

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

и

профессора Н. М. ПОПОВА (Казань).

Томъ **IX**, вып. **3**.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

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

Н. М. Поповъ. Атетозъ.

В. В. Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ.

Е. Х. Ордовъ. Случай послѣоперационнаго душевнаго заболѣванія.

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

Критика и библіографія.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи нервной системы.

Некрологъ.

Хроника и смѣсь.

Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Объявленія

Приложеніе. **Б. И. Воротынскій.**
Истерія въ наукѣ и въ жизни.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 0 1.



ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

В. П. Бабкинъ. Вліяніе искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ на его ростъ и развитіе	1.
Н. М. Поповъ. Атетозъ	42.
В. В. Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ .	66.
Б. Х. Орловъ. Случай послѣоперационнаго душевнаго заболѣванія.	98.
М. М. Мерингъ. О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва».	104.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи и невропатологіи	144.
---	------

W. Eindhoven. Ueber Nervenreizung durch frequente Wechselströme.—144 —René Serrigny. Un cas de paralysie général survenue pendant une syphilis secondaire, marche rapid, ictus apoplectiforme avec issue fatale; épilepsie jacksonienne. 146.—Georg Eisath. Ueber die Aetiologie d. progres. Paralyse in Deutsch. Tirol. 148.—Проф. С. С. Корсаковъ. Постельное содержаніе при леченіи острыхъ формъ душевныхъ болѣзней и вызываемыя имъ измѣненія въ организаціи заведеній для душевно-больныхъ. 149. Г. И. Россолимо. Искусство, больные нервы и воспитаніе (по поводу «Декадентства»). 153.

Некрологъ	158.
---------------------	------

Изъ физиологической лабораторіи академика В. М. Бехтерева.



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

Б. П. Б а б к и н а.

Въ засѣданіи 30 Іюня 1890 года Парижской Академіи Наукъ академикъ Вернейль представилъ докладъ проф. Ланнелонга (Lannelongue) подъ заглавіемъ „О черепосѣченіи въ микроцефаліи“ (De la Crâniectomie dans la microcephalie).

Ланнелонгъ сообщалъ объ операціи, сдѣланной имъ дѣвочкѣ 4 лѣтъ съ ясными признаками микроцефалическаго идиотизма. Операція заключалась въ удаленіи костнаго вещества въ видѣ щели 9 мм. длины и 6 мм. ширины на лѣвой сторонѣ черепа параллельно сагитальному шву, другими словами—въ образованіи *искусственнаго шва*. Слѣдствіемъ операціи явилось значительное улучшеніе состоянія больного ребенка.

Теоретическія основанія, послужившія Ланнелонгу для примѣненія черепосѣченія, были слѣдующія. Существуютъ три главныя теоріи микроцефаліи: одна изъ нихъ—о преждевременномъ окостенѣніи швовъ, защищавшаяся Вирховымъ, съ каждымъ днемъ теряетъ почву; другая—теорія К. Фогта, видящая въ микроцефаліи атавистическое явленіе, возвратъ къ далекому типу, также является въ настоящее время пошатнутой до основанія; третья, наиболѣе вѣроятная теорія, опре-

дѣляетъ микроцефалію какъ „болѣзненное состояніе мозга“. „Мозгъ, говоритъ Ланнелонгъ, представляетъ патологическія измѣненія эмбріональнаго происхожденія, часто комбинированныя съ измѣненіями черепа. Я подумалъ, что при такихъ условіяхъ, быть можетъ, возможно видоизмѣнить искаженное или запоздавшее развитіе мозга и дать ему новый выходъ, ослабляя противодѣйствіе черепа, главнымъ образомъ въ тѣхъ областяхъ мозга, гдѣ находятся центры, имѣющіе наибольшее вліяніе на жизнь“¹⁾).

Мысль о хирургическомъ лѣченіи микроцефаліи существовала и была осуществлена до Ланнелонга. Уже въ 1878 году *Fuller* ²⁾ предложилъ *трепанацию* для лѣченія микроцефаліи, но тогда это предложеніе не имѣло успѣха.

Въ 1888 году *Lane* ³⁾ (изъ С. Франциско) произвелъ операцію *черепосъщеченія* (въ смыслѣ Ланнелонга) ребенку идиоту; однако опубликовалъ свое наблюденіе лишь въ 1892 г., послѣ того какъ операція Ланнелонга стала извѣстна въ Америкѣ.

Guéniot ⁴⁾ въ 1889 году сдѣлалъ докладъ Парижской Медицинской Академіи, а позже въ 1890 году и Академіи Наукъ, относительно операціи съ потерей вещества черепа, имѣвшей цѣлью „дать возможность больному мозгу, хотя бы отчасти, развиваться естественно“.

Тѣмъ не менѣе пріоритетъ въ дѣлѣ введенія черепосъщеченія при микроцефаліи въ хирургическую практику по праву

¹⁾ Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences. 1890. T. CX. De la crâniectomie dans la microcéphalie. Note de M. Lannelongue. p. 1382.

²⁾ Presse méd. Belge. 1878. p. 376. и Progrès médicale, 1878 p. 929.

³⁾ Lane, L. C. Pionuer craniectomy for relief of mental imbecillity, premature sutural closure an microcephalus. Journ. of the am. med. Ass. 1892. 9 janv., p. 49.

⁴⁾ Guéniot. Bull. de l'Académie de méd. Paris. 1889. t. XXII. p. 409. и Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1890. T. CXI. p. 199.

принадлежит Ланнелонгу. Позднѣе (30-го мая 1891 года) Ланнелонгъ сдѣлалъ сообщеніе о своей операціи на конгрессѣ французскихъ хирурговъ, напечатанное затѣмъ въ *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* ¹⁾.

Здѣсь онъ подробнѣе развиваетъ первоначальныя положенія, приводитъ описаніе нѣкоторыхъ случаевъ своей операціи и устанавливаетъ показаніе къ ней. Показанія распадаются на 4 группы:

1) *Собственно микроцефалія*, преждевременное окостенѣніе швовъ, раннее закрытіе родничковъ и, какъ слѣдствіе, задержка въ развитіи мозга.

2) *Травматическія поврежденія при родахъ*, въ особенности искусственныхъ. *Сдавленія вслѣдствіе препятствія*.

3) *Геморагическія воспаленія мозговыхъ оболочекъ* у молодыхъ субъектовъ, влекущія за собой гематомы, пахименингитъ и, вслѣдствіе измѣненій въ крови, серозныя кисты.

4) *Мозовыя атрофіи* сосудистаго происхожденія, развитыя склерозы, сопровождающіеся соотвѣтственными измѣненіями въ черепѣ.

Безпомощное положеніе идіотовъ и топоумныхъ, трудность ихъ воспитанія и часто болѣе чѣмъ скромные результаты его—способствовали тому, что операція Ланнелонга, какъ новый и многообѣщающій методъ лѣченія случаевъ психическаго недоразвитія, нашла себѣ большое примѣненіе.

До 1895 года, по статистическимъ даннымъ *Barbur'a* ²⁾, было сдѣлано 89 операцій, изъ нихъ 25 принадлежатъ самому Ланнелонгу. Большая часть операцій произведена въ періодъ 1890—93 гг.—время наибольшаго увлеченія черепосѣченіемъ ³⁾;

¹⁾ De la craniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriéré et chez les jeunes sugets présentant avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques. T. IV. p. 89.

²⁾ Barbour, I. F. The med. and. surg. Rep. Philad. 1895. t. LXXII № 85.

³⁾ Мы переводимъ «crâniectomie»—«черепосѣченіе», въ виду цѣлесообразнаго предложенія Кеенъа (Med. News. t. LVII, № 22. 1890) переименовать эту операцію въ «crâniotomy».

послѣ 1893 г. сообщенія относительно этого предмета становятся крайне рѣдкими.

Причиною охлажденія было выясненіе результатовъ операціи: они далеко не содѣйствовали ожиданіямъ.

Теорія Вирхова о преждевременномъ окостенѣніи швовъ, какъ причинѣ, вызывающей сдавленіе мозга, смѣнилась другой, по которой не черепъ вліяетъ на ростъ мозга, а наоборотъ ростъ этого послѣдняго обуславливаетъ форму черепа. Очевидно, съ этой точки зрѣнія черепосѣченіе при микроцефалии, въ собственномъ смыслѣ этого слова, является безцѣльнымъ.

Bourneville ¹⁾ представилъ на третьемъ конгрессѣ душевныхъ болѣзней нѣсколько череповъ идіотовъ безъ всякаго слѣда сращеній или преждевременнаго окостенѣнія швовъ. Имъ же демонстрированы черепа дѣтей, оперированныхъ по Ланселонгу и также съ хорошо сохранившимися естественными швами. По мнѣнію этого автора, краниотомія, какъ операція ни на чемъ не обоснованная, должна быть безусловно оставлена и замѣнена медико-педагогическимъ воспитаніемъ отсталыхъ дѣтей ²⁾.

Къ этому мнѣнію *Bourneville*'я вполне примыкаетъ и *P. Delvoie* ³⁾.

Benedict ⁴⁾, отрицая вообще возможность сдавленія мозга черепными костями, признаетъ ошибочной и теорію преждевременнаго окостенѣнія швовъ съ послѣдовательнымъ давленіемъ на мозгъ. „Такъ напримѣръ *Waldeyer*, говоритъ онъ,

¹⁾ La semaine médicale. 1892. p. 321.

²⁾ Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie etc., 1894. Du traitement chirurgical et médicopedagogique des enfants idiots et arriérés. t. XIV. p. 16.

³⁾ Delvoie, P. De la trépanation crânienne. Mém. cour. et autres mém. publ. par. l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles. 1893. XII.

⁴⁾ Benedict. Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Wiener medicinische Presse. 10 Juli 1892.

рѣшительно доказалъ, что не черепъ вліяетъ на мозгъ, а наоборотъ, мозгъ имѣетъ громадное значеніе для формаціи черепа. Въ самомъ дѣлѣ, черепъ обладаетъ невѣроятною эластичностью. Всякіе приливы крови и всякія анеміи вліяютъ на его форму и на его объемъ. Поэтому операція, сдѣланная на черепѣ съ цѣлью освободить мозгъ, не имѣетъ никакого смысла. Явилась мысль трепанировать микроцефаловъ, чтобы благопріятствовать такимъ образомъ развитію мозга; такая странная мысль можетъ явиться только у того, кто никогда не видалъ микроцефала“.

Безумное предложеніе, говоритъ *Крэпелингъ*¹⁾, вскрывать при микроцефаліи черепъ хирургическимъ путемъ, съ цѣлью дать просторъ стиснутому будто бы мозгу, основано на полномъ смѣшеніи причины со слѣдствіемъ и, надо надѣяться, проживетъ не дольше, чѣмъ больные, павшіе его жертвой“.

*Bergmann*²⁾ относится въ общемъ отрицательно къ операціи Ланселонга. Онъ считаетъ, что лишь въ немногихъ случаяхъ можно объяснить микроцефалію преждевременнымъ окостенѣніемъ швовъ и слѣдовательно прибѣгать къ оперативному вмѣшательству.

По мнѣнію другихъ авторовъ, краниотомія не заслуживаетъ порицанія въ той мѣрѣ, въ какой оно высказывалось этой операціи, отчасти потому, что взаимоотношеніе между развитіемъ мозга и черепа не можетъ быть еще точно определено, отчасти вслѣдствіе дѣйствительнаго улучшенія, получившагося у микроцефаловъ послѣ операціи.

Результаты черепосѣченія выражаются слѣдующей таблицей, составленной *Barbour*’омъ (I. c.).

Никакихъ результатовъ. 20.

Безъ указаній. 4.

¹⁾ Крэпелингъ. Психіатрія. Русск. изд. 1898 г. Т. II, стр. 489.

²⁾ *Bergmann*, E. Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin. 1899. S. 85—109.

Уменьшеніе эпилепт. припад.	1.
Улучшеніе	48.
Смерть	16.

Такимъ образомъ изъ 89 случаевъ, при 16 летальныхъ исходахъ, было 48 улучшеній.

Однако всѣ эти улучшенія принадлежатъ ко времени, слѣдующему непосредственно за операціей. *Anger* ¹⁾, *Prengruber* ²⁾ и др. констатировали нѣкоторое просвѣтленіе разсудка у только-что оперированныхъ идіотовъ. Случай черепосѣченія, сообщенный Академіи Наукъ Ланнелонгомъ, далъ также утѣшительные результаты ³⁾.

Но съ теченіемъ времени улучшеніе состоянія больныхъ, достигнутое черепосѣченіемъ, постепенно изглаживается, и оперированные идіоты возвращаются къ своему прежнему положенію. Такъ было въ случаѣ *Anger*'а и цѣлаго ряда другихъ хирурговъ, оперировавшихъ микроцефаловъ ⁴⁾.

„Вопросъ о черепосѣченіи, говоритъ *Gallez* ⁵⁾, не можетъ быть рѣшенъ окончательно въ настоящее время; до сихъ поръ результаты не казались продолжительными; часто получается прогрессивное улучшеніе, но также часто счастливый эффектъ операціи постепенно ослабѣваетъ, и оперированный мало по малу возвращается къ своему прежнему состоянію. Тѣмъ не менѣе, говоритъ онъ далѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ бывали значительныя улучшенія, которые остались бы совершенно непонятными, если бы нельзя было предположить въ извѣстной степени сдавленія мозга костями черепа“.

¹⁾ *Anger*, Th Congr. franç. de chir. Paris 1891. t. V. p. 81.

²⁾ *Prengruber*. Bull. med. Paris. 27 janvier. 1892. p. 81.

³⁾ *Broca*, A. et *Maubrac*, P. Traité de chirurgie cérébrale. Paris. 1896. p. 529.

⁴⁾ См. *Broca* et *Maubrac* l. c., *Bergmann* l. c. *Gallez*, L. La trépanation du crâne. Mém. cour. et autres mém. publ. par l'Acad. rog. de méd. de Belgique. Bruxelles. 1893. t. XII. fasc. 2.

⁵⁾ *Gallez*, L. l. c. p. 410.]

Ackerman ¹⁾), резюмируя взгляды современной науки на черепосъѣденіе, говорить: „результаты операціи этого рода, какъ и слѣдовало ожидать, весьма скромны. Наибольшимъ успѣхомъ пользуются тѣ случаи, которые не соединены съ локализованными измѣненіями черепа и мозга. Нельзя сказать съ опредѣленностью, какіе случаи подлежатъ операціи, какіе нѣтъ; нельзя предсказать, послѣдуетъ ли въ данномъ случаѣ улучшеніе и чего можно ожидать отъ улучшенія; случаи съ преждевременнымъ окостенѣніемъ швовъ скорѣе всего могли бы дать поводъ къ краніотоміи“.

Въ виду легкости операціи и ея относительной безопасности *Horsley* ²⁾ еще въ 1891 г. предложилъ пытаться дѣлать ее въ случаяхъ микроцефаліи, такъ какъ нѣтъ никакого другого лѣченія, которое можно было бы примѣнить.

Неопредѣленность результатовъ, полученныхъ при черепосъѣденіи у микроцефаловъ, разнорѣчивость взглядовъ по этому вопросу, породили естественное желаніе провѣрить мысль Ланнелонга экспериментально. Съ этою цѣлью, по предложенію глубокоуважаемаго профессора Владиміра Михайловича Бехтерева, нами была выполнена настоящая работа. Такъ какъ условія, при которыхъ производилась операція Ланнелонга на людяхъ, очевидно разнятся отъ условій постановки опыта на животныхъ, то и экспериментальная задача свелась къ изслѣдованію вліянія искусственныхъ швовъ черепа у молодыхъ животныхъ лишь на его ростъ и развитіе.

Вопросъ о ростѣ костей до настоящаго времени не можетъ считаться еще вполне рѣшеннымъ. Одни изъ изслѣдователей въ основу своихъ взглядовъ на процессы роста кладутъ теорію *интуссусцепціи*, внутритканнаго, интерстиціального отложенія частичекъ костнаго вещества въ уже существующую

¹⁾ *Ackerman*. Ueber die operative Behandlung der Microcephalie. Sammlung klinischer Vorträge. 1894. № 90.

²⁾ *Horsley*. Brit. med. Journal. 1891. t. II. p. 579.

ткань, другіе—въ противоположность имъ—придерживаются теоріи *анпозіціи*—наслоенія новообразующихся частичекъ на старыя.

Прилагая теорію анпозіціи къ росту костей черепа и въ частности къ росту его покрышечной части, соединительно-тканнаго происхожденія, мы должны главную роль въ этомъ процессѣ приписать швамъ черепа.

Ростъ черепного свода въ длину и въ ширину совершается посредствомъ отложенія новыхъ частичекъ кости по краямъ швовъ, а въ толщину вслѣдствіе отложенія новыхъ слоевъ со стороны подкостницы (pericranium'a). Рядомъ съ этимъ, съ цѣлью приспособленія черепа къ растущему и увеличивающемуся мозгу, происходитъ постепенное всасываніе внутреннихъ слоевъ.

Швы расположены на черепѣ такимъ образомъ, что даютъ ему возможность увеличиваться во всѣхъ направленіяхъ. Ихъ можно раздѣлить на 3 группы:

1. *Средніе сагитальные швы*, способствующие росту черепа *въ ширину*. (Sutura frontalis, s. sagitt., s. lambdoidea, s. occipito-mastoidea и др.).

2. *Фронтальные швы*, способствующие росту черепа *въ длину* (S. coronalis, s. spheno-frontalis, отчасти s. lambdoidea. На основаніи черепа synchondrosis intersphenoidalis и synch. sphenooccipitalis).

3. *Боковые сагитальные швы*, способствующие росту черепа *въ вышину* (S. spheno-parietalis, temporalis и bregmato-mastoidea).

Окостенѣніе швовъ (obliteratio suturarum) и сращеніе костей черепа (synostosis ossium) происходитъ постепенно, по мѣрѣ того какъ тотъ или другой шовъ выполнить свою задачу.

Уклоненіе отъ нормальныхъ сроковъ окостенѣнія, преждевременный синостозъ, synostosis infantilis влечетъ за собой измѣненіе формы черепа. Асимметрическія формы черепа

были изучены Вирховымъ ¹⁾. По тому или другому измѣненію формы черепа можно опредѣлить синостозированный шовъ. Такъ, напр. при *синостозѣ верхнемъ среднемъ* (синостозъ стрѣлов. шва) получаются *длинноголовые* (простые dolichoscephali); при *нижнемъ боковомъ* (син. лобныхъ и основныхъ костей)—*узкоголовые* (leptoscephali). Наоборотъ, *короткоголовые* (brachycephali) получаются при синостозѣ *теменной и затылочной костей*.

Вирховымъ же было установлено слѣдующее въ высшей степени важное положеніе, а именно, что *при существующемъ синостозѣ шва ростъ черепа останавливается всегда въ направленіи перпендикулярномъ къ заросшему шву*.

Таковы были взгляды защитниковъ теоріи роста костей наслоеніемъ. Цѣлый рядъ другихъ авторовъ ²⁾, приверженцевъ интусусцепціонной теоріи, пришелъ къ противоположнымъ результатамъ. Не касаясь опытовъ съ ростомъ длинныхъ костей, мы остановимся на изслѣдованіи роста покрывшечной части черепного свода, произведенномъ Гудденомъ ³⁾.

Гудденъ, опредѣливъ швы черепа, какъ *линію соприкосновенія естественныхъ областей роста костей* (Berührungslinien zwischen den natürlichen Knochenwachstumsbezirken), отрицаетъ какое бы то ни было ихъ значеніе для роста и развитія черепа. Мало того, онъ утверждаетъ, что на нихъ наоборотъ происходитъ задержка роста, по сравненію съ окружающими частями. По мнѣнію этого автора, ростъ черепныхъ костей происходитъ со стороны наружнаго и внутренняго періоста и по видимому энергичнѣе на наружной поверхности, чѣмъ на внутренней (большее развитіе зубцовъ на наружной поверхности шва). Кромѣ этого происходитъ въ черепныхъ

¹⁾ Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. 1856.

²⁾ Макдональдъ (1795 г.), Гибсонъ, Томсъ. Брухъ, Стрѣльцовъ, Кащенко, Ю. Вольфъ и др.

³⁾ G u d d e n, В. Experimental. Untersuchungen über das Schaedelwachstum. München. 1874.

костяхъ *интерстиціальный ростъ*, при чемъ „кости растутъ тѣмъ энергичнѣе, чѣмъ ближе къ краямъ и, вѣроятно, чѣмъ ближе къ своей поверхности“ ¹⁾).

Гудденъ доказываетъ свою мысль въ цѣломъ рядѣ опытовъ на кроликахъ, изъ которыхъ важнѣйшіе слѣдующіе.

„Если вполне удалить шовъ, то соприкасающіяся кости едва страдаютъ отъ этого и продолжаютъ расти безъ того, чтобы наступилъ существенный ущербъ въ развитіи черепа; на мѣстѣ ихъ соприкосновенія образуется новый шовъ“ ²⁾.

Образованіе совершенно новыхъ швовъ на *протяженіи костей* не вліяетъ на конфигурацію черепа. Подобно тому какъ естественные швы представляютъ изъ себя линіи соприкосновенія естественныхъ областей роста костей, такъ и искусственные швы являются такими же границами для областей искусственныхъ ³⁾.

Въ зависимости отъ отстоянія другъ отъ друга краевъ являются три возможности.

1) если они лежатъ далеко другъ отъ друга—щель (Spalte).

2) если они лежатъ вплотную—*синостозъ*.

3) если дни касаются другъ друга, не вполне приходясь—*новые швы* (neue Nähte).

Эти моменты могутъ комбинироваться.

Удвоеніе или даже утроеніе швовъ также остается безъ существеннаго вліянія на общую конфигурацію черепа.

Удаленіе надкостницы нарушаетъ нормальный ростъ кости. Гудденъ удалялъ надкостницу въ видѣ полосокъ шириною 4 мм. во всю длину стрѣловиднаго шва. По прошествіи нѣкотораго времени животное убивалось и въ зависимости отъ его возраста и ширины удаленной полоски надкостницы получалось болѣе или менѣе широкое углубленіе на наруж-

¹⁾ I. c. s. 23.

²⁾ I. c. s. 6.

³⁾ I. c. s. 8.

ной поверхности, доходящее до *diploë*. Внутренняя пластика оставалась вполне нормальной. Въ некоторыхъ случаяхъ страдало и *diploë* ¹⁾.

Интерстициальный ростъ костей черепного свода и тѣмъ болѣе энергичный, чѣмъ ближе къ ихъ краю, былъ доказанъ Гудденомъ посредствомъ пробурыванія небольшихъ отверстій въ кости (*Markirmethode*), разстояніе между которыми по прошествіи нѣкотораго времени увеличивалось. Швальбе (*Schwalbe*) ²⁾ повторилъ опыты Гуддена и пришелъ къ противоположнымъ результатамъ. По его мнѣнію, разстояніе между отверстиями или совсѣмъ не становилось больше, или же увеличивалось весьма мало. Но такъ какъ и въ его опытахъ все-таки получалось увеличеніе разстоянія (на темной кости 7% въ 11 дней и 10% въ 16 дней на большеберцовой), то ему и не удалось опровергнуть положеній Гуддена.

Что касается до соотношеній между развитіемъ черепа и мозга, то до настоящаго времени на этотъ счетъ еще не выработался опредѣленный взглядъ въ наукѣ.

Наиболѣе распространенное воззрѣніе относительно болѣе медленнаго роста черепа, сравнительно съ ростомъ мозга, отчего поверхность мозга образуетъ складки, не соответствуетъ тому факту, что во второй половинѣ утробной жизни — періодѣ развитія постоянныхъ бороздъ — мозгъ лежитъ свободно въ серозной жидкости, выполняющей полость черепа ³⁾.

Вирховъ ⁴⁾, придавая, съ одной стороны, большое значеніе въ конфигурированіи черепа преждевременному окостенѣнію швовъ, съ другой — высказывается, на основаніи случаевъ атрофіи одного полушарія и аненцефалія, за зависимость механизма образованія черепа отъ развитія мозга.

¹⁾ l. c. s. 24.

²⁾ Schwalbe, G. Ueber den Gudden'schen Markirversuch und seine Bedeutung f. die Lehre vom Knochenwachstum. Sitzungsber. der Jena'schen Gesellsch. f. Med. und Naturwis. Mai 1878.

³⁾ Зерновъ, Д. Руководство описательной анатоміи. М. 1896. Ч. III.

⁴⁾ l. c.

Engel ¹⁾ полагаетъ, что ростъ черепа происходитъ независимо отъ роста мозга. Въ конфигураціи черепа участвуютъ лишь механическія силы—сокращенія мышцъ головы и тяжесть самого мозга.

По мнѣнію *Lucas* ²⁾, основанному на соотвѣтствіи трехъ первичныхъ мозговыхъ пазухъ тремъ расширеніямъ черепной капсулы, и задержкѣ въ ростѣ черепа при атрофіяхъ и недоразвитіи мозга, конфигурированіе черепа всецѣло зависитъ отъ развитія мозга.

Fick ³⁾ считаетъ, что измѣненіе формы черепа зависитъ отъ эксцентрическаго давленія, производимаго растущимъ мозгомъ на его стѣнки.

Welcker ⁴⁾ признаетъ взаимодѣйствіе черепа и мозга въ томъ смыслѣ, что съ одной стороны происходитъ приспособленіе мозга къ давящей на него костной капсулѣ, а съ другой—капсула мѣняетъ свою форму подъ вліяніемъ растущаго мозга.

Наоборотъ, *Koellicker* ⁵⁾ смотритъ на черепъ, какъ на самостоятельный органъ, допуская тѣмъ самымъ независимость его роста отъ роста мозга.

Gudden ⁶⁾, объ изслѣдованіи котораго мы уже говорили, признаетъ вліяніе черепа на ростъ и развитіе мозга.

Недавно проф. В. Я. Данилевскій ⁷⁾, изслѣдуя соотношеніе между развитіемъ черепа и мозга, нашелъ, что тре-

¹⁾ Engel. Untersuchungen über Schädelformen. Prag. 1851. Взглядъ Энгеля былъ проверенъ экспериментально Брюкке (Vorlesungen über Physiologie. Wien. 1873, т. II) и др.ami Поповымъ и Дрозниковъ подъ руководствомъ проф. Лесгафта. (См. Лесгафтъ, П. Основы теоретической анатоміи. Спб. 1892).

²⁾ Lucas. Zur Architectur des Menschen Schädels. 1857.

³⁾ Fick. Ueber Ursachen der Knochenformen. Göttingen. 1858.

⁴⁾ Welcker. Untersuchungen über Wachstum und Bau des menschlichen Schädels. Leipzig. 1862

⁵⁾ Koellicker. Ueber den Knochenwachstum.

⁶⁾ Gudden. l. c.

⁷⁾ Danilewsky, B. (de Karkoff). Expériences sur les relations entre le développement du crâne et des circonvolutions du cerveau. Compt-

панационное отверстіе, сдѣланное на одной сторонѣ черепа молодого животнаго (щенокъ) въ области психомоторныхъ центровъ: 1) затягивается плотной фиброзной перепонкой, которая можетъ и окостенѣвать; 2) уплощаетъ въ этомъ мѣстѣ черепъ; 3) уменьшаетъ высоту извилинъ и глубину бороздъ подлежащей части мозга, давая картину ихъ недоразвитія и 4) на резецированной части сосуда мягкой оболочки развиты слабѣе, чѣмъ на здоровой.

Черезъ 4—6 мѣсяцевъ онъ наблюдалъ у оперированныхъ животныхъ эпилептическіе припадки, а въ промежутки между ними затемнѣніе разсудка. Кромѣ того—маневренныя движенія въ сторону противоположную резекціи черепа. Въ костяхъ и мышцахъ онъ получалъ послѣдовательныя измѣненія: ослабленіе функціи мышцъ соотвѣтственныхъ конечностей и, какъ слѣдствіе,—недоразвитіе костей.

По мнѣнію Данилевскаго, ослабленіе функціональных импульсовъ и задержка развитія костно-мышечнаго аппарата является слѣдствіемъ резекціи черепа; другими словами—недоразвитіе коры въ области психомоторныхъ центровъ, которое влечетъ за собою послѣдовательныя измѣненія въ пирамидальныхъ путяхъ.

Экспериментальная задача заключалась въ слѣдующемъ: удаливъ на той или другой кости покрывку черепа, или на нѣсколькихъ костяхъ сразу, костное вещество въ видѣ болѣе или менѣе широкой, длинной щели (искусственный шовъ), слѣдить за ростомъ и развитіемъ черепа оперированнаго животнаго, сравнивая получаемыя данныя съ результатами изслѣдованія контрольнаго (нормальнаго) животнаго.

tes rendus des séances de la société de Biologie. 10 juillet. 1897.—Expériences relatives aux effets de la résection du crâne sur les fonctions et le développement des os et des muscles. Idem. Séance du 18 juin 1898.

Условія существованія оперированнаго животнаго, за исключеніемъ нѣкотораго новаго момента, вносимаго въ жизнь организма искусственнымъ швомъ, должны быть совершенно одинаковы съ условіями существованія контрольнаго. Чтобы по возможности выполнить это требованіе, предназначенное для операціи и контрольныя животныя брались всегда одинаковаго возраста и одного семейства, по возможности одного и того же пола и близко походящія другъ къ другу по вѣсу и размѣрамъ. Условія питанія и жилища были одинаковы какъ для тѣхъ, такъ и для другихъ. Однако методъ сравненія оперированнаго животнаго съ нормальнымъ контрольнымъ страдаетъ многими существенными недостатками. При всей тщательности подбора двухъ животныхъ никогда нельзя исключить вліянія индивидуальности, наслѣдственности, воспримчивости къ различнымъ заболѣваніямъ, выносливости и т. п.

Мнѣ, въ моихъ опытахъ, именно пришлось столкнуться съ двумя послѣдними условіями. Тяжелая инфекция (по мнѣнію ветеринара—чумная), поразившая большинство моихъ животныхъ, ввела новое условіе, не принимать въ расчетъ котораго было нельзя. Часто, старательно подобранныя въ пару, животныя оказывались далеко не одинаковой выносливости. Въ то время какъ одно изъ нихъ сравнительно легко переносило болѣзнь, другое не только падало въ вѣсѣ, но и задерживалось въ ростѣ, и часто контрольное, а не оперированное.

Но если болѣзненный процессъ, измѣняя желаемыя условія опыта, заставилъ съ большей осторожностью относиться къ даннымъ сравненія, то онъ все же не лишилъ вполне возможности какъ пользоваться ими, такъ и прибѣгнуть къ другому болѣе точному методу. Послѣдній заключается въ посмертномъ сравненіи двухъ половинъ одного и того же черепа въ томъ случаѣ, если искусственный шовъ былъ сдѣланъ на одной изъ нихъ.

Такъ какъ нужно было прослѣдить вліяніе искусственнаго шва на развитіе костей растущаго организма, то опыты

ставились на молодыхъ животныхъ именно на щенятахъ въ возрастѣ отъ 8 до 29 дней. Котята, взятые съ этою цѣлью, оказывались мало пригодными. Какъ 2-хъ, 3-хъ недѣльные, такъ и старше—около 1½ мѣсяца, они плохо переносили операцію, погибая въ тотъ же день или черезъ нѣсколько. Слишкомъ маленькіе размѣры головы молодыхъ кроликовъ не всегда позволяли дѣлать швы желаемой ширины, а потому, кромѣ многихъ другихъ причинъ, побуждающихъ экспериментатора выбирать для своихъ цѣлей собаку, естественно пришлось остановиться на щенятахъ.

Въ моемъ распоряженіи было около 70 животныхъ. Однако далеко не все это число могло послужить для построения выводовъ: одни животные погибали отъ тяжелыхъ условій операціи, какъ напр. всѣ котята. Другіе отъ случайныхъ причинъ. Третьи преждевременно гибли отъ инфекціоннаго заболѣванія, слишкомъ скоро послѣ операціи, чтобы дать возможность замѣтить какія то ни было измѣненія въ ростѣ и развитіи черепа. Въ каждомъ семействѣ животныхъ старались подобрать по возможности въ пары, при чемъ *болѣе упитанный и крпкій щенокъ предназначался для операціи, менѣе упитанный—для контроля.*

Въ самый день операціи или наканунѣ производились измѣренія какъ всего тѣла, такъ и отдѣльныхъ его частей. Особенное вниманіе обращалось на измѣренія головы. Основаніемъ для установленія тѣхъ или другихъ размѣровъ у животныхъ мнѣ послужили антропометрическія измѣренія ¹⁾).

Измѣренія по поверхности производились сантиметровой лентой; разстоянія между двумя точками—Веберовскимъ скользящимъ циркулемъ. Какъ на черепѣ, такъ и на остальныхъ частяхъ тѣла были установлены опознавательныя точки, обыкновенно совпадавшія съ различными выступами или отростками костей, неизмѣнно всегда служившія мѣстомъ приложенія

¹⁾ Петри, Э. Ю.: Антропология. Томъ II, стр. 92 и слѣд. Программа автора.

ножекъ циркуля. Послѣ операціи измѣренія отдѣльныхъ частей тѣла продолжались. Они производились въ тѣ или другіе сроки и обыкновенно наканунѣ смерти животного.

Такъ какъ мотивомъ для настоящей работы послужила операція Ланнелонга, которую онъ дѣлалъ на черепахъ микроцефаловъ, то въ общихъ чертахъ я слѣдовалъ его техники.

Первоначально имъ было предложено *линейное черепосъсечение* (craniectomy linéaire), заключавшееся въ томъ, что по вскрытіи кожныхъ покрововъ по средней линіи головы въ сагитальномъ направленіи, *параллельно какому нибудь шву, по преимуществу стрѣловидному, дѣлалась щель соотвѣтственной длины, шириною около 6 мм.* Твердая мозговая оболочка оставалась неприкосновенною ¹⁾. Разходящіеся края кожныхъ покрововъ сшивались. Рана перевязывалась ²⁾. Этотъ искусственный шовъ въ первыхъ операціяхъ Ланнелонга дѣлался на какой нибудь одной кости. Впослѣдствіи ³⁾, увеличивая, смотря по надобности, протяженія швовъ, Ланнелонгъ дѣлалъ ихъ и на двухъ костяхъ, переходя черезъ естественные швы ⁴⁾.

Съ теченіемъ времени Ланнелонгъ нѣсколько видоизмѣнилъ свою операцію, присоединивъ къ линейному черепосъсеченію еще *черепосъсечение лоскутное* (craniectomy à lambeaux).

¹⁾ Она вскрывалась лишь въ исключительныхъ случаяхъ: при патологическихъ ея измѣненіяхъ, при серозныхъ кистахъ и т. п.

²⁾ Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Acad. des Sciences. 1890. T. CX. p. 1382.

³⁾ Lannelongue. De la craniectomy. Nouv. iconogr. de la salpêtrière. 1891. U. IV, p. 89.

⁴⁾ Въ подобныхъ случаяхъ для отдѣленія твердой мозговой оболочки имъ употреблялся уплощенный на концѣ желобоватый зондъ. Какъ этотъ инструментъ, такъ и особеннымъ образомъ устроенные костные щипцы (pince souvrante decolatrice), мнѣ не пришлось употреблять въ моихъ опытахъ. Кости черепной покрывки у молодыхъ животныхъ настолько нѣжны и такъ легко отдѣляются отъ твердой мозговой оболочки, что при извѣстномъ навыкѣ для произведенія собственно шва вполне достаточно однихъ обыкновенныхъ костныхъ щипцовъ.

„Я понимаю подъ этимъ щели съ потерей костнаго вещества, комбинируванныя такъ, чтобы образовать лоскуты, которые остаются прикрѣпленными болѣе или менѣе широкимъ основаніемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ лоскутъ захватываетъ только одну кость, напр. темянную, рѣже лобную, и здѣсь, смотря по обстоятельствамъ, т. е. слѣдуя тѣмъ показаніямъ, которые желаютъ выполнить, можно дѣлать лоскуты различныхъ видовъ“¹⁾.

Въ другихъ случаяхъ Ланнелонгъ практиковалъ лоскутное черепосѣченіе на двухъ смежныхъ костяхъ съ переходомъ черезъ шовъ. Видоизмѣненія его: *подковообразное черепосѣченіе* (lambeau en fer à cheval); *T-образное* (incision en t); *двойное черепосѣченіе* (craniectomie double), которое можетъ быть и линейнымъ и лоскутнымъ, или комбинація того и другого. Что касается ширины шва, то въ этихъ операціяхъ Ланнелонга она нѣсколько больше, чѣмъ въ его первой, а именно отъ 8 м. м. до 1 сент. и болѣе.

Всѣ эти формы искусственныхъ швовъ я воспроизвелъ на своихъ животныхъ. Кромѣ того мною практиковались нѣкоторые другія, иногда ради подтвержденія уже полученныхъ результатовъ, иногда изъ желанія наблюдать новые. Къ такимъ принадлежитъ поперечное черепосѣченіе на теменныхъ костяхъ, косо идущій шовъ отъ теменной кости одной стороны къ лобной другой и т. д.

Передъ операціей щенятамъ вводился подъ кожу 2% растворъ морфія въ количествѣ 1—2 дѣленій Правацевскаго шприца, смотря по возрасту и величинѣ. Во время самой операціи—хлороформъ. Кролики оперировались подъ хлороформнымъ наркозомъ.

Верхняя часть головы животного выбривалась, вымывалась сулемовымъ и карболовымъ растворомъ. Также обмывалась и поверхность тѣла.

¹⁾ I. с. p. 95.

Разрѣзъ кожныхъ покрововъ производился всегда въ направленіи стрѣловиднаго шва, кожа сдвигалась въ ту или другую сторону и на обнаженной такимъ образомъ части производилась операція.

Надкостница удалялась по возможности только на такомъ протяженіи, какого требовалъ искусственный шовъ.

Перерѣзка мышцъ тщательно избѣгалась.

Костными шипцами удалялась часть черепной покрывки въ видѣ щели, той или другой формы, причемъ твердая мозговая оболочка, какъ и въ операціяхъ Ланжелонга, оставалась неприкосновенною.

Поверхностная рана зашивалась шелкомъ или кѣгутумъ, присыпалась іодоформомъ и перевязывалась стерилизованнымъ марлевымъ бинтомъ. Благодаря строгому примѣненію асептики и антисептики, осложненія покровныхъ ранъ были сравнительно рѣдки.

Что касается контрольных животныхъ, то ихъ было установлено 3 типа.

1) *Животныя вполне нормальныя.*

2) *Животныя, которымъ дѣлался только разрѣзъ кожныхъ покрововъ.*

3) *Животныя, которымъ удалялась надкостница въ формѣ искусственнаго шва, произведеннаго парному оперированному животному.*

Установленіе трехъ типовъ контрольных животныхъ даетъ возможность опредѣлить непосредственное вліяніе искусственнаго шва на развитіе и ростъ костей и выдѣлить вліяніе надкостницы, какъ извѣстно играющую такую роль въ питаніи костей.

Посмертное изслѣдованіе, кромѣ подробнаго осмотра при вскрытіи, заключалось въ слѣдующемъ.

Если оперированное и контрольное животное соответствовали другъ другу, то производилась параллельное измѣреніе величины костей ихъ череповъ, ихъ толщины и т. д.

Если же парныя животныя, по какимъ либо причинамъ, не были пригодны для сравненія, то, желая сохранить частъ интересный случай, я изслѣдовалъ одно оперированное. Это было возможно только при томъ условіи, если обѣ половины черепа представляли разныя картины роста, другими словами, если искусственный шовъ былъ сдѣланъ на костяхъ какой нибудь одной половины; тогда другая сама собою являлась контрольной.

С Е Р І Я I.

Щенокъ; операція на 15-й день отъ рожденія. На лѣвой теменной кости удалено костное вещество въ видѣ дугообразной щели.

Длина искусственнаго шва 20 мм.

Ширина 2 мм.

Искусственный шовъ идетъ параллельно вѣчному и, загибаясь, параллельно стрѣловидному.

Вслѣдствіе гибели на 19-ый день послѣ операціи контрольнаго щенка, оперированный былъ убитъ и изслѣдованъ самостоятельно, такъ какъ первый изъ нихъ для цѣлей контроля явился непригоднымъ.

Вскрытіе дало слѣдующіе результаты.

При осматриваніи черепа замѣтна весьма незначительная асимметрія его свода: нѣкоторое расширеніе и уплощеніе лѣвой теменной кости. На снятой черепной покрывкѣ, послѣ удаленія регістаціи снаружы и твердой мозговой оболочки снутри, видно, что искусственный шовъ выполненъ костнымъ веществомъ. Онъ отыскивается съ трудомъ, и виденъ только при разсматриваніи покрывки на свѣтъ. По протяженію новообразованной ткани мѣстами существуютъ едва замѣтныя щели. Онѣ образовались на мѣстахъ неполнаго схождения береговъ шва.

Мозгъ въ области искусственнаго шва анэмичентъ. Сосуды твердой мозговой оболочки въ этомъ мѣстѣ мало наполнены.

Таблица посмертныхъ измѣреній щенка I серіи.

Родъ измѣренія.	Полное про- тяженіе.	Здоровая сторона	Больная сто- рона.	Разница.
1—Вертикальный обхватъ теменн. костей—а)	108	53	55	+2
б)	94	46	48	+2
2—Вертикальный обхватъ лобныхъ костей—а)	85	42	43	+1
б)	46	23	23	0
3—Глазницы; а.	—	13	13	0
б.	—	15,5	15	—0,5
в.	—	19	19	0
4—Длина неба	41,5	—	—	—
5—Ширина неба	24	12	12	0
6—Длина нижней челюсти	—	58	58	—
7—Pars tymp. oss. temp. а) длина	—	15,5	15,5	0
б) ширина.	—	9	9	0
Абсолютное протяженіе швовъ.				
8 —Стрѣловидный шовъ.	51	—	—	—
а)—Его лобная часть	32	—	—	—
б)—Его теменная часть.	19	—	—	—
9 —Вѣнечный шовъ.	85	42	43	+1
10 —Затылочный шовъ	—	14	14	0
11 —Височный шовъ.	—	33	33	0
12 —Дуга свода:	—	79	79	0
а) лобн. к.	—	32	32	0
б) темен. к.	—	47	47	0
13 Высота: а) теменн. часть	—	35	32	—3
б) лобная часть.	—	24	22	—2

Примѣчаніе. Точки приложенія.

1. а) Верхній край слухового прохода одной стороны, передній конецъ *proc. interparietalis*, верхній край слухового прохода другой стороны. (Лентой).

б) Середина височнаго шва одной стороны, середина теменной части стрѣловиднаго шва, первая точка на противоположной сторонѣ. (Лентой).

2. а) *Ang. spheno-temp. ossis parietalis* одной стороны, та-же точка противоположной стороны, черезъ сводъ. (Лентой).

б) *Proc. zygomaticus ossis frontis* одной стороны, лобная часть стрѣловиднаго шва въ $\frac{1}{3}$ разстояніи отъ его начала, тотъ же отростокъ другой стороны. (Лентой).

3. Глазницы. а) *Proc. zygomat. ossis frontis, processus orbitalis os. zygomat.* (Циркуль Вебера).

б) *Proc. zygomat. os. frontis*, нижній край глазницы (Ц. В. наибольшій діаметръ).

в) *Proc. orbitalis os zygomat*, внутренній край глазницы (Ц. В. наибольшій діаметръ).

4. Длина неба. Отъ *spina nasalis post.* до альвеолярнаго края въ промежуткѣ между двумя средними рѣзцами. (Ц. В.).

5. Ширина неба. Отъ одного бокового альвеолярнаго края до другого на мѣстѣ наибольшаго отстоянія ихъ другъ отъ друга. (Ц. В.).

6. Длина нижней челюсти. Отъ переднихъ рѣзцовъ до угла нижней челюсти. (Ц. В.).

14. Дуга свода. Середина *suturæ naso-frontalis* соответственной стороны, лобный бугоръ, вѣнечный шовъ той же стороны въ $\frac{1}{3}$ разстоянія его отъ перекреста, мѣсто отхожденія височнаго шва. (Лентой).

15. Высота: а) Отъ верхняго края наружнаго слухового прохода до точки пересѣченія двухъ линій—одной проведенной отъ середины теменной части сагит. шва, перпендикулярно къ нему, и другой, проведенной параллельно ему отъ точки, лежащей на вѣнечномъ швѣ соответствующей стороны въ $\frac{1}{3}$ разстоянія его отъ перекреста (Ц. В.); б) Отъ *proc. orbit. ossis zygomat.* до такой же точки, какъ и въ а, но на лобной кости. (Ц. В.).

Знакъ + указываетъ на увеличеніе больной стороны по сравненію со здоровой, знакъ — имѣетъ обратное значеніе.

При разсмотрѣніи таблицы посмертныхъ измѣреній обращаетъ на себя вниманіе несовпаденіе нѣкоторыхъ размѣровъ больной и здоровой сторонъ. Въ то время какъ почти всѣ размѣры ширины больше на больной сторонѣ, размѣры высоты наоборотъ превалируютъ на сторонѣ здоровой. Разница между обѣими сторонами какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ

уменьшается по мѣрѣ передвиженія сзади напередъ, отъ теменной кости къ лобной. Въ самомъ дѣлѣ, первый (самый задній) обхватъ теменныхъ костей, также какъ и слѣдующій, даютъ разницу между больной и здоровой сторонами въ 2 мм. Обхватъ лобныхъ костей по вѣчному шву въ правой и лѣвой своихъ половинахъ разнится всего на 1 мм., а въ самой передней части лба—лобныя кости равны.

Рядомъ съ этимъ явленіемъ наблюдается другое: уменьшеніе высоты больной стороны, уплощеніе ея. И здѣсь, какъ и при измѣреніи ширины костей, мы наблюдаемъ уменьшеніе разницы въ размѣрахъ больной и здоровой сторонъ по мѣрѣ передвиженія сзади напередъ. Высота черепа въ области теменныхъ костей даетъ разницу въ 3., въ области лобныхъ она равняется 2.

Другія измѣренія, произведенныя на томъ же черепѣ, не даютъ права заключить, какъ это видно изъ таблицы, о какихъ либо послѣдовательныхъ измѣненіяхъ происшедшихъ на той или другой изъ его сторонъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что измѣненія, происшедшія въ строеніи черепа, въ высшей степени незначительны, и если бы не совпаденія ихъ съ присутствіемъ искусственного шва, то мы были бы въ правѣ причислить ихъ къ асиметріямъ, еще не выходящимъ изъ предѣловъ нормы.

Слѣдовательно въ этомъ случаѣ нужно отмѣтить какъ бы „мѣстное“ вліяніе искусственного шва и при томъ весьма слабое. Объяснить его можно по всей вѣроятности узкостью щели (2 мм). Костеобразовательный процессъ у такихъ молодыхъ животныхъ, какъ одномѣсячные щенки, протекаетъ настолько энергично, что дефектъ шириною въ 2 мм. быстро выполняется новою тканью. Бывшій до тѣхъ поръ раздражитель, постепенно исчезая, перестаетъ дѣйствовать, а слѣдовательно не идутъ дальше и измѣненія, которыя онъ вызывалъ.

Настоящій случай искусственного шва, въ установленномъ для нихъ—въ зависимости отъ отстоянія другъ отъ

друга ихъ краевъ—Гудденомъ подраздѣленіи¹⁾, до нѣкоторой степени подходитъ къ типу „новыхъ швовъ“ (neue Nöhte), которые, по мнѣнію этого автора, не вліяютъ на конфигурацію черепа. Въ нашемъ случаѣ искусственный шовъ оказалъ вліяніе въ этомъ смыслѣ, хотя и весьма незначительное.

Во всѣхъ остальныхъ опытахъ намъ придется считаться уже не съ вліяніемъ „шва“, а съ вліяніемъ „щели“ въ смыслѣ Гуддена.

Такая постановка опытовъ вполне согласуется и съ указаніями Ланнелонга, который дѣлалъ искусственные швы шириною отъ 6 мм. до 1 смт.

И такъ, изъ разбора настоящаго случая можно вывести слѣдующія положенія:

1) *Искусственный шовъ шириною въ 2 мм., сдѣланный на одной изъ костей черепного свода, выполняется костною тканью.*

2) *По всей вѣроятности, въ зависимости отъ незначительной ширины его, онъ производитъ едва замѣтныя измѣненія въ строеніи черепа, которыя заключаются:*

а) *въ увеличеніе поверхности той кости, на которой онъ сдѣланъ, и*

б) *въ пониженіи ея высоты.*

С Е Р І Я II.

Два щенка. Операция на 16 день отъ рожденія. Одному щенку сдѣланъ искусственный шовъ въ видѣ продольной щели, идущей параллельно стрѣловидному шву и въ разстояніи 5 мм. отъ него, на лѣвыхъ теменной и лобной костяхъ.

Длина шва—35 мм. Ширина шва около—4 мм. Другому щенку, контрольному, сдѣланъ разрѣзъ кожныхъ покрововъ по средней линіи головы въ сагитальномъ направленіи.

¹⁾ G u d d e n. l. c. s. 7.

Смерть оперированнаго животнаго послѣдовала черезъ 27 дней послѣ операціи, слѣдовательно на 43 день отъ рожденія.

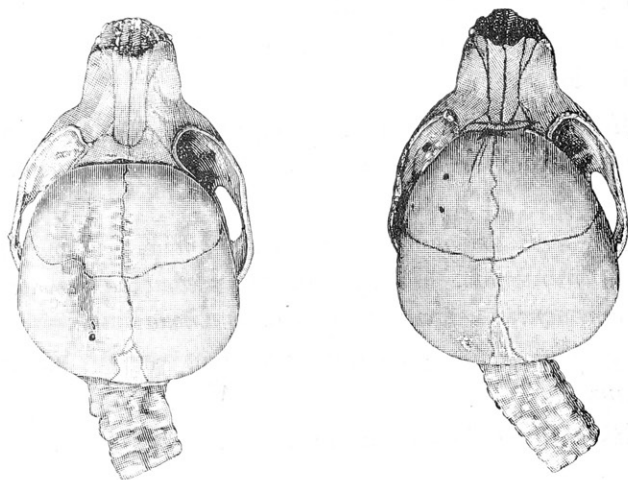
Контрольное животное убито въ день смерти оперированнаго.

Вскрытіе, сдѣланное въ тотъ же день, дало слѣдующіе результаты:

Оперированный щенокъ.

Форма черепа измѣнена. Эти измѣненія касаются черепной покрывки, которая уплощена.

Рис. 1.



Серія II. Направо черепъ оперированнаго щенка, нѣлѣво—контрольнаго.

При разсматриваніи отдѣленной черепной покрывки бросается въ глаза рѣзкая асимметрія ея половинъ. Лѣвая сторона, на которой сдѣланъ шовъ, шире и ниже правой, здоровой.

Передній конецъ *processi interparietalis* смѣщенъ въ правую сторону.

По удаленіи регистраніи и твердой мозговой оболочки, оказалось, что искусственный шовъ почти на всемъ протяженіи затянутъ тонкой просвѣчивающей перепонкой. Только на мѣстѣ перекреста искусственнаго шва со швомъ вѣнечнымъ образовалась кость.

Ширина перепонки, а слѣдовательно и отстояние другъ отъ друга береговъ костной щели, неодинакова въ различныхъ ея отдѣлахъ. Мѣстами новообразовавшаяся съ той и другой стороны костная ткань сходитъ у середины шва, мѣстами ея какъ бы совѣмъ нѣтъ, и шовъ остался той же ширины (4 мм.), какъ и въ день операціи.

Длина шва 33 мм. Отстояние его отъ стрѣловиднаго шва—7 мм.

Мозгъ блѣденъ вообще и въ особенности въ области искусственнаго шва. Сосуды твердой мозговой оболочки въ этомъ мѣстѣ мало наполнены.

Контрольный щенокъ.

На черепѣ не замѣтно никакихъ измѣненій. Форма его правильная, симметричная. Сосудъ мозга и твердой мозговой оболочки хорошо наполнены.

Таблица посмертныхъ измѣреній щенятъ II серии.

Родъ измѣреній.		Полное про- тѣженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Передне-задній діаметръ	к.	51	0	—	—	=
	о.	51		—	—	
Діаметръ ширины	к.	42	+4	—	—	—
	о.	46		—	—	
Діаметръ высоты	к.	36	—0,5	—	—	—
	о.	35,5		—	—	
Сагитальный обхватъ	к.	73	—2	—	—	—
	о.	71		—	—	
Горизонтальный обхватъ	к.	155	+10	—	—	—
	о.	165		—	—	
Вертикаль. обхватъ те- менныхъ ко- стей.	а.	к. 104	+4	52	52	+4
		о. 108		52	56	
	б.	к. 76	+4	38	38	+4
		о. 80		38	42	

Родъ измѣреній.			Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Вертикальн. обхватъ лоб- ныхъ костей.	а.	к.	70	+5	35	35	+5
		о.	75		35	40	
	б.	к.	33	+5	17	16	+4
		о.	38		17	21	
		к.	74	4+	—	—	—
		о.	78		—	—	
Длина головы		к.	17,5	+2,5	—	—	—
		о.	20		—	—	
Длина носовыхъ костей		к.	31	+4	—	—	—
		о.	35		—	—	
Наименьшая ширина лба		к.	19	+1	—	—	—
		о.	20		—	—	
Ширина носовыхъ костей		к.	49	+3	—	—	—
		о.	52		—	—	
Наибольшая ширина лица		к.	26	+1	—	—	—
		о.	27		—	—	
Разстоян. между внутр. угл. глазъ		к.	45	+3	—	—	—
		о.	48		—	—	
Разстоян. между внешн. угл. глазъ		к.	—	—	15	15	0
		о.	—		16	16	
Глазницы:	а.	к.	—	—	19	19	0
		о.	—		20	20	
	б.	к.	—	—	21	21	0
		о.	—		22	22	
	в.	к.	—	—	—	—	0
		о.	—		—	—	

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Длина неба.	к.	38	+1	—	—	—
	о.	39		—	—	
Ширина неба	к.	26	+1,5	13	13	+0,5
	о.	27,5		13,5	14	
Ширина нижней челюсти	к.	32	+3	—	—	—
	о.	35		—	—	
Длина вѣтвей нижней челюсти	к.	—	—	49	49	0
	о.	—		54	54	
Pars tympanice ossis temporis.	к.	—	—	13	13	0
	о.	—		14	14	
	к.	—		9	9	0
	о.	—		10	10	
Pars basilaris ossis occipitis	к.	15	+1	—	—	—
	о.	16		—	—	
	к.	6	+1	—	—	—
	о.	7		—	—	
Os sphenoid.	к.	8	+1	—	—	—
	о.	9		—	—	
	к.	7	+1	—	—	—
	о.	8		—	—	

Родъ измѣреній.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Абсолютное протяженіе швовъ.	Стрѣловидный шовъ к.	45	-1	—	—	—
	о.	45		—	—	
	Его лобная часть к.	31	-1	—	—	—
	о.	30		—	—	
	Его теменн. часть к.	14	-1	—	—	—
	о.	15		—	—	
	Вѣнечный шовъ к.	70	+5	35	35	+5
	о.	75		35	40	
	Височный шовъ к.	—	—	30	30	0
	о.	—		30	30	
	Затылочный шовъ к.	—	—	29	29	0
	о.	—		30	30	
	Дуга свода: к.	—	—	73	73	-3
	о.	—		72	69	
	а) лобная к. к.	—	—	32	33	0
	о.	—		31	31	
	б) теменн. к. к.	—	—	41	40	-3
	о.	—		42	39	
	Высота черепа: к.	—	—	33	33	-2
	а) теменн. часть о.	—		35	33	
	б) лобная часть к.	—	—	26	26	-2
	о.	—		27	25	

Примѣчаніе. Точки приложенія.

Прижизненныя измѣренія (см. таблицу).

1. Отъ середины glabellae до наиболѣе выдающейся части ossis occipitalis (Ц. В.).

2. Между темянными буграми; наибольшій діаметръ. Впереди ушей. (Ц. В.).

3. Отъ наружнаго слухового прохода до точки зенита головы (Ц. В.).

4. Отъ середины glabellae, по средней линіи головы, до наиболѣе выдающейся точки затылочной кости (tub. os. occipitalis). Лентой.

5. Спереди черезъ лобъ, надъ надбровными дугами, сзади въ наиболѣе выдающейся части затылочной кости. (Лентой).

6. Отъ наиболѣе выдающейся части затылочной кости до переднихъ рѣзцовъ. (Ц. В.).

7. Между наиболѣе выдающимися выступами скуловыхъ костей. (Ц. В.).

8. Въ углубленіяхъ marginis orbitalis. (Ц. В.).

Посмертныя измѣренія.

Діаметръ высоты. Отъ середины передней части большой затылочной дыры до зенита головы. (Толстотный циркуль).

Длина носа. Отъ sutura naso-frontalis до передняго края. (Ц. В.).

Ширина носа. Наибольшій діаметръ (Ц. В.).

Разсматривая таблицу посмертныхъ измѣреній, мы наблюдаемъ слѣдующія соотношенія между черепами оперированнаго и контрольнаго животныхъ.

При одинаковой длинѣ черепной коробки (*передне-задній діаметръ*) ширина ея больше у перированнаго животнаго (*діаметръ ширины*), тогда какъ высота (*діаметръ высоты*)—у контрольнаго. Какъ общая длина головы, такъ и длина носовыхъ костей больше у праваго изъ нихъ.

Остальныя измѣренія (кромѣ абсолютнаго протяженія швовъ, дуги свода и высоты черепа, о которыхъ будетъ сказано ниже) указываютъ на болѣшую величину черепа оперированнаго животнаго.

Иное представленіе даютъ нѣкоторыя изъ прижизненныхъ измѣреній головъ щенятъ, произведенныхъ до операціи ¹⁾.

¹⁾ Мы не приводимъ измѣреній, произведенныхъ незадолго до смерти животныхъ, такъ какъ вслѣдствіе болѣзни оперированнаго и связаннаго съ нею похуданія, они являются неточными. Въ описаніи нѣкоторыхъ изъ слѣдующихъ опытовъ мы поступили также.

Р О Д Ъ И З М Ъ Р Е Н І Й.	Мм.	Разница.
1—Передне-задній діаметръ к.	43	
о.	45	+2
2—Діаметръ ширины к.	40	
о.	42	+2
3—Діаметръ высоты к.	32	
о.	33	+1
4—Сагитальный обхватъ к.	60	
о.	65	+5
5—Горизонтальный обхватъ к.	138	
о.	140	+2
6) Длина головы к.	68	
о.	71	+3
7—Наибольшая ширина лица к.	43	
о.	45	+2
8—Наименьшая ширина лба к.	29	
о.	31	+2

Изъ этой таблицы видно, что голова опытнаго щенка во всѣхъ размѣрахъ была больше головы контрольнаго.

Слѣдовательно произошла задержка въ ростѣ черепной коробки въ направленіи длины и высоты, тогда какъ въ

направленіи ширины отношенія не измѣнились. Сагитальный обхватъ у оперированнаго животнаго, слагающійся изъ размѣровъ длины и высоты черепнаго свода, сталъ меньше ($71 \text{ мм.} - 73 \text{ мм.} = -2 \text{ мм.}$), тогда какъ до операціи онъ былъ больше ($65 - 60 = +5$). Эту разницу мы не можемъ отнести всецѣло на счетъ задержки въ ростѣ, такъ какъ удаленіе съ головы кожныхъ покрововъ и мышцъ, а также нѣкоторое стягиваніе костей при ихъ обработкѣ дѣлаютъ *черепъ* меньше *головы*. То же относится и къ нѣкоторымъ другимъ измѣреніямъ ¹⁾. *Горизонтальный обхватъ*, слагающійся изъ ширины и длины черепной коробки, какъ въ прижизненномъ, такъ и въ посмертномъ измѣреніяхъ, далъ большія цифры у оперированнаго животнаго.

Сравнивая у обоихъ животныхъ отношенія между размѣрами длины головы съ одной стороны и *передне-заднимъ діаметромъ* съ другой, мы видимъ, что при большей длинѣ головы оперированнаго ($78 - 74 = +4$) мозговая коробка въ длину равна той же части контрольнаго ($51 - 51 = 0$). Принимая во вниманіе то обстоятельство, что длина носовыхъ костей больше у перваго изъ нихъ ($20 - 17,5 = +2,5$), мы съ увѣренностью можемъ сказать, что задержка въ развитіи черепа оперированнаго животнаго въ длину выразилась въ относительномъ укороченіи мозговой коробки, не повліявъ на ростъ его лицевой части.

Что касается вообще значительнаго прироста лицевой части черепа, наблюдаемаго у щенятъ, то онъ можетъ быть объясненъ тѣмъ, что именно эти части черепа бываютъ весьма мало развиты при рожденіи и увеличиваются главнымъ образомъ уже послѣ него.

¹⁾ Ретціусъ училъ, что необходимо отчислять на внѣшніе покровы по 8 мм. при измѣреніяхъ діаметровъ ширины и длины у человека. Брока и Топинаръ высказались въ томъ смыслѣ, что длина головы превышаетъ длину черепа на 6 мм., ширина же головы соответствуетъ ширину черепа на 8 мм. Вирховъ придерживается другого взгляда, по которому измѣренія живыхъ людей и череповъ не даютъ существенной разницы. Петри Э. Ю. Антропология. Т. II, стр. 119.

