

шербст-ч

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

Томъ XII, вып. 4.

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

- В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка.
- Г. Дѣдовъ. Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ).
- А. Соболевскій. Терапевтическое значеніе кровозвлеченій при страданіяхъ первной системы.
- И. В. Георгіевскій. Многоядерныхъ симпатическихъ нервныхъ клеткахъ.

Критика и библиографія.

Рефераты по психіатріи и неврологіи.

Хроника и смѣсь.

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

Объявленія.

Казань.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1904.

235-63-28

шербст 692

4

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

В. В. Чирковскій. Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка	1.
Г. Дѣдовъ Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ)	57.
А. Соболевскій. Терапевтическое значеніе кровозвлеченій при страданіяхъ нервной системы	84.
И. В. Георгіевскій. О многоядерныхъ симпатическихъ нервныхъ клеткахъ	127.

КРИТИКА И БИБЛІОГРАФІЯ.

Рефераты по психіатріи, невропатологіи и фізіологіи.

Проф. М. Н. Ланинскій. О дегенераціи и регенераціи периферическихъ нервахъ. Кіевъ: 1904. 146.— G. Geny et P. Roy. «Преждевременное слабоуміе». Paris, 1603. 149.— P. T. Hald. Ein Fall von Veronalvergiftung. (Centralblatt für Nervenheilung und Psychiatrie, 15 Juni 1904). Случай отравленія вероналомъ.	151.
--	------

Изъ физиологической лабораторіи Императорскаго
Казанскаго Университета.

Къ вопросу объ иннервации движеній зрачка.

Экспериментальное изслѣдованіе

съ 18 рисунками въ текстѣ и таблицей фотографій.

В. В. Чирковскій.

(Окончаніе; см. т. XII, выт. 3).

Глава IV.

Въ слѣдующей группѣ опытовъ мы штудировали вопросъ о рефлекторномъ расширеніи зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ послѣ перерѣзки п. optici внутри черепа, желая этимъ дополнить изложенныя въ первомъ отдѣлѣ работы наблюденія надъ оперированными животными. Изъ этой группы опытовъ только въ нѣкоторыхъ примѣнена была фотографическая регистрація, въ опытахъ же, относящихся къ раннему періоду нашей работы, мы пользовались обычнымъ измѣрительнымъ способомъ. Какъ и въ другихъ группахъ, мы не приводимъ здѣсь всѣ опыты, такъ какъ многіе дали совершенно аналогичные результаты, а представимъ только наиболѣе цѣнные, типичные.

Опытъ № 7.

20/xi 1902. Кроликъ-альбиносъ. Вѣсъ 1200 гр. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ—на лѣвой сторонѣ была произведена



Чирковскій

23563-38

перерѣзка *n. optici* по *M a r e n g h i*; въ результатахъ зрачекъ оперированной стороны представлялъ всѣ описанныя въ протоколахъ перваго отдѣла работы явленія: на чувствительныя раздраженія всякаго рода зрачекъ энергично расширялся, достигая 7—9 mm въ горизонтальномъ діаметрѣ, въ полномъ покое животнаго зрачекъ принималъ наименьшій поперечникъ, равный 5,5 mm.; зрачекъ здоровой стороны при освѣщеніи искусственнымъ свѣтомъ достигалъ до 2,5 mm. Указанные результаты держались за все время наблюденія—въ теченіе 34-хъ дней.

23/xii 1902. Животное приготовлено къ опыту. Подъ наркозомъ была сдѣлана трахеотомія, открытъ *ischiadicus*. Когда животное оправилось отъ наркоза, введено $\frac{3}{4}$ шприца (граммоваго) кураре 0,8% въ *v. jugul. ext. d.*

12 ч. 15'. Искусственное дыханіе. Зрачки держатся оба нѣсколько шире, чѣмъ до кураризаціи, лѣвый зрачекъ хорошо реагируетъ на свѣтъ.

12 ч. 23'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей 120 mm —расширеніе обоихъ зрачковъ до 8,5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ, замѣтное выпячиваніе глазъ.

12 ч. 31'. Зрачки вернулись къ прежнему состоянію—на лѣвомъ до 6 mm. на правомъ 3,5 mm. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (при раст. 110 mm.) довольно быстрое и равномерное расширеніе на обоихъ до 8 mm.

12 ч. 32'. Животное обнаруживаетъ движенія, введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

12 ч. 39'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (100 mm.)—такое же расширеніе и выпячиваніе глазъ.

Кроликъ перевернуть на спину, открытъ симпатическій лѣвый, взять на лигатуру и перерѣзанъ.

12 ч. 50'. Раздраженіе головного отрѣзка лѣваго симпатическаго—зрачекъ расширяется до 11 mm. въ гориз. діаметрѣ, замѣтно выпячиваніе глаза, открытіе глазной щели.

12 ч. 55'. Зрачекъ вернулся къ прежней ширинѣ, равнаясь около 6 mm. Раздраженіе *ischiadici s.* токомъ (разст. = 120 mm.)—лѣвый зрачекъ остается совершенно неподвижнымъ, правый расширяется до 7 mm.

1 ч. 5'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (80 mm.) даетъ тотъ же отрицательный эффектъ на глазѣ лѣвой стороны и вполне выраженное расширеніе зрачка и выпячиваніе глаза на правой сторонѣ.

Приведенный опытъ доказываетъ съ полной очевидностью, что перерѣзка п. *optici* у кролика нисколько не препятствуетъ проявленію рефлекторнаго расширенія зрачка при раздраженіи чувствительнаго нерва токами различной силы. Это расширеніе, насколько позволяетъ судить наблюденіе глазомъ, совпадаетъ одновременно на обоихъ глазахъ; сопровождается оно и общимъ комплексомъ явленій, наблюдающихся при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ—расширеніемъ глазной щели, нѣкоторымъ выпячиваніемъ глаза. Послѣдующая перерѣзка симпатическаго на оперированной сторонѣ имѣла слѣдствіемъ прекращеніе всякаго эффекта на глазъ при раздраженіи п. *ischiadici*.

Опытъ № 8.

17/1 1903. Сѣрый котъ. Вѣсъ 2000 гр. Подъ наркозомъ былъ перерѣзанъ п. *opticus dexter* внутри черепа. Непосредственно послѣ операціи констатировано полное отсутствіе прямой реакціи на свѣтъ, максимальное расширеніе зрачка на оперированной сторонѣ при закрытомъ здоровомъ; вполне отчетливая сочувственная реакція. За 3 дня наблюденія зрачки обнаруживали одни и тѣже явленія. Въ слѣпотѣ кошки на правый глазъ удается убѣдиться съ полной очевидностью при употребленіи обычнаго приѣма.

20/1. 1903. Животное приготовлено къ опыту. Подъ наркозомъ сдѣлана трахеотомія, открытъ *ischiadicus dexter*.

12 ч. 35'. Введено въ *v. saphenam* кураре 1 шприцъ (полтораграммовый) 0,8%. Зрачки нѣсколько шире, чѣмъ до операціи. Искусственное дыханіе.

12 ч. 45'. Испробовано раздраженіе *ischiadici* токомъ (разст.—120 mm.)—расширеніе обоихъ зрачковъ одновременное почти *ad maximum* и довольно быстрое возвращеніе къ прежней ширинѣ. Замѣчается небольшое выпячиваніе глазъ и расширеніе глазной щели на обоихъ.

12 ч. 53'. Лѣвый глазъ тщательно закрыть. Раздраженіе *ischiadici* токомъ той же силы—правый зрачекъ, расширенный почти максимально, не обнаруживаетъ замѣтныхъ движеній.

1 ч. 3'. Открытъ лѣвый глазъ, зрачки оба сузились равномѣрно до 5 mm. гориз. діаметра. Раздраженіе *ischiadici*

токомъ (140 мм.)—расширеніе обоихъ зрачковъ до 9 мм. Сдѣлано еще два раза раздраженіе *ischiadici* и съ такимъ же эффектомъ.

1 ч. 20'. Перерѣзанъ правый симпатическій на шеѣ.

1 ч. 25'. Зрачекъ правый въ разсѣянномъ свѣтѣ сталъ нѣсколько уже лѣваго, немного выступаетъ 3-ье вѣко.

1 ч. 28'. Правый зрачекъ замѣтно уже лѣваго, 3-ье вѣко выступаетъ, глазная щель правая уже лѣвой.

1 ч. 30'. Раздраженіе *ischiadici* d. токомъ (120 мм.) даетъ вполне выраженное расширеніе зрачка лѣваго глаза и очень незначительное вялое расширеніе зрачка на правой сторонѣ. Въ положеніи 3-го вѣка и глазной щели правого глаза не замѣтно измѣненій.

1 ч. 38'. Лѣвый глазъ закрытъ. Правый зрачекъ нѣсколько расширенъ, достигая 6.5 мм. въ гориз. діаметрѣ. Раздраженіе *ischiadici* токомъ той же силы не вызываетъ какихъ либо измѣненій въ зрачкѣ и въ положеніи вѣкъ.

1 ч. 45'. Повторено раздраженіе токомъ (80 мм.) и также безъ результата.

Вскрытіе—*n. opticus* d. перерѣзанъ около *foramen opticum*.

Этотъ опытъ даетъ обычные результаты, какіе мы имѣли у кошекъ при наблюденіяхъ надъ зрачкомъ послѣ перерѣзки *optici*. Раздраженіе чувствительныхъ нервовъ, когда оба глаза открыты и когда слѣдовательно зрачки сужены, вызываетъ расширеніе обоихъ зрачковъ равномерное, но стоитъ лишь закрыть здоровый глазъ, какъ зрачекъ оперированной стороны расширяется почти максимально и при раздраженіи чувствительнаго нерва не обнаруживаетъ дальнѣйшаго расширенія. Перерѣзка симпатическаго нерва на той же сторонѣ имѣла слѣдствіемъ суженіе соотвѣтствующаго зрачка при закрытомъ здоровомъ глазѣ до 6, 5 мм. въ гориз. діаметрѣ. Раздраженіе чувствительнаго нерва послѣ этого осталось совершенно безъ результата, какъ на зрачкѣ, такъ и на состояніи 3-го вѣка и щели вѣкъ.

Опытъ № 9.

22/x 1903. Бѣлая кошка. Вѣсъ 2900 гр. Подъ наркозомъ сдѣлана трахеотомія, отпрепарованъ и взятъ на лигатуру *ischiadicus* sin.

12 ч. 15'. Введенъ 1 шприць раствора кураре 0,8‰. Искусственное дыханіе.

По обычному типу сдѣлана перерѣзка n. optici d. въ черепѣ. За время операціи въ виду движеній животнаго введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

12 ч. 40'. Зрачки непосредственно послѣ операціи оба довольно широки и не реагируютъ на свѣтъ.

12 ч. 45'. Зрачки нѣсколько суживаются, но очень вяло.

12 ч. 50'. Въ правый конъюнктивальный мѣшокъ пущена 1 капля 1‰ eserini sulfur.

Закрѣтъ тщательно лѣвый глазъ. Зрачекъ праваго глаза сталъ шире, совершенно не реагируетъ на свѣтъ.

1 ч. 5'. Зрачекъ держится все время широкимъ и неподвижнымъ.

1 ч. 20'. Замѣтно нѣкоторое суженіе зрачка, онъ изъ совершенно круглаго дѣлается овальнымъ.

1 ч. 25'. Вполнѣ замѣтное суженіе, зрачекъ равняется 6 mm. въ гориз. діаметрѣ.

1 ч. 28'. Раздраженіе ischiadici токомъ (разст. 130 mm.)—расширеніе довольно быстрое съ 6 mm. до 7,5 mm.

1 ч. 35'. Зрачекъ вернулся къ прежней своей ширинѣ и сталъ далѣе суживаться до 5 mm.

Раздраженіе ischiadici токомъ (110 mm.)—расширеніе съ 5 mm. до 7 mm.

1 ч. 40'. Повторено раздраженіе токомъ той же силы—расширеніе съ 4,5 до 7 mm.

1 ч. 48'.—Перерѣзанъ на шеѣ симпатическій правый. Зрачекъ непосредственно послѣ операціи сталъ быстро суживаться.

1 ч. 50'. Раздраженіе ischiadici токомъ (100 mm.)—зрачекъ не измѣняетъ своей ширины (3,5 mm.). Въ слѣдующія 2—3 минуты еще больше суживается.

1 ч. 53'. Раздраженіе головного отрѣзка перерѣзаннаго симпатическаго—расширеніе зрачка до 9 mm., ухажденіе выступившаго вѣка, раскрытіе глазной щели.

1 ч. 57'. Снова раздраженіе ischiadici токомъ (70 mm.)—никакого эффекта—зрачекъ суживается по прекращеніи раздраженія почти въ щель. На этомъ опытѣ конченъ. Животное вскрыто—*opticus dex.* перерѣзанъ цѣликомъ при входѣ въ *foramen opticum.*

Въ приведенномъ опытѣ испробовано примѣненіе eserin'a съ цѣлью вызвать суженіе зрачка, расширеннаго послѣ перерѣзки п. optici при закрытомъ здоровомъ глазѣ, и понаблюдать эффектъ раздраженія чувствительнаго нерва на суженномъ зрачкѣ. Оказалось, что при такихъ условіяхъ можно отчетливо видѣть рефлекторное расширеніе зрачка и послѣ перерѣзки п. optici.

Опытъ № 10.

28/x 1903. Бѣлый котъ, вѣсъ 3000 гр. Подъ наркозомъ сдѣлана трахеотомія и взяты на лигатуру правый симпатическій.

1 ч. 25'. введенъ въ v. saphen. d. 1 шприць кураре 0,8% раствора, черезъ 15 мин. второй. Приступлено къ внутричерепной перерѣзкѣ п. optici справа. Послѣ широкой трепанациі черепа и вскрытія твердой мозговой оболочки, мозгъ осторожно приподнять и введенъ ножъ съ тѣмъ, чтобы перерѣзать не только opticus соответствующей стороны, но и противоположной. Перерѣзка п. optici справа была сдѣлана подъ контролемъ глаза, лѣвый же въ темную.

2 ч. Непосредственно послѣ операціи зрачки оба шире средняго (не совсѣмъ круглые) и совершенно не реагируютъ на свѣтъ. Нужно отмѣтить, что на обоихъ глазахъ выступило 3-ье вѣко.

2 ч. 10'—зрачки стали еще шире, но остался порядочный ободокъ радужки и нижній уголь зрачка еще замѣтенъ.

2 ч. 17'. Открыть ischiadicus dext., взять на лигатуру и перерѣзанъ. Во время перерѣзки зрачки нѣсколько расширились и тутъ же пришли къ прежней ширинѣ.

2 ч. 23'. Раздраженіе ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 120 mm. даетъ небольшое (около 1 mm.) расширеніе зрачковъ, ухожденіе 3-го вѣка на обоихъ сторонахъ и раскрытіе вѣкъ, до этого прищуренныхъ. По окончаніи раздраженія, продолжавшагося 7 сек., зрачки постепенно возвращаются къ прежней ширинѣ, 3-ье вѣко надвигается на обоихъ сторонахъ и снова нѣсколько прищурены вѣки.

2 ч. 30'. Закрыть лѣвый глазъ—зрачекъ праваго остается безъ измѣненія. Раздраженіе п. ischiadici токомъ той же силы

даетъ небольшое расширеніе лѣваго зрачка, ухожденіе 3-го вѣка и раскрытіе глазной щели.

2 ч. 39'. Закрытъ правый глазъ — въ ширинѣ зрачка лѣваго не произошло никакихъ измѣненій. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (110 mm.) даетъ въ тѣхъ же размѣрахъ расширеніе зрачка, ухожденіе 3-го вѣка и раскрытіе глаза. Открыты оба глаза и снова (2 ч. 47') испробовано раздраженіе *ischiadici* съ неизмѣннымъ эффектомъ,

2 ч. 50'. Въ виду обнаружившихся движеній введено еще $\frac{3}{4}$ ширица кураре.

2 ч. 58'. Черезъ трепанаціонное отверстіе введенъ небольшой крючекъ, которымъ, приподнимая мозгъ, удалось перервать *oculomotorius d.* при входѣ его въ *sinus cavernos.* Операция сопровождалась небольшимъ кровотеченіемъ, скоро остановившимся. Зрачекъ на соответствующей сторонѣ не измѣнилъ своей ширины и остался совершенно равнымъ противоположному.

3 ч. 12'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (120 mm.) въ теченіе 15 секундъ даетъ замѣтное ухожденіе 3-го вѣка, очень слабое расширеніе зрачковъ въ обоихъ, одновременное, по скольку объ этомъ можно судить на глазъ.

3 ч. 22'. Раздраженіе *ischiadici* (90 mm.) даетъ болѣе выраженное расширеніе обоихъ зрачковъ, ухожденіе 3-го вѣка.

3 ч. 30'. Такое же раздраженіе и съ тѣмъ же эффектомъ.

3 ч. 40'. Перерѣзаны на шеѣ *vago-sympathici* оба.

3 ч. 43'. Зрачки нѣсколько сузились, стали замѣтно овальнѣе; 3-ье вѣко сильно выступаетъ на обоихъ глазахъ, сужены глазныя щели.

3 ч. 45'. Зрачки еще болѣе сузились и теперь въ горизонтальномъ діаметрѣ равняются 5 mm

3 ч. 51'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (110 mm.) въ теченіе 20 секундъ ничѣмъ не отражается на зрачкахъ, но замѣтно небольшое ухожденіе 3-го вѣка, очень позднее.

3 ч. 55'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (80 mm.) въ теченіе 20 секундъ даетъ слабое и позднее расширеніе зрачковъ, позднее ухожденіе 3-го вѣка и раскрытіе глазной щели.

4 ч. 2'. Еще повторено раздраженіе токомъ (60 mm.) — тотъ же самый эффектъ.

4 ч. 5'. Опытъ конченъ. Вскрытіе — оба *optici* перерѣзаны цѣбликомъ, *oculomotorius* перерванъ.

Въ данномъ опытѣ мы встрѣтились съ необычными результатами перерѣзки зрительнаго нерва. У животнаго послѣ перерѣзки зрачки приняла ширину едва превосходящую среднюю. При раздраженіи чувствительныхъ нервовъ получился не отрицательный результатъ, какой мы видѣли обычно, но расширение зрачка, правда небольшое, но все же замѣтное. Расширение зрачковъ сопровождалось ухожденіемъ того и другого 3-го вѣка, надвинувшагося на глазное яблоко послѣ кураризаціи животнаго, раскрытіемъ глазной щели. Словомъ, наблюдались явленія возбужденія симпатическаго нерва. Перерѣзка п. oculomotorii на одной сторонѣ нисколько не измѣнила ширины соотвѣтствующаго зрачка и раздраженіе чувствительнаго нерва послѣ этой операціи вызвало весь комплексъ наблюдавшихся явленій. Послѣдующая перерѣзка обоихъ симпатическихъ не пренятствовала, какъ бы нужно было ожидать, проявленію рефлекторнаго расширения зрачка, но при болѣе или менѣе сильныхъ длительныхъ раздраженіяхъ п. ischiadici выступило небольшое расширение зрачка, позднее ухожденіе 3-го вѣка и раскрытіе глазной щели. Возможное толкованіе такого парадоксальнаго эффекта оставляемъ до общихъ выводовъ изъ этой группы опытовъ, отмѣтивъ только здѣсь то обстоятельство, что указанные явленія наблюдались въ концѣ опыта, длившагося 3 часа, когда животное несомнѣнно было ослаблено послѣ двухъ тяжелыхъ операцій въ черепѣ и получило значительное количество кураре.

Опытъ № 11.

10/1—1904. Сѣрая кошка съ зеленовато-желтой радужкой, вѣсъ 2000 гр. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ сдѣлана трахеотомія, открытъ ischiadicus dext.

1 ч. 9'. Кураре 1 шприць 0,8‰.

1 ч. 15'—еще $\frac{1}{2}$ шприца въ виду движеній.

Искусственное дыханіе. По обычному типу операція внутричерепной перерѣзки п. optici dextri. Кровотеченіе незначительно. Передъ перерѣзкой въ 1 ч. 40' пущена 1 капля 1‰

eserin. sulfur. въ правый конъюнктивальный мѣшокъ. Операция закончена въ 1 ч. 49'.

1 ч. 52'. Зрачекъ держится при закрытомъ другомъ глазѣ шире средняго, равняясь 7 mm.

Установленъ фотографическій регистраціонный аппаратъ на правый глазъ. Во время установки животное обнаруживаетъ нѣкоторыя движенія—введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

Въ виду неисправности въ отмѣтчикахъ времени и раздраженія установка затянулась до 2 ч. 35'. Когда все было готово для регистраціи, зрачекъ успѣлъ сузиться до 6 mm. въ гориз. д. Зарегистрировано:

1) 2 ч. 35'. Раздраженіе ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 110 mm (обыкновенная модификація) даетъ выраженный эффектъ—расширеніе съ 6 mm. до 8 mm. съ латентнымъ періодомъ = 0,55", продолжительность раздраженія 4". Весьма медленный возвратъ къ прежней ширинѣ, закончившійся только на 4 минутѣ послѣ раздраженія, причемъ зарегистрировано первыхъ 2 минуты. (См. начало фотограммы—на отдѣльной таблицѣ—фот. № 1)

2) 2 ч. 42'. Раздраженіе n. ischiadici токомъ (100 mm) въ теченіе 2,5"—расширеніе зрачка съ 6,25 mm. до 8,25 mm. съ латентнымъ періодомъ = 0,5". Возвратъ, какъ и при первомъ раздраженіи очень медленный (см. фотогр. № 2).

3 ч. Перерѣзанъ правый симпатическій на шеѣ, послѣ чего зрачекъ быстро сузился до 4 mm. Снова аппаратъ установленъ на правый глазъ.

3 ч. 10'. Раздраженіе ischiadici d. токомъ (100 mm) даетъ отрицательный эффектъ

3 ч. 12'. Зрачекъ все болѣе и болѣе суживается.

3 ч. 12'. Раздраженіе ischiadici токомъ (80 mm)—никакого эффекта.

3 ч. 15'. Зрачекъ превратился въ щель. Раздраженіе ischiadici токомъ (40 mm) никакого эффекта. Повторено еще два раза раздраженіе токомъ (20 mm.—10 mm.)—никакого эффекта. Открытъ лѣвый глазъ и аппаратъ установленъ на лѣвый глазъ, гдѣ зрачекъ оказался довольно широкимъ (5—6 mm.) и плохо реагирующимъ на свѣтъ. Раздраженіе ischiadici въ 3 ч. 40' токомъ (100 mm.) даетъ расширеніе зрачка съ 5,5 mm. до 8,5 mm. съ характерными чертами рефлекторнаго расширенія. Въ 3 ч. 45'—снова раздраженіе ischiadici тѣмъ же токомъ и тотъ же эффектъ. Опытъ законченъ.

Вскрытіе—opticus d. перерѣзанъ вполне.

Въ изложенномъ опытѣ нами примѣнена фотографическая регистрація зрачковыхъ движеній послѣ перерѣзки ортісі. Изъ полученныхъ фотограммъ представляются двѣ на прилагаемой таблицѣ. Какъ видно изъ фотограммъ, зрачекъ оперированной стороны послѣ эзеринизаціи сузился до 6 mm. въ гориз. діаметрѣ и затѣмъ подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій быстро и энергично расширился. Реакція зарегистрирована въ теченіе 2-хъ первыхъ минутъ, зрачекъ же вернулся къ прежней своей ширинѣ только на 4-ой минутѣ. Первая фотограмма представляетъ часть полученной—начало реакціи, вторая представляетъ результаты второго раздраженія ischiadici, когда зрачекъ послѣ первой реакціи вернулся къ прежней ширинѣ. Та и другая фотограмма, такимъ образомъ, совершенно объективно доказываютъ, что рефлекторное расширеніе зрачка возможно послѣ перерѣзки п. ортісі и у кошекъ. Перерѣзка симпатическаго нерва совершенно уничтожила реакцію.

Опытъ № 12.

Кроликъ-альбиносъ оперированъ 22/1 1903 г.—сдѣлана перерѣзка обоихъ п. п. ортіс. внутри черепа по Marenghi. Явленія, наблюдавшіяся послѣ операціи обычнаго типа—оба зрачка не суживались болѣе 5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ ни при какихъ условіяхъ, но очень отчетливо реагировали на чувствительныя раздраженія, расширяясь до 7—8 mm.

7/II 1903. Была сдѣлана перерѣзка симпатическаго на шеѣ съ правой стороны. Выступила рѣзкая разница въ состояніи зрачковыхъ—правый зрачекъ держится все время равнымъ 5 mm., не обнаруживая какихъ либо движеній подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій, тогда какъ зрачекъ лѣваго глаза по прежнему очень энергично реагируетъ на такого рода раздраженія.

19/1—1904. Кроликъ привязанъ. Аппаратъ установленъ на правый глазъ, гдѣ перерѣзанъ ортікусъ и sympathicus. Зарегистрировано безъ наркоза:

- 1) Надъ ухомъ животнаго громко крикнули—никакого эффекта на зрачкѣ.
- 2) Поглаживанія рукой по спинѣ животнаго—никакого эффекта, зрачекъ все время = 5 mm.
- 3) Сдавливаніе лапки—зрачекъ неподвиженъ. (См. рис. № 9).

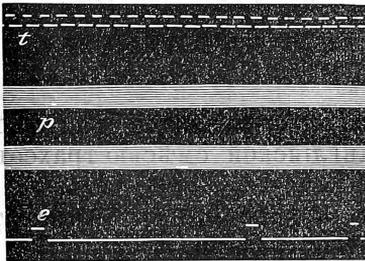


Рис. № 9. Зрачекъ кролика послѣ перерѣзки симпатич. и зрительн. н. (р.); е.—отмѣтчикъ раздраженія т—отмѣтчикъ времени.

женіи получена фотограмма, гдѣ расширение вполнѣ отчетливо

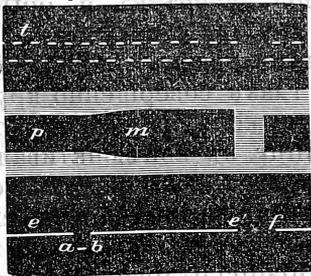


Рис. 10. Зрачекъ послѣ перерѣзки п. optici—(р); е) моментъ раздраженія; m.—максимумъ расширения; f.—перерывъ въ фотограммѣ вслѣдствіе движенія кролика; в) возвратъ зрачка къ прежнему состоянію; t—отмѣтчикъ времени.

Аппаратъ установленъ на лѣвый глазъ, гдѣ зрачекъ держится шире, чѣмъ на правомъ глазѣ. Слабое раздраженіе кожи вызываетъ едва замѣтное расширение зрачка. Раздраженіе болевое вызываетъ замѣтное расширение уже расширеннаго зрачка, но въ то же время животное обнаруживаетъ движеніе. Повторено неоднократно это раздраженіе, но зарегистрировать надлежащимъ образомъ всетаки не удалось, животное стало беспокойно, проявляетъ движенія. При одномъ раздраженіи расширение вполнѣ отчетливо началось, когда еще животное не двигалось. Рисунокъ этой фотограммы мы и представляемъ (см. рис. № 10).

Наблюдая во время движенія животнаго зрачекъ противоположнаго глаза—правый, не замѣчаемъ какихъ либо колебаній на немъ.

Изъ этого опыта мы видимъ, что зрачекъ кролика послѣ перерѣзки п. optici и п. sympathici совершенно неподви-

жень на всякаго рода чувствительныя раздраженія, какъ это представляется на приведенномъ рисункѣ. Одна же перерѣзка п. optici, что уже не разъ отмѣчалось при наблюденияхъ надъ кроликами, не препятствуетъ рефлекторному расширенію.

Опытъ № 13.

11/1 1904. Кошка бѣлая съ свѣтло-желтой радужкой. Вѣсъ 2000 гр. Подъ наркозомъ англійской смѣсью трахеотомія, открытъ ischiadicus d.

1 ч. 5'. Введенъ 1 шприць кураре 0,8‰. Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Зарегистровано.

1 ч. 35'. Раздраженіе п. ischiadici при разстояніи спиралей 120 mm. (обыкновенная модификація)—расширеніе зрачка со всѣми характерными особенностями рефлекторнаго расширенія съ 3 mm. до 7,5 mm.

2) 1 ч. 43'. Такое же раздраженіе съ тѣмъ же эффектомъ.

Приступлено къ внутричерепной перерѣзкѣ п. optici d., что и сдѣлано въ 2 ч. 10'.

Непосредственно послѣ операція зрачекъ оперированной стороны при закрытомъ здоровомъ глазѣ совершенно круглый съ узкимъ ободкомъ радужки, неподвиженъ на свѣтъ. Въ 2 ч. 12' пуцева 1 капля 1‰ eserini sulfur. въ конъюнктивальный мѣшокъ праваго глаза. Суженіе зрачка начинается только черезъ 20 минутъ. 2 ч. 27'.—Зрачекъ правый сузился до 7 mm. Снято:

3) 2 ч. 27'. Раздраженіе п. ischiadici d. токомъ (120 mm.) въ теченіе 7 сек.—едва замѣтное расширеніе зрачка.

Выждено нѣсколько, чтобы зрачекъ еще болѣе сузился.

4) 2 ч. 39'. Раздраженіе ischiadici токомъ (100 mm.)—замѣтное расширеніе зрачка съ 5,0 до 7 mm. съ двойной волной расширенія, съ maximum расширенія на 8 сек. Продолжительность раздраженія 5,5 сек. (см. рис. № 11).

5) 2 ч. 25'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ (100 mm) даетъ того же типа расширеніе съ 5 mm. до 7 mm.

Вскрытіе подтвердило перерѣзку п. optici.

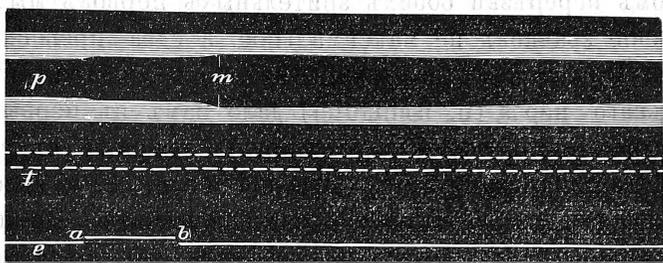


Рис. 11. Зрачекъ послѣ перерѣзки п. optici. (p); e—отмѣчикъ раздраженія; t—отмѣчикъ времени; ab—начало и конецъ раздраженія п. ischiadici; m, maximum расширенія.

Изъ этого опыта нужно отмѣтить, что рефлекторное расширение зрачка характеризуется приблизительно тѣми же чертами, что и обычное рефлекторное расширение зрачка. Двойная волна расширения, maximum расширения, наступающій по окончаніи раздраженія—вотъ черты рефлекторнаго расширения—онѣ имѣются на лицо и здѣсь, какъ показываетъ приведенный снимокъ.

