вдуваній въ минуту),

для чего производилось *горлосечение*. Въ одномъ опытѣ (XXI-ый), по примѣру проф. И. П. Павлова³⁵⁾, искусственному дыханію подвергалась *некураризованная* собака. Въ другомъ—собаки ежедневно въ теченіе недѣли привязывались на два часа къ столу въ обычномъ для операціи положеніи. Къ сожалѣнію, во время опыта собака не обнаружила благотворныхъ послѣдствій такого приученія и вела себя крайне спокойно. Двумъ собакамъ за недѣлю до опыта была перерѣзана (лѣвая) сонная артерія; двумъ другимъ—за нѣсколько времени до кровопусканія были зажаты позвоночныя артеріи. Въ нѣкоторыхъ опытахъ (съ кровопусканіемъ) перерѣзывались *n.n. vago-sympat.*, вырывались *g.g. staellat.* и раздавливался или перерѣзывался *спинной мозгъ* на уровнѣ перваго шейнаго позвонка. Само собой разумѣется, всѣ собаки, сверхъ того, подвергались еще операціи, необходимой для того или другого способа изслѣдованія.

Первоначальное количество крови у собаки предполагалось равнымъ $\frac{1}{13}$ вѣса ея тѣла. Размѣры *кровопотери* колебались въ предѣлахъ 0,07%—85% предполагаемаго количества крови. Выше мы видѣли, что количество выпускаемой крови у человѣка колеблется въ широкихъ предѣлахъ—до литра (L a s h e).¹⁵⁾ Если даже возьмемъ за крайній предѣлъ кровопотери $\frac{1}{2}$ литра, то, принимая средній вѣсъ взрослого человѣка въ 65 кило, слѣдуетъ признать, что наибольшая кровопотеря съ терапевтической цѣлью достигаетъ около 10% всей крови (по вѣсу). Въ своихъ опытахъ я не ограничивался, такъ сказать, терапевтической кровопотерей потому, что понималъ свою задачу шире. Въ жизни вѣдь часто приходится наблюдать (на поляхъ сраженій, въ родильныхъ домахъ, при хирургическихъ операціяхъ и пр.) болѣе значительныя кровопотери, а потому мои кровопусканія могутъ имѣть извѣстное житейское значеніе. Сверхъ того, по обильному кровопусканію можно составить приблизительное понятіе о дѣйствиіи небольшихъ кровопотерь: стоитъ только мысленно остановить кровотеченіе черезъ данный промежутокъ времени; можно,

конечно, до известной степени сдѣлать и обратное заключеніе, по небольшому, сравнительно, кровопусканію. Впрочемъ, къ этимъ нѣсколько гадательнымъ приѣмамъ нѣтъ надобности прибѣгать, такъ какъ опыты мои даютъ дѣйствительное основаніе для сужденій о небольшихъ и даже незначительныхъ кровопотеряхъ.

Въ самомъ дѣлѣ, кровопусканія производились либо непрерывно до смерти животнаго, либо однократно, либо повторно; въ послѣднемъ случаѣ либо изъ одного и того же сосуда, либо изъ разныхъ. Для кровопусканій отыскивались (на правой сторонѣ) *бедренные* и *плечевые* сосуды, а также наружная *аремная вена*, *щитовидная артерія* и *v. serhal.* (самое обычное мѣсто извлеченія крови у человѣка). Когда предполагалось пускать кровь изъ этой послѣдней (*v. serhal. d.*), то предварительно выбривалась кожа въ локтевомъ сгибѣ, такъ что подлежащая вена просвѣчивала, а для того, чтобы сдѣлать ее еще болѣе доступной, въ нѣкоторыхъ опытахъ, по примѣру клиники, конечность выше локтя перетягивалась полотнянымъ бинтомъ настолько, чтобы пульсъ въ предплечьи не исчезъ; спустя нѣкоторое время послѣ прекращенія кровопусканія бинтъ снимался.

Для удобства кровопусканій соотвѣтственный сосудъ послѣ каждого разрѣза отдѣлялся (желобоватымъ зондомъ) отъ окружающихъ частей на нѣкоторомъ разстояніи, затѣмъ накладывались на сосудъ два зажима и въ направленіи, противоположномъ току крови въ данномъ сосудѣ, вставлялась стеклянная конюля, которая прочно укрѣплялась въ сосудѣ при помощи шелковыхъ нитокъ; на свободный конецъ конюли надѣвалась гутаперчевая трубочка для тока крови въ тотъ или другой приѣмникъ, который и взвѣшивался вмѣстѣ съ кровью. Вышеописанная подготовительная операція (отысканіе сосуда и пр.) въ нѣкоторыхъ опытахъ производилась незадолго до кровопусканія, особенно изъ *v. serhal.*, во избѣжаніе преждевременнаго створаживанія крови.

Что касается *пиявокъ*, то, оказалось, къ собакѣ они пристають вообще неохотно; болѣе удачно—къ слизистой оболочкѣ носа и къ заднему проходу. На вискахъ же и за ухомъ пришлось прибѣгнуть къ искусственной пиявкѣ (Гертелуповскій). *Банки* тоже плохо пристають къ собачьей кожѣ и еще хуже высасываютъ кровь, такъ что пришлось ограничиться нѣсколькими опытами, изъ которыхъ въ диссертациі приведенъ только одинъ опытъ.

Опыты съ банками и пиявками были поставлены по способу Hürthle'я, тогда какъ вліяніе кровопусканія изслѣдовалось, сверхъ того, по способу Donders'a, способу Gärtner-Wagner'a, а также измѣрялось внутречерепное давленіе (способъ Loggy). Отсылая за подробностями постановки опытовъ къ моей диссертациі, считаю нужнымъ здѣсь упомянуть о нижеслѣдующемъ.

Способъ Donders'a усовершенствованъ мной при помощи простого прибора (*френоскопа*) настолько, что явилось возможнымъ получить отчетливые свѣтописные снимки съ поверхности мозговой коры. Такимъ образомъ, этотъ важный способъ изслѣдованія черепномозгового кровообращенія приобрѣлъ недостававшую ему объективность*). Нѣкоторые практическія указанія фотографированія можно найти у В. В. Николаева⁷⁵⁾, которому (1901 г.) удалось впервые получить снимки съ глазного дна животныхъ. Къ его работѣ приложены прекрасныя фотограммы сѣтчатки животныхъ съ измѣненіями кровенаполненія и размѣра просвѣта сосудовъ подъ вліяніемъ различныхъ лѣкарственныхъ средствъ амилнитрита, хлороформа, стрихнина, ерготина. При помощи своего способа В. В. Николаевъ продолжалъ изслѣдовать дѣйствіе на

*) Изъ диссертациі Орлеанскаго⁷⁸⁾ (1902 г.) я узналъ, что еще Аскерманн (1858 г.) «въ видахъ объективности наблюдений пользовался между прочимъ фотографированіемъ участка мозговой оболочки, видимаго чрезъ трепанационное отверстіе» (стр. 33). О моемъ френоскопѣ Орлеанскій не упоминаетъ, а я, не имѣя подъ рукой статьи нѣмецкаго автора, лишенъ возможности сравнить его результаты съ моими.

сосуды глазъ и другихъ средствъ: раздраженія блуждающаго симпатическаго нервовъ, азотнокислаго наира, эзерина, кокаина, атропина, но опыты этого порядка еще, повидиму, не опубликованы. Кромѣ того, В. В. Николаевымъ начата была новая серія опытовъ одновременной записи кровяного давленія кимографомъ, соединеннымъ съ сонной артеріей, съ записью фотографическимъ аппаратомъ измѣненій сосудовъ на глазномъ днѣ. „Такая постановка нова и крайне интересна“, говоритъ авторъ, „и, можетъ-быть, послужить къ нѣкоторому выясненію до сихъ поръ еще темнаго вопроса объ иннервации сосудовъ глаза и колебаніяхъ сосудовъ въ головномъ мозгу“. Нужно, однако, замѣтить, что, по свидѣтельству Боришпольскаго⁷⁶⁾, офтальмоскопическимъ изслѣдованіемъ пользовались уже давно очень многіе авторы для изученія мозгового кровообращенія при различныхъ условіяхъ, но до сихъ поръ получались весьма разнорѣчивыя показанія при однихъ и тѣхъ же условіяхъ опыта. Принимая, сверхъ того, во вниманіе *субъективность* этого способа, и то обстоятельство, что „кровонаполненія сосудовъ мозга и глазного дна не всегда параллельны другъ другу“, Боришпольскій⁷⁶⁾ высказывается противъ примѣненія этого способа при изслѣдованіи черепномозгового кровообращенія. Въ настоящее время способъ В. Николаева⁷⁵⁾ устраняетъ, по крайней мѣрѣ, упрекъ въ субъективности и дѣлаетъ офтальмоскопическое изслѣдованіе болѣе пригоднымъ къ изученію кровонаполненія головного мозга. Въ заключеніе считаю нужнымъ прибавить, что Л. Пуссепъ⁷⁷⁾ (1902 г.), благодаря опытности котораго въ фотографіи я получилъ возможность приложить къ своей диссертации ясные снимки съ мозга въ моихъ опытахъ съ френоскопомъ, примѣнилъ, въ свою очередь, фотографированіе при изученіи кровонаполненія сѣменныхъ железъ подъ вліяніемъ раздраженія извѣстнаго участка головного мозга, но, къ сожалѣнію, помѣщенные въ его работѣ фотограммы недостаточно убѣдительны.