Бецъ ¹⁾ приводитъ вычисленіе относительно величины лицевой части новорожденного и взрослого челоуѣка. Оказывается, что „если длину лица новорожденного принять за единицу, то длина лица у взрослого сравнительно съ новорожденнымъ увеличивается въ 3 (2,9) раза“. Отношеніе между размѣрами ширины лица новорожденного и взрослого при тѣхъ же условіяхъ расчета нѣсколько меньше, а именно ширина лица увеличивается только въ 2 раза (1,9). Эти вычисленія относятся къ челоуѣку, но повидимому не теряютъ значенія и для собаки.

Разница въ діаметрѣ ширины стала больше послѣ операціи (+4 вмѣсто +2). Такъ какъ въ этотъ размѣръ выходитъ *musculus temporalis*, толщина котораго легко можетъ измѣниться подѣ влияніемъ болѣзни и т. п., то казалось бы, что увеличеніе разницы на 2 мм. нельзя считать абсолютнымъ. Но, принимая во вниманіе то обстоятельство, что у молодыхъ щенятъ *musc. temporalis* развитъ весьма слабо и ножки циркуля ставятся лишь на его сухожилія, мы вправѣ заключить о небольшомъ приращеніи черепной коробки въ ширину.

Разсмотрѣніе цифръ таблицы посмертныхъ измѣреній указываетъ на асимметрическое строеніе черепного свода оперированнаго щенка. Всѣ размѣры ширины свода, какъ въ области теменныхъ костей (вертик. обхваты темен. костей *а.* и *б.*, абсолютное протяженіе вѣнечнаго шва и др.), такъ и въ области лобныхъ (вертик. обхваты лобныхъ костей *а.* и *б.*)—больше на сторонѣ больной, чѣмъ на здоровой.

Наоборотъ, размѣры высоты и длины (абсолютное протяженіе высочнаго шва, дуга свода) превалируютъ на сторонѣ здоровой.

Размѣры лицевой части черепа у оперированнаго животнаго больше, чѣмъ у контрольнаго, и не указываютъ, за исключеніемъ *ширины неба*, на какую либо асиметрію. Къ

¹⁾ Бецъ, В. А. Морфологія остеогенеза. Кіевъ, 1887 г., стр. 99.

несовпаденію размѣровъ ширины здоровой и больной стороны нѣба (0,5) слѣдуетъ отнестись осторожно, такъ какъ во 1-хъ оно слишкомъ незначительно, а во 2-хъ стоитъ совершенно отдѣльно.

Измѣреніе костей основанія черепа также не даютъ возможности заключить о какихъ либо измѣненіяхъ, въ смыслѣ роста, происшедшихъ въ нихъ.

Уплотненіе черепа оперированнаго щенка особенно замѣтно при разсматриваніи его сзади, гдѣ уголъ схождения затылочныхъ швовъ представляется болѣе тупымъ, чѣмъ у контрольнаго.

Переходя теперь къ объясненію всѣхъ получившихся въ черепѣ оперированнаго животнаго измѣненій, мы необходимо должны отнести ихъ насчетъ вліянія искусственнаго шва. Къ этому побуждаетъ насъ, какъ отсутствіе другихъ причинъ (инфекціонное заболѣваніе не можетъ идти въ счетъ), такъ общая картина и характеръ измѣненій.

Настоящій опытъ даетъ возможность вывести слѣдующія положенія.

1) *Ростъ и развитіе черепа подъ вліяніемъ искусственнаго шва, сдѣланнаго на его сводѣ въ направленіи параллельномъ стрѣловидному шву, претерпѣваютъ измѣненія, заключающіяся въ томъ, что*

а) *происходитъ усиленіе роста его мозговой коробки въ ширину, слѣдовательно въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву и*

б) *задержка роста той же части черепа въ длину—въ направленіи параллельномъ къ искусственному шву.*

2) *Особенно сильно сказывается это вліяніе на оперированной сторонѣ черепнаго свода, слѣдствіемъ чего является асимметрія его половинъ, а именно:*

а) *разширенія той стороны, на которой сдѣланъ искусственный шовъ,*

б) *укороченіе ея,*

в) *пониженіе ея высоты.*

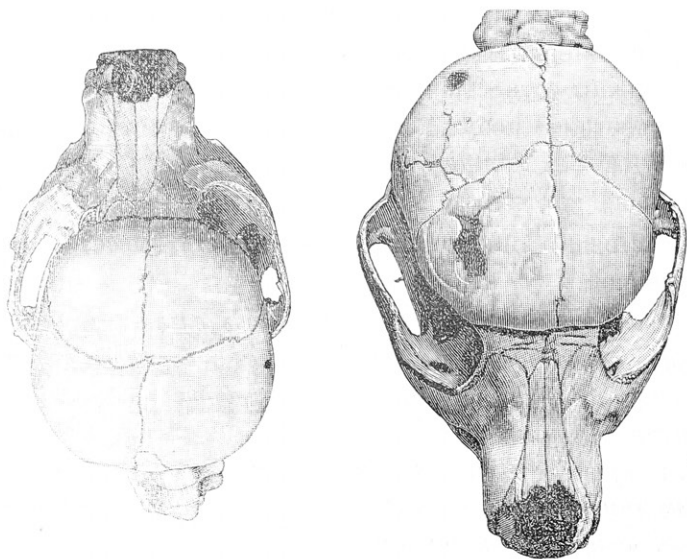
3) *Ростъ основанія мозга и лицевой части совершается правильно.*

4) *Разрывъ кожныхъ покрововъ не вліяетъ на конфигурацію черепа.*

С Е Р І Я І І І.

Два щенка; операція на 8-й день отъ рожденія. Одному щенку сдѣланъ шовъ въ видѣ буквы Т (теобразное черепосъчленіе—*incisionen T*) на правыхъ теменной и лобной костяхъ.

Рис. 2.



Серія ІІІ. Направо черепъ оперированнаго щенка, налѣво—контрольнаго.

Длина продольной части шва—36 мм. Ширина ея 6 мм. Длина поперечной части 20 мм. Продольная часть идетъ въ разстояніи 5 мм. отъ стрѣловиднаго шва.

Контрольному животному удалена надкостница въ соответствующихъ частяхъ черепа въ видѣ искусственнаго шва, сдѣланнаго оперированному.

На 55 день жизни и 47 послѣ операціи издохъ контрольный щенокъ; уже хворавшій оперированный, убитъ въ тотъ же день.

Вскрытіе дало слѣдующіе результаты.

Оперированный щенокъ.

Черепной сводъ представляетъ ясную картину асимметріи. Правая бо́льшая сторона шире и плоче лѣвой здоровой. *Processus interparietalis* смѣщенъ въ лѣвую сторону. По снятіи черепной покрывки и по удаленіи мягкихъ частей снаружи и твердой мозговой оболочки снутри оказалось, что искусственный шовъ въ своей продольной части, за исключеніемъ лобнаго и теменнаго ея концовъ, затянутыхъ тонкой перепонкой, выполненъ островками костной ткани. Поперечная часть искусственного шва едва замѣтна въ видѣ узкой, только мѣстами просвѣчивающей щели. Здѣсь нѣтъ островковъ костной ткани: берега шва, разстояясь, сблизились у его середины.

Съ наружной стороны искусственного шва кость утолщена въ видѣ валика.

Tentorium cerebelli смѣщено въ лѣвую сторону.

Сосуды твердой мозговой оболочки въ области искусственного шва мало наполнены.

Мозгъ анэмиченъ и даетъ ясную картину асимметріи половинъ.

Контрольный щенокъ.

Черепной сводъ контрольнаго животнаго представляется также асимметричнымъ. Замѣтно нѣкоторое утолщеніе и расширеніе стороны, на которой была удалена надкостница.

Снаружи отъ удаленной надкостницы, подобно тому какъ снаружи отъ искусственнаго шва у опытнаго животнаго, существуетъ костной валикъ, однако плохо выраженный. *Proc. interparietalis* такъ же, какъ и у опытнаго животнаго, смѣщенъ въ лѣвую сторону.

Мозгъ не представляетъ какихъ бы то ни было уклоненій отъ нормы.

Вслѣдствіе того, что за послѣдніе дни жизни контрольнаго животнаго болѣзненный процессъ, погубившій его, протекалъ весьма энергично, онъ отразился на его вѣсовой прибыли (вѣсъ упалъ въ 10 дней съ 1355 grm. на 980) и повліялъ задерживающимъ образомъ на общее развитіе. Ростъ оперированнаго щенка происходилъ равномернѣе. При сравнительномъ изслѣдованіи оказалась слишкомъ большая разница въ цифрахъ, поэтому мы не привели таблицы прижизненныхъ измѣреній, а воспользовались лишь посмертными.

Таблица посмертныхъ измѣреній щенятъ III серіи.

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Болезная сторона.	Разница.
Передне-задній діаметръ	к.	56	+8	—	—	—
	о.	64		—	—	—
Діаметръ ширины	к.	46	+6	—	—	—
	о.	52		—	—	—
Діаметръ высоты	к.	39	+2	—	—	—
	о.	41		—	—	—
Сагитальный обхватъ	к.	78	+17	—	—	—
	о.	95		—	—	—
Горизонтальный обхватъ	к.	165	+20	—	—	—
	о.	185		—	—	—
Вертикаль. обхватъ темен- ныхъ костей. { а	к.	108	+6	53	55	+2
	о.	114		53	61	+8
	к.	96	+9	46	50	+4
	о.	105		50	55	+5
Вертикаль. обхватъ лоб- ныхъ костей. { а	к.	70	+9	34	36	+2
	о.	79		39	40	+1
	к.	45	+9	22	23	+1
	о.	54		24	30	+6
Длина головы	к.	80	+19	—	—	—
	о.	99		—	—	—
Длина носовыхъ костей.	к.	20	+4,5	—	—	—
	о.	24,5		—	—	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.			Полное про- тяженіе.	Разница	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Ширина носовыхъ костей	к.		21	+1,5	—	—	—
	о.		22,5		—	—	
Наименьшая ширина лба	к.		36	+5	—	—	—
	о.		41		—	—	
Наибольшая ширина лица	к.		54	+10	—	—	—
	о.		64		—	—	
Разст. между внутр. углами глазн. .	к.		22	0	—	—	—
	о.		22		—	—	
Разст. между вѣншн. угл. глазн. . .	к.		50	+4	—	—	—
	о.		54		—	—	
Глазница:	к.	а	—	—	14	14	0
	о.		—		15	15	
	к.	б	—	—	19	19	0
	о.		—		20	20	
	к.	в	—	—	20	20	+1
	о.		—		21	22	
Длина неба.	к.		44	+9	—	—	
	о.		53		—	—	
Ширина неба.	к.		29	+3	15	14	
	о.		32		16	16	
Ширина нижней челюсти	к.		37	+7	—	—	—
	о.		44		—	—	



РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе	Разница.	Здоровая сторона	Болезная сторона.	Разница.
Длина вѣтвей нижней челюсти	к.	—	—	56	56	—
	о.	—	—	69	69	—
Pars tympanica os. tempor.	к.	—	—	14	14	—
	о.	—	—	17	17	—
	к.	—	—	10	10	—
	о.	—	—	12	12	—
	к.	16,5	+1,5	—	—	—
	о.	18	—	—	—	—
Pars basilaris os. occipitis.	к.	7	+2	—	—	—
	о.	9	—	—	—	—
	к.	9	+1	—	—	—
	о.	10	—	—	—	—
	к.	8	+1	—	—	—
	о.	9	—	—	—	—
Os sphenoid.	к.	54	+9	—	—	—
	о.	63	—	—	—	—
	к.	34	+10	—	—	—
	о.	44	—	—	—	—
	к.	20	—1	—	—	—
	о.	19	—	—	—	—
Абсолютное протяженіе швовъ.	к.	70	+9	34	36	+2
	о.	79	—	39	40	+1
	к.	—	—	39	38	0
	о.	—	—	43	43	—
	к.	—	—	32	32	0
	о.	—	—	34	34	—
	к.	54	+9	—	—	—
	о.	63	—	—	—	—
	к.	34	+10	—	—	—
	о.	44	—	—	—	—
Стрѣловидный шовъ	к.	54	+9	—	—	—
	о.	63	—	—	—	—
Его лобная часть	к.	34	+10	—	—	—
	о.	44	—	—	—	—
Его теменная часть	к.	20	—1	—	—	—
	о.	19	—	—	—	—
Вѣнечный шовъ	к.	70	+9	34	36	+2
	о.	79	—	39	40	+1
Височный шовъ	к.	—	—	39	38	0
	о.	—	—	43	43	—
Затылочный шовъ	к.	—	—	32	32	0
	о.	—	—	34	34	—

РОДЪ ИЗМѢРЕНІЙ.		Полное про- тяженіе.	Разница.	Здоровая сторона.	Больная сторона.	Разница.
Дуга свода:	и.	—	—	76	77	—3
	о.	—	—	83	80	
	к.	—	—	33	31	0
а) лобная к.	о.	—	—	35	35	
	к.	—	—	40	40	—3
б) теменн. к.	о.	—	—	48	45	
	к.	—	—	34	32	—4
Высота черепа:	о.	—	—	39	35	
	к.	—	—	26	25	—2
а) теменн. часть	о.	—	—	26	24	
	к.	—	—			

Сравнительное измѣреніе половинъ черепа оперированнаго животнаго указываетъ на увеличеніе въ ширину черепного свода больной стороны (вертик. обхватъ темен. костей *а* и *б*; тоже для лобныхъ *б*) Исключеніе составляетъ вертикальный обхватъ лобныхъ костей *а*, гдѣ разница для больной и здоровой сторонъ равна лишь 1.

Именно около вѣнечнаго шва, тамъ гдѣ измѣряется этотъ обхватъ, былъ сдѣланъ искусственный шовъ, перпендикулярный главному шву.

Изъ разсмотрѣнія серіи II мы видѣли, что черепъ оперированнаго животнаго усиленно росъ въ направленіи перпендикулярномъ къ искусственному шву, задерживаясь въ ростѣ въ направленіи ему параллельномъ. Въ настоящемъ случаѣ болѣшая, продольная вѣтвь шва вліяла какъ въ слу-

чаѣ изъ серіи II, а ргіогі меньшая, перпендикулярная ей должна была вліять въ противоположномъ направленіи, т. е. первая расширяла и задерживала ростъ въ длину правой стороны черепного свода, другая должна была удлинять и относительно суживать ее. Но такъ какъ перпендикулярная вѣтвь (20 мм.) была меньше продольной (36 мм.), то и вліяніе ея сказалось гораздо слабѣе: она произвела лишь мѣстное дѣйствіе, уничтоживъ въ данномъ участкѣ вліяніе продольной вѣтви. Только такимъ образомъ возможно объяснить то обстоятельство, что одна сторона черепного свода, имѣющая большую ширину на всемъ своемъ протяженіи, лишь въ одномъ мѣстѣ, совпадающемъ съ поперечною частью искусственного шва, замѣтно сужена и приближается въ своихъ размѣрахъ къ размѣрамъ здоровой стороны.

Высота больной стороны у оперированнаго животнаго на теменныхъ костяхъ значительно ниже здоровой (39 мм.—35 мм.=4 мм.). На лобныхъ костяхъ разница эта меньше (26 мм.—24 мм.=2 мм.).

Дуга свода больше на здоровой сторонѣ, чѣмъ на больной (83 мм.—80 мм.=3 мм.). Уменьшеніе ея произошло насчетъ меньшаго прироста въ длину правой теменной кости (48 мм.—45 мм.=3 мм.).

Особенно интереснымъ представляется то, что и у контрольнаго животнаго больная сторона (тамъ, гдѣ была удалена надкостница) нѣсколько шире и ниже здоровой. Изъ цифръ таблицы видно (вертик. обхваты темен. костей *a*; тоже для лобныхъ костей *a*; высота темен. и лобной части), что существуетъ разница въ размѣрахъ той и другой стороны, хотя и незначительная. Еще болѣе убѣждаетъ насъ въ этомъ то обстоятельство, что кнаружи отъ того мѣста, гдѣ была удалена надкостница, образовался костный валикъ подобный валику, который мы видѣли на черепномъ сводѣ оперированнаго животнаго. (См. описаніе вскрытія).

Наше наблюденіе вполне согласуется съ тѣмъ, что нашелъ Гудденъ ¹⁾ при удаленіи надкостницы въ видѣ полосокъ на черепномъ сводѣ кролика.

На основаніи вышесказаннаго мы можемъ принять, что удаленіе надкостницы въ видѣ искусственнаго шва до нѣкоторой степени, вліяетъ какъ самый искусственный шовъ.

Итакъ, нѣкоторыя положенія, выведенныя нами изъ разсмотрѣнія опытовъ серіи II, находятъ себѣ подтвержденіе въ опытахъ серіи III.

Кромѣ того мы можемъ установить еще слѣдующія положенія:

1. *Двѣ части искусственнаго шва, одна параллельная стрѣловидному шву, другая ему перпендикулярная, дѣйствуютъ противоположно, уничтожая вліяніе другъ друга въ той части черепного свода, гдѣ онъ расположенъ.*

2. *Продольная часть искусственнаго шва зарастаетъ, выполняясь островками костной ткани, поперечная—отложеніемъ костного вещества по его берегамъ.*

3. *Удаленіе надкостницы въ формѣ искусственнаго шва до нѣкоторой степени вліяетъ какъ самый шовъ.*

(Продолженіе слѣдуетъ).



А т е т о з ъ.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

Мм. Гл.!

Какъ Вамъ извѣстно, клиническія картины черепно-мозговыхъ параличей принадлежать къ числу такихъ, съ которыми невропатологу наиболѣе часто приходится имѣть дѣло. Отсюда, казалось бы, вполне естественный выводъ, что онѣ уже точно изучены во всѣхъ своихъ деталяхъ. Однако такое заключеніе не вполне справедливо: еще до сихъ поръ мы можемъ столкнуться здѣсь съ явленіями, развитіе и смыслъ которыхъ для насъ недостаточно выяснены, загадочны.

На одномъ изъ подобныхъ явленій я остановлю сегодня Ваше вниманіе.

Вы видите передъ собой молодую дѣвушку, лѣтъ 25—26, благовзгляда на которую достаточно, чтобы подмѣтить симптомы тяжелаго страданія. Лицо ея асимметрично: на правой сторонѣ носогубная складка сглажена; ротъ перекошенъ на лѣво; лѣвый глазъ полузакрываетъ верхнимъ вѣкомъ и отведенъ кнаружи. Если мы будемъ наблюдать мимическія движенія больной, то легко убѣдимся, что на нижней половинѣ лица въ нихъ принимаютъ участіе только мышцы лѣвой стороны, мышцы же правой совершенно бездѣйствуютъ; мускулы лба и вѣкъ подчиняются волѣ на обѣихъ сторонахъ, но на правой они сокращаются замѣтно слабѣе, чѣмъ на противоположной. Больная можетъ слѣдить за движущимся предметомъ

только правымъ глазомъ, лѣвый остается неподвижнымъ. Языкъ при высовываніи замѣтно уклоняется направо.

Еще болѣе рѣзкія уклоненія отъ нормы изслѣдованіе открываетъ со стороны правыхъ конечностей. Правая рука плотно приведена къ туловищу и слегка согнута въ локтевомъ сочлененіи; въ полувыпрямленныхъ пальцахъ замѣчаются довольно быстрые, стереотипно-однообразныя движенія сгибанія и разгибанія, которыя не прекращаются ни на минуту. Такія же движенія замѣчаются и въ кисти, но только здѣсь они выражены нѣсколько слабѣе. Больная обыкновенно удерживаетъ лѣвую руку при помощи правой (см. рис. II.). Если мы попросимъ ее освободить пораженную конечность, то увидимъ, что движенія въ кисти выступаютъ яснѣе, амплитуда ихъ становится больше и въ то же самое время появляются сгибательныя и разгибательныя движенія въ локтѣ, гдѣ впрочемъ они отличаются сравнительной незначительностью. Въ мышцахъ плеча никакихъ произвольныхъ движеній не существуетъ. Что касается активныхъ движеній, то они возможны только въ плечѣ, да и тутъ крайне ограничены; въ очень ограниченной степени также онѣ иногда возможны и въ локтѣ. Говорю, иногда, такъ какъ попытки больной произвести какое нибудь движеніе предплечьемъ удаются только изрѣдка, „когда рука захочетъ“. Въ кисти и пальцахъ всѣ произвольныя движенія безусловно отсутствуютъ. Желая произвести правой рукой какія-либо пассивныя движенія, наблюдатель встрѣчается съ чрезвычайно сильнымъ сопротивленіемъ, которое обуславливается ригидностью мышцъ. При ощупываніи всѣ мышцы, какъ плеча, такъ и предплечья, представляются очень твердыми. Сухожильные рефлексъ, благодаря спастическому состоянію мускулатуры, могутъ быть вызваны только съ большимъ трудомъ.

Правая нижняя конечность выпрямлена, представляетъ картину *res equinus*; мускулатура ея на ощупь тверда, ригидна; активныя движенія возможны лишь въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ, да и то въ крайне ограниченной

степени. Стопою и пальцами больная двинуть совсѣмъ не можетъ; но за то здѣсь наблюдаются постоянныя произвольныя движенія сгибанія и разгибанія, совершенно аналогичныя тѣмъ, какія мы видимъ на верхней конечности, только выраженные гораздо слабѣе. Пассивныя движенія въ правой ногѣ встрѣчаютъ рѣзкое сопротивленіе со стороны напряженной мускулатуры. Вызвать сухожильные рефлексy не удастся.

Сравненіе правыхъ и лѣвыхъ конечностей между собою указываетъ сверхъ того на очевидную отсталость въ ростѣ со стороны первыхъ: правыя конечности не только меньше лѣвыхъ по своему объему, но и по длинѣ. Чтобы не утомлять Васъ длиннымъ рядомъ цифръ, я укажу только на сравнительную разницу въ длинѣ конечностей по отдѣльнымъ сегментамъ.

Длина кисти на правой рукѣ	14,0 сент.
„ „ на лѣвой „ „	16,0
„ предплечья на правой	25,0
„ „ „ на лѣвой	26,0
„ стопы на правой ногѣ	15,0
„ „ на лѣвой „	20,0
„ голени правой „	32,0
„ „ лѣвой „	34,0.

Кожная чувствительность повсюду представляется совершенно нормальной, за исключеніемъ строго ограниченной области сзади вдоль позвоночника и спереди *sub scrobiculo*, гдѣ изслѣдованіе обнаруживаетъ рѣзкую гиперѣстезію всѣхъ ея видовъ.

Таковы объективныя данныя.

Изъ анамнеза извѣстно, что у больной, когда ей было еще два года, послѣ сильнаго разстройства желудка случился „мозговой припадокъ“: отнялись правая нога и рука, лицо перекосило въ лѣвую сторону и совершенно закрылся лѣвый глазъ. Глазъ довольно быстро открылся снова, но остался уклоненнымъ кнаружи; движенія въ конечности точно также

возстановились, однако не вполне, а лишь до той степени, какую мы видимъ и теперь.

Несмотря на постигшую въ раннемъ дѣтствѣ болѣзнь, наша пациентка въ психическомъ отношеніи развивалась довольно правильно, могла получить недурное домашнее образованіе, и лишь всегда отличалась чрезмерной впечатлительностью. Въ возрастѣ отъ 15 до 16 лѣтъ у нея довольно часто повторялись припадки общихъ судорогъ, во время которыхъ голова запрокидывалась назадъ, такъ что касалась потолка. Въ настоящее время она жалуется на сильную одышку, часто появляющееся ощущеніе сжатія горла и общую усталость; въ языкѣ и губахъ при разговорѣ и въ жевательныхъ мышцахъ при ѣдѣ она также замѣчаетъ быструю утомляемость. Уже у насъ въ больницѣ нѣсколько разъ повторялись припадки истерическаго плача, переходившаго въ смѣхъ. Къ приведеннымъ выше свѣдѣніямъ больная добавила, что ея мать умерла отъ чахотки, у отца подъ конецъ жизни отнялись правыя конечности и утратилась способность рѣчи. У матери было 17 беременностей; первыя три окончились выкидышами. Одинъ изъ братьевъ больной умеръ въ судорогахъ во время прорѣзыванія зубовъ.

Вотъ и все, что мы могли узнать о предшествовавшей жизни нашей больной и о ходѣ ея страданія. Сопоставляя эти свѣдѣнія съ объективными данными, мы видимъ, что передъ нами довольно сложная клиническая картина: съ одной стороны у насъ имѣются симптомы функціональнаго невроза, съ другой—органическаго пораженія черепного мозга. Что касается перваго, то діагнозъ легокъ,—наша больная страдаетъ истеріей; на второмъ намъ необходимо остановиться нѣсколько долѣе.

Объективное изслѣдованіе нашей больной показало, что пораженныя конечности сильно отстали въ ростѣ отъ здоровыхъ. Этотъ фактъ заставляетъ думать, что страданіе возникло еще въ годы ранняго дѣтства, и такимъ образомъ всецѣло подтверждаетъ анамнезъ. Но какого характера было страданіе, имѣемъ ли мы дѣло съ разстройствомъ кровообращенія

Вы видите, въ какомъ близкомъ соеѣдствѣ проходятъ здѣсь корешки *n. oculomotorii* и пирамидальные пути съ прилегающими къ нимъ центральными волокнами *n. facialis*. Такъ какъ волокна пирамидальнаго пути захвачены разрывомъ выше перекреста ихъ у начала продолговатаго мозга, то само собою понятно, что болѣзненный фокусъ, локализовавшійся тутъ, долженъ будетъ обнаружиться параличомъ глазодвигательнаго нерва на соответствующей сторонѣ и конечностей на противоположной. Вы видите также, что этотъ фокусъ можетъ быть очень незначительныхъ размѣровъ, чтобы вызвать подобныя картины. Въ нашемъ случаѣ размѣры его должны быть особенно невелики; онъ оставилъ пощажеными часть корешковъ глазодвигательнаго нерва, да и пирамидальные пути, особенно идущіе къ нижней конечности, своей значительной частью очевидно также уцѣлѣли. Я уже упомянулъ выше, что мы, по недостатку анамнестическихъ свѣдѣній, не можемъ высказаться съ надлежащей опредѣленностью, какого характера заболѣваніе развилось на основаніи мозга у нашей паціентки. Но каково бы оно ни было, оно во всякомъ случаѣ разрушило только-что указанныя образованія, заложенные въ мозговой ножкѣ, и тѣмъ обусловило явленія паралича.

Однако, изслѣдуя нашу больную, мы констатировали кромѣ симптомовъ паралича еще весьма своеобразныя непроизвольныя движенія. Является вопросъ, какъ мы должны смотрѣть на нихъ, какъ можемъ объяснить себѣ ихъ патогенезъ.

Напомню еще разъ характерныя черты этихъ движеній.

Непроизвольныя движенія замѣчаются только на периферіи конечностей, т. е. въ пальцахъ, кисти и стопѣ; они отличаются поразительной стереотипностью, ритмичностью, совершаются относительно быстро.

Временами, особенно когда больная нѣсколько возбуждена, когда она, напримѣръ, какъ теперь, находится въ присутствіи многочисленной аудиторіи, движенія занимаютъ болѣе обширную область и самые размахи ихъ ясно увеличиваются. Ко всему сказанному добавлю, что интересующія насъ

движенія наблюдаются непрерывно въ течение цѣлаго дня, прекращаясь только на время глубокаго сна. Относительно ихъ происхожденія сама больная сообщила только, что помнить ихъ съ тѣхъ поръ, съ какихъ помнить и себя.

Вотъ наиболѣе существенныя клиническія особенности произвольныхъ движеній, которыя мы имѣемъ передъ собою. Запомнимъ ихъ, мы и перейдемъ теперь въ ихъ детальному изученію. У нашей больной мы констатировали два страданія—функциональное и органическое. Прежде всего намъ необходимо выяснить, должны ли мы разсматривать, эти движенія, какъ симптомъ истеріи, или же ихъ всецѣло слѣдуетъ отнести на счетъ органическаго пораженія мозга.

Великій неврозъ, какъ Вы знаете, отличается безконечнымъ разнообразіемъ въ своихъ проявленіяхъ. Въ теченія его, конечно, могутъ развиваться произвольныя движенія, вполне аналогичныя тѣмъ, какія мы видимъ здѣсь. Тѣмъ не менѣе однако мы не имѣемъ никакого основанія приписывать имъ истерическое происхожденіе въ нашемъ случаѣ. Напротивъ, все говоритъ противъ такого предположенія: и локализациа въ тѣхъ областяхъ, гдѣ произвольныя движенія утрачены совершенно, и свыше двадцатилѣтняя продолжительность, и развитіе въ возрастѣ ранняго дѣтства. Такимъ образомъ, мы должны признать тѣсную связь этихъ движеній съ гемиплегіей, разсматривать ихъ, какъ ея осложненіе.

Въ самомъ дѣлѣ, клиническій опытъ учитъ, что гемиплегія можетъ иногда осложняться произвольными движеніями и притомъ весьма различнаго характера. Въ однихъ случаяхъ они выражаются въ формѣ дрожанія, въ другихъ—въ формѣ хореи или атетоза.

Послѣгемиплегическое дрожаніе обыкновенно охватываетъ обѣ парализованныя конечности и состоитъ изъ постоянныхъ мелкихъ и быстрыхъ движеній, которыя иногда, существуя въ покоѣ, усиливаются при произвольныхъ двигательныхъ актахъ и нѣсколько напоминаютъ собою дрожаніе при paralysis agitans. Въ другихъ случаяхъ послѣгемиплеги-

ческое дрожаніе нѣсколько приближается къ тому, какое мы наблюдаемъ при разсѣянномъ склерозѣ, т. е. въ спокойномъ положеніи оно отсутствуетъ, а появляется только при произвольномъ движеніи.

Этого краткаго описанія клинической картины послѣ-гемииплегическаго дрожанія достаточно, чтобы убѣдиться, что не съ нимъ мы имѣемъ теперь дѣло.

Несравненно ближе нашъ случай напоминаетъ собою гемихорею и атетозъ.

Хореатическія движенія, осложняющія гемиплегію, извѣстны въ наукѣ уже съ давнихъ поръ, но только въ 1874 г. *Weir Mitchell* ¹⁾ далъ намъ подробное описаніе ихъ подъ именемъ послѣпаралитической хореи. Клинически гемихорея выражается произвольными, беспорядочными движеніями въ области парализованныхъ конечностей; обыкновенно эти движенія рѣзче выражены въ рукахъ, чѣмъ въ ногахъ, по своему характеру напоминаютъ простую хорею, усиливаются при дѣятельности и прекращаются во снѣ. Возникаютъ они всегда черезъ нѣсколько времени послѣ начала заболѣванія, вмѣстѣ съ возвращеніемъ произвольныхъ движеній, и, сперва еле замѣтныя, постепенно усиливаются иногда до крайней степени. Очень часто при гемихорей наблюдается геміанестезія, распространяющаяся въдобавокъ не только на кожную чувствительность, но и на органы высшихъ чувствъ соотвѣтствующей стороны.

Терминъ „атетозъ“ введенъ въ науку впервые *Hammond* ²⁾ въ 1871 г. Такъ *Hammond* назвалъ своеобразныя произвольныя движенія, локализирующіяся по преимуществу въ пальцахъ рукъ и ногъ; въ типичныхъ случаяхъ они характеризуются медленностью, ритмичностью и стерео-

¹⁾ *Mitchell-Weir*. The postyparalytic chorea. The Americ. Journ. of. med. sc. 1874 стр. 342.

²⁾ *Hammond*. A treatise on the diseases of the nervous systems. New-York. 1871.

типнымъ однообразіемъ. Самыя движенія могутъ состоять или въ простомъ сгибаніи и разгибаніи, или же представлять болѣе сложныя сочетанія; чаще всего они носятъ характеръ какъ бы цѣлесообразности, обдуманности, иногда распространяются на цѣлыя конечности и даже на шею и лицо. Отъ времени до времени при атетозѣ обыкновенно наблюдаются контрактуры, но преходящія, во время которыхъ пораженная конечность какъ бы замираетъ въ извѣстномъ положеніи, и произвольныя движенія прекращаются. Собственно говоря, атетонидныя движенія были извѣстны еще до *Hammond'a*. Ихъ описывали напр. *Heine* ¹⁾, *Charcot* ²⁾ и многіе другіе, но только не отмѣчали особымъ названіемъ, а *Charcot* даже и впослѣдствіи принималъ ихъ, какъ видъ гемихореи, не дѣлая рѣзкой разницы между движеніями хореатическими и атетонидными. Дѣйствительно, клиническая близость между гемихореей и атетозомъ доказывается прежде всего тѣмъ, что часто встрѣчаются случаи такъ называемые нетипичные, т. е. соединяющіе въ себѣ одновременно свойства обоихъ видовъ произвольныхъ движеній; сверхъ того верѣдко можно наблюдать переходъ типичной хорей въ атетозъ и обратно. Однако, большинство невропатологовъ, повидимому, склонно въ той или иной степени отличать атетозъ отъ хорей. *Грейденбергъ* ³⁾ въ своемъ обстоятельномъ изслѣдованіи, посвященномъ анализу послѣгемиплегическихъ разстройствъ движеній, представилъ дифференціальную діагностику атетоза и хорей въ слѣдующей таблицѣ.

¹⁾ *Heine*. Spinale Kinderlähmung. 1861.

²⁾ *Charcot*. Hémichorée posthémiplegique. Gaz. méd. de Paris. 1873.

³⁾ *Грейденбергъ*. О послѣгемиплегическихъ разстройствахъ движеній. Вѣст. Псих. 1884.

*Г е м и х о р е я .**А т е т о з ъ .*

Поражаетъ обыкновенно цѣ-
лыя конечности, а также лицо,
туловище, вообще всю пара-
лизованную половину тѣла.

Движенія неправильны, без-
порядочны, поспѣшны и без-
цѣльны, ускользають отъ вся-
каго синтетическаго описанія.

Намѣренныя дѣйствія уси-
ливаютъ движенія (разстрой-
ство координаціи); волевая
усилія пріостановить движе-
нія безцѣльны и дѣйствуютъ
обратно своему назначенію.

Во снѣ движенія совершенно
прекращаются,—и конечности
остаются спокойными.

Никогда не бываетъ спастиче-
скихъ контрактуръ, никогда
не наблюдается деформаціи
пораженныхъ членовъ.

Въ громадномъ большинствѣ
случаевъ локализируется ис-
ключительно въ конечностяхъ,
и притомъ почти всегда въ
периферическихъ ихъ час-
тяхъ—пальцахъ.

Движенія спокойны, одно-
образны, равномерны и рит-
мичны, иногда ассоціированы
и какъ бы обдуманы („хва-
тательныя“).

Энергическое волевое уси-
ліе можетъ на короткое время
вполнѣ или отчасти прекра-
тить движенія; тоже произво-
дитъ и фиксація пораженныхъ
членовъ или быстрое, внезап-
ное отвлеченіе вниманія боль-
ного.

Сонъ въ однихъ случаяхъ
не оказываетъ никакого влія-
нія на движенія, въ другихъ—
только умѣряетъ ихъ, при-
чемъ иногда вмѣсто нихъ по-
являются временныя контрак-
туры.

Одинъ изъ глазныхъ при-
знаковъ составляютъ непо-
стоянныя, преходящія, спастиче-
скія контрактуры, придаю-
щія пораженнымъ членамъ
(пальцамъ) столь своеобраз-
ныя положенія.

Часто наблюдается атрофія,
рѣже—гипертрофія поражен-
ныхъ конечностей.

Эту таблицу мы встрѣчаемъ и въ недавнемъ руководствѣ *v. Monakow'a* ¹⁾ съ нѣкоторыми впрочемъ весьма незначительными измѣненіями. (Такъ, *Monakow* указываетъ, что при гемихорей геміанестезія встрѣчается часто, а при атетозѣ рѣдко).

Если мы припомнимъ указанныя выше клиническія особенности нашего случая и сопоставимъ ихъ съ симптомами, перечисленными въ таблицѣ *Грейденберга*, то должны будемъ, конечно, признать, что двигательныя расстройства у нашей больной ближе всего напоминаютъ картину атетоза. Правда, они представляютъ и нѣкоторыя особенности, но послѣднія легко находятъ себѣ естественное объясненіе.

Чаще всего атетозныя движенія возникаютъ уже въ періодѣ улучшенія, когда становятся въ той или иной степени возможными и движенія произвольныя. У нашей пациентки атетозныя движенія захватили какъ разъ тѣ области, гдѣ произвольныя утрачены совершенно. Вотъ почему тутъ не можетъ быть и рѣчи о подавленіи ихъ энергичнымъ волевымъ усиліемъ. Сверхъ того мы не видимъ въ нашемъ случаѣ преходящихъ контрактуръ, этого „*spasmus mobilis*“, который, по описанію авторовъ, является весьма существенной клинической чертой типичнаго атетоза. Отсутствіе его, однако, находитъ себѣ объясненіе въ крайне выраженной ригидности, какая замѣчается во всѣхъ мышцахъ пораженныхъ конечностей и особенно обнаруживается при малѣйшей попыткѣ къ пассивнымъ движеніямъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ всѣ основанія думать, что передъ нами случай атетоза, а не гемихореи.

Впрочемъ, если бы картина, представляемая нашей больной, отличалась гораздо менѣе опредѣленнымъ характе-

¹⁾ *v. Monakow. Gehirnpathologie. 1897.*

ромъ, врядъ ли это обстоятельство могло рѣзко отразиться на правильности ея пониманія. *Грейденбергъ*, какъ мы уже упомянули выше, повидимому склоненъ ставить довольно ясную грань между гемихореей, съ одной стороны, и атетозомъ—съ другой. Однако, если мы всмотримся въ составленную имъ таблицу, то врядъ ли придемъ къ такому же выводу. Въ самомъ дѣлѣ, среди признаковъ, отличающихъ атетозъ отъ гемихореи, наиболѣе существеннымъ является, конечно, локализациа движеній и ихъ характеръ,—всѣ остальные непостоянны, а потому лишены сколько-нибудь опредѣленнаго значенія. Да и по отношенію къ этимъ рѣшающимъ симптомамъ необходимо сдѣлать существенную оговорку: хореатическія движенія, отличающаяся разнообразіемъ, могутъ также локализоваться на периферіи конечностей и иногда вполне напоминаютъ атетозныя, выдѣляясь отъ нихъ лишь отсутствіемъ стереотипности. Итакъ, строго говоря, только однообразное ритмичное повтореніе одного и того же рода движеній характерно для атетоза. Но этой черты, разумѣется, еще недостаточно, чтобы строго обособлять оба вида произвольныхъ движеній. Вотъ почему мы, вмѣстѣ съ *Charcot* и нѣкоторыми другими авторами, будемъ разсматривать атетозъ, какъ разновидность гемихореи. Какъ Вы сейчасъ увидите, этотъ выводъ намъ много поможетъ при выясненіи патогенеза страданія.

Съ тѣхъ поръ какъ насильственные движенія при гемиплегіи сдѣлались извѣстны клиницистамъ, послѣдніе часто задумывались надъ вопросомъ, почему въ однихъ случаяхъ картина паралича осложняется ими, въ другихъ—нѣтъ. Съ перваго взгляда казалось бы, что отвѣтъ на этотъ вопросъ всего ближе искать въ данныхъ патологической анатоміи. Но на самомъ дѣлѣ результаты секціоннаго изслѣдованія явились слишкомъ разнообразными. Въ значительной части случаевъ былъ пораженъ зрительный бугоръ, въ другихъ—заднее колѣно внутренней капсулы, задній отдѣлъ чечевичнаго тѣла, regio subthalamica, мозговая ножка, Варольевъ мостъ и, наконецъ, кора большихъ полушарій. Такимъ образомъ секція

доставила намъ слишкомъ разнородный матеріалъ, чтобы мы могли, опираясь на него, сдѣлать сколько-нибудь определенное заключеніе. Отсюда понятно, почему взгляды изслѣдователей довольно рѣзко разошлись между собою.

*Gowers*¹⁾ имѣлъ возможность произвести вскрытіе въ четырехъ случаяхъ гемиплегической хорей и вездѣ нашелъ измѣненною область зрительнаго бугра. На этомъ основаніи онъ думаетъ, что при всѣхъ вообще послѣгемиплегическихъ разстройствахъ движенія слѣдуетъ локализовать патологическій процессъ въ только-что названномъ центрѣ. Но, по *Gowers*'у, одна локализациа не объясняетъ явленій атетоза и гемихорей, необходимо принять въ расчетъ еще самый характеръ пораженія. Атетозъ наблюдается главнымъ образомъ при размягченіяхъ мозговой ткани, которыя оказываютъ болѣе раздражающее вліяніе на нервныя центры коры, гемихорея—при кровоизліяніяхъ. Объясняя такимъ образомъ развитіе атетоза у взрослыхъ, авторъ думаетъ, что у дѣтей на него слѣдуетъ смотрѣть, какъ на результатъ неправильнаго и неполнаго возстановленія двигательной функціи.

Гипотеза *Gowers*'а не нашла себѣ много защитниковъ. Съ одной стороны, она совершенно не объясняетъ тѣ случаи, когда пораженнымъ оказывался не зрительный бугоръ, а иное образованіе; съ другой,—мы знаемъ, что насильственные движенія могутъ встрѣчаться и при кровоизліяніи. Наконецъ, намъ непонятно, почему одинъ и тотъ же симптомъ у дѣтей можетъ возникать подъ вліяніемъ совершенно другихъ условій, чѣмъ у взрослыхъ. Тѣмъ не менѣе за *Gowers*'омъ остается одна несомнѣнная заслуга: онъ обратилъ вниманіе не только на локализацию страданія, но на и его характеръ.

Исключительно топографическими отношеніями фокуса объяснял картину гемихорей покойный *Charcot*¹⁾. Онъ за-

¹⁾ *Gowers*. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. В. II.

²⁾ *Charcot*. Oeuvres completes. De l'hémichorée post-hémiplégique, p. 358

мѣтили, что гемихорея очень часто осложняется геміанэстезіей, а такъ какъ чувствительные пути вмѣстѣ съ двигательными заложены въ заднемъ колѣнѣ внутренней капсулы, то поэтому весьма естественно допустить заболѣваніе именно этого отдѣла центральной нервной системы. Результаты вскрытій, которыя могъ произвести *Charcot*, укрѣпили его въ подобномъ предположеніи. Въ одномъ случаѣ онъ нашелъ пораженіе задней области зрительнаго бугра, въ другомъ—задняго участка хвостатаго тѣла и въ третьемъ—задняго колѣна внутренней капсулы. Однако локализациа въ только-что перечисленныхъ областяхъ далеко не всегда вызываетъ явленіе гемихореи. Объясняя такое противорѣчіе, *Charcot* принимаетъ существованіе особаго пучка волоконъ, лежащаго во внутренней капсулѣ и въ основаніи лучистаго вѣнца между чувствительными и пирамидными путями, спереди и снаружи отъ первыхъ. Хореатическія разстройства движеній развиваются только тогда, когда процессъ захватилъ и этотъ „*faisceau de l'hémichorée*“. Таковы вкратцѣ взгляды, которые были высказаны *Charcot*. Благодаря авторитету великаго невропатолога, они весьма быстро сдѣлались популярными среди спеціалистовъ, особенно во Франціи, гдѣ прочно удерживаются даже до настоящаго времени, хотя слабыя стороны гипотезы *Charcot* указать очень не трудно. Прежде всего является крайне сомнительнымъ существованіе пучка, анатомическія отношенія и фیزیологическая роль котораго совершенно неизвѣстны и который даетъ себя знать только при патологическихъ условіяхъ. Сверхъ того мы знаемъ, что раздраженіе нервныхъ волоконъ всегда обнаруживается тоническими судорогами, имѣющими мало общаго съ картиной гемихореи или атетоза.

Болѣе научный характеръ носить гипотеза *Kahler'a* и *Pick'a*¹⁾. Эти авторы, развивая въ сущности идею *Charcot*, никому невѣдомый хореатическій пучекъ замѣнили хорошо

¹⁾ *Kahler u. Pick. Ueber die Localisation d. posthemiplegischen Bewegungserscheinungen. Prag. Vierteljahrschr. 1879. 141. стр. 31.*

всѣмъ извѣстнымъ пирамиднымъ путемъ. Они высказали предположеніе, что гемихорея, атетозъ и другія формы послѣ-гемиплегическихъ разстройствъ движенія зависятъ отъ раздраженія пирамиднаго пути на всемъ протяженіи послѣдняго отъ основанія мозга до коры, и что все разнообразіе клинической картины зависитъ главнымъ образомъ отъ характера процесса. Выводы *Kahler'a* и *Pick'a* положили въ основу своей гипотезы также *Brissaud* ¹⁾, объясняя происхожденіе хореатическихъ и атетозныхъ движеній у гемиплегиковъ. Взгляды *Brissaud* вкратцѣ сводятся къ слѣдующему: при полномъ перерожденіи пирамиднаго пути мы имѣемъ стойкія контрактуры, при неполномъ—мышцы, связанные съ перерожденными волокнами, обыкновенно сохраняютъ свой нормальный тонусъ, но, при намѣренномъ движеніи, могутъ приходить въ состояніе временной контрактуры. Между этими двумя крайними полюсами—постоянной и временной контрактурой—находятся всѣ виды произвольныхъ движеній, которыя только встрѣчаются при гемиплегіи. При неполномъ склерозѣ, когда связь между черепно-мозговыми и спинно-мозговыми центрами хотя отчасти сохранена и хотя отчасти происходитъ передача волевыхъ импульсовъ, развиваются медленные и ограниченныя движенія атетоза. Движенія хореатическія указываютъ на полный перерывъ пирамиднаго пути, на полную невозможность передачи волевыхъ импульсовъ. Такимъ образомъ между гемихореей и атетозомъ существуетъ лишь количественное различіе.

Но и въ теоріи *Kahler'a* и *Pick'a* есть много слабыхъ сторонъ. Прежде всего противъ нея говорятъ патологическая анатомія и клиника. Вторичныя перерожденія пирамиднаго пути—явленіе обыденное въ практической жизни; они развиваются при всѣхъ болѣе или менѣе тяжкихъ случаяхъ гемиплегіи, а между тѣмъ симптомы гемихореи и атетоза мы

¹⁾ *Brissaud*. Lésions anatomiques et mécanisme de l'Athétose. Gaz. hebdomad. 1880. № 49—50.

наблюдаемъ очень рѣдко. Отсюда естественно заключить, что для развитія ихъ нужны какія-то особыя условія. Сверхъ того движенія хореатическія и атетозныя отличаются очень сложнымъ характеромъ, нерѣдко носятъ на себѣ отпечатокъ какъ бы намѣренности; для возникновенія ихъ необходимо допустить участіе нервныхъ клѣтокъ, т. е. сѣраго вещества. Наконецъ, опытъ учитъ насъ, что волокна пирамиднаго пути отвѣчаютъ на раздраженіе всегда только простыми тоническими судорогами.

Самые послѣдніе годы для объясненія патогенеза хореатическихъ и атетозныхъ движеній была предложена новая гипотеза; авторами ея являются *Bonhöffer* ¹⁾ и *Муратовъ* ²⁾.

Bonhöffer и *Муратовъ*, подобно *Kahler*'у и *Pick*'у развивая идею *Charcot* о локализациі, принимаютъ однако въ расчетъ пораженіе не пирамидныхъ путей, а переднихъ или верхнихъ ножекъ мозжечка (*brachia conjunctivalia*).

Вы знаете, конечно, что *brachia conjunctivalia*, выходя изъ малаго мозга, постепенно сближаются между собою и, наконецъ, взаимно перекрещиваются; въ области переднихъ тѣлъ четверохолмія этотъ перекрестъ представляется уже закончившимся; волокна верхнихъ ножекъ проходятъ здѣсь черезъ образованія, извѣстныя подъ именемъ красныхъ ядеръ, и затѣмъ вступаютъ въ тѣсное соотношеніе съ зрительнымъ бугромъ. Такимъ образомъ каждое полушаріе мозжечка находится въ связи съ противоположнымъ зрительнымъ бугромъ, и эта связь дается волокнами *brachia conjunctivalia*.

Я напомнилъ Вамъ только грубые анатомическіе факты, не пускаясь въ детальное описаніе, такъ какъ ихъ вполне достаточно, чтобы сдѣлать понятными взгляды, высказанные *Bonhöffer*'омъ и *Муратовымъ*.

¹⁾ *Bonhöffer*. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1897. Bd. I, стр. 1. Ein Beitrag zur Localisation der choreatischen Bewegungen.

²⁾ *Муратовъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Вып. II, 1899 г.

Bonhoëffer наблюдалъ болѣзнь съ хорейтическими судорогами въ правой половинѣ тѣла. При вскрытіи онъ нашелъ въ Варольевомъ мосту опухоль, которая разрушала обѣ верхнія ножки малаго мозга, а главнымъ образомъ правую. Сопоставляя этотъ фактъ съ описанными въ литературѣ, авторъ приходитъ къ убѣжденію, что хорейтическія судороги обусловливаются поражениемъ верхнихъ ножекъ мозжечка, вслѣдствіе чего нарушается связь его съ зрительными буграми.

Къ выводамъ *Bonhoëffer*'а всецѣло присоединился *Муратовъ*, посвятившій насильственнымъ движеніямъ гемиплегику нѣсколько весьма интересныхъ лекцій. *Муратовъ* описываетъ три случая, въ которыхъ при жизни наблюдались хорейтическія и атетозныя движенія; во всѣхъ нихъ, на основаніи клинической картины, онъ долженъ былъ допустить поражение *brachia conjunctivalia* въ различныхъ пунктахъ ихъ протяженія, и въ одномъ этотъ діагнозъ былъ подтвержденъ посмертнымъ изслѣдованіемъ. Опираясь на свои наблюденія, на случай *Bonhoëffer*'а и на нѣкоторые другіе, описанные до того въ литературѣ, авторъ высказываетъ убѣжденіе, что гемихорея и атетозъ зависятъ отъ нарушенія связей между полушаріемъ мозжечка и противоположнымъ зрительнымъ бугромъ. Дѣлая попытку объяснить зависимость клинической картины отъ такой локализаци, *Муратовъ* прежде всего напоминаетъ работу *Luciani* о мозжечкѣ. Какъ извѣстно, *Luciani* путемъ экспериментальныхъ изслѣдованій убѣдился, что разрушеніе полушарій мозжечка обусловливаетъ пониженіе мышечнаго тонуса, гипотонію. Вмѣстѣ съ этимъ итальянскій ученый наблюдалъ у оперированныхъ животныхъ произвольныя сокращенія, иногда напоминавшія картину хорей. Съ другой стороны, мы знаемъ, что зрительный бугоръ также играетъ видную роль въ двигательной жизни, являясь центромъ мимическихъ движеній. *Edinger* сверхъ того замѣтилъ, что пораженіе зрительнаго бугра влечетъ за собою повышеніе мышечнаго тонуса, гипертонію. Изъ всѣхъ этихъ данныхъ видно, что мозжечекъ и зрительный бугоръ въ извѣст-

номъ отношеніи антагонисты, взаимно уравнивающіе другъ друга. Если мы допустимъ, что связь между названными центрами разрушена, то взаимное уравниваніе ихъ окажется невозможнымъ, — въ результатъ мы будемъ имѣть гемихорею или атетозъ. Таковы вкратцѣ взгляды, высказанные *Муратовымъ*. Относясь съ надлежащей осторожностью къ гипотетической сторонѣ вопроса, авторъ тѣмъ не менѣе считаетъ возможнымъ высказать слѣдующія положенія: 1) послѣапоплектическая гемихорея зависитъ отъ пораженія верхнихъ ножекъ мозжечка, т. е. отъ разединенія связей между мозжечкомъ и зрительнымъ бугромъ. 2) Она можетъ развиваться при различной локализациі первичнаго очага, лишь бы названные соединенія были заинтересованы. 3) Судя по клиническимъ фактамъ, она обыкновенно является дегенеративнымъ симптомомъ, т. е. возникаетъ тогда, когда наступаетъ перерожденіе верхнихъ ножекъ. Къ перечисленнымъ выводамъ *Муратовъ* добавляетъ, что кромѣ главнаго условія на картину болѣзни оказываетъ вліяніе еще большее или меньшее участіе другихъ центровъ и проводниковъ, и что въ этомъ то разнообразіи факторовъ мы должны искать объясненія, почему въ однихъ случаяхъ передъ нами хорея, въ другихъ — атетозъ.

Гипотеза *Bonhoëffer'a* и *Муратова* представляетъ серіозныя преимущества передъ всѣми, какія мы рассматривали до сихъ поръ: она свободна отъ многихъ возраженій, которыя мы должны были сдѣлать послѣднимъ. *Charcot*, а также *Kahler* и *Pick*, объясняли насильственные движенія раздраженіемъ нервныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ того или другого пучка, и мы никакъ не могли понять, почему это раздраженіе, выражаясь обыкновенно простыми тоническими судорогами, въ данномъ случаѣ обуславливало сложную картину гемихорея или атетозъ. *Gowers* предполагалъ, что насильственные движенія гемиплегиковъ встрѣчаются только при размягченіи мозгового вещества; но патологическая анатомія учитъ, что онѣ могутъ осложнять картину и крово-

взліяній. *Gowers* допускалъ, далѣе, различіе въ патогенезѣ у взрослыхъ и у дѣтей, и намъ было странно, почему одно и тоже разстройство двигательной сферы возникаетъ у взрослыхъ подъ вліяніемъ совсѣмъ другихъ условій, чѣмъ у дѣтей. Подобныхъ противорѣчій мы не находимъ въ гипотезѣ *Bonhoëffer'a*. Здѣсь центръ тяжести лежитъ не въ раздраженіи нервныхъ волоконъ, а въ нарушеніи связи между двумя двигательными центрами; здѣсь важенъ не процессъ, обусловившій разрушеніе, а самый фактъ разрушенія; здѣсь нѣтъ необходимости искать разницы между страданіемъ взрослыхъ и дѣтей. Сверхъ того, гипотеза, высказанная *Bonhoëffer'омъ*, основывается на точно установленныхъ патолого-анатомическихъ наблюденіяхъ. Наконецъ, ею можетъ быть объясненъ и нашъ случай. Въ самомъ дѣлѣ, изъ представленной мною выше схемы видно, что мы должны локализовать болѣзненнейшій фокусъ именно тамъ, гдѣ проходятъ *brachia conjunctivalia*, гдѣ послѣднія могли быть, слѣдовательно, легко вовлечены въ страданіе.

Но несмотря на всѣ преимущества, представляемая гипотезой *Bonhoëffer'a*, я никакъ не могу принять ее въ полномъ ея объемѣ. Каждая научная гипотеза должна объяснять всѣ извѣстные нами факты; тѣже, которые она не дѣлаетъ понятными, ей по крайней мѣрѣ не противорѣчатъ.

Данныя, на какія опирается *Bonhoëffer*, дѣйствительно свидѣлствуютъ, что хореатическія и атетозныя движенія могутъ возникать при пораженіи переднихъ ножекъ мозжечка; но отсюда до вывода, что названныя движенія исключительно при этомъ условіи и возможны, до этого обобщенія еще очень далеко. Скажу болѣе, такое обобщеніе не только не встрѣчаетъ себѣ поддержки въ клиническомъ наблюденіи, но послѣднее рѣшительно протестуетъ противъ него. Картины гемиплегіи, осложненной параличемъ противоположнаго глазодвигательнаго нерва, встрѣчаются сравнительно часто, между тѣмъ гемихорея и атетозъ представляютъ очень рѣдкое явленіе. Это противорѣчіе Вамъ невольно кинется въ глаза, если

Вы припомните, въ какомъ близкомъ сосѣдствѣ съ *circa conjunctivalia* долженъ находиться въ подобныхъ случаяхъ фокусъ заболѣванія. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ я представлялъ Вамъ субъекта съ полной потерей движенія и чувствительности на одной сторонѣ тѣла и параличемъ всѣхъ вѣтвей п. *oculomotorii*—на другой. Мы должны были предположить у него обширный очагъ размягченія, захватившій всѣ двигательные и чувствительные пути мозговой ножки. Трудно допустить, чтобы область краснаго ядра осталась здѣсь пощаженной, и между тѣмъ, несмотря на продолжительность болѣзни, въ теченіе ея ни разу не наблюдалось насильственныхъ движеній. Подобные факты, повторяю, далеко не могутъ быть названы рѣдкими.

Еще болѣе рѣшительно говорятъ противъ взглядовъ *Bonhoeffer*'а тѣ, и притомъ довольно многочисленныя, наблюденія, въ которыхъ посмертное изслѣдованіе, равно какъ и прижизненная картина, указывали на локализацію въ области очень отдаленной отъ *circa conjunctivalia*, именно въ корѣ большихъ полушарій. Не желая утруждать Вашего вниманія, я не буду приводить старой литературы вопроса (случаи *Démange*'а *Major*'а, *Savard*'а, *Ewald*'а, *Pontopiddan*'а и мн. др.), укажу только на нѣкоторыя работы, опубликованныя въ послѣдніе годы.

Boinet ¹⁾ описалъ случай туберкулезнаго менингита, гдѣ при жизни наблюдались приступы кортикальной эпилепсіи; съ теченіемъ времени къ нимъ присоединились хореатическія движенія въ одной рукѣ и атетозныя въ пальцахъ другой. Въ одной половинѣ лица также появились однообразныя ритмическія движенія, продолжавшіяся безъ перерыва. При аутопсіи былъ найденъ свѣжій туберкулезный лептоменингитъ въ области лобныхъ и затылочныхъ долей обоихъ полушарій съ преимущественнымъ участіемъ двигательной зоны;

¹⁾ *Boinet*. Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréo-athétotique. *Gaz. de hôpit.* № 43. 1899.

въ ткани соответствующихъ извилинъ изслѣдованіе позволило констатировать поверхностный энцефалитъ. Въ этомъ случаѣ не только суга *conjunctivalia*, но и подкорковые узлы не представляли никакихъ отклоненій отъ нормы; измѣненія сосредоточивались исключительно въ области коры большихъ полушарій. Очевидно, только съ послѣдними можно было связать всю клиническую картину, а слѣдовательно, и насильственные движенія.

Подобнаго рода наблюденіе недавно пришлось сдѣлать и мнѣ¹⁾. При вскрытіи гемиплегички, у которой клиническая картина *гемиплегии* осложнялась хореатическими движеніями, были найдены гнѣзда поверхностнаго размягченія въ корѣ большого полушарія, противоположнаго парализованной сторонѣ. Насильственные движенія я объяснялъ здѣсь передачей раздраженія, идущаго черезъ коммиссуральные пути отъ болѣзненнаго фокуса къ соответствующимъ областямъ другого полушарія. Можетъ быть съ такимъ объясненіемъ не всѣ согласятся; но во всякомъ случаѣ хореатическія движенія въ моемъ случаѣ могутъ быть поставлены въ ту или иную зависимость только отъ пораженія психомоторной области.

Въ случаѣ *Wetzel*'я²⁾ картина множественнаго неврита осложнялась атетозными движеніями въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Хотя это наблюденіе не сопровождалось вскрытіемъ, но апоплектиформные приступы и расстройство душевной дѣятельности ясно свидѣтельствовали, что и тутъ патологическій процессъ локализовался въ корѣ большихъ полушарій.

Всѣ приведенныя выше наблюденія, а число ихъ я легко могу увеличить, всѣ они единогласно говорятъ, что хореатическія и атетозныя движенія могутъ осложнять собою картины заболѣванія психомоторной области. Эти факты далеко

¹⁾ Н. М. Поповъ. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Вып. I, стр. 111.

²⁾ *Wetzel*. Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose. 1899.

не новы въ наукѣ; они были хорошо извѣстны еще прежнимъ изслѣдователямъ. Еще *Eulenburg* ¹⁾ предполагалъ, что при атетозѣ процессъ локализируется въ психомоторныхъ центрахъ. *Hammond* ²⁾ высказалъ точно такое же мнѣніе. *Soltmann* ³⁾ предложилъ даже называть атетозъ кортикальной хореей. *Eulenburg* основывалъ свое мнѣніе на клиническихъ особенностяхъ страданія. Онъ подчеркиваетъ медленность, пѣлесообразность атетозныхъ движеній, ограниченность ихъ, связь съ корковой эпилепсіей и т. д. *Грейденбергъ*, который, какъ я говорилъ выше, склоненъ отличать гемихорею отъ атетоза, принимаетъ для обоихъ видовъ насильственныхъ движеній различный патогенезъ. Относительно гемихореи онъ присоединяется къ гипотезѣ *Kahler*'а и *Pick*'а, атетоидныя же движенія ставитъ въ зависимость отъ пораженія двигательныхъ центровъ мозговой коры и въ пользу такого взгляда приводитъ наблюденія, которыя онъ сдѣлалъ надъ прогрессивными паралитиками; у послѣднихъ послѣ эпилептиформныхъ и апоплектиформныхъ приступовъ, а въ исходномъ періодѣ страданія и помимо нихъ, иногда наблюдаются хватательныя движенія ручныхъ пальцевъ, представляющія большое сходство съ атетозными.