Въ этой группѣ мы получили, съ одной стороны, подтвержденіе нашихъ наблюденій надъ оперированными кроликами послѣ операціи *Magenhil*, а съ другой, встрѣтились съ новыми данными, позволяющими распространить выводы относительно возможности рефлекторнаго расширения послѣ перерѣзки optici съ кроликовъ и на кошекъ. Какъ уже нами указано въ первомъ отдѣлѣ работы, перерѣзка п. optici у кошекъ давало намъ со стороны зрачковыхъ движеній всегда неизмѣнный результатъ—неподвижность расширеннаго почти максимально зрачка на всякаго рода раздраженія при условіи, если и другой opticus перерѣзанъ или здоровый глазъ закрыть отъ вліянія свѣта. Такіе же результаты получались нами и въ большинствѣ „острыхъ“ опытовъ и только въ од-

номъ выше приведенномъ опытѣ (№ 10) непосредственнымъ эффектомъ перерѣзки обоихъ зрительныхъ нервовъ мы видѣли расширение зрачковъ не максимальное, а едва превосходящее среднее. При такомъ состояніи зрачковъ раздраженіе чувствительнаго нерва (n. ischiadici) дало намъ въ первый разъ ясно выраженный эффектъ расширенія зрачковъ съ уходомъ 3 го вѣка, раскрытіемъ глазной щели, т. е. явленіями, указывающими на возбужденіе симпатическаго. Не получая въ другихъ случаяхъ указаннаго эффекта, мы объяснили это предположеніемъ, что зрачекъ расширенный почти ad maximum, благодаря высокому тонусу расширяющаго зрачекъ аппарата, не въ состояніи въ силу чисто физическихъ условій сколько нибудь замѣтно еще больше расширяться подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій. По этому примѣненіе такихъ средствъ, которыя бы, суживая зрачекъ въ той или другой степени, не создавали въ то же время непреодолимыхъ препятствій къ дѣятельности расширяющаго зрачекъ аппарата, казалось намъ вполне целесообразнымъ. Мы остановились въ нашихъ случаяхъ на эзеринѣ, пригодность котораго вполне доказана аналогичными опытами Anderson'a. Изъ своихъ наблюденій мы убѣдились, что самымъ благоприятнымъ моментомъ для наблюденія рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки optici является начальный стадій вліянія эзерина, когда зрачекъ начинаетъ подходить къ средней ширинѣ, но впрочемъ иногда эффектъ обнаруживается, особенно при сильныхъ раздраженіяхъ, и при максимальномъ міозѣ.

Изъ приведенныхъ фотографій опыта 11-го вполне ясно видно, какъ степень рефлекторнаго расширенія зрачка, предварительно нѣсколько суженнаго эзеринномъ, такъ и время наступленія этой реакціи въ амавротическомъ глазу кошки. Если судить о характерѣ рефлекторнаго расширенія послѣ перерѣзки n. optici по отдѣльнымъ этимъ фотографіямъ, то здѣсь бросается въ глаза отсутствіе вторичной волны расширенія, но приводимый снимокъ изъ опыта 13-го убѣждаетъ, что и при такой реакціи можно встрѣтить двойное расшире-

ніе зрачка, вполне похоее на обычное рефлекторное расширение. Среди приведенныхъ нами въ этой группѣ опытовъ мы бы хотѣли остановить нѣкоторое вниманіе на опытѣ 10-мъ. Здѣсь примѣненъ былъ простой методъ наблюденій зрачка—измѣрительный, такъ какъ не было еще возможности воспользоваться фотографической регистраціей, но въ такихъ случаяхъ, какъ этотъ, по нашему мнѣнію, обыкновенный методъ наблюденія—на глазъ—имѣетъ даже и преимущества надъ фотографическимъ. Дѣло въ томъ, что фотографическая регистрація, благодаря требуемой установкѣ глаза съ вставленіемъ въкоподъемцевъ, удаленіемъ обычно 3 го вѣка, часто расщепленіемъ спайки вѣкъ, не позволяетъ вести наблюденія надъ положеніемъ 3-го вѣка, глазной щели, что иногда очень важно; наблюденіе же „на глазъ“, даетъ указанія о состояніи и этихъ частей глаза.

Вотъ почему, кромѣ другихъ соображеній, мы на ряду съ опытами съ фотографической регистраціей приводимъ и наблюденія при обыкновенномъ методѣ. Въ указанномъ опытѣ у кошки была сдѣлана двусторонняя перерѣзка п. *optici* внутри черепа и въ результатахъ получилось расширение зрачковъ нѣсколько превосходящее среднее; при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ зрачки еще болѣе расширились и вмѣстѣ съ тѣмъ замѣтно было ухожденіе 3-го вѣка, раскрытіе глазной щели. Перерѣзка послѣдующая п. *oculomotorii* не вызвала какого либо измѣненія соответствующаго зрачка—фактъ, еще разъ доказывающій, что перерѣзкой п. *optici* тонусъ суживающаго зрачекъ аппарата исключается. Далѣе, въ этомъ опытѣ были перерѣзаны оба симпатическіе на шеѣ, въ результатахъ получилось нѣкоторое суженіе зрачковъ, болѣе надвиганіе 3-го вѣка и суженіе глазной щели.

Раздраженіе чувствительнаго нерва послѣ такой операціи вызвало совершенно неожиданный эффектъ—расширеніе зрачковъ, ухожденіе 3 го вѣка, раскрытіе глазной щели. Въ объясненіи такого страннаго явленія мы въ началѣ были поставлены въ большое затрудненіе, такъ какъ свести наблюдавшееся

ся расширение зрачковъ на подавленіе тонуса суживающаго аппарата, какъ это допускается въ толкованіи рефлекторнаго расширенія послѣ перерѣзки *n. sympathici* и при цѣлости *oculomotorii*, здѣсь было положительно не возможно, такъ какъ оба *optici* и *oculomotorius* на одной сторонѣ были перерѣзаны; приписать это явленіе *trigeminus*'у, въ которомъ нѣкоторые видятъ черепномозговой путь расширителей, мы также не считали допустимымъ, во первыхъ, потому, что большинствомъ изслѣдователей послѣдняго времени категорически отрицается участіе *n. trigemini* въ расширеніи зрачка, во вторыхъ, такое представленіе о роли *trigemini* противорѣчитъ и нашимъ собственнымъ наблюденіямъ и, въ третьихъ, уходженіе 3-го вѣка, раскрытіе глазной щели, сопровождавшія расширеніе зрачка, бесспорно не могутъ быть отнесены на дѣятельность *trigemini*. Анализируя полученныя явленія, мы скорѣе склонны подвести ихъ подъ категорію парадоксальныхъ явленій, наблюдавшихся послѣ перерѣзки симпатическаго нерва *Lewandowsk*'имъ и *Anderson*'омъ. *Lewandowsky* въ цитированной выше работѣ объ автоматіи гладкой мускулатуры глаза и вѣкъ указываетъ, что иногда тотчасъ же послѣ перерѣзки симпатическаго нерва можно наблюдать парадоксальное расширеніе зрачка съ другими явленіями возбужденія гладкой мускулатуры, иннервируемой симпатическимъ; явленія эти проявляются въ незначительной степени, хотя, по словамъ автора, и съ этой стороны, существуютъ индивидуальныя особенности. *Lewandowsky* наблюдалъ парадоксальныя явленія при *dyspnoe*, но, какъ уже упомянуто выше, существуютъ и другія условія благопріятныя проявленію парадоксальнаго эффекта, среди которыхъ *Langendorff*'омъ, *Anderson*'омъ и др. отмѣчены возбужденіе животнаго, чувствительныя раздраженія, наркозъ и т. д.

Въ разбираемомъ случаѣ несомнѣнно особенно благопріятнымъ моментомъ для появленія парадоксальнаго феномена послужило и то, что такое наблюденіе было сдѣлано въ концѣ опыта, когда животное вслѣдствіе двухъ тяжелыхъ опера-

цій въ черепѣ было истощено. На этотъ пунктъ обращаетъ особое вниманіе и самый послѣдній изслѣдователь по вопросу о парадоксальномъ расширеніи зрачка Anderson. Въ опытахъ съ вліяніемъ anaesthetica на парадоксальный эффектъ указанный авторъ отмѣчаетъ, что часто реакція не наступала въ началѣ опыта и проявлялась вполне отчетливо въ концѣ, когда животное ослабѣвало. Непосредственнымъ импульсомъ къ проявленію парадоксальнаго феномена въ нашемъ случаѣ было чувствительное раздраженіе, о роли котораго въ этомъ явленіи съ точки зрѣнія Lewandowsk'аго нами было уже сказано выше. Такимъ образомъ, на основаніи этихъ соображеній намъ кажется возможнымъ признать описанныя явленія въ нашемъ опытѣ за рѣдкій случай парадоксальнаго эффекта послѣ перерѣзки симпатическаго.

2253-38

Переходя далѣе къ разсмотрѣнію разбираемой серіи опытовъ, мы должны еще сказать о приведенномъ наблюденіи надъ кроликомъ (оп. № 12). Результаты этого наблюденія стоятъ въ полномъ согласіи съ имѣвшимися у насъ и подробно изложенными въ первомъ отдѣлѣ работы. Здѣсь въ опытѣ 12 мы представляемъ попытку зарегистрировать движенія зрачка у кролика съ двусторонней перерѣзкой зрительныхъ нервовъ безъ примѣненія кураризаціи. Изъ прилагаемаго снимка видно, что намъ удалось зарегистрировать полную неподвижность зрачка лѣваго глаза, гдѣ былъ перерѣзанъ кромѣ зрительнаго нерва и симпатическій, какъ на чувствительныя раздраженія, такъ и на психическія вліянія. Зрачекъ же противоположной стороны, гдѣ перерѣзанъ былъ только зрительный нервъ, на указанныя раздраженія реагировалъ замѣтнымъ расширеніемъ, но къ сожалѣнію животное послѣ первыхъ же тактильных раздраженій стало очень безпокойнымъ и благодаря этому трудно было уловить моментъ для удачной регистраціи. На приложенномъ рисункѣ, хотя и нельзя видѣть всѣ черты рефлекторнаго расширенія зрачка, но во всякомъ случаѣ ясно наступленіе этой реакціи подъ вліяніемъ чувствительнаго раздраженія.



Резюмируя наблюдения въ изложенной группѣ опытовъ, мы можемъ, такимъ образомъ, заключить, что рефлекторное расширеніе зрачка подѣ влияніемъ чувствительныхъ раздраженій возможно и послѣ перерѣзки зрительнаго нерва, какъ у кроликовъ, такъ и у кошекъ, но только при цѣлости расширителей, идущихъ въ симпатическомъ нервѣ, ибо перерѣзка этого нерва препятствуютъ проявленію рефлекторнаго расширенія. На основаніи этихъ опытовъ мы считали бы возможнымъ и здѣсь выступить противъ теоріи рефлекторнаго расширенія, особенно защищаемой Браунштейномъ, но такъ какъ доводы этого автора, какъ и другихъ послѣдователей теоріи „Nemnung“а, зиждятся на наблюденияхъ надъ животными послѣ перерѣзки п. oculomotorii, то мы находимъ болѣе умѣстнымъ сдѣлать общее заключеніе по этому вопросу, приведя въ слѣдующей группѣ опытовъ собственные опыты съ перерѣзкой п. oculomotorii у кошекъ и кроликовъ.

Глава V.

Излагаемые ниже опыты были постановлены нами въ цѣляхъ изученія рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки п. *oculomotorii* въ черепѣ, т. е. когда исключается совершенно тонусъ сфинктера. Животными для опытовъ, какъ и въ предшествующихъ группахъ, служили кошки и кролики. Часть опытовъ была произведена съ фотографической регистраціей, а часть безъ нея. Здѣсь мы приводимъ наиболее удачно зарегистрированные случаи и наиболее цѣнные.

Опытъ № 14.

13/1. 1904. Бѣлая кошка альбиночка, вѣсъ 2100 граммъ. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ сдѣлана трахеотомія и открытъ *ischiadicus dexter*.

12 ч. 40'. Введенъ въ *v. saphenam dex.* 1 шприць кураре 0,8‰. Искусственное дыханіе.

12 ч. 45'. Приступлено къ операциіи внутрочерепной перерѣзки п. *oculomotorii d.* Ходъ операциіи обычный—трепанациа височной кости, осторожное приподниманіе мозга и перерѣзка на глазахъ п. *oculomotorii* при входѣ его въ *sin. cavernosus*. Передъ перерѣзкой въ 1 ч. 10' пущена капля 1‰ *eserin'a* въ правый конъюнктивальный мѣшокъ.

1 ч. 20'. Операциа закончена. Зрачекъ правый почти максимально широкъ и неподвиженъ на свѣтъ. Мозгъ прикрытъ теплымъ компрессомъ, смоченнымъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли; начата установка фотографическаго аппарата на правый глазъ. Во время установки (1 ч. 35') замѣчено, что зрачекъ началъ суживаться.

1 ч. 45. Зрачекъ значительно сузился, достигая въ горизонтальномъ диаметрѣ 5,5 mm. Зарегистрировано:

1) 1 ч. 53'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей 50 mm (Helmholtz'евская модификація) даетъ расширеніе зрачка съ 4 mm. до 6,5 mm. съ слабо выраженной двойной волной расширенія, maximum расширенія на 7 секундѣ съ начала раздраженія; продолжительность раздраженія 3 сек. (см. фот. № 3 на отдѣльн. таб.)

2) 1 ч. 59'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (60 mm) даетъ расширеніе въ 3,75 mm. до 6,25 mm., двойной подъемъ съ maximum расширенія на 11 сек. съ начала раздраженія, длившася 2,5". (см. рис. № 12)

Рис. 12. Зрачекъ кошки послѣ перерѣзки *n. oculomotorii* (p); t) отмѣтки времени; e—отмѣтки раздраженія; a. b. начало и конецъ раздраженія; m—maximum расширенія.

3) 2 ч. 10'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ такой же силы, даетъ эффектъ съ тѣми же чертами, но фотограмма вышла неудачная въ виду того, что животное начало двигаться.

2 ч. 12'. Введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

Аппаратъ переставленъ на лѣвый глазъ, гдѣ зрачекъ держится равнымъ 5,5 mm и валю реагируетъ на свѣтъ. Снято:

4) 2 ч. 30'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (при разст. = 60 mm)—расширеніе зрачка съ 5,5 mm до 7 mm съ мало выраженной вторичной волной расширенія. Maximum на 9 сек. послѣ начала раздраженія, длившася 4,5 секунды.

5) 2 ч. 38'. Повторено раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (50 mm.) такой же эффектъ. Maximum расширенія 7 mm.

2 ч. 47'.—Перерѣзанъ *sympathicus dexter*. Аппаратъ снова установленъ на правый глазъ. Зарегистрировано:

6) 2 ч. 52'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (50 m) въ теченіе 5 сек. не даетъ эффекта,—зрачекъ, сузившійся къ

этому времени до 2,75 мм., не обнаруживаетъ никакихъ движеній.

6) 3 ч. 4'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (40 мм) въ теченіе 35 сек. остается также безъ результата (см. рис. № 13).

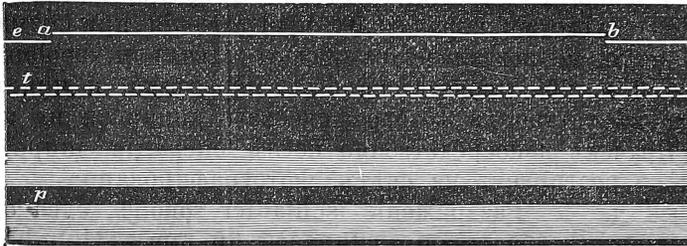


Рис. 13. Зрачекъ кошки послѣ перерѣзки *oculomotorii* и *sympathici*—*p*; *t*—отмѣтчикъ времени; *e*.—отмѣтчикъ раздраженія; *ab* начало и конецъ раздраженія *n. ischiadici*.

Повторено еще 2 раза раздраженіе и также съ отрицательнымъ эффектомъ.

3 ч. 30'. Опытъ конченъ. Вскрытіе—*oculomotorius dexter* перерѣзанъ цѣликомъ.

Изъ этого опыта можно видѣть, что примѣненіе эзерина, вызвавшаго суженіе зрачка послѣ перерѣзки *n. oculomotorii* до 4 мм., позволило наблюдать вполне выраженное рефлекторное расширеніе зрачка подъ вліяніемъ раздраженія чувствительнаго нерва. Къ сожалѣнію, фотограммы получились не безъ недостатковъ—на нихъ видна полосчатость, какъ результатъ неравномѣрнаго движенія пленки, но тѣмъ не менѣе вполне отчетливо замѣтны всѣ фазы этого рефлекса. Перерѣзка симпатическаго на шеѣ имѣла слѣдствіемъ полное исчезновеніе рефлекторнаго расширенія, какъ это и иллюстрируетъ приводимый снимокъ.

Опытъ №. 15.

30/хп 1903. Бѣлый котъ съ желтой радужкой. Вѣсъ 3000 граммъ. Подъ наркозомъ трахеотомія.

12 ч. 33'. Введено $1\frac{1}{2}$ шприца кураре $0,8\%$.

12 ч. 37'.—Искусственное дыхание. Операция перерѣзки п. oculomotorii dextri внутри черепа по обычному типу.

12 ч. 49'. Пущена въ конъюнктивальный мѣшокъ праваго глаза 1 капля 1% eserini sulfurici. Операция нѣсколько затянута въ слѣдствіе порядочнаго кровотока при подниманіи мозга, долго не позволявшаго видѣть стволъ п. oculomotorii.

Въ 1 ч. 20'. произведена была перерѣзка и приступлено было къ установкѣ фотографическаго аппарата на правый глазъ. Зрачекъ непосредственно послѣ операции шире средняго и не реагируетъ на свѣтъ. Фотографировано:

1) 1 ч. 45'. Раздраженіе ischiadici токомъ, едва ощутимымъ на языкѣ (разстояніе спиралей 65 mm.—Helmholtz'евская модификація), даетъ расширеніе зрачка съ двойнымъ подъемомъ отъ 6,75 mm. до 7,75 mm., maximum расширения на 14 секундѣ послѣ начала раздраженія, продолжавшагося 7,5 секундъ. (см. фотогр. № 4).

Возвратъ очень медленный и не весь зарегистрированъ.

2) 1 ч. 52'. Раздраженіе ischiadici токомъ (45 mm.) даетъ расширеніе съ 6,75 mm. до 7,5 mm. безъ выраженаго втораго подъема.

3) 2 ч. Раздраженіе ischiadici токомъ той же силы даетъ еще меньшее расширеніе, но съ тѣми же характерными чертами, какъ и два предыдущихъ.

2 ч. 15'. Перерѣзанъ правый симпатическій на шеѣ. Аппаратъ установленъ снова.

2 ч. 17'. Въ виду движеній животнаго введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

4) 2 ч. 22'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ (35 mm.)—никакого эффекта.

5) 2 ч. 25'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ (20 mm.)—тоже отрицательный эффектъ.

Вскрытіе: oculomotorius dexter перерѣзанъ.

Здѣсь, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, мы наблюдали отчетливое рефлекторное расширеніе зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii. Раздраженіе п. ischiadici было сдѣлано въ то время, когда зрачекъ подъ вліяніемъ эзерина началъ принимать овальную форму. Такой моментъ обычно можетъ считаться

довольно удобнымъ для полученія рефлекторнаго расширенія. Какъ видно изъ полученныхъ фотограммъ, рефлекторное расширение зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii въ этомъ случаѣ представляется въ существенномъ похожимъ на обычное рефлекторное расширение. Двойная волна расширения, — характерная черта для рефлекторнаго расширения, — хотя и не такъ рѣзко, выражена и здѣсь. Отличіемъ отъ обычнаго расширения въ указанномъ опытѣ являются незначительные размѣры расширения, медленность возврата зрачка отъ принятаго maximum'a къ прежней ширинѣ, каковое обстоятельство и не дало возможности представить намъ на фотограммѣ всю реакцію, такъ какъ пришлось бы помѣстить длинную полосу. Причина такого хода реакціи вполне понятна, такъ какъ суженіе зрачка при параличѣ oculomotorii не можетъ идти по прекращеніи раздраженія п. ischiadici подъ вліяніемъ эзерина такъ энергично, какъ это наблюдается, когда зрачекъ нормально тонизированъ. При послѣдующей перерѣзкѣ симпатическаго нерва той же стороны раздраженіе чувствительнаго нерва осталось безъ результата, фактъ, повторявшійся въ огромномъ большинствѣ случаевъ нашихъ наблюденій.

Опытъ №. 16.

14/1. 1904. Бѣлый котъ съ зеленоватой радужкой, вѣсъ 3600 граммъ. Подъ смѣшаннымъ наркозомъ трахеотомія.

12 ч. 44'. Введено въ v. saphenam $1\frac{1}{2}$ шприца кураре $0,8\%$.

12 ч. 59'. Сдѣлано вылущеніе верхняго шейнаго узла на правой сторонѣ, послѣ чего выступили на глазу обычныя явленія паралича симпатическаго. Тотчасъ же приступлено къ операціи внутрочерепной перерѣзки п. oculomotorii dextrі, каковая и закончена къ 1 ч. 30'. Непосредственно послѣ операціи зрачекъ расширился, достигая 7 mm. Установленъ аппаратъ на правый глазъ. Зарегистрировано:

1) 1 ч. 57'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ при разстояніи спиралей 50 mm. (Helmholtz'евская модификація) да-

еть совершенно отрицательный результат — зрачекъ держится все время равнымъ 7,5 mm. въ горизонт. діаметрѣ.

2) 2 ч. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (30 mm.) тотъ же отрицательный результатъ.

Аппаратъ переставленъ на лѣвый глазъ, гдѣ наблюдается зрачковая реакція, но довольно вялая.

3) 2 ч. 21'. Раздраженіе *n. ischiadici* (50 mm.) даетъ расширеніе зрачка съ 6,5 mm. до 11 mm. съ характерными особенностями рефлекторнаго расширенія. (см. рис. № 14).

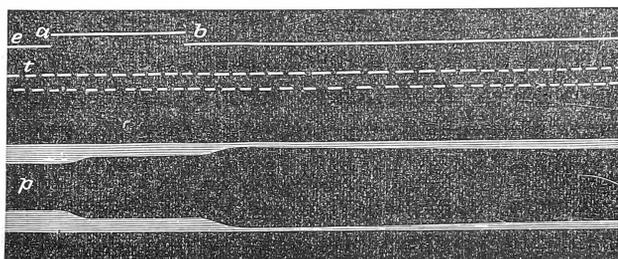


Рис. 14. Зрачекъ (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab—начало и конецъ раздраженія *n. ischiadici*.

4) 2 ч. 25'. Раздраженіе *n. ischiadici* (60 mm.) даетъ въ такихъ же размѣрахъ расширеніе, при этомъ движеніе животнаго. Введено еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

5) 2 ч. 30'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (70 mm.) расширеніе зрачка съ 5,75 mm.—до 10,5 mm. безъ замѣтной вторичной волны, съ быстрымъ достиженіемъ maximum'a, послѣ котораго постепенный возвратъ толчками, что на фотографіи выразилось въ массѣ волнъ (см. фот. № 5).

6) 2 ч. 34'. Раздраженіе *ischiadici* токомъ (75 mm.) даетъ подобное же расширеніе съ такимъ же быстрымъ maximum и толчкообразнымъ возвратомъ.

Аппаратъ снова переставленъ на правый глазъ, гдѣ зрачекъ держится въ одномъ и томъ же состоянїи.

7) 2 ч. 46'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (50 mm) въ теченіе 16 сек. не даетъ нисколько эффекта (см. рис. № 15).

8) 2 ч. 53'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (30 mm.) въ теченіе 20 сек. не даетъ эффекта.

2 ч. 55'. Введено еще $\frac{3}{4}$ шприца кураре.

3 ч. Перерѣзанъ лѣвый симпатическій на шеѣ. Аппаратъ переставленъ на лѣвый глазъ. Зарегистрировано:

9) 3 ч. 11'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (60 mm)

въ продолженіи 4 сек. даетъ медленное и слабое расширение съ 4 mm. до 6 mm. безъ двойной волны.

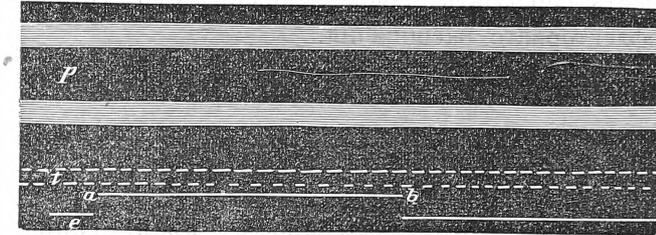


Рис. 15. Зрачекъ послѣ перерѣзки oculomotorii и sympathici (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; ab.—начало и конецъ раздраженія n. ischiadici

10) 3 ч. 20'. Раздраженіе n. ischiadici токомъ (70 mm) въ теченіе 6,5 сек. даетъ расширение того же типа съ 4,5 mm. до 5,5 mm. (см. фотогр. № 6).

На этомъ опытѣ конченъ. Вскрытіе подтвердило перерѣзку n. oculomotorii.

Приведенный опытъ былъ начать съ операціи вылущенія симпатическаго узла и непосредственно за нимъ слѣдовавшей перерѣзкой n. oculomotorii въ черепѣ, въ результатахъ получился зрачекъ совершенно неподвижный какъ на свѣтъ, такъ и на чувствительныя раздраженія. Такой результатъ неизмѣнно повторяется въ подавляющемъ большинствѣ нашихъ наблюденій и стоитъ въ полномъ согласіи съ наблюденіями Браунштейна, Angelucci и др. Въ данномъ опытѣ нужно отмѣтить еще то обстоятельство, что рефлекторное расширение на неповрежденной сторонѣ выступило при первомъ раздраженіи чувствительнаго нерва со всѣми характерными чертами, а при слѣдующихъ раздраженіяхъ типъ расширения измѣнился—получилась фотограмма расширения съ массой волнъ при постепенномъ спускѣ кривой отъ maximum'a расширения. Такой толчкообразный ходъ рефлекторнаго расшире-

нія намъ приходилось не разъ встрѣчать, здѣсь онъ только рельефнѣе выступилъ, чѣмъ гдѣ либо. Не вдаваясь здѣсь въ толкованіе такого явленія, мы только подчеркиваемъ перѣдкую возможность наблюдать такое уклоненіе отъ установленнаго типа рефлекторнаго расширенія.

Опытъ № 17.

20/1—1904. Кроликъ-альбиносъ, вѣсъ 1600 граммъ. Подъ наркозомъ англійской смѣсью сдѣлана трахеотомія, открытъ *ischiadicus dexter*.

1 ч. 19'. Введено кураре 0,8% $\frac{1}{2}$ шприца въ *v. jugular. ext.* Искусственное дыханіе.

1 ч. 39'. Черезъ широкое трепанационное отверстіе въ темянныхъ костяхъ введенъ ножъ и при осторожномъ приподниманіи мозга перерѣзанъ *opticus sin.* около *foramen opticum*.

Зрачекъ непосредственно послѣ операціи широкъ (6,0 mm.) и неподвиженъ на свѣтъ. Черезъ расширенное нѣсколько кзади трепанационное отверстіе введенъ снова ножъ и на глазахъ перерѣзанъ *oculomotorius sin.* въ 1 ч. 30'. Зрачекъ остался безъ измѣненія широкимъ.

1 ч. 55'. Въ виду движеній кролика еще введено $\frac{1}{2}$ шприца кураре. Затѣмъ приступлено было къ установкѣ фотографическаго аппарата на лѣвый глазъ, что закончено въ 2 ч. 28'. Зарегистрировано.

1) 2 ч. 30'. Поглаживаніе рукой по спинѣ кролика—едва замѣтный эффектъ на широкомъ зрачкѣ.

2) 2 ч. 33'. Взятъ на лигатуру *n. ischiadicus* и перевязанъ—въ моментъ перевязки получилось расширеніе зрачка слабое, но все же замѣтное съ 6,25 mm. до 7 mm. (см. рис. № 16).

3) 2 ч. 38'. Раздраженіе центральнаго конца перерѣзаннаго *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей 50 mm (Helmholtz'евская модификація) даетъ расширеніе зрачка съ 6 mm. до 7 mm. безъ выраженной второй волны, какъ это видно на прилагаемой фотографіи (см. фотогр. № 7). Возвратъ послѣ *maximum'a* расширенія чрезвычайно медленный.

3) 2 ч. 45'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ той-же силы сопровождается расширеніемъ совершенно подобнымъ предыдущему.

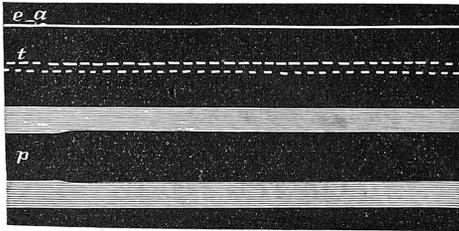


Рис. 16. Зрачекъ кролика послѣ перерѣзки *oculomotorii* и *optici* (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; a—моментъ перевязки *n. ischiadici*.

5) 2 ч. 51'. Раздраженіе *n. ischiadici* болѣе слабымъ токомъ (60 mm)—расширеніе очень слабое.

3 ч. 5'. Перерѣзанъ шейный симпатическій на лѣвой сторонѣ—зрачекъ нѣсколько сузился, достигая до 5,5 mm. Снова установленъ аппаратъ и снято:

6) 3 ч. 10'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (40 mm.) въ теченіе 12 секундъ не даетъ никакого эффекта.

7) 3 ч. 16'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (20 mm.)—также отрицательный результатъ.

3 ч. 20'. Взятъ на лигатурѣ головной отрѣзокъ симпатическаго и испробовано раздраженіе его токомъ (70 mm.)—максимальное расширеніе зрачка, зарегистрированное въ виду того, что прекратилось по независящимъ обстоятельствамъ освѣщеніе.

Вскрытіе—*n. oculomotorius* и *opticus* перерѣзаны вполне.

Въ изложенномъ опытѣ мы, съ одной стороны, получили подтвержденіе высказанному раньше положенію, что перерѣзкой *n. optici* исключается совершенно тонусъ суживающаго зрачекъ аппарата, такъ какъ зрачекъ расширенный до извѣстныхъ

предѣловъ послѣ этой операціи нисколько не измѣняется при послѣдующей перерѣзкѣ п. oculomotorii. Съ другой стороны, здѣсь съ полной очевидностью доказывается, что у кролика рефлекторное расширение зрачка при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ можетъ быть получено и послѣ перерѣзки п. oculomotorii. Условіемъ необходимымъ для получения этой реакціи является цѣлость симпатическаго нерва, какъ объ этомъ мы уже не разъ говорили.

Опытъ № 18.

2/1 1904. Сѣрый котъ съ желтой радужкой. Оперированъ 10/xii 1903—вылущенъ правый шейный симпатическій узелъ. Результаты поставленнаго опыта съ регистраціей зрачковыхъ движеній этой стороны изложены въ опытѣ № 4. На другой сторонѣ—лѣвой—въ томъ же опытѣ была произведена внутричерепная перерѣзка п. oculomotorii. Операція была слѣлана по обычному типу на кураризированномъ животномъ. Во время операціи, когда закончена была трепанациа черепа, (2 ч. 55'), пушена капля 1% eserini sulfurici въ конъюнктивальный мѣшокъ лѣваго глаза.

3 ч. 5'—Была закончена перерѣзка oculomotorii sin. Зрачекъ послѣ операціи почти максимально широкъ и неподвиженъ на свѣтъ. Приступлено къ установкѣ фотографическаго аппарата на лѣвый глазъ. За время установки пришлось ввести, благодаря движеніямъ животнаго, еще около шприца кураре, кромѣ уже введенныхъ въ теченіе опыта 2½ шприцевъ.

3 ч. 25'. Зрачекъ лѣвый начинаетъ понемногу суживаться, зрачекъ правой стороны, гдѣ вылущенъ узелъ, за все время операціи на лѣвой сторонѣ и установки аппарата держится максимально широкимъ и неподвижнымъ. Зарегистрировано:

1) 3 ч. 44'. Раздраженіе п. ischiadici въ теченіе 7,5 сек. токомъ при разстояніи 50 mm. (Helmholtz'евская модификація) расширеніе съ 2,75 mm. до 5,25 mm. съ двойной волной расширения, maximum расширения на 9 сек. съ начала раздраженія (см. рис. № 17).

2) 3 ч. 52'. Раздраженіе ischiadici въ продолженіи 11 сек. токомъ той же силы расширеніе съ 2,75 mm. до 4,75 mm.