Способъ Hürthle'я въ 4-хъ моихъ опытахъ былъ нѣсколько видоизмѣненъ. Дѣло въ томъ, что изслѣдованіе черепномозгового кровообращенія по этому способу начинается съ нарушенія такого кровообращенія: одна сонная артерія перерѣзывается и концы ея соединяются съ ртутными манометрами, давленіе которыхъ записывается при помощи кимографа. Въ двухъ случаяхъ я ставилъ опытъ по способу Hürthle'я въ два приѣма: перерѣзавъ одну сонную артерію и перевязавъ ея концы, я зашивалъ рану и давалъ собакамъ прожить еще недѣлю, по истеченіи которой я ставилъ опытъ на той же собаке по способу Hürthle'я. Я исходилъ изъ той мысли, что за недѣлю собака приучится обходиться безъ одной сонной артеріи, концы которой при вторичномъ опытѣ служатъ какъ бы піезометрами. Опыты такого рода происходятъ, конечно, при меньшемъ нарушеніи мозгового кровообращенія, чѣмъ въ опытахъ по обыкновенному способу Hürthle'я. Что касается вліянія на головной мозгъ самой операціи, то можно указать на работу Пекёра⁷⁹⁾ (87 г.), который нашелъ, что послѣ перевязки одной сонной артеріи дѣло кончается появленіемъ болѣе или менѣе легкихъ, преходящихъ функціональных разстройствъ головного мозга. Въ двухъ другихъ опытахъ мною были зажаты позвоночныя артеріи (при перерѣзанной одной carotis) и тѣмъ еще въ бѣльшей степени нарушалось мозговое кровообращеніе. Мнѣ казалось, что изъ сопоставленія выводовъ, полученныхъ при разныхъ условіяхъ, можно прийти къ болѣе вѣрному заключенію.

Какъ я узналъ впоследствии, академика В. М. Бехтерева давно занимала мысль освободить способъ Hürthle'я отъ упрека въ нарушеніи мозгового кровообращенія, и, одобливъ вышеизложенныя мои соображенія, академикъ В. М. Бехтеревъ, въ свою очередь, предложилъ мнѣ слѣдующую постановку опыта: соединить съ манометрами подѣлочичную и наружную сонную артерію; дальнѣйшій ходъ разсужденій такой же, какъ и при способѣ Hürthle'я, ибо

физическія основанія способовъ одни и тѣ же. Кромѣ того, академикъ В. М. Бехтеревъ предложилъ мнѣ еще такой способъ: соединить съ манометрами боковыя вѣтви приводящей (мозговой) артеріи и отводящей (мозговой) вены, выбравъ для этого мѣста сосудовъ, какъ можно, ближе къ мозгу. Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось преодолѣть нѣкоторыя техническія трудности, возникающія при постановкѣ опытовъ по предложенію В. М. Бехтерева*). Способъ Hürthle'я (89 г.) основанъ на законахъ истеченія жидкости изъ сосуда по волокнамъ. Законы эти впервые установлены опытнымъ путемъ Poiseuille'емъ (43 г.) и примѣнены Ціономъ и Аладовымъ⁸⁰⁾ (71 г.) съ цѣлью опредѣлить вліяніе одной изъ вѣтвей *annulus Vieusseni* на сосуды печени; Dastr'емъ и Morat'омъ⁸¹⁾ (83 г.) съ цѣлью доказать существованіе сосудодвигательныхъ волоконъ для нижней конечности въ *спинальномъ* нервѣ; Цыбульскимъ³⁹⁾ (85 г.) для опредѣленія скорости теченія крови; Kaufmann'омъ⁸³⁾ (92 г.), изучавшимъ кровообращеніе въ работающей мышцѣ (*m. levat. lab. sup.*); François-Frank'омъ⁸⁴⁾ (95 г.), изучавшимъ кровообращеніе въ *penis'ѣ*, и Сявцилло⁸⁵⁾ (98 г.), изучавшимъ вліяніе нервовъ на лимфоотдѣленіе; сюда же относятся и способъ Gärtner-Wagner'a (87 г.) и вышеприведенныя предложенія академика В. М. Бехтерева**).

*) Орлеанскій⁷⁸⁾, ссылаясь на меня, упоминаетъ только о первомъ предложеніи В. М. Бехтерева и прибавляетъ: «къ сожалѣнію, намъ не пришлось въ своихъ опытахъ воспользоваться этой модификаціей, но, разсуждая чисто теоретически, нужно признать ее заслуживающей серьезнаго вниманія; при постановкѣ опытовъ согласно этой модификаціи мы измѣряемъ боковое давленіе въ двухъ пунктахъ одного простаго пути *art. carot. comm.* вмѣсто сложнаго и окольнаго (*art. carot. comm. et interna* другой стороны и сосуды Вилизіева круга), предложеннаго Hürthle» (стр. 69).

**) Grauer (1873 г.) измѣрялъ давленіе въ *v. jugul. int.*; такая постановка опытовъ, по справедливому замѣчанію Боришпольскаго⁷⁶⁾, а также Орлеанскаго⁷⁸⁾ (стр. 34), напоминаетъ способъ Gärtner-Wagner'a.

Заслуга-же Hürthle'я заключается въ томъ, что способъ опредѣленія давленія въ центральномъ и периферическомъ концахъ артеріи онъ примѣнилъ къ изслѣдованію черепномозгового кровообращенія, а также первый указалъ подробно физическія основанія этого способа и подтвердилъ ихъ соотвѣтственно поставленными физическими опытами*).

Въ послѣднее время (1902 г.) Пуссепъ⁷⁷⁾ примѣнилъ способъ Hürthle'я къ изученію кровообращенія въ половомъ членѣ собаки. Однако, справедливость требуетъ указать на то, что его предшественникомъ въ этомъ отношеніи былъ (1895 г.) François-Frank⁸⁴⁾, о способѣ котораго упоминается въ моей диссертациі и въ раньше вышедшей работѣ Тодорскаго⁸⁶⁾. Вслѣдъ за послѣднимъ и я причислилъ способъ французскаго ученаго къ видоизмѣненіямъ способа Hürthle'я и привелъ вкратцѣ слѣдующее его описаніе: „*art. dors. penis* перерѣзывалась и периферическій ея конецъ соединялся съ ртутнымъ манометромъ для опредѣленія обратнаго давленія (*pression récurrente*), которое устанавливалось, по словамъ автора, благодаря развитымъ анастомозамъ; сверхъ того, посредствомъ воздушно-водяной передачи записывалось давленіе въ *v. dorsal.*; одновременно авторъ примѣнялъ и плетизмографическій способъ; при такихъ условіяхъ половые нервы поочередно подвергались электрическому раздраженію и по взаимнымъ измѣненіямъ давленій въ *art.* и *v. dorsal.* авторъ заключалъ о суженіи и расширеніи кровеносныхъ сосудовъ *penis'a*“. Между тѣмъ, Пуссепъ ограничивается слѣдующей передачей способа своего предшественника: „François-Frank воспользовался способомъ Mosso для измѣренія объема, устроилъ особый цилиндръ, куда заключилъ половой членъ собаки; производя такимъ образомъ измѣреніе объема и, сверхъ того, одновременно записывая кровяное давленіе въ тыльных артеріи и венѣ, François-Frank приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ и т. д.“. Упомянувъ, такимъ

*) См. также у Чувскаго⁹¹⁾.