Итакъ, въ нашемъ распоряженіи есть весьма много данныхъ, которыя заставляютъ думать, что атетозныя движенія слѣдуетъ разсматривать, какъ результатъ раздраженія психомоторной области. Однако, чтобы вызвать такое раздраженіе, патологическій процессъ не долженъ необходимо локализоваться здѣсь; онъ можетъ находиться въ значительномъ отдаленіи отъ коры, захватывать различные участки пирамидальнаго пути вплоть до продолговатаго мозга, можетъ гнѣздиться въ подкорковыхъ узлахъ, въ области *circa conjunctivalia*, но

¹⁾ *Eulenburg*. Athetosis. Ziemssen's Handb. XII.

²⁾ *Hammond*. A treatise on the diseases of the nervous system. London. 1876.

³⁾ *Soltmann*. Die functionellen Nervenkrankheiten, Gerhardt's Handb. V. 2.

во всякомъ случаѣ раздраженіе, вызываемое имъ, должно передаваться нервнымъ клѣткамъ психомоторной зоны. Только при этомъ условіи, повидимому, и можетъ развиваться картина атетоза.

Я не скрою, что гипотеза, формулированная такимъ образомъ, встрѣчается съ весьма вѣскими возраженіями. Прежде всего и больше всего противъ нея говорятъ тѣ, крайне многочисленные наблюденія, въ которыхъ фокусъ страданія локализовался въ области пирамидныхъ путей, подкорковыхъ центровъ и даже въ самой психомоторной зонѣ и гдѣ тѣмъ не менѣе при жизни не было даже намека на атетозъ. Очевидно, что одной локализациіи недостаточно, необходимо еще какія-то иныя условія. Но какія именно? Теоретически разсуждая, мы можемъ высказать предположенія двоякаго рода. Мы можемъ, во первыхъ, допустить, что на возникновеніе насильственныхъ движеній оказываетъ вліяніе самый характеръ патологическаго процесса. Однако выше, когда рѣчь шла о гипотезѣ *Gowers'a*, Вы уже видѣли, что при настоящемъ положеніи нашихъ знаній мы не въ состояніи поддерживать подобный взглядъ. Ни макро, ни микроскопическое изслѣдованіе пока не позволили нами открыть ни малѣйшей разницы между анатомо-патологической картиной въ случаяхъ съ атетозомъ и безъ него. Остается поэтому допустить только одно—усиленную возбудимость нервныхъ элементовъ психомоторной области; остается только принять, что у нѣкоторыхъ субъектовъ, въ силу ли врожденныхъ индивидуальных особенностей, или благодаря патологическимъ условіямъ, въ которыхъ находится питаніе мозговой коры, нервныя клѣтки психомоторной области весьма легко приходятъ въ состояніе раздраженія, выраженіемъ котораго и являются насильственные движенія. Я объясняю себѣ слѣдовательно, происхожденіе хореатическихъ и атетозныхъ движеній не только извѣстной локализацией болѣзненнаго фокуса, который является источникомъ раздраженія, но и наличностью подготовленной почвы, на какую дѣйствуетъ по-

слѣднее. Косвенную поддержку подобный взглядъ находить себѣ между прочимъ въ томъ фактѣ, что атетозныя движенія особенно часто осложняютъ случаи дѣтской гемиплегіи, гдѣ страданіе обыкновенно возникаетъ на предрасположенной почвѣ и гдѣ нервныя элементы вообще отличаются крайней чувствительностью ко всѣмъ внѣшнимъ раздраженіямъ. Что касается больныхъ, у которыхъ гемиплегія съ атетозомъ развивалась въ болѣе позднемъ возрастѣ, то подробное знакомство съ анамнезомъ часто показываетъ и у нихъ наличность невропатической конституціи въ строгомъ смыслѣ этого слова.

Я знаю, что приведенныя мною соображенія имѣютъ характеръ только намековъ; болѣе точныя доказательства можетъ дать лишь болѣе точное и всестороннее клиническое наблюденіе и изслѣдованіе, и я пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы еще разъ напомнить Вамъ великую истину, которая къ сожалѣнію такъ часто забывается нынѣ: понять дѣйствительное значеніе каждаго отдѣльнаго симптома невропатологъ можетъ при одномъ условіи,—если онъ произведетъ полное изслѣдованіе не только всей нервной системы вообще, но и всего организма.

Запомните этотъ принципъ, и пусть онъ послужитъ краеугольнымъ камнемъ Вашей будущей клинической дѣятельности!

Фотографированіе глазного дна живот- НЫХЪ.

В. В. Николаева.

Въ методикѣ опытныхъ наукъ видное мѣсто занимаютъ автоматическіе записывающіе приборы, какъ наиболѣе точно и вѣрно отмѣчающіе наблюдаемое явленіе.

Память, при громадной опытности и вниманіи экспериментатора, все же не въ состояніи по большей части возстановить во всей полнотѣ совершившагося, и наблюдатель, зная это хорошо, обыкновенно прибѣгаетъ къ закрѣпленію виденнаго помощью записи или рисунка. Такой пріемъ позволяетъ наблюдателю черезъ большой промежутокъ времени не только вспомнить, но еще и демонстрировать происшедшее массѣ читателей или слушателей. Однако есть цѣлый рядъ явленій, которыя необходимо записать автоматически, иначе нельзя уловить и изучить характеръ этихъ явленій. Достаточно для примѣра указать, что хорошо записать одиночное сокращеніе мышцы можно лишь специально приготовленнымъ аппаратомъ, носящимъ названіе міографа,—что сокращенія сердца животнаго записываются кардіографами или кимографами и т. д., и каждый, знакомый съ устройствомъ этихъ аппаратовъ и пользованіемъ ими, хорошо знаетъ всю важность и необходимость ихъ, и сознаетъ недостаточность памяти для изученія только что указанныхъ явленій.

Наилучшимъ и наиточнѣйшимъ способомъ записи считается, по всей справедливости, фотографическій. Къ этому способу стремятся всѣ наблюдатели, указывая, что такимъ образомъ запись является документальной, такъ какъ исключается со стороны наблюдателя всякаго рода субъективность и представляется при этомъ возможность анализировать правильное изображеніе, полученное фотографически.

И въ офтальміатріи, уже вскорѣ послѣ изобрѣтенія Н. *Helmholtz'*емъ ¹⁾ (*Beschreibung eines Augenspiegels. Berlin. 1851.*) глазного зеркала—офтальмоскопа, начались попытки фотографировать глазное дно человѣка и др. животныхъ. Замѣнить срисовываніе глазного дна фотографіей побуждало офтальмологовъ еще и то обстоятельство, что срисовываніе отнимаетъ много времени и у изслѣдователя и у паціента, сильно утомляя и того и другого.

Историческій обзоръ.

По литературнымъ даннымъ первымъ сталъ фотографировать сѣтчатку проф. *Noyes* ²⁾ (*Congrès périodique international des sciences médicales. Copenhague. 1884. Section d'ophthalmologie, стр. 34*) изъ Нью-Йорка. Этотъ авторъ въ 1862 году изобрѣлъ новый аппаратъ, при помощи котораго ему удалось получить фотографическіе снимки сѣтчатки глаза; однако эти снимки были крайне неудовлетворительны по отзывамъ самого же *Noyes'a*, указывающаго также и на причину неудачъ въ дѣлѣ фотографирования дна глаза. Одною изъ такихъ причинъ служить невозможность удержать глазъ неподвижнымъ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, необходимаго для экспозиціи, а второю причиною неудачъ является отраженіе лучей отъ роговой оболочки.

Тѣ же самыя обстоятельства служили помѣхою въ достиженіи удовлетворительныхъ результатовъ *Sinclair'у* ³⁾ (изъ Торонто въ Канадѣ), о которомъ сообщаетъ проф. *Noyes* ²⁾, какъ о своемъ современникѣ, пытавшемся также въ 1862 г. снять дно глаза.

Въ 1864 году *Roserbrugh* ⁴⁾ (*On a new instrument for photographing the fundus oculi.—Ameriqu. Journ. of Ophtalm. N.-Y. 1864.*) пытался также фотографировать дно глаза. Для этой цѣли *Roserbrugh* устроилъ аппаратъ, состоящій изъ двухъ трубъ, скрещивающихся подъ прямымъ угломъ; на мѣстѣ пересѣченія ихъ онъ поставилъ стеклянную пластинку

подъ угломъ въ 45° къ оси обѣихъ трубъ. Roserbrugh пользовался солнечнымъ свѣтомъ, собраннымъ при помощи выпуклаго стекла въ 15 діоптрій, помѣщеннаго въ одну изъ трубъ. Солнечные лучи, отраженные стеклянной пластинкой, падаютъ на наблюдаемый глазъ, помѣщенный противъ другой трубки. Передъ глазомъ, такимъ образомъ освѣщеннымъ, находятся 2 чечевицы по 8 діоптрій. Одна изъ нихъ лежитъ совсѣмъ близко къ стеклянной пластинкѣ, тогда какъ другая расположена въ 40 центриметрахъ отъ первой. Обѣ чечевицы дѣйствуютъ какъ объективъ: первая даетъ обратное изображение, а вторая—дѣйствительное и обратное первому, такъ что на матовой пластинкѣ, расположенной на противоположномъ концѣ трубки, образуется дѣйствительное и прямое изображение сѣтчатой оболочки.

Несмотря однако на устройство аппарата съ специальной цѣлью, Roserbrugh говоритъ, что намѣченная имъ задача далеко еще не рѣшена удовлетворительно, а главная причина тому—существованіе отраженія свѣта отъ роговицы.

Guinkoff ²²⁾ указываетъ, что Ieffries ⁵⁾ (*Tr. Am. ophth. soc. 6 sess. N.-Y. 1869. стр. 67—71*) и Wadsworth ⁶⁾ (*Tr. Am. ophth. soc. N.-Y. 1880.*) занимались вопросомъ о фотографіи сѣтчатки. Но въ силу невозможности достать какія-либо свѣдѣнія о результатахъ ихъ работъ, не говоря уже о подлинныхъ статьяхъ только что указанныхъ авторовъ, мы не можемъ собрать никакихъ данныхъ объ успѣхахъ ихъ въ дѣлѣ фотографированія глазного дна.

Liebreich ⁷⁾ приблизительно въ тогъ же періодъ времени предложилъ, какъ это мы узнали изъ работы Guilloz ¹⁹⁾ (*Arch. d'Ophthalmologie. 1893.*), для фотографіи сѣтчатки присоединить къ объективу камеры-обскуры двояковогнутое стекло съ очень короткимъ фокуснымъ разстояніемъ и съ отверстіемъ въ 11 millim. въ діаметрѣ въ центрѣ линзы. Лучи, идущіе отъ свѣтящагося источника въ глазъ и возвращающіеся обратно черезъ центральное отверстіе чечевицы падаютъ на объективъ, даютъ на матовой пластинкѣ обратное изображение, очень

неясное по причинѣ сильныхъ рефлексовъ отъ роговой оболочки, почему рекомендованный Liebreich'омъ способъ не вошелъ въ употребленіе.

Въ 1884 г. въ Копенгагенѣ проф. Dor⁸⁾ (изъ Ліона) представилъ (*La photographie de l'image ophtalmoscopique. Congrès periodique international des sciences medicales. Copenhague. 1884.*) въ офтальмологической секціи конгресса въ Копенгагенѣ аппаратъ, приготовленный имъ самимъ для фотографированія сѣтчатки. При этомъ показалъ восемь фотографическихъ снимковъ, изъ которыхъ четыре были получены съ искусственного глаза Perrin'a, два съ глазного дна хлороформированной кошки и два съ сѣтчатки кролика. Представленныя фотографіи, по свидѣтельству самого Dor'a, еще неточны, но достаточны для того, чтобы можно было надѣяться въ будущемъ на болѣе удовлетворительные результаты.

Аппаратъ Dor'a съ лѣвой стороны снабженъ фотофоромъ Trouvé, посылающимъ свѣтъ на стекло, наклоненное на 45° и поставленное въ темной квадратной камерѣ-обскурь. Лучи, отразившись подъ угломъ въ 45°, направляются черезъ переднее отверстіе камеры и попадаютъ въ подставленный близко глазъ. Напротивъ же вмѣсто задней стѣнки камеры-обскуры укрѣплена двояковыпуклая линза и здѣсь же прикрѣплена трубка съ входящей въ нее другой, имѣющей на концѣ матовое стекло. Когда хотять фотографировать, то матовое стекло замѣняется чувствительной пластинкой. Таковъ аппаратъ Dor'a въ своихъ главныхъ частяхъ и съ нимъ авторъ доказалъ возможность фотографировать сѣтчатку.

Въ 1884 году Jakman'у⁹⁾ и Webster'у¹⁰⁾ (цитир. по Guinkoff'у²²⁾) удалось получить фотографическіе снимки съ человѣческаго глаза, правда очень маленькіе и закрытые рефлексами отъ роговой оболочки. Указанные авторы пользовались фотографическимъ аппаратомъ, отличавшимся необыкновенной легкостью (всего 70 grm.) вслѣдствіе своей незначительной величины. Изъ постановки опыта видно, что по способу Jakman'a и Webster'a фотографировалось прямое мни-

мое изображеніе глазного дна при экспозиціи въ теченіе $2\frac{1}{2}$ минутъ.

Естественно, что авторы встрѣчали громадное затрудненіе при столь продолжительной экспозиціи: невозможно удерживать неподвижнымъ фотографируемый глазъ такъ долго и полученные снимки были поэтому неясны и покрыты рефлексами.

Еще бóльшая неудача постигла *Panel'a* ¹⁰⁾ (*Thèse Paris. 1887.* цит. по Guinkoff'у ²²⁾), представившаго свой аппаратъ, который ничто иное, какъ наклоненная стеклянная пластинка Helmholtz'a. Глазъ наблюдателя Panel замѣнилъ фотографическимъ аппаратомъ и такимъ образомъ стремился фотографировать глазное дно.

Panel, не получившій самъ ни одного снимка, утверждалъ однако, что предлагаемый имъ способъ настолько простъ, доступенъ каждому врачу и вѣренъ въ принципѣ, что каждый можетъ имъ воспользоваться и получить фотографію сътчатки. Но если самъ авторъ способа не могъ получить снимковъ глазного дна, то другіе изслѣдователи, разумѣется, не пытались воспользоваться совѣтомъ и считали предложенный способъ не заслуживающимъ серьезнаго вниманія.

Въ 1888 г. *Cohn* ¹¹⁾ (*Centralblatt für practische Augenheilkunde. 1888.*) предложилъ особый снарядъ, чтобы устранить неясность, происходящую отъ движенія глаза и портящую всякій снимокъ. Cohn отмѣчаетъ, что глазъ очень трудно удержать въ покойномъ состояніи; одинъ моментъ и глазъ уже ушелъ въ сторону и вслѣдствіе этого сдѣлалось невозможнымъ фотографировать сътчатку.

Когда мѣняютъ матовую пластинку на чувствительную, тогда при обыкновенныхъ фотографическихъ камерахъ наблюдатель не знаетъ, не видитъ, измѣнилъ ли глазъ свое положеніе и существуетъ ли изображеніе глазного дна на томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ его передъ тѣмъ только что имѣли.

На самомъ дѣлѣ глазъ часто противъ воли пациента движется, а срока, необходимаго для замѣны одной пластинки

на другую, совершенно достаточно, чтобы глазъ смѣстился тогда фотограмма получится или очень неясной или совсѣмъ безъ изображенія глазного дна. Cohn своимъ аппаратомъ желаетъ контролировать, существуетъ ли изображеніе глазного дна на чувствительной пластинкѣ въ данный моментъ времени. Если изображеніе есть, то его тутъ можно фиксировать. Для приготовленія своего аппарата Cohn воспользовался идеей бинокулярнаго офтальмоскопа Giraud-Teulon'a. Cohn сдѣлалъ ромбовидную темную фотографическую камеру, построенную изъ двухъ совершенно одинаковыхъ половинокъ, передъ которыми помѣщаются двѣ идентичныя ромбоидальныя призмы, расположенныя позади объектива. Падающіе и прошедшіе черезъ объективъ лучи свѣта направляются въ эти призмы и, дважды отразившись въ каждой изъ нихъ, идутъ въ двѣ одинаковыя темныя камеры. Наблюдатель, имѣя возможность установить и видѣть на матовой пластинкѣ одной изъ камеръ изображеніе глазного дна, своевременно можетъ открыть въ другой obturatorъ и подвергнуть чувствительную фотографическую пластинку дѣйствию лучей, чтобы такимъ образомъ запечатлѣть на ней какъ разъ ту самую картину, которую въ данную минуту видѣлъ на матовой пластинкѣ первой камеры. Результаты полученные Cohn'омъ однако также не удовлетворили его и другихъ изслѣдователей, потому что отраженія отъ роговой оболочки закрывали и безъ того слабо освѣщенное глазное дно.

Норе ¹²⁾ (изъ Петербурга) въ 1888 году на 7-омъ офтальмологическомъ конгрессѣ также указываетъ—какъ на громадное затрудненіе при фотографированіи глазного дна—на корнеальный рефлексъ, при чемъ еще добавляетъ, что красный цвѣтъ ретины тоже не благоприятствуетъ удовлетворительному рѣшенію вопроса, и въ доказательство представилъ нѣсколько снимковъ глазного дна.

Движеніе глаза и неизбѣжное присутствіе отраженій отъ роговой оболочки мѣшали и Galezowski'му ¹³⁾ (цит. по Guinkoff'у ²²⁾ получить желательныя снимки съ глазного дна.

Въ 1888 году первый изъ русскихъ авторовъ опубликовалъ свой аппаратъ для фотографированія глазного дна С. Л. Сегаль¹⁴⁾ (*Аппаратъ для фотографированія глазного дна. Труды медицинской секціи О-ва опытныхъ наукъ при Харьковскомъ Университетѣ. 1888 г.*). Въ виду неясности изложенія въ описаніи придуманнаго авторомъ аппарата, рисунка котораго, къ сожалѣнію, не приложено къ работѣ, я позволю себѣ дословно привести небольшую по объему статью Сегалья.

„Этотъ аппаратъ состоитъ изъ камеры и нѣсколькихъ трубочекъ. Камера имѣетъ въ длину 16 центим., въ шир. 8 цент., въ вышину (глубину) немного болѣе 2-хъ цент. Камера эта посредствомъ перегородки, толщиною въ 1 цент. дѣлится на двѣ одинаковой величины меньшія камеры; во всѣ боковыя стѣнки каждой изъ камеръ, и, слѣдовательно, и въ разъединяющей ихъ перегородкѣ находится по жолобу. Съ правой боковой стороны каждой изъ камеръ находится по трапеціобразному жолобу съ широкимъ основаніемъ, обращеннымъ къ просвѣту камеры. По срединѣ этихъ жолобовъ находится по щели, идущей по длинѣ каждой камеры и соединяющей жолобъ съ просвѣтомъ камеры; ширина каждой щели равняется 5 mm., верхніе и нижніе края щелей переходятъ въ жолоба стѣнокъ шир. 3 mm.; суженіе просходитъ насчетъ выступовъ въ щели переднихъ краевъ жолобовъ. Вслѣдствіе такого устройства щелей передняя поверхность чувствительной пластинки, покрытой желатиной, при вставленіи за исключеніемъ крайнихъ полосъ (верхнихъ, нижнихъ и лѣвыхъ) остается свободной и не подвергается стиранію. Чувствительная къ свѣту пластинка вставляется черезъ щель въ верхнюю камеру, а пластинка матоваго стекла въ нижнюю. Щели эти закрываются трапеціобразными пластинками, вдвигающимися въ эти жолоба. Почти всю заднюю стѣнку нижней камеры (въ которую вставлялось матовое стекло) представляетъ круглое отверстіе. Переднюю стѣнку для обѣихъ камеръ составляетъдвигающаяся въ пазахъ боковыхъ стѣнокъ

деревянная пластинка. Въ нижней половинѣ этой общей передней стѣнки находится отверстіе, находящееся противъ отверстія задней стѣнки; въ это отверстіе и ввинчивается трубка. Передняя стѣнка выдвигается кверху только на половину, такъ что отверстіе съ трубкой при выдвиганіи становится передней стѣнкой верхней камеры. Вторую часть аппарата составляютъ три трубки. 1-я длиною около 5 цент. съ просвѣтомъ въ діаметръ 6 цент. ввинчивается въ отверстіе передней стѣнки камеры, въ эту трубку вдвигается другая до задняго конца первой, длиною она въ 6 цент. и съ просвѣтомъ 5 цент.; передній край ея утолщенъ, въ эту трубку вдвигается короткая трубочка съ переднимъ утолщеннымъ краемъ, который косо срѣзанъ; въ косой разрѣзъ косо вставленъ рефлекторъ. Отверстіе рефлектора сзади могло закрываться діафрагмой, подковообразной металлической пластинкой посредствомъ стержня, проходящаго снаружи черезъ утолщенный край передней трубки. При выдвиганіи стержня выпуклая сторона подковообразной діафрагмы приходитъ въ соприкосновеніе со стѣнкой трубки, и отверстіе рефлектора охваченное ножками становилось свободнымъ для прохожденія свѣта. При обратномъ движеніи стержня отверстіе закрывалось, когда концы подковообразной діафрагмы упирались въ противоположную сторону, а за рефлекторомъ помещалось собирательное стекло съ 2 дюйм. фокусомъ. Весь аппаратъ былъ вычерченъ. Для этого аппарата была сдѣлана слѣдующая подставка. Къ мѣдному кружку, наполненному свинцомъ, привинчивался стержень длиною въ 20 цент. На этотъ стержень надѣвалась трубка такой же длины. Черезъ нижній конецъ трубки проходилъ винтъ, при посредствѣ котораго трубка могла быть фиксирована къ стержню; верхній конецъ трубки оканчивался дугообразной пластинкой, концы которой переходятъ въ горизонтальныя вѣтви, черезъ которыя проходитъ винтъ; при посредствѣ этого винта можно было сближать вѣтви, и, слѣдовательно, уменьшить діаметръ дуги и тѣмъ фиксировать привинченную къ аппарату трубку.

Фотографическіе снимки были сдѣланы профессоромъ технической химіи Яцубовичемъ съ Ретгін'овскаго фантома. До фотографированія аппаратъ въ темной комнатѣ заряжался чувствительной пластинкой и вносился въ свѣтлую комнату; аппаратъ фиксировался за ввинченную трубку въ подставку; источникъ свѣта (керосиновая лампа) и аппаратъ такъ устанавливались, что глазъ былъ освѣщенъ; изображеніе глазного дна получалось на матовой пластинкѣ, это изображеніе наблюдалось въ отверстіе задней стѣнки камеры; при соответствующемъ удлинении или укорочении трубки на матовой пластинкѣ получалось рѣзкое изображеніе глазного дна; отверстіе рефлектора тогда закрывалось діафрагмой; вся камера низводилась рукою, и, слѣдовательно, отверстіе трубки приходилось уже противъ чувствительной пластинки, помѣщенной въ верхней камерѣ; діафрагма отодвигалась, и послѣ дѣйствія свѣта въ теченіе извѣстнаго времени, отверстіе закрывалось діафрагмой; камера переносилась въ темную комнату, гдѣ чувствительная пластинка подвергалась извѣстной процедурѣ.

Рефлекторъ ставился косо для того, чтобы свѣтъ отражался въ глазъ; косымъ же положеніемъ зеркала достигалось также и то, что изображеніе лампы проецировалось на стѣнкѣ трубки аппарата, или на край матоваго стекла (а слѣдовательно, на край чувствительной пластинки); впрочемъ съ цѣлью устранить паденіе свѣта со стороны лампы, а только со стороны глаза (фантома) въ отверстіе рефлектора вставлялась маленькая трубочка съ дугообразнымъ язычкомъ, выпуклостью обращенною къ источнику свѣта (лампѣ). Полученные этимъ путемъ негативы я имѣю честь представить; на нихъ рѣзко обозначены сосокъ зрительнаго нерва и значительная часть сѣтчатки съ развѣтвленіями на нихъ сосудовъ. Я не сомнѣваюсь, что по усовершенствованіи этого аппарата удастся фотографировать глазное дно живого глаза, такъ какъ мнѣ удавалось иначе устроеннымъ аппаратомъ (изъ двухъ картонныхъ короткихъ трубокъ, матовое стекло вставлялось въ прорѣзъ, сдѣланномъ у задняго конца подвиж-

ной трубки) получить съ атропинизированнаго глаза на матовой пластинкѣ сосокъ или часть сѣтчатки. Главные недостатки представленнаго мною аппарата заключаются въ слѣдующемъ: вдвиганіе и выдвиганіе трубки должно дѣлаться не руками, а винтомъ, собирательное стекло должно быть ахроматическое и также подвижное, передній конецъ второй трубки долженъ имѣть маленькое отверстіе, отъ краевъ котораго должна направляться впередъ черезъ отверстіе рефлектора коротенькая металлическая съ язычкомъ трубочка, которая устраняла бы свѣтъ со стороны лампы и рефлекторъ долженъ вращаться на шарнирѣ и по желанію быть повернутъ на любой уголъ“.

Къ статьѣ не приложено никакихъ фотограммъ, по которымъ можно бы было судить объ успѣхахъ автора столь мало понятнаго прибора.

*Bagnérès*¹⁵⁾ (*Soc. des sciences de Nancy. 1889.* цит. по *Guinkoff'y*²²⁾) опубликовалъ въ Обществѣ Наукъ въ Нанси въ 1889 году свою работу о фотографіи глазного дна и представилъ фотографическіе снимки съ искусственнаго глаза *Perrin'a*, которые ему удалось получить при занятіи въ физиологической лабораторіи въ Нанси.

Авторъ помѣщаетъ противъ одного глаза призму такимъ образомъ, чтобы часть зрачка оставалась не закрытой. Черезъ призму въ глазъ направляются лучи газовой лампы при помощи двояковыпуклой чечевицы въ 6 діоптрій. Лучи, преломившись должнымъ образомъ, падаютъ на роговицу и проходятъ глубже въ глазъ, гдѣ и освѣщаютъ ретину. Обратный ходъ лучей—черезъ весь зрачекъ, и слѣдовательно, черезъ ту его часть, которая не закрыта призмой, такъ что изображеніе глазного дна частью минуетъ призму и попадаетъ въ фотографическую камеру черезъ объективъ, поставленный передъ наблюдаемымъ глазомъ въ разстояніи 45 центиметровъ.

Bagnérès, освѣщая глазъ искусственнымъ свѣтомъ, получалъ снимки, экспонируя искусственный глазъ *Perrin'a* въ теченіе 15 секундъ.

Получаемое изображеніе было прямое, размѣромъ 5 центиметровъ въ діаметрѣ.

Въ 1891 г. *Fick*¹⁶⁾ изъ Цюриха (*Congrès d'Heidelberg*, 1891 г. цит. по Guinkoff'у²²⁾ и Бекману²⁰⁾ на Гейдельбергскомъ конгрессѣ сообщилъ, что при офтальмоскопированіи можно избѣгать отраженій отъ роговой оболочки. Для этого стоитъ только роговую оболочку покрыть достаточнымъ слоемъ жидкости. Достигается это при помощи особо устроеннаго прибора. Именно, берется обыкновенная стеклянная пробирка и открытый конецъ ея отламывается на 4—5 миллим. высоты, края тщательно сглаживаются и выравниваются. Получается такимъ образомъ небольшой стеклянный цилиндръ съ двумя открытыми концами. Къ одному изъ концовъ припечатываютъ сургучемъ круглое покрывательное стеклышко и затѣмъ цилиндрикъ наполняютъ жидкостью, имѣющею приблизительно одинаковый коэффициентъ преломленія съ роговой оболочкой, послѣ чего цилиндрикъ прилаживаютъ къ роговицѣ глаза открытымъ концомъ. Глазъ вооружается, слѣдовательно, такъ называемыми контактъ - очками, при правильной установкѣ которыхъ можно добиться того, что отъ роговицы будетъ отражаться лишь весьма малое количество лучей и изображеніе глазного дна выиграетъ въ ясности и деталяхъ. Съ этимъ приборомъ легче снять карточку съ глазного дна, утверждаетъ *Fick*.

Fick кромѣ того добавляетъ, что выгоднѣе фотографировать прямое, а не обратное изображеніе глазного дна, потому что въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло только съ устраненіемъ рефлексовъ отъ роговой оболочки, тогда какъ при второмъ—мы пользуемся линзою, производящею въ свою очередь отраженіе лучей, и мы должны заботиться и объ устраненіи этихъ отраженій.

Отмѣчается *Fick*'омъ также и то, что фотохимическому процессу фотографированія глазного дна не благоприятствуетъ еще и то обстоятельство, что сѣтчатка посылаетъ на чувствительную пластинку мало дѣятельные красные лучи.

Въ томъ же 1891 году ассистентъ Геттингенской глазной клиники Gerloff ¹⁷⁾ въ своемъ трудѣ (*Ueber die Photographie des Augenhintergrundes. Klinische Monatsblätter. f. Augenheilkunde. 1891.*), дѣлая обзоръ предыдущихъ работъ по фотографіи глазного дна, категорически заявляетъ, что попытки прежнихъ авторовъ въ этомъ направленіи не увѣнчались успѣхомъ. Gerloff называетъ нами не указанного студента мед. Paelchen'а ¹⁸⁾ занимавшагося въ Бреславлѣ фотографіей мѣста входа зрительнаго нерва въ глазъ и опубликовавшаго свою работу въ одной изъ газетъ, гдѣ добавлено, что Paelchen получилъ снимки сътчатки.

Мы не знаемъ болѣе ничего о работѣ послѣдняго автора, а по свидѣтельству Gerloff'а фотограммы глазного дна, полученныя Paelchen'омъ, также неудовлетворительны.

Gerloff, пользуясь опытомъ прежнихъ авторовъ, старался избѣгнуть препятствій, встрѣчающихся при фотографированіи глазного дна и думаетъ, что это ему удалось. Gerloff прежде всего заботится объ устраненіи рефлексовъ, маскирующихъ снимки. Съ этой цѣлью онъ пользуется самъ и рекомендуетъ другимъ примѣненіе при фотографіи глазного дна водяной камеры, передняя стѣнка которой состоитъ изъ плоскаго параллельнаго стекла. Во время опыта приготовленную заранее камеру наполняютъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли и, приблизивъ къ орбитѣ, укрѣпляютъ при помощи резиновой тесьмы, охватывающей голову пациента.

Чтобы избѣжать подвижности головы, подбородокъ ставится на подпорку а зубы погружаются въ слегка подогрѣтый сургучъ. Погруженіе зубовъ въ сургучъ рекомендуется употреблять лишь въ моментъ самой съемки.

Gerloff особое вниманіе удѣляетъ выбору источника свѣта, такъ какъ приходится снимать очень маленькое изображеніе дна глаза, а снимки должны быть точны, ясны и отчетливы; слѣдовательно, говоритъ авторъ, необходимо пользоваться свѣтомъ значительной силы. Но должно имѣть въ виду при примѣненіи такого энергичнаго свѣта, что глазу

фотографируемаго, может случиться, будетъ причиненъ вредъ. Примѣняя водяную камеру, по словамъ Gerloff'a, не рискуемъ повредить зрѣніе, такъ какъ ею сильно понижается яркость цирконическаго свѣта, которымъ обыкновенно пользовался цитируемый авторъ. Химическая сила этого свѣта равняется 250 метръ-свѣчей. При испытаніяхъ оказалось, что глазъ, освѣщенный цирконовымъ свѣтомъ въ теченіе 10 минутъ, теряетъ свою обычную остроту зрѣнія, которая восстанавливается до нормы не ранѣе, какъ черезъ 2 часа.

Если Gerloff'у приходилось имѣть дѣло съ амауротическимъ глазомъ, то онъ пользовался магnezіальнымъ свѣтомъ, полученнымъ при помощи простой Neу'евской лампы. Химическая сила этого свѣта равняется 1600 метръ-свѣчей.

Наконецъ, если Gerloff фотографировалъ дно нормальнаго глаза, то примѣнялъ вспышку магнія. Несмотря на то, что химическая сила магніевой вспышки громадна, равняется 200 или 250 тысячамъ метръ - свѣчей, каждый нормальный глазъ можетъ выносить этотъ свѣтъ безъ всякаго вреда. Приведенныя цифры, добавляетъ авторъ, не имѣютъ абсолютнаго значенія, и поэтому очень важно опредѣлить на практикѣ, какой изъ источниковъ свѣта можетъ быть примѣненъ безъ вреда для зрѣнія.

Есть еще два свѣтовыхъ источника, которыми можно бы было пользоваться: это солнце и электричество—Вольтова дуга. Gerloff не имѣлъ возможности испробовать электрический свѣтъ при фотографіи; что же касается солнечнаго свѣта, то цитируемый авторъ опасается его примѣнить, какъ очень сильный и неудачно уже опробованный другими.

Gerloff употреблялъ старый объективъ Darlot съ короткимъ фокуснымъ разстояніемъ, при чемъ отмѣчаетъ, что съ другими объективами, можетъ быть, получатся лучшіе результаты.

Постановка опыта у Gerloff'a была такова: лѣвый глазъ, приготовленный для фотографированія, атропинизировался и кокаинизировался. Затѣмъ прикрѣплялась, какъ указано выше,

водяная ванна къ орбитѣ, а подбородокъ ставился на подставку. Свѣтовой источникъ помѣщался по лѣвую сторону отъ фотографируемаго и заслонялся отъ него ширмой. Рефлекторомъ служило вогнутое зеркало. Объективъ (слѣд. и фотографическая камера) помѣщался прямо и сзади противъ находящагося отверстія въ зеркалѣ. Отверстіе это имѣло 1 сантиметръ въ діаметрѣ и пропускало лучи на объективъ. На матовой пластинкѣ вырисовывалось ясное изображеніе тогда, когда папиля устанавливалась должнымъ образомъ. А достигалось это въ томъ случаѣ, если субъектъ смотрѣлъ правымъ глазомъ вдаль по опредѣленному направленію на заранѣе намѣченную точку. Голова еще крѣпче фиксировалась при погруженіи зубовъ въ подогрѣтый сургучъ и тогда производили съемку на чувствительную пластинку. При цирконовомъ свѣтѣ экспозиція продолжалась въ теченіе полминуты, при магnezіальной лампѣ Neу'a—четверть минуты и, наконецъ, нѣсколько мгновеній—при магnezіальной вспышкѣ. Для магnezіальной вспышки брали $\frac{1}{2}$ gr. Magnesiі и $\frac{1}{2}$ gr. Kalii chlorici.

Gerloff фотографировалъ изображеніе глазного дна прямое мнимое.

Приобрѣтѣя навыкъ при производствѣ этого опыта, должную установку Gerloff производилъ въ теченіе 1 или 2 минутъ.

Gerloff'у далеко не всегда приходилось получать снимки съ глазного дна: при магнѣевой вспышкѣ удавался одинъ изъ четырехъ, если же употреблялись другіе источники свѣта, то процентъ удачныхъ фотограммъ еще незначительнѣе. Что касается самыхъ изображеній, то Gerloff'у удалось получить снимки, на которыхъ папиля и нѣкоторые сосуды вышли ясно. Но вообще, при установкѣ камеры, обращаетъ вниманіе авторъ, папиля и сосуды на матовой пластинкѣ освѣщены слабо, а на карточкахъ ясность еще меньше.

Лучшихъ результатовъ Gerloff достигъ, употребляя „хромопластинки“ Gaedicke. Проявителями служили гидрохинонъ, эйконогенъ и пирогаллоль.

Авторъ опредѣляетъ, что если фотографировать по его способу, то на карточкѣ величина папиллы выходитъ, если глазъ эметропиченъ, въ три раза больше, чѣмъ въ дѣйствительности; при высокой гиперметропіи глаза величина изображенія будетъ еще значительнѣе, и самое большое изображеніе получается въ случаѣ афакіи.

Снявши фотографіи съ различныхъ частей одного и того же глаза, можно составить одну общую картину дна глаза.

Если желаютъ увеличить снимки еще болѣе, то слѣдуетъ переснять ихъ.

Такъ излагаетъ Gerloff свой способъ фотографіи глазного дна и прилагаетъ къ своей работѣ снимокъ глазного дна у человѣка, добавляя, что усилія къ дальнѣйшему усовершенствованію фотографіи глазного дна для практическихъ цѣлей офтальмологіи должны быть направлены на опредѣленіе яркости свѣта, безвредно переносимой фотографируемымъ глазомъ.

Съ большимъ интересомъ къ вопросу о фотографіи глазного дна отнесся проф. медицинской физики въ Нанси Guilloz¹⁹⁾ (*La photographie instantanée du fond de l'oeil humain. Arch. d'Ophthalmologie. T. 13. 1893.*). Онъ дѣлаетъ историческій обзоръ извѣстныхъ работъ по фотографіи глазного дна и работу Gerloff'a по техникѣ и достигнутымъ результатамъ ставитъ на первое мѣсто, а затѣмъ переходитъ къ выясненію тѣхъ условій, которыя должны быть выполнены, дабы дѣло фотографированія глазного дна примѣнить на практикѣ, т. е., чтобы офтальмологическая клиника и физиологическая лабораторія могли пользоваться для своихъ цѣлей фотографіями дна глаза. Вотъ эти условія:

- 1) Фотографировать глазное дно на наибольшемъ его протяженіи.

- 2) Не требовать отъ субъекта, сѣтчатку котораго желаютъ снять, полной неподвижности во взглядѣ.

3) Не примѣнять аппарата, фиксирующаго голову или глазъ.

4) Исключить вѣско-подъемцы и кювету съ жидкостью, (т. е. то, что Fick называетъ контактъ-очками).

5) Фотографированіе производить мгновенно, при чемъ свѣтъ не долженъ вызывать никакого разстройства зрѣнія и даже не понижать остроты зрѣнія.

6) Процессъ фотографированія долженъ совершаться быстро.

Чтобы выполнить начертанныя условія, Guilloz устроилъ особый аппаратъ, составными частями котораго служатъ лупа, лампа и фотографическая камера.

Лампа, предлагаемая Guilloz'омъ, очень остроумно устроена. Она представляетъ собою обыкновенную газовую лампу, у которой стекло замѣнено непрозрачной металлической трубкой съ вдѣланнымъ въ нее полымъ цилиндромъ, который укрѣпленъ такъ, что одинъ его конецъ приходится прямо противъ пламени лампы, а другой—противъ глаза, который желаютъ свѣтъ. Въ отверстіе цилиндра, ближе къ глазу, вставлена линза для преломленія лучей и собиранія ихъ въ фокусъ. Въ трубкѣ есть еще помѣщеніе для особаго прибора—пистолета.

Пистолетъ устраивается такъ, что въ моментъ сдавливанія груши, которою чувствительная пластинка фотографической камеры открывается для дѣйствія на нее свѣтовыхъ лучей, въ газовое пламя выбрасывается порошокъ съ магніемъ, который и загорается, давая пламя громадной яркости.

Фотографическая камера, которой пользовался Guilloz, также нѣсколько имъ видоизмѣнена. Она осложнена особымъ ящикомъ, помѣщеннымъ въ верхней половинѣ задней ея части, куда ставится чувствительная пластинка, закрываемая особымъ полированнымъ зеркаломъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что Guilloz пользуется для фотографированія глаза особыми приборами, которые необходимо крайне тщательно приготовить, чтобы обезпечить себѣ

успѣхъ, и приборы эти, служа единственно для цѣлей фотографированія глазного дна, отличаются сложностью.

Для магнизіальной вспышки Guilloz бралъ одну часть хлористаго калия и смѣшивалъ съ двумя частями магнія; авторъ отмѣчаетъ, что лучше самому приготовить указанную смѣсь, чѣмъ покупать уже приготовленную, такъ какъ послѣдняя слишкомъ быстро сгораетъ, не успѣвъ достигнуть центра пламени горѣлки. Чечевицу послѣ каждой магнизіальной вспышки необходимо чистить. Авторъ пользовался при своихъ опытахъ обыкновенными чувствительными пластинками, а объективъ выбиралъ или Zeiss'a или Hermagis'a; проявителемъ служилъ эйконогенъ, при чемъ при проявленіи Guilloz употреблялъ красный свѣтъ, отъ котораго находилъ нужнымъ защищать свѣточувствительную пластинку, пока проявленіе еще не начиналось.

Приступая къ фотографированію глаза, Guilloz предварительно расширялъ зрачекъ животнаго каплями, въ составъ которыхъ входилъ солянокислый кокаинъ (1:30). Капли эти, употребляемыя вначалѣ съ успѣхомъ, при повторныхъ опытахъ на томъ же глазу давали слабѣйшіе результаты, что побудило автора замѣнить это средство другимъ, состоящимъ изъ 1% раствора солянокислаго гоматропина, а впослѣдствіи примѣнилъ капли, представляющія изъ себя смѣсь двухъ предыдущихъ средствъ. Этими послѣдними каплями Guilloz очень доволенъ, такъ какъ отъ нихъ расширение зрачка быстро достигаетъ своей наибольшей величины и напряженія и при томъ зрачекъ послѣ нихъ возвращается къ нормѣ быстрѣе, чѣмъ послѣ другихъ средствъ. Цитируемый нами авторъ предупреждаетъ, что употреблять атропинъ и дубоизинъ только для цѣлей фотографіи не должно, такъ какъ они сильно дѣйствуютъ не только на глазъ, но и на весь организмъ.

Guilloz, расширивъ зрачекъ, закрѣпляетъ голову субъекта въ головодержатель офтальмометра Javal'a, и придавъ цѣлесообразный поворотъ головѣ, устанавливаетъ источникъ свѣта

такимъ образомъ, чтобы фокусъ лучей, прошедшихъ черезъ двояковыпуклую чечевицу, былъ направленъ на область зрачка. Послѣ этого необходимо легкими и ограниченными движеніями аппаратомъ съ лампой и луной добиться того, чтобы глазъ наблюдателя, находящагося сбоку и позади освѣщающей системы, увидѣлъ обратное изображеніе сосочка зрительнаго нерва. Небольшія измѣненія въ положеніи линзы даютъ возможность устранить свѣтотыя отраженія или отвести ихъ къ периферіи, чтобы они не затемняли соска. Разъ удалось установить глазъ такъ, что наблюдателю можно видѣть сосокъ, то слѣдуетъ только озаботиться сохраненіемъ принятаго направленія взгляда пациента и, подставивъ фотографическій аппаратъ, сдѣлать моментальный снимокъ.

Если бы желательно было измѣнить фотографируемое поле, то пациента приглашаютъ направить взглядъ соотвѣстнымъ образомъ.

Guilloz отмѣчаетъ, что при извѣстномъ навыкѣ и ловкости всѣ операціи при фотографированіи производятся быстро.

Полученные Guilloz'омъ снимки представляютъ дно глаза въ прямомъ видѣ, такъ какъ изображеніе было опрокинуто дважды: въ первый разъ посредствомъ двояковыпуклой чечевицы, поставленной между глазомъ и источникомъ свѣта, и во второй разъ объективомъ камеры-обскуры.

Авторъ, находя бесполезнымъ всякое закрѣпленіе головы и фотографируемаго глаза у пациента, предлагаетъ все-таки желающимъ механически укрѣпить глазъ, принявшій опредѣленное положеніе, такой простой способъ: слѣдуетъ удерживать свободный глазъ двумя пальцами, когда уже установленъ должнымъ образомъ фотографируемый глазъ, и тогда всякое движеніе фотографируемаго глаза ощущается пальцами по движеніямъ свободного, и такимъ путемъ можно избѣгнуть неудачи при фотографированіи.

О свѣтовыхъ отраженіяхъ, мѣшающихъ многимъ авторамъ достигнуть удовлетворительныхъ результатовъ, Guilloz говорить довольно подробно.

При офтальмоскопированіи получается отраженіе источника свѣта на обѣихъ поверхностяхъ двояковыпуклой чечевицы, черезъ которую большая часть лучей проходить, преломившись. Эти свѣтовые рефлексы главнымъ образомъ и мѣшаютъ изслѣдователямъ видѣть дно глаза съ желаемой ясностью. Устранить отмѣченные два рефлекса можно наклоненіемъ двояковыпуклой чечевицы, при чемъ оказывается, по изслѣдованію Guilloz, смѣщаются къ периферіи оба рефлекса, а неправильностей въ изображеніи сосудовъ глазного дна и измѣненія формы сосочка не происходитъ. Такимъ образомъ авторъ находитъ возможнымъ примѣнять, для отведенія рефлексовъ отъ линзы, наклоненіе ея.

Не такъ то легко справиться, говорить Guilloz, съ отраженіями отъ роговой оболочки, однако и здѣсь существенную помощь оказываетъ цѣлесообразное наклоненіе линзы.

Третій родъ рефлексовъ составляютъ тѣ отраженія, которыя получаютъ отъ самой сѣтчатой оболочки, образуя, такъ называемое, поле рефлексовъ подобно тому, какъ существуетъ поле изображенія. Необходимо установить объективъ такимъ образомъ, чтобы черезъ него проходили лишь лучи, дающіе изображеніе, и тогда поле рефлексовъ, оставшихся въ сторонѣ, не ослѣпить своими лучами изображенія; если же объективъ частью захватитъ поле рефлексовъ, то фотографическіе отпечатки по периферіи будутъ покрыты бѣлыми пятнами.

Что касается освѣщенія глазного дна, то Guilloz въ той же работѣ утверждаетъ, что магnezіальный свѣтъ совершенно безопасно можетъ быть примѣняемъ съ цѣлью фотографіи глазного дна, такъ какъ не беспокоитъ больного во время съемки и не оставляетъ никакихъ разстройствъ послѣ: „немедленно послѣ вспышки магнія фотографируемый совершенно свободно могъ читать книгу“. Результаты, которыхъ достигъ Guilloz при фотографированіи, заключались въ томъ, что имъ получены карточки двухъ нормальныхъ сѣтчатыхъ оболочекъ, одинъ снимокъ міопическаго глаза, пораженнаго sclero-choroïditis'омъ и четыре—съ глаза, пораженнаго

соловотой, при чемъ свою работу авторъ иллюстрируетъ четырьмя разнообразными снимками.

Къ 1896 году относится работа русскаго автора, описавшаго новый офтальмоскопъ-рефлекторъ, при помощи котораго авторъ хотѣлъ получить фотографію глазного дна. Авторомъ былъ А. Ф. Бекманъ²⁰⁾ (*Новый офтальмоскопъ-рефлекторъ. Диссертація. С. Петербургъ. 1896 г.*), который утверждаетъ, что до него никто еще не пробовалъ фотографировать обратное, воздушное, дѣйствительное изображеніе дна глаза, а всѣ опыты касались фотографіи прямого мнимаго изображенія.

Бекманъ приводитъ слѣдующіе доводы противъ фотографированія прямого изображенія дна глаза:

1) Фотографическій аппаратъ долженъ быть слишкомъ близко придвинутъ къ глазу больного, что неудобно само по себѣ и еще потому что между глазомъ и объективомъ должно помѣстить рефлекторъ.

2) На фотографической пластинкѣ ясно получается лишь незначительная часть дна глаза.

3) Опыты предшествовавшихъ изслѣдователей не увѣнчались сколько-нибудь удовлетворительными результатами.

Чтобы рѣшить намѣченную себѣ задачу, Бекманъ изготавилъ сложный приборъ, представляющій изъ себя комбинацію двухъ оптическихъ приборовъ. Именно, основной его аппаратъ состоитъ изъ окуляра и объектива, такъ сказать, представляющихъ собою особую систему вмѣстѣ съ плоскимъ зеркаломъ, поставленнымъ сзади окуляра на разстояніи главнаго его фокуса. Зеркало берется металлическое, съ отверстіемъ въ центрѣ, черезъ которое проходятъ лучи отъ источника свѣта, поставленнаго еще далѣе сзади. Лучи собираются въ фокусѣ въ центральномъ отверстіи при помощи особаго конденсатора, состоящаго изъ двухъ плосковыпуклыхъ чечевиць, обращенныхъ выпуклостями другъ къ другу и помѣщенныхъ между источникомъ свѣта (керосиновая лампа) и металлическимъ зеркаломъ. Металлическое плоское зеркало ста-

вится въ приборѣ наклонно—подъ угломъ въ 45° къ оптической оси системы. На это зеркало падаютъ лучи, прошедшіе отъ центрального отверстія черезъ всю систему и отраженные отъ глазного дна, т. е. составляющіе изображеніе, и падая на зеркало, наклоненное подъ угломъ въ 45° , отражаются подъ тѣмъ же угломъ и попадаютъ въ камеру-обскуру или на экранъ, смотря по тому, что подставлено изслѣдователемъ.

Бекманъ, построивши свой „основной“ аппаратъ, нѣсколько видоизмѣнилъ его и упростилъ, добиваясь замѣною чечевицъ вогнутыми зеркалами ослабить хроматическую абберрацію и вредные рефлексy. Однако упрощеннымъ аппаратомъ, говоритъ Бекманъ, искажается изображеніе глазного дна, почему авторъ самъ работалъ съ своимъ основнымъ аппаратомъ, который въ техническомъ отношеніи осуществлень былъ специалистомъ-фабрикантомъ.

Выводы, къ которымъ приходитъ Бекманъ, таковы:

1) Предлагаемый офтальмоскопъ-рефлекторъ даетъ возможность получить на экранѣ, такъ называемое, дѣйствительное изображеніе дна глаза.

2) Этимъ приборомъ можно устранить рефлексy отъ роговой оболочки, затрудняющіе полученіе хорошихъ фотографій дна глаза.

3) Онъ, вѣроятно, дастъ возможность:

а) видѣть дно глаза стереоскопически,
 б) опредѣлить объективно аномалію рефракціи изслѣдуемаго глаза и

с) фотографировать и другіе органы, глубже лежащіе, какъ напр., барабанную перепонку, голосовыя связки и пр.

Достигнуть устраненія рефлексy отъ роговой оболочки можно, по Бекману, сдвигая въ сторону лучи, отраженные роговицей, и падающіе на металлическое зеркало, а слѣдовательно, и на экранъ или камеру-обскуру, легкими движеніями объектива вокругъ горизонтальной или вертикальной оси подобно тому, какъ приходится поступать при изслѣдованіи

въ обратномъ видѣ, когда желаютъ избѣжать рефлекса отъ чечевицы.

Фотограммъ къ работѣ автора не приложено по той простой причинѣ, что никакихъ снимковъ получено не было, что видно изъ словъ Бекмана на одной изъ послѣднихъ страницъ его работы: „Если моимъ приборомъ удастся получить на экранѣ ясныя изображенія дна глаза, то я думаю“.... и т. д.

Въ томъ же 1896 г. мы встрѣчаемъ предварительное сообщеніе д-ра V. Guinkoff'a ²¹⁾ о новомъ способѣ фотографіи глазного дна (*Sur un procédé de photographie de la rétine. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*), а въ слѣдующемъ—1898 г. мы получили уже подробную, обстоятельную брошюру D-r'a V. Guinkoff'a ²²⁾ (*La photographie de la rétine. Montpellier. 1897.*), въ которой авторъ подробно описываетъ аппаратъ для фотографіи сѣтчатки и результаты, которыхъ ему удалось достигнуть.

Появленіе предварительнаго сообщенія д-ра Guinkoff'a вызвало замѣтку со стороны Th. Guilloz ²³⁾ (*Sur la photographie de la rétine. Comptes Rendus. 1896.*). Guilloz напоминаетъ о собственныхъ изслѣдованіяхъ, опубликованныхъ еще въ 1893 году и настаиваетъ на своемъ первенствѣ въ достиженіи удовлетворительныхъ результатовъ фотографіи сѣтчатки, цѣнныхъ и для клиники.

V. Guinkoff ²²⁾ въ своей большой работѣ съ самаго начала выставляетъ слѣдующія положенія, какія онъ преслѣдуетъ при фотографированіи сѣтчатки:

1) Для того, чтобы съ одной стороны поле наблюденія было по возможности больше, а съ другой—чтобы не быть вынужденнымъ употреблять слишкомъ сильный свѣтъ, требуется, чтобы фотографія сѣтчатой оболочки производилась съ прямого изображенія.

2) Фотографія съ прямого изображенія предпочтительна, такъ какъ въ такомъ случаѣ приходится избѣгать лишь отраженія лучей отъ роговой оболочки, тогда какъ при фотографіи съ обратнаго изображенія сѣтчатки необходимо еще

заботиться объ устраненіи рефлексовъ, полученныхъ вслѣдствіе примѣненія чечевицы.

3) Фотографія должна быть мгновенной или почти таковой, потому что глазъ, какъ очень чувствительный органъ къ свѣту, какъ бы слабъ свѣтъ ни былъ, не можетъ долго выносить его вліянія.

Изъ работы цитируемаго автора, дѣйствительно, видно, что онъ фотографируетъ прямое изображеніе дна глаза, для освѣщенія котораго пользуется солнечнымъ свѣтомъ. На процессъ фотографирования дна глаза на чувствительную пластинку употреблялось лишь около 2 секундъ.

Устраненія рефлексовъ отъ роговой оболочки авторъ добивается введеніемъ особой ширмы—*l'obstacle*—на пути прохожденія лучей, отраженныхъ отъ роговой оболочки и падающихъ на объективъ камеры-обскуры.

Чтобы получить возможность снять сѣтчатую оболочку въ прямомъ видѣ, Guinkoff къ объективу фотографическаго аппарата придѣлываетъ особую муфту, имѣющую видъ усѣченного конуса, широкимъ основаніемъ прикрѣпленнаго къ объективу. Узкое отверстіе конуса, обращенное къ глазу фотографируемаго, имѣетъ видъ овала, большій діаметръ котораго равенъ 10 миллим., а малый—7 миллим.; стѣнки конуса образуютъ съ оптической осью объектива уголъ приблизительно въ 45° . Сбоку передняго отверстія къ конусу приклеивается бѣлая бумага, пропитанная какимъ-либо масломъ, чтобы сообщить ей прозрачность.

Бумажка эта, имѣющая въ поперечникѣ только 2 миллиметра, помѣщается параллельно плоскости отверстія конуса, отъ которой она находится въ разстояніи 1 или 2 миллиметровъ. У самаго же края отверстія помѣщается *„obstacle“*, который имѣетъ въ ширину 1,5 а въ длину 5 миллиметровъ и расположенъ перпендикулярно къ плоскости отверстія конуса и впереди прозрачной пластинки (промасленной бумаги).

Всѣ перечисленные предметы—конусъ, прозрачная пластинка, *„obstacle“*—заключаются еще въ особый футляръ, кото-

рый тѣсно приставляется къ орбитѣ того глаза, какой желательно фотографировать. Такимъ образомъ весь приборъ изолируется отъ окружающаго свѣта.

Чтобы сдѣлать просвѣчивающую пластинку источникомъ свѣта, достаточно освѣщающимъ глазное дно, Guinkoff такъ направляетъ на нее лучи солнечнаго свѣта, отраженные плоскимъ зеркаломъ и сконцентрированные двояковыпуклой чечевицей, что лучи собирались на пластинкѣ, какъ въ фокусѣ. Зеркало и линза расположены подъ угломъ въ 45° къ оси аппарата. Просвѣчивающая пластинка съ того момента, какъ ее освѣтили (вѣроятно, черезъ сдѣланное въ футлярѣ отверстіе), пріобрѣтаетъ сама свойства свѣтящагося предмета и посылаетъ лучи отъ себя во всѣ стороны и, между прочимъ, въ глазъ, подставленный почти вплотную къ конусу; тогда слѣдуетъ дѣлать рядъ движеній матовымъ стекломъ, приближая или удаляя его отъ объектива, и такимъ образомъ отыскивается для матоваго стекла положеніе, при которомъ отчетливо видно изображеніе глазного дна. Замѣнивъ матовое стекло чувствительной пластинкой, можно фотографировать съѣтчатку.

Зрачекъ фотографируемаго глаза расширяется дубоизинномъ, который входитъ въ составъ глазныхъ капель, употребляемыхъ обычно Guinkoff'омъ для этой цѣли:

Сѣрнокислаго дубоизина . . .	0,05.
Солянокислаго кокаина. . . .	0,2.
Воды.	10,0.

Назначеніе кокаина въ предлагаемыхъ капляхъ—обезболить роговую оболочку, чтобы такимъ образомъ устранить ея движенія вслѣдствіе раздраженій.

Guinkoff избѣгаетъ примѣнять атропинъ для цѣлей фотографіи, находя, что отъ этого средства расширеніе зрачка держится недолго.

Для фотографіи Guinkoff пользовался обыкновенными чувствительными пластинками.

Установку аппарата, по совѣту Guinkoff'a, должно производить не при солнечномъ свѣтѣ, потому что онъ сильно беспокоитъ глазъ пациента; но разъ установка произведена, то должно позаботиться фотографировать возможно быстрее, пользуясь солнечнымъ свѣтомъ, иначе солнце уйдетъ и на просвѣчивающей пластинкѣ не будетъ лучей.

При помощи своего аппарата Guinkoff'у удалось получить 4 фотограммы человѣческаго нормальнаго глаза. Авторъ говоритъ, что ничего нельзя возразить противъ снимковъ, такъ они хороши, чисты, ясны и не затемнены никакими посторонними рефlekсами, давая отчетливое изображеніе соска и сосудовъ сѣтчатки.

Въ заключеніи Guinkoff утверждаетъ, что всякій глазъ можетъ быть фотографированъ его аппаратомъ, лишь бы только глазные среды были бы прозрачны, а зрачекъ могъ бы быть расширенъ при помощи мидріатическихъ средствъ.

Вотъ по возможности все, что мы встрѣтили въ доступной намъ литературѣ по вопросу, который интересуетъ насъ и которымъ мы занимались въ теченіе четырехъ послѣднихъ лѣтъ.

Мы должны прибавить къ этому литературному очерку и свое краткое предварительное сообщеніе о нашихъ занятіяхъ фотографіей глазного дна въ Казанской фармакологической лабораторіи. (*D-r W. Nikolaew* ²⁴) und *Prof. J. Dogiel* ²⁵)—*Die Photographie der Retina. Arch. f. die ges. Physiologie. Bd. 80*). Нашу статью мы иллюстрировали двумя фотографическими карточками дна глаза кошки. Подробнѣе объ этихъ фотограммахъ будетъ рѣчь ниже.

Теперь подведемъ итоги тому, что до сихъ поръ сдѣлано по вопросу о фотографированіи глазного дна.

Возможность фотографировать глазное дно доказана цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, изъ которыхъ первенство въ

этомъ отношеніи принадлежитъ проф. Noyes'у²⁾ и Sinclair'у³⁾, пытавшимся фотографировать сѣтчатку еще въ 1862 г.

Фотографировали глазное дно какъ въ прямомъ видѣ, такъ и въ обратномъ. Большинство изслѣдователей (Dor⁸⁾, Gerloff¹⁷⁾, Guinkoff²²⁾ снимали или старались снять сѣтчатку въ прямомъ видѣ; Roserbrugh⁴⁾ еще въ 1862 г., а послѣ него Panel¹⁰⁾ и Guilloz¹⁹⁾ впервые фотографировали сѣтчатку въ обратномъ видѣ, такъ что Бекманъ²⁰⁾, лишь только теоретически доказавшій возможность фотографировать изображеніе глазного дна въ обратномъ видѣ, совершенно неправильно утверждаетъ, что онъ — Бекманъ — изъ всѣхъ первый пришелъ къ мысли снять обратное, дѣйствительное, воздушное изображеніе дна освѣщеннаго глаза. Roserbrugh и Guilloz сняли дѣйствительное, а не мнимое, изображеніе сѣтчатки, но на фотограммѣ они имѣли, правда, прямое изображеніе, потому что оно было дважды перевернуто: одинъ разъ линзой и второй разъ объективомъ камеры-обскуры.

Что касается самыхъ фотограммъ глазного дна, то въ сочиненіяхъ, какими мы располагаемъ, только у двухъ авторовъ встрѣчаемъ карточки съ глазного дна, у остальныхъ изслѣдователей такихъ карточекъ нѣтъ въ ихъ работахъ: одни авторы пишутъ, что карточекъ къ печатнымъ статьямъ не прикладываютъ, но что фотограммы ими получены, и очень хорошія, и показаны онѣ на офтальмологическихъ конгрессахъ; другіе же изслѣдователи, занимаясь вопросомъ о фотографированіи глазного дна по существу, сами все-таки фотограммъ не получили.

Иллюстрируемыя въ сочиненіяхъ карточки, числомъ пять, принадлежатъ Gerloff'у — одна и Guilloz — четыре.

Если мы рассмотримъ приложенную фотограмму глазного дна, представленную Gerloff'омъ, то мы должны признать ее неудовлетворительной: изображеніе очень мало, сосуды едва видны; замѣтно, что глазное дно при полученіи снимка очень слабо освѣщалось и вся карточка поэтому отличается монотонностью.