съ двойной волной расширенія и очевь медленнымъ возвратомъ къ прежней ширинѣ (см. фотогр. № 8).

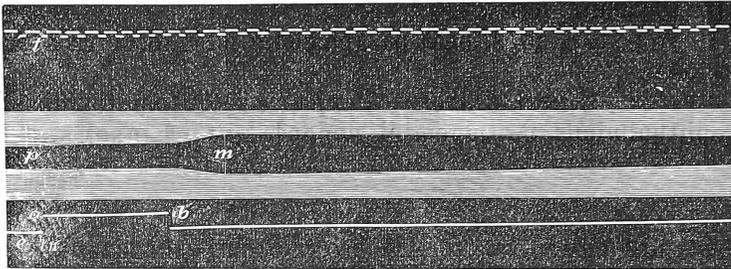


Рис. 17. Зрачекъ кошки послѣ перерѣзки п. oculomotorii—(p); t—отмѣтчикъ времени; e.—отмѣтчикъ раздраженія; a.b.—начало и конецъ раздраженія п. ischiadici; m—maximum расширенія.

3) 3 ч. 56'. Раздраженіе ischiadici токомъ (35 mm.) въ теченіе 4 сек. дало того же типа расширеніе съ 3 mm до 5 mm.

4 ч. Перерѣзанъ vagosympathicus sin. на шеѣ. Зрачекъ довольно быстро сузился до 2 mm.

4) 4 ч. 7'. Газдраженіе п. ischiadici токомъ (32 mm.) даетъ расширеніе зрачка спустя нѣкоторое время—приблизительно 5 сек. ¹⁾ послѣ окончанія раздраженія, продолжавшагося 6". Maximum расширенія около 4,5 mm. Возвратъ зрачка къ прежней ширинѣ медленный. (См. фотогр. № 9).

4 ч. 12'. Черезъ трепанационное отверстіе введенъ въ полость черепа ножъ Magendie и на глазахъ, благодаря приподниманію мозга, перерѣзана I вѣтвь trigemini немного впереди gangl. Gasseri. Зрачекъ сузился еще болѣе. Снова аппаратъ установленъ и снято:

5) 4 ч. 19'. Раздраженіе ischiadici токомъ (32 mm.) даетъ расширеніе зрачка спустя 2,5 сек. по окончаніи раздраженія, длившагося 6,5 сек. Maximum расширенія 2,75mm. съ 1,5mm. первоначальной ширины. (См. фотогр. № 10).

¹⁾ По досадному недосмотру отмѣтчикъ времени остановился въ теченіе этого раздраженія и потому ходъ реакцій во времени отмѣчается приблизительно.

6) 4 ч. 25'. Раздраженіе ischiadici токомъ (50 mm.) въ теченіе 3 сек. не даетъ расширенія.

7) 4 ч. 32'. Раздраженіе ischiadici токомъ (40 mm.) въ теченіе 5 сек. расширеніе того же самаго характера, что и при раздраженіи пятомъ.

Повторено еще 2 раза раздраженіе ischiadici съ тѣмъ же эффектомъ.

4 ч. 49'. Опытъ конченъ. Вскрытіе—oculomotorius s., ramus ophthalmicus n. trigemini перерѣзаны цѣликомъ.

Данный опытъ въ первой его части представляетъ обычные результаты: послѣ перерѣзки n. oculomotorii зарегистрировано вполнѣ ясное рефлекторное расширеніе зрачка, предварительно суженнаго эзериномъ. Рисунокъ и фотограмма, приводимые нами, иллюстрируютъ это. Но здѣсь мы встрѣчаемся и съ явленіями исключительными. Послѣ перерѣзки симпатическаго на сторонѣ, гдѣ произведена была перерѣзка n. oculomotorii, раздраженіе чувствительнаго нерва обычно остается безъ эффекта, въ этомъ же случаѣ мы зарегистрировали отчетливое расширеніе зрачка и послѣ перерѣзки симпатическаго. Какъ видно изъ фотограммы (№ 9), это расширеніе зрачка рѣзко отличается отъ расширенія, полученнаго при цѣлости симпатическаго. Подыскивая причины этому странному явленію, мы рѣшили исключить n. trigeminus, которому нѣкоторые приписываютъ участіе въ расширеніи зрачка. Съ этой цѣлью была перерѣзана I вѣтвь тройничнаго нерва и не смотря на это при раздраженіи n. ischiadici получилось расширеніе зрачка, такое же запоздавшее, какъ и послѣ перерѣзки одного симпатическаго. Не входя здѣсь въ возможное толкованіе указаннаго явленія, мы укажемъ только что по условіямъ, при которыхъ выступило расширеніе зрачка, нужно прежде всего думать о такъ называемомъ парадоксальномъ расширеніи зрачка послѣ перерѣзки симпатическаго нерва, съ которымъ мы встрѣчались и раньше. Такое наше предположеніе имѣло за собой наибольшую вѣроятность въ виду ана-

логичнаго наблюденія, сдѣланнаго нами безъ фотографической регистраціи, гдѣ парадоксальный эффектъ былъ выраженъ во всей своей полнотѣ. Этотъ опытъ и считаемъ нужнымъ привести здѣсь.

Опытъ №. 19.

7/xi 1903. Бѣлый котъ, вѣсомъ 3200 граммъ. Трахеотомія.

1 ч. 30'. Введено въ *v. sphenam* кураре $1\frac{1}{2}$ шприца.

Искусственное дыханіе.

1 ч. 35'. Приступлено къ операціи внутречерепной перерѣзки *n. oculomotorii* на правой сторонѣ.

1 ч. 55'. Пущена одна капля 1% *eserin'a* въ правый глазъ. 2 ч. 7'. Закончена операція перерѣзки. Зрачекъ непосредственно послѣ перерѣзки почти максимально широкъ, съ узкимъ ободкомъ радужки, совершенно неподвиженъ на свѣтъ.

2 ч. 20'. — Замѣчается небольшое суженіе зрачка; въ 2 ч. 27'—зрачекъ достигъ 6 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ. Взять на лигатуру *ischiadicus dext.* и перерѣзанъ.

2 ч. 32'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (разстояніе спиралей 150 mm.) въ теченіе 10 сек. дастъ замѣтное расширеніе зрачка до 7,5 mm., съ медленнымъ возвратомъ къ прежней ширинѣ. вмѣстѣ съ расширеніемъ зрачка отмѣчается небольшое раскрытіе щели вѣкъ и какъ будто выпячиваніе глазного яблока.

2 ч. 38'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (120 mm.) даетъ вполне выраженный эффектъ расширенія. Послѣ раздраженія зрачекъ вернулся къ прежней своей ширинѣ—6 mm., а въ слѣдующія 5 мин. еще болѣе сузился, дойдя до 5 mm. въ горизонтальномъ діаметрѣ.

2 ч. 44'. Раздраженіе *n. ischiadici* токомъ (120 mm.) даетъ расширеніе до 6 mm. съ замѣтнымъ раскрытіемъ глазной щели.

2 ч. 50'. Повторено еще раздраженіе съ такимъ же эффектомъ.

2 ч. 57'. Вылущенъ правый верхній симпатическій ганглий. Зрачекъ быстро сталъ суживаться и къ 3 ч. 6' превратился въ щель; выступило 3-е вѣко и нѣсколько сузилась глазная щель. Въ виду движеній животнаго введенъ 1 шприцъ кураре.

3 ч. 6'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ (110 mm.) да-
етъ очень слабое, но видимое расширеніе зрачка, замѣтное
ухожденіе 3 го вѣка и раскрытіе глазной щели.

3 ч. 12'. Зрачекъ сузился въ щель. Раздраженіе п. ischia-
dici токомъ (100 mm.) сопровождается едва замѣтнымъ рас-
ширеніемъ зрачка и вполне выраженнымъ уходомъ 3-го
вѣка, нѣсколько запаздывающимъ сравнительно съ расшире-
ніемъ зрачка.

3 ч. 19'. Раздраженіе п. ischiadici токомъ (80 mm.) да-
етъ совершенно такой же эффектъ.

3 ч. 25. Повторено раздраженіе токомъ (60 mm.)—тотъ
же результатъ.

3 ч. 27'. Животное обнаруживаетъ небольшія движенія
еще $\frac{1}{2}$ шприца кураре.

3 ч. 35'. Перерѣзана по обычному типу I вѣтвь п. tri-
gemini d. непосредственно впереди G. Gasseri. Зрачекъ сом-
кнулся.

3 ч. 37'. Раздраженіе ischiadici токомъ (90 mm) въ те-
ченіе 20 сек.—обнаруживается щель зрачка, 3-е вѣко доволь-
но медленно уходитъ.

3 ч. 45'. Раздраженіе ischiadici токомъ (80 mm.) въ те-
ченіе 25 сек.—очень слабое, но явственное расширеніе зрач-
ка, ухожденіе 3 вѣка, также позднее.

3 ч. 50'. Опытъ конченъ. Вскрытіе—oculomotorius, га-
mus ophthalmicus n. trigemini sin. перерѣзаны вполне.

Въ этомъ опытѣ мы не имѣли возможности примѣнить
фотографическую регистрацію и приводимъ результаты его,
какъ важное дополненіе къ предшествующему опыту. Возмож-
ность наблюдать за состояніемъ не только зрачка, но и 3-го
вѣка, щели вѣкъ въ такомъ опытѣ дали намъ очень цѣнныя
указанія, какъ объяснить парадоксальный характеръ зрачко-
выхъ движеній, наблюдавшихся въ предыдущемъ опытѣ. Здѣсь
на лицо всѣ явленія парадоксальнаго эффекта, какой иногда
наблюдается послѣ вылуценія симпатическаго узла или одной
перерѣзки симпатическаго нерва. Объяснить его, по нашему

мнѣнію, только и возможно съ точки зрѣнія гипотезы Lewandowsk'аго. Но чтобы исключить возможность толкованія полученныхъ явленій въ зависимости отъ n. trigemini, мы перерѣзали первую вѣтвь тройничнаго нерва и такимъ образомъ совершенно разобщили зрачекъ отъ иннерваціи со стороны центральной нервной системы и тѣмъ не менѣе получили эффектъ во всей его полнотѣ. Правда расширение зрачка выступало далеко не въ такихъ размѣрахъ, какъ вообще наблюдается при парадоксальномъ расширеніи, но это обстоятельство легко объясняется, по нашему мнѣнію, тѣмъ, что зрачекъ въ это время былъ суженъ эзеринномъ ad maximum и потому на периферіи же создавались неблагоприятныя условія для проявленія парадоксальнаго расширенія. Благоприятнымъ моментомъ для обнаруженія парадоксальнаго эффекта въ данномъ случаѣ, намъ кажется, должно считаться—истощеніе животнаго, такъ какъ наблюдалась реакція въ концѣ опыта послѣ тяжелой операціи въ черепѣ, довольно большое количество введеннаго кураре и сильное чувствительное раздраженіе.

ОПЫТЪ №. 20.

9/1—1904. Рыжій котъ съ желтой радужкой. Вѣсъ 3000 граммъ. Подъ наркозомъ трахеотомія, открыты n.n. ischiadici.

12 ч. 25'. Введено $1\frac{1}{2}$ шприца кураре 0,8%.—Искусственное дыханіе.

12 ч. 30'. Приступлено къ операціи внутрочерепной перерѣзки n. oculomotorii dextrі по обычному типу. Во время операціи, въ виду движенія животнаго введенъ еще 1 шприць кураре.

12 ч. 38'. Въ правый конъюнктивальный мѣшокъ введена 1 капля 1% eserini sulfur.

1 ч. 5'. Закончена операція перерѣзки n. oculomotorii. Зрачекъ непосредственно послѣ операціи оказался болѣе средней ширины и совершенно неподвиженъ на свѣтъ. Въ тоже время зрачекъ здоровой стороны хорошо реагируетъ на свѣтъ. Аппаратъ установленъ на правый глазъ. Во время установки не замѣтно дальнѣйшаго суженія зрачка. Зарегистрировано:

1) 1 ч. 30'. Раздражение *n. ischiadici* токомъ при разстояніи спиралей—60 мм. (Helmholtz'евская модификація) въ течение 2,5 сек. даетъ расширение зрачка съ 7,0 мм. до 9,0 мм. безъ двойной волны расширения, съ очень медленнымъ возвратомъ къ первоначальной ширинѣ (см. рис. № 18).

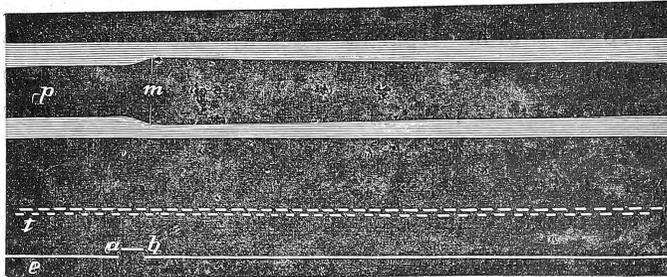


Рис. 18. Зрачекъ кошки послѣ перерѣзки *n. oculomotorii* (p); t—отмѣтчикъ времени; e—отмѣтчикъ раздраженія; a, b.—начало и конецъ раздраженія *n. ischiadici*.

2) 1 ч. 36'. Раздражение *n. ischiadici* токомъ (60 мм.) даетъ замѣтное расширение съ 7,5 мм. до 9,25 мм. Продолжительность раздраженія 1,5 сек.

1 ч. 57'. Вылущенъ правый шейный узелъ. Во время операціи животное обнаруживало движенія, въ виду чего введенъ еще 1 шприцъ кураре съ промежутками. Послѣ операціи зрачекъ нѣсколько сузился.

Аппаратъ снова установленъ на правый глазъ. Зарегистрировано:

3) 2 ч. 15'. Раздражение *n. ischiadici* въ течение 7 секундъ токомъ (50 мм.) никакого эффекта—зрачекъ держится все время равнымъ 5,5 мм.

4) 2 ч. 23'. Раздражение *n. ischiadici* токомъ (45 мм.) въ течение 15 сек.—никакого эффекта. Еще испробовано 2 раза раздраженіе и съ тѣмъ же отрицательнымъ результатомъ.

2 ч. 35'. Трепанационное отверстіе нѣсколько расширено кверху и особенно кзади, вскрыта на большомъ протяженіи твердая мозговая оболочка и значительная часть праваго полушарія удалена съ тѣмъ, чтобы открыть доступъ къ стволу *n. trigemini d.* Послѣдовало довольно сильное кровотеченіе, остановившееся послѣ долгой тампонады. Открыть стволъ

n. trigemini и сдѣлана перерѣзка его позади *g. Gasseri*, насколько возможно, ближе къ мозгу. Въ моментъ перерѣзки соотвѣтствующій зрачекъ не обнаруживаетъ никакого движенія.

3 ч. 5'. Раздраженіе периферическаго конца *n. trigemini* токомъ при разстояніи спиралей 120 mm. (обыкновенная модификація) не даетъ эффекта—зрачекъ держится теперь равнымъ 5 mm. (Регистрація зрачка при этомъ не производилась, потому что кончилась пленка).

3 ч. 15'. Раздраженіе *n. trigemini* токомъ (100 mm.) близко къ *g. Gasseri* даетъ вялое расширеніе зрачка приблизительно до 7 mm.

3 ч. 20'. Раздраженіе *rami ophthalmici* токомъ (100 mm.) даетъ быстрое и почти максимальное расширеніе зрачка.

3 ч. 30'. Раздраженіе периферическаго отрѣзка *n. trigemini* механическимъ путемъ (сдавливаніе пинцетомъ) —никакого результата.

Повторено нѣсколько разъ указанное механическое раздраженіе безъ эффекта.

Изъ приведеннаго опыта нужно отмѣтить, что послѣ перерѣзки *n. oculomotorii* зрачекъ подъ вліяніемъ эзерина очень мало сузился, но, не смотря на это, раздраженіе чувствительнаго нерва и на широкомъ зрачкѣ вызвало замѣтное рефлекторное расширеніе. Какъ показываетъ помѣщенный снимокъ, въ данномъ случаѣ рефлекторное расширеніе получилось безъ двойной волны; такое уклоненіе отъ обычнаго типа встрѣчается не рѣдко и послѣ перерѣзки *n. optici*, а иногда и у неоперированнаго животнаго. Установить условія, при которыхъ выступаетъ такого характера рефлекторное расширеніе, намъ точно не удалось, да думаемъ, что это врядъ-ли и возможно вообще. Въ указанномъ опытѣ, кромѣ того, мы должны отмѣтить наблюденіе, сдѣланное нами надъ вліяніемъ раздраженія периферическаго ствола *n. trigemini* на зрачекъ. Насколько позволяетъ судить это наблюденіе, стволъ *n. trigemini* не несетъ расширителей зрачка, такъ какъ раздраженіе его периферическаго отрѣзка и механическое и электрическое не

дасть эффекта до тѣхъ поръ, пока электроды не паложены вблизи gangl. Gasseri, когда, слѣдовательно, петлями тока могутъ захватываться и симпатическія волокна, заходящія въ ганглий. Такое наблюденіе стоитъ въ полномъ согласіи съ выводами Браунштейна, Angelluci и др.

Въ заключеніе мы приведемъ выдержки изъ протокола наблюденія надъ котомъ, перенесшимъ операцію перерѣзки внутри черепа п. optici на одной сторонѣ и п. oculomotorii на другой. Подробное изложеніе наблюденій въ теченіе 6-ти мѣсяцевъ послѣ операціи надъ состояніемъ зрачковъ этого животнаго помѣщено нами въ первомъ отдѣлѣ (протоколъ № 7), и здѣсь мы изложимъ результаты послѣднихъ опытовъ надъ животнымъ съ примѣненіемъ эзерина въ цѣляхъ изученія рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii. Напомнимъ, что котъ былъ оперированъ въ первый разъ 6/п—1903 г.—когда сдѣлана была перерѣзка п. optici dextri внутри черепа, вторая операція—20/п—1903 г.—вылушеніе праваго верхняго шейнаго узла и третья—15/ш—1903 г.—перерѣзанъ внутри черепа п. oculomotorius sin. Котъ въ теченіе осени 1903 г. неоднократно подвергался изслѣдованію зрачковыхъ движеній при обычной обстановкѣ изслѣдованія и результаты получались одни и тѣ же. Зрачекъ лѣваго глаза, гдѣ перерѣзанъ п. oculomotorius, не обнаруживалъ какихъ-либо движеній и держался за все время наблюденія почти максимально расширеннымъ. Примѣнивъ съ успѣхомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ „острыхъ“ опытовъ эзеринъ, чтобы видѣть рефлекторное расширеніе зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii, мы рѣшили произвести наблюденіе съ эзериномъ и на этомъ экземплярѣ. Результаты нѣкоторыхъ наблюденій приводимъ:

16/х. 1903. 2 ч. Пущена въ лѣвый глазъ 1 капля 1% eserini sulfur.

2 ч. 10'. Зрачекъ нисколько не измѣнилъ своей совершенно круглой формы съ узкимъ ободкомъ радужки.

2 ч. 20'. Зрачекъ въ неизмѣнномъ состояніи.

2 ч. 27'. Наблюдается небольшое суженіе зрачка—ободокъ радужки становится шире.

2 ч. 32'. Зрачекъ суживается, принимая овальную форму.

2 ч. 35'. Зрачекъ сузился еще болѣе—вполнѣ замѣтны верхній и нижній углы зрачковаго отверстія.

2 ч. 36'. Осторожно удерживая животное, внезапно крикнули надъ ухомъ—зрачекъ быстро расширился приблизительно на 1 mm. и снова довольно быстро вернулся къ прежней ширинѣ.

2 ч. 42'. Зрачекъ равняется въ горизонтальномъ диаметрѣ 5,5 mm. Взята лапа животного и сдавлена рукой—расширеніе зрачка до 7 mm. съ быстрымъ послѣдующимъ суженіемъ до 5,5 mm.

2 ч. 47'. Зрачекъ суживается до 4 mm. Болевое раздраженіе (уколъ булавкой въ лапу) вызываетъ скоро преходящее и очень незначительное расширеніе.

2 ч. 55'. Суженіе зрачка достигаетъ до 3 mm. и далѣе не идетъ. Раздраженіе чувствительное въ той или иной степени вызываетъ едва замѣтное колебаніе въ сторону расширенія.

25/II 1904. Зрачекъ на лѣвой сторонѣ неизмѣнно держится почти максимально широкимъ и совершенно неподвижнымъ.

2 ч. 52'. Введена въ конъюнктивальный мѣшокъ лѣваго глаза капля 1% eserin'a.

3 ч. 18'. Отмѣчается начало суженія, ободокъ радужки сталъ шире; измѣрить зрачекъ не удалось въ виду безпокойства животного.

3 ч. 22'. Суженіе стало вполнѣ замѣтнымъ, зрачекъ принялъ овальную форму.

3 ч. 25'. Зрачекъ равенъ приблизительно 5 mm. Испробовано вліяніе аффектовъ на зрачекъ—кошка испугана внезапнымъ хлопкомъ надъ ухомъ. Зрачекъ замѣтно расширился и довольно быстро снова сузился.

3 ч. 28'. Взята въ руку лапа животного и сильно сдавлена—зрачекъ расширился 1—2 mm. и снова скоро вернулся къ прежней ширинѣ.

3 ч. 30'. Зрачекъ сдѣбался еще уже, равняясь на глазъ не болѣе 4 mm.

Въ слѣдующіе полчаса замѣтно дальнѣйшее суженіе до 3,0 мм. приблизительно. Въ такомъ состояніи зрачекъ очень незначительно реагируетъ на чувствительныя раздраженія, а на болѣе слабыя даже совершенно не реагируетъ.

Животное подвергалось еще не разъ такого же рода наблюденію и всегда получалась неизмѣнные результаты.

Этими наблюденіями надъ котомъ со старымъ параличемъ п. oculomotorii мы подтверждаемъ, такимъ образомъ, положеніе, выведенное нами изъ опытовъ, когда рефлекторное расширеніе зрачка изслѣдовалось непосредственно за операцией перерѣзки п. oculomotorii. Какъ видно изъ приведенной выдержки изъ наблюденій надъ указаннымъ животнымъ, зрачекъ соответствующей стороны, суженный эзериномъ, ясно реагируетъ какъ на психическія вліянія, такъ и на разнаго рода чувствительныя раздраженія. Изъ изложеннаго наблюденія, вромѣ того, слѣдуетъ, что периферическій нейронъ суживающаго зрачекъ аппарата не дегенерировался вслѣдствіе перерѣзки внутри черепа п. oculomotorii, если принимать, какъ это утверждаютъ многіе авторы и на чемъ особенно настаиваетъ Schultz, что eserin дѣйствуетъ на зрачекъ, раздражая периферическія окончанія п. oculomotorii.

На основаніи приведенныхъ въ этой группѣ опытовъ мы можемъ теперь съ увѣренностью утверждать, что рефлекторное расширеніе зрачка подъ вліяніемъ всякаго рода чувствительныхъ раздраженій у кошекъ и кроликовъ вполне ясно обнаруживается и послѣ перерѣзки п. oculomotorii, когда, слѣдовательно, тонусъ сфинктера исключенъ. Теорія рефлекторнаго расширенія, впервые выставленная проф. Бехтеревымъ и по настоящее время, благодаря солидному изслѣдованію Браунштейна, поддерживаемая многими, сводитъ рефлекторное расширеніе зрачка на актъ пассивный, исключительно основанный на подавленіи тонуса суживающаго зра-

чекъ центра. Горячій защитникъ ея д-ръ Браунштейнъ базируетъ свои выводы, главнымъ образомъ, на наблюденіяхъ, гдѣ у животныхъ (кошки и кролики) послѣ перерѣзки внутри черепа п. oculomotorii въ теченіе долгаго времени была выражена картина паралича п. oculomotorii и со стороны соотвѣтствующаго зрачка—полная неподвижность на различныя психическія и чувствительныя вліянія. Въ заключительныхъ опытахъ, поставленныхъ черезъ различные сроки, раздраженіе чувствительныхъ нервовъ той или другой силы токами дали также отрицательный результатъ—зрачекъ оставался все время неподвижнымъ. Наблюдая, такимъ образомъ, съ одной стороны, отсутствіе рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii и при цѣлости симпатическихъ путей, а съ другой, наличность такой реакціи послѣ перерыва всѣхъ расширителей, но при цѣлости п. oculomotorii, Браунштейнъ заключилъ, что рефлекторное расширеніе совершается не путемъ симпатическаго нерва, а благодаря подавленію тонуса п. oculomotorii. Развивая эту мысль далѣе, Браунштейнъ доказываетъ, что подавляющее вліяніе на центръ п. oculomotorii оказываетъ кора, такъ какъ раздраженіе ея вызываетъ расширеніе зрачка только при цѣлости п. oculomotorii и остается безъ результата при перерѣзкѣ послѣдняго, если даже и цѣлы при этомъ расширители зрачка. Экстирпація активныхъ участковъ коры, по опытамъ автора, измѣняетъ характеръ рефлекторнаго расширенія зрачка въ томъ смыслѣ, что вмѣсто кривой съ первичнымъ и вторичнымъ расширеніемъ получается типъ болѣе активнаго (прямого) расширенія, изъ чего можно заключить, по мнѣнію Браунштейна, что кора оказываетъ задерживающее вліяніе на органы, служащіе для передачи рефлекса съ чувствительныхъ нервовъ на зрачекъ.

Въ нашихъ наблюденіяхъ мы также встрѣтились у кошекъ съ отсутствіемъ рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii, но объяснили это предположеніемъ, что почти максимально расширенный зрачекъ не можетъ больше расширяться подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздра-

женій, что такой силы воздѣйствіе, какъ чувствительное раздраженіе, повидимому не въ состояніи замѣтнымъ образомъ измѣнить принятый радужкой, благодаря высокому тону диллятора, объемъ. И дѣйствительно, примѣнивъ эзеринъ для суженія такого зрачка, мы получили полную возможность наблюдать рефлекторное расширеніе послѣ перерѣзки п. oculomotorii. Нужно замѣтить впрочемъ, что Браунштейнъ отмѣчаетъ вездѣ послѣ перерѣзки п. oculomotorii у кошки умѣренное расширеніе зрачка и, судя по прилагаемымъ рисункамъ, оно равнялось въ его опытахъ 6 mm.-6,5 mm. Намъ такого расширенія послѣ операціи перерѣзки не удавалось видѣть, зрачекъ получался равнымъ 6 mm. только послѣ примѣненія эзерина и въ этихъ случаяхъ мы всегда отчетливо видѣли рефлекторное расширеніе, какъ это иллюстрируютъ приводимыя фотограммы и рисунки. Разсматривая полученныя послѣ перерѣзки п. oculomotorii фотограммы рефлекторнаго расширенія, мы должны прежде всего констатировать, что расширеніе зрачка при этихъ условіяхъ по своему характеру очень мало отличается отъ установленнаго типа рефлекторнаго расширенія. Здѣсь, какъ и при обычномъ рефлекторномъ расширеніи, въ большинствѣ случаевъ выражена двойная волна расширенія, такъ отличающая рефлекторное расширеніе отъ прямого.

На основаніи такихъ фотограммъ, намъ кажется, должна быть совершенно опровергнута попытка Anderson'a¹⁾ объяснить двойной волной типичнаго рефлекторнаго расширенія и двоякое происхожденіе этого акта. Сравнивая фотограммы, представленныя Браунштейномъ, какъ типъ рефлекторнаго расширенія, съ фотограммами расширенія зрачка при раздраженіи симпатическаго нерва, а также и послѣ вылуценія симпатическаго узла, на которыхъ имѣется по одной волнѣ расширенія, этотъ авторъ предполагаетъ, что первая фаза расширенія обязана рефлекторному повышенію тону диллятора путемъ симпатическаго нерва, а вторая

¹⁾ Anderson. The Journ. of. Physiol. V. XXX. № 1.—1903.—1. с.

фаза расширенія—подавленію тонуса сфинктера зрачка. Наши фотограммы совершенно исключаютъ подобное толкованіе кривой рефлекторнаго расширенія, указывая, что и послѣ перерѣзки п. oculomotorii вторая волна можетъ отчетливо наблюдаться. Относя расширеніе зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii исключительно на дѣятельность аппаратовъ, завѣдующихъ расширеніемъ зрачка, мы думаемъ, что и тотъ характеръ рефлекторнаго расширенія, который проявляется въ различныхъ условіяхъ опытовъ различно, зависитъ только отъ неодинаковаго состоянія нервно-мышечнаго аппарата, участвующаго въ расширеніи. На основаніи своихъ наблюденій вмѣстѣ съ этимъ мы, конечно, нисколько не отрицаемъ участія въ рефлекторномъ расширеніи зрачка при нормальныхъ условіяхъ и подавленія тонуса сфинктера зрачка, только какимъ образомъ не можемъ согласиться съ Браунштейномъ, что двойное расширеніе, которое выступаетъ при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, исключительно обуславливается подавленіемъ тонуса сфинктера. Что касается кроликовъ, то у нихъ безспорно получается рефлекторное расширеніе зрачка послѣ перерѣзки п. oculomotorii и безъ примѣненія эзерина. О возможности движенія зрачка за счетъ дѣятельности dilatator'a послѣ перерѣзки п. oculomotorii у этого класса животныхъ мы встрѣтили указаніе изъ доступной намъ литературы въ трудѣ проф. Л. О. Даркшевича¹⁾.

Своими наблюденіями, кромѣ того, мы убѣдились, что расширители зрачка идутъ у кошекъ и кроликовъ въ симпатическомъ нервѣ, такъ какъ многократно произведенныя перерѣзки симпатическаго нерва или вылуценіе верхняго шейнаго узла совмѣстно съ перерѣзкой п. oculomotorii имѣли слѣдствіемъ отсутствіе рефлекторнаго расширенія. Такой выводъ основывается, о чемъ мы уже упоминали, не только на результатахъ опытовъ послѣдней группы, но и опытовъ съ перерѣзкой п. optici и, главнымъ образомъ, на продолжительныхъ наблюденіяхъ надъ кроликами, оперированными по Ма-

¹⁾ Л. О. Даркшевичъ. О проводникѣ свѣтоваго раздраженія съ сѣтчатой оболочки глаза на глазодвигательный нервъ. Дисс. Москва. 1887.

genghi. Исслѣдованія многихъ авторовъ послѣдняго времени совершенно подтверждаютъ указанное положеніе. Браунштейнъ, Langley, Angellucci, Parsons, Anderson и другіе разнообразными опытами на животныхъ различныхъ классовъ категорически заявляютъ, что расширители зрачка не имѣютъ черепно-мозгового пути и исключительно идутъ съ шейнымъ симпатическимъ. Нужно всетаки отмѣтить, что и въ настоящее время есть исслѣдователи, приписывающіе тройничному нерву самостоятельное участіе въ расширеніи зрачка. Такъ, недавно Карауловъ¹⁾ на основаніи опытовъ съ перерѣзкой ствола *n. trigemini* и съ раздраженіемъ периферическаго отрѣзка механически и электрическимъ токомъ, при чемъ получалось расширеніе зрачка, утверждаетъ, что у собакъ расширители зрачка идутъ и въ стволѣ *n. trigemini*. Въ доказательство того же положенія авторъ приводитъ опыты, гдѣ послѣ перерѣзки *n. vago-sympathici* и ствола *n. trigemini*, раздраженіе *n. ischiadici* не давало эффекта (опытъ № 12). Последнее наблюденіе автора совершенно противорѣчитъ наблюденіямъ Браунштейна и особенно Angellucci²⁾, который ясно видѣлъ расширеніе зрачка у собакъ послѣ перерѣзки симпатическаго и полного разрушенія *G. Gasseri* при раздраженіи *n. ischiadici* (8 группа опытовъ, стр. 64—66). Мы не занимались специально вопросомъ о роли тройничнаго нерва въ расширеніи зрачка и высказываемся отрицательно объ его участіи въ этомъ актѣ, главнымъ образомъ, на основаніи много разъ констатированнаго отсутствія рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки *n. oculomotorii* и *sympathici*, но при цѣлости *n. trigemini*, хотя, вромѣ того, мы сдѣлали одно наблюденіе надъ вліяніемъ электрическаго и механическаго раздраженія ствола перерѣзаннаго *n. trigemini*, которое также до нѣкоторой степени говоритъ въ пользу нашего вывода (см. опытъ № 20). Оговариваемся, что послѣднее наблюденіе

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

было единичнымъ и такъ сказать попутнымъ и потому мы не думаемъ придавать ему рѣшающаго значенія.