образомъ о способѣ своего предшественника и оставивъ его безъ всякой оцѣнки, Пуссепъ черезъ нѣсколько страницъ описываетъ „свое“ примѣненіе способовъ Hürthle'я и Gärtner-Wagner'a къ изученію кровообращенія въ половомъ членѣ: вмѣсто *carotis* онъ разрѣзываетъ *art. dors.* и вмѣсто *v. jugul.* беретъ *v. dors. penis.* въ остальномъ полное подобіе съ только-что упомянутыми способами. Впрочемъ, слѣдуетъ упомянуть, что Пуссепъ въ своихъ опытахъ по способу Hürthle'я не представилъ вычисленій, которыя обезпечиваютъ точность этого способа, а довольствуется, вопреки указаній самого Hürthle'я и Телятника⁸⁷), изображеніемъ кривыхъ давленія, полученныхъ на закопченномъ барабанѣ. „Эти кривыя очень демонстративны“, объясняетъ авторъ, „но онѣ не поддаются вычисленію. Для того же, чтобы можно было вычислить и получить точныя величины, я получилъ нѣсколько кривыхъ на бумажной лентѣ кимографа Людвига. Вычисленіе этихъ кривыхъ дало интересныя данныя, вполне подтверждающія наше предположеніе“. Если къ этому прибавить, что „демонстративность“ кривыхъ слишкомъ преувеличивается авторомъ, который, между прочимъ, признаетъ, что „просвѣтъ сосудовъ (*penis'a*) очень малъ, почему кровь быстро свертывается и очень часто получаютъ неудачныя данныя“, и не приводитъ вычисленій давленія въ периферическомъ концѣ *art. dors. penis*, то слѣдуетъ прійти къ заключенію, что Пуссепъ неполнѣ доказалъ возможность примѣнять къ изученію кровообращенія въ половомъ членѣ (собаки) способъ Hürthle'я, по крайней мѣрѣ, во всемъ его объемѣ.

Не касаясь здѣсь подробностей постановки своихъ опытовъ по способу Hürthle'я, я упомяну, что въ своихъ выводахъ руководился только вычисленіемъ кимографическихъ кривыхъ, при чемъ подвергалъ ихъ слѣдующей предварительной обработкѣ: при помощи вертикальныхъ линій (ординатъ) вся кривая раздѣлялась на опредѣленные участки (по большей части, длиной въ 10 сант.), при чемъ исходной точкой для

линованій служило начало кровопусканія. Для каждаго участка вычислялась средняя величина кровяного давленія при помощи планиметра *Amsler's*. Эти *среднія* заносились въ таблицу и надъ ними производились дальнѣйшія вычисления соотвѣтственно ихъ назначенію. Для большей наглядности нѣкоторые изъ среднихъ величинъ (давленія, отношенія, разности и пр.) я наносилъ на клѣтчатую бумагу по образцу температурныхъ кривыхъ и получалъ такимъ образомъ *среднія кривыя*, которыя показывали среднее направленіе и колебаніе первоначальныхъ (*кимографическихъ*). При этомъ оказалось, что нѣкоторые среднія кривыя все-таки не давали ясныхъ указаній на общее измѣненіе среднихъ величинъ. Пришлось и эти вторичныя кривыя разбивать на нѣсколько періодовъ и для каждаго изъ нихъ вычислять среднія величины, изъ которыхъ получились новыя кривыя, *періодическія*. По этимъ кривымъ уже легко составить понятіе о среднемъ ходѣ соотвѣтственныхъ данныхъ. Изъ среднихъ и періодическихъ кривыхъ можно составить *типическую* кривую, если мы изъ данныхъ цѣлаго ряда одинаково поставленныхъ опытовъ вычислимъ среднія величины или, накладывая одну кривую на другую, соединимъ ихъ точки пересѣченія. Этихъ кривыхъ я не могъ получить, потому-что опыты мои носили самый разнообразный характеръ; изъ *среднихъ* кривыхъ къ работѣ моей приложена только одна, за то *періодическія* приведены въ значительномъ количествѣ.

Я остановился такъ подробно на обработкѣ кривыхъ потому, что переменные мною способы (особенно *Hürthle's*) требуютъ прежде всего точности вычисленій. Другіе авторы, работавшіе по тѣмъ же способамъ (Тадорскій, Боришпольскій, Телятникъ, Герверъ, Левченко, Лазурскій и пр.), даютъ весьма произвольныя и часто противорѣчивыя указанія. Упомяну кстати, что изъ нихъ только Спиртовъ⁸⁸⁾ пользовался *планиметромъ* для измѣренія своихъ кривыхъ, а послѣ меня—Пуссенъ⁸²⁾ и Орлесенскій⁷⁸⁾, которые тоже составляли подобно мнѣ діаграммы, причемъ первый ограничился только предъявленіемъ

ихъ въ засѣданіи врачей клиники академика Бехтерева при предварительномъ сообщеніи своей работы, тогда какъ второй приложилъ нѣсколько діаграммъ къ своей диссертациі. Справедливость требуетъ сказать, что одновременно со мной П. И. Ижевскій⁸⁹⁾ изображалъ въ видѣ діаграммъ полученные имъ при помощи планиметра среднія величины кровяного давленія*).

Не вдаваясь въ дальнѣйшія подробности, которыя можно найти въ моей диссертациі, перейду къ изложенію полученныхъ мной итоговъ о вліяніи крововызвлеченія на черепно-мозговое кровообращеніе, причемъ начну съ кровопусканія. Опыты этого рода по способу Donders'a (съ френоскопомъ) отличаются однообразіемъ: болѣе или менѣе обильное (5%—73%) кровопусканіе изъ различныхъ сосудовъ конечностей (собаки) вызываетъ болѣе или менѣе значительное поблѣднѣніе видимой части мозговой коры, исчезновеніе тончайшихъ сосудистыхъ вѣточекъ, спаденіе венозныхъ стволовъ, уплощеніе мозга, а также ослабленіе дыхательныхъ и пульсовыхъ его движеній—однимъ словомъ, наступаетъ болѣе или менѣе выраженное малокровіе мозговой коры.

*). Въ недавно появившейся работѣ Стадницкаго⁹⁰⁾ тоже приведены діаграммы—внутричерепного давленія.

О сосудорасширяющихъ волокнахъ сѣдалищнаго нерва *).

(Предварительное сообщеніе).

Ин. Быстренина.

Пути, по которымъ сосудорасширительныя волокна, по выходѣ изъ спинного мозга, слѣдуютъ къ сѣдалищному нерву, неоднократно привлекали вниманіе физиологовъ.

Обозрѣвая литературу по этому вопросу, мы наталкиваемся на самые разнорѣчивыя взгляды. Одни изслѣдователи, какъ С. Bernard¹⁾ и Остроумовъ²⁾, признаютъ, что сосудорасширители, выходя изъ переднихъ корешковъ, достигаютъ сѣдалищнаго нерва черезъ брюшную часть симпатическаго ствола. Этотъ взглядъ и по настоящее время считается господствующимъ.

Остроумовъ раздражалъ периферическій отрѣзокъ п. sympathici, на уровнѣ дѣленія аорты, слабымъ тетаническимъ токомъ, а также средней силы отдѣльными индукционными ударами съ паузами въ 5 сек., и получалъ сосудорас-

*) Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Импер. Каз. Univ. 30 апрѣля 1904 г.!

¹⁾ С. R. d. l'Acad. d. Sc. T. 55. 1862.—Recherches experiment. sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. S. 228.

²⁾ Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefäße. Arch. f. d. des. Physiologie. Pflüger's. XII v. 1876 г.

ширительный эффектъ, выражавшійся повышеніемъ температуры въ соотвѣтствующей лапѣ.

Другіе изслѣдователи, какъ Stricker³⁾ и Luchsinger⁴⁾, утверждаютъ, что сосудорасширяющія волокна съдалищный нервъ получаетъ двоякимъ путемъ: черезъ п. sympathicus и непосредственно изъ заднихъ корешковъ поясничной части спинного мозга.

Наконецъ, въ послѣднее время, англійскій фізіологъ Bayliss⁵⁾ доказываетъ, что сосудорасширители заднихъ конечностей выходятъ исключительно черезъ задніе корешки. Термометрическій и колорископическій методы изслѣдованія, какія примѣнялись ранѣе, Bayliss считаетъ не точными, поэтому при своихъ опытахъ онъ употреблялъ плетизмографъ.