Снимки prof. Guilloz, болѣе значительные по величинѣ, чѣмъ у Gerloff'a, представляютъ сосуды въ большемъ размѣрѣ, но, къ сожалѣнію, ни одного сосуда нельзя прослѣдить цѣликомъ отъ начала до конца, на всемъ его протяженіи по сѣтчаткѣ: масса бѣлыхъ пятенъ (свѣтовыхъ рефлексовъ) отпечаталась по всему полю каждой карточки и они прерываютъ въ очень многихъ мѣстахъ ходъ сосудовъ, такъ что можно увидѣть лишь кое-гдѣ изображеніе глазного дна съ проходящимъ здѣсь отрѣзкомъ сосуда. Лучшимъ изъ всѣхъ снимковъ долженъ быть признанъ тотъ, который представляетъ видъ дна праваго нормальнаго глаза. Вообще же, всѣ фотogramмы въ работѣ Guilloz, этого очень опытнаго и много занимавшагося изслѣдователя, неудовлетворительны, такъ что читатель можетъ узнавать, что желаетъ представить авторъ работы, лишь по тѣмъ подписямъ, которыя сдѣланы подъ каждой фотogramмой; также приблизительно отзывается и д-ръ Guinkoff о фотogramмахъ, полученныхъ Guilloz: „никто никогда не могъ по представленнымъ карточкамъ поставить діагнозъ“.

Если такъ неудачны фотogramмы, представленныя на судъ читателя, то позволительно думать, что снимки у остальныхъ изслѣдователей, у кого они есть, не лучше, если не хуже.

При работахъ надъ вопросомъ о фотографированіи сѣтчатки, почти каждый изслѣдователь придумывалъ новый аппаратъ, служившій для полученія изображенія глазного дна или въ прямомъ или въ обратномъ видѣ, и такимъ путемъ увеличивалось и безъ того значительное число офтальмоскоповъ; или авторы измѣняли и особымъ образомъ приспособливали фотографическую камеру и комбинировали ее съ офтальмоскопическимъ зеркаломъ, но новыя аппараты въ этихъ случаяхъ отличались по большей части незаконченностью, несовершеннымъ устройствомъ и въ большинствѣ не удовлетворяли даже самихъ изобрѣтателей.

Руководящая мысль для изобрѣтенія этихъ новыхъ приборовъ для фотографіи сѣтчатки была дана еще въ 1851 г., т. е. со времени открытія офтальмоскопа: освѣтить глазное дно, получить его изображеніе, и потомъ фотографировать.

Совершенно точно и съ соблюденіемъ закона сопряженныхъ фокусовъ, эта идея была выполнена Dog'омъ ⁸⁾, Gerloff'омъ ¹⁷⁾, комбинировавшими офтальмоскопическое зеркало съ фотографической камерой для полученія фотографій съ мнимаго изображенія дна глаза.

Идея получить дѣйствительное изображеніе сѣтчатки и фотографировать его также проводилась (Roserbrugh ⁴⁾, Guilloz ¹⁹⁾, но этихъ авторовъ постигла неудача изъ-за несовершенства устроенныхъ ими аппаратовъ или изъ-за неправильной постановки приборовъ, вслѣдствіе чего нѣсколько нарушался основной законъ офтальмоскопіи; такъ напр., было у Guilloz, хотѣвшаго имѣть изображеніе глазного дна для фотографированія не строго на пути хода лучей отъ источника свѣта къ глазу, а нѣсколько сбоку. Видимо, идея сочетанія большого офтальмоскопа, употребляемаго для полученія дѣйствительнаго изображенія сѣтчатки, и фотографической камеры была на очереди къ осуществленію, и уже Guinkoff ²²⁾ былъ очень близокъ къ идеи этой комбинаціи, когда онъ отрицалъ возможность такого способа фотографированія сѣтчатки, но разумѣется, отъ осуществленія этой идеи онъ былъ далекъ.

Изобрѣтатели новыхъ приборовъ для фотографіи сѣтчатки также еще преслѣдовали цѣль дать болѣе совершенный способъ освѣщенія глазного дна, устранить такъ сильно мѣшающіе свѣтовые рефлексy, избѣжать подвижности глаза. О такихъ попыткахъ изслѣдователей уже упоминалось въ литературномъ очеркѣ, но мы еще скажемъ нѣсколько словъ объ этомъ же, когда будемъ разбирать техническую сторону постановки нашихъ опытовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Случай послѣоперационнаго душевнаго заболѣванія.¹⁾

К. Х. Орлова.

Въ текущемъ академическомъ году въ Глазной Клиникѣ Казанскаго Университета намъ пришлось наблюдать случай душевнаго разстройства, развившагося при условіяхъ, представляющихъ извѣстнаго рода интересъ для гг. членовъ Общества невропатологовъ и психіатровъ съ точки зрѣнія этиологіи страданія, вслѣдствіе чего я и рѣшился сдѣлать Обществу свое сообщеніе.

Дѣло касается больной А. З. Г. крестьянки Казан. губ. и уѣзда, поступившей въ клинику 11 ноября прошлаго года съ явленіями катаракты на обоихъ глазахъ и маленькаго бѣльма на правомъ глазѣ (*Catarata os. utr. et macula cogn. dex.*). Больная—татарка, 35 л., но кажется старше своего возраста, замужемъ и имѣетъ одного ребенка; роста средняго, питанія нѣсколько ослабленнаго. Тѣлосложенія правильнаго, за исключеніемъ лица, которое рѣзко асимметрично,—правая его половина меньше лѣвой; твердое небо высокое, узкое и соотвѣтственно лицу асимметрично. Правое предплечіе изогнуто, вслѣдствіе бывшаго въ раннемъ дѣтствѣ и не пра-

¹⁾ Доложено въ засѣданіи 0-ва невропатологовъ и психіатровъ при Каз. Унив. 29 Апрѣля 1901 г.

вильно сросшася перелома костей его. Больная плохо говорит по-русски, но черезъ переводчицу сообщила, что родители ея люди здоровые, сама же она не злоупотребляла спиртными напитками и не имѣла сифилиса. Зрѣніе ея при изслѣдованіи оказалось равно лишь качественному свѣтоощущенію.

12-го ноября была произведена операція извлеченія хрусталика на лѣвомъ глазѣ. Повязка наложена на оба глаза. День и ночь послѣ операціи больная провела спокойно.

13-го. Вечеромъ начала нѣсколько волноваться, немного плакала, но причины своихъ слезъ не объяснила. Ночь на 14-ое провела спокойно.

14-го. Вечеромъ сильно беспокоится, громко плачетъ и грубо разговариваетъ съ кѣмъ-то. На вопросы отвѣчаетъ не охотно, отвѣты же даетъ странные. При настойчивой просьбѣ объяснить причину слезъ сначала увѣряла, что она вовсе не плачетъ и выражала удивленіе откуда могли мы узнать о ея плачѣ, но затѣмъ объяснила, что ей нельзя сказать о причинѣ слезъ, такъ какъ, если она скажетъ, то очень достанется или ей самой или же ея отцу. Больной данъ морфіей 0,01. Ночь на 15-ое провела очень не спокойно и сорвала повязку, которая была снова наложена.

15-го. Днемъ спокойнѣе, но на вопросы о причинѣ ея вчерашняго беспокойнаго поведенія не отвѣчаетъ. Послѣ настойчивыхъ вопросовъ она наконецъ сказала, что причиной ея беспокойнаго поведенія является то, что она положена въ клинику, а здѣсь не клиника, а больница. Объясненія этой фразы отъ нея получить не удалось. Къ вечеру опять появилось сильное беспокойство. Больная кричитъ, бранится, отмахивается отъ кого-то руками, пытается сорвать повязку и встать съ кровати. На вопросы отвѣчаетъ бранью. Данъ морфіей 0,01 въ 6 и 10 часовъ вечера. Ночью на 16-ое сорвала повязку два раза. Встала съ кровати и пыталась уйти. Къ утру немного успокоилась.

16-го. Утромъ въ 9 час. морфіей 0,01. Съ 11 час. утра опять всѣ явленія усилились. Больная все время пытается

встать съ кровати и уйти. Кричитъ, ругается, дерется, старается снять повязку, что ей и удалось, послѣ чего у ней былъ забинтованъ только оперированный глазъ. Подъ кожу выпрыснуть морфій. Въ виду значительнаго безпокойства больной было рѣшено отправить ее въ земскую больницу, откуда больную какъ крестьянку Казанск. губ., должны были препроводить въ Окружную психіатрическую лечебницу. Всѣ припадки начали съ 2-хъ часовъ дня постепенно стихать и въ 5 час. вечера, когда больную повезли въ земскую больницу, она была спокойна. Въ больницѣ она вела себя довольно тихо, но только всю ночь разговаривала и отмахивалась руками отъ кого-то.

Благодаря ея безпокойному поведенію внутренній уголъ операціонной раны немного разошелся, въ немъ появилась радужная оболочка, и глазъ покраснѣлъ. Въ виду этого 17-го *утромъ* она была взята обратно въ клинику.

Въ конъюнктивальный мѣшокъ положенъ сухой атропинъ. Больная ведетъ себя спокойно. Вечеромъ временами плачетъ и волнуется, но быстро перестаетъ и успокаивается, когда ее уговариваютъ. Ночь на 18-ое провела довольно хорошо.

18-го. Повязка снята и съ лѣваго глаза, такъ какъ больная при перевязкѣ не позволила забинтовать его. Рана закрыта, iris не выпячивается. На вопросъ, видитъ ли, отвѣчаетъ, что видитъ хорошо и даже указала на ординатора, стоявшаго отъ нея метра на 1,5, что онъ въ очкахъ. Больной надѣты темные очки. Вечеромъ немного взволнована, начала плакать, но при приходѣ врача успокоилась и легла спать. Ночь на 19-ое провела совершенно спокойно.

19-го. Спокойна. Охотно отвѣчаетъ на вопросы. Своему предыдущему поведенію даетъ такое объясненіе. Послѣ операціи ее куда-тонесли и по ея мнѣнію очень далеко (кровать больной послѣ операціи была отодвинута отъ окна къ стѣнѣ). Вскорѣ затѣмъ, сообщаетъ больная, пришла какая-то старуха, которая сѣла сначала подъ кровать, а затѣмъ у из-

головья и стала всячески ругать и издѣваться надъ больной. Больная плакала и хотѣла прогнать старуху, но не могла. Эта же старуха сказала больной, что ее перевели изъ клиники въ больницу и что здѣсь ее уморятъ, при чемъ предупредила больную, чтобы она, подѣ страхомъ жестокой мести ей самой или ея отцу, не смѣла ничего говорить объ этомъ никому изъ окружающихъ. Въ одну изъ ночей старуха хотѣла задушить больную и навалилась на нея, а затѣмъ когда ей этого сдѣлать не удалось, то стала увѣрять больную, что это приходилъ докторъ, который хотѣлъ изнасиловать ее. Старуха не давала ей покоя и при томъ была крайнѣ страшна и уродлива. „И вчера, говоритъ больная, приходила вечеромъ эта старуха, но когда пришла фельдшерица, то старуха исчезла“. На вопросъ, считаетъ ли она старуху дѣйствительностью или же ей это такъ казалось, говорить, что хорошо и сама этого не знаетъ, но вѣрише, что это ей только казалось. Вечеромъ была немного печальна и взволнована.

20-го, 21-го и 22-го днемъ спокойна. По вечерамъ беспокоится, что ночью опять придетъ старуха. Временами и днемъ ведетъ себя не совсѣмъ нормально: сидитъ и смотритъ въ одну точку, на вопросы въ это время не отвѣчаетъ. Но такое состояніе длится не больше $\frac{1}{4}$ часа и когда проходитъ, то больная говоритъ, что ей казалось будто сейчасъ опять придетъ эта старуха.

23-го. Весь день спокойна.

24-го. При изслѣдованіи зрѣнія отказалась отвѣчать на вопросы, такъ что опредѣлить точно остроту его и №№ стеколъ не удалось. Но зрѣніе должно быть довольно хорошее, ибо больная свободно ходитъ одна безъ провожатой по корридору и палатѣ.

25-го. Больная выписалась изъ клиники. Температура все время была нормальна.

Отецъ больной, явившись за ней, былъ очень удивленъ, узнавъ о ея поведеніи, и говорилъ, что ничего подобнаго съ ней никогда не бывало.

Изъ только что сообщеннаго видно, что у А. З. Г., долѣ не представлявшей, повидимому, никакихъ признаковъ душевнаго расстройства развился психозъ, который достигъ своего аспе 16 ноября, послѣ чего сталъ постепенно проходить.

Въ данномъ случаѣ насъ болѣе всего интересуетъ этиологія заболѣванія, которую и постараемся выяснить.

Въ офтальмологіи давно уже извѣстно, что атропинъ при его мѣстномъ примѣненіи въ качествѣ глазныхъ капель производитъ иногда общее дѣйствіе на организмъ, проявляющееся въ видѣ припадковъ похожихъ на бывшіе у описываемой больной. Но при этомъ кромѣ психическихъ расстройствъ наблюдаются измѣненія и въ чисто соматической сферѣ въ видѣ сухости рта и языка, который становится похожій на щетку, сухости кожи, учащенія пульса и пр.

У нашей же больной никакихъ соматическихъ расстройствъ подобныхъ только что описаннымъ не наблюдалось. Кромѣ того, если бы въ данномъ случаѣ причиной психическаго расстройства былъ атропинъ, то слѣдовало бы ожидать обостренія всѣхъ припадковъ послѣ 17-го ноября, когда ей въ конъюнктивальный мѣшокъ былъ положенъ сухой атропинъ; въ нашемъ же случаѣ не только не послѣдовало обостренія, но наоборотъ съ 16-го ноября наблюдалось постепенное улучшение, не смотря на то, что до самаго выхода больной изъ клиники ей ежедневно утромъ и вечеромъ впускали въ конъюнктивальный мѣшокъ капли атропина.

Слѣдовательно, появленіе всѣхъ вышеописанныхъ расстройствъ въ психической сферѣ у нашей больной ни въ коемъ случаѣ не можетъ быть приписано дѣйствію атропина.

Если теперь обратить вниманіе на время появленія душевнаго расстройства, которое начало проявляться вскорѣ послѣ наложенія повязки на глаза и стало ослабѣвать послѣ того, какъ былъ развязанъ одинъ глазъ и пошло къ убыли еще быстрѣе послѣ того, какъ была снята повязка и со второго глаза, то будетъ вполне справедливымъ заключить, что ми-

шеніе свѣта является въ данномъ случаѣ далеко не безразличнымъ.

Что касается литературы по данному вопросу, то, какъ извѣстно,—*Dupuytren* ¹⁾ первый описалъ одинъ случай психоза послѣ кератоникса.

Затѣмъ *Sichel* ²⁾ описываетъ 8 случаевъ, какъ онъ называетъ, *delirium*'а у старыхъ людей послѣ *extracti*'и *cataract*'ы. Онъ болѣе подробно описываетъ картину болѣзни, чѣмъ *Dupuytren* и въ противоположность послѣднему полагаетъ, что это заболѣваніе нельзя смѣшивать съ *delirium tremens potatorum*, ибо оно наблюдалось и у лицъ совершенно не употреблявшихъ спиртныхъ напитковъ. „Больные, говоритъ *Sichel*, не знаютъ гдѣ находятся, что съ ними, *Ils sont ainsi dire dépoysés*. Они хотятъ встать съ кровати и уйти. Слова ихъ не связаны, они плачутъ, срываютъ повязку, кричатъ и угрожаютъ окружающимъ“. Всѣ эти явленія обыкновенно обостряются къ вечеру. *Sichel* не разу не наблюдалъ такого осложненія операціи у субъектовъ моложе 60 лѣтъ, при чемъ это разстройство быстро проходило послѣ снятія повязки, которую онъ и считаетъ причиною.

Zechender ³⁾ описываетъ два случая душевнаго разстройства послѣ операціи извлеченія катаракты, наблюдавшіеся имъ въ клиникѣ проф. Егера.

Lanne ⁴⁾ описываетъ также два случая, которые, говоритъ онъ, совершенно схожи съ случаями *Sichel*'я.

Magne ⁵⁾, описавшій нѣсколько случаевъ, въ противоположность *Sichel*'ю, объясняетъ появленіе душевнаго разстройства послѣ *extracti*'и *cataract*'ы скудной діетой.

Artl ⁶⁾, описывая осложненія операцій катаракты, говоритъ: „помимо *delirium potatorum*, у тощихъ и большею частью очень ослабѣвшихъ и непременно у очень боязливыхъ старыхъ людей въ первые дни послѣ операцій наступаютъ сильныя душевныя возбужденія“.

Schmidt-Rimpler'у ⁷⁾ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ психическаго разстройства не только у оперированныхъ

по поводу катаракты больных, но и у субъектов помѣщенныхъ благодаря болѣзни глазъ въ темную комнату. Онъ описываетъ два такихъ случая. Одинъ у женщины съ irit'омъ, другой у мужчины съ iridochoroidit'омъ. Картина болѣзни у этихъ послѣднихъ ничѣмъ не отличалась отъ таковой же у оперированныхъ больныхъ. На основаніи своихъ наблюденій Schmidt-Rimpler категорически высказывается, что во всѣхъ его случаяхъ причиной душевнаго разстройства было внезапное лишеніе свѣта, т. е. наложеніе на оба глаза повязки или помѣщеніе плохо видящаго субъекта въ темную комнату.

„Это внезапное и продолжительное прекращеніе обычнаго зрѣнія, отсутствіе обычнаго свѣтового раздраженія, исключеніе столь важнаго для всѣхъ душевныхъ процессовъ зрительнаго акта влечетъ за собою у извѣстныхъ индивидуумовъ появленіе галлюцинацій и часто присоединяющихся къ нимъ бредовъ“.

Schmidt-Rimpler находитъ здѣсь аналогіи съ опытами Langendorff'a надъ ослѣпленными лягушками.

На основаніи этихъ опытовъ можно думать, что „органы чувствъ, такъ сказать, регулируютъ и задерживаютъ возникающіе и совершающіеся въ головномъ мозгу психическіе процессы. Они поддерживаютъ умъ бодрымъ и свѣтлымъ“.

Опыты Langendorff'a позволяютъ намъ думать, что главная роль въ этомъ отношеніи принадлежитъ органу зрѣнія.

Kraepelin ⁸⁾ въ числѣ этиологическихъ моментовъ, вызывающихъ душевныя заболѣванія отмѣчаетъ операціи катаракты и помѣщеніе въ темную комнату, считая, что „исключеніе обычнаго чувственнаго раздраженія (лишеніе свѣта) содѣйствуетъ повидимому появленію обмановъ чувствъ“.

Frankl-Hochwart ⁹⁾ на основаніи своего матеріала дѣлитъ психозы послѣ глазныхъ операцій, сопровождаемыхъ наложеніемъ повязки на оба глаза, на 4 группы.

- 1) Галлюцинаторное помѣшательство у не алкоголиковъ.
- 2) Простая спутанность у старыхъ людей.
- 3) Бредъ у алкоголиковъ.

4) Спутанность вслѣдствіе маразма у очень истощенныхъ больныхъ.

Первая группа наблюдается у лицъ въ возрастѣ отъ 30 до 90 лѣтъ.

Какъ обычное правило заболѣваніе начинается въ первые дни послѣ операціи.

Нельзя обойти молчаніемъ и тѣ случаи, когда возстановленіе зрѣнія у душевно-больныхъ крайне благотворно вліяло на ихъ заболѣваніе.

Clouston ¹⁰⁾ описываетъ случай, гдѣ послѣ развитія катаракты появилось душевное заболѣваніе съ склонностью къ самоубійству. Послѣ операціи извлеченія катаракты душевная болѣзнь почти прошла.

Dr. Walsh ¹¹⁾ описываетъ случай, когда послѣ производства операціи извлеченія катаракты у хроническаго душевно-больнаго наступило настолько значительное улучшеніе, что его выписали изъ лѣчебницы какъ здороваго.

Изъ только что приведенныхъ литературныхъ данныхъ можно вывести заключеніе, что большинство авторовъ считаютъ причиной душевнаго заболѣванія, возникающаго послѣ операціи катаракты, наложеніе повязки, уничтожающей привычное свѣтовое раздраженіе. Однако тѣже авторы отмѣчаютъ, что данное психическое расстройство наблюдается преимущественно у старыхъ субъектовъ, у алкоголиковъ и у слабыхъ въ физическомъ или психическомъ отношеніи, т. е. что для возникновенія ихъ нужна нѣкоторая предварительная психическая неустойчивость.

Такимъ образомъ, не отрицая того значенія, которое имѣетъ и лишеніе свѣта въ происхожденіи послѣопераціонныхъ заболѣваній, должно признать этотъ факторъ не исключительнымъ этиологическимъ моментомъ, а лишь только однимъ изъ поводовъ, относя его къ группѣ причинъ, вызывающихъ заболѣваніе уже на почвѣ подготовленной. Въ нашемъ случаѣ имѣется предрасполагающая причина для возникновенія душевнаго заболѣванія, ибо больная обладаетъ физическими при-

знаками дегенерации и не отличается хорошим питанием. Какъ причиной, производящей душевное заболѣваніе, у нашей больной должно быть признано лишеніе свѣта, но тѣмъ не менѣе мы не можемъ исключить самого оперативнаго вмѣшательства и сопряженнаго съ нимъ душевнаго волненія. Авторы, отмѣчая непривычное лишеніе свѣта, какъ причину психооперационнаго заболѣванія, должны считаться и съ самой операцией и особенно съ сопряженными съ ней душевными волненіями, которыя являются для больного такъ же непривычными раздраженіями, какъ и лишеніе свѣта. Но лишеніе свѣта можетъ играть особенно большую роль, опредѣляя клиническую картину заболѣванія съ преобладаніемъ зрительныхъ галлюцинацій и съ склонностью къ систематизированному бреду преслѣдованія подобно тому, какъ это случается при лишеніи привычныхъ слуховыхъ раздраженій у арестантовъ, находящихся въ одиночномъ заключеніи. И въ нашемъ случаѣ мы отмѣчаемъ характерныя черты заболѣванія, поводомъ къ которому было лишеніе свѣта, такъ какъ у больной безусловно существуютъ идеи преслѣдованія, правда не достаточно строго систематизированныя, и замѣчается нѣкоторое преобладаніе зрительныхъ галлюцинацій устрашающаго характера. Помимо всего этого слѣдуетъ отмѣтить и ясную склонность къ улучшенію душевнаго состоянія по мѣрѣ того, какъ развязывались сначала одинъ, а затѣмъ другой глазъ, несмотря на то, что въ моментъ снятія повязки съ одного глаза состояніе оперированнаго было настолько неудовлетворительно, что снятіе повязки съ здороваго глаза было противопоказано.

Если принять классификацію Frank-Hochwart'a, то мы должны отнести данный случай къ 1-й группѣ въ силу молодого возраста больной и отсутствія въ анамнезѣ употребленія спиртныхъ напитковъ; по клинической же картинѣ данное заболѣваніе можетъ быть отнесено къ категоріи *paranoia acuta*.

Къ сожалѣнію больная послѣ выхода изъ клиники не являлась, но во всякомъ случаѣ надо думать, что всѣ разстройства въ ея психическомъ состояніи прошли, такъ какъ обыкновенно психозы подобнаго рода не даютъ переходовъ во вторичное слабоуміе.

Л и т е р а т у р а.

- 1 Dupuytren. Clinique Chirurgical. 1832. I. 55.
- 2 Sichel. Annal d'Oculistique. 1863. XLVX. 184.
- 3 Zehender. Klin. Monatsbl. Angenheilk. 1863.
- 4 Lanne. Gazette des Hopitaux. 1863. № 57.
- 5 Magne. Bull. de Pherap. 1863.
- 6 Arlt. Handbuch der gesammt Augenheilk. 1874, III, 309.
- 7 Schmidt-Rimpler. Archiv f. Psychiatr. und Nervenkrank. 1879, IX. 233.
- 8 Kraepelin. Psychiatrie. Eih Kurzes Lehrbuch f. Studirende und Aerzte. Русскій переводъ, 1891.
- 9 Frankl-Hochwart.—Jahresber. f. psychiatrie. 1889, IX.
- 10 Klouston. Клиническія лекціи по психіатріи. Перев. съ англ., 1885.
- 11 Walsh. The journ. of mental scienc. 1900.



О такъ называемомъ „возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва“¹⁾.

(Paralysis n. oculomotorii recidiva)²⁾.

Д-ра М. М. Меринга.

I.

Не смотря на то, что съ момента перваго описанія возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва прошло уже 40 лѣтъ³⁾, болѣзнь эта далеко еще не можетъ считаться изученною.

Причину этого обстоятельства слѣдуетъ считать, какъ рѣдкость вообще наблюденій надъ нею,—препятствующую нашему ознакомленію съ ея этиологіей и, даже, съ ея клинической картиной,—такъ и, въ особенности, уже крайнюю

¹⁾ Докладъ, читанный въ VI-мъ научномъ собраніи общества врачей при Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней, 26-го Апрѣля 1900 г.

²⁾ Другія названія болѣзни: *Nevralgie et paralysie oculaire à retour périodique. Migraine accompagnée. Ophthalmoplégie périodique. Migraine ophthalmoplégique. Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Recidivirende Oculomotoriuslähmung. Periodische Oculomotoriuslähmung. Chronisch recidivirende Oculomotoriuslähmung. Anfallsweise auftretende Form der Oculomotoriuslähmung*

³⁾ Gubler. «Paralysie de la troisième paire droite, récidivant pour la troisième fois» см. *Gazette des hôpitaux civils et militaires*. 1860 № 17. p. 65—66.

рѣдкость аутопсій, проливающихъ свѣтъ на сущность патологическаго процесса.

Если обратиться за справкой къ наиболѣе распространеннымъ руководствамъ по нервнымъ болѣзнямъ, то только въ двухъ изъ нихъ—въ руководствахъ Oppenheim'a ¹⁾ и Gowers'a ²⁾—можно еще найти кое какія указанія по занимающему насъ вопросу, да и то указанія эти мѣстами противорѣчатъ другъ другу.

Такъ напр., Oppenheim категорически утверждаетъ, что параличъ всегда захватываетъ одинъ и тотъ же нервъ, тогда какъ Gowers, признавая, что обыкновенно параличъ этотъ бываетъ одностороннимъ, цитируетъ, однако, наблюденія авторовъ, когда параличемъ поражались то правый, то лѣвый глазодвигательные нервы. Такимъ образомъ фактъ постоянства въ пораженіи одного и того-же нерва, на которомъ настаиваетъ Oppenheim, оспаривается Gowers'омъ. Но, не говоря уже о разницѣ въ передачѣ фактическаго матеріала, самый терминъ, которымъ покойный проф. Charcot окрестилъ рассматриваемое нами страданіе, цитируется названными учеными неодинаково; такъ, въ цитатѣ Gowers'a мы читаемъ „*migraine ophthalmique*“, тогда какъ въ цитатѣ Oppenheim'a терминъ этотъ смѣняется другимъ—„*migraine ophthalmoplégique*“, выражающимъ понятіе, далеко не тождественное первому.

Если уже въ такихъ солидныхъ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ, какъ два вышеупомянутыя, мы наталикиваемся на столь сбивчивыя объясненія, то еще менѣе выносимъ мы свѣдѣній изъ руководствъ по частной патологіи и терапіи, въ которыя отдѣлъ нервныхъ болѣзней входитъ

¹⁾ Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896. стр. 294—295.

²⁾ Gowers. Руководство по болѣзнямъ нервной системы. Спб. 1896. Т. II ч. IV стр. 190—192.

лишь между прочимъ. Укажу для примѣра на руководства Dieulafoy¹⁾, Eichhorst'a²⁾ и Strümpel'я³⁾.

Въ первыхъ двухъ возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва не упоминается вовсе, что же касается послѣдняго, то въ немъ мы встрѣтили лишь слѣдующія немногія строки, которыя и приводимъ здѣсь дословно:

„..... Остается упомянуть еще — пишетъ Strümpel — о по своей сущности почти совершенно не выясненномъ періодическомъ параличѣ глазодвигательнаго нерва, на который въ новѣйшее время было обращено вниманіе Моеbius'омъ и др. Въ соотвѣтственныхъ случаяхъ у однихъ и тѣхъ же субъектовъ, зачастую уже съ самаго дѣтства, возвращаются черезъ болѣе или менѣе продолжительные промежутки времени (у женщинъ иногда во время мѣсячныхъ), параличи одного глазодвигательнаго нерва, часто сопровождающіеся головными болями и рвотой, аналогично тому, какъ это бываетъ при мигрени. Обыкновенно бываютъ равномѣрно поражены всѣ вѣтви n. oculomotorii, но иногда внутреннія глазныя мышцы остаются неизмѣненными. Въ легкихъ случаяхъ обнаруживается даже только одинъ ptosis. Продолжительность отдѣльныхъ приступовъ равняется иногда лишь нѣсколькимъ днямъ, но иногда нѣсколькимъ недѣлямъ. Съ теченіемъ времени приступы обыкновенно становятся тяжелѣе. Сущность рецидивирующаго паралича глазодвигательнаго нерва еще совершенно не извѣстна, но все таки вѣроятно, что, по крайней мѣрѣ, въ извѣстной части случаевъ болѣзнь находится въ близкомъ родствѣ съ мигренью и представляетъ нѣкоторымъ образомъ лишь необычайно развитую форму мигрени. Само собою разумѣется однако, что необходимо отличать

¹⁾ Dieulafoy. «Руководство къ внутренней патологiи». Спб. 1899.

²⁾ Eichhorst. «Руководство къ частной патологiи и терапiи». Изданіе «Библиотеки врача». 1900.

³⁾ Strümpel. «Руководство къ частной патологiи и терапiи». Т. III, ч. I стр. 86. 1895.

чистые случаи болѣзни отъ рецидивирующаго паралича oculomotorii, наблюдаемаго иногда при tabes, сифилисѣ головного мозга и т. д.¹⁾

Не болѣе сообщаетъ намъ и Goldscheider¹⁾. Въ своей діагностикѣ нервныхъ болѣзней, въ отдѣлѣ периферическихъ параличей, онъ говоритъ:

„Это состояніе обыкновенно начинается острой односторонней головной болью, продолжительность которой различна и которая исчезаетъ съ появленіемъ паралича глазныхъ мышцъ. Этотъ параличъ поражаетъ главнымъ образомъ наружныя вѣтви глазодвигательнаго нерва (strabismus кнаружи, ptosis, diplopia), но можетъ коснуться также и аккомодации. Парализуется только одинъ глазъ. Продолжительность паралича простирается до нѣсколькихъ недѣль. Онъ повторяется съ большими или меньшими промежутками. Припадокъ болей, предшествующій страданію, отличаетъ его отъ сифилитическаго паралича глазодвигательнаго нерва, который также можетъ повторяться.

Въ томъ же руководствѣ подъ рубрикою „мигрень²⁾“ Goldscheider снова возвращается къ рецидивирующему параличу п. oculomotorii съ цѣлью провести дифференціальную діагностику между нимъ и мигренью.

„Въ качествѣ особой формы — пишетъ Goldscheider — нѣкоторые случаи мигрени связаны съ мерцательной скотомой, субъективными цвѣтовыми ощущеніями, суженіемъ поля зрѣнія, амблиопіей (одно или двухсторонней), бываетъ также, что въ теченіе припадка существуетъ геміанопсія. Эта форма названа migraine ophthalmique (истерія, прогрессивный параличъ, спинно-мозговая сухотка, эпилепсія). Не слѣдуетъ смѣшивать ее съ мышечной migraine ophthalmique, или ophthalmoplégique“.

¹⁾ Goldscheider. «Діагностика болѣзней нервной системы». Спб. 1898 стр. 178.

²⁾ Ibidem стр. 240.

Немногія свѣдѣнія, почерпнутыя нами изъ руководствъ Gowers'a, Oppenheim'a, Strümpel'я и Goldscheider'a, резюмировавшихъ всю извѣстную имъ журнальную литературу, мы полагаемъ возможнымъ формулировать слѣдующимъ образомъ:

Подъ возвращающимся параличемъ глазодвигательнаго нерва разумѣется болѣзнь, которая характеризуется жестокою головою болью въ формѣ мигрени и поражениемъ мышцъ, иннервируемыхъ III-ей парой черепныхъ нервовъ. Параличъ этотъ можетъ захватывать всѣ мышцы, снабжаемыя oculomotorio, но чаще другихъ онъ констатируется въ m. levator palpebrae superioris, m. rectus internus et m. sphinctor pupillae. Иной разъ онъ сопровождается параличомъ n. abducentis и n. facialis и анестезіей въ области I-ей вѣтви n. trigemini. Локализациа его, по однимъ авторомъ, всегда односторонняя,—по другимъ, то на той, то на другой сторонѣ лица. Первое его появленіе наблюдается въ молодомъ возрастѣ, чаще у лицъ женскаго пола. Никакой правильности въ промежуткахъ между его проявленіями не наблюдается. Длительность періода паралича съ каждымъ новымъ рецидивомъ возрастаетъ. По теченію параличи дѣлятся на „чисто періодическіе“ и на „періодически ожесточающіеся“. При первой формѣ междупараличные промежутки свободны отъ какихъ бы то ни было болѣзненныхъ симптомовъ,—при второй, хотя и смягченные до степени парезовъ, параличи наблюдаются и въ это время. Мигрень обыкновенно предшествуетъ параличу и кончается въ моментъ, когда начинается послѣдній. Патолого-анатомическія находки не многочисленны; онѣ сводятся къ воспалительнымъ (базальный менингитъ) и новообразовательнымъ (туберкулъ, фиброхондрома) процессамъ, захватывающимъ стволъ n. oculomotorii въ его периферической части на основаніи черепа. Сущность болѣзни до сихъ поръ загадочна. Предсказанія quoad vitam благоприятно, quoad satisfactionem серьезно. Терапія направлена къ лѣченію мигрени и глазныхъ мышцъ.

II.

Итакъ, патолого-анатомическія находки еще скудны и оставляютъ до сихъ поръ загадочной сущность болѣзни. Относительно послѣдней существуютъ лишь „болѣе или менѣе“ удачныя объясненія, да и тѣ нѣкоторыми учеными не признаются вовсе. Самая клиническая картина случаевъ, извѣстныхъ до сихъ поръ въ литературѣ, представляется не одинаковой: то параличъ непремѣнно односторонній, то онъ поражаетъ и ту и другую сторону, то онъ наблюдается въ вѣтвяхъ одного лишь п. oculomotorii, то констатируется и въ прочихъ черепныхъ нервахъ; то устанавливается фактъ перваго его появленія въ дѣтскомъ возрастѣ, то приводятся случаи, когда онъ впервые поражаетъ взрослыхъ; то говорятъ, что междупараличные промежутки свободны отъ какихъ бы то ни было болѣзненныхъ симптомовъ, то соглашаются съ тѣмъ, что патологическій процессъ, правда ослабленный, замѣчается и въ это время.

Указанная выше путаница на страницахъ руководствъ едва ли позволяетъ намъ серьезно руководствоваться ими въ нашихъ представленіяхъ относительно разбираемой теперь болѣзни; мы обратились поэтому къ разсмотрѣнію той части новѣйшей литературы, которая въ теченіе послѣднихъ 10 лѣтъ была посвящена специально возвращающемуся параличу глазодвигательнаго нерва.

Если не ошибаемся, 1890-ый годъ наиболѣе снабдилъ насъ свѣдѣніями по данному вопросу; въ это именно время вышли двѣ работы, изъ которыхъ одна (на французскомъ языкѣ) принадлежитъ перу покойнаго нынѣ проф. Charcot ¹⁾, другая—русская работа—написана приватъ-доцентомъ Московскаго, а нынѣ профессоромъ Казанскаго Университета Л. О. Даркшевичемъ ²⁾. Благодаря значительно облегчающей

¹⁾ Charcot. «Sur un cas de migraine ophthalmoplégique». Progrès médical 1891 № 31, 32. Oeuvres complètes. T. I p. 70—94.

²⁾ Даркшевичъ. «Возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва». Москва. 1890.

нашъ трудъ историко-литературной справкѣ, приводимой послѣднимъ авторомъ, мы и начинаемъ нашъ разборъ съ его сочиненія.

Въ сочиненіи этомъ приводятся 20 исторій болѣзни, написанныхъ нѣмецкими, французскими, англійскими и американскими учеными, которыя авторъ пополняетъ собственнымъ наблюденіемъ, первымъ изъ числа произведенныхъ въ Россіи. Сопоставляя его съ наблюденіями своихъ предшественниковъ, авторъ такъ характеризуетъ процессъ: это „органическое страданіе нервной системы, зависящее отъ пораженія п. oculomotorii на основаніи черепа хроническимъ процессомъ и возвращающееся, по всей вѣроятности, благодаря расстройствамъ кровообращенія, которыя, время отъ времени, наступаютъ въ окружающихъ п. oculomotorius частяхъ“.

Взглядъ автора на болѣзнь, какъ на отдѣльную клиническую форму, рельефно обрисовывается въ отдѣлѣ дифференціальной діагностики:

„Чтобы признать у больного—читаемъ мы здѣсь—существованіе возвращающагося паралича п. oculomotorii, необходимо установить, что у него имѣется на лицо параличъ всѣхъ вѣтвей глазодвигательнаго нерва и что параличъ этотъ нестойкій—проходитъ, но возвращается снова черезъ извѣстные промежутки времени. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе больного обнаруживаетъ существованіе паралича всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii въ одномъ глазу, а рассказъ о прошломъ больного указываетъ на повторяемость паралича, діагностика болѣзни не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Но тамъ, гдѣ на основаніи анамнестическихъ данныхъ не удастся установить факта повторяемости паралича, т. е. гдѣ параличъ развивается впервые, дифференціальная діагностика можетъ представить значительныя затрудненія. Въ пользу paralysis п. oculomotorii recidiva будутъ говорить слѣдующіе моменты: ранній дѣтскій или юношескій возрастъ больного, существованіе привычныхъ головныхъ болей, ограничивающихся одной половиной головы и сопровождающихся тошнотой и рвотой;

отсутствіе одновременнаго заболѣванія другихъ черепныхъ нервовъ и, вообще, отсутствіе тѣхъ общихъ страданій нервной системы, при которыхъ наблюдается поврежденіе двигательныхъ нервовъ глаза, периферическое или нуклеарное; кратковременность существованія паралича. Наоборотъ противъ *paralysis n. oculomotorii recidiva* будутъ говорить слѣдующія обстоятельства: болѣе зрѣлый возрастъ больного (30 лѣтъ и болѣе того), существованіе указаній на *syphilis*, *tabes*, *sclerosis disseminata* etc., вообще указаніе на такое страданіе нервной системы, при которомъ можетъ имѣть мѣсто периферическое или нуклеарное поврежденіе двигательныхъ нервовъ глаза¹⁾“.

Разсматривая теченіе болѣзни и, въ частности, состояніе нерва въ свободное отъ приступовъ паралича время, авторъ высказывается противъ предложенныхъ Senator'омъ²⁾ терминовъ „*rein periodische Lähmung*“ и „*periodisch exacerbirende Lähmung*“, которыми нѣмецкій ученый характеризуетъ 2 группы параличей. По мнѣнію автора, подтверждаемому цитируемыми имъ писателями, одна форма паралича можетъ переходить въ другую и поэтому обѣ „скорѣе являются результатомъ различной степени, чѣмъ различнаго характера болѣзненнаго процесса, лежащаго въ основѣ страданія“. Самое выраженіе „періодическій“, употребляемое Manz'емъ³⁾ („періодическій параличъ“), Moebius'омъ⁴⁾ („періодически возвращающійся параличъ“), Weiss'омъ⁵⁾ „періодически наступающій параличъ“), не вѣрно, такъ какъ періодичности въ истинномъ смыслѣ этого слова въ приступахъ паралича не

¹⁾ Даркшевичъ *op. cit.* стр. 38—39.

²⁾ Senator. „*Ueber periodische Oculomotoriuslähmung*“ *Zeitschrift für klinische Medizin*. Bd. XIII. s. 252.

³⁾ Manz. „*Ein Fall von periodischer Oculomotoriuslähmung*“ *Berliner klinische Wochenschrift* 1885 № 40.

⁴⁾ Moebius. „*Ueber periodisch wiederkehrende [Oculomotoriuslähmung]*“ *Berliner klinische Wochenschrift*. 1884 № 38.

⁵⁾ Weiss. „*Ein Fall von periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung*“ *Wiener medicinische Wochenschrift*. 1885. № 17.

наблюдается. Наибольше соответствующимъ названіемъ служить выраженіе — „возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва“. Имъ то авторъ и озаглавилъ свою статью.

Что касается наблюдаемой при рецидивирующемъ параличѣ п. oculomotorii головной боли, то она третируется авторомъ не какъ мигрень, а какъ общемозговой симптомъ, аналогичный тѣмъ, какія бываютъ при опухоляхъ головного мозга. За это говорятъ: продолжительность боли (иной разъ до двухъ мѣсяцевъ), продолжительность рвоты (иной разъ до 8 сутокъ) и случаи появленія рвоты до наступленія болей. Въ особенности уже, по мнѣнію автора, неправильнымъ слѣдуетъ считать взглядъ Suckling'a ¹⁾ и Sandby ²⁾, которые не только принимаютъ эту головную боль за мигрень, но и считаютъ ее за основной симптомъ страданія, а явленія паралича въ вѣтвяхъ п. oculomotorii лишь за осложненіе, за послѣдствіе мигрени. Этому взгляду проф. Даркшевичъ противупоставляетъ случаи Gubler'a ³⁾, Ormerod'a ⁴⁾ и Weiss'a ⁵⁾, въ которыхъ головная боль не наблюдалась вовсе и когда, слѣдовательно, нельзя было и думать объ осложненной параличемъ мигрени.

Что касается исторіи болѣзни, представляющей собственное наблюденіе проф. Даркшевича, то, ради единства изло-

¹⁾ Suckling. «Migraine attacks followed by temporary paralysis of the third nerve» Brain. July. 1887 стр. 241.

²⁾ Saundby. «A case of megrim, with paralysis of the third nerve». The Lancet 1882 стр. 345. Статьи Suckling'a и Saundby цитирую по монографіи проф. Даркшевича.

³⁾ Изъ сочиненія проф. Даркшевича видно, что онъ пользовался рефератомъ статьи Gubler'a, помѣщеннымъ на страницахъ «Schmit's Jahrbücher der ges. Medicin. Bd. 107. 1860. s 299»; что же касается оригинальной статьи цитируемаго здѣсь автора, напечатанной въ «Gazette des hôpitaux civils et militaires» 1860, № 17 р. 65, то здѣсь по поводу головной боли сказано буквально слѣдующее: «Pendant toute sa vie le malade a été sujet à des migraines violentes. Il en'a souffert encore pendant la semaine, qui a précédé son entrée à l'hôpital».

⁴⁾ Ormerod. The Lancet 1885 стр. 933.

⁵⁾ Weiss. Op. cit.

женія, я привожу её вмѣстѣ съ исторіями болѣзни прочихъ авторовъ, а пока перехожу къ разбору статьи проф. Charcot, вышедшей въ свѣтъ въ томъ же 1890 г.

Я бы такъ позволилъ себѣ резюмировать мнѣнія Charcot о рецидивирующемъ параличѣ *nervi oculomotorii*.

Въ виду того, что промежутки между каждымъ двумя взрывами болѣзни лишь на первыхъ порахъ бываютъ свободны отъ различнаго рода симптомовъ, въ послѣдствіи же они констатируются и въ это время, вѣрнѣе, совмѣстно съ Senator'омъ, считать болѣзнь не за періодическую, а за постоянную, но только съ періодическими ожесточеніями. Не смотря, однако-же, на это, терминъ Senator'a „*periodisch exacerbi- rende Lähmung*“ не исчерпываетъ всѣхъ нашихъ представлений о болѣзни, такъ какъ даетъ понятіе лишь объ одномъ ея симптомѣ—параличѣ, оставляя безъ вниманія другой характерный признакъ страданія—головную боль. Вѣрнѣе называть болѣзнь „*migraine ophthalmoplégique*“. Послѣдняя представляетъ изъ себя особый видъ „*migraine ophthalmique*“, при чемъ обычные при мигрени симптомы со стороны глазъ (мерц. скотома, суженіе поля зрѣнія) замѣняются параличемъ вѣтвей *n. oculomotorii*. По теченію своему *migraine ophthalmoplégique* дѣлится на 2 періода: собственно мигренный и паралитический; первый характеризуется сильною головной болью, ожесточающейся то по утрамъ, то по вечерамъ и разрѣшающейся тошнотой и рвотой. Мигренный періодъ длится неопредѣленно долгое время и сразу прекращается къ моменту появленія паралича. Послѣ нѣсколькихъ взрывовъ болѣзни мигрень, хотя и ослабленная, наблюдается и въ свѣтлые промежутки времени. Паралитический періодъ, какъ это показываетъ самое его названіе, характеризуется наличностью признаковъ паралича. Послѣдній можетъ констатироваться во всѣхъ мышцахъ, иннервируемыхъ *n. oculomotorio*. Параличъ этотъ всегда односторонній, всегда на той сторонѣ, гдѣ раньше локализовалась и мигрень; характеръ его периферическій. Онъ не сопровождается параличами, или парезами

прочихъ черепныхъ нервовъ (за исключеніемъ *rami ophthalmici n. trigemini*), длится отъ нѣсколькихъ сутокъ до многихъ недѣль и, послѣ нѣсколькихъ взрывовъ болѣзни, смягченный до степени пареза, дѣлается стойкимъ, наблюдаясь и въ свѣтлые періоды. Болѣзнь чаще начинается въ дѣтствѣ, чаще у лицъ женскаго пола и, разъ появившись, не покидаетъ уже одержимаго ею субъекта; по крайней мѣрѣ случаи исцѣленія отъ нея еще не извѣстны въ литературѣ. Скудные патолого-анатомическія находки не объясняютъ наиболѣе характернаго симптома болѣзни—періодичности ея ожесточеній. Надо предположить поэтому, что *basis cerebri*, гдѣ до сихъ поръ находились измѣненія и гдѣ проходитъ периферическій отдѣлъ *n. oculomotorii*, является лишь *locus minoris resistentiae*, а періодичность болѣзни всего вѣрнѣе объясняется періодической игрой вазомоторовъ въ оболочкахъ головного мозга на всемъ его протяженіи съ преимущественной, впрочемъ, локализацией въ теменно-височной области. Вначалѣ наблюдается спазмъ сосудовъ и порождаемая имъ ишемія сосѣднихъ участковъ мозга; затѣмъ спазмъ смѣняется парезомъ сосудовъ, вызывающимъ гиперэмію этихъ же участковъ. На первыхъ порахъ игра вазомоторовъ сказывается лишь динамическими, функціональными измѣненіями въ сосудистой и нервной системахъ, но затѣмъ она влечетъ за собою появленіе и стойкихъ анатомическихъ измѣненій, и опубликованный *Galezovsky*'мъ случай закупорки *art. centralis retinae*, наступившей вслѣдъ за продолжительными и тяжелыми мигренями, оправдываетъ, по мнѣнію *Charcot*, такое предположеніе, давно уже имъ высказанное, такъ какъ онъ никогда не раздѣлялъ оптимистическаго взгляда на мигрень со стороны невропатологовъ. Въ этиологіи болѣзни отмѣчается травма черепа и наслѣдственность, притомъ какъ вообще нервная, такъ и, въ частности, собственно мигренная. Разсматриваемая нами болѣзнь очень рѣдкая и мало изученная; будущія наблюденія безусловно расширятъ наши знанія по этому вопросу.

Утверждая выше, что 1890 г. преимущественно передъ другими снабдилъ насъ свѣдѣніями по вопросу о *paralysis n. oculomotorii recidiva*, мы имѣли въ виду указать лишь наиболѣе крупныя работы, въ которыхъ не просто приводились исторіи болѣзней, но и дѣлались обобщенія, защищалась извѣстная точка зрѣнія, устанавливался новый терминъ страданія, что же касается отдѣльныхъ статей, то, со времени проф. Моеbius'a, впервые привлечшаго наше вниманіе къ этому болѣзненному процессу, не проходило почти года безъ констатированія новыхъ и новыхъ надъ нимъ наблюденій.

Такъ, въ одномъ лишь 1889 г. вышли въ свѣтъ 3 нѣмецкихъ работы,—первая была написана д-ромъ Vissering'омъ, вторая принадлежитъ перу проф. Bernhardt'a, наконецъ третья работа представляетъ изъ себя второй, посвященный возвращающемуся параличу глазодвигательнаго нерва, трудъ проф. Manz'a.

Приводимъ слѣланное нами резюмѣ работы Vissering'a:

Безусловно существуютъ случаи болѣзни, въ теченіе которыхъ не наблюдается періодическихъ ожесточеній и которые слѣдовательно, подходятъ подъ типъ, названный Senator'омъ „*rein periodische Lähmung*“; въ виду, однако же, того обстоятельства, что между появленіями паралича не наблюдается никакой правильности и названный выше терминъ справедливъ не во всей своей полнотѣ; правильнѣе выражаться „*chronisch recidivirende Oculomotoriuslähmung*“ или „*Anfallsweise auftretende Form der Oculomotoriuslähmung*“. Приступъ болѣзни можетъ быть неполный и полный. Первый характеризуется головными болями, тошнотой, опуханіемъ глазъ, слезотеченіемъ и общимъ плохимъ самочувствіемъ, второй—тѣми же явленіями, къ которымъ присоединяются вдобавокъ признаки паралича во всѣхъ вѣтвяхъ глазодвигательнаго нерва. Въ число симптомовъ болѣзни можно включить новыя, доселѣ еще не описанныя въ литературѣ признаки: слюнотеченіе и анестезію въ области *n. trigemini*. Наблюдаемые въ теченіе болѣзни отеки вѣкъ и слезотеченіе указываютъ на воз-

возможность пораженія вазомоторныхъ и секреторныхъ нервовъ. Между разсматриваемымъ заболѣваніемъ и мигренью существуетъ внутреннее родство; существуетъ также аналогія съ эпилепсіей, Westphal'евскимъ рецидивирующимъ параличемъ конечностей и возвращающимся параличемъ лицевого нерва. Причина болѣзни, которая бы объяснила намъ наиболѣе характерный ея симптомъ—повторяемость, до сихъ поръ неизвѣстна, какъ не извѣстна и причина мигрени; всего вѣроятнѣе, что причина эта не анатомическая, а физиологическая. Мыслимо предположеніе, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ аутоинтоксикаціей.

Проф. Bernhardt, приводя исторіи болѣзней, отмѣчаетъ существованіе въ обоихъ наблюдавшихся имъ случаяхъ наслѣдственнаго нервнаго предрасположенія, которое является удобной почвой для послѣдующихъ заболѣваній нервной системы. Онъ соглашается съ мнѣніемъ Vissering'a, что аутоинтоксикація можетъ здѣсь имѣть мѣсто и ссылается въ доказательство на извѣстные въ литературѣ случаи пораженія глазныхъ мышцъ въ зависимости отъ употребленія въ пищу мясного, колбаснаго и рыбнаго ядовъ. Болѣе всего рецидивирующій параличъ *n. oculomotorii* походитъ на такой же параличъ *n. facialis*; клиническая разница лишь та, что тогда какъ *n. facialis* поражается то на правой, то на лѣвой сторонѣ, параличъ *n. oculomotorii* всегда происходитъ на какой нибудь одной сторонѣ лица.

Проф. Manz не придаетъ значенія головнымъ болямъ какъ потому, что здѣсь мы наблюдаемъ парезы, ясно указывающіе на характеръ страданія, такъ и потому, что боли эти могутъ наблюдаться и при параличѣ прочихъ черепныхъ нервовъ, слѣдовательно не представляютъ изъ себя чего либо специфическаго для даннаго страданія. Тѣмъ меньше основанія приписывать ему мигренный характеръ, такъ какъ мигрень есть функціональное заболѣваніе безъ длительныхъ анатомическихъ измѣненій, по крайней мѣрѣ, грубыхъ. Прогрессъ въ симптомахъ болѣзни можно объяснить постепенно

увеличивающейся раздражительностью нерва. Существованіе патолого-анатомическаго субстрата несомнѣно, но съ точностью локализовать его невозможно.

Вопросъ о рецидивирующемъ параличѣ глазодвигательнаго нерва продолжаетъ интересовать невропатологовъ въ теченіе всего истекающаго десятилѣтія.

Такъ, въ вышедшемъ въ 1895 г. сочиненіи проф. Bristaud, представляющемъ изъ себя сводъ лекцій, читанныхъ этимъ ученымъ въ La Salpêtrière въ теченіе 1893—1894 гг., въ отдѣлѣ офтальмоплегій нуклеарнаго происхожденія, мы наталкиваемся на слѣдующія мысли: „*ophthalmoplégie périodique s. migraine accompagnée (migraine ophthalmoplégique по терминологіи Charcot)* представляетъ изъ себя серьезное страданіе. Уже изъ даннаго проф. Charcot ея описанія видно, какъ сильно измѣняется при ней соединительная ткань, окружающая нервные стволы на основаніи черепа. Нѣсколько клиническихъ наблюденій, сопровождавшихся аутопсіями, доказали, что часто она предшествуетъ цѣлой серіи различнаго рода энцефалопатій и, между ними, опухолямъ головного мозга, а то обстоятельство, что самъ Charcot вынужденъ былъ констатировать въ наблюдавшемся имъ случаѣ болѣзни помимо паралича п. oculomotorii также и параличъ п. abducentis, говоритъ скорѣе за центральную resp. нуклеарную локализацию страданія. Такому предположенію не противорѣчитъ и наблюдаемая иной разъ анестезія п. trigemini, такъ какъ ядра третьей пары касаются верхняго ядра п. trigemini.

Въ томъ же 1895 г. появилась работа д-ра Karplus'a, ассистента клиники проф. Krafft-Ebing'a въ Вѣнѣ.

Основываясь на данныхъ вскрытія одной изъ своихъ больныхъ, а также на клинической картинѣ наблюдавшихся имъ случаевъ болѣзни, Karplus приходитъ къ выводу, что рецидивирующій параличъ п. oculomotorii имѣетъ патолого-анатомическимъ своимъ субстратомъ пораженіе baseos cerebri новообразовательнымъ процессомъ. Послѣдній вызываетъ разстройство кровообращенія въ области III-й пары и дѣлаетъ

т. о. изъ нея *locus minoris resistentiae*. Производящими моментами являются: психическія возбужденія, алкоголь, *menses*, — словомъ, факторы, вызывающіе гиперемію мозга вообще и его основанія въ частности. У здороваго субъекта гиперемія остается безъ послѣдствій; здѣсь же, въ силу особенной, благодаря *tumor cerebri*, чувствительности его, гиперемія, давя на *duram matrem*, вызываетъ головныя боли и рвоту, а, давя на *n. oculomotorium*, парализъ послѣднѣго. Что касается времени появленія опухоли, то она, по всей вѣроятности, врожденная; по крайней мѣрѣ факты преимущественнаго появленія ея въ дѣтскомъ возрастѣ, дѣлають весьма правдоподобнымъ такое предположеніе.

Въ слѣдующемъ 1896 г. появилась обстоятельная работа проф. Ballet и вотъ выводы, къ которымъ мы пришли на основанія ея изученія:

При *paralysis n. oculomotorii recidiva* боль не отвѣчаетъ въ точности ходу V-й пары черепныхъ нервовъ; характеръ ея скорѣе мигренный, чѣмъ невралгическій; поэтому и терминъ Charcot (*migraine ophthalmoplégique*) предпочтительнѣе термина Parinaud et Marie (*neuralgie et paralysie oculaire à retour périodique*). Боль можетъ и не прекращаться при наступленіи парализныхъ явленій. Диффузный и глубокій ея характеръ аналогиченъ той, которая наблюдается при опухоляхъ головного мозга; случаи *ophthalmoplegiae bilateralis*, а также и тѣ случаи *ophthalmoplegiae unilateralis*, въ которыхъ парализъ не былъ констатированъ во всѣхъ непремѣнно вѣтвяхъ *n. oculomotorii*, говорятъ скорѣе въ пользу центральной, нежели периферической локализациі процесса. Натура послѣдняго, — по всей вѣроятности, расстройства кровообращенія, а именно гиперемія, которая то проходитъ, то появляется вновь. Измѣненія, найденныя на секціонномъ столѣ, слѣдуетъ считать за вторичныя, развившіяся *per continguitatem* по сосѣдству съ мѣстомъ, изъ котораго перемежающійся воспалительный процессъ сдѣлалъ *locus minoris resistentiae*. Болѣзнь поражаетъ совершенно одинаково лицъ какъ женскаго,

такъ и мужскаго пола. Неполную классификацію параличей, сдѣланную Senator'омъ, желательно замѣнить нижеслѣдующей: всѣ періодическіе параличи глазодвигательнаго нерва дѣлятся на „ложные и истинные“. Первые наблюдаются при *tabes*, *sclerosis disseminata*, *tumor cerebri*,—вторые представляютъ изъ себя отдѣльную клиническую форму. Истинные параличи подраздѣляются, въ свою очередь, на слѣдующія 3 подгруппы: а) „чистые періодическіе параличи“ (безъ парезовъ въ промежуткахъ между приступами болѣзни); анатомически они соотвѣтствуютъ скоропреходящему гиперэмическому давленію безъ стойкихъ послѣдовательныхъ измѣненій; б) „параличи вначалѣ періодическіе, а затѣмъ постоянные съ періодическими ожесточеніями“; анатомически они соотвѣтствуютъ простымъ, но прочнымъ вторичнымъ измѣненіямъ наступающимъ вслѣдъ за воспаленіемъ, напр. расширеніемъ сосудовъ, некробіотическимъ очагамъ; в) „параличи вначалѣ періодическіе, а затѣмъ постоянные“; анатомически они соотвѣтствуютъ случаямъ, въ которыхъ аутопсія показала присутствіе послѣдовательныхъ измѣненій по ходу п. *oculomotorii*, зависящихъ не непосредственно отъ перемежающагося воспаленія, а отъ той опухоли, или вообще отъ того процесса, который вызываетъ это воспаленіе.

Mingazzini ¹⁾ въ 1897 г. высказываетъ предположеніе, что „въ основѣ болѣзненнаго процесса лежитъ воспаленіе глазодвигательнаго нерва и около лежащей ткани, причемъ процессъ можетъ распространяться и на соотвѣтствующую группу нервныхъ клѣтокъ. Если патологическій процессъ ограничивается только корешковыми волокнами, то въ этихъ случаяхъ получится періодическій параличъ; если же процессъ захватитъ и узловыя клѣтки и разрушитъ ихъ, то получится параличъ болѣе стойкій. Реакція оболочки, окру-

¹⁾ Mingazzini. «La paralysi recidivante del nervo oculomotorio». Soc. editrice Dante Alighieri 1897; цитирую по монографіи проф. Ковалевскаго «мигрень и ея лѣченіе». Спб. 1898 2-е изданіе.

жающей III-ю пару, дала бы объясненіе явленіямъ рвоты, боли, сонливости, недомоганію и повышенію температуры, если таковыя наблюдаются. Сосѣдство церебральныхъ волоконъ V-й пары дало бы объясненіе парѣстезіямъ, анестезіямъ, нейралгической боли и остальнымъ явленіямъ. Если параличи вѣка бываютъ безъ боли, то, значитъ, дѣло ограничивается клѣточной частью нейрона; если наступаетъ и боль и параличъ, то поражается периферическая часть нейрона.

Въ томъ же году печатають свои работы д-ръ Клячкинъ въ Россіи и J. В. Charcot во Франціи.

Д-ръ Клячкинъ выступаетъ сторонникомъ теоріи периферическаго происхожденіе болѣзни; что касается ея этиологіи, то, подобно предшествовавшимъ авторамъ, онъ считаетъ затруднительнымъ высказаться въ этомъ отношеніи опредѣленно. Основываясь на наблюденіи одного случая, гдѣ болѣзнь развивалась въ зависимости отъ маляріи и успѣшно лѣчилась хининомъ, авторъ предполагаетъ, что онъ имѣлъ дѣло съ инфекціоннымъ невритомъ, развивающимся спорадически. Авторъ ссылается въ доказательство на Westphal'я и др., которые дѣлають аналогичное предположеніе относительно періодически наступающаго паралича всѣхъ четырехъ конечностей.

Что касается выводовъ, къ которымъ приходитъ J. В. Charcot, то они слѣдующіе: 1) нервно-артритическая наслѣдственность играетъ болѣе видную роль, чѣмъ ей обычно приписываютъ; 2) болѣзнь поражаетъ совершенно одинаково какъ мужчинъ, такъ и женщинъ; 3) параличныя явленія могутъ обнаруживаться у пацієнтовъ въ любомъ возрастѣ, но явленія предшествовавшей мигрени неуремѣнно въ дѣтскомъ; 4) параличныя явленія не во всѣхъ случаяхъ наступаютъ неуремѣнно на одной какой либо сторонѣ; онѣ могутъ наблюдаться на обѣихъ сторонахъ одновременно, или поочередно; 5) связь паралича съ мигренью не подлежитъ сомнѣнію; 6) параличъ n. oculomotorii можетъ сопровождаться тождественными явленіями въ прочихъ черепныхъ нервахъ, напр.