Утверждая, что вылуценіемъ симпатическаго узла или перерѣзкой симпатическаго нерва совмѣстно съ перерѣзкой п. oculomotorii исключается возможность получить рефлекторное расширеніе, мы должны однако упомянуть, что въ нѣкоторыхъ опытахъ намъ встрѣтились наблюденія, представляющія исключеніе изъ такого положенія. Мы говоримъ о случаяхъ, такъ называемаго, парадоксальнаго расширенія зрачка послѣ вылуценія узла геср. перерѣзки симпатическаго нерва. Такія наблюденія мы имѣли, какъ въ предшествующей группѣ опытовъ послѣ перерѣзки п. optici и sympathici, такъ и въ послѣдней, гдѣ парадоксальный эффектъ выступилъ послѣ перерѣзки п. oculomotorii и rami ophthalmici n. trigemini (см. оп. 18 и 19). Въ объясненіе полученнаго парадоксальнаго эффекта мы считали наиболѣе вѣроятнымъ предположить, что въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ проявленіемъ автоматической мускулатуры, лишенной иннерваціи со стороны симпатическаго нерва, наблюдавшейся благодаря нѣкоторымъ условіямъ опыта непосредственно послѣ перерѣзки симпатическаго нерва, какъ это допускаетъ Lewandowsky и Anderson.

Въ заключеніе мы коснемся еще одного положенія, выставленнаго Браунштейномъ въ аргументацію теоріи „подавленія“. Браунштейнъ приводитъ доказательства, что кора оказываетъ вліяніе на расширеніе зрачка исключительно черезъ подавленіе тонуса центра п. oculomotorii. Но такому выводу противорѣчатъ наблюденія Fr. Frank'a, Bessaи, проф. Миславскаго. Послѣдній авторъ высказалъ свой взглядъ, обоснованный на цѣломъ рядѣ опытовъ, что кора оказываетъ двоякое вліяніе на зрачекъ, еще въ 1887 году¹⁾.

Его опыты цѣликомъ были повторены въ недавнее время Pагson'омъ²⁾ и выводы относительно двоякаго влія-

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

нія коры совершенно подтверждены. То же самое подтверждаетъ, наконецъ, и самый послѣдній изслѣдователь по этому вопросу *Lewinson*¹⁾). Мы не ставили специальныхъ опытовъ для изученія вліянія коры, но нѣкоторыя наблюденія и наши могутъ служить доказательствомъ не только депрессивнаго вліянія коры на зрачекъ. Дѣло въ томъ, что мы неоднократно наблюденіями надъ кроликами и кошками убѣдились, что зрачекъ оперированныхъ животныхъ послѣ перерѣзки *n. optici* и *n. oculomotorii* вполне замѣтно реагируетъ при всякомъ психическомъ возбужденіи животного расширеніемъ зрачка, какъ это наблюдалъ еще *Holmgren*²⁾). Если считать, что кора головного мозга принимаетъ участіе въ психо-рефлексахъ, то нельзя не видѣть въ этихъ наблюденіяхъ указанія, что кора оказываетъ вліяніе на расширеніе зрачка не только черезъ подавленіе тонуса сфинктера, такъ какъ въ нашихъ наблюденіяхъ тонусъ сфинктера былъ совершенно исключенъ.

Подводя итоги изложеннымъ въ работѣ наблюденіямъ, мы считаемъ возможнымъ на основаніи ихъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Зрачковыя движенія послѣ перерѣзки *n. optici* у кроликовъ не могутъ быть объяснены свѣтовой реакціей, какъ это предполагаетъ *Magenhil*, а всецѣло относятся на рефлекторную дѣятельность расширяющаго зрачекъ аппарата.

2) Рефлекторное расширеніе зрачка подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій не можетъ быть объяснено исключительно черезъ подавленіе тонуса сфинктера зрачка, а оно есть актъ сложный, въ которомъ главное участіе должно быть отнесено на рефлекторное возбужденіе центровъ, заставляющихъ активнымъ расширеніемъ зрачка.

3) Характеръ рефлекторнаго расширенія зрачка послѣ перерѣзки *n. optici* или *n. oculomotorii* въ существенномъ мало отличается отъ обычнаго рефлекторнаго расширенія.

¹⁾ I. с.

²⁾ I. с.

4) Рефлекторное расширеніе зрачка послѣ перерѣзки п. optici или п. oculomotorii у кошей и кроликовъ происходитъ только при цѣлости симпатическаго нерва.

5) Участіе тройничнаго нерва въ расширеніи зрачка у указанныхъ животныхъ должно быть признано весьма сомнительнымъ.

6) Существуютъ условія, при которыхъ выступаетъ, такъ называемое, парадоксальное расширеніе зрачка непосредственно послѣ перерѣзки симпатическаго нерва.

7) Парадоксальное расширеніе зрачка должно быть отнесено на активную дѣятельность гладкой мускулатуры глаза и вѣкъ подъ вліяніемъ раздраженій со стороны самой крови.

Заканчивая работу, пользуюсь первой представившейся мнѣ возможностью принести свою благодарность высочайшему учителю, профессору Емиліану Валентиновичу Аламяку за теоретическую подготовку по офтальмологіи и за клиническое образованіе, начатое мною подъ его руководствомъ.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить искреннѣйшую, сердечную благодарность глубокоуважаемому учителю, профессору Николаю Александровичу Миславскому за предложенную тему и за постоянное и самое дѣятельное руководство въ ея исполненіи.

Приношу также мою горячую благодарность глубокоуважаемому учителю, профессору Александру Григорьевичу Агабабову за руководство въ моемъ спеціальному образованіи, за теплое, сердечное отношеніе и неизмѣнную готовность притти на помощь и словомъ и дѣломъ при выполненіи данной работы.

Благодарю также за цѣнную помощь и полезныя указанія при выполненіи работы прив.-доцента Дмитрія Владиміровича Полумордвинова и доктора Адольфа Соломоновича Сегеля.

Л и т е р а т у р а.

Arnold. Physiologie. Bd. II.—1841.

— Bemerkungen über den Bau des Hirns und Rückenmarks.

А д а м ю е ъ. Ueber die Innervation der Augenbewegungen. Centralbl. f. d. medicin. Wissenschaft. 1870. № 5.

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

Angellucci. Ricerche sul meccanismo del movimento pupillare studiato anche nell'uomo a mezzo dell'ablazione del ganglio cervicale superiore. Arch. di Ottalmologia. 1899. fasc. VII.

Anderson. Reflex pupil-dilatation by way of the cervical sympathetic nerve. The Journal of Physiology. XXX, 1—1903.

— The paralysis of involuntary muscle, with special reference to the occurrence of paradoxical contraction. Part. I. Paradoxical pupil-dilatation and other ocular phenomena caused by lesions of the cervical sympathetic tract. The Journal of Physiol. XXX. 3—4. 1903.

Biffi. Intorno all'influenza che channo sull'occhio i due nervi Grande simpatico e Vago. Dissert. inaug. Par. 1846.

Budge. Ueber die Bewegung der Iris. Braunschweig. 1855.

Brown-Séguard. Compt. rendu de l'Academie. 1847.
Цит. по Steinach'у.

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

— Recherches experimentales sur l'influence excitatrice de la lumière, du froid et de la chaleur sur l'iris et cet. Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux T. III.

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

Balogh. Ueber einen neu entdeckten Weg der pupillen-erweiternden Nervenröhren. Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen u. d. Thiere. B. VII—1862.

Berlin. Ueber Sehnervendurchschneidung. Klinisch. Monatsblätt. f. Augenh. Bd. IX—1871.

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

Bessau. Die Pupillenge im Schläfe und bei Rückenmarkskrankheiten. Diss. Königsberg. 1879.

Бехтеревъ. О направленіи суживающихъ зрачекъ волоконъ въ головномъ мозгу и о локализаци центра для радужной оболочки и для сокращенія глазныхъ мышцъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. Вып. I—1883.

— Переводъ этой работы помѣщенъ въ Pflüger's Arch. f. Physiol. XXXI—1883.

— Experimentelle Untersuchungen über die Kreuzung der Sehnerven—Fasern im Chiasma n. n. opticom. Neurolog. Centralbl.—1883.

— О результатахъ изслѣдованія возбудимости задняго отдѣла лобной доли. Неврологическій Вѣстникъ Т. VII, 1—1899.

— О корковыхъ центрахъ суженія и расширенія зрачковъ въ заднихъ частяхъ полушарій обезьянъ. Обзоръніе психіатріи, неврол. и эксперимент. психологіи. 1899.

— Основы ученія о функціяхъ мозга. Выпускъ I.—1903.

Беллярминовъ. Опытъ примѣненія графическаго метода къ изслѣдованію движенія зрачка и внутриглазного давленія (при посредствѣ фотографіи). Дисс. СПб.—1886.

Браунштейнъ. Къ ученію объ иннерваціи движенія зрачка. Дисс. Харьковъ. 1893.

Bayliss. The reaction of blood vessels to alterations of internal pressure. Proceed. of the Physiol. Society. The Journ. of Physiol. XXVI. 1900—1901.

— On the local reactions of the arterial wall to changes of internal pressure. The Journal of Physiology XXVIII.—№ 3.—1902.

Chauveau. Détermination du mode d'action de la moelle épinière dans la production des mouvements de l'iris dus à l'irritation de la région ciliospinale. Journ. de la Physiologie de l'homme et des animaux du d-r Br.-Séguard. T. IV—1861.

Claude Bernard. Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. 3 partie. Journ. de la Physiologie du Dr. Brown-Séguard. 1862. T. V.

Даркшевичъ. О проводникѣ свѣтоваго раздраженія съ сѣтчатой оболочкой глаза на глазодвигательный нервъ. Дисс. Москва. 1887.

Догель. Участіе нервовъ въ колебаніи величины зрачковъ. Неврол. Вѣстн. Т. II—1894.

— Nowe badania nad udzialem nerwow. Gazeta Lekarska. 1896.

Edgren. Upsala laekarefor. Förhandl. XI.—XIII. 1878—1879.

Егоровъ. Вліяніе длинныхъ цилиарныхъ нервовъ на расширеніе зрачка. Дисс. Казань, 1885.

Eckhard. Beiträge zur Geschichte der Experimental-Physiologie des Nervensystems. Geschichte der Physiologie der motorischen Nerven des Auges. Eckhard's Beiträge zur Anat. u. Physiol. Bd. XI—1885.

Fario. Omodei Annali. 1834.

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

— Note sur le défaut de subordination des mouvements de la pupille aux modifications vasculaires; sur la distinction des nerfs ciliares en constricteurs et dilatateurs de l'iris et sur les rapidités différentes du resserement et de la dilatation. Gazette des Hôpitaux. 1878.

— Recherches sur les nerfs dilatateurs de la pupille. Physiologie expérimentale. Travaux du laboratoire de M. Marey. IV. Année. 1878—1879.

— Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale. Paris. 1887.

Ferrier. Les fonctions du cerveau. Paris. 1878.

Жеглинскій. Движеніе зрачка. Дисс. Казань. 1884.

Guttman. De nervi trigemini dessect. apud ranam escul. Centralbl. f. die medicin. Wissenschaft. 1864.

Gysi und Luchsinger. Ueber das Verhalten der Aal-Iris gegen verschieden-farbiges Licht. Centralbl. f. d. medicin. Wissenschaft. 1879.

Gudden. Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma n. n. opticorum. Arch. f. Ophthalmologie. Bd. XXV, 1—1879.

Guillebeau und Luchsinger. Fortgesetze Studien am Rückenmarke. III. Zur Existenz des Centrum ciliospinale infer. von Budge. Pflüger's Arch. f. d. gesammte Physiol. Bd. XXXVIII—1882.

Grünhagen. Berlin. klin. Wochenschrift. 1879.

Crühagen und Cohn. Ueber den Ursprung der pupil-
lendlatirenden Nerven. Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1884.

Garten. Beiträge zur Kenntniss des zeitlichen Ablaufes
der Pupillarreaction nach Verdunklung. Pflüger's Arch. f. d.
gesam. Physiologie. Bd. LXVIII—1897.

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

Harless. Abh. d. K. Bayerchen Academie d. Wissensch.
Bd. V—1850.

Holmgren. a) Genoms kärning af synnerven hos kani-
nen. Upsala läkaref. Forhandl. Bd. XI. 1876.

— b) Un dersökning af iris rörelser kort meddelande.
Idem.

Hurwitz. Ueber die Reflexdilataion der Pupille. Diss.
1878.

Hensen und Völkers. Ueber den Ursprung der
Accomodationsnerven, nebst Bemerkungen über die Function
der Wurzeln des Nervus oculomotorius. Archiv für Ophthal-
mologie. Bd. XXIV, 1—1878.

Hertel. Ueber die Folgen der Sehnerven-Durchschnei-
dung bei jungen Thieren. Arch. f. Ophthalm. XLVI, 1—1898.

Kussmaul. Untersuchungen über den Einfluss, wel-
chen die Blutströmung auf die Bewegungen der Iris und ande-
rer Theile des Kopfes ausübt. Verhandl. d. Physik.-medic.
Gessellsch. in Würzburg. Bd. VI—1856.

Knoll. Beiträge zur Physiologie der Vierhügel. Eck-
hard's Beiträge zur Anat. u. Physiol. Bd. IV. 1869.

Ковалевскій. Изслѣдованія по иннервации расши-
ренія зрачка. 1884. Труды проф. Н. О. Ковалевскаго. Ка-
зань. 1895.

Katschanowski. Ueber die oculopupillären Cent-
ren. Medicin. Jahrbücher. 1885.

Карауловъ. Къ вопросу о физиологической функціи
нервовъ, завѣдующихъ расширеніемъ зрачка. Ученыя Запи-
ски Казанскаго Ветеринарнаго Института, томъ XX—1903.

L o n g e t. Anatomie et Physiologie du Système nerveaux. T. II. 1842.

L e n t. Beiträge zur Lehre von der Regeneration durchschnittener Nerven. Zeitschr. f. wiss. Zool. Bd. VII. 1856.

L e h m a n n. Experimenta quaedam de nervi optici disseci ad retinae texturam vi et effectu. Diss. Dorpat. 1857.

L u c h s i n g e r. Weitere Versuche und Betrachtungen zur Lehre von den Rückenmarkscentren. Pflüger's Arch. Bd. XXII—1880.

L e e s e r. Die Pupillarbewegung in physiologischer und pathologischer Beziehung. Wiesbaden. 1881.

L a n g l e y. On the origin from the spinal Cord of the cervical and upper Thoracic sympathetic Fibres, with some observations on White and Grey Rami Communicantes. Phyl. Trans. of the Royal. Soc. of London. 1892. T. 183.

— Das sympathische und verwandte nervöse Systeme der Wirbelthiere (autonomes nervöses System). Separat-abdruck aus Ergebnisse d. Physiologie, II Jahrgang, II Abth. 1903.

L a n g e n d o r f f. Zusatz zur vorhergehenden Abhandlung. Pflüger's Arch. Bd. ZVIII—1894.

— Ueber die Beziehungen des oberen sympathischen Halsganglions zum Auge und zu den Blutgefäßen des Kopfes. Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. XXXVIII.—1900.

— Zur Deutung der „paradoxen“ Pupillenerweiterung. Ibidem.

L e w i n s o h n. Ueber den Einfluss der Lähmung des Irismuskels auf seinen Antagonisten. Klin. Monatsbl. XXXVIII 1900.

— Ueber den Einfluss des Halssympathicus auf das Auge. Archiv für Ophthalmologie. LV.1—1902.

— Ueber Beziehungen zwischen Hirnrinde und Pupille. Verhandl. d. Berlin. physiol. Gesellsch. Archiv f. Anat. u Physiol. (Physiol. Abth.)—1902.

L e w a n d o w s k y. Ueber die Automatie des sympathischen Systems nach am Auge angestellten Beobachtungen.

Sitzungsberichte der Königl. Preus. Akad. d. Wissensch. zu Berlin. 1900.

-- Ueber das Verhalten der glatten Augenmuskeln nach Sympathicusdurchshneidung. Verhandl. der physiol. Gessellsch. zu Berlin. Arch. f. Anat. u. Physiol. (Physiol. Abth.) 1903.

Molinelli. Comentar de Bononiensi scientiarum et artium instituto atque acad. Bon. 1748—91. T. III (1755).

Mayo. Anatomical and physiological commentaries. 1823.

Müller. Kleinere Mittheilungen. 2. Ueber Einwirkung der Wärme auf die Pupille des Aals, und Würzburger Verhandl. Bd. X.—1859.

Marckwort. Experimentelle Studien über Läsionen des Nervus opticus. Arch. f. Augenheilk. Bd. X.—1881.

Mayer und Pribram. Studien über die Pupille. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. V—1884.

Миcлавскій. De l'influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille. Compt. rendu de la Société de Biologie. 1887.

— Къ учению о вліянїи мозговой коры на расширение зрачка. Неврологическій Вѣстникъ. Т. XI, 2—1903.

— Cortex cerebri and iris. Vol. XXIX, № 1—1903.

Marina. Ueber multiple Augenmuskel-Lähmungen und ihre Beziehungen zu den sie bedienenden, vorzugsweise nervösen Krankheiten. Leipzig. 1896.

— Das Neuron des Ganglion ciliare und die Centra der Pupillenbewegungen. Zeitschrift für Nervenheilk. Bd. XIV—1899.

— Studien über die Pathologie des Ciliarganglions bei Menschen mit besonderer Berücksichtigung desselben bei der progressiven Paralyse und Tabes. Vergleichende Studien mit dem Ganglion Gasseri und cervicale supremum. Bedeutung des Ciliarganglions als Centrum für den Sphincter iridis bei Menschen.

Magnus. Beiträge zur Pupillarreaction des Aal- und Froschauges. Zeitschrift f. Biologie XXXVIII—1899.

M a r e n g h i. Contribution a l'étude de la fine organisation de la rétine. Revue d'Anatomie. Arch. Italien. de Biologie. T. XXXVI—1901.

— Section intracrânienne du nerf optique chez le lapin. Compte rendu du cinquième congrès intern. de Physiol. Turin. Arch. Italien. de Biologie. T. XXXVI—1901.

— Section intracrânienne du nerf optique chez les mammifères (lapin) Arch. Italien. de Biologie T. XXXVII—1902.

Н а в а л и х и н ъ. Къ ученію о расширеніи зрачка.

— Замѣтка о расширеніи зрачка при остановкѣ дыханія. Работы изъ физиологической лабораторіи Казанскаго Университета. Вып. I. 1869.

N a v r o s k i u n d P r z y b y l s k i. Die pupillenerweiterenden Nerven der Katze. Pflüger's Arch. Bd. L—1891.

O e h l. Della influenza che il quinto paio cerebrale dispiega sulla pupilla. 1863.

O t t. Cilio spinal centres. Journ. of nervous and mental diseases. VIII—1882.

П о к р о в с к і й. Ueber die Vergiftung mit Kohlenoxydgas. Virchow's Arch. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. XXX—1864.

Р о н с е т. Цит. по Redard'у.

П р ж и б ы л ь с к і й. Къ вопросу о нервахъ расширяющихъ зрачекъ у кошки. Дисс. Варшава. 1886.

P a r s o n s. On dilatation of the pupil from stimulation of the cortex cerebri. The Journal of. Physiology. V. XXVI. 1900—1901.

Р о з о в ъ. Experimente über die Durchschneidung des Sehnerven. Sitzungsber. der Kais. Acad. d. Wissensch. Bd. XLIX. 1864. Wien.

— Ueber die Folgen des Durchschneidung des nervus opticus. Sitzungsbericht. d. Kais. Acad. d. Wissensch. Bd. L—1864. Wien.

R o g o w. Ueber Wirkung des Extractes der Calabarbohne und des Nicotin auf die Iris. Zeitschrift f. ration. Medicin XXIX—1867.

Redard. Recherches expérimentales sur les suites éloignées de la section des nerfs ciliares et du nerf optique. Arch. d'Ophth. T. I—1881.

Roebrek. Het Ganglion Supremum Colli Nervi sympathici. Diss. Utrecht. 1895.

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

— La pupille considérée comme esthésiomètre. 1875.

Salkovsky. Ueber die Budge'sche ciliospinal—Centrum. Zeitschrift für ration. Medicin. Bd. XXIX—1867.

Schipilloff. Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erweiterung der Pupille bei Fröschen. Pflüger's Arch. Bd. XXXVIII—1886.

Schur. Ueber den Einfluss des Lichts, der Wärme und einiger anderer Agentien auf die Weite der Pupille. Zeitschr. f. ration. Medicin. Bd. XXXI—1868.

Surminsky. Ueber die Wirkungsweise des Nicotin und Atropin auf das Gefässnervensystem. Zeitschrift t. ration. Medicin. Bd. XXXVI—1869.

Steinach. Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie der Iris. Zweite Mith. Pflüger's Arch. Bd. LII—1892.

Steil. Ueber den spinalen Ursprung des Halssympathicus. Pflüger's Arch. Bd. LVIII—1894.

Schirmer. Untersuchungen zur Physiologie der Pupillenweite. Arch. f. Ophthalm. Bd. XL—1894.

Spalitta. Sul meccanismo della dilatazione pupillare per eccitazione dei nervi sensitivi. Archiv. di Ottalmolog. II—1895.

Schenck und Fuss. Zur Innervation der Iris. Pflüger's Arch. Bd. LXII—1896.

Schenck. Zur Innervation der Iris. Pflüger's Arch. LXXV—1899.

Schultz. Zur Physiologie der sympathischen Gangline. Arch. f. Anat. und Physiologie (Physiol. Abth.) 1898.

— Ueber die Wirkungsweise der Mydriaca und Miotica. Ibidem.

T u w i m. Ueber die physiologische Beziehung des Ganglion carvicalе supremum zu der Iris und den Kopfarterien. Pflüger's Arch. Bd. XXIV—1881.

Т ю м я н ц е в ъ. Матеріалы для изученія вліянія симпатическаго нерва на зрачекъ другой стороны. Дисс. Казань. 1897.

V a l e n t i n. Lehrbuch der Physiologie. Bd. II—1844.

V u l p i a n. Note relative à l'influence de l'extirpation du Gangl. cervical supérieur sur les mouvements de l'iris. Arch. de Physiologie normale et pathol. 1874.

— Expérience démontrant que les fibres nerveuses, dont l'excitation provoque la dilatation de la pupille, ne proviennent pas toutes du cordon cervical du grand sympathique. Comptes rendus. 1878. T. LXXXVI.

— Sur les phénomènes orbito-oculaires produits chez les Mammifères par l'excitation du bout central du nerf sciatique, après l'exscision du ganglion cervical supérieur et du ganglion thорacique supérieur. Compt. rend. LXXXVII—1878.

W a g e n m a n n. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Circulation in den Netzhaut und Aderhautgefässen auf die Ernährung des Auges, insbesondere der Retina, und über die Folgen der Sehnervendurchschneidung. Archiv für Ophthalmologie XXXVI, 4—1890.

Объяснение къ таблицѣ фотографіямъ.

№. 1. Расширение зрачка (р.) кошки послѣ перерѣзки п. optici внутри черепа при раздраженіи п. ischiadici токомъ. (Опытъ № 11—раздраженіе 1-ое).

№. 2. Рефлекторное расширение того же зрачка (р.) при раздраженіи ischiadici, спустя 5 минутъ послѣ перваго раздраженія (Тотъ же опытъ раздр. 2-ое).

№. 3. Рефлекторное расширение зрачка (р.) кошки послѣ перерѣзки внутри черепа п. oculomotorii при раздраженіи п. ischiadici. (опытъ № 14, раздр. 1).

№. 4. Рефлекторное расширение зрачка (р.) кошки послѣ перерѣзки п. oculomotorii при раздраженіи п. ischiadici. (Опытъ № 15 раздраженіе 1-ое).

№. 5. Рефлекторное расширение зрачка (р.) кошки при раздраженіи чувствительнаго нерва. (Опытъ № 16—раздр. 5).

№. 6. Расширение зрачка (р.) кошки послѣ перерѣзки шейнаго симпатическаго нерва при раздраженіи п. ischiadici. (Опытъ № 16—раздр. 10). *)

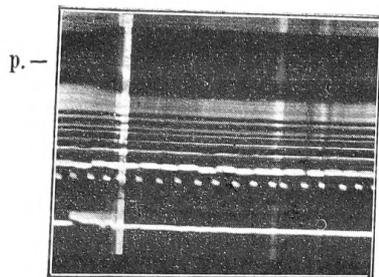
№. 7. Рефлекторное расширение зрачка (р.) кролика послѣ перерѣзки п. optici и п. oculomotorii при раздраженіи п. ischiadici. (Опытъ № 17—раздр. 3).

№. 8. Расширение зрачка (р.) кошки послѣ внутричерепной перерѣзки п. oculomotorii при раздраженіи п. ischiadici. (Опытъ № 18—раздр. 2—ab.—начало и конецъ раздраженія).

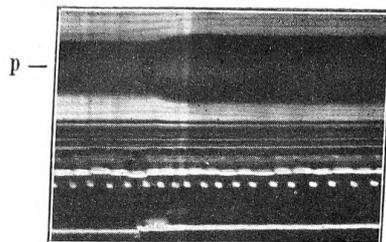
№. 9. Расширение зрачка (р.) при раздраженіи ischiadici послѣ перерѣзки oculomotorii и sympathici. (Опытъ № 18 раздр. 4, ab.—начало и конецъ раздраженія).

№. 10. Расширение зрачка (р.) кошки послѣ перерѣзки oculomotorii, sympathici и gami ophthalmici п. trigemini. (Опытъ № 18—раздр. 5, ab.—начало и конецъ раздраженія).

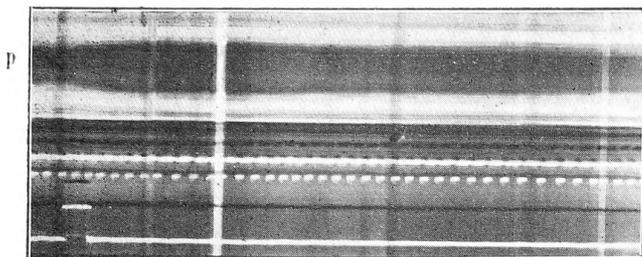
*) На фототипии не такъ отчетливо вышла реакція, какъ это получено на негативѣ.



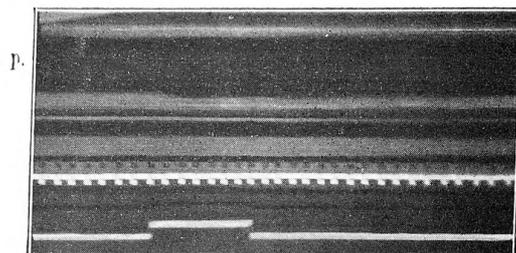
№ 1.



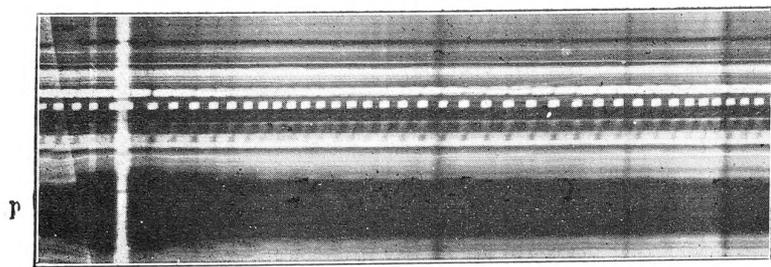
№ 2.



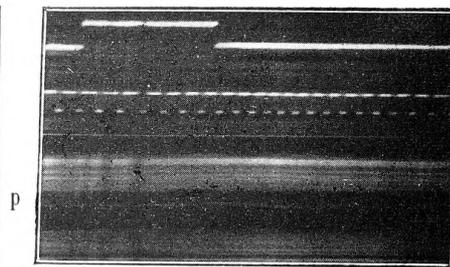
№ 3.



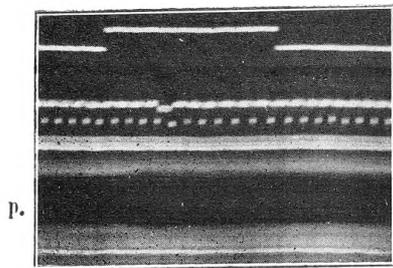
№ 4.



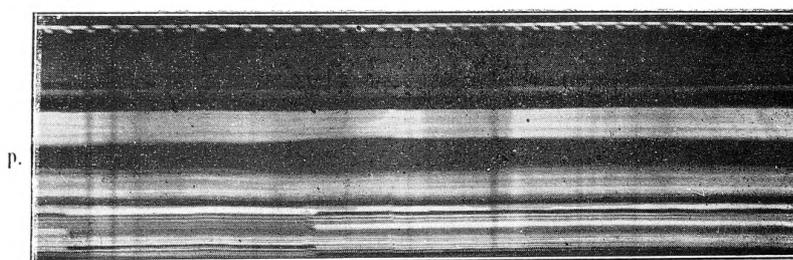
№ 5.



№ 6.



№ 7.



a.

b.

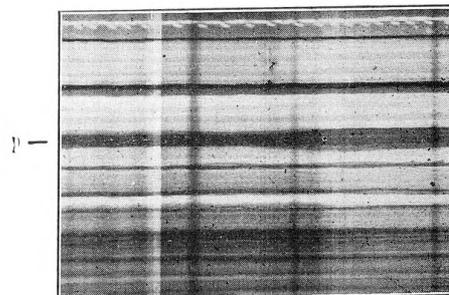
№ 8



a.

b.

№ 9.



a.

b.

№ 10.

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

Ординатора Г. А. Дѣдова.

(Окончаніе; см. т. XII, выт. 3).

Покончивъ съ случаями остропротекающаго прогрессивнаго паралича, перейдемъ къ случаямъ той же болѣзни *съ длительнымъ теченіемъ*. Такихъ случаевъ за двадцатилѣтній періодъ, какъ уже сказано мною, найдено только три, вполне заслуживающихъ вниманія въ смыслѣ точности анамнеза и полноты записанныхъ свѣдѣній.

1. (Собственное наблюденіе послѣднихъ 4-хъ лѣтъ жизни больной). Больной И. П. З—въ, 27 лѣтъ, купеческій сынъ, поступилъ въ лѣчебницу 22 марта 1882 года.

Въ скорбномъ листѣ (составленномъ д-ромъ Литвиновымъ) записано слѣдующее. Больной высокаго роста, средняго тѣлосложенія, довольно малокровенъ; волосы посѣдѣвшіе, лѣвый зрачекъ значительно шире праваго, вяло реагируетъ на свѣтъ. Языкъ значительно обложенъ; лѣвая носогубная складка сглажена. Лимфатическія железы шеи и локтевыя немного увеличены. На обоихъ предплечьяхъ, у локтеваго отростка и книзу отъ правой подволѣнной чашки сухіе лишай. Кожа суха, вяла, блѣдна. Артеріи склерозированы. Легкія свободны; грудь впалая, узкая. Печеночная тупость начинается съ 7-го ребра и спускается на два поперечныхъ пальца ниже края реберъ.