Всѣ опыты Bayliss ставилъ на молодыхъ и крупныхъ собакахъ. За 2—3 часа до начала изслѣдованія животному впрыскивался подъ кожу морфій. Затѣмъ животное наркотизировалось смѣсью А. С. Ае. Послѣ того открывался позвоночный каналъ въ поясничной части и обнажались задніе корешки спинного мозга. Корешки перерѣзывались и периферическій конецъ каждого изъ нихъ отдѣльно или нѣсколькихъ вмѣстѣ подвергались электрическому или механическому раздраженію. При этомъ въ соотвѣтствующей конечности выступали сосудорасширительныя явленія, выражавшіяся подъѣмомъ плетизмографической кривой. Дѣятельными корешками въ этомъ смыслѣ, по мнѣнію автора, оказываются V, VI и VII поясничные и I крестцовый; а лучшимъ раздражителемъ — механическій.

Кромѣ того, Bayliss старается доказать присутствіе сосудорасширителей въ заднихъ корешкахъ и анатомическимъ пу-

³⁾ Untersuchungen über die Gefässnerven Wurzeln des Ischiadicus. Sitzunber. der kaiserlich. Acad. der Wissenschaft. LXXIV v. (6). 1876 r. стр. 173.

⁴⁾ Zum Verlauf der Gefässnerven im Ischiadicus der katze. Arch. f. d. ges. Physiologie Pflüger's. XVIII v. 1878 r.

⁵⁾ On the origin from the spinal cord of the vaso-dilator fibres of the hind-limb, and on the nature of these fibres.—The Journal of Physiology. Vol. XXVI.

темъ—черезъ изслѣдованіе на перерожденіе ихъ. Авторъ находитъ, что волокна эти ниже *ganglion intervertebrale* не перерождаются. Отсюда дѣлается выводъ, что трофическій центръ ихъ заложенъ не въ спинномъ мозгу, а въ межпозвоночномъ узлѣ. Такимъ образомъ *Bayliss* допускаетъ, вопреки общепринятому фізіологическому факту, существованіе въ заднихъ корешкахъ такихъ волоконъ, которыя идутъ въ противоположномъ направленіи, почему авторъ даетъ имъ названіе „антидромныхъ“.

Новизна взгляда, а также примѣненіе болѣе точнаго метода изслѣдованія, побудили насъ охотно взяться за предложенную проф. Н. А. Миславскимъ работу—обслѣдовать этотъ вопросъ вновь.

Приступая къ работѣ, мы считали необходимымъ предварительно произвести изслѣдованія на симпатическомъ и сѣдалищномъ нервахъ, пользуясь плетизмографическимъ методомъ. Для раздраженія мы брали разной силы индукціонный токъ: тетанизирующій или ритмическій; для механическаго раздраженія пользовались лигатурами, щипками пинцетомъ и т. п. Особенное вниманіе обращено на термическій способъ раздраженія, рекомендуемый *Grützner*омъ⁶⁾. Дѣло въ томъ, что, по мнѣнію этого автора, нагреваніе отъ 45° до 55° является специфическимъ раздражителемъ исключительно для сосудорасширителей.

Чтобы примѣнить этотъ способъ раздраженія, по указанію проф. Н. А. Миславскаго, была приготовлена нагревательная камера по типу погружныхъ электродовъ.

Соотвѣтственно намѣченному плану мы поставили три ряда опытовъ на собакахъ и кошкахъ.

I-я группа опытовъ должна отвѣтить на вопросъ—существуютъ-ли въ брюшной части симпатическаго ствола сосудо-

⁶⁾ Ueber die Einwirkung von Wärme und Kälte auf Nerven. Arch. für d. ges. Physiologie. XVII v. 1878 г. стр. 215—238.

расширительныя нервныя волокна? При этихъ изслѣдованіяхъ имѣлись въ виду нѣкоторыя указанія Остроумова.

Мы брали периферическій отрѣзокъ симпатическаго ствола на уровнѣ 5 или 6 поясничныхъ позвонковъ и раздражали его: то разной силы тетаническимъ токомъ, то отдѣльными индукціонными ударами средней силы (съ паузами въ 1"—3"—5"). Въ другихъ случаяхъ, пользуясь указаніями Grützner'a, мы помѣщали нервъ въ нагрѣвательную камеру и пропускали черезъ неё въ теченіе извѣстнаго времени, воду (t° 45°—55°) съ послѣдовательнымъ охлажденіемъ нерва водой-же температуры въ 38°.

Ни одно изъ этихъ способовъ раздраженія не вызвало ни разу не только явнаго расширенія сосудовъ въ соотвѣствующей конечности, въ видѣ подъема плетизмографической кривой, но даже и намска на него.

Все, что только мы наблюдали—это сосудосуживательный эффектъ при раздраженіи электрическимъ токомъ различной силы. Термическое раздраженіе никакого эффекта не дало.

II-я группа опытовъ была направлена къ тому, чтобы доказать въ съдалищномъ нервѣ присутствіе какъ сосудосуживателей, такъ и сосудорасширителей. Опыты этой группы ставились, по возможности, при одинаковыхъ условіяхъ съ I-ой группой. Особенно цѣнные результаты мы получили при изслѣдованіи nn. sympatici et ischiadici на одномъ и томъ-же животномъ. Электризація съдалищнаго нерва токомъ средней силы обнаруживала сосудосуживательный эффектъ—паденіе плетизмографической кривой; болѣе сильныя токи, а иногда и слабыя, вызывали явленія расширенія—подъемъ кривой.

При нагрѣваніи нерва водой въ 52°, выступали во многихъ случаяхъ весьма демонстративно сосудорасширительныя явленія, выражавшіяся быстрымъ и крутымъ подъемомъ кривой съ послѣдовательнымъ паденіемъ до прежней высоты.

Наконецъ III-я группа была провѣркой опытовъ Baulliss'a, указаній котораго мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ и придерживались, допуская въ иныхъ измѣненія.

При раздраженіи V, VI и VII поясничныхъ и I крестцового корешковъ, взятыхъ отдѣльно или вмѣстѣ, мы также получали подъемъ плетизмографической кривой. Особенно ясно наблюдалось это при механическомъ раздраженіи и нагрѣваніи корешковъ водой въ 52°.

Менѣе постоянный эффектъ расширенія сосудовъ выступалъ при раздраженіи тѣхъ же корешковъ электричествомъ.

Произведенныя нами изслѣдованія даютъ право сдѣлать слѣдующіе выводы:

I. N. Ischiadicus содержитъ сосудосуживающія и сосудорасширяющія нервные волокна.

II. Сосудорасширители черезъ n. sympathicus не проходятъ.

III. Присутствіе сосудорасширителей въ заднихъ корешкахъ слѣдуетъ считать доказаннымъ.

Что касается опытовъ съ перерожденіемъ, которые анатомически подтвердили-бы наши выводы относительно хода сосудорасширителей черезъ задніе корешки, то анализъ относящагося сюда матеріала еще не оконченъ. Поэтому мы воздержимся пока отъ какихъ-либо заключеній за или противъ антидромной функціи, выставляемой въ послѣднее время Bayliss'омъ.

Критика и библиографія.

П. Б. Ганнушкинъ. Острая параноя (paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса.—Дисс., Москва, 1904.

Диссертация автора, вышедшая изъ Московской Психиатрической клиники, посвящена клинической разработкѣ вопроса о самостоятельности острой параной, какъ отдѣльной формы душевнаго заболѣванія. Вопросъ этотъ д-ръ Ганнушкинъ старается разрѣшить частью на основаніи собственныхъ наблюденій, частью путемъ критическаго разбора случаевъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ другихъ авторовъ, какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ.

Вопросъ объ острой параноѣ до сихъ поръ остается еще спорнымъ, т. е. въ психіатріи не установился еще вполне взглядъ относительно того, есть ли острая параноя отдѣльная форма душевной болѣзни или это лишь опредѣленной симптомокомплексъ. Авторъ является сторонникомъ послѣдняго взгляда. Выясняя отношеніе острой параной къ періодической, авторъ приходитъ къ тому выводу, что эти два понятія, при настоящемъ положеніи психіатрическихъ знаній, слѣдуетъ считать совпадающими, ибо если доказано существованіе острой параной, то тѣмъ самымъ рѣшенъ вопросъ и о періодической параноѣ, такъ какъ установить разницу между формами рецидивирующими и періодическими въ настоящее время представляется невозможнымъ, вслѣдствіе отсутствія у насъ опредѣленныхъ представленій о періодическихъ психозахъ. Посвящая свою диссертацию главнымъ образомъ изученію самостоятельной идиопатической острой параной, авторъ лишь отчасти касается симптоматической острой параной, т. е. тѣхъ случаевъ, которые представляютъ собою симптомокомплексъ

острой паранои, какъ выраженіе какого либо основного соматическаго или психическаго заболѣванія, каковымъ можетъ быть лихорадочная инфекціонная болѣзнь, болѣзнь уха, истерія, эпилепсія, Безедова болѣзнь, морфинизмъ и т. д.