въ *n. abducens*, но ни разу еще не наблюдались случаи мигрени которые бы влекли за собою параличи черепныхъ нервовъ безъ участія въ нихъ глазодвигательнаго и 7) вопреки утвержденіямъ прежнихъ авторовъ параличъ можетъ захватывать не всѣ вѣтви *n. oculomotorii*, а потому и выраженіе нѣкоторыхъ писателей „*totalis*“ невѣрно.

Въ 1898 г. вышли въ свѣтъ 2 русскихъ работы; первая была написана проф. Барабашевымъ, вторая—проф. Бехтеревымъ.

Проф. Барабашевъ примыкаетъ къ числу сторонниковъ периферическаго resp. базилярнаго происхожденія болѣзни: офтальмоплегія, по его словамъ, является въ силу какихъ-то новыхъ условій, обуславливающихъ въ мѣстѣ прохожденія *n. oculomotorii locus minoris resistentiae* и, какъ слѣдствіе,—появленіе стойкихъ органическихъ измѣненій; слѣдуетъ допустить возможность появленія не аневризмы, или какой либо другой сосудистой аномаліи въ *a. profunda cerebri* или въ *a. cerebelli superior* (одной изъ двухъ артерій имѣющихъ непосредственное отношеніе къ стволу *n. oculomotorii*), а доходящей до степени воспаленія сосудистой гипереміи съ послѣдующимъ образованіемъ эксудата, сдавливающаго стволъ глазодвигательнаго нерва и вызывающаго тѣмъ его параличъ; по мѣрѣ того, какъ всасывается эксудатъ, проходятъ и параличныя явленія. Наиболѣе вѣроятная причина болѣзни—аутоинтоксикація. Послѣдняя, въ случаѣ автора, была на почвѣ общаго малокровія. Въ качествѣ одного изъ результатовъ анэміи является атоническая диспепсія желудка, недостаточность переваривательной его функціи, ненормальное броженіе въ желудкѣ и развитіе въ немъ токсиновъ, которые, поступая въ кругъ кровообращенія, вызываютъ общую аутоинтоксикацію и даютъ т. о. картину болѣзни. Послѣдняя совершенно одинаково поражаетъ какъ мужчинъ, такъ и женщинъ; наблюдаемая иной разъ при ней вазомоторныя явленія слѣдуетъ считать за повторныя, рефлекторно вызванныя головными болями.

Проф. Бехтеревъ, замѣтивъ, что „всѣ извѣстные до сихъ поръ случаи періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва обнаруживались лишь на одной сторонѣ“, обращаетъ вниманіе на свой случай, въ которомъ пораженіе оказывается двустороннимъ. Переходя къ вопросу о патогенезѣ страданія, авторъ склоняется въ пользу органическаго его происхожденія, полагая, именно, что въ пользу функціональнаго происхожденія „не приведено достаточно твердыхъ основаній“. Что касается характера болѣзненнаго процесса, то отсутствіе судорожныхъ движеній и застойнаго соска, быстрота развитія симптомовъ болѣзни, наконецъ существованіе головныхъ болей, головокруженія и тошноты лишь въ начальномъ періодѣ страданія, говорили, въ случаѣ автора, скорѣе въ пользу воспаленія, чѣмъ новообразования. Предполагаемыми мѣстами процесса (въ случаяхъ двусторонняго пораженія п. oculomotorii) являются: ядра III-й пары черепныхъ нервовъ и мѣсто выхода ея изъ ножекъ мозга. Авторъ отмѣчаетъ возможность непроизвольнаго поднятія опущеннаго вѣка при одновременной неосуществимости совершенія того же акта по произволу. Указанное явленіе авторъ объясняетъ предполагаемымъ имъ существованіемъ двойственной—произвольной и непроизвольной—иннерваціи верхняго вѣка, подобно тому какъ это онъ считаетъ принятымъ теперь для лицевыхъ мышцъ, причемъ пораженною оказывается только первая.

Въ минувшемъ 1899 г. мы имѣли возможность послѣдовательно ознакомиться съ работами д-ровъ Demichei и Troenper'a. Просмотрѣвши казуистику вопроса, каждый изъ этихъ двухъ авторовъ пришелъ къ заключенію, что, несмотря на сравнительную рѣдкость заболѣванія, число наблюденій надъ нимъ такъ возросло, что въ настоящее время заслуживаютъ описанія лишь аномаліи, лишь тѣ или иныя отклоненія отъ обычной, всѣмъ уже извѣстной картины страданія. Такимъ отклоненіемъ является, напр., альтернирующий параличъ глазодвигательнаго нерва; описанію его и посвящена статья перваго автора, но, помимо исторіи болѣзни, въ статьѣ

этой встрѣчаются интересныя мысли и замѣтки относительно самой сущности болѣзни, а также и относительно наиболѣе выдающихся ея симптомовъ. Эти мысли и замѣтки мы и приводимъ здѣсь въ видѣ краткихъ резюмѣ.

Помимо вульгарныхъ одностороннихъ параличей глазо-двигательнаго нерва—говоритъ Demicheri—существуютъ еще и мигренныя альтернирующіе параличи. Между тѣми и другими нѣтъ рѣзкой границы; они соединены между собой цѣлымъ рядомъ переходныхъ формъ, таковъ, напр., случай проф. Ballet, наблюдавшаго появленіе паралича постоянно въ одномъ и томъ же глазу, а появленіе предшествовавшей параличу мигрени то въ той, то въ другой половинѣ головы. Что касается мигрени, то она не всегда прекращается въ моментъ появленія паралича; она можетъ существовать нѣкоторое время и въ теченіе этого періода, а, въ исключительныхъ случаяхъ, существуетъ и за все время, пока длится явленіе паралича. Мало того, параличъ можетъ наступать и безъ предварительнаго появленія мигрени; наконецъ, указаны случаи, въ которыхъ мигрень не констатировалась вовсе. Этотъ фактъ, выставленный на видъ впервые Schmidt-Rimpler'омъ¹⁾, требуетъ серьезнаго изученія, такъ какъ отъ него зависитъ рѣшеніе вопроса: представляетъ ли изъ себя migraine ophthalmoplégique отдѣльную клиническую форму мигрени, осложненной параличами глазныхъ мышцъ, или же мигрень является только случайнымъ эпизодомъ въ симптомокомплексъ возвращающагося паралича глазо-двигательнаго нерва? Послѣдній можетъ сопровождаться тождественными явленіями и со стороны другихъ черепныхъ нервовъ, напр. со стороны лицевого (наблюденіе Sim. Snell'я)²⁾ и отводящаго (наблюденіе J. M. Charcot).

¹⁾ А случаи Ormerod'a и Weiss'a? op. cit.

²⁾ Въ виду того, что въ монографіи проф. Даркшевича приведено наблюденіе Snell'я, на которое ссылается Demicheri, а между тѣмъ указанія на пораженіе n. facialis не имѣется, мы лично ознакомились со статьей

Какъ мы уже замѣтили выше, подобно Demichei и Troemner считаетъ умѣстнымъ публиковать только такіе случаи болѣзни, которые въ томъ или иномъ отношеніи представляютъ отклоненіе отъ обычнаго ея типа. Такимъ отклоненіемъ въ наблюдавшемся имъ случаѣ страданія оказалось существованіе параличныхъ явленій въ одной лишь внутренней мускулатурѣ глаза, между тѣмъ какъ наружная, противъ обыкновенія, оказалась совершенно не затронутой болѣзненнымъ процессомъ. На основаніи своего наблюденія и изученія литературы вопроса Troemner приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) *migraine ophthalmique* можетъ съ теченіемъ времени перейти въ *migraine ophthalmoplégique* и 2) слѣдуетъ обратить вниманіе на тѣ случаи болѣзни, въ которыхъ головная боль не оказывалась идентичной съ мигреною или въ которыхъ она не констатировалась вовсе. Мы должны будемъ или признать, что случаи скрытнаго (не обнаруживаемаго мигренными предвѣстниками) появленія паралича имѣютъ совершенно другой генезисъ, чѣмъ случаи типичной *migraine ophthalmoplégique* и заслуживаютъ выдѣленія въ особую рубрику, или же расширимъ мигренный симптомокомплексъ включеніемъ въ него случаевъ съ отсутствіемъ головныхъ болей и мигренныхъ эквивалентовъ на подобіе того, какъ это мы сдѣлали съ *paralysis agitans*, признавъ, что существуетъ форма *paralyseos agitantis sine agitatione*.

Вполнѣ присоединяясь къ мнѣнію Demichei и Troemner'a относительно того, что типичная картина возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва въ настоящее время уже достаточно хорошо извѣстна, мы ограничиваемся приведеніемъ здѣсь лишь двухъ нашихъ наблюденій надъ этимъ

англійскаго ученаго и убѣдились въ томъ, что ссылка Demichei не вѣрна: Snell ни однимъ словомъ не оговаривается о параличѣ лицевого нерва. См. The Lancet. 1885, стр. 938.

страданіемъ, въ виду того, что онѣ представляютъ нѣкоторое уклоненіе отъ обычнаго его типа; предварительно, однако, изложимъ въ наиболѣе существенныхъ чертахъ наблюденія другихъ авторовъ, которые писали по этому же вопросу въ теченіе минувшаго десятилѣтія. Эти наблюденія мы располагаемъ здѣсь въ хронологическомъ порядкѣ.

I. Наблюденіе Manz'a ¹⁾.

Больной 23 л., кучеръ по профессіи, съ 14 лѣтъ страдаетъ сильными лѣвосторонними головными болями, соединяющимися съ плохимъ самочувствіемъ, потерей аппетита, страшной жаждой, ощущеніемъ холода и головокруженіемъ. Боли длятся отъ 24 до 36 часовъ, а затѣмъ въ лѣвомъ глазу наступаютъ ptosis и diplopia, черезъ день—два проходящія. Нѣтъ указанія на lues, alcoholismus, intoxicatio nicotiana, травму, наслѣдственность и переутомленія; больной утверждаетъ лишь, что въ продолженіе послѣдняго года занятій въ школѣ онъ долго читалъ при недостаточномъ освѣщеніи. Раньше приступы болѣзни являлись развѣ каждыя 4 недѣли, нынѣ они появляются развѣ въ каждыя 6 недѣль, но за то продолжительность періода болѣзни возросла; кромѣ того и параличныя явленія не исчезаютъ уже больше, какъ это было раньше. Пациентъ во всѣхъ отношеніяхъ представляется здоровымъ за исключеніемъ лѣваго глаза; въ этомъ послѣднемъ констатируются: ptosis, mydriasis, strabismus divergens, рефлекторная неподвижность зрачка, ограниченіе объема движенія въ мышцахъ, иннервируемыхъ oculomotorio и diplopia. Глазное дно нормально, впрочемъ вены нѣсколько извилисты. Острота зрѣнія $\frac{5}{6}$ съ 0, 75 Д; поле зрѣнія нормально; аккомодация настолько ослаблена, что мелкій шрифтъ читается лишь съ +7Д на разстояніи 30". Незначительная photophobia, epiphora; conjunctiva нѣсколько инъецирована. Дальнѣйшее наблюденіе показало, что diplopia существуетъ и въ промежуткахъ между взрывами болѣзни, а въ теченіе послѣднихъ реакція зрачка и аккомодация показываютъ колебанія безъ видимой къ тому причины.

II. Наблюденіе Vissering'a ²⁾.

Больной 14 л., ткачъ по профессіи. Родители, 5 братьевъ и сестеръ живы и здоровы. Самъ больной дважды перенесъ воспаленіе легкихъ, а съ 9 л. онъ подверженъ головнымъ болямъ съ локализацией въ правой

¹⁾ Manz. «Ueber die recidivirende Oculomotoriuslähmung». Berliner klinische Wochenschrift 1889 № 34.

²⁾ Vissering. «Ueber einen Fall von recidivirender Oculomotoriuslähmung». Münchener medicinische Wochenschrift 1889 № 41.

половинѣ лба на всемъ протяженіи отъ волосистой части головы до вѣка, наступающимъ черезъ 4—5 недѣль и длящимся около недѣли. Боли усиливаются по ночамъ. По ихъ исчезновеніи больной испытываетъ ощущение усталости, а съ момента перваго ихъ появленія начинаютъ опухать оба вѣка¹⁾ на правой сторонѣ. Когда головная боль достигаетъ своего аспе, начинается опускаться правое вѣко. Раньше обыкновенно появлялась еще и рвота, но за послѣдніе 2 года больной ощущаетъ только тошноту и особый непріятный вкусъ во рту, почему, во время приступа болей, онъ то и дѣло отплевывается. При попыткахъ двигать больнымъ глазомъ или поднимать опущенное вѣко, къ головнымъ болямъ присоединяется также и глазныя, сопровождаемыя головокруженіемъ. *Status praesens*: оба вѣка и область вокругъ орбиты на правой сторонѣ опухли; при пальпации получается ощущение чего-то тѣстоватаго. *Ptoxis dextra*. При попыткѣ поднять вѣко получается сокращеніе *m. frontalis* и незначительное раскрытіе глазной щели. Движенія праваго глаза кверху, книзу и особенно кнутри рѣзко ограничены въ своемъ объемѣ. Правый зрачокъ слегка расширенъ, хорошо реагируетъ на свѣтъ; аккомодация не разстроена; острота зрѣнія и офтальмоскопическая картина нормальны. При смотрѣніи въ сторону наступаетъ *diplopia*. Въ правомъ глазѣ незначительная *epiplota*. Въ области 1-й и 2-й вѣтвей *n. trigemini dextra* болевая и термическая анестезія и парестезія въ формѣ ощущенія мѣха. Слухъ въ правомъ ухѣ пониженъ, но измѣненій въ среднемъ и наружномъ ухѣ нѣтъ. Констатируется сильное слюнотеченіе. Состояніе внутреннихъ органовъ и температура нормальны; пульсъ и дыханіе тоже. Дальнѣйшее наблюденіе показало, что разстройства чувствительности распространяются на область всего праваго тройничнаго нерва. Что касается приступовъ болѣзни, то они были описаннаго уже выше типа.

III. Первое наблюденіе *Bernhardt*'а²⁾.

С. 55 л. съ самаго юнаго возраста страдаетъ головными болями. Онъ помнитъ, что, когда еще былъ мальчикомъ, ему часто говаривали: «ты опять косишь,—у тебя снова разболится голова». Косина появлялась обыкновенно за день до головной боли, а послѣдняя наступала, большею частью, по воскресеніямъ. Мать больного раньше тоже была подвержена припадкамъ мигрени. Лѣвый глазъ больного по временамъ отклонялся кнаружи, но

¹⁾ J. B. Charcot въ своей статьѣ (см. ниже) ссылается на наблюденіе Vissering'a, въ которомъ будто-бы описано двустороннее пораженіе вѣкъ. Здѣсь очевидное недоразумѣніе: Vissering говоритъ, правда, о пораженіи обоихъ вѣкъ, но на одной лишь (въ его случаѣ правой) сторонѣ лица.

²⁾ Bernhardt. «Zur Lehre von den nuclearen Augenmuskellähmungen und den recidivirenden Oculomotorius-und Facialislähmungen». Berliner klinische Wochenschrift. 1889 № 47.

могъ двигаться во всѣхъ направленіяхъ, какъ одинъ, такъ и совмѣстно съ другимъ глазомъ, но, при конвергенціи, ясно отклонялся кнаружи. Status praesens: diplopia не констатируется, лѣвый глазъ видитъ хорошо только вблизи; ptosis не замѣтна; зрачки равномѣрны и хорошо реагируютъ на свѣтъ. Приступы головной боли, раньше наблюдавшіеся каждую недѣлю, теперь сдѣлались рѣже. Иной разъ они сопровождаются рвотой. Больной женатъ, ведетъ правильный образъ жизни, не злоупотребляетъ алкоголемъ и табакомъ, сифилисомъ не страдалъ. Изъ особенностей его авторъ отмѣчаетъ: затрудненную, заикающуюся рѣчь, повышенную чувствительность желудка и, по временамъ, боль, появляющуюся при давленіи на 3-й и 4-й грудные позвонки.

IV. Второе наблюдение Bernhardt'a ¹⁾.

Н. 19 л. слабого сложенія происходитъ изъ болѣзненной семьи (мать страдаетъ мигренями, братъ боленъ, повидимому, туберкулезомъ). Н. уже съ 6 л. болѣетъ глазами, а на II-мъ у него опустилось лѣвое вѣко и въ течение 2—3 недѣль была diplopia. Тѣже явленія повторились въ слѣдующемъ году, наблюдались и впоследствии, повторяясь, приблизительно, разъ въ каждые 2 года. Одновременно съ параличемъ наступаютъ рвота и головная боль. Локализациа послѣдней—внутренній уголъ лѣваго глаза и корень носа. Боль часто не сопровождается параличемъ. Status praesens: ptosis не констатируется, зрачки нормальны во всѣхъ отношеніяхъ; движенія глазъ въ предѣлахъ нормы. Поворачивая лѣвый глазъ вправо+кверху, больной видитъ предметы не ясно; ему кажется, именно, что за предметами стоятъ ихъ изображенія, или что у предметовъ этихъ существуетъ только одинъ край. Правымъ глазомъ больной хорошо можетъ читать, но за то плохо видитъ вдаль; въ лѣвомъ глазу—обратное явленіе. Отмѣченный у больного недостатокъ аккомодациа существуетъ также у его отца.

V. Наблюдение J. M. Charcot ²⁾.

Cet..., 35 л., переплетчица по профессіи. Отецъ ея страдалъ свинцовыми коликами, тетка (со стороны матери) была душевно-больная. Съ 15 л. Cet. страдаетъ мигренями со рвотой, иной разъ съ поносомъ, длящимися по 7—8 часовъ и ожесточающимися къ вечеру. Локализациа—то та, то другая половина головы. Раньше онѣ появлялись 2 раза въ мѣсяцъ и прекратились въ моментъ наступленія первой менструаціи (на 24-мъ году), затѣмъ слѣдовалъ 7-лѣтній періодъ абсолютнаго здоровья, а потомъ вновь наступила мигрень, на этотъ разъ только правосторонняя, которая длилась

¹⁾ Ibidem.

²⁾ J. M. Charcot. op. cit.

цѣлый мѣсяцъ. Еще черезъ годъ мигрень повторилась. На этотъ разъ она сопровождалась 8 дневнымъ параличемъ правыхъ глазныхъ мышцъ и длилась 3 недѣли. Послѣ того въ теченіе 3 лѣтъ у больной нѣсколько разъ повторялись головныя боли съ тошнотой и рвотой и со скоро преходящими параличами глазныхъ мышцъ. Послѣ сильнаго душевнаго волненія (смерть отца) вновь появилась правосторонняя мигрень, черезъ 3 недѣли смѣнившаяся ptosis dextra, а еще черезъ недѣлю—*diploria et strabismus*. Пропуществовавъ 2 недѣли, ptosis началъ уменьшаться, но замѣтенъ и сейчасъ (черезъ 2 мѣсяца послѣ приступа). У больной нѣтъ указанія на *lues*, *tabes dorsalis*, *epilepsia corticalis* и *hemiplegia*. *Status praesens*. ³/v 1890. *Ptosis incompleta dextra*. Движенія праваго глаза ограничены въ направленіяхъ кнутри и кверху. Констатируется *diploria*, указывающая на участіе въ поражении *n. abducentis*. Полный параличъ аккомодациі. *Mydriasis dextra*. Рефлекторная неподвижность обоихъ зрачковъ. Глазное дно нормально. *Status praesens* ¹⁰/v 1890. *Ptosis dextra*. Вѣко приподнимается, хотя и съ трудомъ. Зрачокъ расширенъ, неправильной формы, не реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию. Движенія глаза затруднены, но, по объему, нормальны. Въ правомъ глазу полный параличъ аккомодациі, въ лѣвомъ—простой парезъ.

VI. Наблюденіе Даркшевича ¹⁾).

П. Тим., 38 л., поручикъ въ отставкѣ, происходить изъ здоровой семьи, *lues* отрицаетъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ. На 14-мъ году у него безъ видимой причины опустилось правое вѣко, но, черезъ нѣсколько дней, все пришло къ нормѣ. Черезъ 10 лѣтъ послѣ того Т. перенесъ тифъ, вслѣдъ за которымъ разъ въ мѣсяцъ начали появляться головныя боли съ локализацией въ правой половинѣ лба, сопровождавшіяся тошнотой и рвотой и, иной разъ, скоропреходящимъ правымъ птозомъ. Послѣдній соединялся обыкновенно съ *diploria*. Болѣзнь приняла прогрессивное теченіе и черезъ 9 лѣтъ ея существованія ptosis не исчезалъ уже больше. *Status praesens*; *Ptosis incompleta dextra*. *Strabismus divergens oc. dextri*, *Mydriasis dextra*, *paresis* во всѣхъ вѣтвяхъ *n. oculomotorii dextri*. Дно глаза нормально, болевая, термическая и тактильная гипестезія въ области 1-й вѣтви *n. trigemini dex*. Небольшое притупленіе слуха на лѣвой сторонѣ. Сферы движенія и чувствительности (за исключеніемъ вышеуказаннаго) не представляютъ уклоненія отъ нормы. Черепъ при поколачиваніи и давленіи безболѣзненъ. Дальнѣйшее наблюденіе надъ больнымъ показало, что головная боль и параличъ могутъ наступать независимо одна отъ другаго, что головная боль иной разъ сопровождается знобомъ и что рвота иной разъ предшествуетъ болямъ.

¹⁾ Даркшевичъ op. cit.

VII. *Наблюдение Darquier* ¹⁾.

Больная 65 л., съ дѣтства страдает мигренями, 2 года назадъ послѣ сильныхъ болей въ лѣвой половинѣ лба, длившихся 4 дня, наступилъ параличъ п. oculom. sin. Черезъ 8—10 дней онъ почти прошелъ въ лѣвомъ глазу, но зато появился въ правомъ, предшествуемый правосторонней же головною болью. По истеченіи 3 мѣсяцевъ все выровнялось до нормы, но еще черезъ 2 года, послѣ новой головной боли, съ локализацией на правой сторонѣ, длившейся, какъ и раньше, 4 дня, опять наступилъ параличъ всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii dextri, сопряжаемый, на этотъ разъ, легкимъ парезомъ п. facialis dextri. Параличъ длился 2 мѣсяца и исчезъ безслѣдно. За все время его существованія наблюдались интермиттирующія головныя боли. У больной нѣтъ указанія на нервно-атритическую наслѣдственность.

VIII. *Наблюдение Chabbert'a* ²⁾

Священникъ 53 л. Есть указаніе на нервную и на мигренную наслѣдственность. Больной съ дѣтства знакомъ съ вульгарною формой мигрени. На 24-мъ году онъ сталъ испытывать приступы глазной мигрени, а на 54-мъ, вслѣдъ за мигреннымъ приступомъ, появились: двоеніе въ глазахъ и опущеніе вѣка на правой сторонѣ. Эти явленія не успѣли еще цѣликомъ выравняться, какъ, черезъ 9 мѣсяцевъ, вслѣдъ за новымъ мигреннымъ приступомъ, тождественныя явленія наступили въ лѣвомъ глазу. Приглашенный больнымъ Chabbert констатировалъ: параличъ п. abducentis, соединенный съ параличемъ всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii oculi utriusque въ наружныхъ мышцахъ глаза.

IX. *Наблюдение Brissaud* ³⁾.

Больной 17 л. воспитанникъ коммерческаго училища, вторично поражається paralysis totali et completa п. oculomotorii dextri. Въ первый разъ тождественное явленіе наблюдалось около 6 мѣсяцевъ назадъ. Параличныя явленія наступаютъ въ концѣ приступа жестокой правосторонней мигрени. Status praesens. Правое вѣко полуопущено. Движенія праваго глазного яблока отсутствуютъ. Правый зрачекъ значительно расширенъ. Аккомодация невозможна. Зрачковой рефлексъ отсутствуетъ. Въ лѣвомъ глазу сохранены всѣ функціи, но наблюдается diplopia во всѣхъ направленіяхъ.

¹⁾ Darquier. «De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire (migraine ophtalmoplégique de Charcot)». Th. de Paris. 1893.

²⁾ Chabbert. (Toulouse). Publications du Progrès médical 1895. Наблюденія Darquier и Chabbert'a цитирую по статьѣ J. B. Charcot (см. ниже)

³⁾ Brissaud. «Leçons sur les maladies nerveuses» (Salpêtrière, 1893 | 1894). Paris. 1895 p. 413—414.

Х. Первое наблюдение Karplus'a ¹⁾.

К. Т. 37 лѣтъ, жена токаря страдаетъ жестокими правосторонними мигренями съ 8 лѣтъ. За 6 мѣсяцевъ до того она перенесла травму (ударъ мачехи по правому виску). Больная упала тогда, потерявъ сознание, и нѣсколько дней пролежала въ постели. Съ тѣхъ поръ боли начали появляться разъ въ 3—6 мѣсяцевъ, продолжаясь по 5 дней. Особенно интенсивными онѣ оказывались въ теченіе первыхъ сутокъ, на слѣдующія—онѣ нѣсколько стихали, но зато опускалось правое вѣко; трое сутокъ спустя головная боль исчезала, а еще черезъ 2—3 дня исчезалъ и ptosis. Характеръ боли—глубокій, сверлящій, всегда правосторонній и очень жестокой дѣлалъ Т. въ эти періоды абсолютно неспособною къ труду. Волненіе легко вызывало приступы боли, особенно, когда время появленія ихъ и безъ того было близко. Съ теченіемъ времени приступы эти становились все чаще, а самыя боли все интенсивнѣе. По выходѣ больной замужъ ни одна изъ 3 беременностей не кончилась для нея благополучно: въ первый разъ пришлось накладывать щипцы (ребенокъ умеръ черезъ 3 мѣсяца), во второй и въ третій разъ наступали аборты (сначала на 4-мъ, а затѣмъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности), но, замѣчательное дѣло, въ теченіе беременностей у Т. не наблюдалось ни одного приступа ея болѣзни. Menstrua установились на 15-мъ году и не имѣли отношенія ко времени появленія припадковъ. По достиженіи больною 37 л., ptosis принялъ постоянный характеръ. Status praesens: средняго роста и нѣжнаго сложенія, но хорошо упитанная Т. производитъ впечатлѣніе тяжело-страдающаго субъекта. Ptosis dextra (до уровня нижняго края зрачка). Произвольно правое вѣко не поднимается. Глазное яблоко (правое) слегка выпячено кпереди, но подвижность его сохранена. Правый зрачекъ вдвое шире лѣваго и не реагируетъ на свѣтъ. Параличъ въ немъ аккомодациі. Глазное дно нормально. Лѣвый глазъ совершенно нормаленъ. Болевыя точки въ foramina supraorbitale и zygomatic. temporale. Гипестезія въ области первыхъ двухъ вѣтвей n. trigemini dextri. На головныя боли въ смыслѣ ихъ ослабленія прекрасно дѣйствуетъ antipyrin.

ХІ. Второе наблюдение Karplus'a ²⁾.

М. Д. 43 л. замужняя, принята въ клинику ¹⁶/VII 1890. Нѣтъ указанія на наслѣдственность. На 7-мъ мѣсяцѣ отъ рожденія у нея появилась рвота, а вслѣдъ за ней ptosis dextra, черезъ нѣсколько дней прошедшій. Эти явленія повторялись затѣмъ черезъ каждыя 2—4 недѣли. Когда ребенокъ сталъ говорить, онъ постоянно жаловался на головныя боли, отъ

¹⁾ Karplus. «Zur Kenntniss der periodischen Oculomotoriuslähmung». Wiener klinische Wochenschrift. 1895 № 50, 51, 52.

²⁾ Karplus. Ibidem.

которыхъ «глазъ выпадаетъ вонъ». Боли эти всегда правостороннія, съ продолжительностью отъ 3 до 4 дней, сопровождались правостороннимъ же птозомъ, исчезающимъ, приблизительно, на 6-й день. Боли эти не давали спать и появлялись черезъ каждыя 4 недѣли. На 19-мъ году lues. Сифилитическая инфекция и ртутная терапия остались безъ вліянія на теченіе болѣзни. Съ 20 л. ptosis dextra болѣе уже не исчезаетъ, приступы болѣзни становятся все интензивнѣе и сопровождаются иной разъ exophthalmos. Въ 1889 г. у больной были констатированы симптомы прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, который, годъ спустя, и привелъ ее къ помѣщенію въ психіатрическую клинику. Здѣсь, помимо признаковъ душевнаго заболѣванія, были отмѣчены также: ptosis dextra, mydriasis dextra, свѣтовая неподвижность праваго зрачка, ограниченіе движенія праваго глазного яблока вверхъ, книзу и внѣ и нѣкоторое выпячиваніе его впереди. ¹⁴/vni exitus laetalis. При аутопсіи, кромѣ измѣненій характерныхъ для paralysis progressiva alienorum (periencerphalitis), была найдена также нейрофиброма, помѣщавшаяся на dura mater на правой сторонѣ основанія черепа и окружавшая со всѣхъ сторонъ стволъ n. oculomotorii dextri. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что болѣшая часть волоконъ нерва была разщипана и уничтожена этой опухолью; извѣстная часть ихъ оказалось лежащею внутри ея самой. Волокна представляли сильную степень дегенерации, ослабѣвавшей въ центральномъ направленіи. Срѣзы, окрашенные по методу Weigert - Pahl'я, показали присутствіе измѣненій даже въ ядрѣ n. oculomotorii d., представлявшемъ изъ себя «свѣтлый бликъ», но измѣненія эти касались только волоконъ, тогда какъ нервныя клѣтки не были затронуты болѣзненнымъ процессомъ.

XII. Наблюденіе Ballet ¹⁾.

У больного въ 6-й разъ наблюдаются приступы головныхъ болей, осложняемыхъ параличными явленіями въ правомъ глазу. Первый приступъ такого рода былъ на 15-мъ году отъ рожденія и длился 3 мѣсяца; 2-й наступилъ черезъ 8 лѣтъ послѣ перваго и продолжался 2 мѣсяца; 3-й черезъ 7 лѣтъ послѣ втораго, длился 3 мѣсяца; 4-й черезъ 2 года послѣ третьяго, длился тоже 3 мѣсяца; 5-й черезъ годъ послѣ четвертаго, длился мѣсяць, наконецъ 6-й, наблюдаемый въ данную минуту, наступилъ черезъ 4 года послѣ пятаго и длится теперь четвертый мѣсяць. Съ 8 л. больной подверженъ мигренямъ, но раньше онѣ не осложнялись параличами глазныхъ мышцъ. Между двумя послѣдними взрывами болѣзни оставалась diplopia. Головная боль появляется обыкновенно за 8 дней до паралича и не исчезаетъ съ наступленіемъ послѣдняго, она не отвѣчаетъ въ точности ходу V-й пары черепныхъ нервовъ; кромѣ того она глубже, диффузнѣе

¹⁾ Ballet. «La migraine ophthalmoplégique». La médecine moderne 1896. ЖЕ 18, 19.

и сильнѣ послѣдней и сопровождается тошнотой и рвотой, а, иной разъ, слюнотеченіемъ и ощущеніемъ яри—мѣдянки во рту. Въ началѣ боль локализируется непосредственно надъ лѣвой глазницей, спустя день или два, переходитъ на правую глазницу, а затѣмъ на темя. Продолжительность періода головной боли отъ 8 дней до мѣсяца. Status praesens. Больному 37 л., онъ сифилитикъ, но сифилисомъ заразился всего лишь 8 лѣтъ назадъ. Симптомы болѣзни: ptosis dextra; strabismus divergens oculi dextri; абсолютная невозможность двигать правымъ глазомъ кнутри, а также кверху+кнаружи; ограниченіе объема движенія книзу и кверху; diplopia; Правая бровь приподнята отъ постоянныхъ усилій больного раскрыть пораженный глазъ; правый зрачекъ расширенъ, плохо, но все же реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию съ конвергенціей. Легкая степень exophthalmi dextri. Глазное дно нормально.

XIII. Наблюдение J. B. Charcot ¹⁾.

Больная 41 г., швея (отецъ алкоголикъ, мать женщина со странностями). Головные боли появились на 17 году (въ періодъ первой менструаціи) и длились съ краткими ремиссіями и ожесточеніями 6 мѣсяцевъ. Затѣмъ слѣдуетъ періодъ абсолютнаго здоровья до 31-го года, когда у больной была діагносцирована fibroma uteri. Еще черезъ 7 лѣтъ внезапныя жестокия головныя боли съ преимущественной локализацией въ лѣвой половинѣ головы, но ощущаемыя также и на остальномъ ея протяженіи, которыя длились 8 дней, не сопровождаясь ни тошнотой, ни рвотой. Послѣ внезапныхъ болей внезапная же diplopia въ зависимости отъ пораженія n. abducentis sin. (по диагнозу окулиста), а еще черезъ 15 дней ptosis sin. и отсутствіе движеніе въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ. Явленія паралича n. oculomotorii sin. прошли у больной черезъ 15 дней, а n. abducentis sin. черезъ 8 мѣсяцевъ. Ослабленныя головныя боли существовали въ теченіе всего періода паралича. По истеченіи послѣдняго—двухлѣтній періодъ абсолютнаго здоровья. Затѣмъ вновь наступаютъ головныя боли, на этотъ разъ правостороннія, но безъ рвоты и тошноты, а, черезъ 2 дня, къ нимъ присоединяются ptosis dextra и diplopia при смотрѣніи кверху. Головные боли длятся 4 мѣсяца, а офтальмоплегія около года. Черезъ 10 мѣсяцевъ съ момента появленія офтальмоплегии въ правомъ глазу къ ней присоединяются paresis n. abducentis sin., предшествуемый не сильной кратковременной головной болью. Въ это время у больной констатированы: ptosis dextra, paralysis m. recti supérieurs dextri et paralysis totalis n. abducentis sin. Еще черезъ 2 мѣсяца больная поступила въ La Salpêtrière со слѣдующими симптомами: paresis n. abducentis sin., легкій правосторонній птозъ и рѣзко выраженный параличъ m. recti interni, m. recti inferioris et m. obliqui

¹⁾ J. B. Charcot. «Contribution à l'étude clinique de la migraine ophtalmoplégique». Revue neurologique 1897. № 8 p. 217—222.

inferioris на правой сторонѣ; неравенство зрачковъ (правый уже); ослабленіе свѣтовой реакціи въ лѣвомъ зрачкѣ и отсутствіе ея въ правомъ. Аккомодация и глазное дно нормальны. Жалобы на ревматическія боли (мышечныя и суставныя), а также и на диффузныя боли въ головѣ. Ни при объективномъ, ни при субъективномъ изслѣдованіи больной нельзя было найти указанія на syphilis, alcoholismus и tabes dorsalis. Сферы движенія и чувствительности (за исключеніемъ отмѣченнаго выше), а также и внутренніе органы оказались совершенно нормальны. По истеченіи мѣсяца лѣченія препаратами брома изъ числа всѣхъ, отмѣченныхъ выше симптомовъ, оставались только: параличъ m. recti superioris dextri и рефлекторная неподвижность праваго зрачка.

XIV. *Наблюдение Bouchaud* ¹⁾.

Больная 61 годъ. Съ 12 лѣтъ она страдаетъ мигренями (вульгарною формой), которыя прекратились къ 30 годамъ. Черезъ 2 года послѣ того правосторонняя невралгія, длившаяся 15 дней. Съ тѣхъ поръ частыя головныя боли, ничего общаго съ мигренью не имѣющія. Мигрень возобновилась, однако, по достиженіи больною 59 лѣтняго возраста. Локализация ея: лѣвый високъ, лѣвый глазъ и лѣвая половина лба. Мигрень появилась съ ранняго утра и прогрессивно въ теченіе дня увеличивалась въ своей интенсивности; около полудня наступила рвота, а около 8 часовъ вечера, когда головная боль достигла своего аста, появилась и diplopia. Ночь больная провела хорошо и проснулась на слѣдующее утро съ совершенно свободной отъ боли головой, но за то лѣвое вѣко уже не открывалось и движенія въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ отсутствовали. Съ тѣхъ поръ пришло 18 мѣсяцевъ. Больная ни разу не испытывала за это время головной боли приступами и явленія паралича начали сглаживаться; послѣдній выраженъ, впрочемъ, очень ясно и въ данную минуту.

XV. *Наблюдение Coutouzis* ²⁾.

Больному 27 л. 2 года назадъ онъ впервые испыталъ жестокую боль сначала въ области правой скулы, а затѣмъ въ области правой глазицы и праваго виска. Боль длилась 3 мѣсяца. Съ тѣхъ поръ нестерпимая съ локализацией постоянно на правой сторонѣ боль эта не однократно проявлялась приступами черезъ краткіе (10—12 дневные) промежутки времени.

¹⁾ Bouchaud. «Un cas de migraine ophtalmoplégique». Presse médicale. 1897 № 34 p. 190.

²⁾ Coutouzis. «Nouvelle observation d'un cas de migraine ophtalmoplégique». Journal de médecine et de chirurgie pratiques 1897, 25 Avril. 8-e cahier p. 308. Статьи Bouchaud и Coutouzis цитирую по рефератамъ Feindel'я: Revue neurologique 1897, № 9. p. 257.

сопровождалась рвотой и фотофобией и продолжалась отъ нѣсколькихъ дней до недѣли. Ptosis и diplopia была слѣдствіемъ этихъ приступовъ. Одинъ изъ нихъ наблюдался годъ назадъ въ больницѣ: почти внезапно безъ всякой видимой причины молодой человѣкъ сталъ испытывать въ области темени и глазницы жестокую боль, иррадіировавшую затѣмъ въ области n. trigemini d. Боль сопровождалась тошнотой, рвотой, свѣтобоязнью и легкимъ слюнотеченіемъ. Этотъ періодъ длился 48 часовъ, а затѣмъ наступилъ параличъ m. oculomotorii et trochlearis, прошедшій черезъ 12 сутокъ. Въ теченіе послѣдовавшаго за приступомъ года болѣзнь настолько развилась, что можно говорить о переходѣ «періодической формы» въ «постоянную съ періодическими ожесточеніями». Лѣченіе хициномъ осталось безъ результата.

XVI. Наблюденіе Клячкина ¹⁾).

Больной 15 лѣтъ. Отецъ ея потаторъ (смерть отъ apoplexiae cerebri), мать въ молодости страдала головными болями. Сама больная съ дѣтства страдаетъ ими, также какъ и приступами перемежающейся лихорадки. Боли усилились 2 года назадъ (послѣ первой же менструаціи) и сопровождаются теперь тошнотой и рвотой. Характеръ болей—ломота, особенно въ лѣвомъ глазу. Начинаясь съ лѣвой стороны, боли переходятъ за тѣмъ на всю голову. 2 недѣли назадъ послѣ приступа головной боли и лихорадки наступило опущеніе лѣваго вѣка. Больная небольшого роста, слабаго сложенія, съ блѣдной окраской кожи и слизистыхъ оболочекъ. Ptosis sin., strabismus divergens oc. sin., mydriasis sin., рефлекторная неподвижность лѣваго зрачка; diplopia; болевая и тактильная анестезія въ области 1-й вѣтви n. trigemini sin. Глазное дно нормально. Селезенка увеличена и болѣзненна. Боль въ лѣвомъ вискѣ; головокруженіе; общая слабость. Истерическихъ стигматъ нѣтъ. Теченіе болѣзни обнаружило зависимость появленія и обостренія головныхъ болей отъ маляріи: при перемѣнѣ маляріей мѣстности на болѣе здоровую и при пріемѣ внутрь хицина, головныя боли и парализирующія явленія исчезали, при обратныхъ условіяхъ появлялись вновь.

XVII. Наблюденіе Барабашева ²⁾).

В. Н., 23 л., студентъ Университета. Въ семьѣ есть указаніе на нервныя и душевныя заболѣванія и на скрофулезъ. Съ 10 лѣтъ больной подверженъ головнымъ болямъ, черезъ 4 года послѣ перваго появленія пріобрѣтшимъ правильнымъ періодическимъ характеръ (каждый мѣсяць). Характеръ боли—давленіе въ правомъ вискѣ, въ правой надбровной области,

¹⁾ Клячкинъ «Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва». Неврологическій Вѣстникъ 1897. Т. V вып. I.

²⁾ Барабашевъ. »Рецидивирующий параличъ глазодвигательнаго нерва». Русскій Медицинскій Вѣстникъ 1898 № 3 стр. 1—10.

во внутреннемъ углу правой глазницы и правомъ глазномъ яблокѣ. Сила боли столь велика, что больной не можетъ воздерживаться отъ стоновъ и крика; одновременныя съ болью явленія — запоры, тошнота и рвота; длительность боли 2—3 дня; въ промежуткахъ между приступами боли — абсолютное здоровье. Въ это время врачами обнаружены: малокровіе, катарръ желудка и малярія. 3 года назадъ послѣ жестокой головной боли, длившейся 4 дня, наступилъ параличъ п. oculomotorii dextri, прошедшій черезъ $3\frac{1}{2}$ мѣсяца. Черезъ годъ параличъ этотъ возобновился (тоже послѣ цефалеи) и длился 2 мѣсяца; еще черезъ 8 мѣсяцевъ вновь появился приступъ болѣзни, причемъ авторъ констатировалъ: ptosis incompleta dextra, ослабленіе подвижности праваго глаза кверху, книзу и кнутри, strabismus divergens oculi dextri, diplopia при приподнятій вѣка, венозную гиперемію обоихъ сосковъ nn. optico-rum съ легкимъ ступенькиваніемъ ихъ границъ сверху, снизу и снутри и анемическіе шумы въ сердцѣ и въ яремныхъ венахъ. Острота зрѣнія праваго глаза выше 1,0; лѣваго = 1,0 (есть нормальный As). Поле зрѣнія, цвѣтоощущеніе и tonus глаза нормальны. Субъективныя жалобы сводились къ общей слабости, ослабленію памяти, легкой утомляемости, раздражительности, къ головнымъ болямъ, шуму въ ушахъ, къ одышкѣ и къ потерѣ аппетита. Изслѣдованіе больного, произведенное проф. общей патологіи Ренревымъ, показало уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (oligocythaemia), причемъ нѣкоторыя изъ нихъ были обезцвѣчены благодаря выхожденію гемоглобина, съ ясностью наблюдавшемуся подъ микроскопомъ; кромѣ того, при нанесеніи раненія на палецъ кровь текла долго и не свертываясь (hypolbuminosis); кромѣ того отмѣнены были: ненормальный характеръ броженія въ тонкихъ и въ толстыхъ кишкахъ; одышка и стремленіе глубоко вдохнуть при покоѣ. Почти черезъ годъ послѣ перваго своего наблюденія, авторъ констатировалъ возобновленіе приступа, но съ такими тяжкими общими явленіями, что онъ созвалъ consilium. Со стороны глазъ въ это время констатированы были: ptosis d. completa, неподвижность праваго яблока, mydriasis d., параличъ аккомодации. Лицо было красное: arteria temporalis d. была налита и сильно пульсировала, чувствительность оказалась не затронутой. Сопутствующія параличу общія явленія прошли черезъ 8 дней, а собственно параличныя черезъ $3\frac{1}{2}$ мѣсяца. Лѣто больной провелъ на Кавказѣ. На консультационномъ листкѣ, подписанномъ 9-ю врачами въ Эсентукахъ, поставленъ былъ слѣдующій діагнозъ: anaemia; prosopalgia; paresis p. oculomotorii dextri (angioneurosis).

XVIII. Наблюденіе Бехтерева¹⁾.

Б. дѣвица 22., лѣтъ средняго роста, хорошаго сложенія. Нѣтъ указанія на нервное предрасположеніе. Въ дѣтствѣ была перенесена скарлатина

¹⁾ Бехтеревъ. «Двусторонній періодически обостряющійся параличъ глазныхъ мышцъ съ своеобразными колебаніями въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ». Неврологическій Вѣстникъ 1898. Т. VI. вып. 2, 169—181.

съ правостороннимъ гнойнымъ отитомъ и послѣдовательнымъ менингитомъ; послѣ этого констатировано было ослабленіе слуха (справа нѣсколько сильнѣе). Сифилисомъ больная не страдала; истерическихъ стигматъ нѣтъ. 3 года назадъ—травма черепа (ударъ лбомъ объ уголъ двери) безъ поврежденія кожныхъ покрововъ. Черезъ 10—14 дней послѣ травмы наступила diplopia не во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія, а въ концѣ того же года Б. начала испытывать затрудненіе при приподнятій вѣкъ. Въ началѣ слѣдующаго года diplopia была уже во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія и ptosis усилилась. По діагнозу окулиста у больной былъ отмѣченъ въ это время paresis m. recti superioris oc. sin., а еще черезъ 2 мѣсяца—paresis m. recti interni, неполный ptosis oculi utriusque, небольшая гиперемія обоихъ сосковъ и нерѣзкость ихъ контуровъ. Поле зрѣнія, цвѣтоощущеніе и зрачки были нормальны; V. o. d. $\frac{20}{xx}$; V. o. s. $\frac{20}{xxx}$; аккомодация нормальна, рефракція E.; paresis m. recti externi oculi utriusque; vertigines, nausea, боль и тяжесть въ головѣ. Въ теченіе цѣлаго года наблюдалось то ослабленіе, то усиленіе болѣзненныхъ симптомовъ независимо отъ примѣнявшейся терапіи. Въ слѣдующемъ году вначалѣ наблюдалось улучшеніе состоянія больной, но затѣмъ оно вновь ухудшилось. Въ моментъ изслѣдованія больной авторомъ констатированы были слѣдующіе симптомы: ptosis oculi utriusque incompleta, ограниченіе подвижности глазъ (особенно праваго вверхъ), diplopia. Пониженіе слуха. Общая гиперестезія. Легкое повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Поле зрѣнія и реакція зрачковъ нормальны. Внутренніе органы нормальны. Особенность больной: глаза ея могутъ открываться, если она не обращаетъ на это вниманія и тотчасъ же закрываются при обратномъ условіи, причемъ никакія усилія раскрыть глазъ уже не достигаютъ цѣли. Авторъ отмѣчаетъ благоприятное вліяніе на болѣзненный процессъ ртутныхъ фрикцій, между тѣмъ какъ всѣ остальные средства (пилокарпинъ, іодистый калий, мушки, гальванизация) оставались безъ результата, и совѣтуетъ меркуріальное лѣченіе даже въ тѣхъ случаяхъ патологическаго процесса, гдѣ нѣтъ сифилитической инфекціи, лишь бы были на лицо слѣды хроническаго воспаленія.

XIX. Первое наблюденіе Schmidt-Rimpler'a ¹⁾.

Крѣпкій и здоровый мужчина 39 л., не сифилитикъ, въ 3-й разъ поражается параличемъ лѣваго глазодвигательнаго нерва. Первый приступъ болѣзни явился 6 лѣтъ тому назадъ и выражался diplopia при взгладѣ вверхъ, парезомъ аккомодации и расширеніемъ зрачка; 2-й приступъ былъ годъ тому назадъ, излѣченіе произошло въ 4 недѣли; наконецъ 3-й приступъ, наблюдавшійся авторомъ, произошелъ въ іюлѣ 1891 г.; тутъ кон-

¹⁾ «Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten». Wien 1893. Русск. перев. Москва 1900 г.

статированы были: mydriasis sinistra, paresis accommodationis et paresis m. m. recti interni et recti inferioris. Зрачокъ абсолютно не реагировалъ на конвергенцію и очень слабо на свѣтъ. Въ теченіе слѣдующихъ затѣмъ 20 дней параличныя явленія значительно ослабли и на лицѣ оставались лишь слабый парезъ m. recti inferioris и расширение зрачка. Въ сентябрѣ 1893 г. былъ 4-й приступъ болѣзни, о которомъ авторъ знаетъ лишь со словъ пациента; онъ выражался полнымъ параличемъ всего лѣваго глазодвигат. нерва. Полное выздоровленіе наступило черезъ 6 недѣль. Въ предшествовавшихъ промежуткахъ между приступами наблюдались ослабленныя явленія паралича, но послѣ 4-го приступа явленія эти уже не могли быть констатированы авторомъ. За самое послѣднее время больной подверженъ приступамъ тоски и испытываетъ часто головокруженіе. Въ семьѣ его никто не страдалъ мигренью. Замѣчательно, что и у самого больного ни до приступовъ паралича, ни въ теченіе послѣднихъ, ни, наконецъ, въ промежуткахъ между приступами никогда не наблюдалось головной боли. Иодистый калий, по мнѣнію автора, всемъ приносилъ пользу.

XX. Второе наблюдение Schmidt-Rimpler'a ¹⁾.

Женщина 22-хъ лѣтъ, хорошаго питанія и крѣпкаго сложенія съ 16 лѣтъ подвержена приступамъ паралича лѣваго глазодвигателя. Въ первый разъ онъ наступилъ безъ предшествовавшей головной боли и выражался двоеніемъ предметовъ и расходящимся косогласіемъ, по поводу котораго была произведена перерѣзка сухожилия m. recti externi dextri. 2 года назадъ былъ второй приступъ, съ полнымъ параличемъ oculomotorii sin., начавшійся трехъ-дневными лѣвосторонними головными болями, нѣсколько ослабѣвшими къ моменту появленія паралича и исчезнувшими окончательно черезъ нѣсколько недѣль. Что касается паралича, то черезъ 3 недѣли замѣтно было явственное улучшеніе, а черезъ 6 недѣль наблюдались только умѣренные парезы. Во время 3-го приступа болѣзни авторъ констатировалъ полный параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго глазодвигателя. За нѣсколько дней до этого приступа пациентка испытывала сильныя боли въ лѣвой ¹/₂ головы, на лицѣ и позади лѣваго глаза. Черезъ 5 недѣль, считая съ момента появленія паралича, начали наблюдаться первыя отдѣльныя движенія глаза, а еще черезъ нѣсколько недѣль все пришло къ нормѣ. Четвертый приступъ болѣзни произошелъ черезъ 4 года послѣ третьяго, когда больной было 26 лѣтъ. Онъ начался, какъ и 2 предыдущихъ съ сильной лѣвосторонней головной боли и представлялъ затѣмъ картину полного паралича n. oculomot. sin. Черезъ 8 недѣль отъ этого паралича оставался лишь простой парезъ. Наконецъ, пятый приступъ страданія наступилъ черезъ годъ послѣ четвертаго; начался онъ, какъ и раньше, лѣвосторонними болями,

¹⁾ Ibidem. loco citato.

уменьшившимися, но не исчезнувшими окончательно къ моменту появленія паралича. Одновременно съ болями паціентка испытывала неприятыя ощущенія на лѣвой сторонѣ во время жеванія, а вслѣдствіе катарра средняго уха у нея наблюдалось также и ухудшеніе слуха, болѣе рѣзко, впрочемъ, выраженное справа. Черезъ 8 недѣль подъ вліяніемъ электротерапіи глазъ открылся и сталъ подвижнѣе, но даже черезъ 7 мѣсяцевъ отъ начала приступа можно было отмѣтить: парезъ сфинктора, незначительный птозъ, легкій парезъ аккомодациі и внѣшней мускулатуры глаза и отсутствіе свѣтовой реакціи зрачка. Nn. trochlearis et abducens и дно глаза нормальны. Болѣзненно давленіе въ верхне-внутреннемъ углу лѣвой орбиты. Вѣроятная причина болѣзни въ данномъ случаѣ простуда. Во время приступовъ больная съ помощью платка старалась согрѣвать лѣвую $\frac{1}{2}$ головы. Головные боли наблюдались у нея еще до перваго взрыва страданія, а сейчасъ онѣ наступаютъ, приблизительно, черезъ каждые 2—4 дня и длятся около сутокъ.

XXI. Наблюденіе Demicheri ¹⁾.

N. N. 70 лѣтъ, крѣпкаго сложенія и спокойнаго темперамента, не переносила никакого серьезнаго страданія и не представляетъ никакого признака наслѣдственности; она часто бывала подвержена довольно сильнымъ головнымъ болямъ, безъ опредѣленной, правда, локализациі. 6 лѣтъ назадъ послѣ сильной боли въ лѣвой половинѣ головы, съ рѣдкими ремиссіями, длившейся цѣлыя сутки, у больной наступилъ парезъ въ области n. facialis sin., а еще черезъ 2 дня лѣвый глазъ былъ отклоненъ вверхъ; кромѣ того наступилъ параличъ m. orbicularis orbitae sin., вслѣдствіе чего больная абсолютно была не въ состояніи закрывать лѣвый глазъ. Отклоненіе послѣдняго вверхъ было столь велико, что, по словамъ родственниковъ нашей паціентки, нельзя было видѣть лѣваго зрачка. Головные боли существовали еще въ теченіе мѣсяца безъ колебаній въ своей интензивности. Черезъ 5 лѣтъ, въ теченіе которыхъ наша паціентка испытывала лишь болѣе или менѣе диффузныя головныя боли, у нея вновь появилась жестокая мигрень съ локализацией въ правой половинѣ головы (преимущественно въ глубинѣ орбиты и въ надбровной области, откуда боль иррадіировала въ затылочную область и въ lig. nuchae); боль длилась цѣлыя сутки и сопровождалась тошнотой. Черезъ 6 дней послѣ боли наступили ptosis dextra et diplopia. Головные боли прекратились черезъ 6 дней. Въ день перваго своего изслѣдованія, авторъ отмѣтилъ у своей больной слѣд. симптомы: ptosis dextra completa, невозможность по произволу поднять правое вѣко (зато приподнята правая бровь), правое глазное яблоко отклонено наружи и нѣсколько книзу и дѣлаетъ движенія лишь въ направленіи

¹⁾ Demicheri. «Migraine ophthalmoplégique alternante». La clinique ophthalmologique ²⁵/ix 1899 № 18 p. 205—208.

функций *nn. abducentis et trochlearis*; правый зрачекъ расширенъ, не реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию; среды глаза и дно его нормальны. Всѣ болѣзненные симптомы исчезли черезъ 2 мѣсяца. Въ слѣдующемъ (1899) году вновь появляются боли съ локализацией въ лѣвой половинѣ головы, сопровождающіяся тошнотой. Къ вечеру второго дня, считая съ момента ихъ появленія, наступаютъ *ptosis sin. et diplopia*; боли держатся послѣ того еще нѣсколько часовъ и, постепенно стихая, сходятъ на нѣтъ, параличныя же явленія со дня на день усиливаются и *ptosis* уже черезъ 10 дней становится *completa*. Кромѣ *ptoseos sin.* констатируются явленія пареза во всѣхъ мышцахъ, иннервируемыхъ *n. oculomotorii sinistro*. Глазное дно и зрѣніе нормальны. Просуществовавъ 10 дней, *ptosis* началъ уменьшаться, а еще черезъ 12 дней вѣкъ почти уже совершенно пришелъ къ нормальному своему состоянію, но ограниченіе объема движенія въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ продолжало еще существовать, хотя и въ меньшей степени; существовала также и *diplopia*.

XXII. Наблюденіе Troemner'a¹⁾.

38-лѣтняя вдова, мать и сестра которой уже раньше страдали головными болями, на 22-мъ году отъ рожденія начинаетъ испытывать головныя боли, появляющіяся то на правой, то на лѣвой сторонѣ головы. Боли эти возобновляются ежедневно, часто съ покраснѣніемъ и опуханіемъ щекъ и прекращаются послѣ долгаго, продолжительнаго сна. Съ теченіемъ времени больная начинаетъ испытывать судорожныя сокращенія въ *nn. orbicularis orbitae et oris* и сверканіе въ глазахъ, какъ бы отъ «серебрянныхъ точекъ»; рѣже и то только послѣ очень уже жестокой боли у нея наступаютъ тошнота и рвота. Она обратилась за помощью къ какому то шарлатану, который, мнилось ей, и отдалилъ эти боли на 5-лѣтній періодъ времени вплоть до 1899 г., когда ей пришлось сдѣлаться вдовой. Душевное волненіе, испытанное нашей націенткой подъ вліяніемъ смерти мужа, вновь повлекло за собою головныя боли, къ которымъ присоединились также: приливы крови къ головѣ, бессонница и тошнота. Черезъ нѣсколько дней послѣ того больная стала замѣчать появленіе крови въ выдѣленіяхъ носа во время сморканія, а еще черезъ 2—3 дня она неясно начала видѣть правымъ глазомъ,—зрачекъ въ послѣднемъ оказался расширеннымъ. Постепенно головная боль начала затихать, но еще черезъ 14 дней отъ начала ея появленія наша націентка испытывала при чтеніи боли въ правомъ глазу. Результатъ изслѣдованія, произведеннаго авторомъ, совместно съ окулистомъ д-ромъ Franke, былъ слѣдующій: въ лѣвомъ глазу отмѣчается лишь слабая степень міопіи,—въ правомъ же очень рѣзкое, почти максимальное, расширеніе зрачка; отсутствіе реакціи на свѣтъ и на конверген-

¹⁾ Troemner. Ophthalmoplegia interna bei «Migraine ophtalmoplégique». Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1899. October, s. 577—580.

цію; аккомодация почти выровнялась до нормы; колѣнные рефлексы оживлены; нервы, въ мѣстахъ своего выхода, чувствительны къ давленію.

XXIII. Первое наблюдение Стржеминскаго ¹⁾).

Помѣщикъ въ общемъ здоровый, но изъ артритической семьи и имѣющій сестру, одержимую мигренью, съ самаго дѣтства страдаетъ мигренью, наступающею черезъ каждыя 7—10 дней. Мигрень эта длится сутки и локализуется въ лѣвой половинѣ головы. Съ 30-лѣтняго возраста она замѣняется на нѣкоторое время головокруженіемъ, часто со рвотой, но затѣмъ вновь появляется.

На 37 году послѣ приступа такой мигрени наступилъ парезъ всѣхъ вѣтвей лѣваго глазодвигателя, за исключеніемъ вѣточки *ad musculum levat. palp. sup.* Парезъ длится 5 сутокъ, а, спустя 2 недѣли, онъ повторился и длился на этотъ разъ 4 дня. Съ тѣхъ поръ съ перерывами отъ 2 недѣль до 4 мѣсяцевъ приступы повторяются, сначала представляя явленія парезовъ, а затѣмъ и параличей всѣхъ вѣтвей *n. oculom. sin.* и продолжаясь отъ 3 до 19 дней. Въ промежуткахъ между приступами паралича наблюдались приступы мигрени съ такими же между собой перерывами, какъ и приступы паралича.

XXIV. Второе наблюдение Стржеминскаго ²⁾).

М. Д. 19 л. Наблюденіе ¹⁶/л 99 г. Ptosis sin. completa; strabismus oc. s. divergens; почти полное отсутствіе подвижности кнутри, кверху и книзу; перекрестная diplopia (ложное изображеніе выше истиннаго и верхнимъ концомъ наклонено кверху, причемъ наклоненіе увеличивается при передвиженіи предмета кверху и уменьшается при удаленіи книзу); умѣренное расширеніе зрачка; отсутствіе реакціи на свѣтъ и на конвергенцію; среды и дно глаза, поле и острота зрѣнія нормальны. Начался приступъ ¹²/I (утромъ, при пробужденіи), съ жестокой лѣвосторонней головной боли, тошноты, рвоты, общаго недомоганія, частыхъ знобовъ, потери аппетита и бессонницы; къ ¹⁵/I явленія эти исчезли, давая мѣсто параличу, длившемуся 17 сутокъ (весь приступъ длился 20 сутокъ). Описаннаго типа взрывы болѣзни раньше были 2 раза: въ 1896 г. (когда больной было 16 лѣтъ) и въ 1897 г. (17 л.). 4-й приступъ, длившійся 19 дней (4 сутокъ боли и 15 параличей), наступилъ ²/XI 1899 г. Всего больная перенесла 4 приступа болѣзни; промежутокъ между первымъ и вторымъ длился 15 мѣсяцевъ, между вторымъ и третьимъ 14 мѣсяцевъ, между 3-мъ и 4-мъ

¹⁾ Врачъ 1900 г. ЖЕ 34 и 35. «Случай возвратнаго паралича глазодвигательнаго нерва».

²⁾ Ibidem. Loco citato.

девять мѣсяцевъ; длительность каждого изъ первыхъ двухъ приступовъ равнялась 2 недѣлямъ.

Больная хорошаго сложенія и питанія. Menses установились съ 15 л. Нѣтъ указанія на конституціональныя болѣзни. Дѣдъ больной (со стороны матери) страдалъ мигренями.

Въ заключеніе нашей краткой историко-литературной справки приводимъ здѣсь еще 2 случая возвращающагося паралича п. oculomotorii, представляющихъ уже собственные наши наблюденія надъ этимъ страданіемъ.