Тоны сердца чисты; пульсъ мягкій, измѣнчивый отъ 80 до 100 въ минуту. Сухожильные рефлексы сохранены; чувствительность къ уколамъ ниже нормы. Выраженіе лица угрюмое, взглядъ устремленъ внизъ; отвѣты отрывочны, медленны.

О своемъ прошломъ больной сообщилъ слѣдующее. Раньше много пилъ. Семейнаго расположенія къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ нѣтъ. Отецъ трезвъ, мать умерла отъ апоплектоиднаго инсульта; есть пять братьевъ, всѣ здоровы; дядя по матери горькій пьяница. Больной женатъ пять лѣтъ, имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ имѣлъ сифилисъ.

Заболѣлъ въ началѣ 1881 года,—сталъ чувствовать тоску; явилась подозрительность, страхъ (боязнь пожара); больному казалось, что всѣ на него обращаютъ особенное вниманіе. Онъ пересталъ заниматься дѣлами; появилась бессонница. За недѣлю до поступленія въ лѣчебницу покушался на самоубійство: бросился въ колодезь. Въ настоящее время у больного имѣются: задержка мысли, соображенія; больному кажется, что положеніе его безвыходное. Память настоящаго ослаблена, больной затрудняется давать отвѣты на многіе вопросы; описать своего состоянія не можетъ. Воля подавлена. Обмановъ чувствъ не обнаруживается.

Слѣдующая отмѣтка о больномъ относится къ 25 іюня того же 81 года, когда больной былъ выписанъ изъ лѣчебницы въ состояніи значительнаго общаго улучшенія. Послѣднія двѣ недѣли сталъ спать лучше, сонъ лучше, аппетитъ хорошій. Языкъ еще немного обложенъ, хотя отправленія кишечника правильны. Психическое состояніе значительно лучше: приступы тоски исчезли; галлюцинаціи еще есть, но уже не волнуютъ такъ больного.

12-го іюля 1882 года доставленъ опять въ лѣчебницу. Недѣлю послѣ выписки (25 іюня) велъ себя хорошо,—былъ веселъ, спокоенъ, гулялъ; но потомъ опять сталъ скучать, явилась бессонница, потеря аппетита, запоры; скоро возобновились галлюцинаціи слуха (больной ясно слышалъ, преимущественно днемъ, какъ ему угрожали убить его, извести), страхъ, тоска; больной цѣлыми часами ходитъ взадъ и впередъ. На пріемѣ отмѣчено слѣдующее: малокровенъ; лѣвый зрачекъ шире праваго; языкъ нечистъ, десны слабы. Печень съ 7-го ребра. Пульсъ 120—130 въ минуту, средній. Молчаливъ, боязливъ; движенія нерѣшительны; отвѣты кратки; настроеніе подавленное, мысль задержана.

6-го октября 1882 года выписанъ на попеченіе отца безъ улучшенія въ состояніи здоровья.

16-го февраля 1894 года снова доставленъ въ лѣчебницу. Послѣ выписки (6/х 1882 г.) состояніе его нѣсколько улучшилось; но скоро онъ сталъ пить запоемъ, отъ котораго лѣчился въ уѣздной больницѣ; въ послѣдней съ 1882 года былъ до 10 разъ. Пьянство сопровождалось припадками тоски, которые по временамъ проходили; послѣдніе же три года съ 1891 года тоска сдѣлалась постоянной, хотя не всегда одинаковой интензивности. При приѣмѣ 16/и 94 г. отмѣчено слѣдующее: тоны сердца глухи; печень уменьшена, но при давленіи безболѣзненна. Зрачки неравномѣрны, реакція на свѣтъ и аккомодацию правильна. Въ пальцахъ рукъ—tremor; колѣнные рефлексы повышены.

Продолжаетъ жаловаться на тоску, причина которой, по мнѣнію больного,—это дурное положеніе его дѣлъ, раззореніе, виновникомъ котораго больной считаетъ только себя. Онъ вообще дурной человѣкъ, грѣшный, никуда негодный. Въ своихъ отвѣтахъ онъ неувѣренъ: вѣрно онъ отвѣчаетъ или нѣтъ, этого онъ понять не можетъ. Память ослаблена, теченіе идей замедлено.

24-го апрѣля 1894 года взятъ родственниками безъ улучшенія въ состояніи здоровья.

16 іюня 1899 года снова поступилъ въ лѣчебницу, но уже съ бредовыми идеями преслѣдованія. Онъ явился будто бы для того, чтобы „здѣсь спастись отъ своихъ враговъ, на которыхъ онъ изъ лѣчебницы начнетъ жаловаться“. Больной твердо увѣренъ, что въ ихъ городѣ всѣ противъ него, даже сноха и та. кромѣ худого, ему ничего не дѣлаетъ, „стремясь воспользоваться его имуществомъ“. Сознаніе болѣзни отсутствуетъ; въ окружающемъ ориентированъ достаточно. Неравномѣрность зрачковъ и другіе физическіе симптомы прогрессивнаго паралича остаются *in statu quo ante*.

6/ви 99 г. Состояніе безъ перемѣнъ; взятъ домой.

3/х 99 г. еще разъ поступилъ въ лѣчебницу.

По приѣздѣ домой 6/ви 1899 года больной совершилъ массу нецѣлесообразныхъ поступковъ: безъ особой нужды продалъ свой домъ и, получивъ предварительно 200 рублей, сталъ гулять и кутить, производить разныя безчинства, почему и былъ задержанъ полиціей и отправленъ въ нашу лѣчебницу. Къ даннымъ, полученнымъ относительно его состоянія раньше,

добавлено на приемъ слѣдующее: правая носогубная складка сглажена, языкъ при высовываніи отклоняется вправо; рѣчь чистая, произношеніе свободно. Колѣнные рефлексы повышены. Больной не можетъ стоять на ногахъ, тотчасъ присѣдаетъ, жалуясь на головокруженіе. Съ психической стороны сознательнъ и ориентированъ въ окружающемъ; высказываетъ нестойкій и несистематизированный бредъ преслѣдованія.

Теченіе болѣзни. 4—23/ix Постоянно агитированъ, много рѣчивъ, суетливъ; высказываетъ идеи преслѣдованія, но безъ строгой систематизаціи ихъ. Обнаруживаетъ слабость памяти, непослѣдовательность и поверхностность сужденій. Много говоритъ о своихъ планахъ и проэктахъ по преимуществу хозяйственнаго характера. Сознаніе окружающаго ясное.

24—27. По ночамъ плохо спитъ. Высказываетъ желаніе обогатиться такъ какъ ему нужны деньги. Для этого хочетъ выстроить фабрики обуви на имѣющіяся у него 10 милліоновъ рублей. Проситъ отпустить его въ городъ для закупки 150 пудовъ желѣза для крыши фабрики. Себя рекомендуетъ свѣдущимъ и „по балетному дѣлу“, — „онъ можетъ и протанцовать и дробь пустить“ (при этомъ пляшетъ, жестикулируя и отъ души смѣясь). Постоянно веселъ, непослѣдователенъ и легкомысленъ.

28/x—20/xi. По прежнему страдаетъ бессонницей. Въ окружающемъ ориентированъ; продолжаетъ прискивать мѣсто для своей будущей фабрики. Память ослаблена. Новый проэктъ: намѣренъ устроить оркестръ въ лѣчебницѣ, „который будетъ на удивленіе всей Европѣ“. Думаетъ устроить при лѣчебницѣ театръ, на что жертвуетъ 900 рублей, которыя онъ будто бы скоро получитъ отъ зятя.

21—30. Былъ вызываемъ въ Губернское Правленіе для освидѣтельствванія. Причину этого вызова видитъ въ слѣдующемъ. У него въ г. Корчевѣ (его родина) много враговъ, которые его постоянно мучали и терзали. „Теперь эти мучители должны будутъ получить кару. Его освидѣтельствовали и теперь само начальство начнетъ противъ его враговъ дѣло; оказывается, — „зашумѣло“, да я и самъ покажу, кто я и какъ со мной нужно обращаться. Я дойду до Государя, я найду правду“.

Декабрь. Составляетъ по прежнему самые разнообразные проэкты. Намѣренъ въ компаніи со своимъ зятемъ „милліонеромъ“ устроить кожевенный заводъ, для чего у сосѣднихъ

крестьянъ хочетъ заарендовать 700 десятинъ земли, въ томъ числѣ и находящеяся на этой землѣ озеро. Заводъ будетъ „первоклассный“, издѣлія будутъ доставляться прямо въ столицы, а для Твери и другихъ губернскихъ городовъ работать нестѣтъ. Рядомъ съ заводомъ построить прачешную для стирки бѣлья на весь Петербургъ. Изъ деликатности и чувства благодарности въ этой прачешной онъ будетъ разрѣшать стирать бѣлье и изъ Бурашевской лѣчебницы. Будетъ у него и портвяжная мастерская тоже для Петербурга, преимущественно для магазина зятя его, который продаетъ въ годъ готового платья на 800,000 рублей.

Лѣвой зрачекъ значительно шире праваго, реакція на свѣтъ довольно вялая.

1900 г. Январь — Февраль. Прогрессивный упадокъ умственной дѣятельности; по прежнему больной высказываетъ массу нелѣпыхъ плановъ, начинаетъ дѣлать разные музыкальные инструменты, но ничего не выходитъ. Доволенъ своею жизнью. Питаніе замѣтно падаетъ.

Мартъ—Апрель. Получилъ письмо отъ дочери, въ которомъ она пишетъ, что она вышла замужъ. Это очень огорчило больного, такъ какъ онъ ждалъ приглашенія на свадьбу. Вскорѣ появились приступы тоски, угнетенное настроеніе. На прогулку ходить отказывается, говоря, что онъ „будетъ ждать пока его горе пройдетъ“.

Май — Июнь. Продолжаетъ уединяться, отказываясь выйти на свѣжій воздухъ. Физическое состояніе безъ особыхъ перемѣнъ.

Июль—Августъ. Тоже состояніе.

Сентябрь—Октябрь. Апатиченъ, индифферентенъ ко всему окружающему; ѣсть очень много. Сонъ и отправления правильны.

Ноябрь—Декабрь. Питаніе все болѣе падаетъ, не смотря на удовлетворительный аппетитъ.

1901 г. Январь — Февраль. Та же апатія, малоподвижность, индефферентизмъ. Появилось довольно замѣтное расстройство рѣчи съ характеромъ спотыканія на нѣкоторыхъ слогахъ. На ногахъ держится не совсѣмъ твердо.

Мартъ—Апрель. Покоенъ. Никакихъ стремленій и желаній, кромѣ заботы о питаніи, такъ какъ аппетитъ значительно усиленъ. Не смотря на то, что больной много ѣсть, питаніе его сильно и неудержимо падаетъ. Парезъ лѣваго п. *facialis* усиливается; неравномѣрность зрачковъ и расстройство рѣчи въ прежнемъ видѣ. Настроеніе менѣе угнетенное.

Май—Юнь. Произношеніе затруднено въ значительной степени. Ъсть много; спитъ хорошо.

Юль—Августъ. Разстройство рѣчи усиливается; питаніе падаетъ довольно быстро.

Сентябрь—Октябрь. Былъ одинъ апоплектиформный инсультъ.

Ноябрь—Декабрь. Два апоплектоидныхъ инсульта, послѣ чего въ теченіе двухъ дней больной совсѣмъ не говорилъ; чрезъ два дня началъ говорить, но съ большимъ трудомъ.

1902 г. Январь—Февраль. Настроеніе благодушное; больной оживленъ, много говоритъ, но рѣчь малопонятна, вслѣдствіе затрудненнаго выговора словъ. Появились невралгическія боли въ области межреберныхъ нервовъ.

Мартъ—Апрѣль. Безъ особыхъ переменъ. Зрачки неравнобѣрны, реакція отсутствуетъ. Правый колѣнный рефлексъ нѣсколько живѣе лѣваго. Въ языкѣ фибриллярныя подергиванія. Сонъ хуже; аппетитъ удовлетворительный.

Май 1—15. Настроеніе повышенное, больной высказываетъ несбыточные планы и величавыя идеи въ прежнемъ духѣ. Сталъ подвиженъ, суетливъ, плохо спитъ, встаетъ рано, мѣшая спать другимъ больнымъ.

16—20. Сталъ неуживчивъ съ другими больными, на всѣхъ жалуется, всѣми недоволенъ, заводитъ ссоры. Проситъ перевести его въ другое отдѣленіе.

21—30. Чувствуетъ себя очень хорошо; оживленъ ходитъ приплясываетъ; бредовыя идеи богатства.

Юнь. 1—15. Бьетъ прислугу за неисполненіе его приказаній; подойдя къ двери, громко говоритъ, воображая, что онъ бесѣдуетъ съ именитыми лицами, высказываетъ намѣреніе жениться на женщинѣ врачѣ лѣчебницы, которую думаетъ представить ко двору. Ъсть хорошо, но худѣетъ; спитъ плохо.

16—30. Зрачки неравнобѣрны, часто мѣняютъ форму, эллипсиса. Говоритъ больной тихимъ голосомъ. Слабѣетъ физически. Бредъ распадается, но еще богатый и разнообразный.

Юль. 1—25. Слабѣетъ съ каждымъ днемъ. Дѣлается неопрятнымъ, переведенъ въ слабое отдѣленіе.

26—31. Слабъ; рѣчь сильно затруднена. Съ психической стороны глубокое слабоуміе.

Августъ—Сентябрь. Самочувствіе повышено, больной веселъ, болтливъ, поетъ пѣсни полныя двусмысленности, даже цинизма.

Октябрь. Безъ особыхъ перемѣнъ.

Ноябрь. 1—5. Жалуются на головныя боли (въ области затылка), съ 1-го числа легъ въ постель; температура въ предѣлахъ нормы. Съ постели не встаетъ, лежитъ закрывшись одѣяломъ.

6. Всталъ съ постели; не жалуется. Бѣтъ хорошо; спитъ иногда очень плохо.

7/xi. Въ 7 часовъ утра больной умеръ во время апоплектоиднаго инсульта.

Вскрытія проведено не было; тѣло взято родственниками для погребенія.

2. Больной И. Е—ій, мѣщанинъ, 45 лѣтъ, поступилъ въ лѣчебницу 22 Іюня 1893 года,

Анамнезъ (со словъ брата). Дѣдъ со стороны отца и отецъ горкіе пьяницы; одинъ двоюродный братъ душевно-больной. Самъ больной очень рано началъ пить водку; 13 лѣтъ назадъ перенесъ сифлисъ.

Настоящее заболѣваніе появилось вслѣдъ за попойкой *въ январь текущаго года*: больной, однажды придя домой обѣдать, началъ мѣшать щи ручкой ложки, всыпалъ въ блюдо всю солонку соли, вскочилъ и побѣжалъ вонъ изъ дома; потомъ вернувшись, сталъ вытаскивать вещи на улицу, раскололъ иконы, зажегъ лампу, поставилъ ее на ворота своего дома и кричалъ: „идите встрѣчать“. Все время послѣ этого и до поступленія въ лѣчебницу больной плохо работалъ, высказывалъ „разныя несообразности“, былъ тихъ, покоенъ; иногда впрочемъ шумѣлъ, рвалъ бѣлье, ломалъ вещи, плохо спалъ. Въ послѣднее время (въ іюль) сталъ позволять себѣ разныя „выходки“ въ родѣ того, что оболъетъ кого нибудь водой, ударить подъ руку пошавшеюся вещью, разобьетъ стекло и т. д. Такое поведеніе больного заставило его родныхъ отправить его въ лѣчебницу.

St. praesens. Больной крайне подвиженъ, многорѣчивъ, теченіе идей ускорено, настроеніе веселое, довольное; называетъ себя и кузнецомъ и царемъ; сознаніе неясное, память, ображеніе понижены. Зрачки неравномѣрны; рѣчь затруднена, сухожильные рефлексы повышены, въ языкѣ фибриллярныя подергиванія.

Далѣ въ скорбномъ листѣ слѣдуетъ отмѣтка за 26/1 94 г.: спокоенъ, физическія отправленія правильны; рѣчь значительно затруднена; неодинаковость зрачковъ временная. Сознательнъ; усердно работаетъ въ сапожной мастерской.

31/ш 94 г. выписанъ безъ улучшенія въ состояніи здоровья и взятъ родственниками.

8/х1 95 г. обратно доставленъ въ лѣчебницу. По дорогѣ былъ возбужденъ, изорвалъ на себѣ сорочку, потому что „черезъ голову прошелъ какой-то духъ“; видѣлъ мертвецовъ, выходящихъ изъ земли, почему пытался убѣжать отъ провожатаго, но былъ опять пойманъ.

Привезшій больного сообщилъ; что, по прибытіи 31/ш 94 г. домой, больной опять сталъ работать, но рѣдко, потому что часто были головныя боли, мѣшавшія ему заниматься дѣломъ. Съ полгода тому назадъ появилась бессонница, сильное головокруженіе и забывчивость: больной часто не зналъ, что онъ долженъ дѣлать или же куда положить ту или другую вещь

2-го ноября 95 г. пришелъ въ состояніе сильнаго возбужденія на улицѣ, былъ препровожденъ въ полицію, а оттуда въ мѣстную больницу; въ послѣдней разбилъ два стекла и блюдо. Пробывъ два дня, онъ былъ препровожденъ въ нашу лѣчебницу.

St. praesens. Видъ болѣзненный, цвѣтъ кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ блѣдный. Зрачки неравнобѣрны, реакція ихъ достаточная. Въ языкѣ и въ пальцахъ рукъ легкій тремор. Рефлексы усилены, походка твердая; произношеніе словъ затруднено. Внутренніе органы безъ особыхъ измѣненій.

Спокоенъ; сознаніе мѣста и времени сохранено; память относительно событій прошедшаго времени удовлетворительна, по событія послѣдняго времени легко забываются. Жалуется на разныя ненормальныя ощущенія: чувствуетъ холодъ во всемъ тѣлѣ и подъ ложкой; постоянно третъ руки и лицо, ощупываетъ голову, говоря, что онъ чувствуетъ, какъ „духъ выходитъ изъ головы“. Утверждаетъ, что у него ротъ засохъ, сердце остыло, голова стала меньше и проситъ полѣчить его.

Теченіе болѣзни. 9/х1. Ночь провелъ спокойно. Днемъ часто поворачиваетъ голову съ одной стороны на другую, или же ударяетъ себя кулакомъ по головѣ. Часто сходить съ кровати, становится на колѣна, иногда ложится на полу, говоря, что ему легче, когда онъ мѣняетъ положеніе.

Декабрь 95 г. Тоже состояніе.

1896 г. Январь—Февраль. Безъ особыхъ перемѣнъ. Малокровенъ; покоенъ, но постоянно третъ руками разныя части тѣла, говоря, что ему „такъ легко“, при этомъ дѣлаетъ бессмысленныя, причудливыя движенія.

Мартъ—Май. Состояніе безъ особыхъ перемѣнъ.

Июнь—Августъ. Особого безпокойства не проявляетъ; вслѣдствіе рызныхъ ненормальныхъ ощущеній работать не можетъ. Постоянно дѣлаетъ причудливыя движенія челюстью и всюю головою, бьетъ себя по ушамъ руками, третъ голову до того, что на томъ мѣстѣ образовалось плѣшивость. Цвѣтъ лица грязновато-сѣрый; зрачки неравномѣрно расширены; въ мышцахъ тремогъ.

Сентябрь—Декабрь. Какихъ либо перемѣнъ въ психической или физической сферѣ не пришло за эти мѣсяцы.

1897 г. Январь—Февраль. Питаніе ниже средняго, сосуды склерозированы. Ъсть и спать хорошо. Спокоенъ, по цѣлымъ днямъ сидитъ въ постели и третъ себѣ голову. На вопросъ: „зачѣмъ онъ это дѣлаетъ?“ отвѣчаетъ, что „въ головѣ его сидятъ разбойники“. Ненормальныя ощущенія: по прежнему увѣряетъ, что у него вмѣсто горла стеклянная трубка; поэтому онъ не долженъ ѣсть, иначе трубка можетъ разбиться. Въ общемъ далеко зашедшее слабоуміе.

Мартъ. Настроеніе благодушное; безъ особаго ропота переноситъ нападенія со стороны другихъ больныхъ. Охотно всунаетъ въ разговоръ, обнаруживая массу ложныхъ ощущеній и насильственныхъ представленій.

Апрѣль. Изрѣдка бываетъ скоропреходящее возбужденіе, во время котораго больной бѣгаетъ по палатѣ, громко говорить, рветъ бѣлье, увѣряя, что не онъ дѣлаетъ, а „сидящій въ немъ нечистый духъ“.

Май. Сильное возбужденіе; ни минуты не сидитъ на мѣстѣ, кричитъ ползаетъ по полу, рветъ бѣлье, царапаетъ себѣ тѣло, говоря, что у него въ тѣлѣ тысяча чертей, которые его мучаютъ и заставляютъ шумѣть. Отказывается отъ пищи, объясняя свой отказъ тѣмъ, „что внутри него сидитъ громадная змѣя, которая все съѣдаетъ, поэтому ѣсть бесполезно“. Сонъ часто нарушенъ.

Июнь. Возбужденіе продолжается, разорвалъ большое количество бѣлья; плачетъ, хохочетъ, кричитъ почти непрерывно. Массовыя галлюцинаціи и насильственные представленія. Увѣ-

ряеть, что шумить не опъ, а черти, сидящіе въ немъ; у него уже нѣтъ тѣла, его тѣло камень или кость. Питаніе крайне плохое; цвѣтъ кожи сѣрый.

Іюль. 1—15. Сталъ нѣсколько спокойнѣе, ѣсть и спать лучше.

16—31. Покоень, но по прежнему третъ себѣ голову и царапаетъ лицо.

Августъ—Сентябрь. Покоень; питаніе прогрессивно падаетъ; ѣсть хорошо. Сонъ часто плохой.

Октябрь—Декабрь. Безъ особыхъ перемѣнъ.

1898 г. *Январь—Мартъ.* Постепенный упадокъ умственныхъ силъ и прогрессирующая физическая слабость.

Апрѣль—Май. Высказываетъ бредовыя идеи величія; добродушень, покоень, слабоумень. Жалуется на ползанія змѣй подъ кожей. Ёсть, спать плохо.

Іюнь—Іюль. Покоень; глубоко слабоумень; цѣлые дни бродить по отдѣленію, третъ руками голову, какъ бы стирая что съ нея, при этомъ издаетъ мычащія звуки.

Августъ—Сентябрь. Произношеніе затруднено въ сильной степени. Большой истощень, вялъ, большую часть времени проводить въ постели.

Октябрь. 8. Вечеромъ былъ апоплектоидный инсультъ съ послѣдующей гемиплегіей лѣвой стороны; языкъ отклонень, при высобываніи, въ правую сторону.

9—14. Самочувствіе удовлетворительное; рука и нога (лѣвая) по прежнему остаются въ состояніи паралича. Сознаніе въ значительной степени затемнено. Чувствительность на парализованной сторонѣ утрачена (полная анестезія).

15. Съ шести часовъ вечера и до утра слѣдующаго дня было 7 апоплектоидныхъ припадковъ съ подергиваніями личныхъ мышцъ на лѣвой сторонѣ. Сознаніе неясное. Не ѣлъ,

16. Въ теченіе сутокъ 19 припадковъ такого же характера. Глотаніе затруднено.

17. 10 припадковъ, но значительно болѣе слабыхъ, чѣмъ предыдущіе и съ большими свободными промежутками; послѣ каждаго припадка сильная жажда. Ёль мало, глотаніе затруднено.

18. Припадковъ не было. Сознаніе яснѣе, просить ѣсть и глотаетъ свободнѣе, хотя все еще поперхивается. Парализованныя конечности въ прежнему видѣ: анестезія продол-

жається, больной не можетъ даже указать, гдѣ его лѣвая рука или нога.

19. Одинъ припадокъ прежняго характера. На крестцѣ и лѣвой ягодицѣ обширная гангрена величиною въ ладонь, образовавшаяся въ теченіе послѣднихъ сутокъ; дермаркаціонная линія еще не ясна.

20—23. Припадокъ не было. Неряшливъ, неопрятенъ. Омертвѣвшая часть еще не отдѣлилась.

24—28. Очень беспокоится въ постѣли: то встаетъ, то ложится, сбрасываетъ на полъ подушки, одѣяло, простыни, срываетъ повязку. По отграниченіи омертвѣшаго участка удаленъ кусокъ кожи съ подкожной клетчаткой толщиной въ палецъ. Температура нормальная.

29—31. Очень безпокоенъ, по прежнему сбрасываетъ все на полъ. Жалуется, что подъ нимъ лежитъ змѣя. Часто просить ѣсть; ѣсть много, но неудержимо худѣетъ. Рана очистилась.

Ноябрь. 1—7. Тоже состояніе. Рана хорошо гранулируется, не смотря на загрязненіе ея больнымъ.

8—12. Лѣвая конечность вновь пріобрѣтаетъ способность къ активнымъ движеніямъ: больной понемногу начинаетъ ходить, хотя и съ посторонней помощью.

13—30. Ходить довольно свободно; лѣвой рукою начинаетъ брать предметы, мышечная сила этой руки еще слаба.

Декабрь. Безъ особыхъ перемѣнъ.

1899 г. Январь. Больной достаточно окрѣпъ, ходитъ безъ посторонней помощи; большею частію сидитъ въ постели, ни съ кѣмъ не разговаривая, иногда громко мычитъ и проводитъ рукой по лицу.

Февраль. На мѣстѣ бывшей язвы сухой струщъ. Въ сферѣ психической глубокая дементность и апатія.

Мартъ. Рана зарубцевалась. Питаніе ниже средняго. Слабоумень: на вопросы или даетъ нелѣпыя отвѣты, или же не отвѣчаетъ, а только мычитъ и третъ руками голову, лицо.

Апрѣль—Май. Безъ особыхъ перемѣнъ. Выходитъ на прогулку около отдѣленія. Добродушенъ, молчаливъ, сильно слабоумень.

Іюнь—Сентябрь. Тоже состояніе. Началъ рвать бѣлье, надѣваемое на него, объясняя при этомъ, что не онъ рветъ бѣлье, а „оно само тлѣетъ, потому что въ его тѣлѣ много яду“.

Октябрь—Декабрь. Безъ особыхъ перемѣнъ.

1900 г. Январь—Февраль. Психика въ жалкомъ видѣ: полный распадъ умственной дѣятельности. Память утрачена. Сознаніе окружающаго неясное. Неопрятенъ.

Мартъ—Июль. Высказываетъ отрывочный бредъ величія. Рѣчь невнятная; глотаніе затруднено. Все время проходить въ томъ, что обѣими руками оцъ что-то стираетъ съ головы и при этомъ однообразно мычитъ. Неопрятенъ. Физическое состояніе разрушается все болѣе и болѣе.

Августъ—Сентябрь. Больной въ состояніи глубокаго апатическаго слабоумія. Ничѣмъ не интересуется, молча по цѣлымъ часамъ просиживаетъ на своемъ мѣстѣ, иногда царапаетъ себѣ кожу на шеѣ. Неряшливъ, неопрятенъ, обжорливъ.

Октябрь—Ноябрь. Покоенъ; обыкновенно сидитъ за столомъ молча, ни съ кѣмъ ни въ какія отношенія не вступаетъ, ни съ какими вопросами или просьбами ни къ кому не обращается. Сознаніе въ значительной степени затемнено, на вопросы не отвѣчаетъ, говоря вмѣсто того какія то безсвязныя фразы и произнося отдѣльные звуки. Выговоръ затрудненъ; походка шаткая, неувѣренная.

Декабрь. Слабоуменъ, апатиченъ, очень неряшливъ, ведетъ растительный образъ жизни; правая половина тѣла въ состояніи пареза, рѣчь малоразборчива. Никакихъ интересовъ, желаній, стремленій не обнаруживаетъ. Ъсть много, спитъ достаточно.

1901 г. Январь—Февраль. Въ психической и физической сферѣ перемѣнъ не замѣтно. Неопрятенъ; неряшливъ: постоянно пачкается обильно выделяемой изъ рта слюной. Ъсть хорошо.

Мартъ—Апрѣль. Отдѣленіе слюны усилилось; большой почти совсѣмъ не владѣетъ лѣвой парой конечностей; рѣчь болѣе разстроена. На ногахъ держится плохо. Неопрятенъ.

Май—Июль. На вопросы отвѣтовъ давать не можетъ, обнаруживаетъ глубокое слабоуміе; въ окружающемъ не ориентуется. Покоенъ, малоподвиженъ.

Августъ—Сентябрь. Сильное разстройство произношенія; на ногахъ стоитъ не твердо, сильно пошатываясь. Языкъ высунуть изъ рта почти не можетъ, въ языкѣ массовое дрожаніе. Зрачки неравнобѣрны, безъ реакціи на свѣтъ и приспособленіе.

Октябрь—Ноябрь. Больной начинаеть быстро слабѣть физически; глотаніе затруднено, въ рукѣ (правой) тремор. Колебанный рефлексъ на лѣвой ногѣ отсутствуетъ, на правой повышень.

Декабрь. 1—9. Двигательныя разстройства усиливаются быстро; больной почти совсемъ не можетъ ходить, оставаясь большую часть времени въ постели.

10—20. Больной сильно ослабѣ; глотаніе невозможно: поперхивается отъ чайной ложки портвейна. Кожа холодна, ціанотична, конечности отечны. На вопросы отвѣтовъ не даетъ, не понимая ихъ, Пульсъ слабый съ перебойми; температура 36,1. Неопрятенъ все время.

21—24. Общая слабость увеличивается; температура 36, 4—37, 1. Пульсъ слабъ, частъ (до 100 ударовъ въ мин.). Истощеніе сильное

25. Въ теченіе ночи появилось отечное состояніе легкыхъ; пульсъ неправильный, частый, слабый. Взоръ неподвижный, мутный. Умеръ въ 9 часовъ вечера.

Вскрытія произведено не было, такъ какъ тѣло было взято родственниками для погребенія.

3. Больной А. С—въ, поручикъ въ отставкѣ, 32 лѣтъ, поступилъ въ лечебницу 24 сентября 1893 года.

Анамнезъ (со словъ больного). Отецъ и мать умерли отъ легочной чахотки; душевныхъ и нервныхъ болѣзней среди своихъ родственниковъ больной указать не можетъ. Самъ больной въ дѣтствѣ перенесъ корь, скарлатину; лѣтъ двѣнадцать назадъ „отъ ушиба носа потерялъ много крови, такъ что дѣло дошло до головокруженія и упадка силъ“. Съ 15 лѣтъ началъ пить, а сдѣлавшись офицеромъ сталъ пить сильно и часто. 23-хъ лѣтъ перенесъ брюшной тифъ. Затѣмъ былъ боленъ разными венерическими болѣзнями, уретритомъ, мягкимъ шанкромъ и, наконецъ, три года назадъ сифилисомъ. Во время маневровъ въ 1887 году получилъ контузію холостымъ зарядомъ въ лѣвую половину лица. Вскорѣ послѣ этой контузіи и появилось настоящее психическое заболѣваніе, это *пять лѣтъ тому назадъ*.