Что касается идиопатической острой паранои, то, изучая эту форму болѣзни, авторъ вначалѣ приводитъ подробный очеркъ литературы вопроса, цитируя въ исторической послѣдовательности нѣмецкихъ, французскихъ, италіанскихъ и русскихъ авторовъ; затѣмъ слѣдуетъ казуистика, причемъ авторъ сначала останавливается на случаяхъ острой паранои, опубликованныхъ въ литературѣ, дѣлая изъ нихъ краткія выдержки, а потомъ переходитъ къ описанію случаевъ этой болѣзни, собранныхъ имъ лично. Послѣ этого, руководствуясь изученнымъ матеріаломъ, авторъ даетъ общую клиническую картину острой паранои, отдѣльно останавливаясь на этиологіи, теченіи болѣзни, прогностикѣ, дифференціальной диагностикѣ.

Въ заключительной главѣ авторъ говоритъ, что въ своей настоящей работѣ онъ стремился расширить рамки параноальнаго симптомокомплекса, стараясь, во-первыхъ, доказать, что этотъ симптомокомплексъ не связанъ, непременно и постоянно, съ понятіемъ хроничности и неизлѣчимости, во-вторыхъ, желая установить, что острая параноя можетъ быть какъ психозомъ *suí generis*, имѣющимъ такое же право на самостоятельное существованіе, какъ и манія, меланхолія, Мейнертовская аменція (эссенціальная острая параноя), такъ и выраженіемъ какихъ либо иныхъ, болѣе основныхъ страданій (симптоматическая острая параноя). Эти свои положенія авторъ основываетъ на собранномъ имъ обширномъ фактическомъ матеріалѣ.

Монографія автора, посвященная изученію спорнаго вопроса современной клинической психіатріи, несомнѣнно представляетъ значительный интересъ для врачей-специалистовъ. Литературная сторона вопроса разработана авторомъ весьма тщательно. Въ концѣ книги приведенъ алфавитный указатель русской и иностранной литературы, что безъ сомнѣнія очень облегчитъ трудъ будущихъ изслѣдователей по этому вопросу.

Б. Вортыньскій

Dr. *Rud. Köster*. Die Schrift bei Geisteskrankheiten. Ein Atlas mit 81 Handschriftproben.—Leipzig, 1903.

Работа автора, какъ это видно изъ предисловія къ ней проф. *Sommer'a*, проведена подъ руководствомъ послѣдняго и по его же инициативѣ. Сдѣланное проф. *Sommer'омъ* въ предисловіи замѣчаніе, что письмо, какъ выразительное движеніе, имѣетъ большое значеніе не только для психопатологівъ, но и для общаго знанія,—конечно, нужно признать вполне справедливымъ. Однако работа д-ра *Köster'a*, которую онъ рекомендуетъ вниманію читателя, едва ли сколько нибудь выясняетъ это значеніе, ибо авторъ въ своей книгѣ даетъ лишь сырой матеріалъ, мало останавливаясь на его анализѣ и не подвергая его тому изученію, которое само собою напрашивается и которое только и могло бы представить извѣстный интересъ для читателя. Да и выборъ самаго матеріала нельзя назвать особенно удачнымъ; по крайней мѣрѣ многіе приведенные авторомъ образцы письма при опухоляхъ мозга, мозговыхъ парывахъ, эпилепсіи и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ—совсѣмъ не заслуживаютъ вниманія. Къ тому же собранный матеріалъ сгруппированъ весьма неудачно, или вѣрнѣе—безъ всякаго плана, безъ системы: наряду съ нѣкоторыми характерными образцами письма при прогрессивномъ параличѣ, множественномъ склерозѣ, старческомъ слабоуміи, дрожательномъ параличѣ и нѣкоторыхъ другихъ болѣзненныхъ формахъ помѣщены образцы, не имѣющіе никакого отношенія къ первымъ и вообще не заслуживающіе какого либо вниманія.

Въ общемъ работа д-ра *Köster'a*, при знакомствѣ съ ней, не оправдываетъ того любопытства, которое возбуждается ея заглавіемъ. Мало интереснаго и совсѣмъ ничего поучительнаго не найдетъ въ ней даже специалистъ нейропатолога, или психіатръ, не говоря уже о другихъ читателяхъ, ищущихъ общаго знанія.

Б. Воротынский.

Bonnier. La perception de trépidation. (*Revue Neurol.* 1904 г.).

Перцепція трепетанія называемая также паллестезіей или сисместезіей есть чувство колебаній и образовалось изъ ощу-

щенія первичнаго прикосновенія. Müller называетъ его ложнымъ слышаніемъ. Паукъ, напр., чувствителенъ къ минимальнымъ колебаніямъ голоса или инструмента, которые передаются его паутиной. Огромное количество животныхъ не имѣютъ слуха въ точномъ смыслѣ, но тѣмъ не менѣ чувствуютъ воздушныя колебанія. Да и человѣкъ вибраторное колебаніе извѣстной періодичности воспринимаетъ тактильно благодаря передачи отъ одной точки къ другой; человѣческое тѣло является хорошимъ проводникомъ колебаній и если онѣ происходятъ на черепномъ ящикѣ, то передаются въ видѣ звука уху; въ случаѣ же страданія послѣдняго (глухота) субъектъ, не ощущая колебаній камертона черезъ воздухъ, чувствуетъ звукъ когда камертонъ касается пальцевъ. При конгестіи лобиринта, въ особенности при тифѣ, больной не слышитъ словъ или камертона, но воспринимаетъ колебаніе послѣдняго, если камертонъ приставленъ къ тѣлу или даже къ подушкѣ, одѣялу—это явленіе извѣстно подъ именемъ паропузії Вебера. Эггеръ приписываетъ его чувствительности кости или періоста, но кажется необходимо приписать всѣмъ тканямъ эту способность, какъ первичное выраженіе тактильнаго чувства. Организмъ обладаетъ способностями барестезической и манестезической, благодаря которымъ онъ можетъ ощущать перемѣну давленія внутри и внѣ себя. Колебанія же суть измѣненія давленія, зависяція отъ интермолекулярныхъ измѣненій въ ткани. Авторъ полагаетъ, что ухо и слухитъ манометрическимъ указателемъ, а не резонаторомъ. Не всѣ ткани одинаково проводятъ манометрическія колебанія, такъ гребешокъ *tibiae* лучше проводить, чѣмъ икра; твердыя ткани лучше проводятъ, чѣмъ мягкія. Аппараты отологическіе и отоунетическіе служатъ органами чувствительности. Исторія уха и показываетъ прогрессивную спеціализацію примѣненія сисместезической способности организма. Сисместезіей можно назвать воспріятіе твердыхъ колебаній, а сейстезіей—жидкихъ. Перцепція колебаній свойственна живымъ существамъ, она, являясь результатомъ тактильнаго анализа, относится къ общей чувствительности и заслуживаетъ большого интереса.

В. Рудневъ.

Paralysie du moteur oculaire commun chez un tabétique examen anatomique. A. Papadaki. (Revue Neurologique, 1904).

Musculi externi глаза рѣдко (39:100) поражаются параличемъ въ продромальный періодъ *tabes*'а. Параличи вначалѣ легки и скоропреходящи, но, возвращаясь, становятся тяжелыми и продолжительными. При этомъ поражаются всѣ, или почти всѣ вѣтви двигателя глаза, который отклоняется кнаружи, и наступаетъ *ptosis*. Временные параличи, по мнѣнію нѣкоторыхъ, считаются слѣдствіями периферическаго неврита, а продолжительные — слѣдствіемъ пораженія центровъ продолговатаго мозга. Adamkiewitz считалъ причиной преходящихъ диплопій кратковременный приливъ крови къ первымъ стволамъ и ядрамъ, а Gweicher — склерозъ артерій и ишемію двигательныхъ центровъ. Dejerine въ случаѣ изолированнаго паралича, поднимателя вѣка у табетика нашелъ по вскрытіи глубокое перерожденіе его нервной нити, тогда какъ стволъ *nervi oculomotorii* оказался неизмѣненнымъ. Вслѣдствіе этого онъ считаетъ болѣзнь — периферическимъ *nervo-tabes*.