I. А. М., крестьянка Казанскаго уѣзда, 23 л., незамужняя, явилась въ Казанскую клинику нервныхъ болѣзней въ Сентябрѣ 1899 г. При наружномъ изслѣдованіи больной констатированъ былъ двусторонній птозъ, рѣзко выраженный на правой сторонѣ и почти выровнявшійся до нормы, но все же замѣтный, и на лѣвой сторонѣ; зрачки были равномѣрны, нормальный ширины и хорошо реагировали какъ на свѣтъ, такъ и на аккомодацию съ конвергенціей; движенія глазныхъ яблоковъ не были ограничены въ своемъ объемѣ и совершались легко, но зато при движеніи наблюдался легкій нистагмъ въ горизонтальномъ направленіи. Изслѣдованіе рефлексовъ, состоянія тазовыхъ органовъ, чувствительности (общей и органовъ высшихъ чувствъ), сферы произвольнаго движенія дало отрицательный результатъ. Нѣтъ никакого указанія на тяжелую наслѣдственность и на истерію,—нѣтъ и lues'a, какъ это выяснило изслѣдованіе, произведенное въ клиникѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Перкуссія черепа и нажатіе на нервные стволы безболѣзненны. Больная рассказываетъ, что ptoxis появляется у нея теперь вторично: въ первый разъ онъ появился 5 лѣтъ тому назадъ и также, какъ и теперь, наблюдался на обоихъ глазахъ, но появился одновременно, захвативъ одинъ глазъ на сутки раньше, нежели другой. Ptoxis существовалъ въ теченіе недѣли, а затѣмъ въ теченіе недѣли уже наступило *restitutio ad integrum*. Во второй разъ тождественныя явленія наступили мѣсяць тому назадъ, но на этотъ разъ имъ предшествовала и ихъ сопровождала сильная головная боль въ формѣ ломоты, локализовавшаяся въ лѣвой половинѣ лба. Когда именно прекратилась эта боль, наша пациентка не указываетъ, но въ моментъ посѣщенія ею клинической амбулаторіи, боль эта ею уже не испытывалась.

П. Д. А., дочь священника, учительница народной школы, 22 лѣтъ, незамужняя, явилась въ Казанскую клинику нервныхъ болѣзней 4-го Марта 1900 г. съ жалобой на опущеніе лѣваго вѣка, наступившее вслѣдъ за жестокой головою болью. Справка изъ клиники глазныхъ болѣзней, куда предварительно обратилась за помощью больная, гласила слѣдующее: „у предъявительницы неполное пораженіе п. oculomotorii sinistri, а частью и п. abducentis sinistri; зрѣніе нормально, хотя papillae и гиперэмпированы“. Д. А. происходитъ изъ совершенно здоровой семьи: нѣтъ никакого указанія на нервныя и на душевныя страданія, на алкоголизмъ, наконецъ на хроническія конституціональныя заболѣванія (lues, tuberculosis) ни у ея родителей, ни вообще у кого либо изъ ея ближайшихъ родственниковъ ни, наконецъ, у самой больной. Больная утверждаетъ лишь, что на 17-мъ году отъ рожденія она страдала правосторонней мигренью, длившейся обыкновенно въ теченіе сутокъ и являвшейся 2 раза въ мѣсяцъ. Мигрень эта иной разъ сопровождалась тошнотой, но никогда не влекла за собою рвоты. Мигрень просуществовала около года; черезъ 2 года вновь появились жестокія головныя боли, съ локализацией на правой сторонѣ, длившіяся 2 мѣсяца и ожесточавшіяся по вечерамъ. По ихъ исчезновеніи больная начала замѣчать двоеніе въ глазахъ: когда она глядѣла прямо передъ собою, то каждый предметъ ей казался вдвойнѣ, притомъ одно изображеніе помѣщалось выше, другое ниже,—оба оказывались всегда другъ другу параллельными. Въ теченіе 3 сутокъ (считая съ момента прекращенія болей) правый глазъ больной отвело кнаружи. Д. А. утверждаетъ, что не могла во всѣхъ направленіяхъ двигать правымъ глазомъ, но что въ это время вѣко не опускалось и зрачки были равномѣрны. Паралитчныя явленія въ правомъ глазу существовали около мѣсяца, а затѣмъ постепенно сошли на нѣтъ. Въ Декабрѣ 1899 г. послѣ сильнаго горя (смерть отца) медленно и постепенно начало опускаться лѣвое вѣко. Головныхъ болей Д. А. не испытывала ни передъ появленіемъ ptoseos, ни первое время послѣ его появленія. Опущеніе вѣка длилось 2 недѣли и за это время послѣднее достигло уровня середины зрачка; въ такомъ полуопущенномъ состояніи оно оставалось тоже въ теченіе 2 недѣль, а затѣмъ въ теченіе недѣли оно выровнялось до нормы. Въ это время Д. А. испытывала въ пораженномъ вѣкѣ ощущеніе жара и боли, но красноты не было. 3 недѣли спустя наша паціентка начала испытывать силь-

ныя сердцебіенія и боли около внутренняго угла лѣваго глаза. Одновременно съ появленіемъ этихъ болей начало опускаться лѣвое вѣко, которое въ теченіе 2 сутокъ совершенно закрыло глазъ. Status paraesens. Ptoxis sin. completa. Mydriasis sin. Движенія лѣваго глаза во всѣхъ направленіяхъ ограничены, а внутри отсутствуютъ. Лѣвый зрачекъ почти не реагируетъ на свѣтъ и очень плохо на аккомодацию съ конвергенціей. Въ области 1-й вѣтви n. trigemini sin. констатируется болевая и тактильная гипѣстезія. Нажатіе на нервные стволы безболѣзненно, также какъ и перкуссія черепа. За исключеніемъ вышеупомянутаго сферы движенія и чувствительности уклоненія отъ нормы не представляютъ. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣчается довольно значительная тахикардія и опущеніе правой почки.

(Продолженіе слѣдуетъ).

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи нервной системы.

W. Einthoven. Ueber Nervenreizung durch frequente Wechselströme.—Pflüger's Archiv Bd. 82 p. 101, 1900. О раздраженіи нервовъ частыми перемѣнными токами.

Извѣстно, что электрический токъ при возрастаніи частоты прерываній является все болѣе и болѣе сильнымъ раздражителемъ для двигательныхъ нервовъ; но это явленіе наблюдается лишь до достиженія извѣстнаго, опредѣленнаго числа прерываній; при дальнѣйшемъ учащеніи, эффектъ не увеличивается, онъ достигъ своей максимальной величины; если учащеніе идетъ еще далѣе, то эффектъ раздраженія начинаетъ ослабѣвать, изъ чего слѣдуетъ, что возбудимость нервовъ для подобныхъ токовъ начинаетъ уменьшаться.

До введенія въ фізіологическую практику конденсатора изслѣдователи имѣли дѣло съ сравнительно незначительной частотой прерываній. Ушедшіе далѣе всѣхъ въ этомъ отношеніи Kronecker и Stirling нашли, что при 22000 прерываній (11000 періодовъ) токъ способенъ еще раздражать нервы и вызвать типическій тетанусъ.

Послѣ изслѣдованій d'Arsonval'я для раздраженій стали примѣнять перемѣнные токи громадной частоты; но относительно ихъ дѣйствія имѣются въ настоящее время крайне противорѣчивыя указанія. Такъ, самъ d'Arsonval утверждаетъ, что такіе токи не оказываютъ фізіологическаго дѣйствія; между тѣмъ Radzikowsky нашелъ, что раздраженіе изолированныхъ нервовъ токами въ 12^6 (12 миллионовъ) періодовъ вызываетъ мышечное сокращеніе. Причину разногласій авторъ видитъ

въ томъ, что въ относящихся сюда опытахъ обыкновенно не опредѣлялось одновременно *сила тока и количество періодовъ*; правда, добавляетъ Е., эти опредѣленія связаны съ значительными трудностями, но для выясненія дѣла они безусловно необходимы. На основаніи своихъ опытовъ, гдѣ были произведены указанныя измѣренія (постановку ихъ въ рефератѣ невозможно съ необходимой ясностью изложить) авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Авторомъ впервые поставлено внѣ всякаго сомнѣнія, что токъ съ 1 миллиономъ періодовъ въ секунду въ состояніи раздражать нервъ.

2) Въ физиологическомъ реоскопѣ имѣется средство просто, быстро и съ достаточной точностью измѣрять число періодовъ переменнаго тока до 1 миллиона.

3) Если употреблена такая сила переменнаго тока, которая только что въ состояніи вызвать эффектъ, то мышца сокращается чрезвычайно слабо; по мѣрѣ усиленія тока, мышечныя сокращенія также усиливаются, пока, наконецъ, не достигнутъ тахісима; дальнѣйшее увеличеніе силы тока уже не въ состояніи усилить эффектъ. Въ этомъ отношеніи, слѣдовательно, по своему физиологическому дѣйствию переменныя токи большой частоты не отличаются отъ другихъ электрическихъ раздраженій.

4) Сила тока, необходимая для минимальнаго эффекта, необыкновенно велика. Такъ, при примѣненіи тока въ 664000 періодовъ необходимая сила тока достигала 9,66 миллиамперъ, тогда какъ тотъ же нервно-мышечный препаратъ реагировалъ на замыканіе восходящаго и нисходящаго постояннаго тока въ 0,595 микроамперъ; послѣдній токъ слабѣе перваго въ 16250 разъ.

5) Измѣненія температуры сильно вліяетъ на возбудимость нервовъ къ переменнымъ токамъ большой частоты: нагрѣваніе нерва повышаетъ ее, охлажденіе—понижаетъ.

6) При употребленіи переменныхъ токовъ отъ 65000 до 1 миллиона періодовъ въ секунду сила тока необходимая для появленія минимальнаго эффекта, возрастаетъ быстрѣе, чѣмъ число періодовъ; опредѣленнаго отношенія между ними не существуетъ.

7) Переменные токи въ 1 миллионъ періодовъ не ограничиваются распространеніемъ по поверхности нерва, но проникаютъ вглубь. Принятая въ настоящее время теорія возбужденія нервовъ при дѣйстви электрическихъ токовъ не

даютъ удовлетворительнаго объясненія по отношенію къ явленіямъ, наблюдаемымъ при раздраженіи нервовъ перемѣнными токами большой частоты.

Д. Полумордвиновъ.

René Serrigny. Случай прогрессивнаго паралича, развившагося во время вторичнаго сифилиса, быстро протекшій; апоплектиформный припадокъ со смертельнымъ исходомъ, Джексоновская эпилепсія. (Un cas de paralysie général survenue pendant une syphilis secondaire, marche rapid, ictus apoplectiforme avec issue fatale; épilepsie Jacksonienne).—Annal. med. psycholog. 1900. № 3. 385—395.

Обычно параличъ развивается у сифилитиковъ черезъ 6—10 лѣтъ послѣ зараженія, являясь въ этихъ случаяхъ б. м. конечной стадіей сифилиса. Наблюденіе автора интересно именно тѣмъ, что повидимому прогрессивный параличъ развился скорѣ послѣ зараженія и быстро окончился летально. Подобныхъ этому авторъ могъ найти только два случая (Christian'a).

М. Х. 41 г. поступилъ въ Л—цу 6 октября 1897 г. Наслѣдственность отрицается. Интеллигентный, съ высшимъ образованіемъ, больной вращался въ лучшихъ слояхъ общества. 4 года назадъ заразился сифилисомъ и выдержалъ тщательное леченіе іодомъ и ртутью. Вторичныя явленія сифилиса выступили однако довольно рѣзко; были plaques muqueuses въ полости рта въ обильномъ количествѣ,—каутеризація.

Первые признаки прогрес. паралича появились въ маѣ-іюнѣ 1897 г.; больной сталъ раздражительнымъ и страннымъ, чѣмъ обращалъ на себя вниманіе родственниковъ. Вскорѣ появилось стремленіе къ всевозможнымъ проектамъ, безцѣльнымъ покушкамъ, развилось повышенное самочувствіе, ослабла способность къ критикѣ. Больного отставили отъ дѣла и нѣкоторое время онъ жилъ въ деревнѣ; у него признали тогда хроническій диффузный менинго-энцефалитъ сифилитич. происхожденія.

Принятый въ Л—цу, больной обнаруживаетъ значительное расстройство интеллекта, память также ослаблена—неувѣренно говоритъ годъ своего рожденія. При разговорѣ иногда вмѣсто однихъ словъ, самыхъ общеупотребительныхъ, пользуется другими, первыми попавшимися, такъ что понять больного трудно. Соображеніе крайне вялое: нѣсколько разъ переспрашиваетъ вопросы и все-таки не можетъ понять ихъ; рѣчь его вообще затруднена; это не мѣшаетъ ему браниться уличными словами. Лице малоподвижно и безсмысленно. Всегда и всѣмъ недовольный, легко раздражается. Проектируетъ устроить громадную молочную, которая будетъ снабжать всю

Европу пастерозованнымъ молокомъ. Считаетъ себя больнымъ, но не замѣчаетъ ослабленія интеллекта и памяти.

Врачки нѣсколько неравнодушны, стуженія нѣтъ. Походка достаточно тверда, но съ легкимъ покачиваніемъ. Почти все время больной ходитъ взадъ и впередъ, не чувствуя утомленія. Пишетъ достаточно бѣгло, но съ пропусками; почеркъ слегка дрожащій. Рефлексы почти нормальны, все остальное также функционируетъ правильно.

Въ теченіе мѣсяца не было никакихъ измѣненій. 6 ноября 1897 г. безъ всякой причины гастрическія кризы и рвота.—7 нояб. точно такія же кризы и въ то же самое время.—8 нояб. апоплектиформный припадокъ съ кратковременной потерей сознанія. Послѣ припадка съ часъ лежалъ въ постели; лице тупое, глаза безсмысленныя, повидимому ничего не понимаетъ. Правосторон. гемиплегія, лѣвосторон. параличъ мышцъ лица. Афазія. Вечеромъ состояніе ухудшилось, кома. Глаза и голова повернуты влѣво, дыханіе шумное, рефлексовъ нѣтъ; чувствительность видимо отсутствуетъ.—10 нояб. Общее состояніе нѣсколько улучшилось, но параличи остаются.—11 нояб. Два сильныхъ конвульсивныхъ припадковъ, начавшіеся въ прав. верхней конечности. Замѣтно небольшое, короткое дрожаніе въ ней и повторныя подергиванія. Мало по малу въ припадокъ вовлечена и часть шеи (слѣва), такъ что голова, повернутая влѣво, стала участвовать въ трясеніи. Глаза производятъ небольшія боковыя движенія. Дыханіе нормально. Черезъ 10—20 минутъ припадокъ прекратился, но въ теченіе сутокъ онъ еще повторялся до 5 разъ и съ такою же силой.—13 нояб. Частота и сила припадковъ уменьшилась, сохраняя тотъ же характеръ.—18 нояб. Нѣкоторое улучшеніе, припадки рѣже, короче и слабѣе, вечеромъ совсѣмъ прекратились. Больной сильно ослабъ, сознаніе не вернулось, параличи *in statu quo ante*. Глотать можетъ только жидкую пищу и то съ трудомъ.—22 нояб. въ первый разъ t° поднялась до $38,5^{\circ}$, пульсъ 120, дыханіе затруднено.—23 нояб. Продолжительная агонія и смерть. Аутопсія не было.

Разбирая клиническую картину даннаго случая, авторъ полагаетъ, что здѣсь имѣлось дѣло съ менингеальнымъ кровоизліаніемъ отъ разрыва сосуда, видоизмѣненнаго сифилитич. процессомъ, въ той области Роландовой борозды, гдѣ сосредоточивается движеніе верхней конечности. Однако не вполне ясно, почему именно авторъ діагностируетъ этотъ случай за прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, а не просто за сифилисъ мозга.

В. Матвѣв.

Georg Eisath. Къ этиологии прогрессивнаго паралича въ Нѣмецкомъ Тиролѣ. (Ueber die Aetiologie d. progres. Paralyse in Deutsch. Tirol.) Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie 1901. B. 58, H. II и III. 390—408 S.

Авторъ пользуется сравнительно небольшими матеріаломъ исторій болѣзней 155 паралитиковъ, бывшихъ въ 1889—1899 г. въ л—цѣ въ Галлѣ и клиникѣ проф. Mayer'a въ Инсбрукѣ. Мужчинъ всего было 116 ч., женщинъ 29, т. е. 4 мужчинъ приходилось на 1 женщину. Возрастъ больныхъ заключался между 30 и 64 годами, всего больше было 40—50 л. По отношенію къ сифилису, который авторомъ считается за главный этиологическій моментъ, больные тирольцы распредѣлялись такимъ образомъ:

	абсолютн. ц.			процентн. велич.		
	муж.	ж.	об. п.	муж.	жен.	об. п.
Сифилисъ несомнѣн. . . .	23	2	25	30,6	10,9	27
— сомнительный	20	12	32	26,6	63,1	34
— отрицается	32	5	37	32,6	26,3	39.

Авторъ оговаривается, что онъ строго различалъ несомнѣнные случаи сифилиса отъ сомнительныхъ, чѣмъ и объясняется его низкій % сифилитиковъ 27. Этому же способствовало и то обстоятельство, что его больные—деревенскій людъ, который часто не обращаетъ вниманія на свои болѣзни, да и сами врачи не такъ давно стали интересоваться анамнезомъ по отношенію къ сифилису. Если примѣнить правило Berkley-Hill'я именно, что $\frac{2}{3}$ паралитиковъ съ сомнительнымъ сифилисомъ можно считать за несомнѣнныхъ сифилитиковъ, то вмѣсто 27% получается 47,9% съ несомнѣнно бывшимъ lues'омъ, тогда какъ у другихъ душевно-больныхъ въ Тиролѣ онъ предшествовалъ всего лишь въ 1,3%, что по мнѣнію автора вполне доказываетъ зависимость паралича отъ сифилиса; тоже подтверждается и нѣкоторыми случаями семейнаго паралича, которые авторъ приводитъ. Параличъ чаще встрѣчается тамъ, гдѣ сильно распространена

проституція, гдѣ больше возможности сифилитической инфекции. Можно вообще сказать, что прогресс. параличъ прямо слѣдуетъ по стопамъ этой инфекции. Время между зараженіемъ и параличемъ въ 12 случаяхъ было отъ 7 до 20 лѣтъ.

Травма могла быть причиной паралича 11 разъ, преимущественно у рабочихъ, въ 9 изъ нихъ сифилисъ отсутствовалъ. Въ большинствѣ случаевъ травма сопровождалась алкоголизмомъ и только въ 2 случаяхъ она была единственной причиной.

Алкоголизмъ наблюдался въ 36,5%, но только у 5 паралитиковъ онъ былъ одинъ.

Душевные потрясенія были только въ 5 случаяхъ; авторъ вообще сомнѣвается въ томъ, чтобы они могли играть какое либо значеніе. Статистика ихъ очень недостаточна. Наслѣдственность наблюдалась 31 разъ, т. е. въ 33%. По автору и она едва ли можетъ служить причиной паралича, а тѣмъ болѣе не играютъ роли другіе моменты, какъ званіе, общественное полож. и т. д. Главнымъ условіемъ для прогресс. паралича помѣшанныхъ является сифилисъ, представляющій часто неизбѣжный результатъ распущенности и порочной жизни.

В. Малъевъ.

Проф. С. С. Корсаковъ „Постельное содержаніе при леченіи острыхъ формъ душевныхъ болѣзней и вызываемыя имъ измѣненія въ организаціи заведеній для душевно-больныхъ“. Журналъ невроп. и психіатр. имени С. С. Корсакова. 1901 г. кн. I и II.

Приведя подробно русскую литературу о постельномъ содержаніи, авторъ отмѣтилъ тотъ фактъ, что противорѣчіе взглядовъ на постельное содержаніе происходитъ повидимому отъ смѣшенія понятій о постельномъ содержаніи, какъ лечебной мѣрѣ и какъ особой системѣ. Указавши впервые подобную разницу, авторъ подробно разбираетъ вопросъ съ этихъ двухъ сторонъ. Основнымъ принципомъ системы постельнаго содержанія должно быть созданіе въ больницѣ той „атмосферы“, которая сама по себѣ способствуетъ къ тому, чтобы душевно-больные пользовались содержаніемъ въ постели столько, сколько это имъ нужно. Прежде всего важно, чтобы

персоналъ самъ проникнулся сознаниемъ необходимости постельнаго содержанія, это сознание невольно отражается на всемъ и до известной степени заражаетъ больныхъ. Больной, помѣщенный въ постель соотвѣствующимъ образомъ среди другихъ больныхъ, подпадаетъ подъ внушающее вліяніе со стороны своихъ сосѣдей, чему не мало способствуетъ значительная подражательность больныхъ. Чтобы достигнуть наибольшей степени внушающаго вліянія, больные должны быть помѣщаемы въ залы съ 4—6 или даже 13—15 больными. При поступленіи новаго больного его стараются уложить въ постель, не прибѣгая къ насильственному удерживанію руками. До многихъ больныхъ, раздражающихся отъ легкаго прикосновенія, не слѣдуетъ даже дотрогиваться, предоставивъ ихъ на нѣкоторое время свободѣ въ общей комнатѣ, пока не свыкнутся съ окружающей обстановкой. Однако удерживаніе руками можетъ быть допустимо у больныхъ, сильно возбужденныхъ, съ глубокой спутанностью сознания, съ повышеніемъ температуры. Но на эту мѣру необходимо смотрѣть какъ на исключительную. Настаивая на помѣщеніи больныхъ въ общихъ залахъ, авторъ указываетъ ту выгоду, что при этихъ условіяхъ надзоръ со стороны прислуги для больныхъ не будетъ такъ назойливъ, какъ въ отдѣльных помѣщеніяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда больные беспокоятъ своихъ сосѣдей, бываетъ удобнымъ помѣщать ихъ въ палатахъ, гдѣ лежатъ ступорозные больные, на которыхъ не можетъ отражаться безпокойство сосѣдей. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится помѣщать больныхъ въ постель въ отдѣльныя комнаты. При этомъ авторъ не видитъ надобности, чтобы подобныя комнаты были со снятыми дверями; иногда бываетъ необходимо притворять (но не запираеть) дверь, когда больной возбуждается, видя проходящихъ мимо его двери людей. Устройство наблюдательныхъ отдѣленій съ постельнымъ режимомъ, гдѣ сосредоточены чрезвычайно разнообразныя больные авторъ считаетъ неправильнымъ и полагаетъ, что необходимо для постельнаго содержанія отводить нѣсколько общихъ залъ въ разныхъ отдѣленіяхъ, которыя необходимо сохранить для раздѣленія больныхъ по свойству болѣзни. Однимъ изъ условій правильно организованной системы постельнаго содержанія нужно считать правильную „дозировку“ содержанія больного. Нѣкоторымъ больнымъ нужно почти постоянное содержаніе въ постели въ теченіе

дня (абсолютный постельный режим), въ другихъ случаяхъ слѣдуетъ больныхъ заставлять ежедневно гулять или сидѣть на воздухѣ 2—4 часа; нѣкоторымъ дозволяется обѣдать и ужинать за общимъ столомъ; цѣлому ряду больныхъ дозволяется проводить известное число часовъ утромъ и вечеромъ внѣ постели въ обществѣ другихъ больныхъ. Последнюю степень составляетъ режимъ, при которомъ больной встаетъ съ постели до утренней визитаціи врача и весь день проводитъ внѣ постели (больные выздоравливающие). Однако авторъ оговаривается, что онъ считаетъ необходимымъ въ больницѣ, гдѣ большинство больныхъ острыхъ, держаться такого порядка, чтобы всѣ лежащіеся больные оставались въ постели до визитаціи врача, этимъ сохраняется впечатлѣніе отъ постельнаго режима, какъ системы. При примѣненіи различныхъ степеней постельнаго режима необходимо сообразоваться съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ, а кромѣ того и съ тѣмъ, насколько успѣшно дѣйствуютъ въ лечебномъ заведеніи другія системы, какъ на примѣръ, рабочій режимъ, система открытыхъ дверей и особенно система моральнаго вліянія врачей, надзирателей и нѣкоторыхъ посѣтителей. Постельный режимъ не долженъ располагать къ квіетизму больныхъ и ни въ какомъ случаѣ, какъ это иногда бываетъ, къ квіетизму врачей. Идеаломъ нужно считать такую больницу, гдѣ все проникнуто духомъ заботы о томъ, чтобы жизнь больныхъ походила на жизнь въ средѣ хорошихъ людей и чтобы была возможность будить въ больномъ активную работу мысли въ желаемомъ направленіи.

Показанія и противопоказанія для примѣненія постельнаго режима въ настоящее время не могутъ претендовать на строгую научность; всѣ они—результатъ общаго впечатлѣнія и эмпиризма. Симптоматическія показанія слѣдующія: явленія глубокой слабости и лихорадочное состояніе, состояніе психомоторнаго возбужденія, періодъ развитія большинства остро начинающихся психозовъ, случаи, требующіе особенно тщательнаго ухода (случаи со стремленіемъ къ нападенію). Противопоказаніями могутъ служить: развитіе лѣни, малокровія вѣдствие малоподвижности, половое возбужденіе съ склонностью къ онанизму, рѣзкая спутанность сознания съ устрашающими галлюцинаціями, гдѣ удерживаніе въ постели усиливаетъ безпокойство, состоянія гдѣ постельный режимъ вызываетъ нечистоплотность больныхъ и случаи, гдѣ развивается наклон-

ность спать днемъ въ ущербъ ночному сну. Показанія и противопоказанія въ примѣненіи постельнаго содержанія въ отдѣльных формахъ душевнаго расстройства могутъ быть установлены слѣдующія. 1) Въ формахъ, зависящихъ отъ высокой температуры и инфекціи, должно примѣнять постельное содержаніе настойчиво, не останавливаясь въ исключительныхъ случаяхъ передъ удерживаніемъ руками служителей. Исключеніе составляютъ случаи съ рѣзкой гиперестезіей (напр. при *Lyssa humana*). 2) Удерживаніемъ въ постели можно пользоваться и при *delirium acutum*. 3) Въ случаяхъ аменціи *Meunert'a* постельный режимъ показанъ всегда въ началѣ болѣзни, кромѣ случаевъ съ рѣзкими устрашающими галлюцинаціями. 4) При маниі постельное содержаніе показано почти во всѣхъ случаяхъ, кромѣ самыхъ легкихъ случаевъ маниакальной экзальтаціи. 5) При меланхоліи почти во всѣхъ случаяхъ правильно примѣненное постельное содержаніе приноситъ существенную пользу, однако здѣсь должна быть строгая индивидуализація (при ажитированной меланхоліи постельное содержаніе очень мучительно, а потому и не примѣнимо, здѣсь прежде всего должно выступить на сцену моральное вліяніе). 6) При острой параноіѣ постельное содержаніе показано въ первое время болѣзни и при обостреніяхъ. При хронической параноіѣ постельное содержаніе показуется только при обостреніи. 7) При кататоніи постельный режимъ облегчаетъ надзоръ за больными этой формой съ опасными наклонностями. Въ случаяхъ отсутствія опасныхъ наклонностей слѣдуетъ уменьшить строгость постельнаго режима, смягчая его прогулками и движеніями по комнатамъ. 8) При преждевременномъ слабоуміи юношей (*dementia praecox juvenilis*) постельный режимъ слѣдуетъ примѣнять только при состояніяхъ острыхъ вспышекъ, замѣняя его режимомъ, который имѣетъ значеніе средства, упорядочивающаго строй жизни больныхъ. 9) При наследственно-дегенеративныхъ формахъ постельное содержаніе показано главнымъ образомъ при острыхъ бредовыхъ вспышкахъ. 10) При эпилепсіи постельный режимъ показанъ во время приступовъ психической эпилепсіи. При состояніяхъ раздраженія и сварливости также помогаетъ помѣщеніе въ постели (предпочтительно въ отдѣльной комнатѣ). Но вообще держать эпилептиковъ въ постели представляется нежелательнымъ; разумнѣе и гуманнѣе предоставить имъ тѣ удобства, которыми они могутъ пользоваться въ рабочей колоніи. 11) При истеріи постельное содержаніе

показывается при приступахъ, замѣняющихъ припадокъ. При затяжныхъ формахъ постельный режимъ долженъ примѣняться въ умѣренныхъ дозахъ. 12) При неврастеніи постельное содержаніе также примѣняется часто, однако нужно помнить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ больше пользы приносить гимнастика, водолеченіе, прогулки на воздухѣ и проч. При неврастеническихъ психозахъ въ основу леченія кладется правильно дозированное постельное содержаніе. 13) При остромъ бредѣ алкоголиковъ постельное содержаніе имѣетъ очень большое приложеніе. 14) При леченіи морфинизма, кокаинизма и пр. постельное содержаніе необходимо въ виду слабости больныхъ, но продолжается не болѣе двухъ недѣль. 15) При прогрессивномъ параличѣ постельное содержаніе можетъ способствовать ослабленію возбужденія. Въ послѣднемъ періодѣ постельный режимъ можетъ способствовать появленію различныхъ непріятныхъ осложнений, особенно пролежней, а потому долженъ примѣняться только тогда, когда рѣшительно нѣтъ никакой возможности пользоваться другимъ способомъ содержанія больного. 16) При органическихъ психозахъ постельное содержаніе является слѣдствіемъ параличей, слабости больного. 17) При состояніяхъ врожденнаго недоразвитія постельное содержаніе показано только при возбужденіи.

Въ заключеніе авторъ возстаетъ противъ того воззрѣнія, которое выставляется горячими защитниками постельнаго режима, именно, противъ того, чтобы можно было превратить при помощи постельнаго режима больницы для душевно-больныхъ въ совершенныя подобія больницъ для соматическихъ больныхъ. Въ угоду постельному режиму ни въ какомъ случаѣ нельзя поступать другими системами каковы системы рабочаго режима, моральнаго вліянія хорошей обстановки и хорошаго персонала и проч.

А. Янишевскій.

Г. И. Россолимо. Искусство, больные нервы и воспитаніе (по поводу „Декадентства“).

Авторъ задается вопросомъ выяснитъ въ какомъ соотношеніи находятся между собой современное художественное творчество и явленіе прогрессивнаго увеличенія въ нашъ вѣкъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній.

Для рѣшенія столь сложнаго вопроса необходимо разобратся въ статистическомъ матеріалѣ заболѣваній лицъ, занимающихся искусствами, и подвергнуть строгому анализу особенности современнаго творчества, которыя проливаютъ свѣтъ на состояніе здоровья художника, являясь, такъ сказать, художественными симптомами его болѣзни.

Статистическія данныя указываютъ, что лица, занимающіяся искусствомъ профессионально, составляютъ весьма значительный процентъ всего числа нервно и душевно-больныхъ, особенно, если будетъ принято во вниманіе ничтожное отношеніе профессиональныхъ художниковъ къ общей массѣ городского населенія. „Но подобныя цифры, замѣчаетъ авторъ, должны составлять только малую частицу того огромнаго числа художниковъ, которые только потому считаются здоровыми, что не лѣчатся, а между тѣмъ страдаютъ одной изъ многихъ болѣзненныхъ формъ, съ которой они мирятся нерѣдко то какъ со счастливою особенностью дарованія, то какъ съ неизбежнымъ зломъ, не считая ихъ за болѣзнь“....

Изучая завѣдомо больныхъ лицъ и наблюдая „художественныя натуры“, мы всюду найдемъ огромное число представителей невропатической семьи, отмѣченныхъ тѣмъ или другимъ признакомъ дегенерации: при общихъ для всѣхъ представителей этой семьи условіяхъ наслѣдственнаго предрасположенія къ нервнымъ и психическимъ болѣзнямъ, съ физическими признаками вырожденія, мы будемъ встрѣчать то одни функціональные задатки къ страданіямъ нервной системы, то уже развившіяся болѣзни. Можно даже установить 4 соотношенія между природными художественными дарованіями и состояніемъ нервной системы: 1) талантливость и дегенерация, 2) активно-проявляемая талантливость и дегенерация, 3) талантливость и болѣзнь, 4) активно проявляемая талантливость и болѣзнь.

Далѣе авторъ касается вопроса о физиологій и патологій художественнаго творчества.

Анализируя процессъ художественнаго творчества и отмѣчая значеніе эстетической эмоціи, производящій глубочайшія пертурбаціи всей физической и духовной организаціи, эмоціи, какъ „высшаго напряженія пульса жизни“, авторъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ: 1) въ художественномъ творчествѣ участвуетъ три элемента психической жизни, т. е. эмоція, воображеніе съ образами воспоминанія и псевдо-галлюцинаціями и специально интеллектуальная энергія, управ-

ляющая первыми двумя моментами въ цѣляхъ регулированія или возбужденія ихъ, 2) эмоціональная сфера должна быть не только особенно чувствительна сама по себѣ, но должна подъ вліяніемъ извѣстнаго сочетанія образовъ давать мѣсто „эстетической эмоціи“; 3) образы должны отличаться яркостью, тѣлесностью, должны способствовать мотивированному настроенію и не должны прерывать связи съ остальнымъ духовнымъ міромъ художника и 4) чувствительность эмоціональной сферы и корковыхъ центровъ высшихъ органовъ должна быть настолько велика, чтобы вліяніе воли на безсознательный міръ могла бы ограничить съ способностью самовнушенія образовъ и настроеній; другими словами, говоритъ авторъ, если возбудимость мозговой дѣятельности художника не должна переходить за предѣлы нормы, то во всякомъ случаѣ она должна занимать пограничную область между нормальнымъ состояніемъ и патологіей. Проводя большую часть жизни въ мірѣ эмоцій, художникъ тѣмъ самымъ не только хронически истощаетъ свои силы, но и открываетъ широкій просторъ для душевнаго волненія и для властвованія его надъ всѣми остальными проявленіями духовной жизни, а отсюда одинъ шагъ до какихъ угодно болѣзней..... Рядомъ примѣровъ авторъ подкрѣпляетъ только что высказанное положеніе.

Но кромѣ высказаннаго ранѣе есть и еще точка соприкосновенія процесса художественнаго творчества съ патологическимъ состояніемъ нервной системы: это необходимость нарушенія равновѣсія нервной системы, для возникновенія интенсивной эмоціи и болѣе яркихъ и стройныхъ образовъ. Табакъ, ножн. ванны, гашишъ, алкоголь и пр. употребляются артистами и художниками съ цѣлью нарушить нормальныя фізіологич. условія нервной системы; моральныя и физическія причины, истощающія нервную систему способствуютъ иногда проявленію дотолѣ скрытаго таланта; психическія болѣзни занимаютъ далеко не второстепенное мѣсто въ ряду ненормальныхъ состояній нервной системы способствующихъ появленію артистическихъ стремленій. Такимъ образомъ, заключаетъ авторъ, толчкомъ для художественнаго творчества и стимуломъ, направляющимъ на путь артистической дѣятельности и удерживающимъ на ней, особенно легко могутъ являться весьма разнообразныя аномаліи равновѣсія нервной системы, начиная съ простыхъ и проходящихъ комбинацій

въ ея дѣятельности и кончая глубокими разстройствами психики.

Далѣе авторъ касается вопроса о художественныхъ работахъ психически ненормальныхъ людей, отмѣчая особенности содержанія и формы произведеній, зависимость художественнаго творчества отъ характера заболѣванія, галлюцинацій, иллюзій, псевдо-галлюцинацій, особенность цвѣтовыхъ тоновъ, неправильность пропорцій, наклонность къ пунктирамъ и символамъ и т. д. Всѣ эти особенности проявленія художественной эмоціи для психіатра являются симптомами, необходимыми для постановки діагноза, но то, что дала невропатологія и психіатрія, установивъ взаимное отношеніе между жизнью больныхъ нервовъ и искусствомъ, не должно быть замалчиваемо предъ обществомъ врачами, такъ какъ дѣло касается одной изъ крупныхъ сторонъ жизни духа. За послѣднее десятилѣтіе можно отмѣтить чрезмѣрное распространеніе искусствъ въ интеллигентномъ обществѣ, это съ одной стороны, а съ другой—само искусство приняло специальную окраску, новое направленіе. Авторъ сравниваетъ художественныя произведенія душевно-больныхъ людей и произведенія художниковъ настоящаго времени и приходитъ къ выводу, что патологическій характеръ современныхъ произведеній выступаетъ достаточно ясно, сближая въ нѣкоторыхъ пунктахъ произведенія представителей больного и здороваго искусства. Стоитъ обратить вниманіе на произведенія Max Klinger'a, Franz Stuck'a, Саши Швейдера, Henri Martin'a, Burne Jones'a и др., чтобы больное воображеніе въ отношеніи замысла или выполненія выступило съ полной ясностью; а пресловутое литературное декаденство и символизмъ, съ обезличеніемъ твореній въ интересахъ хитросплетенныхъ сочетаній мертвыхъ словъ и музыкальных звуковъ, развѣ не напоминаютъ произведеній умалишенныхъ съ ихъ характерными чертами: неологизмъ, аллитераціей, эхололіей, капролаліей, работажемъ? „Вспомните, говоритъ авторъ, произведенія алкоголика и галлюцинанта Эдгара По съ его ужасомъ, патологическими страхами, красными огнями и кровью, такъ свободно переживающаго переходъ къ самому безумному демонизму. Вспомните драматурговъ и писателей вродѣ Метерлинка, Киплинга, Ибсена, наполняющихъ литературную атмосферу, на ряду съ истинно-художественными произведеніями и такими произведеніями, какъ „Втируша“, „Слѣпцы“, „Когда мы мертвые проснемся“ и т. п.

Эстетическое развитіе намъ необходимо, но съ точки зрѣнія гігіены нервной системы требуются мѣры, способствующія и къ сохраненію здоровья молодого поколѣнія.

По мнѣнію автора статьи мѣры эти должны сводиться къ слѣдующему:

1) Къ устраненію того общаго утомленія нервной системы, которое вначалѣ влечетъ къ неврастенію и истеріи, а впоследствии и къ болѣе тяжелымъ нервнымъ и психическимъ заблѣваніямъ, 2) къ обузданію чрезмѣрно развитого воображенія и къ правильной дисциплинѣ его на почвѣ неинтенсивныхъ и отнюдь не непріятныхъ эмоцій и образовъ и 3) къ сохраненію индивидуальныхъ нормальныхъ свойствъ личности одновременно съ заботой о выработкѣ цѣльнаго умственнаго и нравственнаго склада.

Заканчиваетъ статью авторъ словами; „Пусть поле дѣятельности принадлежитъ только одному искусству,—искусству трезвому, бодрому, здоровому, искусству, отражающему въ себѣ благородныя чувства и идеи; если же современное искусство склонно измѣнить своему высокому назначенію, то необходимо сдѣлать все возможное для того, чтобы вернуть къ жизни тѣ художественныя стремленія, которыя не разъ служили къ духовному совершенству человѣка“.

Статья прив.-доц. Г. И. Россолимо посвящена незабвенной памяти Сергѣя Сергѣевича Корсакова и была прочитана въ годичномъ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 21 Октября 1900 г.

В. Образцовъ.

17-го Іюня 1901 года скончался Директоръ Винниц-
кой Окружной Лѣчебницы Василій Петровичъ Кузнецовъ
на 42-мъ году жизни отъ септического дифтерита.

Василій Петровичъ Кузнецовъ сынъ чиновника, уроженецъ г. Перми. Окончивъ курсъ въ Пермской гимназіи, В. П. поступилъ въ Военно-Медицинскую Академію, и, получивъ въ 1882 году званіе лѣкаря, до 1888 года занимался въ Лѣчебницѣ д-ра Фрея въ Петербургѣ. Въ 1888 году онъ получилъ степень доктора медицины и въ томъ же году былъ опредѣленъ и. д. старшаго врача больницы Всѣхъ Скорбящихъ. Въ 1892 году былъ назначенъ старшимъ врачомъ С-Петербургской больницы Св. Пантелеймона, а 24 октября того же года получилъ назначеніе исправлять должность Директора Казанской Окружной Лѣчебницы, пробывъ въ которой до 1-го августа 1896 года, былъ переведенъ въ г. Винницу Каменецъ-Подольской губерніи директоромъ только что построенной въ то время Окружной Лѣчебницы, въ постройкѣ которой онъ принималъ участіе еще съ 1893 года.

Василій Петровичъ Кузнецовъ, обладая выдающимся административнымъ талантомъ, блестяще выполнилъ возложенную на него задачу оборудованія Винницкой Лѣчебницы, создавъ изъ нея образцовое заведеніе, насколько это было возможно сдѣлать въ короткій срокъ ея существованія. Жизнь Лѣчебницы въ настоящее время уже приведена въ тотъ порядокъ,

который можетъ длиться въ ней безъ существенныхъ измѣненій; она не только снабжена всѣмъ необходимымъ, но и имѣетъ еще значительныя свои спеціальныя средства. Лѣчебница благополучно окрѣпла и завоевала симпатіи мѣстнаго населенія, начавшаго охотно и въ большомъ количествѣ помѣщать въ нее своихъ больныхъ. Труды В. П. по внутреннему и внѣшнему благоустройству Лѣчебницы на 840 человѣкъ были велики, если припомнить, что принялъ онъ только голыя стѣны и долженъ былъ съ сравнительно ничтожными средствами населить Лѣчебницу, обезпечивъ всѣмъ необходимымъ ея населеніе. Насколько В. П. былъ выдающимся администраторомъ, настолько и хорошимъ начальникомъ и симпатичнымъ, отзывчивымъ человѣкомъ. Поддерживая во всемъ строгій порядокъ и требуя отъ всѣхъ точнаго и неуклоннаго, энергичнаго исполненія своихъ обязанностей, В. П. въ то же время предоставлялъ весьма значительную инициативу своимъ сослуживцамъ; подъ его управленіемъ врачи пользовались полною самостоятельностью въ своихъ отдѣленіяхъ, не испытывая ощутительнаго контроля своихъ врачебныхъ мѣропріятій. В. П. былъ вполне безпристрастнымъ человѣкомъ, отличавшимся полной терпимостью къ противоположнымъ мнѣніямъ, и будучи чуждъ какой бы то ни было партійности, старался всегда поддерживать товарищескій духъ въ средѣ врачей завѣдываемой имъ Лѣчебницы. Его подчиненные въ нужную минуту всегда могли найти въ немъ надлежащую поддержку и вполне справедливую оцѣнку ихъ дѣятельности, такъ какъ онъ отличался служебной строгостью и въ то же время полной справедливостью. В. П. былъ серьезный стоящій на высотѣ научнаго знанія практичекій психіатръ, стремившійся развивать знанія и въ своихъ сослуживцахъ, постоянно дѣлаясь съ ними своею обширною клиническою опытностью, и руководство это было деликатно и незамѣтно для руководимыхъ.

Въ эпоху разцвѣта своей дѣятельности В. П. 22-го Іюня 1901 года заболѣлъ септическимъ дифтеритомъ, который, не

смотря на принятыя мѣры, привелъ его къ печальному концу менѣе чѣмъ въ мѣсяцъ. В. П. скончался отъ септикопіѣи на почвѣ септического дифтерита на 42-мъ году жизни. Смерть неожиданно вырвала его въ ту пору, когда онъ составлялъ обширные планы своей будущей дѣятельности. Смерть его поразила всѣхъ знавшихъ его. Потеря была громадна и незамѣнима. Всѣ знавшіе его не хотѣли вѣрить, что такой могучій тѣломъ человѣкъ могъ пасть жертвой дифтерита. Потеря этого человѣка, обладавшаго выдающимися душевными качествами, явилась большимъ горемъ для окружающихъ. По ходатайству Правленія похороны почившаго были приняты на счетъ Лѣчебницы, и похороненъ онъ былъ (по его предсмертному желанію) на землѣ Лѣчебницы. Врачи-сослуживцы выбрали почившему наиболѣе красивое мѣсто на весьма живописной скалѣ на берегу Южнаго Буга.

Знаки послѣдняго вниманія почившему были искренни и неподдѣльны какъ со стороны всего населенія Лѣчебницы, такъ и со стороны горожанъ, среди которыхъ В. П. пользовался общими симпатіями.

Сожалѣнія о безвременной утратѣ хорошаго человѣка и выдающагося общественнаго дѣятеля останутся неувядаемыми. Миръ его праху и вѣчная ему память!

Мих. Масвскій.



Хроника и смѣсь.

— Приватъ-доцентъ Казанскаго Университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней и ассистентъ при кафедрѣ психіатріи, докторъ медицины *Б. И. Воротыицкій* назначенъ старшимъ врачомъ психіатр. отд. Одесской городской больницы. Отъ души поздравляемъ д-ра Б. И. Веротыицкаго съ назначеніемъ и радуемся, что Одесское Городское Управленіе остановило свой выборъ на лицѣ, высокія качества и серьезная научно-практическая подготовка котораго намъ хорошо извѣстны. Общество невропатологовъ и психіатровъ съ сожалѣніемъ разстается съ нимъ, какъ съ однимъ изъ самыхъ дѣятельныхъ его членовъ, а редакція нашего журнала съ секретаремъ, исполнявшимъ эту обязанность со времени основанія Общества и журнала.

— Изъ врачебнаго состава ординаторовъ Казанской Окружной Лечебницы вышли въ отставку по прошенію: младшіе сверхштатные ординатора Каменецкій и Васнецовъ (прослужившіе нѣсколько мѣсяцевъ) и штатный младшій ординаторъ В. И. Васяткинъ, находившійся на службѣ около 15-ти лѣтъ. Такимъ образомъ, за промежутокъ времени около года изъ Каз. Окр. Лечеб. вышли въ отставку 7 человекъ.

— 17-го Іюля скончался въ Одессѣ отъ септического дифтерита директоръ Винницкой Окружной Лѣчебницы *Василій Петровичъ Кузнецовъ*. Покойный, будучи ранѣе директоромъ Казанской Лѣчебницы являлся однимъ изъ дѣятельныхъ членовъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ и его доклады печатались на страницахъ «Невр. Вѣстника». Перу его принадлежатъ работы: «Объ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ въ зависимости отъ искусственно вызванной гипереміи» (диссерт.), «Случай излѣченнаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ», «Случай астазіи—абазіи» и докладъ, обратившій на себя особенное вниманіе, — «Объ алкогольномъ автоматизмѣ» и др. Некрологъ о покойномъ помѣщенъ нами въ настоящемъ выпускѣ.

— Русскій медицинскій міръ понесъ тяжелую утрату въ лицѣ недавно скончавшагося приватъ-доцента Московскаго Университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, доктора медицины Ардаліона Ардаліоновича Токарскаго.

Покойный пользовался прочно установившейся репутацией выдающегося психолога и, как прекрасный лекторъ, привлекалъ въ свою аудиторию многочисленныхъ слушателей. Экспериментальная психологія, теорія и практика гипнотизма являлись вопросами, надъ которыми А. А. особенно работалъ. Покойный былъ извѣстенъ, какъ авторъ цѣлаго ряда обратившихъ на себя вниманіе трудовъ. Перу его принадлежатъ: «Меряченіе и болѣзнь судорожныхъ подергиваній», работа, представленная имъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины, по полученіи которой А. А. былъ назначенъ (въ 1893 г.) приватъ-доцентомъ Московскаго Университета, затѣмъ «Гипнотизмъ и внушеніе», «Къ вопросу о вредномъ вліяніи неправильнаго гипнотизированія», «Понятіе воли и свободы воли», «Терапевтическое примѣненіе гипнотизма» и друг. За періодъ времени 1894—900 г. появились въ печати его очерки: «Психическія эпидеміи», — «Къ вопросу объ ассоціаціи идеи», «Сознаніе и воля», «Происхожденіе и развитіе нравственныхъ чувствъ», «О темпераментѣ», «О глухости» и др. А. А. былъ сотрудникомъ многихъ журналовъ — «Архива психіатріи», «Вѣстника психіатріи», «Трудовъ психологическаго общества» и «Вопросовъ философіи и психологіи»; въ послѣднемъ журналѣ съ 1896 г. подъ его личной редакціей печатались «Записки психологической лабораторіи психіатрической клиники Московскаго Университета». Послѣдній печатный трудъ А. А. былъ очеркъ «Страхъ смерти». А. А. Токарскій умеръ отъ чахотки, осложнившейся сахарной болѣзнью подъ Москвой (въ Вешнякахъ) 21 Іюля, имѣя лишь отъ роду 42 года.

— 24 Мая въ Москвѣ скончался приватъ-доцентъ Московскаго Университета по кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней и ассистентъ клиники нервныхъ болѣзней, докторъ медицины Н. М. Верзиловъ. Богато одаренный отъ природы Н. М. погибъ въ лучшій періодъ своей жизни на 37-мъ году, начиная уже составлять себѣ ученое имя и давая полное право ожидать блестящихъ успѣховъ въ будущемъ.

— На VIII-мъ Сѣздѣ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, въ Москвѣ, имѣющемъ быть съ 3—10 января 1902 г. — въ секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней намѣчены слѣдующіе программы вопросы.

По нервнымъ болѣзнямъ. 1. Объ острыхъ не гнойныхъ энцефалитахъ, 2. Патологія спинальныхъ рефлексовъ, 3. Общественныя санаторіи для нервно-больныхъ и 4. О примѣненіи электрическаго лѣченія при мозговыхъ фокусахъ, способъ примѣненія электричества и выясненіе періода болѣзни, допускающаго это лѣченіе.

По душевнымъ болѣзнямъ: 1. О преждевременномъ слабоуміи, 2. Объ организаціи патронажа для душевно-больныхъ и 3. Определеніе и дифференціальныя діагнозы (разграниченіе отъ сходныхъ формъ) прогрессивнаго паралича.

Помимо сообщеній на программы темы, предполагаются доклады и по другимъ вопросамъ по выбору докладчиковъ.

Кромѣ того, согласно постановленію VII-го Съѣзда, на разсмотрѣніе секцій будутъ предложены вопросы:

1. Объ отмѣнѣ циркуляра медицинскаго департамента, ограничивающаго терапевтическое примѣненіе гипноза, и 2. О союзѣ русскихъ психіатровъ и невропатологовъ.

По постановленію Организационнаго Комитета Съѣзда, лица, желающія сдѣлать доклады на Съѣздѣ должны въ теченіе 1901 года—и *никакъ не позже 15 Октября*—представить ауторефераты или, по крайней мѣрѣ, положенія своихъ докладовъ, безъ чего послѣдніе не могутъ быть допущены на Съѣздѣ.

Завѣдующими секціей будутъ В. К. Ротъ, В. П. Сербскій и В. И. Яковенко.

— 9 Іюля исполнилось 40-лѣтіе ученой и врачебной дѣятельности проф. И. П. Мержеевского. (Врачъ № 24).

— Увольняется отъ службы, за выслугою лѣтъ, старшій врачъ клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней, состоящій при Императорской Военно-Медицинской Академіи, д. ст. сов. А. Ф. Эрлицкій, съ мундиромъ. (Прав. Вѣстникъ).

— Государственный Совѣтъ въ соединенныхъ департаментахъ законовъ и государственной экономіи мнѣніемъ положилъ устроить двѣ окружныхъ лечебницы для душевно-больныхъ: одну—въ Подольскомъ уѣздѣ Московской губ., другую—близъ г. Томска. Каждая лечебница должна быть устроена на 1000 кроватей.—Спб. Вѣд.

— Въ Варшавѣ образуется общество для постройки образцовой санаторіи для нервныхъ больныхъ изъ болѣе состоятельныхъ классовъ общества. Санаторія будетъ находиться подъ Варшавою и рассчитана на 50 больныхъ. Кромѣ нервныхъ въ санаторію будутъ приниматься и душевно-больные, страдающіе тихимъ помѣшательствомъ. Во главѣ компаніи на паяхъ, по словамъ «Варш. Дн.», стоятъ представители мѣстной аристократіи.

— Городская больничная коммиссія въ Петербургѣ, уволить согласно прошенію О. А. Чечотта отъ должности главнаго врача больницы Св. Николая Чудотворца, постановила ходатайствовать объ оставленіи его совѣщательнымъ членомъ больничной коммиссіи и дѣйствительнымъ членомъ состоящаго при коммиссіи совѣта главныхъ врачей.

— Мы слышали, что вмѣсто О. А. Чечотта въ больницу Св. Николая Чудотворца будетъ избранъ старшій врачъ С.-Петербургской Новознаменской больницы Н. Н. Реформатскій; если слухъ справедливъ, то мы отъ души радуемся, что больница въ лицѣ Н. Н. Реформатскаго пріобрѣтаетъ прекраснаго администратора, и нужно думать, что благодаря его энергіи, время коренныхъ, такъ долго ожидаемыхъ, реформъ больницы, наступитъ скоро.

— Въ предыдущемъ выпускѣ нашего журнала мы обѣщали вернуться къ Пермской исторіи объ увольненіи д-ра Мейера отъ должности завѣдующаго приютомъ для душевно-больныхъ Губернскаго Земства. Сама по себѣ эта «исторія» настѣ, конечно, мало интригуетъ. Мы интересуемся болѣе общимъ вопросомъ о причинахъ все чаще и чаще возникающихъ за послѣднее время печальныхъ столкновеній врачей-психіатровъ между собою и съ земскими управами. Особенно печальнымъ явленіемъ представляются частыя столкновенія старшихъ врачей психіатрическихъ лечебницъ съ ординаторами. На почвѣ такихъ личныхъ недоразумѣній разыгралась, какъ извѣстно, Харьковская исторія съ д-ромъ Краинскимъ, подобную же подкладку носила Уфимская исторія съ д-ромъ Суховымъ, такое же происхожденіе, повидимому, имѣла и исторія въ Перми съ д-ромъ Мейеромъ. Все это указываетъ на существованіе какихъ-то ненормальныхъ условій, нарушающихъ правильное теченіе жизни и успѣшное развитіе нашихъ психіатрическихъ больницъ. По этому поводу приходится очень сожалѣть о томъ, что проектированный союзъ русскихъ психіатровъ и невропатологовъ до сихъ поръ не получилъ еще своего реальнаго осуществленія. При возникновеніи упомянутыхъ выше исторій, касающихся столкновеній врачей-психіатровъ между собою и съ Земскими Управами, «союзъ русскихъ психіатровъ» могъ бы играть весьма существенную роль въ смыслѣ судьи и примирителя. Тогда и назначенія на должности старшихъ врачей психіатрическихъ больницъ, быть можетъ, сдѣлались бы болѣе осмотрительными и осторожными.

Въ частности по поводу Пермской исторіи намъ бы хотѣлось обратить вниманіе на тотъ фактъ, что въ полемическихъ письмахъ д-ра Мейера упоминается имя д-ра Жесткова, роль котораго въ этой исторіи будто бы являлась несимпатичной. Мы знали д-ра Жесткова съ самой хорошей стороны и потому нѣсколько удивились, не встрѣтивъ до сихъ поръ отъ него надлежащаго возраженія.

— Бывшій завѣдующій Пермской Земской больницей для душевно-больныхъ д-ръ И. К. Мейеръ получилъ мѣсто врача, завѣдывающаго психіатрич. больницей въ Петрозаводскѣ.

— Комиссія, производившая разслѣдованіе дѣла по устройству на Новознаменской дачѣ больницы-колоніи для душевно-больныхъ, окончила свой трудъ. Представленный ею докладъ рисуется способъ веденія строительныхъ работъ въ самомъ мрачномъ свѣтѣ. Городская больничная комисія и строительная ея субкомисія вели дѣло при условіяхъ столь запутанной отчетности, что въ настоящее время нѣтъ фактической возможности провѣрить правильность произведенныхъ послѣднихъ работъ. Къ послѣднимъ было приступлено въ 1892 г. безъ предварительнаго обсужденія, безъ истребованія у думы какихъ-либо асигнованій, безъ выработки какого-либо плана, безъ назначенія архитектора-строителя, въ роли котораго явился тогда и продолжалъ дѣйствовать до конца архитекторъ М. А. Ивановъ, дѣйствовавшій совершенно безконтрольно, на собственный рискъ и страхъ. Съ

8-го сентября 1892 г., до 22-го марта 1894 года въ дѣлахъ городской больницы комисіи нѣтъ никакихъ слѣдовъ постановленій объ этихъ работахъ, какъ нѣтъ за этотъ періодъ времени никакихъ журналовъ, не смотря на то, что для производства этихъ работъ была избрана особая субкомисія съ участіемъ техника. Съ 22-го марта 1894 г. въ дѣлахъ находятся слѣды работы. Оказывается, что онѣ начались задолго до того, когда окончательно былъ разрѣшенъ предположенный думою на нихъ кредитъ въ 142,295 р. Затѣмъ комисія указываетъ на то, что постройки на дачѣ, предназначенныя въ 1895 году, были сданы подрядчику безъ всякаго условія, а лишь по словесному распоряженію. Работы начались безъ всякаго плана, который явился только въ 1894 году, и то съ отступленіемъ отъ плана, выработаннаго совѣтомъ врачей, влѣдствіе чего постройка удорожилась. Большая часть работъ въ общей сложности на сумму около 600,000 руб., были сданы подрядчикамъ Зигелю, Санъ-Галли, Рѣнину, Струмило, Лангенципену и др. безъ заключенія какихъ-либо условій: во всемъ дѣлопроизводствѣ больницы комисія имѣется только одно договорное условіе, заключенное съ подрядчикомъ Постниковымъ, однако и послѣднее не заключаетъ въ себѣ никакого обезпеченія на случай неисправности со стороны подрядчика. Никакихъ журналовъ строительная субкомисія не вела, журналовъ строителя архитектора Иванова въ дѣлахъ больницы комисіи тоже не имѣется и неизвѣстно велись ли они; нѣтъ также никакихъ актовъ осмотровъ, за исключеніемъ одного, составленнаго самою строительною субкомисіей; такимъ образомъ эта субкомисія сама себя контролировала, сама со строителемъ одобряла произведенныя ими работы, сами же они производили расчеты съ подрядчиками, а городская управа въ лицѣ своего технического отдѣленія ограничивалась лишь провѣркою смѣтъ и чертежей. Большихъ трудовъ стоило слѣдственной комисіи разобраться въ дѣлопроизводствѣ больницы комисіи; тѣмъ не менѣе ею констатированъ перерасходъ въ 80,195 руб. 14 коп. Больничная комисія, какъ оказалось, располагала ассигнованными кредитами своеобразно: возвели постройку на половину—неоправдалась—ломать, строить новую, а истраченныя деньги покрываются изъ суммъ, ассигнованныхъ на бѣлье и т. п. Въ натурѣ провѣрка работъ не произведена и до нынѣ. Едва ли она и возможна въ виду обнаруженныхъ безпорядковъ въ дѣлопроизводствѣ строительной комисіи. Здѣсь вся масса документовъ, разбитая въ нѣсколько (до 19) томовъ, подшивалась безъ всякаго разбора, такъ что въ дѣлѣ напр. 1895 г. помѣщены документы за послѣдующіе годы до 1897 г. включительно. Какихъ-либо предложеній по поводу открытых ею безпорядковъ и злоупотребленій комисія не дѣлаетъ и ограничивается лишь установленіемъ факта. «Новое Время» № 9090.

— С.-Петербургскій градоначальникъ, имѣя въ виду участившіеся случаи непринятія въ больницы психически-больныхъ, и безпорядки въ больницахъ Св. Николая Чудотворца и Св. Пантелеймона, происходящіе отъ переполненія ихъ больными, уже 3-й разъ предлагаетъ городской управѣ устроить безотлагательно новую психіатрическую лѣчебницу. «Медиц. Обзоръ» задаетъ вопросъ, что предприметъ градоначальникъ, если и теперь управа не послушаетъ его.

По всей вѣроятности придется сдѣлать еще много предложеній требующихъ «безотлагательнаго» исполненія», пока управа обнаружитъ лежащую энергію къ выполнению необходимыхъ потребностей города.

— «Еженедѣльн.» дѣлаетъ перепечатку изъ «Русскаго Листка», слѣдующаго содержанія: «Для того, чтобы бороться съ крайнимъ переполюсненіемъ городскихъ психіатрич. больницъ, московскіе врачи-психіатры предложили городскому управленію разрѣшить давать больнымъ-хроникамъ, пришедшимъ въ болѣе или менѣе тихое состояніе, различные продолжительные отпуска въ семьи и на мѣста родины. Для обезпеченія же матеріальныхъ выгодъ семьямъ, которыя пожелаютъ взять больного въ отпускъ, врачи-психіатры просятъ управленіе не взымать за время отпуска никакой больничной платы съ родныхъ больного. Недавно управа разрѣшила давать больнымъ отпуска, но усмотрѣнію врачей-психіатровъ, безъ взыманія больничной платы, но только впредь до ея особаго новаго распоряженія, могущаго послѣдовать по этому вопросу.

— 28 апрѣля въ камерѣ мир. судьи 18 уч. слушалось дѣло двухъ служителей психіатрическаго отдѣленія Одесск. гор. больницы Юревича и Фарафонова, обвиняемыхъ въ избиеніи душевно-больныхъ.