Началась болѣзнь съ того, что больной сталъ чувствовать страхъ, считать себя осужденнымъ на казнь. Вина же его со-

стояла главнымъ образомъ въ томъ, что однажды въ полномъ видѣ онъ назвалъ себя Великомъ княземъ. Больной ясно слышалъ голоса, объяснявшіе ему о предстоящей казни, для совершения которой указывалось даже лицо. Послѣ онъ рѣшилъ добровольно отдаться въ руки правосудія: надѣвъ парадную форму, отправился на ту площадь, гдѣ должна была совершаться его казнь. Однако по какой то причинѣ онъ три раза направлялся къ этой площади и три раза попадалъ, вмѣсто нея, туда, откуда выходилъ. Тогда онъ отправился къ своему командиру и заявилъ ему, что ему предстоитъ въ скоромъ времени казнь. Командиръ отправилъ больного въ психіатрическое отдѣленіе Николаевского госпиталя, гдѣ онъ продолжалъ также ясно слышать голоса, одновременно съ этимъ въ нищѣ замѣчалъ куски человѣческаго мяса. Пробывъ одинъ мѣсяць, больной выписался съ значительнымъ улучшеніемъ. Голоса по временамъ слышались и по выходѣ изъ госпиталя, но больной „хорошо умѣлъ владѣть собой“. Черезъ годъ состояніе больного ухудшилось: повторилась прежняя картина болѣзни. Черезъ пять мѣсяцевъ вторичнаго пребыванія въ госпиталя онъ выписался опять съ улучшеніемъ, хотя слуховыя галлюцинаціи не прекращались. На службѣ онъ уже не могъ оставаться, въ 1889 году вышелъ въ отставку и поселился у брата въ деревнѣ, занимаясь сельскимъ хозяйствомъ. Въ семьѣ брата ему жилось не особенно хорошо: часто происходили ссоры, вслѣдствіе чего весной 1891 и 1892 гг. онъ уходилъ отъ брата; стремился пробраться на югъ, такъ какъ думалъ, что южный климатъ окажетъ благотѣльное вліяніе на его здоровье во 1-хъ, а въ 2-хъ на югѣ онъ надѣялся скорѣе найти подходящее занятіе. Дальше г. Владиміра онъ не ушелъ и здѣсь распѣивался, такъ что принужденъ былъ вернуться къ брату. Во время этихъ скитаній ему приходилось перѣдко голодать, работать поденщикомъ, плотникомъ и т. п. Что касается его психической болѣзни, то за послѣдніе годы онъ замѣчаетъ въ себѣ тоскливость, разбитость, упадокъ физическихъ силъ, вялость, мысли, неспособность къ работѣ. Голоса все время не оставляли его. Лѣтомъ наступило ухудшеніе болѣзни, такъ что онъ принужденъ былъ поступить въ лѣчебницу.

Status praesens. Небольшого роста, плохого питанія. Печень спускается на два поперечныхъ пальца ниже ребернаго края, при давленіи довольно болѣзненна; такая же болѣз-

ненность ощущается и при давленіи на подложечную область. Легкія вездѣ проходимы для воздуха; тоны сердца чисты, но слабы. Лѣвой зрачекъ шире праваго; послѣдній сильно суженъ. Въ лѣвомъ реакція на свѣтъ ослаблена, а въ правомъ отсутствуетъ совершенно. Треморъ, атаксіи, анестезій не замѣчается; рефлексы въ предѣлахъ нормы. Съ психической стороны имѣются галлюцинаціи слуха разнообразнаго содержанія. Что касается ихъ происхожденія, то у больного на этотъ счетъ есть своя теорія. По его мнѣнію, „мысль представляетъ изъ себя особую невѣсомую субстанцію, вродѣ эфира. Когда эта субстанція входитъ въ мозгъ человѣка и пропитываетъ его, то является мысль и слышатся голоса“. Больной полагаетъ, что на свѣтѣ вообще есть много непонятнаго и не постижимаго; къ числу этихъ явленій онъ относитъ и тѣ голоса, которые слышатся ему. Сознаніе больного сохранено. Память удовлетворительная

Течение болѣзни. Октябрь—Декабрь. Помѣщается въ спокойномъ отдѣленіи, посѣщаетъ переpletную мастерскую, хотя и не особенно аккуратно. Временемъ бываетъ раздражителенъ, страдаетъ безсонницей, перестаетъ работать, отказывается отъ пищи и лежитъ въ постели. Остальное время работаетъ, участвуетъ въ развлеченіяхъ и прогулкахъ больныхъ, охотно бесѣдуетъ съ врачомъ, при чемъ обнаруживаетъ много наблюдательности по отношенію къ происходящимъ у него душевнымъ явленіямъ.

1894 г. *Январь.* 20. Въ состояніи больного наступило ухудшеніе: развилось половое возбужденіе, заставляющее его часто прибѣгать къ онанизму; въ результатѣ угнетеніе и усиленіе слуховыхъ галлюцинацій. Въ мастерской не работаетъ.

21—23. Безъ перемѣнъ.

24. Больной успокоился, опять началъ работать; галлюцинаціи слабѣе. Изрѣдка читаетъ книги, но не можетъ сосредоточить вниманія на извѣстномъ предметѣ. Пользуется свободой, но гуляетъ не часто.

17/п. Періодъ ухудшенія смѣнился улучшеніемъ: половое возбужденіе прекратилось, настроеніе спокойнѣе, не оживляется, хорошо спитъ. Въ послѣднее время сталъ хорошо работать въ картонажной мастерской надъ изготовленіемъ картонной модели зданія мастерской.

4/ш. Больной съ увлеченіемъ работаетъ; но не долго и до конца работы своей не довелъ. такъ какъ она, повидимому,

надоѣла ему. Теперь занимается изобрѣтеніемъ различныхъ инструментовъ: „съемной пайки“ прибора, замѣняющаго остролябію, машины для рѣзанія костей на тончайшія пластинки и т. д.

Онъ искренно убѣжденъ въ вѣрности идей его изобрѣтений и въ возможности осуществить ихъ на практикѣ. Последнее обстоятельство для него особенно важно, потому что этими изобрѣтеніями онъ думаетъ поправить свои финансы

10/ш. Во время прогулки больной зашелъ въ трактиръ, выпилъ двѣ рюмки коньяку; изъ трактира придти не могъ, былъ приведенъ посланнымъ за нимъ служителемъ. На другой и слѣдующій день не помнить о случившемся, не помнить, какъ и съ кѣмъ онъ вернулся въ отдѣленіе.

15/ш. Самочувствіе пониженное; дурное настроеніе, безпокойное, тревожное состояніе, обиліе слуховыхъ галлюцинацій.

2/iv. Снова успокоился, началъ работать въ мастерской, продолжая заниматься изобрѣтеніемъ различныхъ приборовъ и машинъ.

16/v. Чувствуетъ себя очень хорошо; началъ писать стихи, но ничего не выходитъ; принялся писать драмы, тоже ничего не вышло.

23/vi. Больной хорошо себя ведетъ и чувствуетъ удовлетворительно; продолжаетъ сочинять стихи; недавно началъ списывать для себя ноты. Когда ему было сообщено о предстоящей поѣздкѣ въ губернское правленіе для освидѣтельствованія, больной пришелъ въ возбужденное состояніе, говоря, что однажды онъ уже ѣздилъ туда, но результатовъ не было никакихъ. Соглашается послать въ Губернское Правленіе исторію своей болѣзни, написанную въ стихахъ.

24/vi—16/vii. О своей поѣздкѣ скоро позабылъ и принялся за свои обычные занятія; жалуется на продолжающіяся галлюцинаціи: въ настоящее время онъ увѣренъ, что голоса эти дѣйствительно существуютъ и принадлежатъ неизвѣстнымъ людямъ, иногда же его знакомымъ. Посредствомъ особой эфирной субстанціи мысли этихъ людей передаются, не смотря ни на какое разстояніе. Иногда ему случается только что подумать о комъ нибудь, какъ онъ уже слышитъ отвѣтъ. Въ дурныя минуты т. е. когда голоса особенно обильны, ему начинаетъ казаться, что онъ находится не въ больницѣ, а гдѣ-то въ тюрьмѣ, въ которую заключенъ по распоряженію правительства; врачи колоніи тогда представляются агентами

правительства. Подозрѣніе правительства въ преслѣдованіи его было причиною того, что больной не хлопоталъ о пенсіи: странно было бы хлопотать объ этомъ у своихъ враговъ. Недовѣріе больного къ врачамъ обнаружилось тогда, какъ онъ, пользуясь свободой, напился пьянымъ. Въ послѣдовавшемъ затѣмъ лишеніи права свободной прогулки онъ увидѣлъ наказаніе, въ больницѣ же тюрьму, а врачей считалъ за своихъ преслѣдователей. Этимъ объяснялось его грубость въ обращеніи съ врачами, нежеланіе понять, за что его лишаютъ свободы и проч.

17/уш—17/уш. Спокоенъ, психическое состояніе безъ рѣзкихъ переměнъ. Слуховыя галлюцинаціи ежедневны; отношеніе къ нимъ больного прежне. Больной выглядитъ гораздо лучше: онъ сдѣлался полнѣе (вѣсъ увеличился), цвѣтъ лица свѣжѣе. По прежнему занятъ писаніемъ стиховъ и пѣніемъ. Роднымъ и знакомымъ пишетъ письма обязательно со стихами. Завелъ особую тетрадь для стиховъ, куда аккуратно записываетъ все то, что сочиняетъ теперь и что сочинилъ раньше.

Сентябрь—Декабрь. Состояніе безъ особыхъ переměнъ.

1895 г. *Январь—Май.* Психическое состояніе въ прежнемъ видѣ. Больной сталъ настойчиво требовать себѣ разныхъ льготъ: отдѣльнаго помѣщенія, чаю съ сахаромъ, особой пищи и т. п. Неудовлетворенный раздражается и позволяетъ себѣ по отношенію къ врачу разныя грубости.

Юнь—Августъ. Ведетъ себя хорошо; часто пристаётъ съ просьбой выхлопотать для него пенсію и эмеритуру за его 11 лѣтнюю службу.

Сентябрь—Декабрь. Часто и охотно говоритъ о своей болѣзни, высказывая при этомъ различныя нейрастеническія жалобы. Ведетъ покойный образъ жизни, стараясь не подвергаться физическому переутомленію, которое очень плохо, по его мнѣнію, отзывается на его здоровьѣ. Всѣ свои ненормальныя ощущенія пытается по своему объяснить „по законамъ физиологіи“. Выражаетъ желаніе заняться какимъ нибудь физическимъ трудомъ; но лишь только прививается за него (сгребаніе сѣнга, носка дровъ въ отдѣленіе и т. п. какъ скоро же и бросаетъ).

1896 г. *Январь—Апрѣль.* По собственному желанію сталъ заниматься въ сапожной мастерской, но скоро прекратилъ свое занятіе, говоря, что вентиляція въ мастерской плоха, а это можетъ вредно подѣйствовать на него. Выражаетъ же-

ланіе поступитъ въ лѣчебницѣ на какую либо должность, чтобы заработать себѣ денегъ столько, сколько ему нужно на хорошее платье, такъ какъ онъ намѣренъ оставить Бурашево. Нашелъ себѣ занятіе въ конторѣ за маленькое жалованье; но скоро посѣщать кантору пересталъ.

Вспыльчивъ, раздражителенъ; недоволенъ пищей, требуетъ себѣ всевозможныхъ блюдъ, желая исправить свое здоровье.

Май—Іюль. Пользуется свободой; вступаетъ съ другими больными въ мѣновой торгъ; такъ: табакъ, сахаръ, чай, получаемые имъ отъ лѣчебницы, онъ перепродаетъ больнымъ, у которыхъ имѣются карманныя деньги и, на вырученные такимъ образомъ деньги, позволяетъ себѣ выпить время отъ времени водки. Иногда жалуется на невралгическія боли въ ногахъ, тогда не сходитъ съ постели; лежитъ, завернувъ ноги въ разное тряпье, до тѣхъ поръ, пока боли не пройдутъ. Ъсть хорошо; спать иногда плохо.

Августъ—Октябрь. Въ послѣднее время сталъ вести болѣе праздную жизнь. Стихи сочинять пересталъ, работу оставилъ; началъ хлопотать о томъ, чтобы родственники взяли его, хотя бы на время домой. По этому поводу написалъ брату нѣсколько писемъ, но отвѣта не получалъ. Психическое состояніе безъ переменъ. Склонность къ сомнѣніямъ, неврастеническія жалобы продолжаются попрежнему.

Ноябрь—Декабрь. Соматически выглядить сильно истощеннымъ, хотя аппетитъ, сонъ, отправленія удовлетворительны. Неравномерность зрачковъ и слабая ихъ реакція на свѣтъ и аккомодацию остаются попрежнему.

1897 г. Январь—Февраль. Вспышки гнѣва съ негодованіемъ противъ врачей, сосѣдей больныхъ время отъ времени повторяются. Въ остальное время покоенъ, вѣжливъ, любитъ поговорить; говоритъ медленно, не можетъ сразу сказать суща дѣла. Слабыя слуховыя галлюцинаціи попрежнему.

Мартъ—Май. Занялся садовыми работами, работаетъ усердно съ половины апрѣля, для чего выразилъ согласіе посѣлиться въ рабочемъ баракѣ.

Іюнь. Все время проводитъ въ саду около парниковъ, усердно работая.

Іюль. 1-го числа поѣхалъ въ отпускъ къ брату, гдѣ пробылъ только одинъ мѣсяць. Вернулся 28/ѵн, поссорившись со всѣми родственниками.

Августъ. Продолжаетъ свои занятія въ саду по часто оставляетъ работу, жалуясь на слабость силъ и быстрое

утомленіе. Всѣ вышки возбужденія не повторяются болѣе, вообще больной сталъ тише и менѣе требователенъ и настойчивъ.

Сентябрь—Октябрь. Постоянно жалуется на всевозможныя боли въ разныхъ частяхъ тѣла, лежитъ большую часть времени въ постели; апатиченъ, угрюмъ. Отправленія нормальны. Питаніе очень плохое.

Ноябрь—Декабрь. Жалуется на головныя боли, стрѣляющія боли въ ногахъ, угнетенъ, считаетъ себя опасно-больнымъ. Въ теченіе двухъ недѣль страдалъ разстройствомъ желудка: поносы чередовались съ запорами. Сонъ и аппетитъ въ предѣлахъ нормы.

Умственный горизонтъ довольно ограниченъ, кругъ интересовъ малъ; къ своему пребыванію въ больницѣ относится равнодушно.

1898 г. Январь. Больной покоснѣ, изрѣдка наблюдаются галлюцинаціи слуха; сознаніе ясное. Неврастеническія жалобы продолжаютъ по прежнему; больной легко успокаивается и перестаетъ жаловаться, когда врачъ назначаетъ ему то или другое лѣченіе (въ родѣ смазв. іодомъ больного мѣста, втираніе мази и проч.).

Февраль. Больной тщательно анализируетъ всѣ свои ощущенія; высказываетъ жалобы на ненормальности въ лѣвой половинѣ головы, поясняя при этомъ, что слышитъ въ лѣвомъ ухѣ то шумъ непріятнаго свойства, то даже голоса и рѣчи, то, наконецъ, неопредѣленные звуки, которые его очень безпокоятъ.

Мартъ—Апрѣль. Постоянно обращается къ врачу по поводу различныхъ болѣзненныхъ ощущеній; всегда словоохотливъ, особенно если дѣло идетъ объ его ощущеніяхъ, о его прошлыхъ болѣзняхъ. Довольно ясно сообщаетъ о раздвоеніи личности: онъ говоритъ, что, благодаря постояннымъ голосамъ въ лѣвомъ ухѣ, онъ, во время своихъ размышленій о какомъ нибудь предметѣ, никогда не можетъ придти къ какому нибудь опредѣленному рѣшенію, его постоянно слушается какой то голосъ противорѣчія и сомненія, слышимый въ лѣвомъ ухѣ, голосъ, который задерживаетъ логическій ходъ мыслей. Желая избавиться отъ галлюцинацій, больной опять началъ заниматься работой: ходитъ въ переплетную мастерскую, говоря, что „дѣйствительно работа отвлекаетъ его отъ болѣзненныхъ ощущеній и галлюцинацій“.

Больному предложено было переселиться въ одинъ изъ барачковъ, но онъ отказался, потому что „онъ выросъ и воспитался среди людей интеллигентныхъ, а въ баракѣ ему придется имѣть дѣло съ людьми грубыми, необразованными; онъ будетъ тамъ нравственно страдать, какъ это было раньше“.

Май—Іюнь. Добродушень, пользуется свободой, иногда работаетъ въ саду, но всегда послѣ работы высказываетъ свои многочисленныя жалобы на болѣзненные ощущенія въ различныхъ частяхъ тѣла. Написать перечень своихъ болѣзней на особомъ листѣ: „*перечень моихъ болѣзней* (курсивъ больного).

Головы: слуховыя (или) мозговыя галлюцинаціи, память ослаблена на запоминаніе фамилій и иностранныхъ словъ; воображеніе легко воспаляется; на продолжительный умственный трудъ не способенъ за скорымъ утомленіемъ.

Тема не имѣетъ волосъ, что бываетъ причиной ощущенія якобы мозговой стянутости при невысокой температурѣ.

Носъ поврежденъ ударомъ тупого орудія.

Уши. Въ правомъ ухѣ была разрушена барабанная перепонка, слухъ сильно притупленъ. Въ лѣвомъ непрерывное жужжаніе.

Зубы. Въ довольно сохранившемся состояніи только девять зубовъ; прочіе подвержены простудамъ при незначительныхъ колебаніяхъ температуры.

Кожа лица покрыта угрями саллистыми засореніями и пигментацией въ видѣ такъ называемыхъ веснушекъ.

Горло слабо, скоро устаетъ отъ разговора и пѣнія.

Вѣсъ тѣла 3 пуд. 5 ф. при 2 арш. 4 вершк. роста.

Грудь недостаточнаго объема, скелетъ слабо развитой, легкія слабыя въ хроническомъ катарральномъ состояніи; нерѣдко бываютъ колотья.

Желудокъ. Часты запоры и поносы. Ржаной хлѣбъ, соленое, кислое приводитъ въ болѣзненное состояніе. Пищевареніе слабо.

Сердце страдаетъ нервными болями; спать на лѣвомъ боку нельзя (2 или 3 года).

Общая слабость нервовъ, невралгическія боли въ ногахъ (періодически); ревматизмы рукъ (временами). Почва сифилоидальная при малокровіи и худосочіи“.

Іюль—Августъ. Прежнія жалобы, прежнее самочувствіе.

Сентябрь — Декабрь. Питаніе значительно ослаблено. Ёсть иногда плохо, жалуясь на дурное качество пищи, на свой плохой желудокъ, на страданіе его вслѣдствіе бывшаго сифилиса. Слуховыя галюцинаціи и болѣзненные ощущенія продолжаютъся. Часто страдаетъ бессонницей. Замѣчается затрудненіе въ произношеніи нѣкоторыхъ словъ.

1900 г. Январь — Май. Больной постоянно жалуется на разныя болѣзненные ощущенія. Въ концѣ мѣсяца, когда оканчивается порція получаемого имъ чая, у него будто-бы дѣлается сердцебиеніе, что онъ приписываетъ остаткамъ чая, перетертымъ въ порошокъ; въ такомъ чаю, превращенномъ въ чайную пыль, по мнѣнію больного. больше теину, чѣмъ въ цѣльномъ чаю, неизмельченномъ. Другую причину сердцебиенія онъ видитъ въ томъ, что на стѣнкахъ чайника накапливается темный осадокъ, который больной считаетъ за теинъ. Какъ только онъ протретъ чайникъ, сердцебиенія будто-бы прекращаются.

Іюнь 7. По желанію брата больной взять на его родину.

1901 г. Іюль. Вернулся самъ въ лѣчебницу, говоря, что подходящаго занятія нигдѣ не нашель, а „съ братомъ“ и его семьей ему жить невозможно“.

Августъ — Декабрь. Психическое состояніе безъ особыхъ переменъ. Въ физической сферѣ имѣются: неравномѣрность и отсутствіе реакціи на свѣтъ зрачковъ; значительное расстройство рѣчи; треморъ въ рукахъ и языкѣ.

1902 г. Январь — Апрель. Безъ замѣтныхъ переменъ, хотя можно отмѣтить прогрессирующее исхуданіе и упадокъ памяти.

Май — Іюнь. Въ психическомъ состояніи больного произошла замѣтная переменъ: у него стали возникать одинъ за другимъ различныя несбыточные планы съ оттѣнкомъ величія, грандіозности; больной началъ составлять прошенія на Высочайшее имя, ходатайствуя себѣ пожизненную пенсію въ нѣсколько тысячъ рублей въ годъ; одновременно съ этимъ увѣрялъ, что его скоро назначать харьковскимъ начальникомъ или же земскимъ учителемъ. Чтобы получить послѣднее, онъ рѣшилъ ходатайствовать у предсѣдателя управы посѣщать земскіе учительскіе курсы. Получивъ разрѣшеніе, усердно посѣщаетъ курсы; увѣряетъ, что выдержитъ экзаменъ съ отличіемъ и получить мѣсто учителя. Въ счетъ будущаго учительскаго жалованья сталъ искать денегъ въ долгъ.

Юль. 1—10. Усиленно ищетъ денегъ на телеграмму на Высочайшее имя, чтобы погоронить свое дѣло о пенсіи, которую онъ ждетъ давно. У больного возникъ проэктъ постройки желѣзной дороги отъ Твери до Бурашева (15 верстъ) за 300 рублей (триста). На сомнѣніе, что такъ дешево выстроить едва ли можно, больной увѣряетъ, что при экономіи выйдетъ даже дешевле. Замѣчается значительный упадокъ умственной дѣятельности.

11/ул. Изъ спокойнаго отдѣленія переведенъ въ наблюдательное.

12—27. Настроеніе повышенное; больной высказываетъ бредовыя идеи величія: пишетъ прошенія, составляетъ проэктъ, Написалъ прошеніе Государю, жалуясь на то, что его, назначеннаго уже Харьковскимъ воинскимъ начальникомъ, арестовали въ наблюдательномъ отдѣленіи. Проэктъ касается заселенія сѣвернаго полюса, устройства пушекъ изъ деревьевъ и т. п. Слабѣетъ физически довольно быстро. Рѣчь затруднена. Сухожильные рефлексы сильно повышены.

28—31. Тоже состояніе.

Августъ—Сентябрь. Паралитическій бредъ величія развивается все болѣе и болѣе грандіозныхъ размѣровъ. Больной собирается издавать какой-то сочиненный имъ водевилъ въ нѣсколькихъ милліонахъ экземпляровъ. Заработаетъ сотни милліоновъ денегъ отъ продажи водевиля. На эти деньги купить нѣсколько десятковъ тысячъ десятинъ въ Крыму и т. п. Физическое состояніе здоровья представляетъ ухудшеніе въ видѣ развивающейся общей слабости. Кашляетъ, отхаркивая иногда мокроту съ кровью. Въ правой верхушкѣ легкаго припушеніе.

Октябрь—Декабрь. Явленія прогрессивнаго паралича становятся все рѣзче и рѣзче. Языкъ фибриллярно дрожитъ, при высовываніи отклоняется влѣво. Замѣчается треморъ въ губахъ, пальцахъ руки. Ъсть много, спать мало. Почеркъ дрожащій, съ пропусками слоговъ и буквъ.

1903 г. Январь—Февраль. Почти ежедневно пишетъ прошенія, но чѣмъ дальше, тѣмъ смыслъ ихъ понять становится труднѣе. Почеркъ неровный, зигзагообразный, масса пропусковъ и недописокъ. Былъ одинъ апоплектоидный инсультъ, отъ котораго больной скоро оправился. Ъсть очень много. Часто бываютъ поносы. Питаніе прогрессивно падаетъ.

Мартъ — Апрель. Постепенный упадокъ умственныхъ способностей и разрушеніе силъ физическихъ. Часто бываетъ неопрятенъ. Рѣчь малопонятная; походка шаткая, неувѣренная.

Май 1—15. Слабѣть съ каждымъ днемъ. Появилось затрудненіе при глотаніи даже жидкой пищи. Истощеніе сильное. Слабъ; пульсъ малъ; температура 36, 8°.—36, 5.

15. Умеръ при явленіяхъ постепеннаго упадка дѣятельности сердца.

Вскрытія произведено не было, такъ какъ родственники взяли тѣло для погребенія.

Вотъ тѣ три случая длительнаго теченія прогрессивнаго паралича. Просматривая только что приведенныя исторіи болѣзней, не трудно замѣтить, что теченіе прогрессивнаго паралича въ каждомъ изъ этихъ случаевъ имѣло свои особенности.

Такъ, въ первомъ случаѣ (больной И. П. З—въ) болѣзнь начинается нейрастеническими симптомами съ интенсивными приступами тоски, продолжавшимися довольно долгое время. приблизительно въ теченіе 13 лѣтъ. Чрезъ 13 лѣтъ на смѣну этимъ симптомамъ появляются идеи преслѣдованія, которыя наблюдаются у больного сравнительно короткое время, не болѣе 3—4-хъ мѣсяцевъ, и не имѣютъ строго систематизированнаго характера. Далѣе слѣдуетъ періодъ маниакальнаго возбужденія, который такимъ образомъ появляется только чрезъ 13 лѣтъ отъ начала болѣзни. Этотъ періодъ въ нашемъ случаѣ сравнительно непродолжителенъ: начало его нужно отнести къ первымъ числамъ сентября 1899 года, а окончаніе къ марту 1900 года, слѣдовательно не болѣе 7—8 мѣсяцевъ. Послѣ маниакальнаго періода наступаетъ конечный стадій паралитического слабоумія, который продолжается только десять мѣсяцевъ, такъ какъ смерть наступаетъ преждевременно вслѣдствіе апоплектоиднаго инсульта.

Второй случай представляетъ ту особенность, что въ немъ отсутствовалъ маниакальный періодъ, свойственный картинѣ классическаго прогрессивнаго паралича, а болѣзнь началась симптомами слабоумія, которые оставались до смерти больного. Въ теченіе болѣзни можно было наблюдать кое-какія обрывки бредовыхъ идей съ характеромъ грандіозности, но дѣло шло о большихъ числахъ и только; болѣе или менѣе яркаго бреда величія здѣсь не наблюдалось. Идеи шизохондрическія, наблюдавшіяся у второго больного, носили тоже случайный харак-

теръ. Такъ что общій фонъ болѣзни это слабоуміе, начавшее картину болѣзни и заключившее ее.

Болѣе интересенъ третій случай, въ которомъ явленія нейрастеніи съ ипохондрическими идеями, обманами чувствъ и ложноощущеніями продолжались по крайней мѣрѣ 15 лѣтъ, послѣ чего развился на сколько пышный, настолько же и нелѣпый бредъ величія со всевозможными прошеніями и проэктами, милліонами и золотомъ. Этотъ періодъ продолжался недолго сравнительно съ первымъ періодомъ; не болѣе шести мѣсяцевъ (съ мая по ноябрь), послѣ чего наступилъ періодъ заключительнаго слабоумія, продолжавшійся вторую половину послѣдняго года.

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ болѣе стойкой ремиссіи въ теченіе болѣзни не было, болѣзнь безостановочно, хотя и очень медленно, шла впередъ.

Но помимо указанныхъ особенностей каждаго изъ этихъ случаевъ, они представляются интересными еще въ томъ отношеніи, что продолжительность болѣзни была довольно необыкновенна.

Средняя продолжительность теченія прогрессивнаго паралича указывается авторами различно. Такъ по *Корсакову*, она равна отъ 3-хъ до 6 лѣтъ; по *Краепелину*, она не превышаетъ двухъ лѣтъ и только въ единичныхъ случаяхъ достигаетъ 4—6 лѣтъ; по *М. Н. Попову* ¹⁹⁾ отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 5—7 лѣтъ и болѣе.

Это средняя продолжительность, но мы видѣли, что бываютъ отклоненія какъ сторону болѣе быстрого теченія прогрессивнаго паралича (голопирующая форма), такъ и въ сторону болѣе длительнаго, затяжнаго теченія этой болѣзни.

Въ литературѣ описано нѣсколько подобныхъ случаевъ съ длительнымъ теченіемъ. Еще въ 1870 году *Doutrelente* ²⁰⁾ отмѣтилъ, что такая форма бываетъ и назвалъ еѣ атипической формой прогрессивнаго паралича, бывающей у *Léréditaires vesaniques*. Позднѣе въ 1873 году нѣсколько случаевъ описалъ *Lemaitre* ²¹⁾. Въ 1883-мъ году *Bai Ilarger* ²²⁾ описалъ случай прогрессивнаго паралича (съ галлюцинаціями слуха), продолжавшійся въ теченіе 17 лѣтъ. *Ecart* ²³⁾ въ цитируемой статьѣ приводитъ 11 случаевъ прогрессивнаго паралича продолжительностью отъ 7 до 14 лѣтъ. Проф. *Н. М. Поповъ* ²⁴⁾ наблюдалъ дементныя формы прогрессивнаго паралича, протекавшія 10 и болѣе лѣтъ. *Lapointe*, *Voisin* и *Vallon Seglas*

(обозр. психіатріи 1897 г. стр. 473) приводятъ случаи прогрессивнаго паралича съ діагнозомъ, подтвержденнымъ вскрытіемъ, гдѣ болѣзнь продолжалась 15—20 лѣтъ. *Morcester* ²⁵⁾ приводитъ случай продолжительнаго теченія прогрессивнаго паралича до 14 лѣтъ (съ 1881 года до 1895 г.), этимъ онъ указываетъ на то, что въ 1874 году у этого больного были отмѣчены меланхолическіе симптомы; если ихъ считать за начало заболѣванія, то продолжительность болѣзни значительно увеличится. Въ послѣднее время *Gerhard Schäfer* ²⁶⁾ приводитъ два случая прогрессивнаго паралича, изъ которыхъ въ одномъ болѣзнь продолжалась въ теченіе 16 лѣтъ, въ другомъ 23 года. Наконецъ, въ текущемъ (1903-мъ) году *Dontrebeute et Marchand* ²⁷⁾ въ засѣданіи 25/v сообщили наблюденіе, касавшееся паралитика, у котораго болѣзнь продолжалась 23 года съ двумя ремиссіями, изъ которыхъ первая продолжалась нѣсколько лѣтъ (съ 1876 г. до марта 1897 г.) и закончилась эпилептиформными припадками, а вторая одинъ годъ и закончилась внезапно наступившимъ коматознымъ состояніемъ, перешедшимъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ въ смерть. *Vallon* ²⁷⁾, участвовавшій въ преніяхъ по этому поводу, сообщилъ случай прогрессивнаго паралича продолжительностью 10—12 лѣтъ; онъ же упоминаетъ, что въ диссертациі *Arnaud*'а приведенъ случай прогрессивнаго паралича, продолжавшійся 15 лѣтъ.

Ко всѣмъ этимъ цифрамъ близки и наши случаи. Такъ въ первомъ нашемъ случаѣ болѣзнь продолжалась 21 годъ, во второмъ 9 лѣтъ и въ третьемъ 16 лѣтъ. Добавимъ къ этому, что случаи съ подобнымъ длительнымъ теченіемъ, по нашимъ даннымъ, оказались очень рѣдкими. Изъ 900 случаевъ прогрессивнаго паралича, которыми мы располагали, такихъ случаевъ, какъ видимъ встрѣтилось только три, что составитъ ничтожный процентъ — 0. 33%.

Л и т е р а т у р а.

- 1 и 9) *Mendel*. Die progressive Paralyse der Irren. 1880 г.
- 2) *Крафтъ-Эбингъ*. Прогрессивный общій параличъ 1901 г.