Jenard также считаетъ глазодвигательные параличи слѣдствіемъ периферическихъ невритовъ, а не центральнаго происхожденія.

Wecker и Landolf считаютъ причиной параличей двигательныхъ мышцъ глаза разстройство циркуляціи, такъ какъ они находили по вскрытіи на той сторонѣ на которой были интенсивныя пораженія нервныхъ стволовъ III и IV пары — большое число капиллярныхъ сосудовъ, сопровождающихъ нервные пучки VI пары во всѣхъ направленіяхъ до самаго начала.

Большой пучекъ васкулярныхъ сосудовъ лежалъ на пути начальныхъ путей этого нерва, который они и сжимали, вѣроятно, въ значительной степени.

Атероматозъ артерій основанія можетъ быть тоже причиной глазодвигательнаго паралича.

Авторъ изслѣдовалъ одного табетика съ признаками табетическаго паралича и прогрессивной интеллектуальной слабости съ идеями величія. Черезъ 2½ мѣсяца обнаружались *ptosis*, наружное косоглазіе, неравенство и расширеніе зрачковъ. *Ptosis* и косоглазіе вполнѣ исчезли, неравенство же зрачковъ осталось до самой смерти. Вскрытіе обнаружило: периваскулярную инфильтрацію, пролиферацію неврогліи и сосудовъ, разрушеніе *supraradial*'ныхъ волоконъ и нервныхъ

клетокъ. N. oculomotorius sinister измѣненъ. На основаніи мозговыхъ оболочекъ утолщены, особенно вокругъ лѣваго п. oculomotorii, такъ что ихъ нужно было разорвать, чтобы открыть мозгъ. Въ области ядеръ—расширеніе сосудовъ, которые часто окружены свѣжими кровоизліяніями. На лѣвой сторонѣ преобладаютъ: базиллярный менингитъ и гиперплазія сосудовъ, кромѣ того склерозъ сосудовъ съ утолщеніемъ средней оболочки, интима сосудовъ съ аневризмами. Въ лѣвомъ п. oculomotorius—многочисленныя маленькія геморрагіи.

Rapadaki отвергаетъ гипотезу о происхожденіи глазодвигательнаго паралича отъ пораженія внутримозговой массы, равно какъ и отъ перерожденія нерва. Онъ объясняетъ болѣзнь:

а) базиллярнымъ менингитомъ съ кровянистой инфильтраціей,

б) многочисленными маленькими геморрагіями въ самомъ нервѣ и

с) сдавленіемъ со стороны склеротичныхъ сосудовъ съ аневризмами.

Отъ кровоизліянія въ нервѣ, окруженномъ мозговыми оболочками, происходятъ часто тяжелыя разстройства функций, а гиперплазія мозговыхъ оболочекъ производитъ закупориваніе сосудовъ и ведетъ къ геморрагіямъ; нервъ же, будучи фиксированъ, сдавливается толстыми стѣнками склеротичныхъ сосудовъ. Кровоизліянія авторъ считаетъ производящей причиной глазодвигательнаго паралича, а базиллярный менингитъ—причиной постоянного раздраженія: такимъ образомъ скоро исчезнувшіе ptosis и мускульный параличъ зависѣли отъ первой причины, а постоянное расширеніе зрачка—отъ второй.

С. Каганъ.

Paralysie alterne double incomplète limitée à la face.—Faiblesse de tout le côté gauche du corps.—Tubercules pédonculo-protubérantiels. E. Lenoble и E. Aubineau. (Revue Neurologique, 1903).

Авторы приводятъ замѣчательный случай двусторонняго paralysis altern. у восьмимѣсячнаго ребенка. Кромѣ паралича конечностей, обнаруживаются признаки пораженія общаго лѣ-

ваго глазодвигательнаго центра, правой нижней вѣтви личнаго нерва и двигательной вѣтви праваго поднимателя вѣка, а на покрытой волосами кожѣ головы—два туберкулѣзныхъ абсцесса. Температура утромъ 36° , вечеромъ 39° . Отецъ ребенка страдаетъ туберкулѣзомъ верхушки праваго легкаго. Exitus. Вскрытіе: въ легкихъ каверны и туберкулы; продолговатый мозгъ увеличенъ въ размѣрахъ: на правой сторонѣ, на уровнѣ соединенія его съ ножками мозга разрѣзъ обнаруживаетъ широкій казеозный туберкулъ и въ верхней лѣвой части продолговатаго мозга обнаруживается другой туберкулъ. Спинной, головной мозгъ и мозжечекъ—нормальны. Lenoble и Aubineau полагаютъ, что клиническія явленія въ данномъ случаѣ зависятъ отъ бугорковыхъ новообразованій и особенно отъ верхняго туберкула.

Вслѣдствіе распространенія новообразованія дальше средней линіи явился параличъ levator'a palpebrae superioris dextrae, что по профессору Raymond'у бываетъ при paralys. altern., ограничивающемся только лицомъ. Такъ какъ солитарный туберкулъ встрѣчается рѣдко (19:42), то данный случай можно считать исключительнымъ.

Лѣвый туберкулъ, по мнѣнію авторовъ, имѣетъ лишь второстепенное значеніе для симптомовъ болѣзни, и отъ него зависитъ лишь слабость лѣвыхъ конечностей. Вообще мозговые опухоли могутъ развиваться, не вызывая почти никакихъ болѣзненныхъ явленій при жизни, а лишь при вскрытіи находятъ опухоль, какъ и было съ лѣвымъ туберкуломъ въ описываемомъ случаѣ.—Кажется, что двигательный параличъ не сопровождается разстройствомъ чувствительности, хотя въ описываемомъ случаѣ субъектъ былъ такъ слабъ, что реагировалъ лишь на глубокіе уколы. Замѣчательно, что нѣтъ точныхъ признаковъ существованія обширныхъ кавернъ у маленькаго ребенка, если хоть малая часть легкихъ еще проницаема для воздуха.

С. Каганъ.

Хроника и смѣсь.

— Бывшій ассистентъ при кафедрѣ психіатріи Императорскаго Казанскаго Университета, докторъ медицины, Владиміръ Николаевичъ Образцовъ назначенъ ассистентомъ при кафедрѣ психіатріи Новороссійскаго Университета.

— Проф. А. Fränkel вышелъ въ отставку, ибо не былъ произведенъ въ экстраординарные профессора, по причинамъ ничего общаго съ наукой не имѣющими. (W. klin. Woch.).

— Проф. Simmerling занялъ кафедру нервныхъ и душевныхъ болѣзней въ Bonn'ѣ.

— „Новости“ передаютъ, что на съѣздѣ представителей исправительныхъ заведеній, имѣвшемъ мѣсто въ Москвѣ въ концѣ мая, учреждена премія 500 руб. за лучшее руководство по психіатрическимъ изслѣдованіямъ и наблюденіямъ за воспитывающимися въ исправительныхъ заведеніяхъ.

— „Одесск. Новости“ сообщаютъ, что первый выпускъ врачей медицинскаго факультета Новороссійскаго Университета долженъ былъ состояться въ сентябрѣ будущаго 1905 года. Но въ виду того, что много врачей запаса призваны теперь на дѣйствительную службу и еще могутъ потребоваться врачи, состоящіе въ запасѣ, Министерствомъ Народнаго Просвѣщенія предложенъ ускоренный выпускъ первыхъ врачей Одесскаго медицинскаго факультета. По слухамъ, ускоренный выпускъ предложенъ еще въ декабрѣ текущаго года, т. е. на 9 мѣсяцевъ раньше опредѣленнаго срока. Такая же мѣра принята по отношенію къ Москов-

скому медицинскому факультету и Военно-Медицинской Академіи.

— На мѣсто умершаго въ Берлинѣ профессора психіатріи и нервныхъ болѣзней Jolly назначенъ проф. Ziehen.

— Московской Городской Управой на должность главнаго врача Алексѣевской психіатрической больницы утвержденъ П. П. Кащенко, бывшій до настоящаго времени директоромъ психіатрической лѣчебницы Нижегородскаго земства.