Въ камеру явился одинъ Юревичъ. Фарафонову, уѣхавшему въ Орелъ, повѣстка не вручена. Мир. судья постановилъ: дѣло слушать въ отношеніи одного Юревича. Вызванный въ качествѣ обвинителя профессоръ Оршанскій заявилъ:

Мнѣ странно находиться въ положеніи обвинителя. Я обвинитель не по личному моему желанію. Я только исполнялъ должность старшаго врача, раскрылъ случай и донесъ объ этомъ полиціи. Послѣ этого г. прокуроръ черезъ посредство гор. головы заставилъ меня стать обвинителемъ. Я себя обвинителемъ не считаю.. Я не нахожу здѣсь никакого уголовнаго преступленія со стороны Юревича, кромѣ грубаго отношенія къ больному. Я исполнилъ формальное приказаніе, явился въ вашу камеру обвинителемъ, но не вижу никакихъ поводовъ къ обвиненію. Мнѣ, какъ не юристу неизвѣстны права, въ какихъ случаяхъ я могу отказаться отъ обвиненія. Лично я совершенно не понимаю моей роли. Правъ опеки ни одинъ старшій врачъ не имѣетъ надъ больными.. Я совершенно отказываюсь быть судебнымъ обвинителемъ.

Мир. судья разъяснилъ, что до доклада дѣла онъ не можетъ отказываться отъ обвиненія. Вообще, соображенія г. Оршанскаго будутъ важны по выслушаніи показаній вызванныхъ въ судъ свидѣтелей. Юревичъ заявилъ, что онъ только толкнулъ больного Азрикана, такъ какъ послѣдній набросился на служителя. Азриканы отличаются тѣмъ, что дерется. Виповнымъ въ нанесеніи удара кулакомъ Юревичъ себя не призналъ.

Д-ръ Айхенвальдъ показалъ: 19-го октября пр. года ему передали, что двумъ больнымъ нанесены служителями побои. При осмотрѣ больныхъ, у Азрикана никакихъ слѣдовъ побоевъ не оказалось. У Старченко былъ кровоподтекъ подъ глазомъ. Юревичъ признался, что онъ толкнулъ больного Азрикана, т. е. тотъ не хотѣлъ выйти изъ клозета. Старченко былъ беспокойный, буйный больной и, чтобы уложить его на кровать, служитель

Фарафоновъ ударилъ его ключемъ. Оба больные находятся всегда въ безсознательномъ состояніи.

По словамъ зрителя больницы В. Сваричевского, ударъ, нанесенный Юревичемъ Азрикану, былъ легкій. На вопросъ судьи: почему это дѣло сдѣлали такимъ крупнымъ, если удары были легкіе, ничтожныя?—свидѣтель отвѣтилъ, что дѣло довели до свѣдѣнія полиціи единственно для острастки другимъ служащимъ.

Ординаторъ больницы В. Рудневъ въ общемъ подтвердилъ показаніе предшествовавшаго врача. Азриканъ большой буйный, онъ часто бьетъ служителей, неопытный служитель обороняется и можетъ случиться, что обращается грубо съ Азриканомъ.

Надзиратель О. Гливицкій показалъ: больной Мельниковъ, находящійся въ сознательномъ состояніи, кричалъ, что бьютъ Азрикана и били Старченко. Юревичъ сознался свидѣтелю, что онъ толкнулъ Азрикана потому, что тотъ вывелъ его изъ тертіи.

Послѣ допроса свидѣтелей, мир. судья обратился къ проф. Оршанскому съ вопросомъ—поддерживаетъ-ли онъ обвиненіе?

Нѣтъ, отвѣтилъ категорически старшій врачъ. Противъ Юревича я обвиненія не поддерживаю. Собственно возбудилъ я дѣло изъ-за Фарафопова, который дѣйствительно нанесъ сильный ударъ ключемъ въ глаза больному, а Юревичъ попалъ въ дѣло по одновременности проступка. Азриканъ проявлялъ всегда буйныя наклонности. Онъ бьетъ служителей. Однажды, когда я подошелъ къ нему поздороваться, онъ сбилъ съ меня очки. Это такой больной, для котораго необходимо насиліе, конечно, острое. Я признаю, что Юревичъ грубо обошелся съ больнымъ, но это было вынуждено. Отъ обвиненія Юревича въ нанесеніи побоевъ я отказываюсь. Мир. судья, за отказомъ обвинителя проф. Оршанскаго отъ обвиненія дѣло по обвиненію Юревича въ нанесеніи побоевъ больному прекратилъ. («Одесскій Листокъ», № 110).

— По словамъ «Новаго Времени» отъ 20 Іюня совѣтомъ по желѣзнодорожнымъ дѣламъ выработаны особыя правила для перевозки по желѣзнымъ дорогамъ душевно-больныхъ, укушенныхъ бѣшенными животными и прокаженныхъ.

Учрежденія или лица, предполагающія отправить по желѣзной дорогѣ душевно-больного, укушеннаго бѣшеннымъ животнымъ или прокаженнаго, обязаны заявить объ этомъ или управленію дороги отправленія или непосредственно начальнику станціи отправленія за 48 ч. до дня отправки, съ представленіемъ медицинскаго свидѣтельства. По полученіи заявленія дорога отправленія должна немедленно предупредить объ этомъ по телеграфу всѣ попутныя дороги съ поясненіемъ: будетъ ли больной перевезенъ въ особомъ отдѣленіи или отдѣльномъ вагонѣ. Душевно-больные тихіе должны быть перевозимы каждый въ особомъ отдѣленіи при двухъ провожатыхъ; тѣ же больные буйные перевозятся не иначе, какъ въ особомъ вагонѣ при чемъ каждый такой больной долженъ быть сопровождемъ 4-мя провожатыми и фельдшеромъ. Укушенные бѣшенными животными, отпра-

ляемые для леченія до истеченія двухъ недѣль послѣ укушенія, должны быть перевозимы при одномъ провожатомъ, а отправляемые послѣ двухъ недѣль—при двухъ провожатыхъ. И тѣ и другіе помѣщаются въ особомъ отдѣленіи. Если же укушенный бѣшеннымъ животнымъ обнаруживаетъ признаки буйнаго состоянія, то онъ перевозится, какъ буйный душевно-больной. Прокаженные перевозятся при одномъ провожатомъ въ отдѣльномъ вагонѣ—санитарномъ, если такой на дорогѣ имѣется, или же классномъ IV или III класса безъ мягкой обивки. Особые вагоны съ больными на передаточныхъ пунктахъ должны быть отправляемы далѣе безъ задержки. На станціи назначенія вагонъ, въ которомъ привезенъ прокаженный, подвергается дезинфекціи въ теченіе трехъ дней. Вышеизложенныя правила вскорѣ будутъ введены въ дѣйствіе.

Нельзя не пожелать скорѣйшаго введенія правилъ, такъ какъ каждому психіатру извѣстно какими неудобствами обставлено было дѣло перевозки душевно-больныхъ по желѣзнымъ дорогамъ.

— Д-ръ Я. А. Боткинъ, завѣдующій больницей для душевно-больныхъ въ Симферополѣ подвергнулся нападенію со стороны одного изъ больныхъ, страдающаго бредомъ преслѣдованія. Во время обычной визитаціи въ Я. А. Боткина былъ брошенъ камень вѣсомъ въ два фунта, который и попалъ въ голову. Къ счастью ударъ былъ не особенно силенъ, иначе камень могъ бы убить на повалъ.

— Съ 9-го по 14-е сентября состоится въ Амстердамѣ 5-й международный съѣздъ по уголовной антропологии. Судя по намѣченнымъ для обсужденія вопросамъ, съѣздъ будетъ представлять большой интересъ. Вопросы эти: анатомо-физиологическіе признаки преступниковъ; связь преступности съ психопатіей; примѣненіе уголовной антропологии къ законодательству и судебной медицинѣ; алкоголизмъ; гипнотизмъ; малолѣтніе преступники. За успѣхъ названнаго съѣзда ручается участіе въ немъ такихъ корифеевъ антропологии, какъ Lombroso, Tarde, Ferri, Legrainе и др.—Нов.

— Какъ извѣстно въ высшихъ правительственныхъ сферахъ у насъ разрабатывается проектъ алкогольной комиссіи, состоящей при обществѣ охраненія народнаго здравія, относительно принудительнаго помѣщенія привычныхъ пьяницъ въ спеціальныя заведенія. Въ виду этого не лишнѣе для насъ интереса отчетъ д-ра Ноггъа о результатахъ леченія алкоголиковъ въ Dalrymple Home, спеціальному убѣжище для алкоголиковъ въ Rickmansworth. Изъ 600, приблизительно, больныхъ 420 были постоянно, а 180—запоемъ. Полное выздоровленіе наступило у 33 проц. больныхъ, улучшеніе—у 30 проц. безуспѣшнымъ оказалось леченіе у 7 проц., смерть наступила у 7 проц., душевныя болѣзни развились у 1 проц., а объ остальныхъ не собрано точныхъ свѣдѣній. Какъ ни различна судьба прошедшихъ черезъ убѣжище больныхъ, утѣшительно во всякомъ случаѣ то, что во многихъ случаяхъ (33 проц.) удалось добиться полнаго выздоровленія.—Нов.

— Покойный В. П. Грудцынъ пожертвовалъ 10000 р. въ неприкосновенный капиталъ Преображенской больницы въ Москвѣ на устройство и содержаніе косякъ имени жертвователя, 5000 руб. въ неприкосновенный капиталъ 1-го Рогожскаго попечительства о бѣдныхъ, 10000 р. Московской мѣщан. больницѣ и 20000 р. на друг. благотворит. дѣла (Врачъ № 25).

— 4-го іюня состоялось закладка зданій Саратовской земской психіатрической колоніи.

— Россія сообщаетъ, что нижегородскій купецъ Н. А. Вугровъ пожертвовалъ 17000 р. на постройку барака на 30 больныхъ въ Лиховскомъ психіатрическомъ поселкѣ Нижегородскаго Губернскаго Земства.

— Въ новой психіатрической лечебницѣ Харьковской губернской земской больницѣ открыты систематическіе курсы для служащихъ и прислуги. Первымъ читаютъ анатомію и фізіологію нервной системы и общую психіатрію; для вторыхъ—намѣчены 3 курса: 1. Элементарн. свѣдѣнія о строеніи и отравленіяхъ человѣческаго тѣла. 2. Начатки ученія о душевныхъ болѣзняхъ и 3. Основы администраціи и техники ухода за душевно-больными. (Обозр. психіатр. № 6).

— Въ Кальваріи (Сувалкской губ.) будетъ устроено при больницѣ убѣжище для неизлѣчимыхъ душевно-больныхъ (Przebieg Tygodniowy, 30 Іюня).

— «Пріазовскій край» сообщаетъ, что въ С. Быковой Греблѣ душевно-больная крестьянка умертвила своего 6-ти лѣтняго сына, отрѣзавъ ему при этомъ руки и выколовъ глаза.

— Въ Orlean'ѣ въ больницѣ для душевно-больныхъ произошелъ слѣдующій трогическій случай. Манахиня, исполнявшая обязанности сестры милосердія, забыла запереть на члющъ шкафъ съ лѣкарствами. Одна изъ больныхъ взяла оттуда бутылку, содержащую 40 грамм. хлорала, и проглотила все, что было въ ней. Несмотря на принятые мѣры, больная скончалась черезъ 3 часа. («Le progrès médical», 13 Іюня).

— Мартирологъ душевно-больныхъ, сидящихъ на цѣни, пополнился новымъ случаемъ. Въ деревнѣ Мѣшихѣ, въ 40 верстахъ отъ Нижняго-Новгорода сидитъ на цѣни уже 3 года 18-лѣтній паренъ. На вопросъ врача о причинѣ такого содержанія больного, отецъ отвѣчалъ, что это пришлось сдѣлать для безопасности и вслѣдствіе экономическихъ соображеній: «За содержаніе больного пришлось бы платить, а я человѣкъ несостоятельный, да и общество боится, какъ бы деньги за леченіе не стали взыскивать со всѣхъ крестьянъ».—(Еженедѣльникъ № 17).

— По словамъ «Бессарабца» отъ 1 Іюля изъ психіатрическаго отдѣленія Кишиневской Губернской Земской больницѣ бѣжали душевно-больной и бывшій на испытаніи арестантъ.

— На одного изъ Псковскихъ священниковъ, купающагося въ р. Псковѣ, набросился въ водѣ душевно-больной и сталъ тонить. Перепуганный священникъ едва вырвался и то послѣ упорной борьбы. Видно на Руси, добавляетъ «Врачъ», душевно-больные долго будутъ еще разгуливать на свободѣ.

— «Россія» сообщаетъ, что полумилліонный капиталъ на пріютъ для умалишенныхъ, завѣщанный Москвѣ покойной Алексѣевой, оспаривался наследниками послѣдней. Городъ утвержденъ въ правахъ послѣдства, и пріютъ будетъ возведенъ при Городской Преображенской больницѣ.

— Въ окрестностяхъ Перкіярви въ непродолжительномъ времени, какъ сообщаютъ «Новости», будетъ открыта на средства частныхъ лицъ и д-ра А. К. Антонова здравница для алкоголиковъ, рассчитанная на 45 мужчинъ и 15 женщинъ.

— «Правит. Вѣстникъ» сообщаетъ, что г-жа Медвѣдникова завѣщала Москвѣ 1 милліонъ руб. на устройство больницы для неизлѣчимыхъ, 600,000 р. на устройство пріюта для идиотовъ и падучихъ, 300,000 на устройство богадѣльни и 100,000 р. въ пользу бѣдныхъ Москвы. Городское управленіе рѣшило выстроить больницу на 150 кров., богадѣльню на 60 человѣкъ мужчинъ и женщинъ и пріютъ для идиотовъ и падучихъ на 40 человѣкъ. Въ настоящее время разработаны проекты зданій для больницы и богадѣльни, для постройки которыхъ городомъ будетъ отведена земля на Калужской улицѣ въ количествѣ 7,200 кв. саж. По смѣтѣ сооруженіе больницы обойдется безъ отопленія въ 186,720 рубл., а кромѣ того постройка при больницѣ церкви исчислена въ суммѣ 38,370 руб. тоже безъ отопленія. Устройство богадѣльни по смѣтѣ безъ отопленія съ церковью обойдется 115,000 руб. На устройство отопленія, которое проектировано пароводяное, потребуется сумма свыше 81,000 руб.; на осуществленіе всѣхъ построекъ потребуется капиталъ въ 668,702 руб. По проекту предполагено построить квартирный корпусъ, домъ директора, часовню и др. (Об. Психіатр. № 7).

— «Россія» сообщаетъ, что Общество помощи душевно-больнымъ открываетъ въ Варшавѣ пріютъ на 20 человѣкъ и въ окрестностяхъ поселокъ на 100 человѣкъ способныхъ работать.

— Колонія для алкоголиковъ и наркомановъ во имя св. Леонида недавно открылась и начала свои дѣйствія на островѣ Куусаари близъ города Котки въ Финляндіи (Газ. Боткина № 3).

— 5-й Международный Сѣздъ физиологовъ состоится въ Torino съ 17 по 21 Сентября текущаго года. Засѣданія сѣзда будутъ происходить въ физиологической лабораторіи Торинскаго Университета подъ предѣтельствомъ проф. Mosso. Заявленія о докладахъ просятъ направлять секретарю сѣзда д-ру Treves'у (Torino, Corso Raffaello. 30). Международный комитетъ Сѣзда состоитъ изъ слѣдующихъ лицъ: Mosso (Италія), Bohr (Да-

нія), Boditch, Dastre (Франція), Heger (Германія), Scherrington (Англія). На этомъ Сѣздѣ всѣ сообщенія будутъ сопровождаться опытами. На послѣднемъ засѣданіи извѣстный физиологъ проф. Marey представитъ докладъ о трудахъ Международной комиссіи по провѣркѣ записывающихъ приборовъ. По всей вѣроятности особое засѣданіе будетъ посвящено «экспериментальной психологіи», на которомъ будутъ намѣчены темы для Международнаго Сѣзда по психологіи. Послѣдній состоится въ Римѣ въ 1904 г. подъ предсѣдательствомъ проф. Luciani. Всѣ члены Сѣзда будутъ пользоваться извѣстной скидкой по желѣзнымъ дорогамъ и на пороходахъ, а также въ мѣстныхъ гостиницахъ.

— Въ Іюнѣ вышла 1-ая книжка новаго журнала по психіатріи, имѣющаго выходить въ New-York'ѣ, подъ редакціей Louise'ы G. Robinovitch, ежемесячно кромѣ августа и сентября. Въ журналѣ принимаютъ участіе, между прочимъ, д-ра V. Magnan, A. Joffroy и F. Raymond изъ Парижа, E. Regis изъ Bordeaux, Charles K. Mills изъ Philadelphіи, C. H. Hughes изъ St.-Louis, I. Morel изъ Buxelles'я и др. (The New-York Medical Journal).

— Въ New-York'ѣ учредилось особое общество для устройства изысканій по лѣченію спинной сухотки, подъ названіемъ «National Locomotor ataxia League». Въ Соединенныхъ Штатахъ предполагается отъ 18000 до 20000 страдающихъ этой болѣзнію и думаютъ, что всѣ они запишутся въ члены новаго общества. На взносы отъ этихъ и другихъ лицъ, при пособіи отъ правительства, имѣется въ виду создать особую лѣчебницу для сухоточныхъ и объявить награду въ 10000 долларовъ за открытіе способа кореннымъ образомъ вылѣчивать болѣзнь («New-York Medical Journal»).

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ засѣданія О-ва 25 марта 1901 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. М. Поповъ, при секретарѣ В. В. Николаевѣ. Присутствовали: почетный членъ О-ва И. М. Догель и гг. дѣйствительные члены: Б. И. Воротынский, Г. А. Клячкинъ, Р. А. Лурія, В. П. Мамеевъ, Н. А. Миславскій, И. І. Наумовъ, В. Н. Образцовъ, Л. А. Сергеевъ, П. С. Скуридинъ, Г. В. Сороковиковъ, А. Е. Янишевскій и человекъ около 40 посторонней публики.

Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Приступлено къ формулировкѣ выводовъ, къ которымъ пришли въ предыдущее засѣданіе при обсужденіи вопроса объ ограниченіи примѣненія гипноза съ лечебной цѣлью.

Предложенная проф. Н. М. Поповымъ формула—«такъ какъ состояніе гипноза можетъ быть осложнено явленіями опасными для жизни, то терапевтическое примѣненіе его должно быть предоставлено исключительно врачамъ; самые сеансы должны быть производимы только въ присутствіи третьяго лица и по возможности врача»—была по баллотировкѣ принята (6) шестью голосами и отвергнута (8) восемью.

Редакція, предложенная д-ромъ Г. А. Клячкинымъ,—«члены О-ва, не считая совмѣстнымъ съ достоинствомъ врачей создавать какія-либо ограниченія въ примѣненіи врачебнаго средства, ходатайствуютъ о разрѣшеніи производства гипноза исключительно врачамъ, при томъ безъ какихъ-либо ограниченій въ ихъ дѣйствіи»—была отвергнута единогласно.

Д-ръ *Воротынский* сформулировалъ свое мнѣніе такимъ образомъ: «Такъ какъ состояніе гипноза можетъ быть осложнено явленіями опасными для жизни, то терапевтическое примѣненіе его должно быть предоставлено исключительно врачамъ, но безъ ограниченій, представляемыхъ 2-мъ пунктомъ Циркуляра Медицинскаго Департамента».

Послѣдняя формула принята 8 противъ 6.

Постановлено: Увѣдомить Правленіе О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова о постановленіи Казанскаго О-ва невропатологовъ и психіатровъ съ представленіемъ протокола коммисіи и особымъ мнѣніемъ д-ра Б. И. Воротынскаго.

Проф. *Н. М. Поповъ*, передавши предсѣдательство проф. Н. А. Миславскому, сдѣлалъ докладъ «Случай атетоза».

Въ административной части засѣданія заслушанъ и утвержденъ проектъ сметы приходовъ и расходовъ на 1901 г.

Доложено предложеніе отъ имени Организационнаго комитета принять участіе въ III сѣздѣ чешскихъ естествоиспытателей и врачей. Принять къ свѣдѣнію.

Доложено предложеніе Организационнаго комитета VIII сѣзда Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова—секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней—дополнить списокъ предварительныхъ темъ и намѣтить докладчиковъ на сѣздѣ.

По предложенію проф. Н. М. Попова намѣчена тема—«Трофическія функціи головного мозга на основаніи клиническихъ данныхъ», а докладчиками по вопросу о «патологій спинальных рефлексовъ» предполагаютъ выступить д-ра Б. И. Воротынский и А. Е. Янишевскій.

Сообщено о желаніи редакціи Казанскаго Медицинскаго Журнала обмѣниваться журналомъ и объявленіями съ Неврологическимъ Вѣстникомъ.

Предложеніе принято.

**Списокъ книгъ, поступившихъ въ редакцію и въ библіотечу
Общества:**

Dr. Grebner und Dr. Grünbaum. Ueber die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutdruck. 1899.

Dr. Grebner. Le traitement de l'ataxie tabetique par la rééducation des muscles. 1897.

Д-ръ Гребнеръ. Замѣтки о механотерапіи. Одесса, 1901.

— Онъ-же. Объ уменьшеніи чувствительности кожи при сухоткѣ спинного мозга.—Спб. 1900.

А. Мелкихъ. Матеріалы къ патогенезу возвратнаго тифа (лейкотитозъ, бактерицидность, аглюцинація)—Казань, 1901 г.

П. Горстъ. Матеріалы къ изученію почечуйной травы (*Polygonum Persicaria*) въ химическомъ отношеніи. Казань 1901 г.

Н. Н. Реформатскій. Отчетъ по С.-Петербургской Городской больницѣ-колоніи для душевно-больныхъ на Новознаменской дачѣ за 1896 и 97 годы.

Онъ-же. — — — за 1898 и 99 гг.

Б. И. Воротынский.—Истерія въ наукѣ и въ жизни. Казань 1901 г.

В. В. Николаевъ.—Фотографированіе глазного дна животныхъ.—Казань, 1901 г.



О Б Ъ Я В Л Е Н І Я.

На 1901 годъ

(девятый годъ изданія)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Въ 1901 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.

СЪ 1901 ГОДА ВЫХОДИТЬ ВЪ СВѢТЪ

„Казанскій Медицинскій Журналъ“.

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества
Проф. Л. О. Даркшевича.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по специальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. библіографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для не членовъ Общества **5 руб. въ годъ.**

Подписка принимается въ библіотекѣ Общества (Казань. Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань. Пассажъ).

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

Рукописи для помѣщенія въ Журналъ направляются по адресу: Казань. Университетъ. Общество врачей, въ редакцію „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

ВЪ ПРОДАЖЪ ИМѢЮТСЯ СЛѢДУЮЩІЯ ИЗДАНІЯ ОБЩЕСТВА:

Проф. К. А. Арнштейнъ. Ученіе о нейронахъ передъ судомъ новѣйшихъ изслѣдователей (съ табл. рис.). Цѣна 40 к.

Ramon y Cajal. Новое изложеніе гистологическаго строенія центральной нервной системы. (Реф. А. Е. Смирнова). Ц. 50 к.

ПОСТУПИЛИ ВЪ ПРОДАЖУ НОВЫЯ КНИГИ:

Проф. Н. М. Попова. Шесть лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.—Казань, 1900. Ц. 75 к.

Его-же. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Вып. 1. 1900. Ц. 1 р. 50 к.

Прив.-доц. Б. И. Воротынскаго. Психо-физическія особенности преступника - дегенеранта. — Казань, 1900. Ц. 25 к.

Его-же. Врачъ-психіатръ въ роли эксперта на судѣ. Казань, 1900. Ц. 25 к.

Его-же. Истерія въ наукѣ и въ жизни. Казань, 1901. Ц. 35 к.

Б. И. Воротынскій

Приватъ-доцентъ Казанскаго Университета.

ИСТЕРІЯ ВЪ НАУКѢ И ВЪ ЖИЗНИ.

Публичная лекція, читанная 10 Марта 1901 года въ актовомъ
залѣ Университета.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1901.

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ
при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель *Н. Поповъ.*

ИЗДАНО
ИМПЕРАТОРСКИМЪ КАЗАНСКИМЪ УНИВЕРСИТЕТОМЪ
1901

Мм. г-ни и мм. г-ри!

Медицина, какъ наука, изучающая здоровый и больной организмъ челоѣка, вмѣстѣ съ быстро идущимъ впередъ развитіемъ нашихъ знаній въ области естествовѣдѣнія, начинаетъ постепенно расширять кругъ своихъ наблюденій и изслѣдованій. На ряду съ этимъ все ближе и тѣснѣе устанавливается связь медицины съ такими важными отраслями знанія, какъ криминальная антропология, социология и психология; многія положенія этихъ наукъ и сейчасъ основаны уже на данныхъ, заимствованныхъ изъ области медицинскихъ наблюденій или добытыхъ при помощи естественно-научныхъ методовъ изслѣдованія.

Теперь можно уже смѣло сказать, что „врачебная наука не нуждается болѣе въ мантии мистицизма и таинственности и считаетъ своимъ лозунгомъ сдѣлать знанія всеобщимъ достояніемъ“. Это особенно важно въ настоящее время оттѣнить по отношенію къ такимъ сравнительно молодымъ отдѣламъ медицины, какъ психіатрія и невропатология, такъ какъ душевныя и нервныя болѣзни въ глазахъ публики всегда представлялись въ самомъ невѣрномъ и превратномъ видѣ. Сказанное главнымъ образомъ относится къ такъ называемымъ функціональнымъ нейрозамъ и въ частности—къ истеріи.

Между тѣмъ вѣрное пониманіе сущности этихъ столь часто встрѣчающихся психо-нервныхъ заболѣваній и знаніе дѣйствительныхъ причинъ ихъ происхожденія и развитія дали бы возможность установить болѣе правильный взглядъ на многія патологическія явленія современной общественной жизни,

могли бы пролить свѣтъ на нѣкоторые темные вопросы въ области психологiи, въ значительной степени помогли бы педагогамъ и воспитателямъ успѣшнѣе разобраться въ ихъ трудныхъ профессиональныхъ задачахъ; наконецъ, криминалисты-соціологи и моралисты также нашли бы для себя въ этомъ знанiи твердую точку опоры при разрѣшенiи многихъ спорныхъ вопросовъ, касающихся человѣческой порочности и преступности.

Въ виду всѣхъ этихъ соображенiй я и рѣшаюсь сегодня остановить ваше вниманiе на одномъ изъ самыхъ частыхъ функціональных заболѣванiй центральной нервной системы, извѣстномъ въ наукѣ подъ именемъ истерiи. При этомъ здѣсь же нахожу необходимымъ оговориться, что я не намѣренъ излагать предъ вами всѣ клиническія особенности этого богатаго разнообразными симптомами нейроза; я хочу остановиться главнымъ образомъ на разборѣ тагъ называемаго истерическаго характера или истерическаго темперамента, который съ психологической точки зрѣнiя представляетъ собою немало интересныхъ чертъ и заслуживаетъ самаго серьезнаго научнаго изученiя.

Истерiя принадлежитъ къ числу весьма часто встрѣчающихся нервныхъ заболѣванiй. Старые врачи учили, что истерiя свойственна исключительно женскому полу и что она вызывается поражениемъ сексуальныхъ органовъ, откуда собственно и произошло само названiе этой болѣзни. Однако въ настоящее время съ положительностью доказано, что истерiя, даже въ ея классической формѣ, можетъ наблюдаться и у мужчинъ, хотя, безъ сомнѣнiя, значительно рѣже, чѣмъ у женщинъ. Наиболѣе часто это заболѣванiе обнаруживается въ возрастѣ полового созрѣванiя, но и другіе возрасты также не застрахованы отъ возможности развитiя истерическихъ явленiй.

Въ числѣ этиологическихъ моментовъ наслѣдственность занимаетъ выдающееся мѣсто; весьма нерѣдко при этомъ приходится наблюдать прямую наслѣдственную передачу, т. е.

истеричные родители производят потомство, отягченное истерическимъ же діатезомъ; въ другихъ случаяхъ вліяніе наслѣдственности ограничивается лишь передачей тѣхъ или иныхъ признаковъ легенераціи, на почвѣ которой, при соответствующихъ благопріятныхъ условіяхъ, можетъ въ послѣдствіи развиться истерія; наконецъ, предрасположеніе къ истеріи можетъ передаваться отъ лицъ, не страдающихъ этой болѣзнью, но вообще людей нервныхъ, истощенныхъ, физически слабыхъ или же душевно-больныхъ.

Если истерія является болѣзнью приобрѣтенною, то въ числѣ вызывающихъ причинъ на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить неправильное воспитаніе. Въ этомъ отношеніи особенно вредное вліяніе оказываетъ на ребенка прочно укоренившаяся привычка очень рано развивать въ дѣтяхъ воображеніе фантастическими разсказами о всевозможныхъ чудесахъ, о привидѣніяхъ, вѣдьмахъ и т. д. На ряду съ чрезмѣрнымъ возбужденіемъ чувствъ и раннимъ развитіемъ фантазіи у ребенка можно поставить также и такіе неразумные приемы воспитанія, какъ постоянное запугиваніе дѣтей, стремленіе держать ихъ подъ страхомъ наказанія. Въ болѣе позднемъ возрастѣ на развитіе истеріи оказываютъ вліяніе часто повторяющіеся аффекты и разнаго рода психическія травмы въ видѣ внезапнаго душевнаго потрясенія, сильнаго горя, испуга и проч.; въ томъ же направленіи дѣйствуютъ и различные угнетающіе моменты, какъ то: несбывшіяся мечты, неудовлетворенная любовь, постоянныя оскорбленія самолюбію, всякія нравственныя страданія и т. д. Въ смыслѣ этиологическаго момента не малое значеніе имѣютъ также разнаго рода разстройства и ненормальныя возбужденія въ половой сферѣ.

Что касается сущности истеріи, то въ этомъ отношеніи мы до настоящаго времени не располагаемъ еще какими либо положительными данными; поэтому при объясненіи истерическихъ явленій мы вынуждены пока довольствоваться лишь вѣроятными теоріями или даже гипотезами. Несомнѣнно одно,

что въ основѣ истеріи не лежатъ грубо анатомическія пораженія, а она обуславливается только молекулярными, динамическими измѣненіями въ центральной нервной системѣ; этимъ и объясняется тотъ фактъ, что истерическія явленія могутъ внезапно развиваться и также быстро исчезать.

Большинство авторовъ придерживается психологическихъ воззрѣній на сущность истеріи, объясняя этотъ нейрозъ то разстройствомъ въ сферѣ представленій, то суженіемъ поля сознанія, то раздвоеніемъ личности. Въ послѣднее время Sollier ¹⁾ построилъ физиологическую теорію происхожденія истеріи; эту теорію у насъ поддержалъ и въ нѣкоторыхъ частяхъ развилъ и дополнилъ д-ръ Бр. Кнотте ²⁾.

Исходя изъ тѣхъ наблюденій, что истерія, на подобіе сна, по своимъ проявленіямъ характеризуется большей или меньшей оцѣпенѣлостью, недѣятельностью, какъ бы усыпленіемъ различныхъ группъ мозговыхъ центровъ, и что истеричные субъекты иногда впадаютъ на болѣе или менѣе продолжительное время въ состояніе сомнамбулизма, Sollier пришелъ къ выводу, что всѣ истеричные являются сомнамбулистами, что всѣ они погружены въ особаго рода сонъ. Проводя параллель между естественнымъ сномъ и сномъ патологическимъ, въ который погружены истерики, Sollier основывается на слѣдующихъ соображеніяхъ. Существуютъ факты (Введенскій), указывающіе на то, что при нормальныхъ условіяхъ психической дѣятельности постоянно происходитъ то угнетающее, то возбуждающее вліяніе однихъ мозговыхъ центровъ на другіе; такіа двойственные вліянія при нормальныхъ условіяхъ комбинируются извѣстнымъ цѣлесообразнымъ образомъ и являются въ физиологическомъ смыслѣ необходимыми въ интересахъ общей иннервации. Когда человѣкъ находится въ бодрственномъ состояніи, то разнообразныя мозговые центры постоянно антагонизируютъ между собою, и по закону пра-

¹⁾ Genèse et nature de l'hysterie. Paris, 1897.

²⁾ Сущность истеріи.—Неврологич. Вѣстникъ, 1900 г., вып. 1.

діації вліяніє однихъ центровъ на другіе распространяется на весь мозгъ. Принимая во вниманіе эти факты, можно допустить, что сонъ есть активный процессъ торможенія мозга; состояніе сна представляетъ собою какъ бы „вооруженный миръ“ между мозговыми центрами, когда оны, irradiруя и antagonируя между собою въ теченіе дня, „приходятъ, наконецъ, послѣ продолжительной борьбы въ состояніе полного равновѣсія своей возбудимости, всѣ взаимно затормозивъ другъ друга въ одинаковой степени“. Д-ръ Кнотте допускаетъ, что у истеричныхъ свойство нервныхъ центровъ antagonировать между собою значительно повышено; поэтому регуляторному механизму нервной системы, соблюдающему интересы общей иннерваціи, приходится очень много работать. Этотъ регуляторный механизмъ до поры до времени справляется съ своей задачей, но затѣмъ постепенно истощается; въ результатѣ—цѣлесообразное, фізіологическое вліяніе однихъ мозговыхъ центровъ на другіе разстраивается и равновѣсіе между ними такимъ образомъ нарушается. Вотъ истерія и представляетъ собою результатъ нарушенія фізіологическаго равновѣсія между нервными центрами, при чемъ это нарушеніе наступаетъ вслѣдствіе утомленія механизма, регулирующаго возбудимость мозга. Такъ какъ у женщинъ, обладающихъ болѣе слабой организаціей, регуляторный механизмъ нервной системы истощается гораздо легче и скорѣе, то въ этомъ и кроется причина того, что онѣ чаще заболѣваютъ истеріей.

Я не нахожу здѣсь умѣстнымъ долго останавливаться на критической оцѣнкѣ приведенной фізіологической теоріи происхожденія истеріи; считаю однако возможнымъ замѣтить, что въ основѣ этой теоріи лежатъ вѣрно подмѣченные и правильно истолкованные факты, и что, принимая ее, можно довольно удовлетворительно объяснить психо-фізіологическое дѣйствіе нѣкоторыхъ причинъ, вызывающихъ истерію. Поэтому, не утомляя долго вашего вниманія этимъ вопросомъ, представляющимъ интересъ по преимуществу для врача-спе-

ціаліста, переходжу къ краткому очерку тѣхъ патологическихъ явленій, которыя наблюдаются при истеріи.

Нейрозъ этотъ характеризуется чрезвычайнымъ разнообразіемъ разстройствъ въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы. При истеріи поражается чувствительность, наблюдаются уклоненія въ психической дѣятельности, разстройства въ двигательной сферѣ, въ органахъ растительной жизни, въ области сосудодвигательныхъ нервовъ и т. д. При этомъ нужно замѣтить, что все эти болѣзненные симптомы не всегда носятъ одинаковый характеръ: въ однихъ случаяхъ разстройства эти обнаруживаются явлениями раздраженія, возбужденія, въ другихъ, наоборотъ, они характеризуются упадкомъ дѣятельности, задержкой, угнетеніемъ.

Оставляя въ сторонѣ многочисленные и безконечно разнообразные симптомы истеріи, весьма интересные въ клиническомъ отношеніи, мы займемся здѣсь главнымъ образомъ разсмотрѣніемъ тѣхъ разстройствъ, которыя относятся къ психической дѣятельности и изъ совокупности которыхъ складывается такъ называемая истерическая психопатія, иначе—истерическій темпераментъ или истерическій характеръ.

То, что называется въ наукѣ истерическимъ діатезомъ или психическимъ вырожденіемъ истеричныхъ (*degeneratio psychica hysterica*), проявляется въ видѣ своеобразнаго измѣненія всей психической личности субъекта, въ особенномъ складѣ всей его психо-нервной организаціи. Главнѣйшія черты истерической дегенераціи состоятъ въ крайне неустойчивомъ равновѣсіи психическихъ функцій, въ отсутствіи гармоніи между разсудкомъ, чувствомъ и волей, въ поразительномъ противорѣчьи между словомъ и дѣломъ.

Въ сферѣ чувства у истеричныхъ поражаютъ крайняя быстрота и необычайная легкость въ смѣнѣ настроеній; эти смѣны настроеній возникаютъ неожиданно, являются совершенно немотивированными, ничѣмъ не вызванными. Сегодня истеричные субъекты веселы, подвижны, жизнерадостны, восторженны, воодушевлены; завтра они безъ всякой видимой при-

чины становятся вялыми, угнетенными, тоскливыми, мрачными до озлобленія, близкими къ отчаянію. Одновременно съ этимъ также прихотливо измѣняется отношеніе истеричныхъ ко всему окружающему: то, что незадолго передъ тѣмъ сильно волновало ихъ и возбуждало самыя сильныя чувствованія, къ тому они черезъ нѣсколько часовъ могутъ относиться совершенно равнодушно, безъ всякаго интереса; съ такой же легкостью они мѣняютъ свои симпатіи и антипатіи къ различнымъ лицамъ и даже къ очень близкимъ имъ людямъ. Очень нерѣдко можно наблюдать у истеричныхъ извращенную реакцію чувства: то, что должно вызывать и обыкновенно вызываетъ у здоровыхъ людей страданіе, горе, печаль,—то у истеричныхъ вызываетъ радость, удовольствіе, наслажденіе.

Необходимо замѣтить, что всѣ описанныя уклоненія въ сферѣ чувства особенно рѣзко проявляются у истеричныхъ женщинъ. Въ этомъ отношеніи женщина находится въ нѣсколько особенныхъ условіяхъ. На психическій складъ женщины оказываютъ огромное вліяніе различныя ощущенія, исходяція изъ сексуальныхъ органовъ. Это нисколько не покажется удивительнымъ, если мы примемъ во вниманіе, что вообще разстройства тѣхъ или иныхъ органовъ всегда извѣстнымъ образомъ отражаются на состояніи нашихъ чувствованій. Уже старые врачи подмѣтили, что, напр., при грудныхъ болѣзняхъ больные дѣлаются особенно нѣжными, сострадательными, отзывчивыми; при болѣзняхъ сердца—раздражительными, подозрительными; при страданіяхъ пищеварительныхъ органовъ—печальными, желчными, меланхоличными. Но особенно отражаются на самочувствіи заболѣванія въ половой сферѣ. Тѣ или иные пораженія сексуальныхъ органовъ вызываютъ нерѣдко и въ особенности у нервныхъ субъектовъ приступы тоски и часто приводятъ ихъ въ отчаяніе. Наблюдательные врачи стараго времени вѣрно подмѣтили весьма тѣсное соотношеніе между „благородной функціей“ мозга и функціей низшаго порядка—функціей сексуальныхъ органовъ. Проф. Ball совершенно справедливо замѣчаетъ,

что изъ всѣхъ нормальныхъ инстинктовъ, которыми насъ надѣлила природа, ни одинъ не оказываетъ такого вліянія на наши чувства и на нашъ характеръ, какъ инстинктъ половой дѣятельности.

Душевная жизнь женщины особенно сильно подчиняется импульсамъ, имѣющимъ свой источникъ въ половой функціи. Древніе врачи почти всѣ нервныя болѣзни у женщинъ объясняли заболѣваніемъ матки, въ которой, по словамъ Гиппократа, находится исходный пунктъ тысячи болѣзней. Платонъ изображаетъ матку, какъ живое существо, одаренное чувствомъ и движеніемъ, способное „съ яростью устремляться по всѣмъ направленіямъ, чтобы вызвать самыя серьезныя расстройства“. По мнѣнію Ковнера, такое представленіе объ этомъ органѣ является аллегорическимъ изображеніемъ того сложнаго комплекса симптомовъ, который свойственъ истеріи. По Дидро, женщина носитъ въ себѣ органъ (матку), распоряжающійся ею и порождающій въ ея воображеніи всевозможнаго рода призраки. Въ этомъ низшемъ центрѣ, т. е. въ маточной системѣ, говоритъ Дюбуа, концентрируются и отзываются всѣ быстрыя и внезапныя эмоціи, здѣсь сосредоточивается вся женщина въ теченіе средняго періода своей жизни.

Я умышленно привелъ мнѣнія различныхъ авторовъ относительно вліянія сексуальныхъ отравленій на сферу чувствованій женщины, чтобы показать этимъ, что тѣсная связь между названными двумя функціями всегда останавливала на себѣ вниманіе наблюдателей. Ежедневный опытъ подтверждаетъ то же самое. Всѣ мы знаемъ, что въ теченіе менструальнаго періода измѣненіе настроенія у женщинъ представляется обычнымъ явленіемъ: въ это время онѣ становятся капризными, раздражительными, возбужденными. Moriceau говоритъ, что женщины обыкновенно только тогда въ добромъ здоровьи, когда у нихъ регулы правильны, наступаютъ во время и въ надлежащемъ количествѣ; въ этомъ отношеніи онѣ не безъ основанія называетъ матку часами здоровья женщины; въ

этомъ же смыслѣ можно съ достаточнымъ правомъ считать этотъ органъ регуляторомъ женскаго здоровья.

Если даже въ нормальномъ состояніи женщина въ теченіе менструальнаго періода проявляетъ цѣлый рядъ измѣненій въ психической сферѣ, то женщина истеричная, выплачивая природѣ ежемѣсячно этотъ „кровавый налогъ“, весьма нерѣдко обнаруживаетъ при этомъ сложный комплексъ уже прямо патологическихъ явленій. Особенно много скоропребывающихъ болѣзненныхъ симптомовъ наблюдается у истеричныхъ женщинъ при неправильномъ теченіи менструальнаго періода и главнымъ образомъ при задержаніи регуль. Въ литературѣ описано много случаевъ, гдѣ у истеричныхъ женщинъ въ это время появлялись галлюцинаціи, навязчивыя идеи, импульсивныя стремленія къ поджогамъ, воровству, пьянству, попытки къ самоубійству и т. д. Вообще нужно сказать, что менструальный періодъ въ рѣзкой степени повышаетъ нервную возбудимость истеричныхъ. Нѣкоторые авторы предлагаютъ даже выдѣлить особый видъ менструальной истеріи аналогично тому, какъ это сдѣлано для травматической истеріи и для истеріи алкогольной.

Изъ другихъ разстройствъ въ сферѣ чувства обращаетъ на себя вниманіе нерѣдко наблюдаемое у истеричныхъ необыкновенное изощреніе органовъ чувствъ въ связи съ поразительной живостью воспріятій и особенной пылкостью фантазій. Истеричныя, напр., могутъ видѣть иногда невооруженнымъ глазомъ микроскопическіе препараты, въ состояніи читать письмо, вложенное въ нѣсколько конвертовъ, или различать цвѣтъ окрашенной бумаги, завернутой нѣсколько разъ бѣлой бумагой. Эти и другіе аналогичныя факты часто внушаютъ публикѣ вѣру въ ясновидѣніе, приводятъ къ призванію ложной науки угадыванія чужихъ мыслей, къ увлеченію спиритизмомъ и проч. У многихъ истеричныхъ существуетъ особенная наклонность къ псевдореминисценціямъ, т. е. къ обманамъ воспоминанія: часто истеричныя женщины вспоминаютъ такіе факты, рассказываютъ о такихъ вещахъ, кото-

рыхъ онѣ никогда не видѣли и не слышали, приписываютъ себѣ такіе поступки, которыхъ онѣ никогда не совершали. Въ основѣ такихъ обмановъ воспоминанія иногда лежатъ галлюцинаціи, которыя особенно часто бываютъ въ области половыхъ ощущеній. На этомъ нерѣдко основываются ложныя самообвиненія истеричныхъ или обвиненія въ изнасилованіи, взводимыя ими весьма нерѣдко на врачей и священниковъ; этимъ разстройствомъ памяти отчасти можно объяснить подчасъ чудовищную лживость нѣкоторыхъ истеричныхъ и ихъ безцѣльное стремленіе къ обману, клеветѣ, лжесвидѣтельству.

По временамъ интеллектуальная дѣятельность истеричныхъ также замѣтно обостряется: онѣ становятся остроумными, находчивыми, быстро усваиваютъ новыя впечатлѣнія, ихъ воображеніе сильно экзальтируется и онѣ обнаруживаютъ удивительныя душевныя способности, до того имъ не свойственныя. *Brierre de Boismont*¹⁾ рассказываетъ объ одной истеричной дамѣ, происходящей изъ нейропатической семьи, которая въ періодъ менструаціи испытывала такой сильный подъемъ нервной энергіи, такое сильное психическое возбужденіе, что ея душевное состояніе въ это время удивляло всѣхъ, и она сама себя не узнавала: она тогда разсуждала о предметахъ, ранѣ совершенно не доступныхъ ея пониманію, говорила о политикѣ, разрѣшала историческіе вопросы, сочиняла стихи, произносила рѣчи. Жанна д'Аркъ имѣла 19 лѣтъ, когда была сожжена на кострѣ въ Руанѣ въ 1431 году; къ этому времени она еще не начинала менструировать; этотъ фактъ установленъ документальными данными, такъ какъ по приказанію церковныхъ властей она нѣсколько разъ подвергалась прямому изслѣдованію въ этомъ направленіи. Нѣкоторые авторы полагаютъ, что отсутствіе у этой героини менструальной функціи не осталось безъ вліянія на возникновеніе у

¹⁾ Цит. по Icard'y. Женщина въ періодъ менструаціи. Пер. съ франц. Казань, 1901.

ней галлюцинацій, на появленіе состояній экстаза, на развитіе патріотическаго мистицизма, благодаря которому она увѣровала въ свое великое предназначеніе. Извѣстно, что знаменитая стигматка середины 19 столѣтія, возбуждившая тогда до крайней степени страсти религіознаго и научнаго міра, Луиза Латò, была глубокой истеричкой, и что тѣ нейропатическія явленія, тѣ признаки стигматизаціи, которые принимались за какое-то чудо, развились у нея на 9-мъ году жизни, вмѣстѣ съ появленіемъ первыхъ менструацій.

Что подъ вліяніемъ различныхъ условий, выводящихъ нервную систему изъ состоянія равновѣсія, могутъ временно обнаруживаться необычныя душевныя способности и даже проявленія художественнаго творчества,—объ этомъ свидѣтельствуютъ многіе примѣры. Д-ръ *Россолимо* ¹⁾ рассказываетъ объ одномъ студентѣ, страдавшемъ лунатизмомъ, который не проявлялъ никогда никакихъ—ни поэтическихъ, ни другихъ артистическихъ наклонностей и который однажды при немъ во снѣ, въ состояніи естественнаго сомнамбулизма, написалъ очень милое четверостишье, охарактеризовавши въ поэтическихъ выраженіяхъ и въ удачной формѣ волновавшія его въ то время чувства къ одной молодой особѣ. Въ другомъ случаѣ этотъ же авторъ былъ свидѣтелемъ такого факта. Будучи однажды вызваннымъ экстренно къ одной пациенткѣ, талантливой музыкантшѣ, которая раньше у него лечилась отъ большой истеріи, онъ засталъ ее съ небольшими признаками жизни, съ петлей на шеѣ изъ полотенца, привязаннаго къ ножкѣ кровати; на столикѣ, у открытаго піанино, лежалъ исписанный листъ нотной бумаги. Выяснилось, что по возвращеніи домой изъ консерваторіи эта особа впала въ безпамятство, продѣлала нѣкоторыя фазы своего припадка и, не приходя въ сознаніе, сѣла за инструментъ, съимпровизировала и набросала партитуру очень интересной и разработанной части

¹⁾ Русская Мысль за 1901 г., Февраль. Искусство, больные нервы и воспитаніе.

фортепіаннаго тріо; не выходя изъ сомнамбулическаго состоянія и изливши въ музыкальной формѣ свою тоску, она, все въ томъ же состояніи безпамятства, затынула петлю на шеѣ. Придя въ себя, она ничего не понимала изъ происшедшаго и не узнала своего произведенія.

Особенно рѣзкія патологическія уклопенія наблюдаются у истеричныхъ субъектовъ въ сферѣ воли и объясняются слабостью этой послѣдней. Nuchard правильно опредѣлилъ характеръ разстройствъ въ сферѣ воли у истеричныхъ, сказавъ, что „истеричныя не умѣютъ, не могутъ, не хотятъ желать“. Дѣйствительно, желанія истеричныхъ обыкновенно мимолетны, измѣнчивы, причудливы, прихотливы; здѣсь лежитъ источникъ тѣхъ необъяснимыхъ капризовъ, тѣхъ неожиданныхъ рѣшеній и внезапныхъ, взбалмошныхъ поступковъ, которые такъ свойственны истеричнымъ и которые приобрѣли уже всеобщую извѣстность. Слабость воли истеричныхъ страннымъ образомъ сочетается съ безпрестанной потребностью возбуждаться, интриговать, обращать на себя вниманіе, играть роль, заставлять говорить о себѣ. Для достиженія этой цѣли истеричныя женщины не пренебрегаютъ никакими средствами, не останавливаются ни предъ какими препятствіями. Въ этомъ отношеніи онѣ прямо удивляютъ своей настойчивостью, своимъ упорствомъ при выполненіи различныхъ фантастическихъ желаній. Вообще подмѣчено, что истеричныя проявляютъ много энергіи, чтобы сдѣлать то, что имъ хочется, и при этомъ обнаруживаютъ совершенный недостатокъ воли при попыткѣ не сдѣлать того, что хочется, или сдѣлать что-либо по обязанности.

Средствомъ для достиженія своихъ желаній истеричныя избираютъ обыкновенно обманъ, притворство и клевету: это ихъ излюбленное оружіе, которымъ онѣ владѣютъ съ большимъ искусствомъ и поразительной ловкостью; это оружіе онѣ одинаково направляютъ и противъ своихъ враговъ, и противъ друзей, а также безразлично и противъ близкихъ имъ людей, и противъ совершенно имъ постороннихъ. Послѣ близкихъ людей, напр.—мужей, братьевъ, сестеръ, родителей

и другихъ родственниковъ, онѣ особенно часто изощряются въ лжи и обманѣ передъ духовниками и врачами; для этого онѣ умышленно преувеличиваютъ свои страданія, выдумываютъ самые чудовищные симптомы, симулируютъ тяжелое заболѣваніе, притворяются глубоко страдающими и вообще прибѣгаютъ къ всевозможнымъ хитростямъ, чтобы обмануть врача и заставить его признать у нихъ какую либо необыкновенную болѣзнь. Такая болѣзненная потребность притворяться, такое несомнѣнно патологическое стремленіе къ обману, такая непреодолимая страсть ко лжи—подчасъ прямо граничатъ съ безуміемъ; при этомъ истеричныя всегда идутъ къ цѣли смѣло и укорно, стараясь съ тонкимъ лукавствомъ и большой проницательностью придать характеръ правдоподобія всѣмъ своимъ вымысламъ и фантазіямъ, и часто обманываютъ даже тѣхъ, кто меньше всего склоненъ ихъ слушать и вѣрить имъ.

Весьма интересный случай одной истерички приводитъ *Legrand du Saulle* ¹⁾. Эта особа съ удивительной настойчивостью стала увѣрять итальянскаго короля Виктора Эммануила, что она побочная дочь его сестры. Такъ какъ эта истеричка жила во Франціи, то для провѣрки ея разсказа императоромъ Наполеономъ, по просьбѣ короля, была поставлена на ноги вся полиція, но произведенное слѣдствіе не привело ни къ какимъ результатамъ. Однако сама истеричная все таки успѣла убѣдить въ правдивости своихъ словъ посланнаго королемъ адъютанта, послѣ чего она была отправлена въ Италію и помѣщена въ королевскомъ дворцѣ. Скоро она самовольно покинула Италію и вновь возвратилась въ Парижъ. Въ концѣ концовъ оказалось, что она была дочерью одного парижскаго парикмахера и что во всѣхъ ея разсказахъ не было ни слова правды.

Часто стремленіе истеричныхъ къ лжи и къ клеветѣ принимаетъ размѣры преступленія и нерѣдко послѣдствіемъ

¹⁾ Цит. по Д. Дрилю. Психофизическіе типы. 1900, стр. 58.

такихъ ложныхъ обвиненій съ ихъ стороны являлись судебные процессы, кончавшіеся осужденіемъ невинныхъ жертвъ ихъ безумныхъ продѣлокъ. Въ состояніи озлобленія, сгораемая отъ желанія мести, истеричныя часто не знаютъ границъ преслѣдованія своей жертвы: онѣ мстятъ ненавистному имъ человѣку даже послѣ его смерти, мстятъ его роднымъ, близкимъ, знакомымъ. Тотъ же *Legrand du Saulle* ¹⁾ описываетъ одну больную *М.*, молодую истеричную дѣвушку, которая была покинута своимъ любовникомъ и смертельно возненавидѣла его за это. Однажды въ сосѣднемъ виноградникѣ много лозъ оказалось испорченными. *М.* подъ присягой показала, что виновникомъ этого дѣянія былъ ея прежній любовникъ и его братъ и что она собственными глазами видѣла, какъ они рѣзали лозы. Оба обвиняемые, несмотря на благоприятные отзывы свидѣтелей о хорошемъ ихъ поведеніи, были осуждены. Спустя годъ послѣ этого, *М.* однажды прибѣжала съ поля въ деревню—окровавленная и крича о помощи. У ней были найдены многочисленныя пораненія на груди, на шеѣ, на рукахъ; въ нанесеніи ей этихъ ранъ она обвинила дядю своего бывшего любовника, который и былъ осужденъ на пятилѣтнее тюремное заключеніе. Черезъ нѣсколько времени *М.* пыталась сыграть такую же преступную комедію еще съ однимъ родственникомъ изъ той же ненавистой ей семьи, но неудачно, такъ какъ тому удалось доказать свое *alibi*. Вскорѣ послѣ этого мать *М.*, войдя однажды въ хлѣвъ, увидѣла, что сосцы у коровъ обрѣзаны. И въ этомъ *М.* не задумалась обвинить своего бывшего любовника и тутъ же кромѣ того заявила, что онъ является также виновникомъ пожара, который былъ въ ихъ деревнѣ. Слѣдствіе показало, что всѣ эти обвиненія являлись сплошнымъ обманомъ и что всѣ указанныя продѣлки—дѣло рукъ самой *М.* Дальнѣйшая жизнь и судьба *М.* вполнѣ подтвердили болѣзненный темпераментъ

¹⁾ Les hysteriques.

этой особы. Вскорѣ она приняла на себя роль ясновидящей и святой. Однажды на ея подушкѣ нашли искусно сдѣланный вѣнокъ изъ цвѣтовъ съ надписью на немъ; она утверждала, что вѣнокъ принесенъ ей ангеломъ. Къ мнимой мученицѣ стали отовсюду стекаться паломники, и М. заработала на этомъ порядочную сумму. Когда продѣлки М. были раскрыты, она вынуждена была покинуть деревню и поступила въ услуженіе; скоро однако была привлечена къ суду за кражу; потомъ вышла замужъ, но послѣ смерти мужа попала въ исправительный домъ за составленіе подложнаго завѣщанія. Можно смѣло предположить, что и вся дальнѣйшая жизнь этой несчастной женщины была рядомъ подобныхъ же злоключеній, въ основѣ которыхъ лежитъ ея болѣзненная психо-нервная организація, выразившаяся въ истерической дегенераціи.

Изъ всего предыдущаго можно видѣть, что у истеричныхъ субъектовъ всегда имѣются элементарныя расстройства психическихъ отправленій, выражающіяся аномаліями въ сферѣ чувства, интеллекта и въ особенности въ сферѣ воли. Совокупность всѣхъ этихъ расстройствъ и составляетъ то, что извѣстно подъ именемъ истерическаго характера.

Я хочу здѣсь нѣсколько подробнѣе остановиться на выясненіи основныхъ чертъ темперамента истеричныхъ, такъ какъ психическія особенности этихъ „странныхъ“ натуръ съ научной точки зрѣнія заслуживаютъ самаго серьезнаго обсужденія, а въ практическомъ отношеніи представляютъ большой интересъ. Въ особенности заслуживаетъ вниманія психологія этихъ болѣзненныхъ натуръ въ смыслѣ выясненія ихъ роли въ семейной и общественной жизни.

Истерическій характеръ складывается изъ слѣдующихъ основныхъ признаковъ: неустойчивое равновѣсіе душевныхъ отправленій, болѣзненно легкая возбудимость психическаго механизма, обуславливающая быструю смѣну настроеній, и слабость воли. Указанными особенностями психическаго склада истеричныхъ можно объяснить всѣ тѣ аномаліи, которыя наблюдаются въ проявленіяхъ ихъ чувства, въ ихъ поступкахъ.

Какъ уже было замѣчено, на первомъ планѣ у истеричныхъ стоятъ разстройства въ сферѣ чувства. Являясь крайне впечатлительными и легко возбудимыми, истерики очень живо реагируютъ на всѣ внѣшнія и внутреннія психическія раздраженія, въ результатѣ чего и получается у нихъ быстрая смѣна душевныхъ волненій, выражающаяся измѣненіями настроенія, которыя проявляются неожиданнымъ переходомъ отъ слезъ къ смѣху, отъ веселья къ грусти, отъ радости къ печали, отъ надежды къ отчаянію. Съ другой стороны, быстро протекающія представленія, окрашивающіяся въ то же время живыми чувствованіями, вызываютъ въ сознаніи истеричныхъ безпрестанно мѣняющіяся желанія. Вотъ почему эти больные являются требовательными, прихотливыми, причудливыми, капризными и непостоянными въ своихъ симпатіяхъ и антипатіяхъ. Извращеніе чувствованій у истеричныхъ служитъ поводомъ къ развитію у нихъ такъ называемыхъ идіосинкразій, т. е. безотчетнаго, непреодолимаго отвращенія къ извѣстнымъ предметамъ, дѣйствіямъ и лицамъ, подчасъ даже самымъ близкимъ и дорогимъ.

Благодаря тому, что истеричные субъекты очень часто испытываютъ массу самыхъ разнообразныхъ болѣзненныхъ ощущеній и что у нихъ вообще преобладаютъ впечатлѣнія непріятнаго, подавляющаго характера, — благодаря этому они всегда чувствуютъ себя глубоко несчастными и постоянно поглощены заботами о собственной личности. Отсюда развивается у нихъ черствый эгоизмъ, нравственная тупость, крайнее себялюбіе и равнодушное отношеніе, или даже непріязненное, ко всѣмъ окружающимъ. Такимъ путемъ эти эгоистичныя натуры, увлекаемая своей болѣзненно-возбужденной фантазіей, скоро доходятъ до крайняго преувеличенія своихъ страданій, а это въ свою очередь склоняетъ ихъ къ притворству и къ невольному стремленію вызывать къ себѣ сочувствіе и возможно болѣе заинтересовать собою всѣхъ окружающихъ. Съ этою цѣлью они выдумываютъ самыя невѣроятныя вещи, лгутъ и обманываютъ. Всѣмъ извѣстны продѣлки

истеричныхъ, вызывающихъ у себя искусственно стигматизацію, наносящихъ себѣ различныя поврежденія, обвиняющихъ въ изнасилованіи и т. д. Если прибавить къ этому необыкновенную впечатлительность истеричныхъ и болѣзненно усиленную дѣятельность ихъ фантазіи, тогда намъ станетъ достаточно понятнымъ своеобразный душевный складъ этихъ больныхъ, у которыхъ при такихъ условіяхъ легко могутъ возникать галлюцинаціи, могутъ развиваться навязчивыя идеи, импульсивныя стремленія. Возникновеніе такихъ элементарныхъ расстройствъ въ душевной сферѣ обязано тому, что дѣятельность высшихъ мозговыхъ центровъ у истеричныхъ значительно понижена, воля ихъ ослаблена, въ силу чего низшіе мозговые центры, вслѣдствіе самороднаго раздраженія, функционируютъ особенно дѣятельно и функція ихъ проявляется въ формѣ импульсивныхъ влеченій и автоматическихъ поступковъ.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе на часто встрѣчающіяся у истеричныхъ женщинъ аномаліи полового влеченія. Прежде всего, вопреки мнѣнію многихъ авторовъ, я долженъ замѣтить, что половое влеченіе у женщинъ вообще выражено значительно слабѣе, чѣмъ у мужчинъ. Если женщину влечетъ къ мужчинѣ, если она нуждается въ немъ, то этимъ она обязана главнымъ образомъ сильно развитому въ ней материнскому инстинкту. Привлечь къ себѣ мужчину стремится каждая женщина, но она дѣлаетъ это инстинктивно, въ силу рокового побужденія выполнить свое призваніе жены и матери. Въ этомъ инстинктивномъ стремленіи къ выполненію своего назначенія женщина дѣйствительно проявляетъ сильно выраженное влеченіе къ противоположному полу. Но половая чувственность, какъ таковая, выражена у женщины сравнительно слабо. Если любовь въ жизни женщины играетъ первенствующую роль, то это еще не является доказательствомъ бѣльшей ея чувственности. Источникъ этой любви опять-таки кроется въ стремленіи женщины удовлетворить чувству материнства, а эротическія

наклонности играют при этомъ второстепенную роль. Teynison совершенно вѣрно замѣтилъ, что „страсть мужчины относится къ страсти женщины, какъ солнечный свѣтъ къ лунному сіянію“. Michelet ¹⁾ не безъ основанія говоритъ, что „одно лишь глупое тщеславіе мужчины можетъ заставить его думать, что женщина отдается ему въ силу физической любви къ нему“. Безъ сомнѣнія слѣдуетъ считать справедливымъ, что если мужчина часто любитъ въ женщинѣ самку, то женщина въ большинствѣ случаевъ любитъ въ мужчинѣ супруга и отца своихъ дѣтей. Это краснорѣчиво подтверждается крикомъ Рахили, обращеннымъ къ Іакову: „дай мнѣ ребенка—или я умру!“

Среди истеричныхъ женщинъ очень нерѣдко можно встрѣтить такихъ, у которыхъ сексуальное влеченіе повидимому развито сильно, по крайней мѣрѣ на это указываетъ ихъ своеобразное кокетство, ихъ настойчивое желаніе возбудить въ мужчинѣ особое къ себѣ отношеніе,—и тѣмъ не менѣе эти женщины остаются совершенно безразличными къ удовольствіямъ любви. Многія изъ нихъ чувствуютъ даже непреодолимое отвращеніе къ сексуальному удовлетворенію, несмотря на то, что обожаютъ своихъ мужей. Эти послѣдніе случаи имѣютъ большое судебно-медицинское значеніе, такъ какъ подобныя аномаліи полового чувства иногда являются мотивомъ многихъ преступленій, особенно въ нашей крестьянской средѣ, гдѣ браки заключаются рано и часто носятъ принудительный характеръ.