- 3) Kraepelin. Учебникъ психіатріи. 1898 г.
- 4) Binswanger. Die pathologische Histologie der Grosshirn rindenerkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und frühformen. Jena. 1903 г.
- 5 и 8) Buchholz. Ueber die acut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica. (Archiv. f. Psychiatrie. Bd. 36, Heft 2).
- 6, 19 и 24) Н. М. Поповъ. Шестъ лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. 1900 г.
- 7) Корсаковъ. Психіатрія. 1901 г.
- 10) Oebke. Ueber Pupillenreactionen und einige andere Erscheinungen bei der progressiv. Paralyse. (Zeitschrift. f. Psychiatrie. Bd. 50).
- 11) Sprengel. Beitrag zur Statistik etc. der allgemein. progressiv. Paralyse etc. (Zeitschrift. f. Psychiatrie. Bd. 56).
- 12) Kundt. Statistische casuistische Mittheilung zur Kenntniss der Paralyse. (Zeitschrift. f. Psychiatrie. Bd. 50).
- 13) Heilbronner. Ueber krankheitsdauer und Todesursachen bei der progress. Paralyse. Zeitschrift. f. Psychiatrie. Bd. 51).
- 14) Müller. Statistische Betrachtungen über allgem. Paralyse. (Zeitschrift. f. Psychiatrie стр. 1027).
- 15) Hughes. A case of general paresis.—The Alienist and Neurologist. 1888, 4. (Реф. въ арх. Ковалевскаго, 89 г. т. XIII № 2, стр. 131).
- 16) Mablille. Paralyse générale à marche très-rapide. (Annales médico-psychologiques 6-me Série, t. II, Novembre. 1879 г.).
- 17) Hughes. Un cas de paralyse générale à marche rapide. (Реф. въ Annales méd.-psychologiques. 7-me Serie, t. XI. Mai 1890 г.).
- 18) René Serrygny. Un cas de paralyse générale Survenue pendant une Syphills Secondaire marche rapide.

(Annales médico-psychologiques 8-e Serie, t. XII, Novembre 1900).

20) **Dontrebente**. Recherches sur la paralysie générale progressive. Thèse de Paris. 1870. (Annales méd.-psychol. 8-me Série, t. XIII 1903).

21) **Lemaître**. Paralysie générale de longue durée. Thèse de Paris. 1873. (Annales méd.-psychol. 8-me Serie, t. XVIII. 1903 r.).

22) **Baillarger**. Des hallucinations dans la paralysie générale. (Annales méd.-psychol. 6-me Serie, t. IX. Janvier. 1883).

23) **Ecart**. Quelques observations de la paralysie générale à longue durée 1896. (Цит. по проф. Н. М. Попову).

25) **Worcester**. Cas de démence paralytique de longue durée. (Annales med.-psychologiques 8-me serie, t. XI. Juillet. 1900).

26) **Schäfer**. Zur casuistik der progressiven Paralyse. (Zeitschri. f. Psychiatrie. Bd. LX. Heft. 4. S. 571. 1903 r.).

27) **Dontrebente et Marchand**. Un cas de paralysie générale de longue durée. (Annales médico-psychologiques, 8-me serie, t. XVIII. 1903 r.).

Терапевтическое значеніе кровопусканихъ при страданіяхъ нервной системы.

А. В. Соболевскаго.

(Окончаніе; см. т. XII, вып. 3).

По G o w e r s' y ³⁾, во время самого приступа апоплексіи вслѣдствіе геморрагіи, задача терапіи сводится къ тому, чтобы создать условія, благопріятствующія остановкѣ кровотеченія т. е. понижающія кровяное давленіе въ артеріяхъ, въ частности въ мозговыхъ сосудахъ, и устранить тѣ состоянія, которыя ведутъ къ повышенію артеріальнаго давленія. Кровопусканіе (отъ 10 до 12 унцій) ослабляетъ сердце и благопріятствуетъ свертыванію крови, по мнѣнію G o w e r s'a, который въ пользу назначенія кровопусканія при геморрагіи говоритъ, между прочимъ, слѣдующее: „никакое другое средство такъ быстро и значительно не уменьшаетъ напряженія крови, какъ венесекція, и послѣ кровопусканія сознаніе иногда возвращается“. Послѣднее обстоятельство въ виду вышесказаннаго не должно лишать насъ права подвергнуть оцѣнкѣ мнѣніе G o w e r s'a, которое принято и другими клиницистами, не приводящими новыхъ доказательствъ.

Для того, чтобы понизить кроводавленіе въ болѣе или менѣе значительной степени и на болѣе или менѣе продолжительное время, нельзя ограничиться кровопусканіемъ въ 12 унцій (т. е. приблизительно 8—10% предполагаемаго

количества крови), а нужно выпустить гораздо больше крови, особенно имѣя цѣлью „ослабить“ сердце. Между тѣмъ, какъ справедливо замѣтилъ I ù r g e n s e n ²⁰⁾, никакая потеря крови, сама по себѣ, не можетъ быть полезна. Почему же, однако, кровотечение въ одномъ мѣстѣ (напр. изъ *v. cephal.*) должно остановить таковое же въ другомъ мѣстѣ (въ головномъ мозгу)? Прямыхъ доказательствъ этому нѣтъ, но можно допустить, конечно, что кровотечение замедлится, особенно при ослабленіи сердечной дѣятельности, какъ это видно изъ моихъ опытовъ. О прекращеніи же кровоизліянія въ мозгу вслѣдствіе замедленія его говорить преждевременно, потому что всѣ клиницисты признаютъ возможность медленной гемморрагіи, которая все-таки обуславливаетъ развитіе апоплексическихъ явленій. По мнѣнію G o w e r s ' a ³⁾, однако, такое замедленіе кровоизліянія способствуетъ свертыванію крови и, такимъ образомъ, закупоркѣ кровоточащаго мѣста*). Но въ такомъ случаѣ слѣдуетъ опасаться образованія тромбовъ въ венахъ головного мозга, какъ это явствуетъ изъ слѣдующихъ соображеній самого G o w e r s ' a ³⁾: „направление поверхностныхъ венъ важно въ томъ отношеніи, что оно объясняетъ, почему такъ часто въ нихъ образуются тромбы. Въ мозгу кровь изъ восходящихъ артерій попадаетъ въ восходящія же вены. И, кромѣ того, такъ какъ устья этихъ венъ въ продольной пазухѣ обращены впереди, то входящая въ sinus кровь сталкивается съ кровью, текущею въ противоположномъ направленіи, результатомъ чего должно быть замедленіе кровяного тока, какъ въ венахъ, такъ и въ синусахъ. Мало того, въ стоячемъ положеніи передняя половина продольной пазухи имѣетъ также восходящее направленіе, при чемъ трабекулы, занимающіе просвѣтъ пазухи должны представить извѣстныя препятствія движенію крови. Эти обстоятельства объясняютъ,

*) Какъ примѣръ противорѣчія, см. стр. 406 у G o w e r s ' a ³⁾: «если изліяніе происходитъ медленно, то условія для прекращенія истеченія крови неблагоприятны».

почему въ тѣхъ случаяхъ, когда разные условія благоприятствуютъ свертыванію крови въ организмѣ, свертки особенно легко образуются въ продольной пазухѣ и кортикальныхъ венахъ. На самомъ дѣлѣ, нужно удивляться скорѣе тому, что тромбозъ не встрѣчается гораздо чаще“ (стр. 64).

Итоги моихъ опытовъ на собакахъ приводятъ къ заключенію, что черепномозговые сосуды подѣ влияніемъ кровопусканія имѣютъ склонность къ суженію. Перенося это дѣйствіе на человѣка, мы можемъ высказать предположеніе, что суженіе мозговыхъ сосудовъ во время кровоизліянія въ мозгъ можетъ способствовать только усиленію кровотока. Правда, кровоизліянія въ мозгъ почти исключительно обязаны атероматозному перерожденію артерій, которыя становятся хрупкими и теряютъ при этомъ въ значительной степени свою способность суживаться, но, по словамъ G o w e r s'a ³⁾, атероматозъ не поражаетъ маленькихъ сосудовъ головного мозга, которые, стало-быть, могутъ подѣ влияніемъ кровопусканія сужиться, тогда какъ поврежденный сосудъ, какъ несомнѣнно атероматозный, лишился такой способности. Не трудно понять, что при такомъ положеніи замедленія можетъ и не произойти. Приведемъ кстаті слѣдующія слова G o w e r s'a ³⁾, содержащія, впрочемъ, внутреннее противорѣчіе: „не рѣшено также насколько мы можемъ дѣйствовать на патологическое расширеніе сосудовъ въ какой-нибудь части тѣла сосудосуживающими лѣкарственными средствами. Эрготинъ, напр., вѣроятно, оказываетъ меньше вліянія на патологически измѣненные, нежели на здоровые сосуды, и благодаря этому можетъ, пожалуй, еще увеличить гиперемію. Неперстянка же, напротивъ, можетъ принести пользу, такъ какъ она вызываетъ сокращеніе мелкихъ артерій („стр. 382). Прибавлю, что на сосудосуживающее дѣйствіе кровопусканія G o w e r s'а ³⁾ не обращалъ вниманія и съ цѣлью вызвать суженіе артерій головного мозга при его гипереміи предлагаетъ „только тѣ мѣры, которыя, повидимому, вѣрнѣе всего ведутъ къ цѣли“, а, по его мнѣнію, „одна изъ этихъ мѣръ заключается въ примѣненіи хо-

лода къ головѣ посредствомъ непрерывнаго прикладыванія льда или же охлаждающаго снаряда, состоящаго изъ трубокъ, по которымъ непрерывно протекаетъ холодная вода. Такой же эффектъ имѣетъ, вѣроятно, приставленіе горчичниковъ къ затылку. Прикладываніе горчичниковъ къ конечностямъ врядъ ли ведетъ къ цѣли, но возможно, что они, какъ нѣкоторые полагаютъ, вызываютъ рефлекторное сокращеніе церебральныхъ артерій; во всякомъ случаѣ, однако, „отвлекающее“ вліяніе они могутъ обнаружить только тогда, когда они примѣняются къ очень большимъ участкамъ“ (стр. 382).

Если даже допустить, что суженіе сосудовъ подъ вліяніемъ кровопусканія не способствуетъ геморагіи, то нужно имѣть въ виду, что вслѣдствіе давленія излившейся крови на мозгъ послѣдній представляется и безъ того малокровнымъ. Непонятно поэтому заявленіе Gowers'a ³⁾ и Eichhorst'a ⁸⁾, что послѣ кровопусканія сознаніе *иногда* возвращается. Правда, послѣдній авторъ, описывая (въ другомъ мѣстѣ) принадлежности апоплексіи, говоритъ, что „пробужденіе изъ апоплектического приступа наступаетъ иногда довольно внезапно, *напримѣръ*, послѣ цѣлесообразнаго произведеннаго кровопусканія“, стало-быть, послѣднее не является, по мнѣнію Eichhorst'a безусловно необходимымъ для внезапнаго „пробужденія“, а согласно вышеприведеннымъ соображеніямъ представляется вѣроятнымъ, что пробужденіе въ такихъ случаяхъ происходитъ, *несмотря* на кровопусканіе, которое, вызывая суженіе кровеносныхъ сосудовъ коры, не можетъ, конечно, способствовать возстановленію сознанія. Сверхъ того, суженіе сосудовъ понижаетъ сопротивленіе мозговой ткани, а этого врядъ ли слѣдуетъ добиваться, потому что тогда создаются благоприятныя условія для кровоизліянія вслѣдствіе уменьшенія препятствій. Точно такъ же пониженіе внутричерепнаго давленія при кровопусканіи у собаки не говоритъ еще за его примѣненіе во время приступа апоплексіи, потому что вышеуказанное пониженіе достигается путемъ суженія черепно-мозговыхъ сосудовъ и такимъ образомъ открывається новый просторъ для

кровоизліянія. Для поясненія вышесказаннаго приведу слѣдующее мѣсто изъ руководства Eichhorst'a⁸⁾: „относительно причинъ апоплектического приступа много спорили, и здѣсь несомнѣнно играютъ роль нѣсколько моментовъ. Въ первой линіи тутъ надо принимать во вниманіе внезапное повышеніе мозгового давленія, такъ какъ выступившая кровь, понятно, должна уменьшить вмѣстимость черпной полости и и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ обильнѣе и быстрѣ экстравазироваала кровь. На второмъ планѣ стоитъ чисто механической эффектъ, до нѣкоторой степени сотрясеніе мозгового вещества или, какъ это называли также, шокъ мозга, развитіе котораго точно такъ же вполнѣ зависитъ отъ обилія и быстроты кровоизліянія. Сюда присоединяются еще послѣдствія анеміи мозга, которая прямо обуславливается уменьшеніемъ емкости черепной полости, наконецъ, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что и мѣсто кровоизліянія оказываетъ вліяніе на происхожденіе и проявленіе апоплектического удара“. Болѣе или менѣе обильное кровоизліяніе въ головной мозгъ, какъ извѣстно, сопровождается разрушеніемъ его ткани въ опредѣленномъ мѣстѣ, тогда какъ подъ давленіемъ излившейся крови остальная часть мозга становится малокровной, извилины сплющиваются и придавливаются къ черепному своду. „мозгъ представляется на заболѣвшей сторонѣ сильнѣе выпяченнымъ, извилины приплюснуты, борозды плоски, часто также бросается въ глаза анемія мозга вслѣдствіе прижатія кровеносныхъ сосудовъ“, говоритъ Eichhorst⁸⁾. Такимъ образомъ, при кровоизліяніи въ головной мозгъ ткань его подвергается отчасти разрыву, разрушенію, а главнымъ образомъ анеміи. Какую же пользу при этомъ можетъ оказать кровоупусканіе, вызывающее или, по крайней мѣрѣ, способное произвести малокровіе головного мозга вслѣдствіе суженія мельчайшихъ сосудовъ?

Итакъ мы видимъ, что во время предполагаемаго кровоизліянія въ головной мозгъ примѣненіе болѣе или менѣе обильнаго кровоупусканія не можетъ быть оправдано ни съ теоритической, ни съ практической точки зрѣнія. Еще меньше

основаній къ извлеченію крови съ цѣлью способствовать удаленію излившейся крови, ея всасыванію спустя нѣкоторое время послѣ кровоизліянія, потому-что въ нашемъ распоряженіи, имѣются средства, быть можетъ, болѣе дѣйствительныя. Но прежде чѣмъ говорить объ этихъ средствахъ, считаю излишнимъ привести слѣдующія собственныя наблюденія.

1) А. С. чиновникъ, 45 лѣтъ отъ роду, утромъ рано 13/IV/03 г. во время чаепитія у себя дома вдругъ упалъ на полъ и лишился сознанія, а когда пришелъ въ себя, то окружающіе замѣтили, что вся лѣвая половина тѣла С. парализована, вслѣдствіе чего С. былъ около 10 ч. утра доставленъ въ госпиталь. Здѣсь при осмотрѣ оказалось слѣдующее: больной въ сознаніи, слизистая оболочка глазъ и лице красное, пульсъ—72, средняго наполненія и правильный, біенія каротидъ не замѣчается, лѣвая нога и рука падаютъ, какъ плеть, лѣвой уголь рта опущенъ. На голову положенъ пузырь со льдомъ, при чемъ голова была нѣсколько приподнята, поставлена клизма и внутрь: *Natr. jodat. ʒii : ʒoi*—три ложки. При распросахъ брата С. между прочимъ, выяснилось, что больной, повидимому, нѣсколько лѣтъ назадъ заразился сифилисомъ и велъ вообще нетрезвый образъ жизни. Ночью больной впалъ въ безсознательное состояніе, лице приняло синебагровый цвѣтъ, дыханіе сдѣлалось храпящимъ, пульсъ—72, слабый; сонныя артеріи ничего особеннаго не представляли. Въ такомъ состояніи больной, не приходя въ себя, скончался спустя 28 часовъ послѣ удара. По просьбѣ матери больного, вскрытіе ограничено было черепной полостью, при чемъ оказалось слѣдующее: венныя пазухи переполнены жидкой кровью; твердая мозговая оболочка съ трудомъ отдѣляется отъ мягкой, которая въ сильной степени полнокровна и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по направленію сосудовъ представляется помутнѣвшей, но снимается легко; сосуды на основаніи мозга на ощупь твердоваты и зіяютъ на разрѣзахъ мозгового вещества выступаютъ многочисленныя кровяныя точки, въ боковыхъ желудочкахъ содержится значительное количество темной жидкой

крови; въ бѣломъ веществѣ праваго полушарія соответственно центральнымъ извилинамъ обнаружена полость величиной съ небольшое яблоко, въ которой находился такой же величины темный сгустокъ крови; стѣнки полости покрыты кашицеобразнымъ веществомъ мозга; полость сообщается съ правымъ боковымъ желудочкомъ; полосатыя же тѣла, кромѣ нѣкоторой гипереміи, ничего особеннаго не представляли.

2) Въ апрѣлѣ 1903 г. я былъ приглашенъ экстренно къ больному (чиновникъ 50-ти лѣтъ) Ц., у постели котораго засталъ прибывшаго ранѣе меня домашняго врача Ш. по словамъ жены, больной Ц. утромъ всталъ съ постели и упалъ внезапно на полъ, откуда былъ перенесенъ на кровать. Больной лежалъ на спинѣ съ закрытыми глазами въ безсознательномъ состояніи; зрачки на свѣтъ не реагировали и были полурасширены; лице синебагроваго цвѣта, сонныя и височныя артеріи ясно пульсировали, дыханіе храпящее и довольно поверхностное, пульсъ 110, правильный, полный и трудно-сжимаемый. Я предложилъ примѣнить кровопусканіе, но д-ръ Ш., соглашаясь со мной въ цѣлесобразности при такихъ явленіяхъ кровопусканія, все таки не счелъ возможныхъ приступить къ нему безъ третьяго врача во избѣжаніе нарѣканій со стороны родныхъ. Однако, третій врачъ не успѣлъ прибыть, какъ больной Ц. спустя 15 мин. послѣ моего прибытія скончался при явленіяхъ сердечной слабости и затрудненнаго дыханія. Прибавлю, что оказанная нами помощь больному состояла въ слѣдующемъ: пузырь со льдомъ на голову, приподнятое положеніе верхней части туловища и клизма.

Въ обоихъ случаяхъ наступила смерть вслѣдствіе кровоизліянія въ головной мозгъ и въ обоихъ случаяхъ кровопусканіе не было примѣнено; впрочемъ, только во второмъ случаѣ было показаніе къ кровопусканію, а въ первомъ слабый пульсъ служилъ провивопоказаніемъ. Въ остальномъ я придерживался, главнымъ образомъ, совѣтовъ Strümpell'я ¹¹⁶⁾, который на стр. 446 своего руководства (1901 г.) говоритъ слѣдующее: „во время самого апоплектического инсульта надо

прежде всего позаботиться о покойномъ положеніи больного въ постели съ приподнятой верхней половиною туловища. На голову, именно, на ту сторону ея, гдѣ предполагается кровотечение, кладутъ пузырь со льдомъ *). Затѣмъ надо заботиться о достаточномъ опорожненіи кишечника посредствомъ клистировъ, а позднѣе съ этой цѣлью назначаютъ внутрь *drastica*“.

„Изъ внутреннихъ средствъ часто назначается іодистый калий, пользующійся славой „*resorbens*“ (стр. 447). Если относительно второго случая можетъ быть какое-нибудь сомнѣніе, не спасло ли бы жизнь больного своевременное кровопусканіе, такъ какъ вскрытіе произведено не было, то характеръ пораженія въ первомъ случаѣ устраняетъ всякую мысль о цѣлесообразности при такихъ условіяхъ кровопусканія. Въ самомъ дѣлѣ, больной С. погибъ отъ вторичнаго кровоизліянія, при чемъ кровь проникла въ боковыя желудочки, или первичное кровоизліяніе вскрылось въ желудочки, а въ такихъ случаяхъ по словамъ *G o w e r s'a*, „прогнозъ почти навѣрняка можно поставить неблагопріятный; въ немногихъ случаяхъ первичной формы, въ которыхъ наступало изліченіе, геморрагія представлялась ограниченной, да и діагнозъ въ этихъ случаяхъ подлежитъ сомнѣнію“.

Andrè ⁵⁾ описалъ аналогичный моему № 1 случай мозгового кровоизліянія, впрочемъ сопровождавшійся гемихореей и мѣстными потами. Вкратцѣ этотъ случай заключается въ слѣдующемъ:

27 марта 1884 г. около 4 часовъ пополудни въ Тулузскій госпиталь былъ принесенъ нѣкій Д., лѣтъ 60-ти, о которомъ нельзя было получить никакихъ свѣдѣній; онъ оказался пораженнымъ апоплексіей. Больного изслѣдовалъ ординаторъ *M a z e l*, при чемъ сердечный ритмъ оказался нормальнымъ; назначены были горчичники, слабительная взизма и возбуждающая микстура. Во время утренняго обхода 28-го марта *A n d r è* нашелъ больного въ слѣдующемъ состояніи: созна-

*) Мнѣніе *Strümpell'a* о кровоизвлеченіи я опускаю,

ніе его было совершенно утрачено, взгляд неподвиженъ, безъ выраженія, онъ ничего не видѣлъ, не слышалъ и не обнаруживалъ никакихъ признаковъ воли; дыханіе было хриплое, пульсъ полонъ и частъ; имѣлось недержаніе мочи, больного нельзя было заставить проглотить что-нибудь; на самый громкій зовъ онъ отвѣчалъ(?) едва слышными звуками. Правая рука и нога парализованы и слѣгка сведены, правая сторона рта какъ будто выпускаетъ дымъ (курить трубку); лѣвая рука сведена въ сгибаніи и находится въ непрерывномъ хореобразномъ движеніи, лѣвая нога менѣе сведена, чѣмъ правая и слегка реагируетъ на болевые раздраженія; обильный потъ, крупныя капли котораго покрываютъ верхнюю и переднюю часть груди. Рвоты нѣтъ, упорный запоръ, бывають приступы икоты; назначено: пузырь со льдомъ на голову, нарывной пластырь на икры и каломель въ раздѣльныхъ приемахъ. 29 го марта пульсъ 140; параличъ лицевыхъ мышцъ усилился; лицо приняло мертвенной отпечатокъ; правосторонняя гемиплегія сдѣлалась вялой, на лѣвой сторонѣ гемихорея почти прекратилась; вечеромъ въ 11 ч. больной умеръ. При вскрытіи, оболочки мозга оказались нормальными, кромѣ рѣзкой васкуляризаціи; не было ни слѣдовъ гематомы; на разрѣзѣ этихъ оболочекъ, не представлявшихъ нигдѣ сращенія, Andrè съ Magel'emъ не нашли никакихъ поврежденій и на поверхности извилинъ. Тяжелый и богатый кровью мозгъ имѣлъ ненормальную консистенцію аптечной „дѣвичьей кожи“: въ немъ не было измѣненій, свойственныхъ прогрессивному параличу. Осторожно разрѣзавъ правое полушаріе на тонкіе куски, Andrè проникъ въ боковой желудочекъ, который былъ буквально залитъ черной и отчасти свернувшейся кровью, похожей на кровь праваго сердечнаго желудочка. Полосатое тѣло было разрушено и превращено въ кашу; промытое струей воды, оно оказалось совершенно разрушеннымъ въ передней своей половинѣ. Зрительный бугоръ представлялся нормальнымъ; передняя часть внутрешней сумки на той же сторонѣ была отчасти разрушена; нижній и задній роги желудочка наполнены жидкою кровью,

прозрачная перегородка разорвана. На лѣвой сторонѣ боковой желудочекъ былъ также наполненъ черною кровью, но полосатое тѣло осталось нетронутымъ. Мозжечекъ, Вароліевъ мостъ и продолговатый мозгъ не были повреждены.

Если исключить гемихорею и обильной потъ—два явленія, заслуживающія по мнѣнію Andrè, особеннаго вниманія въ данномъ случаѣ,—то сходство между нимъ и мною описаннымъ случаемъ (№ 1) заключается въ обширности мозгового кровоизліянія, проникшаго въ оба боковыхъ желудочка, въ смертельномъ исходѣ, въ воздержаніи отъ какого-бы ни было кровоизвлеченія, а также въ томъ, что больной поступилъ *послѣ* кровоизліянія, при чемъ въ первый же день ему поставлена была слабительная клизма.

Приведу еще одинъ случай, доказывающій, что даже обширное кровоизліяніе не всегда вызываетъ немедленную смерть.

3.) Молодой солдатъ 21 года отъ роду поступилъ въ декабрѣ 1902 г. на испытаніе въ омскій военный госпиталь по поводу какихъ-то припадковъ въ родѣ падучей; однако, въ теченіе 6 недѣль пребыванія въ госпиталѣ никакихъ припадковъ у М. обнаружено не было, почему онъ и былъ выписанъ, тѣмъ болѣе, что самъ просился на выписку. Спустя 2 недѣли М. снова прибылъ въ госпиталь, такъ какъ въ ротѣ съ нимъ случился припадокъ, который полковымъ врачомъ былъ принятъ за падучую. Въ день поступленія въ госпиталь больной М. упалъ съ кровати на полъ и, по словамъ служителей, у него были судорги въ рукахъ и ногахъ, но я не засталъ уже судорогъ: М. лежалъ на полу съ закрытыми глазами и на спинѣ: руки и ноги были вытянуты, сознаніе было сохранено, колѣнно-сухожильные рефлексы повышены, разстройство кожной чувствительности не обнаружено, зрачки на свѣтъ реагировали, укусовъ языка не было, подъ себя не мочился и не испражнялся; языкъ при высовываніи дрожитъ, а также пальцы вытянутыхъ рукъ. Послѣ припадка больной былъ положенъ на кровать, гдѣ вскорѣ и заснулъ. Въ слѣ-

дующіе дни больной сталъ обнаруживать суетливость, ходилъ по отдѣленію, засматривалъ во всѣ углы, какъ будто что-то разыскивалъ; въ разговоры не вступалъ, а когда его спрашивали, что онъ ищетъ, отвѣчалъ: „ищу“. Затѣмъ больной успокоился и пролежалъ нѣсколько дней въ постели, вставая только для отправленія естественныхъ надобностей. Въ 10 ч. вечера 4 марта дежурный ординаторъ (П. А. Соломинъ) наблюдалъ слѣдующія явленія послѣ судорожнаго припадка, котораго онъ уже не засталъ: челюсти крѣпко сжаты, между зубами ущемленъ языкъ, глаза закрыты, при насильственномъ разжиманіи вѣкъ зрачки расширены и не реагируютъ, на вопросы не отвѣчаетъ, при громкихъ окликахъ мотаетъ головой изъ стороны въ сторону и мычитъ недовольнымъ тономъ, а затѣмъ повернулся на правый бокъ и погрузился въ сонъ“. Всю ночь М. провелъ спокойно и проснулся въ 8 ч. утра; о припадкѣ ничего не помнитъ. Около 4-хъ часовъ того же дня (12/ш) съ М. произошелъ новый судорожный, припадокъ при чемъ деж. орд. (О. Л. Шренкъ) засталъ М. въ безсознательномъ состояніи, но уже безъ судорогъ; изо рта вытекала пѣна; зрачки были сужены и вяло реагировали на свѣтъ, языкъ находился за зубами, пульсъ былъ ускоренъ и нѣсколько аритмиченъ. На слѣдующій день (13/ш) М. всталъ съ постели, началъ ходить по корридолу, никого не узнавалъ, на вопросы отвѣчалъ невпопадъ, повторяя иногда заданный вопросъ; взглядъ разсѣянный безсмысленный; разбилъ оконное стекло и безъ всякой причины разорвалъ въ клочки 2 полотенца; въ общемъ больной производилъ впечатлѣніе „лунатика“, ночь провелъ безпокойно, кричалъ, ходилъ въ одномъ бѣльѣ по корридолу, заглядывалъ въ палаты, осматривалъ другихъ больныхъ, на вопросы не отвѣчалъ или съ удивленнымъ видомъ повторялъ вопросы, помочился у печки и, наконецъ, былъ отведенъ на свою кровать, гдѣ и заснулъ. Проснувшись утромъ, М. сталъ отвѣчать разумно на вопросы и заявилъ, что со дня своего поступленія въ госпиталь ничего не помнитъ ни о припадкахъ, ни о своихъ дѣйствіяхъ; жа-

лается на головную боль въ затылкѣ и слабость зрѣнія; при изслѣдованіи послѣдняго д-ромъ А. А. Пасальскимъ оказалось, что М. считаетъ только пальцы на разстояніи $\frac{1}{2}$ фута; при офтальмоскопированіи же обнаружена рѣзкая гиперемія обоихъ зрительныхъ сосковъ. Съ 15 по 20-ое марта больной былъ спокоенъ, все время проводилъ въ постели, со стороны внутреннихъ органовъ разстройствъ не замѣчалось, но около 12 час. дня 21 марта М. упалъ съ кровати, по словамъ служителей, въ судоргахъ; деж. орд. (д-ръ В. А. Дѣрбакъ) нашелъ М. лежащимъ на спявѣ возлѣ кровати, причемъ руки были скрещены на груди; М. тяжело дышалъ и хрипѣлъ; изо рта выходила пѣна, языкъ находился за зубами, на нижней губѣ были двѣ свѣжія, кровоточація ранки, продольно расположенныя, длина ихъ приблизительно соответствовала ширинѣ зубовъ; зрачки были расширены, затѣмъ приняли болѣе нормальные размѣры, но вяло реагировали на свѣтъ, пульсъ былъ крайне аритмиченъ. Послѣ этого припадка М. снова впалъ въ прежнее состояніе съ потемнѣніемъ сознанія; между прочимъ, повертываясь на кровати, упалъ на полъ и разсѣкъ себѣ нижнюю губу, такъ что пришлось наложить швы на рану. Такое состояніе продолжалось безъ перемѣнъ до 13 апрѣля, когда у больного М. появилась рвота и t° — нѣсколько повысилась (37, 8 $^{\circ}$); впрочемъ, пульсъ былъ средней силы, 80 ударовъ и правильный; головная боль усилилась. Подлихорадочное состояніе спустя 3 дня прекратилось, но рвота была ежедневно и по нѣскольку разъ, причемъ 4 и 7-го мая въ рвотныхъ массахъ было обнаружено по одной живой аскаридѣ, однако, глистогонное лѣченіе не увѣнчалось успѣхомъ, хотя больше аскаридъ не выходило во время рвоты. Послѣдняя же продолжалась до конца жизни больного, появляясь то ежедневно, то съ нѣкоторыми промежутками, то одинъ разъ въ день, то нѣсколько разъ. Больной проводилъ все время въ постели, выходя изъ палаты въ сопровожденіи служителя только въ отхожее мѣсто, причемъ 12 мая была замѣчена шаткость походки больного, параличныхъ же явле-

ни не было обнаружено ни въ рукахъ, ни въ ногахъ. Безучастное отношеніе къ окружающему и почти бессознательное состояніе больного все болѣе усиливалось, испражнялся и мочился въ подкладное судно, причѣмъ приходилось напоминать ему объ естественныхъ отправленіяхъ; аппетитъ все ухудшался, а 19 іюня отмѣчена слабость пульса съ перебоемъ; больной видимо слабѣлъ; съ 23 іюня онъ находился въ постоянной спячкѣ, изъ которой можно было вызвать его громкимъ обращеніемъ къ нему; съ 27-го началъ мочиться подъ себя, отъ пищи отъказывался, пилъ только воду, паралича конечностей не замѣтно, а 29-го скончался при явленіяхъ сердечной слабости (синуаха конечностей, слабый пульсъ съ перебойми) и бессознательнаго состоянія. При вскрытіи оказалось слѣдующее: мозговья оболочки полнокровны, причѣмъ мягкая при сниманіи легко рвется; пазухи твердой оболочки содержатъ жидкую кровь; внутренняя поверхность правой затылочной доли выпячивается и на разрѣзѣ въ бѣломъ веществѣ этой доли обнаружена полость величиной съ кулакъ, въ которой находились плотные сгустки крови чернаго цвѣта, легко удаляемые водой; стѣнки полости—гладкія и выстланы болѣе плотную тканью, которую можно свободно отдѣлить отъ подлежащаго бѣлаго вещества; боковые желудочки переполнены кровянистой жидкостью; на эпендимѣ ихъ венозные сосуды ясно выражены; поверхность эпендимы праваго желудочка и четвертаго представляется какъ бы посыпанной мелкими песчинками: ткань мозга умѣренной плотности и полнокровна; со стороны остальныхъ внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено. Посмертное *распознаваніе*: инкапсулированное гнѣздо кровоизліянія давняго происхожденія въ правой затылочной долѣ.