— Военный министръ увѣдомилъ исполнительную комиссію Краснаго Креста, что, хотя главнымъ медицинскимъ управленіемъ и приняты всѣ мѣры къ временному расширенію существующихъ при военныхъ госпиталяхъ психіатрическихъ отдѣленій, съ цѣлью размѣщенія душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ дѣйствующей арміи, тѣмъ не менѣе весьма желательно участіе общества Краснаго Креста въ устройствѣ психіатрическихъ заведеній въ Харбинѣ, Читѣ и Иркутскѣ. Кромѣ того желательно также устроить этапные психіатрическіе пункты въ Красноярскѣ и Омскѣ, для пользованія въ нихъ душевно-больныхъ воинскихъ чиновъ. (Пет. Газ. 29 іюля).

— 18 іюля привезены въ Москву съ Дальняго Востока 13 душевно-больныхъ офицеровъ и 8 душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ. Они будутъ размѣщены въ Московскихъ психіатрическихъ больницахъ.

— Настоящее тревожное военное время, очевидно, порождаетъ увеличеніе числа психическихъ заболѣваній. Такъ, редакція „В. Об.“ отмѣчаетъ, что ей приходится очень часто имѣть дѣло съ психически-больными людьми, присылающими всевозможные проекты и предлагающими изобрѣтенія, могущія-де быть полезными въ войнѣ съ Японіей. Въ числѣ этихъ изобрѣтеній значится вѣчный двигатель, заводъ для превращенія травы и сѣна въ молоко, мясо, кожи, тысячеверстный слухъ при помощи котораго можно знать, что говорятъ между собой японцы за тысячу верстъ, и т. п. бредни больныхъ людей. (Врач. Газ. 10 іюля).

— Въ виду возможности появленія на театрѣ военныхъ дѣйствій психическихъ заболѣваній, исполнительная комиссія Краснаго Креста, озабоченная правильной организаціей ухода за такими больными, избрала для детальнаго

разсмотрѣнія этого вопроса специальную комиссію, назначивъ председателемъ ея проф. В. Н. Сиротинина.

— „Сѣверо-Западное Слово“ передаетъ, что въ виду переполненія госпиталей для душевно-больныхъ Министерство путей сообщенія возбудило вопросъ о постройкѣ пріютовъ при всѣхъ дорогахъ для психически-заболѣвшихъ желѣзнодорожно-служащихъ.

— Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ предложено принимать на имѣющіяся свободныя мѣста въ окружныхъ лѣчебницахъ Виленской, Винницкой и Казанской за счетъ Краснаго Креста душевно-больныхъ, эвакуируемыхъ съ мѣстъ военныхъ дѣйствій.

— Сенатъ разъяснилъ, что чиновники правительственныхъ учреждений, заболѣвшіе душевно, могутъ быть увольняемы отъ службы лишь послѣ годовой болѣзни, если не выздоровѣютъ, и въ теченіе этого года семьи ихъ должны безпрепятственно получать причитающееся больному жалованіе.

— Объявляется премія имени Astley Cooper'a въ 300 фунтовъ ст. за лучшую работу по микроскопической анатоміи спинного мозга. Работа, написанная на англійскомъ языкѣ, должна быть представлена къ 1 января 1907 г. въ The Physicians and Surgeons Guy's Hospital. (Лондонъ). Подробности можно узнать у д-ра Neroton Pitt'a. (Deutsche med. Ztg., 23 іюня).

— Общество нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ въ засѣданіи 21 мая предложило темою для сочиненія на премію имени А. Я. Кожевникова вопросъ—Взаимная связь между бугорчаткою и душевными расстройствами. Срокъ подачи работы 1-е марта 1906 г., размѣръ преміи 500 рублей.

— Послѣдовало разрѣшеніе на постановку въ аудиторіи клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней, В.-Медицинской Академіи, бюста покойнаго проф. Ивана Михайловича Балинскаго.

— Спб. городская больничная комиссія, совмѣстно съ совѣтомъ главныхъ врачей больницы, внесла на обсужденіе городской думы проектъ улучшенія, въ столицѣ при-

зрѣнія душевно-больныхъ. Во-первыхъ, она полагаетъ вывести всѣхъ призрѣваемыхъ изъ городской психіатрической больницы Николая Чудотворца въ городскую колонію для душевно-больныхъ на Новознаменской дѣлѣ. Послѣдняя, занимая территорію въ 200 десятинъ, позволяетъ устроить цѣлый рядъ новыхъ каменныхъ павильоновъ съ организаціей при нихъ работъ на открытомъ воздухѣ. Городская больница Николая Чудотворца, какъ перестроенная изъ тюрьмы, лишена многихъ необходимыхъ удобствъ и приспособленій для леченія и содержанія больныхъ. По мнѣнію больничной комиссіи, эта больница должна быть упразднена, а зданію ея дано другое назначеніе. Взамѣнъ этой больницы городское управленіе должно построить новую психіатрическую больницу, которая-бы, помимо своей главной цѣли—служить пріютомъ и лѣчебницею для душевно-больныхъ, являлась-бы клинкою для медицинскаго персонала. Намѣченный проэктъ преобразованій связанъ съ расходомъ въ нѣсколько милліоновъ рублей. (Новости 13 авг.).

— Въ Петербургѣ открылась 12 сентября обширная частная лечебница для нервныхъ и душевныхъ больныхъ. Занимаетъ она два большихъ корпуса, расположенныхъ среди зелени, въ большомъ зданіи. Постройка и оборудованіе лечебницы обошлась до четырехъ сотъ тысячъ рублей. Директоромъ и устроителемъ лечебницы является ординаторъ больницы Св. Николая Чудотворца А. Г. Конасевичъ.

— По завѣщанію г-жи Мостовенко, Спб. городское управленіе получило 10,000 руб. на нужды психіатрическихъ больницъ. Совѣтъ главныхъ врачей больницъ остановился на мысли устроить на эти деньги въ больницѣ Св. Пантелеймона особый павильонъ для психическихъ больныхъ, заболѣвающихъ инфекціонными болѣзнями.

— 21 іюля въ Воронежскомъ уѣздѣ при селѣ Орловкѣ, прекрасной мѣстности у Дона, состоялась закладка новыхъ зданій психіатрической лечебницы Воронежскаго губернскаго земства.

— Въ Архангельскѣ 12 іюля состоялась закладка психіатрическаго отдѣленія при губернской больницѣ; отдѣленіе строится на 50 человѣкъ.

— Страшная драма разыгралась въ деревнѣ Альмузинѣ, Юхмачинской волости, Спасскаго уѣзда, Казанской

губерніи. Крестьянинъ этой деревни Михайловъ, будучи долгое время психически больнымъ и находясь безъ всякаго призора, ушелъ въ село Биларскъ. Пробывъ тамъ нѣсколько дней, онъ вскорѣ возвратился обратно домой, и никѣмъ не замѣченный, скрылся въ огородѣ. Замѣтивъ оттуда, что жена его моется въ банѣ, находившейся за огородомъ, Михайловъ ворвался туда, накинулся на жену съ ножомъ и началъ наносить ей раны въ грудь и шею. Обезумѣвъ отъ страха и обливаясь кровью, несчастная стала защищаться и звать о помощи. Крики ея были услышаны: въ баню торопливо вбѣжалъ братъ Михайлова и сталъ его обезоруживать. Окровавленная женщина, воспользовавшись суматохой, тотчасъ-же выбѣжала изъ бани; между братьями завязалась отчаянная и продолжительная борьба, завершившаяся тѣмъ, что безумный былъ обезоруженъ. Послѣ этого братъ Михайлова, считая себя внѣ всякой опасности, оставилъ сумасшедшаго въ банѣ, а самъ ушелъ, чтобы собрать народъ и узнать, въ какомъ положеніи находится раненая невѣстка. Между тѣмъ, Михайловъ незамѣтно послѣдовалъ за братомъ и, пройдя огородъ, вошелъ во дворъ, гдѣ ему сразу бросился въ глаза валявшійся около дровъ топоръ. Онъ схватилъ этотъ топоръ и, тихо подкравшись сзади къ брату, сильнымъ ударомъ сразу размозжилъ ему черепъ. Совершивъ это ужасное преступленіе, онъ въ сильномъ возбужденіи направился въ избу, гдѣ въ постели лежала его больная мать, и началъ наносить ей удары до тѣхъ поръ, пока несчастная не испустила послѣдній вздохъ. Покончивъ съ матерью, сумасшедшій въ страшной ажитациі выбѣжалъ на дворъ, гдѣ увидалъ жену брата, находившуюся около убитого мужа. Озвѣрѣвшій сумасшедшій набросился съ топоромъ и на эту женщину и сразу нанесъ ей нѣсколько смертельныхъ ударовъ. Эта ужасная сцена была замѣчена сосѣдомъ, который сдѣлалъ попытку обезоружить безумнаго. Онъ бросился къ нему сзади, намѣреваясь схватить его за руку, но сумасшедшій замѣтилъ нападеніе и топоромъ нанесъ сосѣду нѣсколько ранъ. Раненый крестьянинъ спасся бѣгствомъ. Оставшись на дворѣ одинъ, безумецъ поджогъ соломенную крышу избы, которая моментально вспыхнула. Въ это время дулъ сильный вѣтеръ и пламя перенесло на ближайшій строеніи. Начался пожаръ, сразу принявшій огромные размѣры. Крестьяне въ смятеніи кинулись спасать свое имущество, но разбушевавшаяся огненная стихія сильно препятствовала имъ въ этомъ. Среди криковъ, гама и ужаса, охватившаго всѣхъ, на пожарищѣ вдругъ появилась страшная фигура сумасшедшаго