Таковы въ общихъ чертахъ характеристическія особенности психической дегенерации истеричныхъ субъектовъ. Посмотримъ теперь, какую роль играетъ, какое значеніе имѣетъ истеричный темпераментъ въ семейной и общественной жизни.

Внося въ семейныя отношенія свою психическую неустойчивость, свою болѣзненную впечатлительность, свою

¹⁾ См. С. Lombroso et G. Ferrero. Женщина преступница и проститутка. Рус. пер.

измѣнчивость, свои странности и капризы, свой крайній эгоизмъ, истеричные субъекты становятся въ семьѣ положительно въ тягость какъ самимъ себѣ, такъ и всѣмъ близкимъ. Частыя измѣненія въ настроеніи духа обусловливаютъ у нихъ постоянное недовольство всѣмъ окружающимъ; недостатокъ воли и неспособность къ правильному систематическому труду вызываютъ скуку, отвращеніе къ жизни, отчаяніе; безотчетныя антипатіи къ нѣкоторымъ лицамъ приводятъ къ ссорамъ, интригамъ и злобной неависти. Все это вносить въ семейную жизнь семена раздора, все это разбѣдающимъ образомъ дѣйствуетъ на весь строй семейныхъ отношеній. Подозрительность и ревность истеричныхъ женщинъ, порожаемая болѣзненно усиленной дѣятельностью ихъ воображенія, а частью основанная на ненормальныхъ половыхъ ощущеніяхъ, часто служатъ поводомъ къ крупнымъ недоразумѣніямъ, заканчивающимся скандальными процессами или просьбами о разводѣ. Мало того: благодаря такимъ особенностямъ истерическаго характера, могутъ извращаться у женщины даже естественныя чувства материнской любви и превращаться въ болѣзненное отвращеніе къ собственнымъ дѣтямъ, которое приводитъ къ жестокому съ ними обращенію и даже къ истязанію.

Если истеричная мать и жена вносить въ семью адъ и раздоръ, то не меньшее горе и несчастье приносить родителямъ истеричная дочь. Такъ какъ истерія часто возникаетъ въ періодѣ полового развитія, то въ семьѣ нерѣдко можно встрѣтить молодыхъ дѣвушекъ съ истерическимъ характеромъ. Весь періодъ развитія этихъ странныхъ и глубоко несчастныхъ натуръ представляетъ собою пеструю смѣну противоположныхъ влеченій души, завершающихся цѣлымъ рядомъ импульсивныхъ поступковъ, немотивированныхъ дѣйствій. Для примѣра я приведу исторію болѣзни ¹⁾ одной

¹⁾ L. du Saulle. Les hysteriques.

истеричной дѣвушки, причемъ эта исторія болѣзни въ то же время можетъ служить исторіей ея развитія, исторіей ея несчастной жизни. Одна молодая дѣвушка Х. начала обнаруживать истерическія явленія въ періодъ полового развитія; въ пансіонѣ, гдѣ она воспитывалась, у нея стала проявляться сильно выраженная склонность къ воровству, носившая импульсивный характеръ. Чтобы противодействовать перочнымъ влеченіямъ дѣвушки, родители начали развивать въ ней и безъ того уже сильно выраженныя религіозныя чувства. Подъ вліяніемъ этихъ чувствъ дѣвушка стала проявлять экзальтированное благочестіе. Тогда ее на 20 году отдали въ монастырь. Здѣсь особенности ея характера стали проявляться еще рѣзче: она сдѣлалась сварливой, неуживчивой, причудливо-капризной, сочиняла множество лживыхъ разсказовъ, дѣлала доносы, сѣяла раздоръ между своими сожительницами, всѣхъ обманывала, писала анонимныя письма, обвинила священника въ изнасилованіи ея и наконецъ бѣжала изъ монастыря и вновь поселилась въ родительскомъ домѣ. Тутъ она своимъ поведеніемъ приводила въ ужасъ все семейство и сдѣлалась положительно невыносимой въ домашней обстановкѣ. Теперь ея набожность смѣнилась влеченіями любострастного характера: она съ увлеченіемъ стала читать пикантные романы, при мужчинахъ принимала вызывающія позы, вела съ ними скабрзные разговоры, дѣлала любовныя предложенія. Родители рѣшили выдать ее замужъ. Первые два года замужества протекли сравнительно спокойно, но затѣмъ она стала пить водку, съ мужемъ заводила постоянныя ссоры, била прислугу, посѣщала дѣвицъ вольнаго поведенія, дѣлала кражи изъ магазиновъ и т. д. Между супругами послѣдовало добровольное разлученіе, послѣ чего наша героиня бѣжала за границу съ однимъ торговымъ комиссіонеромъ и тамъ начала вести развратную жизнь проститутки; вскорѣ она была осуждена за покушеніе на убійство; послѣ этого заразилась сифилисомъ и окончила жизнь самоубійствомъ. Печальная, полная злоключеній жизнь этого глубоко

несчастливаго существа представляет типичную картину болѣзненныхъ проявленій истеричнаго темперамента.

Другой классическій примѣръ истеричнаго темперамента я могу заимствовать изъ русской литературы. Такой примѣръ далъ намъ великій романистъ - психологъ Достоевскій въ своемъ романѣ „Идіотъ“, гдѣ онъ художественно обрисовалъ типъ истеричной женщины. Такой типичной носителницею истерическаго характера въ его романѣ является Настасья Филипповна ¹⁾. Вся бурная жизнь этой эксцентричной женщины проходитъ передъ читателемъ въ видѣ цѣлаго ряда до крайности измѣнчивыхъ душевныхъ движеній, подъ вліяніемъ которыхъ она дѣлаетъ массу самыхъ безпорядочныхъ поступковъ, неожиданныхъ для нея самой и совершенно загадочныхъ для всѣхъ окружающихъ. Бывшій ея воспитатель, а потомъ сожитель, Тоцкій, характеризуетъ ее „существомъ необыкновеннымъ“, „существомъ изъ ряду вонъ“, которое „ви передъ чѣмъ рѣшительно не остановится“, такъ какъ „рѣшительно ничѣмъ на свѣтѣ не дорожить“. Это существо можетъ „безвозвратно себя погубить, лишь бы надругаться надъ человѣкомъ“, къ которому питаетъ отвращеніе и презрѣніе. Покинутая Тоцкимъ въ сельцѣ Отрадномъ, Настасья Филипповна вдругъ узнаетъ, что ея бывший сожитель женится и дѣлаетъ солидную и блестящую партію. Убѣдившись въ этомъ, Настасья Филипповна выказываетъ „необычайную рѣшимость и обнаруживаетъ самый неожиданный характеръ“. „Долго не думая, она бросила свой деревенскій домикъ и вдругъ явилась въ Петербургъ, прямо къ Тоцкому, одна одиноконька. Тоцкій не узналъ Настасью Филипповну; передъ нимъ сидѣла совершенно другая женщина“.... „это былъ совершенно не тотъ характеръ, какъ прежде, т. е. не что-то робкое, пансіонски неопредѣленное, иногда очаровательное

¹⁾ Насколько намъ извѣстно, впервые этотъ типъ съ точки зрѣнія психопатологіи разобранъ Д. А. Д р и л е м ѣ в ѣ. См. его «Психофизическіе типы». 1890 г.

по своей оригинальной рѣзкости и наивности, иногда грустное и задумчивое, недовѣрчивое, плачущее и безпокойное“. — „Нѣтъ: тутъ хохотало передъ нимъ и кололо его ядовитѣйшими сарказмами необыкновенное существо, прямо заявившее ему, что никогда оно не имѣло къ нему въ своемъ сердцѣ ничего, кромѣ глубочайшаго презрѣнія, презрѣнія до тошноты“. „Эта новая женщина объявила, что она пріѣхала не позволить ему этотъ бракъ, и не позволить по злости, единственно потому, что ей такъ хочется, и что слѣдственно такъ и быть должно“. — „Ну, хоть для того, чтобы мнѣ только посмѣяться надъ тобой въ волю“. Въ дальнѣйшемъ Настасья Филипповна совершаетъ одинъ за другимъ самые странные, самые неожиданные поступки. Явившись въ семью своего жениха Гаврила Ардалѣоновича для перваго знакомства съ его родными, она тутъ же подъ вліяніемъ аффекта устраиваетъ грубую сцену торга съ Рогожинымъ. Въ тотъ же вечеръ она продѣлываетъ другую, столь же неожиданную и дикую сцену при нарочно собранномъ многочисленномъ обществѣ. Въ это время „она была какъ въ истерикѣ, суежилась, смѣялась судорожно, припадочно“. Собравши гостей, она зло смѣется при всѣхъ надъ Тоцкимъ и надъ своимъ женихомъ, бросаетъ въ печку сто тысячъ рублей, предложенные ей Рогожинымъ, неожиданно проявляетъ особенную нѣжность и расположеніе къ князю Мышкину, который выразилъ желаніе жениться на ней, и затѣмъ вдругъ уѣзжаетъ съ Рогожинымъ и съ его пьяной компаніей, заявляя всѣмъ во всеуслышаніе, что она „уличная, развратная“. Послѣ этой безумной сцены она начала бросаться отъ Рогожина къ князю, а отъ князя къ Рогожину и каждого изъ нихъ просила спасти ее. О состояніи ея въ это время Рогожинъ рассказываетъ князю, что она „точно сумасшедшая была весь этотъ день“, „то плакала, то убивать меня собиралась ножомъ, то ругалась надо мной“. Послѣ всѣхъ этихъ сценъ она вновь даетъ слово выйти за Рогожина и даже назначаетъ день свадьбы. Но и это была только минутная вспышка. Вслѣдъ затѣмъ у ней созрѣваетъ новое, неожиданное рѣшеніе устроить бракъ князя, къ кото-

рому она сердечно расположена, съ другой женщиной, съ Аглаей Епанчиной. Однако скоро она дѣлаетъ своей соперницѣ Аглаѣ бурную сцену, опять гонить Рогожина и бросается къ князю. — „Уйди Рогожинъ, тебя не нужно!—кричала она почти безъ памяти, съ усиліемъ выпуская слова изъ груди, съ искажившимся лицомъ и съ запекшимися губами.— Вотъ онъ, смотри!—прокричала она, наконецъ, Аглаѣ, указывая на князя. Если онъ сейчасъ не подойдетъ ко мнѣ, не возьметъ меня и не броситъ тебя, то бери же его себѣ, уступаю, мнѣ его не надо“.... Князь колебался. Аглая не перенесла даже и мгновенія его колебанія и въ отчаяніи бросилась вонъ изъ комнаты. Когда Настасья Филипповна, придя въ себя, увидѣла стоявшаго подлѣ князя, она бросилась къ нему: „Мой! Мой!—вскричала она. Ушла гордая барышня?—смѣялась она въ истерикѣ. Я его этой барышнѣ отдавала! Да зачѣмъ? Для чего? Сумасшедшая! Сумасшедшая!.. Поди прочь, Рогожинъ“... Тутъ она вновь рѣшаетъ сама выйти за князя. Но и это рѣшеніе она не привела въ исполненіе. На дорогѣ къ вѣнцу вдругъ ею охватываетъ новый порывъ, она поддается новому влеченію.—„Уже отворилась дверца кареты, уже Келлеръ подаль невѣстѣ руку, какъ вдругъ она вскрикнула и бросилась съ крыльца прямо въ народъ. Всѣ провожавшіе ее оцѣпенѣли отъ изумленія, толпа раздвинулась передъ нею, и въ пяти, въ шести шагахъ отъ крыльца показался вдругъ Рогожинъ. Его-то взглядъ и поймала въ толпѣ Настасья Филипповна. Она добѣжала до него какъ безумная и схватила его за обѣ руки. Спаси меня, увези меня, куда хочешь, сейчасъ!“—Рогожинъ ее увезъ. Но эта безумная выходка была уже послѣдней ставкой въ измѣнчивой и разнузданной жизни Настасьи Филипповны, и окончилась она роковой развязкой. Дикая, эгонистичная, прямо патологическая любовь этой эксцентричной женщины причинила Рогожину столько мученій, доставила ему столько страданій, что онъ, въ конецъ измученный и истерзанный, рѣшается разомъ все покончить—и убиваетъ любимую женщину. Такъ покончила свое существованіе Настасья Филипповна, натура непостоян-

ная, инстинктивная, женщина „безпощадная и неудержимая въ своихъ желаніяхъ“, жизнь которой протекала столь безпорядочно, неровно, бурно, конвульсивно. Настасья Филипповна воплотила въ себѣ всѣ основныя черты истеричнаго темперамента и вся ея жизнь сплошь представляетъ собою скорбный листъ больной, истеричной женщины, носящей на себѣ печать психической дегенераціи. Только великій знатокъ больной души человѣка, какимъ былъ Достоевскій, могъ создать такой живой, вѣрный, рельефный типъ женщины, страдающей истерической психопатіей.

Небезынтересно теперь нѣсколько остановиться на той роли, какую играетъ истерія въ общественной жизни. Тѣ патологическія проявленія, которыми характеризуется этотъ неврозъ, часто давали и теперь еще нерѣдко даютъ поводъ къ возникновенію всевозможныхъ суевѣрій, ложныхъ ученій, чудесныхъ разсказовъ, основанныхъ на вѣрѣ въ сверхъестественное, таинственное.

Если стать на ту точку зрѣнія, что истерическій неврозъ представляетъ собою состояніе, аналогичное сомнамбулизму, тогда для насъ явится возможность легче разобраться въ тѣхъ дѣйствіяхъ и поступкахъ истеричныхъ, которые выполняются чувствительно-двигательными механизмами безъ участія высшихъ мозговыхъ центровъ. Сомнамбулисты или лунатики, находясь въ сноподобномъ состояніи, могутъ безсознательно совершать разнаго рода дѣйствія и поступки, часто очень сложные и вполне координированные, могутъ ходить, говорить, писать; затѣмъ, выйдя изъ этого состоянія, они обыкновенно не сохраняютъ никакого воспоминанія о всемъ происходившемъ съ ними въ этотъ періодъ времени. Мало того: лунатики часто могутъ совершать даже такія дѣйствія, проявлять такія способности, которыми они въ нормальномъ состояніи не обладали: они, напр., во время припадка иногда произносятъ прекрасныя рѣчи, не будучи вообще краснорѣчивыми, свободно разговариваютъ на иностранномъ языкѣ, котораго ранѣе не знали совсѣмъ или знали очень плохо.

Такія патологическія явленія наблюдаются часто и у истеричныхъ. Возможность ихъ появленія объясняется тѣмъ, что истеричные субъекты очень нерѣдко впадаютъ въ экстазъ, т. е. въ такое состояніе, часто сопровождающееся галлюцинаціями, когда нѣкоторые мозговые центры находятся въ крайне возбужденномъ состояніи и вся душевная жизнь всецѣло сосредоточивается на одной идеѣ или на одномъ чувствѣ, причѣмъ внѣшнія впечатлѣнія или совсѣмъ не доходятъ до сознанія или доходятъ только урывками. Находясь въ экстазѣ, подобные субъекты, какъ извѣстно, могутъ проявлять такія умственные способности, которыя имъ не свойственны въ нормальномъ состояніи, пользуясь при этомъ тѣмъ матеріаломъ, который до того находился въ мозгу въ скрытомъ состояніи и который теперь всплываетъ въ сознаніи благодаря тому, что дѣятельность воспоминанія и воображенія достигла своего максимальнаго возбужденія. Нечего и говорить, что подобные факты всегда возбуждали въ публикѣ огромный къ себѣ интересъ и всегда порождали мысль о сверхъестественномъ, чудесномъ, таинственномъ. Современные медиумы по существу обнаруживаютъ такія же явленія, которыя однако приверженцами спиритизма объясняются дѣйствіемъ сверхъестественной силы, общеніемъ медиума съ духами.

Истерія пріобрѣтаетъ особенное значеніе въ общественной жизни въ силу того, что истеричные субъекты обнаруживаютъ крайне рѣзкія явленія внушаемости. Внушеніе на такихъ субъектовъ дѣйствуетъ прямо и непосредственно на ихъ психическую сферу путемъ взгляда, жестовъ, слова, убѣжденія. На фактѣ внушаемости основано мнѣніе авторовъ, защищающихъ то положеніе, что для вызыванія явленій гипнотизма требуется особое предрасположеніе, которое заключается въ истерическомъ діатезѣ. Вѣдь вся сущность гипнотическихъ внушеній состоитъ именно въ томъ, что у загипнотизированнаго субъекта наступаетъ особое состояніе пассивности, благодаря чему внушенія и дѣйствуютъ на него столь неотразимымъ образомъ. У истеричныхъ состояніе пас-

сивности можно признать обычнымъ душевнымъ состояніемъ. Вотъ почему у истеричныхъ для внушенія часто не нужно даже вызывать гипнотическаго сна, такъ какъ внушаемость у нихъ рѣзко выражена и въ бодрственномъ состояніи. Этимъ обстоятельствомъ объясняются многія внезапныя исцѣленія, которыя часто относятся публикой къ разряду чудесныхъ, на этомъ основана магическая сила заговоровъ, въ этомъ нужно искать причину цѣлительнаго дѣйствія симпатическихъ средствъ.

При объясненіи многихъ истерическихъ явленій необходимо принимать во вниманіе врожденную намъ всѣмъ наклонность къ подражанію. Общее свойство нашей психической организаціи отличается той особенностью, что всякое душевное движеніе или настроеніе одного индивида непосредственно отражается на психическомъ состояніи другого. По справедливому замѣчанію д-ра Кавдинскаго ¹⁾, люди въ этомъ отношеніи представляютъ аналогію съ камертонами одинаковаго тона: заставьте звучать одинъ изъ такихъ камертоновъ—и остальные сами собою придутъ въ созвучное дрожаніе, т. е. издадутъ тотъ-же музыкальный тонъ. Подражательность или стремленіе приходить въ унисонъ съ окружающими людьми свойственны каждому изъ насъ, являются прирожденной особенностью нашей психо-нервной организаціи и имѣютъ свое объясненіе въ самомъ устройствѣ нервно-мозгового механизма. Очень многіе изъ нашихъ нервно-психическихъ актовъ—контагіозны, если можно такъ выразиться. Всѣмъ извѣстна заразительность нѣкоторыхъ автоматическихъ дѣйствій, заразительность настроенія, заразительность чувства, страсти, влеченій и даже идей.

Само собою разумѣется, что въ патологическихъ случаяхъ дѣйствіе душевнаго контагія должно проявляться въ особенно рѣзкой степени. Истерія въ этомъ отношеніи представляетъ наиболѣе подходящую почву. Особенно контагіозными являются различные нервные припадки. Благодаря этому

¹⁾ Общепонятные психологическіе этюды. Москва, 1881 г.

очень часто наблюдаются эпидеміи истерических судорогъ, развивающіяся въ воспитательныхъ домахъ, въ женскихъ пріютахъ, въ учебныхъ заведеніяхъ, въ монастыряхъ. Дѣйствіемъ душевнаго контагія объясняется также развитіе у многихъ людей въ одно и то же время однихъ и тѣхъ же обмановъ чувствъ или появленіе такъ называемыхъ коллективныхъ галлюцинацій, которыя особенно часто наблюдались въ эпоху крестовыхъ походовъ.

Не меньшій интересъ представляютъ отмѣчаемыя отъ времени до времени въ исторіи человѣчества настоящія повальныя болѣзни души или психическія эпидеміи въ тѣсномъ смыслѣ, возникающія въ большинствѣ случаевъ на почвѣ религіознаго чувства. Я не намѣренъ приводить здѣсь даже краткаго описанія большихъ душевныхъ эпидемій, которыя извѣстны въ исторіи, такъ какъ это отвлекло бы насъ слишкомъ далеко отъ нашей темы. Я укажу только на характерныя особенности этихъ коллективныхъ болѣзненныхъ душевныхъ состояній, позволяющія связать ихъ съ истерическимъ нейрозомъ.

Если мы постараемся вникнуть въ сущность такихъ эпидемій, какъ, напр., эпидеміи самобичеванія, тарентизма и Виттовой пляски или хореоманіи, наблюдавшіяся въ XIV столѣтіи, а также особенно распространенныя въ средніе вѣка эпидеміи бѣсоодержимости или демономаніи, далѣе—эпидеміи, извѣстныя подъ именемъ анабаптизма, конвульсіонаризма и т. д., то несомнѣнно найдемъ въ характерѣ ихъ проявленія много такихъ чертъ, которыя свойственны истерическимъ конвульсивнымъ припадкамъ.

Для примѣра остановлюсь вкратцѣ на эпидеміи, которая свирѣпствовала въ 30-хъ годахъ 18-го столѣтія между янсенистами и которая получила названіе конвульсіонаризма. Происхожденіе этой эпидеміи таково ¹⁾. Янсенистскій діаконъ Франсуа, фанатикъ и строгій подвижникъ, умирилъ себя

¹⁾ См. объ этомъ подробнѣе въ цитир. работѣ д-ра В. Кандинскаго.

постомъ. Янсенисты причислили его къ лику святыхъ и стали собираться на поклоненіе къ его могилѣ на кладбищѣ церкви св. Медара. Однажды на могилѣ съ однимъ изъ присутствовавшихъ сдѣлался конвульсивный припадокъ; такимъ же припадкамъ тутъ-же подверглись и другіе. Затѣмъ подобныя припадки стали повторяться съ конвульсіонерами каждый разъ, когда они являлись на могилу діакона. Въ дальнѣйшемъ эти припадки у нихъ начали появляться дома, на улицахъ—и такимъ образомъ психическая эпидемія распространилась по всему Парижу и даже между лицами, не принадлежащими къ янсенистамъ. Во время припадка конвульсіонеры бились въ судорогахъ, катались по полу, кричали, стонали, принимали циничныя позы и замирали въ нихъ по цѣлымъ часамъ, дѣлались надолго парализованными, нѣмыми; за судорогами слѣдовало состояніе экстаза, во время котораго конвульсіонеры проповѣдывали и пророчествовали; иногда же они лежали молча въ оцѣпенѣніи, оставаясь всецѣло поглощенными своими галлюцинаціями. Въ другихъ случаяхъ ихъ экстазъ принималъ сомнамбулическое состояніе и они автоматически произносили отдѣльныя фразы изъ Св. писанія или же отдѣльныя слова, не имѣющія никакого смысла.

Уже это краткое описаніе эпидеміи конвульсіонаризма едва ли оставляетъ сомнѣніе въ томъ, что здѣсь дѣло шло о припадкахъ большой истеріи. Извѣстно, что полный приступъ большой истеріи или истеро-эпилепсіи (въ отличіе отъ малой истеріи, которую Charcot называетъ „салонной истеріей“) состоитъ изъ 4 періодовъ: 1) періодъ эпилептоподобныхъ судорогъ, 2) періодъ большихъ движеній или иначе періодъ клоунизма, 3) періодъ экстаза или пластическихъ позъ („attitudes passionnelles“) и, наконецъ, 4) періодъ бреда съ галлюцинаціями. Отсюда видно, что картина полного припадка большой истеріи имѣетъ много общаго съ только-что описанными припадками конвульсіонаризма.

Наше просвѣщенное время также несвободно отъ подобныхъ душевныхъ эпидемій. Кликушество, столь распростра-

ненное у насъ въ народѣ, представляетъ собою отраженіе средневѣковыхъ демономаній и демонопатій. Психопатическія эпидеміи религіознаго характера, развивающіяся въ формѣ сектантства, тоже принадлежатъ къ этой же категоріи явленій. Особенно рѣзко проявился истерическій характеръ въ психопатической эпидеміи, извѣстной подъ именемъ „малеванщины“ и развившейся въ 1892 году въ Кіевской губерніи ¹⁾. Припадки малеванцевъ вполне напоминали собою судороги истеричныхъ: среди шума и крика они обыкновенно падали на полъ, били себя въ грудь, рвали волосы, или же прыгали, хлопали въ ладоши, издавали всевозможные звуки. Нѣчто подобное наблюдается и у другихъ сектантовъ, напр.— у скопцовъ, духоборовъ и хлыстовъ во время такъ называемаго „радѣнія“.

Наконецъ, современное увлеченіе спиритизмомъ также носитъ характеръ психической эпидеміи. Мнѣ здѣсь нѣтъ надобности распространяться о сущности спиритическихъ явленій; скажу только, что всѣ тѣ особенныя психическія состоянія, которыя свойственны истеріи и которыя относятся къ явленіямъ гипнотизма, сомнамбулизма, экстаза и въ особенности къ явленіямъ нервно-психической заразительности, могутъ дать намъ ключъ къ объясненію многихъ спиритическихъ чудесъ. Врачи, знакомые съ явленіями гипнотизма, въ состояніи по произволу вызывать у экспериментируемыхъ такія состоянія, которыя могутъ показаться еще болѣе удивительными, чѣмъ тѣ, которыми поражаютъ публику спириты-медіумы. И для объясненія этихъ явленій вовсе не нужно прибѣгать ни къ помощи „духовъ“, ни къ помощи „магнетической“ или вообще какой-либо сверхъестественной силы: все это достаточно удовлетворительно объясняется данными психологіи, фізіологіи и патологіи нервной системы. Въ своихъ воззрѣніяхъ на спиритизмъ я вполне присоединяюсь къ мнѣнію, высказанному проф. Сикорскимъ. „Вѣра

¹⁾ Эта эпидемія подробно описана проф. Сикорскимъ. «Психопатическая эпидемія 1892 г. въ Кіевской губ.» Кіевъ, 1893.

спиритовъ въ духовъ,—говоритъ онъ,—въ возможное общеніе съ ними, въ существованіе способовъ узнавать черезъ посредство духовъ прошедшее, будущее и недоступное настоящее,—вся эта спиритическая догматика чрезвычайно сходна съ догматикой скопцовъ, хлыстовъ и малеванцевъ. Вѣра спиритовъ въ духовъ основывается, какъ и у сектантовъ, на фактѣ экстатическихъ состояній, въ которыхъ медиумы могутъ писать, произносить слова или дѣлать что-либо, недоступное имъ въ обыкновенныхъ состояніяхъ, и это недоступное спириты приписываютъ манипуляціямъ посторонняго духа, дѣйствующаго черезъ организмъ медиума или инымъ путемъ. Подобно тому какъ хлысты и малеванцы, прорицая, произнося извѣстные слова и дѣлая тѣлодвиженія, не признаютъ ихъ или по крайней мѣрѣ не признаютъ, какъ собственныя, а, напротивъ, признаютъ ихъ чуждыми себѣ, совершающимися волею вошедшаго извне духа, такъ же точно и пишущій или вертящій столонъ спиритъ не признаетъ этихъ дѣйствій за свои, а относитъ ихъ къ дѣйствию посторонняго духа, который управляетъ имъ, какъ простымъ орудіемъ“.

Прежде чѣмъ закончить разсмотрѣніе той роли, которую играетъ истерія въ общественной жизни, я хочу еще нѣсколько коснуться значенія этого нейроза въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

Уже на основаніи сдѣланной нами характеристики истеричнаго темперамента можно высказать предположеніе, что лица, страдающія истерическимъ нейрозомъ, особенно часто должны являться виновниками различныхъ правонарушеній. И дѣйствительно, находясь постоянно во власти своихъ болѣзненныхъ влеченій, не имѣя силъ противостоятъ своимъ преступнымъ желаніямъ, эти больные подчасъ совершенно теряютъ свободу дѣйствій. Часто трудно бываетъ даже предвидѣть вѣроятную реакцію истеричныхъ субъектовъ на тѣ или иныя обстоятельства ихъ жизни. Оставаясь постоянно возбужденными и недовольными, истеричные весьма нерѣдко

при столкновѣніяхъ съ окружающими наносятъ имъ личные оскорбленія; патологически усиленное воображеніе и свойственные истеричнымъ обманы воспоминанія даютъ имъ поводъ къ ложнымъ доносамъ и къ лжесвидѣтельству на судѣ; безсознательное, невольное стремленіе къ лжи и притворству толкаетъ ихъ на путь клеветы, обмана и преступныхъ интригъ; ревность и подозрительность, основанныя на ненормальныхъ половыхъ ощущеніяхъ у истеричныхъ женщинъ, являются часто основаніемъ къ возбужденію скандальныхъ процессовъ съ мужьями; подвергаясь нерѣдко навязчивымъ идеямъ, истеричныя женщины подъ ихъ вліяніемъ совершаютъ иногда кражи, поджоги; наконецъ, наиболѣе частою причиною противозаконныхъ дѣяній истеричныхъ является болѣзненно усиленная возбудимость у нихъ чувства, чрезмѣрная ихъ впечатлительность; этимъ обусловливается легкое возникновеніе у нихъ аффектовъ, которые весьма нерѣдко принимаютъ прямо патологическій характеръ.

Такимъ образомъ, воровство, поджоги, обманы, клевета, оскорбленіе чести—вотъ та область преступныхъ дѣяній, за которыя истерики особенно часто привлекаются къ суду. Являясь въ качествѣ подсудимыхъ, они и здѣсь остаются вѣрными самимъ себѣ, и здѣсь обнаруживаютъ признаки своихъ болѣзненныхъ стремленій и настроеній, и здѣсь проявляютъ склонность къ преувеличенію, къ лжи, къ притворству. Все это крайне затрудняетъ судей въ отношеніи правильной установки фактовъ преступнаго дѣянія и часто ведетъ ихъ къ заключеніямъ, не соответствующимъ истинному положенію дѣла. Въ то же время и психіатрическая экспертиза также нерѣдко ставится въ подобныхъ случаяхъ въ самое затруднительное положеніе. Попадая подъ арестъ или подъ слѣдствіе, истерики немедленно пускаютъ въ ходъ весь свой истеропатическій аппаратъ, весь запасъ своей хитрости и изворотливости, чтобы только убѣдить всѣхъ въ своей полной невинности и представить себя въ качествѣ жертвы, незаслуженно пострадавшей. И нужно сознаться, что они иногда очень ловко

вводятъ экспертизу въ заблужденіе. Если имъ удастся этого достигнуть, то они тотчасъ же затѣваютъ новый процессъ и жалуются на учиненное съ ними беззаконіе. Такимъ образомъ, являясь прибыльными кліентами для адвокатовъ, они въ то же время надѣдливо беспокоятъ своимъ сутяжничествомъ судъ и полицію, подвергая мучительному испытанію терпѣніе всѣхъ тѣхъ, кто имѣетъ несчастье приходить съ ними въ столкновеніе.

Если бы я не боялся утомить вашего вниманія, я могъ бы привести не мало примѣровъ изъ нашей и изъ иностранной судебной казуистики, свидѣтельствующихъ о томъ, какъ часто истеричные субъекты и особенно истеричныя женщины обвиняются въ преступныхъ дѣяніяхъ, совершаемыхъ ими безъ всякой цѣли, безъ всякихъ мотивовъ, а лишь подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ болѣзненныхъ влеченій. Я напому о процессахъ извѣстныхъ отравительницъ де-Бренвилье, Цванцигеръ и Готфридъ, которыя отравляли людей десятками только изъ одного стремленія удовлетворить болѣзненной потребности наслаждаться видомъ жертвы своей чудовищной жестокости. Съ такими случаями приходится встрѣчаться и по сегодня, но они до сихъ поръ остаются для насъ трудной психологической загадкой. Нѣкоторыя преступленія совершаются истеричными подъ вліяніемъ навязчивыхъ идей или галлюцинацій сексуальнаго характера. Къ этой категоріи преступленій, думается мнѣ, слѣдуетъ отнести сдѣланное недавно Вѣрой Геловой покушеніе на жизнь проф. Дешанеля въ Collège de France въ Парижѣ. Слѣдствію не удалось выяснить никакихъ побудительныхъ мотивовъ этого загадочнаго покушенія, въ которомъ кроется что-то странное, неуловимое, недоговоренное. И весьма вѣроятно, что это покушеніе совершено истеричкой подъ вліяніемъ навязчивой идеи или псевдореминисценціи, т. е. обмана воспоминанія. За это говорятъ и данныя экспертизы, признавшей, что Вѣра Гелова представляетъ собою субъекта нервнаго, истеричнаго.

Lombroso ¹⁾ среди преступниковъ выдѣляетъ особый типъ нейропатовъ, страдающихъ политической истеріей. Отличительными особенностями ихъ психическаго склада онъ считаетъ крайнее себялюбіе и тщеславіе, склонность къ мистицизму, рѣзко выраженную импульсивность и наклонность къ галлюцинаціямъ. Къ этой категоріи преступниковъ Lombroso относитъ, напр., испанскаго анархиста Santyago san Salvador, сдѣлавшаго покушеніе въ театрѣ и затѣмъ заявившаго на судѣ, что его увлекала, имъ руководила и управляла какая-то неудержимая сила, которой противостать онъ не могъ. Интересно отмѣтить при этомъ патологическую наслѣдственность Santyago: отецъ его былъ преступникъ, а дядя, доживши до 33 лѣтъ, застрѣлился въ день своего рожденія, оставивъ слѣдующую записку: „Исусъ Христосъ жилъ 33 года, почему я долженъ жить больше“. Lombroso находитъ также много признаковъ, указывающихъ на истерическій темпераментъ, у другого преступника, Sante Caserio, убившаго президента Французской республики Карно. Caserio имѣлъ только 21 годъ, когда совершилъ это преступленіе. Отецъ его былъ эпилептикъ. Учился Caserio плохо и былъ очень набожнымъ мальчикомъ; его мечтой было сдѣлаться священникомъ и проповѣдникомъ; 10-ти лѣтъ онъ ушелъ изъ дому и въ Миланѣ поступилъ въ мастерскую; здѣсь скоро его религіозный фанатизмъ превратился въ фанатизмъ политическій—и онъ сдѣлался анархистомъ. Когда его допрашивали о причинахъ его преступленія, то онъ не могъ дать опредѣленныхъ отвѣтовъ и замѣтилъ только, что онъ никогда не видѣлъ и не зналъ президента Карно; потомъ онъ добавилъ: „вы увидите меня передъ присяжными, а потомъ на эшафотѣ; о, эта послѣдняя сцена самая чудесная!“ Такая рисовка, такое бравурство почти набанунѣ смерти достаточно свидѣлствуютъ объ истеричномъ темпераментѣ этого преступника. Аналогичный типъ политической истеро-эпилепсїи изображенъ у Zola въ его „Bête humaine“. Историческій образчикъ преступника-

¹⁾ C. Lombroso. Die Anarchisten. Eine criminalpsychologische und sociologische Studie. Перев. Kurella, 1895.

нейропата представляет собою Неронъ, эротическія продѣлки котораго состояли, напр., въ томъ, что онъ заставлялъ женщинъ, плавая въ водѣ, кормить грудью своихъ дѣтей, а самъ наслаждался зрѣлищемъ этой чудовищно-дикой картины. Въ такомъ проявленіи извращенныхъ чувствованій и влеченій проглядываетъ даже нѣкоторый художественный вкусъ, но вкусъ нездоровый, развившійся на почвѣ больного воображенія; въ этомъ отношеніи Неронъ является нѣкоторымъ образомъ преступникомъ-декадентомъ, если только можно говорить о декадансѣ въ преступленіи.

Въ нашей судебной хроникѣ немало можно найти примѣровъ различныхъ преступныхъ дѣяній, виновниками которыхъ являются нейропаты съ истеричнымъ темпераментомъ. Мнѣ достаточно напомнить психопатку Семенову и убійцу студента Довнара—Ольгу Палемъ, чтобы вызвать въ вашемъ представленіи типы тѣхъ патологическихъ натуръ, которыхъ я имѣю въ виду. Напомню также сенсационное дѣло дѣвицы Ульрихъ и Грюнбергъ, разбиравшееся въ Москвѣ въ концѣ прошлаго года и вызвавшее столько разнорѣчивыхъ толкованій. Обѣ виновницы преступленія, какъ это выяснилось изъ наблюденій надъ ними въ больницѣ, а также изъ свидѣтельскихъ показаній, являются натурами неустойчивыми, нейропатическими, отмѣченными печатью истерической дегенерации. Въ самомъ дѣлѣ: прійти къ рѣшенію, что слѣдуетъ задушить состоятельную женщину, чтобы съ помощью ограбленныхъ у нея денегъ выбиться изъ тяжелыхъ условій жизни и получить возможность дополнить свое образованіе,—едва ли можно при нормальныхъ процессахъ мышленія, при здоровыхъ проявленіяхъ чувства. Въ дневникѣ ¹⁾ дѣвицы Грюнбергъ мы встрѣчаемъ много указаній, свидѣтельствующихъ объ ея истеричномъ темпераментѣ. Въ одномъ мѣстѣ у нея вызывается болѣзненный крикъ отчаянія: „больше я не могу переносить эту жалкую жизнь, состоящую изъ однихъ лишеній;

¹⁾ См. газетные отчеты. («Нов. Время» за 1899 г.).

хочу имѣть свою долю, какъ и другіе“. Чтобы найти эту „долю“, она готова „выйти замужъ даже за противнаго человека или продаться купцу“. „Теперь я буду искать Московскаго купца, все возможное я сдѣлаю, чтобы завоевать себѣ скоро положеніе,—прежде, нежели пройдетъ моя молодость, тогда ужъ будетъ поздно, а я хочу блистать, жить въ богатствѣ“. Въ другихъ мѣстахъ дневника этого озлобленнаго, мечтательнаго существа мы находимъ то грустную исповѣдь одинокой, обманувшейся въ своихъ любовныхъ идеалахъ дѣвушки, то какое-то безтолковое мечтаніе о высшемъ образованіи, то злобное сѣтованіе на несправедливость судьбы, то, наконецъ, какое-то фантастическое стремленіе къ счастью и одновременно съ этимъ безумный порывъ къ свободѣ путемъ продажи себя за деньги первому встрѣчному. Такое шатанье мысли, такая навязчивость нѣкоторыхъ странныхъ идей, такая измѣнчивость чувствъ и настроеній, такая неопредѣленность желаній и стремленій,—не являются ли всѣ эти психическія особенности характерными чертами, свойственными истеричному темпераменту. Я убѣжденно считаю преступленіе дѣвицъ Ульрихъ и Грюнбергъ продуктомъ больной воли и объясняю учиненное ими преступное дѣяніе патологическими особенностями ихъ психо-нервной организаціи.

Этимъ я могъ бы закончить свою лекцію, цѣлью которой было выяснить роль и значеніе истеріи въ наукѣ и въ жизни. Однако въ заключеніе я хочу сказать еще нѣсколько словъ о недостаткахъ въ системѣ нашего женскаго воспитанія и о тѣхъ ненормальныхъ соціальныхъ условіяхъ, въ которыя поставлена современная женщина и которыя играютъ выдающуюся роль въ числѣ этиологическихъ моментовъ, способствующихъ развитію истеріи.

Не безъ основанія говорятъ, что мужчину можно считать мускульной частью человѣческаго рода, а женщину—его нервную часть. Это особенное нервное состояніе, лежащее въ основѣ темперамента женщины, является той подготовлен-

ной почвой, на которой такъ легко развиваются различныя функціональныя разстройства. Есть не малая доля правды въ слѣдующихъ словахъ Рабле ¹⁾: „Когда я говорю „женщина“, тогда я разумѣю хрупкій, измѣнчивый, непостоянный и несовершенный полъ; мнѣ кажется (говорю это съ глубокимъ выраженіемъ почтенія), что природа при сотвореніи человѣка лишилась той разсудительности, съ которой она создала и образовала всѣ вещи. Передумавши это сто, пятьсотъ разъ, я могъ только прійти къ тому рѣшенію, что, создавъ женщину, природа болѣе думала о социальномъ наслажденіи мужчины и о непрерывности человѣческаго рода, чѣмъ о совершенствѣ самой женской индивидуальности“. Ту же мысль хотѣлъ выразить и Шопенгауеръ, сказавъ: „когда природа разсѣкла человѣческій родъ на двѣ половины, она не точно по срединѣ провела свой разрѣзъ“.

Въ своихъ заботахъ о непрерывности человѣческаго рода природа поставила женщину въ такія неблагоприятныя условія для ея личнаго здоровья, которыя постоянно грозятъ ей самыми серьезными страданіями. А въ добавленіе къ этому мужчина, занявши привилегированное положеніе въ современномъ строѣ общественной жизни, не только не являлся защитникомъ женщины, какъ болѣе слабаго существа, но всегда и неизмѣнно способствовалъ еще большому ослабленію ея физическаго здоровья, ея психо-нервной конституціи.

Женщина особенно нуждается въ заботахъ и попеченіи въ томъ періодѣ своей жизни, когда ея организмъ готовится къ выполненію великой функціи, предназначенной ей природой, когда она созрѣваетъ въ половомъ отношеніи и настойчиво, ежемѣсячно начинаетъ заявлять, что она готова стать матерью. Эволюція зрѣлости является весьма важнымъ, весьма серьезнымъ моментомъ въ жизни дѣвушки. Въ самомъ дѣлѣ: въ этомъ періодѣ появляются новыя органы развитія, а вмѣстѣ съ этимъ начинаютъ ощущаться новыя потребности

¹⁾ Цит. по J e a r d' u. Loc. cit., стр. 93.

организма. На ряду съ физической эволюціей совершается духовная и нравственная метаморфоза. Въ ощущеніяхъ, чувствахъ, идеяхъ молодой дѣвушки происходитъ цѣлый переворотъ: ею овладѣваютъ смутныя, тревожныя, дотолѣ невѣдомыя желанія; она начинаетъ иначе чувствовать, иначе думать; она ищетъ одиночества, становится задумчивой, мечтательной, печальной и сама не можетъ дать себѣ отчета во всѣхъ тѣхъ тревоженіяхъ, которыя охватили ея душу. Въ этомъ душевномъ смятеніи иногда наблюдаются неожиданныя смѣны настроеній, переходящія отъ мрачной подавленности къ самой восторженной экзальтаціи и сопровождающіяся разнообразными аффектами. Одновременно съ этимъ появляется первая менструація и окончательно нарушаетъ порядокъ въ душевномъ строѣ дѣвушки. Вотъ тутъ именно она и нуждается въ бережномъ къ ней отношеніи, въ благоразумномъ совѣтѣ, въ умѣломъ участіи. Къ сожалѣнію, она часто оставляется въ эти моменты безъ всякаго заботливаго ухода, предоставляется самой себѣ. Мало того: очень нерѣдко неопытныя дѣвушки, подъ вліяніемъ нелѣпыхъ совѣтовъ невѣжественныхъ нянекъ, а иногда и самихъ матерей, стараются задерживать регулы самыми грубыми способами и такимъ образомъ на первыхъ же порахъ произвольно нарушаютъ правильность этой важной функции, которая по существу составляетъ одинъ изъ моментовъ овуляціи, т. е. созрѣванія яйца, и является, слѣдовательно, по удачному выраженію одного автора, какъ бы родами въ миниатюрѣ. Благодаря установившимся страннымъ предразсудкамъ, дѣвушкѣ на каждомъ шагу внушаютъ скрывать передъ всѣми, даже предъ самыми близкими домашними того же пола, этотъ столь важный актъ фізіологическаго проявленія ея половой индивидуальности. Такимъ путемъ дѣвушка съ юныхъ лѣтъ пріучается, изъ ложнаго стыда, обращать эту фізіологическую функцію въ какую-то непроницаемую тайну, какъ бы слѣдуя неразумному совѣту г-жи Гаспаренъ, что „женщина не должна себя показывать въ періодъ печальной дѣйствительности натуры“. Такими требованіями таинствен-

ности окружень этотъ „періодъ печальной дѣйствительности“ дѣвушки повсюду: какъ въ семьѣ, такъ равно и въ школѣ, въ пансіонахъ, въ закрытыхъ заведеніяхъ. Помимо самыхъ печальныхъ послѣдствій такого легкомысленнаго пренебреженія положеніемъ дѣвушки въ этомъ періодѣ,—пренебреженія, объясняемаго единственно лишь невѣжественнымъ игнорированіемъ законовъ фізіологіи и гігіены и непониманіемъ всей важности ихъ значенія для здоровья,—помимо всего этого здѣсь играетъ еще немаловажную роль психологическая сторона, заключающаяся въ томъ, что дѣвушкѣ постоянно внушаютъ скрывать эту функцію, лгать, притворяться; это, быть можетъ, способствуетъ въ дальнѣйшемъ развитію въ женщинѣ лжи вообще и легкаго отношенія ея къ этому пороку.

Рѣдкая женщина, будь она даже женщиной сомнительнаго поведенія, не дѣлаетъ нѣкоторой тайны изъ всего того, что касается менструальнаго періода. Lombroso изслѣдовалъ 122 преступныхъ женщины, въ числѣ которыхъ были убійцы, воровки, отравительницы, и констатировалъ, что большинство изъ нихъ покрывались румянцемъ, когда ихъ разспрашивали о сексуальныхъ разстройствахъ, и въ то же время онѣ не обнаруживали никакого волненія, когда имъ напоминали объ ихъ преступленіяхъ. Напрасно врачи обращали вниманіе матерей и воспитательницъ на тотъ вредъ, какой приносятъ здоровью женщины подобныя предразсудки и полное пренебреженіе правилами гігіены въ теченіе менструальнаго періода. Положеніе вещей остается такимъ же и по настоящее время: и теперь еще, по совѣту старшихъ, неопытныя дѣвушки, чтобы удобнѣе пользоваться развлеченіями и удовольствіями, прекращаютъ теченіе менструальнаго періода холодными ножными ваннами или другими вредными приѣмами, и теперь еще воспитательницы почти не обращаютъ вниманіе на возможныя отступленія въ теченіи этого періода у различныхъ дѣвушекъ, игнорируютъ при этомъ особенности ихъ конституціи и темперамента, ихъ индивидуальныя склонности, не

заботятся о примѣненіи въ это время строгихъ правилъ гигіены, касающихся туалета и общаго режима.

Я упомянулъ здѣсь объ этихъ фактахъ потому, что многочисленными наблюденіями теперь прочно установлено, какое важное значеніе имѣютъ правильный ходъ періода развитія и нормальное теченіе сопровождающихъ его первыхъ менструацій на дальнѣйшее здоровье женщины. Всѣ отклоненія отъ нормы въ этомъ отношеніи имѣютъ огромное вліяніе на возникновеніе различныхъ функціональных нервныхъ расстройствъ, особенно у лицъ предрасположенныхъ, унаслѣдовавшихъ слабую психо-нервную организацію. Заботы по отношенію къ дѣвушкамъ въ этомъ періодѣ должны касаться не только физической стороны этой функціи, но, быть можетъ, еще въ большей степени должны распространяться на бережное охраненіе ея душевныхъ силъ, ея психическаго равновѣсія, ея моральной устойчивости. Въ періодѣ развитія молодая дѣвушка представляетъ собою тотъ дѣвственный матеріалъ, изъ котораго, въ зависимости отъ умѣнія воспитателей и руководителей, должно выйти или то „нѣчто божественное“, что такъ вдохновляетъ поэтовъ, то кроткое, доброе существо, которое является носителемъ всѣхъ добродѣтелей, вѣрнымъ стражемъ семьи, другомъ человѣчества, или же, наоборотъ,— слабое, безпомощное существо, орудіе многихъ золъ, носительница „всякія скверны“, „духъ праздности и унынія“.

Если вообще вѣрно, что будущее ребенка есть всегда дѣло матери, то по отношенію къ дѣвушкамъ это является глубоко справедливымъ. Весьма существенно въ этомъ возрастѣ дать правильное направленіе мыслямъ и чувствамъ молодого существа, дисциплинировать стремленія и желанія, воспитать характеръ. Особенно опаснымъ моментомъ для душевнаго здоровья молодой дѣвушки, еще неполнѣ разившейся и несформировавшейся, является переходъ отъ спокойной школьной и семейной жизни къ шумной, лихорадочной жизни свѣта, въ которую она вступаетъ большею частью безъ всякой подготовки, полная призрачныхъ ожиданій, обольстительныхъ

иллюзий, фантастических надежд. Разочарованіе наступает скоро. Здѣсь всѣ тревоженія свѣтской жизни, всѣ житейскіе соблазны самымъ уродливымъ образомъ сочетаются съ всевозможными стѣсненіями, правилами и требованіями—и все это крайне пагубно отражается на чувствительной, нѣжной, впечатлительной натурѣ молодой дѣвушки.

Къ этому присоединяется еще вредное вліяніе чтенія безъ всякаго разбора книгъ, смущающихъ впечатлительный молодой умъ, возбуждающихъ пылкое воображеніе, дурно направляющихъ стремленія и желанія. Больше столѣтія тому назадъ Tissot сказалъ: „если ваша дочь въ 15 лѣтъ читаетъ романы, то въ 20 лѣтъ у ней будетъ истерика“. Не преувеличивая слишкомъ значенія этихъ словъ, можно однако согласиться, что въ нихъ есть извѣстная доля правды. Это замѣчаніе особенно слѣдуетъ отнести къ современной литературѣ. Вѣдь никто не будетъ отрицать, что текущая беллетристика въ большинствѣ случаевъ носитъ на себѣ печать разстроеннаго воображенія, что современное искусство увлечено волной больного направленія, что источникомъ новѣйшей поэзіи по большей части являются болѣзненные настроенія. Герои современныхъ романовъ представляютъ собою зачастую клиническіе типы, которымъ мѣсто въ палатахъ больницъ и лечебницъ; на литературной сценѣ сплошь и рядомъ появляются уродливые характеры, растерянные, нудные, усталые люди, изнывающіе отъ душевной пустоты, нравственнаго шатанія, мучительнаго безволя. Въ произведеніяхъ новѣйшихъ авторовъ не рѣдкость услышать сплошной стонъ душевно-истощенныхъ людей, отрицающихъ счастье, попирающихъ нравственность, не видящихъ цѣли въ жизни. О всѣхъ этихъ особенностяхъ текущей литературы и современнаго искусства даютъ ясное представленіе новыя школы декадентовъ. Говоря о новыхъ теченіяхъ въ искусствѣ, Krafft-Ebing справедливо замѣтилъ, что „музыка неомузыкантовъ—продуктъ измочаленныхъ нервовъ, больного, галлюцинирующаго воображенія; и эта музыка вліяетъ на больные нервы больныхъ слушателей такъ же, какъ морфій, кокаинъ, алко-

голь, приподымая на мгновение душевное настроеніе, чтобы затѣмъ окунуть его въ еще болѣе глубокую бездну апатіи и отчаянія. Въ живописи, въ музыкѣ, въ литературѣ эти новыя школы—это все плоды больного воображенія бѣднаго, истощеннаго, переутомленнаго, нейропатическаго человѣчества“. Ницше правильно опредѣлилъ, что содержаніе декадентскихъ мыслей можно выразить словами: вырождающаяся жизненность, желаніе гибели, великая усталость.

Легко себѣ представить, какое дѣйствіе могутъ производить такія мысли на впечатлительный умъ молодой дѣвушки въ періодъ развитія, на ея пылкое воображеніе, которое и безъ того склонно къ мистицизму, и безъ того влечетъ ее въ невѣдомый міръ грезъ, ко всему чудесному, таинственному. И вотъ на такихъ литературныхъ произведеніяхъ, въ которыхъ производятся самыя смѣлыя операціи нескромнаго обнаженія всѣхъ язвъ и уродливостей больной души, она должна развивать свой умъ, воспитывать свои чувства. А если мы прибавимъ къ этому, что наиболѣе видные представители больного направленія въ литературѣ надѣлены крупнымъ талантомъ и въ своихъ твореніяхъ являются вполнѣ искренними, тогда мы поймемъ всю силу увлеченія неуравновѣшенныхъ натуръ чтеніемъ такихъ произведеній. Увлеченіе это тѣмъ болѣе опасно, что искренность авторовъ представляетъ собою большую силу, способную заражать. Неудивительно поэтому, что декадансъ въ философіи, искусствѣ и литературѣ такъ скоро породилъ декадансъ и въ жизни. Теперь и въ жизни приверженцы декаданса повсюду ищутъ увлекательной новизны и находятъ ее во всемъ уродливомъ, во всемъ томъ, что отступаетъ отъ простой, здоровой жизни.

Необходимо упомянуть еще объ одномъ факторѣ, который занимаетъ видное мѣсто въ числѣ этиологическихъ моментовъ, способствующихъ развитію истеріи у женщинъ. Я имѣю въ виду социальное положеніе современной женщины, тѣ ненормальныя условія общественной жизни, въ которыхъ она поставлена. Здѣсь на первомъ планѣ стоитъ „проклятый“

брачный вопрос, который за послѣднее время сдѣлался очереднымъ, программнымъ вопросомъ текущей публицистики.

Насъ интересуетъ въ этомъ случаѣ вопросъ о бракѣ лишь по столько, по сколько онъ имѣетъ отношеніе къ здоровью женщины. Современный строй общественной жизни таковъ, что женщина все рѣже и рѣже получаетъ возможность нормально выполнять свое высокое назначеніе, кроющееся въ процессахъ размноженія. Что бы тамъ ни говорили, а материнство должно являться конечной цѣлью въ жизни всякой женщины. Достигая этой цѣли путемъ брака, женщина такимъ образомъ выполняетъ свое назначеніе; а выполняя это назначеніе, она вмѣстѣ съ тѣмъ развиваетъ свою половую индивидуальность и сохраняетъ свое физическое, нравственное и душевное здоровье. Едва ли кто будетъ оспаривать то положеніе, что всѣ свойственныя женщинѣ особенности, всѣ ея природныя способности и достоинства наиболѣе полно проявляются лишь тогда, когда она становится женой и въ особенности — матерью. Съ другой стороны, справедливо и то, что лишеніе женщины ея прямого назначенія, являясь фактомъ пренебреженія законами природы, не можетъ проходить безслѣдно для ея здоровья. И въ этомъ насъ убѣждаютъ ежедневныя наблюденія. Сами женщины, отчасти по невѣдѣнію, отчасти по весьма понятному чувству стыдливости и свойственной имъ скромности, очень мало говорятъ объ этомъ предметѣ и еще меньше пишутъ о немъ. Но женскимъ врачамъ и врачамъ-невропатологамъ нерѣдко приходится убѣждаться, что во многихъ случаяхъ главными причинами истеріи и нейрастеніи у женщинъ являются или безплодіе, или разочарованіе въ супругѣ, или нѣкоторые другіе сексуальные моменты, о которыхъ я не могу здѣсь распространяться, вслѣдствіе щекотливости этого вопроса.

Однако я позволю себѣ привести мнѣніе одной женщины-писательницы, Лауры Маргольмъ, которая высказала въ этомъ отношеніи нѣсколько вѣрныхъ и справедливыхъ, на мой взглядъ, мыслей. Въ своемъ сочи-

неніи „Книга женщин“ Лаура Маргольмъ рисуетъ „психологическіе портреты“ тѣхъ современныхъ женщинъ, которыя въ борьбѣ за эмансипацію, въ стремленіи свергнуть съ себя всякую опеку, желая достигнуть свободы и самостоятельности и завоевать независимое отъ мужчины положеніе, должны были настойчиво заглушать въ себѣ всѣ женскія чувства, рвущіяся наружу, должны были коверкать свою женскую природу и постоянно страдать отъ того гнетущаго разлада, который болѣзненно раздѣлалъ ихъ душу вслѣдствіе томительной борьбы ума съ сердцемъ. И не одна женщина пала жертвой такого душевнаго разлада. Какъ яркій примѣръ такой жертвы, Лаура Маргольмъ представила извѣстнаго профессора математики, нашу соотечественницу, Софью Ковалевскую, которая своими трудами завоевала себѣ высокое уваженіе всего ученаго міра, добилась полной самостоятельности, и тѣмъ не менѣе, страдая отъ одиночества, лишенная любви, не испытывая радостей святого материнскаго чувства, пала жертвой душевнаго разлада, обездоленная, неудовлетворенная. При этомъ Лаура Маргольмъ такъ опредѣляетъ назначеніе женщины: „Разъ женщина нормальна, то ея единственное назначеніе—любовь. Мужъ—это начало и конецъ жизни женщины, ибо только мужъ дѣлаетъ ее женщиной. Становясь, благодаря мужу, матерью, женщина вмѣстѣ съ тѣмъ обрѣтаетъ и здоровье, и сознаніе своего достоинства. Мужъ даетъ ей любящихъ, цвѣтущихъ дѣтей. И чѣмъ болѣе высокой степени развитія достигаютъ умъ, душа и тѣло женщины, тѣмъ послѣдняя сильнѣе нуждается въ мужѣ. Въ немъ весь смыслъ ея жизни, независимо отъ того, что она найдетъ въ немъ: неисчерпаемый источникъ счастья или великое несчастье. Содержаніе женщины—это мужъ“ ¹⁾).

Эти слова сказала женщина съ тонкимъ психологическимъ чутьемъ. И какъ бы мы ни относились къ женскому

¹⁾ Цит. по д-ру М. Рунге. Половая индивидуальность женщины. Рус. пер. 1899.

вопросу, даже оставаясь поборниками разумной женской эмансипации и защитниками расширения женских правъ, мы все-таки не можемъ отрицать справедливости только-что высказанныхъ соображеній, такъ какъ они основаны на изученіи физиологій и психологій женщины.

Мм. Гг.! Мое желаніе возможно полнѣе выяснитъ роль и значеніе истеріи въ наукѣ и въ жизни, а также моя усиленная попытка дать сравнительную оцѣнку вызывающимъ этотъ нейрозъ этиологическимъ моментамъ—завели меня слишкомъ далеко, и я боюсь уже дальше затрогивать столь опасные вопросы. Высказывая приведенныя здѣсь соображенія, я хотѣлъ главнымъ образомъ подчеркнуть ту мысль, что въ интересахъ грядущихъ поколѣній, въ интересахъ болѣе полного развитія душевныхъ, нравственныхъ и тѣлесныхъ силъ **каждаго** народа—крайне важно оберегать здоровье женщины, особенно въ періодъ выполненія ею тѣхъ физиологическихъ функцій, которыя относятся къ процессамъ размноженія, такъ какъ разстройства этихъ функцій у женщинъ часто служатъ причиною многихъ нервныхъ страданій, столь гибельно отзывающихся на потомствѣ; вмѣстѣ съ этимъ необходимо способствовать всѣми мѣрами возможно полному, здоровому проявленію индивидуальных особенностей женщины, такъ какъ онѣ даютъ начало тѣмъ высокимъ добродѣтелямъ, свойственнымъ одному лишь женскому полу, которыя являются ничѣмъ незамѣнимыми въ общемъ строѣ нашей соціальной жизни. И я склоненъ утверждать, что сознаніе необходимости охранять здоровье женщины при выполненіи ею того высокаго назначенія, для котораго она создана природой, и защищать ту роль, которую она призвана играть въ семьѣ и въ обществѣ, повинуваясь неумолимымъ законамъ природы,—что это сознаніе является лучшимъ показателемъ культуры и цивилизаціи **каждаго** народа. Только тогда возможенъ здоровый умственный и нравственный прогрессъ общества, когда мы будемъ бережно

охранять здоровье женщины, когда мы будемъ заботливо щадить ея неустойчивую психо-нервную организацію. Только разумное, бережное, гигиеническое, согласное съ законами природы, воспитаніе молодой дѣвушки можетъ дать намъ здоровую женщину, идеальную жену, любящую мать.

Вотъ почему возможно чаще слѣдуетъ повторять хотя и древнія, но, безъ сомнѣнія, справедливыя слова Ликурга, который говорилъ, что „въ цвѣтущихъ женахъ кроется сила народа“.



Хроника и смѣсь	161.
Протоколъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ	171.
Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію и библиотеку Общества.	173.
Объявленія.	
Приложеніе.	
Б. И. Воротынский Истерія въ наукѣ и въ жизни.	



Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель Н. Поповъ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всемъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во 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. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней) или проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологич. лабор.) Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя (Казань, проф. Н. М. Попову). Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань, Университетъ). О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.

Стоимость журнала за 1894, 1893, 1896, 1897, 1898, 1899 и 1900 гг.— по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

За секретаря редакціи В. Н. Образцовъ.