Михайлова, потрясавшаго топоромъ. Растерявшіеся крестьяне боялись подступить къ безумному, а торъ размахивая топоромъ, бросился, наконецъ, въ горящую ригу, гдѣ и нашелъ себѣ смерть. Пожаромъ уничтожены 52 двора.

— 15 іюня въ с. Выхвостовѣ, Городнянскаго у., Черниговской г., произошелъ слѣдующій ужасный случай. Житель с. Выхвостова, казакъ Василій Бобровникъ, недавно выпущенный изъ психической больницы Черниговскаго губернскаго земства, убилъ топоромъ свою жену и четырехъ дѣтей; трупы ужасно изуродованы. Картина, по словамъ стражника, доносящаго объ этомъ случаѣ предводителю дворянства Городнянскаго уѣзда, не поддается описанію. Самъ виновникъ этой кровавой драмы скрылся и послѣ тщательныхъ розысковъ трупъ его былъ найденъ въ прудѣ.

— Скончался д-ръ Gilles de la Tourette, одинъ изъ учениковъ проф. Charcot. G. de la Tourette хорошо извѣстенъ своими выдающимися работами по вопросамъ неврастеніи, истеріи, гипнотизма и пр. Скончался отъ прогрессивнаго паралича.

— Въ Сентябрѣ текушаго года при медицинскомъ факультетѣ Новороссійскаго Университета открывается пятый курсъ. Осенью уже этого года открывается своя дѣятельность нервная клиника.

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

Е. Касторскій. Цѣль и значеніе земской санитаріи въ Симбирской губерніи и ближайшія задачи Санитарнаго Бюро.

Сборникъ работъ по невропатологіи и психіатріи, посвященный профессору И. А. Сикорскому его учениками по случаю тридцатилѣтней его врачебно научной дѣятельности. Кіевъ. 1904 г.

Я. М. Затворницкій. Практическія занятія по гражданскому судопроизводству. Сборникъ казусовъ для студентовъ и кандидатовъ на судебныя должности. Харьковъ. 1904 г.

Научный архивъ Виленской окружной лечебницы. №№ 1, 2. Вильна. 1904 г.

В. Н. Образцовъ. Письмо душевно-больныхъ (изъ психіатрической клиники Казачскаго Университета). Дисс. Казань. 1904 г.

А. Ф. Коковскій. О вліяніи различныхъ веществъ на вырѣзанное сердце хлѣнокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ. Дисс. Юрьевъ. 1904 г.

О. Г. Ротбергъ. О цѣлебномъ дѣйствіи лихорадки, вызванной искусственно подкожными впрыскиваніями пептона Witte, на нѣкоторыя инфекціонныя болѣзни. Дисс. Юрьевъ. 1904 г.

А. И. Мелкертъ. Къ вопросу о загрязненіи рѣкъ промышленными и сточными водами. Юрьевъ. Дисс. 1904 г.

К. Г. Сериковскій. Некротуберкулезъ и псевдотуберкулезъ. Юрьевъ. 1903 г.

А. Л. Зубченко. Объ измѣненіяхъ гангліозныхъ клѣтокъ сердца и дѣятельности его при смерти отъ замерзанія. Дисс. Юрьевъ. 1903 г.

Е. П. Радинъ. Методика психологическаго изслѣдованія бреда и критическій обзоръ современныхъ ученій о бредѣ.

Ф. В. Людвигъ. Матеріалы къ изученію химическаго состава нѣкоторыхъ горькосоленныхъ озеръ степей—Соляной, Абаканской, Сагайской и Качинской, Минусинскаго округа, Енисейской губерніи. Дисс. Юрьевъ. 1903 г.

Проф. В. В. Ивановскій. Учебникъ административнаго права. Казань. 1804 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 выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

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

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 предъидущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенныя, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣченъ слѣдующій 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. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапія. Съ рис.

3) Они-же. Мalaria, ея происхожденіе, симптоматологія, 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) Доц. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ прибавленіемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ V. Buhbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dumont (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

10) Д-ръ М. Joseph. 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. Fournier (Парижъ). Руководство по патологiи и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ С. Feistmantel (Будапештъ). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ. Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. L. Knapp (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 «Терапевтическiй Вѣстникъ»),
еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтическiй 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 точнѣе же освѣщать читателю все, что появляется новаго въ области медико-хирургической науки, особенно же въ области этиологiи, диагностики и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ диететики и диетотерапiи. — Считая предупрежденiе 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 интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, нерѣдко плохо усвоеннымъ шаблонамъ. — Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Отвѣты» редакцiя съ готовностью будетъ давать посильные отвѣты на всѣ обращенные къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетой. — Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести посильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

дѣятелей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и сословнаго самознанія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ медицины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеймотерапіи, механотерапіи, свѣтолеченію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всѣмъ медикохирургическимъ 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 медиц. обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библіографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецептныя формулы.—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., причемъ 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 еженедѣльно 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., причемъ 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, причемъ 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 получать 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 изданій редакціи, помѣщенныхъ въ каталогъ ея, который можно получать бесплатно 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. КРАИНСКАГО, при участіи и сотрудничествѣ всѣхъ ординаторовъ Лечебницы.

Архивъ ставитъ своей задачей научную разработку текущихъ психіатрическихъ вопросовъ, главнымъ образомъ, на основаніи матеріала Виленской Окружной Лечебницы, являющейся въ настоящее время самымъ крупнымъ психіатрическимъ учрежденіемъ въ Россіи, а также своевременное опубликованіе наиболее интересныхъ клиническихъ и судебно-психіатрическихъ случаевъ и изученіе вопросовъ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи и за границей.

Редакція охотно представитъ 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 книжкѣ будетъ сдѣлано бесплатное 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. Б. ж. д.) и во всѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. Книгопродавцамъ 40 коп. скидки (пересылка денегъ за ихъ счетъ).

Редакторъ Н. Краинскій.

Секретари: } Е. Клевезаль.
 } Н. Рейхеръ.

Издание К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Открыта подписка на 1904 годъ

(Девятый годъ изданія).

ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГІИ

И

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ.

Ежемѣсячный 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 бібліографіи. V. Хроника, новости и смѣсь. VI. Біографіи и некрологи. VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣе просятъ адресовать на имя редактора журнала проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, 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 хроники, покорнѣе 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 бесплатно. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатана заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, полученныхъ Л.М., 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 Петербургѣ—9 руб.; на полгода—4 руб. 50 коп.; на 3 мѣсяца—2 руб. 25 коп. Экземпляры «Обзрѣнія» 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 П. А. Останковъ

Стр.

tique examen anatomique. A. Papadaki. (Revue Neurologique, 1904). 293.—
Paralysie alterne double incomplète limitée à la face.—Faiblesse de tout
le côté gauche du corps.—Tubercules pédonculo-protubérantiels. E. Le-
noble и Aubineau. (Revue Neurologique, 1903). 294.

Хроника и смѣсь 296.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и биб-
ліотеку Общества 302.

Объявленія 303.



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. Миславскаго, проф. В. М. Вехтерева и проф.
Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльные книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологій и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологій и эмбриологій нервной системы, нервной физиологій и психологій.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всехъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всеми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ» просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Вехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Одесса). Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя председателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 30 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.