Такимъ образомъ, можно съ большою вѣроятностью предположить, что въ началѣ декабря 1902 г. у *М.* былъ апоплектический ударъ, который безъ примѣненія кровопусканія былъ перенесенъ благополучно, хотя въ дальнейшемъ и послужилъ причиной смерти больного. Если бы во время апоп-

лектического приступа *М.* было сдѣлано кровопусканіе и онъ остался бы живъ, то, пожалуй, былъ бы поводъ утверждать, что кровопусканіе спасло жизнь больному. Однако, мы видѣли, что несмотря на значительное кровоизліяніе, правда, въ затылочной долѣ, больной не умеръ и безъ примѣненія кровопусканія. Стало-быть, извлеченіе крови вовсе не такъ ужъ обязательно въ такихъ случаяхъ, какъ это стараются доказать защитники кровопусканій. И такъ, только что приведенный случай можетъ служить достаточнымъ основаніемъ для того, чтобы воздерживаться отъ кровопусканій, которыя и не были примѣнены въ 2-хъ раньше описанныхъ случаяхъ.

Что и другія средства, обычно незначающія при мозговомъ кровоизліяніи, раздѣляютъ участь кровопусканій, можно видѣть хотя бы изъ недавнихъ наблюденій *В. П. Осипова*¹⁰⁵), приведенныхъ въ его статьѣ „*значеніе рефлекса В а b i n s k ' а г о , какъ ранняго признака пораженія пирамидныхъ путей въ головномъ мозгу и значеніе его для дифференціального распознаванія между гемиплегіями органическаго и функціального происхожденія*“. Я нарочно выписалъ заглавіе статьи *В. П. Осипова* для того, чтобы видно было, что вопросъ о лѣченіи гемиплегіи не являлся прямой цѣлью излѣдованій этого автора. Однако, сообщаемыя имъ свѣдѣнія о тѣхъ средствахъ, которыя примѣнялись въ его наблюденіяхъ, заслуживаютъ съ нашей стороны полного вниманія, тѣмъ болѣе, что у насъ подъ рукой нѣтъ подобнаго литературнаго матерьяла.

Всѣхъ случаевъ гемиплегіи вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ *В. П. Осиповъ* приводитъ—5. Опуская подробности, неизмѣющія для насъ значенія, мы можемъ представить эти случаи въ слѣдующемъ видѣ.

I. Больной *К. В.* 42 лѣтъ, поденщикъ упалъ на работѣ 11/IX вслѣдствіе быстро развившагося безсознательнаго состоянія; его подняли товарищи и доставили въ больницу, гдѣ онъ находился въ полномъ сознаніи, разговаривалъ, ходилъ по палатѣ и корридору; въ тотъ же день онъ вдругъ упалъ со

стула, развился судорожный приступъ съ выдѣленіемъ пѣнистой слюны изо рта; судорги быстро прекратились, но по окончаніи ихъ обнаружился правосторонній параличъ лица, туловища и конечностей; говорить больной не могъ. Ему былъ назначенъ *ледъ на голову и слабительное*. 12-го сентября стула не было, временами сознаніе помрачается, больной мочится подъ себя; животъ нѣсколько вздутъ; дышетъ больвой тяжело; *ледъ оставленъ*, назначена *клизма*. 13-го сент. больной въ сознаніи, пульсъ 78, полный, стула не было; *kali jodati* 8,0 : 180,0. 14-го сент. обильный стулъ; пульсъ 78 полный, въ остальномъ безъ перемѣны. 15-го переведенъ въ нервное отдѣленіе той же больницы; пульсъ напряженный 60, сокращенія сердца равномѣрны; больной въ ступорозномъ состояніи,—на оклики его по имени не реагируетъ; лице красное, дыханіе замедленное, тяжелое; *ледъ на голову, ванны 28°* съ компрессами на голову, внутрь—*средення* средства; *клизмы и слабительныя*. 16-го—пульсъ 72, затрудненіе глотанія; испражняется и мочится подъ себя. съ 17—21-го—состояніе больного безъ перемѣны. 22-го—ступорозное состояніе переходитъ въ кому; непродолжительныя судорожныя подергиванія конечностей; пульсъ 120, слабого наполненія; дыханіе поверхностное, ступорозное, 40 въ минуту, животъ втянутъ. 23-го—больной скончался при явленіяхъ паралича сердца.

Аутопсія обнаружила кровоизліяніе въ области лѣвой внутренней капсулы и явленія размягченія прилежащихъ къ ней участковъ *corp. striat.*; небольшое старое гнѣздо размягченія находится въ той же области справа; отекъ и гиперемія мозговой ткани, боковые желудочки расширены, содержатъ увеличенное количество цереброспинальной жидкости; замѣтный склерозъ сосудовъ основанія мозга, склерозъ аорты, гипертрофія сердца; эмфизема и застойныя явленія въ легкихъ и органахъ брюшной полости.

II. Больной *T.*, отставной рядовой, 67 лѣтъ, 9-го октября былъ поднятъ въ безсознательномъ состояніи на улицѣ и доставленъ въ больницу, гдѣ продолжалось глубокое сопорозное

состояніе, граничащее съ комой, и оказалось слѣдующее: состояніе общаго питанія подорвано; рѣзко выражены склерозъ сосудовъ, лице красное, явленія застойной гипереміи въ лицѣ, конъюнктивальные сосуды инъецированы; железы не увеличены; больной тяжело дышитъ, отдувая щеки, дыханіе—16 въ минуту, пульсъ 72, напряженный, звуки сердца ритмичны, но глухи; параличъ правой половины тѣла; мочится и испражняется подъ себя, 10-го окт.—обильная рвота съ примѣсью желчи, рвота повторяется ежедневно; съ 12-го—коматозное состояніе усилилось; 13-го наступило Чейнъ-Стоксово дыханіе, а 15 го больной скончался при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности и дыханія. Лѣченіе заключалось въ примѣненіи холода на голову, отвлекающихъ на кишечникъ, горчичниковъ, *кросососныхъ банокъ*, подкожныхъ инъекцій *ol camh.*; искусственное кормленіе черезъ зондъ. Вскрытія произведено не было, по требованію родныхъ, но В. П. О с и п о в ъ предполагаетъ, что „кровоизліаніе должно было быть обширнымъ, такъ какъ вызвало явленія рѣзкаго повышенія внутричерепного давленія“.

III. Больной *М.* 63 лѣтъ, отставной рядовой, поступилъ 24-го окт. въ клинику, гдѣ найдено было слѣдующее: состояніе общаго питанія подорвано, пульсъ слабого наполненія, 80 въ минуту, звуки сердца глухи, больной находится въ сопорозномъ состояніи; лѣвая половина тѣла парализована, больной испражняется и мочится подъ себя; 26-го окт. сознаніе прояснилось, самочувствіе лучше, пульсъ ровный; съ 1-го по 14 ноября состояніе было безъ перемѣны къ лучшему, наблюдалась нѣкоторая сонливость; съ 15-го ноября появились слабыя произвольныя движенія въ пальцахъ лѣвой ноги; сознаніе больного ясное, обнаруживается аппетитъ. Лѣченіе больного заключалось въ примѣненіи іодистыхъ препаратовъ и сердечныхъ средствъ, холода на голову и отвлекающихъ на кишечникъ; съ 14-го октября (ноября? *А. С.*) приступлено къ осторожному массажу парализованныхъ конечностей. Болѣзнь протекала съ медленнымъ улучшеніемъ до 3-го де-

кабря, какъ вдругъ больной неожиданно скончался 3 декабря при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На основаніи длительного сопорознаго состоянія больного было высказано предположеніе, что обширное кровоизліяніе не органичилось областью внутренней капсулы, но проникло и въ полость желудка; вскрытіе мозга, по словамъ В. П. О с и п о в а, подтвердило распознаваніе, нужно прибавить, что заболѣль М. за двѣ недѣли до поступленія въ клинику, при чемъ заболѣваніе развилось внезапно въ видѣ апоплектического инсульта, вызвавшего потерю сознанія и полный параличъ лѣвой половины тѣла; въ клинику М. поступилъ съ обширнымъ пролежнемъ въ области крестца, при чемъ пролежень величиною съ ладонь, проникалъ до мышечной ткани; подъ вліяніемъ мѣстнаго примѣненія теплосвѣтового лѣченія пролежень сталъ быстро заживать.

IV. Больная Т., замужня крестьянка 50 л. 29 марта была доставлена въ больницу, гдѣ оказалось слѣдующее: больная въ сопорозномъ состояніи, изъ котораго выходитъ на несколько секундъ послѣ повторныхъ окликовъ, но тотчасъ снова въ него впадаетъ; лице гиперемировано; лѣвая половина тѣла парализована, конъюнктивальные сосуды инъецированы, arteriosclerosis; В. П. О с и п о в ъ поставилъ распознаваніе кровоизліянія въ область правой внутренней капсулы, при чемъ, принимая во вниманіе симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія вызвавшего сопорозное состояніе больной, онъ высказался за обширное кровоизліяніе, проникшее, по всей вѣроятности, въ область желудка. Лѣченіе: холодъ на голову, отвлекающія на кишечникъ, внутрь сердечныя средства (пульсъ слабый и учащенный), а затѣмъ и іодистый калий; были поставлены *пѣявки* на сосцевидные отростки. Дальнѣйшее теченіе болѣзни: сопорозное состояніе нѣсколько уменьшилось, больная отвѣчала на вопросы, иногда даже сама начинала разговаривать, выражала свои требованія, но большую часть времени проводила въ спячкѣ, нерѣдко мочилась подъ себя: 2-го апрѣля замѣчено образованіе пролежня въ области

лѣвой ягодицы, довольно поверхностнаго; больная жаловалась на головную боль; подѣ влияніемъ всероформа пролежень замѣтно улучшился къ 10 апрѣля, а затѣмъ быстро зажилъ; далѣе, сознание больной прояснилось и она постепенно стала поправляться.

V. Больная Ф., 35 лѣтъ, замужемъ 2 года, беременна на 9 мѣсяцѣ, срокъ родовъ опредѣляется специалистами между 20—25 января (1903 г.). Утромъ 12 января больная встала съ кровати, внезапно потеряла сознание и упала, при чемъ лицо ея покраснѣло; лѣвая половина тѣла парализовалась; черезъ 2 часа послѣ удара врачъ (акушеръ) нашелъ ее уже въ сознательномъ состояніи, она пыталась говорить, но безуспѣшно, такъ какъ языкъ ей не повиновался, она волновалась и знаками давала понять, что ее сильно беспокоитъ участь младенца, шевеленія котораго она не слышитъ; лице было красноватое, дѣятельность сердца напряженная, съ акцентами, пульсъ 76, сильно напряженный. Вечеромъ въ 9 ч. того же дня больную осмотрѣлъ В. П. О с и п о в ъ, который, между прочимъ, нашелъ слѣдующее: состояніе общаго питанія удовлетворительно, кожные покровы лица слегка гиперемированы, а ровно и слизистыя оболочки вѣкъ; довольно значительная инъекція конъюнктивальныхъ сосудовъ; замѣтная извилистость височныхъ артерій; параличъ лѣвой половины тѣла; сознание больной неполнѣ ясное, она не сразу понимаетъ обращенные къ ней вопросы; удалось выяснить, что больная испытываетъ головную боль; при постукиваніи по черепу она морщится. Дѣятельность сердца удовлетворительная, сокращенія сердца равномѣрны, правильны, 80 въ минуту, пульсъ достаточнаго кровонаполненія, 80 въ минуту. Ех consilio съ пользующимъ врачомъ назначено: ледъ на голову, мушки на сосцевидные отростки, отвлекающія на кишечникъ въ видѣ клизмъ и слабительныхъ, сердечныя средства внутрь. 14-го января можно было обнаружить легкія активныя движенія въ лѣвой стопѣ; сознание больной совершенно ясное, дѣятельность сердца удовлетворительная; hemianesthesia sinistra; по-

кабря, какъ вдругъ больной неожиданно скончался 3 декабря при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На основаніи длительного сопорознаго состоянія больного было высказано предположеніе, что обширное кровоизліяніе не органичилось областью внутренней капсулы, но проникло и въ полость желудка; вскрытіе мозга, по словамъ В. П. О с и п о в а, подтвердило распознаваніе, нужно прибавить, что заболѣль М. за двѣ недѣли до поступленія въ клинику, при чемъ заболѣваніе развилось внезапно въ видѣ апоплектического инсульта, вызвавшего потерю сознанія и полный параличъ лѣвой половины тѣла; въ клинику М. поступилъ съ обширнымъ пролежнемъ въ области крестца, при чемъ пролежень величиною съ ладонь, проникалъ до мышечной ткани; подѣ влияніемъ мѣстнаго примѣненія теплосвѣтового лѣченія пролежень сталъ быстро заживать.

IV. Больная Т., замужня крестьянка 50 л. 29 марта была доставлена въ больницу, гдѣ оказалось слѣдующее: больная въ сопорозномъ состояніи, изъ котораго выходитъ на несколько секундъ послѣ повторныхъ окликовъ, но тотчасъ снова въ него впадаетъ; лице гиперемировано; лѣвая половина тѣла парализована, конъюнктивальные сосуды инъецированы, arteriosclerosis; В. П. О с и п о в ъ поставилъ распознаваніе кровоизліянія въ область правой внутренней капсулы, при чемъ, принимая во вниманіе симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія вызвавшего сопорозное состояніе больной, онъ высказался за обширное кровоизліяніе, проникшее, по всей вѣроятности, въ область желудка. Лѣченіе: холодъ на голову, отвлекающія на кишечникъ, внутрь сердечныя средства (пульсъ слабый и учащенный), а затѣмъ и іодистый калий; были поставлены *пѣявки* на сосцевидные отростки. Дальнѣйшее теченіе болѣзни: сопорозное состояніе нѣсколько уменьшилось, больная отвѣчала на вопросы, иногда даже сама начинала разговаривать, выражала свои требованія, но большую часть времени проводила въ спячкѣ, нерѣдко мочилась подѣ себя: 2-го апрѣля замѣчено образованіе пролежня въ области

лѣвой ягодицы, довольно поверхностнаго; больная жаловалась на головную боль; подъ вліяніемъ всероформа пролежень замѣтно улучшился къ 10 апрѣля, а затѣмъ быстро зажилъ; далѣе, сознание больной прояснилось и она постепенно стала поправляться.

V. Больная Ф., 35 лѣтъ, замужемъ 2 года, беременна на 9 мѣсяцѣ, срокъ родовъ опредѣляется специалистами между 20—25 января (1903 г.). Утромъ 12 января больная встала съ кровати, внезапно потеряла сознание и упала, при чемъ лицо ея покраснѣло; лѣвая половина тѣла парализовалась; черезъ 2 часа послѣ удара врачъ (акушеръ) нашелъ ее уже въ сознательномъ состояніи, она пыталась говорить, но безуспѣшно, такъ какъ языкъ ей не повиновался, она волновалась и знаками давала понять, что ее сильно беспокоитъ участь младенца, шевеленія котораго она не слышитъ; лице было красноватое, дѣятельность сердца напряженная, съ акцентами, пульсъ 76, сильно напряженный. Вечеромъ въ 9 ч. того же дня больную осмотрѣлъ В. П. О с и п о в ъ, который, между прочимъ, нашелъ слѣдующее: состояніе общаго питанія удовлетворительно, кожные покровы лица слегка гиперемированы, а ровно и слизистыя оболочки вѣкъ; довольно значительная инъекція конъюнктивальныхъ сосудовъ; замѣтная извилистость височныхъ артерій; параличъ лѣвой половины тѣла; сознание больной неполнѣ ясное, она не сразу понимаетъ обращенныя къ ней вопросы; удалось выяснить, что больная испытываетъ головную боль; при постукиваніи по черепу она морщится. Дѣятельность сердца удовлетворительная, сокращенія сердца равномѣрны, правильны, 80 въ минуту, пульсъ достаточнаго кровонаполненія, 80 въ минуту. *Ex consilio* съ пользующимъ врачомъ назначено: ледъ на голову, мушки на сосцевидные отростки, отвлекающія на кишечникъ въ видѣ клизмъ и слабительныхъ, сердечныя средства внутрь. 14-го января можно было обнаружить легкія активныя движенія въ лѣвой стопѣ; сознание больной совершенно ясное, дѣятельность сердца удовлетворительная; *hemianesthesia sinistra*; по-

ражено также и мышечное чувство. 19-го января больная благополучно разрѣшилась живымъ, доношеннымъ младенцемъ, роды были легкіе и быстрые; для младенца была взята кормилица. 21-го января больная могла уже нѣсколько двигать лѣвой ногой, едва замѣтное движеніе въ лѣвомъ плечѣ; hemianesthesia неполная; говорить болѣе внятно; снова (раньше не упоминалось, А. С.) назначено іодистое лѣченіе, оставленное за день до родовъ и на первые два дня послѣ родовъ. Къ 1-му февраля самочувствіе больной значительно улучшилось, больная уже была въ состояніи садиться въ постели. Въ дальнѣйшемъ состояніе больной постепенно улучшалось: уже въ началѣ февраля возстановилось мышечное чувство и началась возстановляться кожная чувствительность, довольно быстро возстановлялось движеніе въ лѣвой ногѣ. 12 февраля больная уже могла ходить при посторонней помощи; въ рукѣ появились только небольшія движенія въ пальцахъ и въ верхнемъ плечѣ; въ лицѣ асиметрія почти незамѣтна. Назначенъ *массажъ* пораженныхъ конечностей, а съ 22 февраля къ нему присоединена гальванизация. Къ половинѣ марта движеніе въ рукѣ возстановилось въ значительной степени, а затѣмъ состояніе больной улучшалось все больше и больше, она безъ посторонней помощи спускалась съ 5-го этажа и поднималась обратно; движенія верхней конечности возстановлялись медленнѣе. Въ половинѣ апрѣля больная уѣхала въ Вильно, съ цѣлью продолжать лѣченіе при лучшихъ климатическихъ условіяхъ.

Къ этому В. П. Осиповъ прибавляетъ слѣдующія свѣдѣнія, которыя выясняютъ нѣсколько этиологію даннаго заболѣванія. Послѣднее время беременности больная брала ежедневно теплыя ванны въ 30°; при этомъ она садилась въ ванну безъ всякихъ предосторожностей сразу, не клала, вопреки наставленію врача, прохладнаго компресса на голову, оставалась въ такой ваннѣ до $\frac{1}{2}$ часу; температура въ ванной комнатѣ стояла высокая, кромѣ того, ванна обогрѣвалась металлической печкой, стоявшей рядомъ съ ванною; сидя въ

въ ваннѣ, больная всегда была обращена головой къ печкѣ; она ни разу не догадалась сѣсть въ противоположномъ направленіи, хотя испытывала сильный жаръ и тяжесть въ головѣ, испытывала ощущеніе прилива крови къ головѣ, біеніе въ вискахъ, даже легкое головокруженіе и головную боль по выходѣ изъ ванны; наканунѣ инсульта больная тоже, по обыкновенію, приняла ванну, послѣ которой всѣ упомянутыя явленія наступили въ нѣсколько болѣе сильной степени, чѣмъ раньше, но затѣмъ прошли, а утромъ у больной развилась картина гемиплегического инсульта. Ближайшую причину, вызвавшую кровоизліаніе, В. П. Осиповъ видитъ въ повторныхъ приливахъ крови къ сосудамъ мозга вслѣдствіе усиленнаго нагрѣванія головы во время совершенно нецѣлесообразно устроеннаго купанья въ ваннѣ; при наличности склероза сосудовъ этого момента было достаточно, по мнѣнію В. П. Осипова, чтобы вызвать кровоизліаніе.

Итакъ изъ 5-ти вышеприведенныхъ случаевъ мозгового кровоизліанія два окончились выздоровленіемъ, при чемъ ни въ одномъ случаѣ не было примѣнено кровоусушаніе. Нужно замѣтить, что въ случаяхъ съ благополучнымъ исходомъ не было глубокаго сопорознаго состоянія, которое наблюдалось въ остальныхъ случаяхъ. Всѣ случаи поступали подъ наблюденіе В. П. Осипова спустя нѣкоторое время послѣ удара. Лѣченіе, въ общемъ, заключалось въ примѣненіи обычныхъ средствъ, за исключеніемъ сердечныхъ, которыя назначались иногда, повидимому, безъ достаточнаго основанія (см. случ. I и V). Что касается отвлекающихъ средствъ, то въ *первомъ* и *третьемъ* случаяхъ примѣнялись только слабительныя, во *второмъ*—сверхъ того, горчичники и кровососныя банки; въ *четвертомъ*—были поставлены піявки на сосцевидные отростки, и въ *пятомъ*—вмѣсто піявокъ были примѣнены мушки. Хотя В. П. Осипова, повидимому, мало интересовалъ вопросъ о лѣченіи при мозговомъ кровоизліаніи, такъ какъ цѣль его наблюденій была совсѣмъ другая, но всетаки, если-бы примѣненіе того или другого отвлекающаго средства сопро-

вождалось какимъ нибудь благопріятнымъ дѣйствіемъ, то авторъ, конечно, отмѣтилъ-бы такое дѣйствіе. Во всякомъ случаѣ уже разнообразіе отвлекающихъ средствъ, примѣняемыхъ авторомъ, говоритъ противъ благопріятнаго дѣйствія этихъ средствъ.

Въ пятомъ случаѣ В. П. О с и п о в а у больной произошло кровоизліяніе въ головной мозгъ за недѣлю до родовъ, вліяніе которыхъ съ ихъ обильнымъ кровотеченіемъ (больная разрѣшилась доношеннымъ младенцемъ легко и быстро) на гемиплегію осталось, однако, не отмѣченнымъ. Что маточныя кровотечения могутъ отражаться на черепно мозговомъ кровообращеніи, показываютъ случаи внезапной атрофіи зрительныхъ нервовъ вскорѣ послѣ такихъ кровотеченій. Ziegler¹⁰⁶) высказалъ предположеніе, что расстройства зрѣнія послѣ кровотеченій обуславливаются судорожнымъ суженіемъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ зрительныхъ нервовъ, и дѣйствительно сосуды глазного дна представляются въ такихъ случаяхъ нитевидными (Chevaleresse¹⁰⁶)*).

Выше мы уже приводимъ мнѣніе Gowers'a относительно отвлекающихъ средствъ, а также выводы на основаніи моихъ опытовъ съ приставленіемъ пиявокъ и банокъ и опытовъ Телятникова - Боришпольскаго¹⁰²). Всѣ эти средства скорѣй усиливаютъ полнокровіе головного мозга, чѣмъ уменьшаютъ, а потому врядъ-ли могутъ способствовать

*; По мнѣнію проф. Отта¹⁰⁷), освобожденіе беременной матки отъ плода тоже должно оказать свое вліяніе на кровообращеніе въ головномъ мозгу, какъ показываетъ слѣдующее его наблюденіе: смерть беременной была установлена и рѣшено было немедленно приступить къ кесарскому сѣченію; былъ извлеченъ мертвый плодъ; внезапно, въ моментъ зашиванія матки, оперированная сдѣлала вдохъ, затѣмъ 2-ой, 3-й... дыханіе ея становится ровнѣе и правильнѣе и она оживаетъ совершенно; на слѣдующій день она совсѣмъ пришла въ себя, но черезъ 18 часовъ послѣ операциі умерла скоропостижно. На вскрытіи оказалось кровоизліяніе въ 4-ый желудочекъ, которое и дало картину, походившую на смерть. Освобожденіе брюшной полости, вызвавъ уменьшеніе давленія въ ней и оттокъ крови изъ мозга вновь оживило больную, хотя, правда, ненадолго..

остановкѣ кровоизліянія во время самаго приступа. Можно даже предположить, что приставленіе банокъ и особенно, пиявокъ въ извѣстной степени улучшаютъ кровообращеніе въ головномъ мозгу, а извлеченіе застойной крови способствуетъ притоку болѣе „свѣжей“ крови. Совокупнымъ дѣйствіемъ этихъ условій можно объяснить, пожалуй, улучшеніе самочувствія въ подходящихъ случаяхъ, напр. при явленіяхъ полнокровія головного мозга. *). Но придавать большое значеніе мѣстному кровоизвлеченію при мозговыхъ кровоизліяніяхъ мы не можемъ за отсутствіемъ опредѣленныхъ данныхъ. По своему дѣйствію „отвлекающія“ средства заслуживаютъ скорѣй названіе „привлекающихъ“. Притекающая кровь вмѣсто извлеченной пиявками или банками можетъ, конечно, оказать благопріятное дѣйствіе на мѣстный процессъ, напр. воспалительнаго характера.

Поэтому примѣненіе мѣстныхъ кровоизвлеченій представляется цѣлесообразнымъ при такихъ страданіяхъ нервной системы, какъ невриты, менингиты и пр., особенно, если подъ рукой нѣтъ другихъ средствъ, но прибѣгать къ такому спо-

*) У Gower's'a³⁾ на стр. 377 читаемъ: «съ наибольшей вѣроятностью опредѣленные и значительныя разстройства могутъ быть приписаны активной гипереміи мозга въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуютъ возвращающіеся приступы головной боли, бреда и иногда лихорадки, при чемъ этимъ приступамъ предшествуютъ сильная пульсація сосудовъ и подчасъ покраснѣніе лица—симптомы кратковременнаго и однообразнаго характера. Такъ, въ одномъ случаѣ, сообщенномъ Nothnagel'емъ (сборникъ Ziemse'sen'a т. XV 2-ое изд. стр. 49), 57-лѣтній мужчина, начиная съ 14-лѣтняго возраста страдалъ подобными приступами, возвращавшимися черезъ промежутки времени въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. Вначалѣ существовало только чувство полноты, жара и боли въ головѣ, при чемъ принадлежи эти ослабѣвали подъ вліяніемъ кровотеченій изъ носа. Но позднѣе каждый приступъ начинался сердцебіеніемъ, жаромъ въ головѣ, мельканіемъ предъ глазами и шумомъ въ ухахъ; влѣдъ за этимъ наступало умственное возбужденіе и раздражительность, больной кричалъ и плакалъ, но настоящихъ делюзій не было. Состояніе это продолжалось отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней и всегда могло быть сразу обрываемо кровопусканіемъ. Въ промежуткахъ между приступами больной чувствовалъ себя пребрасно».

собу лѣченія при мозговыхъ кровоизліаніяхъ, по меньшей мѣрѣ, излишне.

Въ послѣднее время проф. *Quinke*¹⁰⁸⁾ предложилъ поясничный проколъ при мозговыхъ кровоизліаніяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, по словамъ проф. *Eichhorst*⁸⁾, иногда кровоизліаніе не ограничивается собственно паренхимною головного мозга, а проникаетъ въ желудочки или оно прорываетъ мозговую кору и мягкую оболочку и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ проникаетъ по обоимъ направленіямъ въ субархноидальныя пространства. Здѣсь оно пріобрѣтаетъ болѣе значительное протяженіе вдоль поверхности мозга, такъ что оно иногда окружаетъ большую часть мозга какъ бы чепчикомъ. Кровь можетъ также проложить себѣ путь въ субархноидальное пространство спинного мозга и отсюда распространиться далеко въ спинно-мозговой каналъ. Дѣло по большей части идетъ о свернувшейся крови, такъ что отдѣльные темнокрасные кровяные свертки можно снять или смыть струей воды (стр. 390). Въ свою очередь проф. *Quinke*¹⁰⁸⁾, упомянувъ, что большія кровоизліанія въ черепной полости происходятъ вслѣдствіе разрыва мозговыхъ сосудовъ, а также аневризмъ болѣе крупныхъ артерій основанія мозга, или вслѣдствіе поврежденій (въ послѣднемъ случаѣ кровотеченіе происходитъ чаще всего въ оболочки), высказываетъ мысль, что кровоизліанія въ черепную полость могутъ обусловить повышеніе не только внутричерепного, но и спинно-мозгового давленія. Какъ и при опухоляхъ, по его мнѣнію, это зависитъ, главнымъ образомъ, отъ расстройства оттока лимфы, но часто, вѣроятно, и отъ воспалительной трансудаціи. Далѣе проф. *Quinke* говоритъ слѣдующее: „извлеченная проколомъ жидкость содержитъ примѣсь крови только въ тѣхъ случаяхъ, когда кровь прорвалась въ желудочки или въ подпаутинныя пространства; но кровь можетъ также свернуться дальше вверху, такъ что извлеченная жидкость можетъ быть прозрачна. Обыкновенно кровь оказывается свернувшейся, когда она излилась въ почти несодержащее жидкости субду-

ральное пространство. Отчасти вслѣдствіе этого, отчасти, вѣроятно, также потому, что фізіологическій токъ жидкости происходитъ въ обратномъ направленіи, кровь, излившаяся въ субдуральное пространство, обыкновенно не переходитъ въ подпаутинныя пространства и въ жидкость, удаленную проколомъ; другое дѣло, конечно, когда паутинная оболочка гдѣ-либо повреждена. Еще менѣе можно ждать крови въ жидкости при кровоизліаніи въ твердой оболочки, хотя красящее вещество крови можетъ путемъ диффузіи перейти въ цереброспинальную жидкость и сообщить ей желтоватый цвѣтъ.

Въ темныхъ случаяхъ, также у безсознательныхъ больныхъ при отсутствіи анамнеза, поясничный проколъ можетъ такимъ образомъ дать иногда важныя указанія для діагноза. Правда нужно быть осторожнымъ, такъ какъ значительное пониженіе давленія можетъ въ свѣжихъ случаяхъ, особенно въ черепной полости, усилить кровотеченіе или вызвать новое. Черезъ нѣсколько дней опасность бываетъ меньше и послѣ удаленія части крови, можетъ-быть вмѣстѣ съ трансудатомъ, осталая часть можетъ, пожалуй, скорѣе всосаться. При травматическомъ кровоизліаніи между оболочками спинного мозга проколъ часто, повидимому, дѣйствовалъ благопріятно (Kilian, Jacoby, Bugge)“.

Только-что приведенныя соображенія проф. Quincke могутъ служить подтвержденіемъ, что пониженіе внутричерепного давленія путемъ кровопусканія еще не создаетъ благопріятныхъ условій для прекращенія кровоизліанія въ головной мозгъ. Что касается примѣненія поясничнаго прокола, то изъ приведенныхъ словъ проф. Quincke вытекаетъ, что таковой проколъ можетъ принести пользу спустя нѣсколько времени послѣ кровоизліанія для удаленія образовавшагося трансудата. Дѣйствительно, въ описанномъ нами случаѣ (3) смерть послѣдовала не вслѣдствіе самого кровоизліанія въ затылочную долю праваго полушарія, а вслѣдствіе развившагося постепенно трансудата въ мозговыхъ желудочкахъ. Здѣсь своевременной поясничной проколъ могъ бы оказаться полезнымъ. Приведу кстати

слѣдующій случай, гдѣ поясничный проколь, пожалуй, тоже былъ бы вполне уместенъ:

4. Отставной казакъ Д. 52 лѣтъ поступилъ въ Омскій военный госпиталь 27 апрѣля 1903 г. съ параличомъ лѣвой руки; по словамъ больного, три недѣли назадъ во время работы у него отнялась лѣвая рука, но сознание сохранилось; на слѣдующій день присоединился параличъ лѣвой ноги и рѣчь сдѣлалась невнятной, но въ настоящее время онъ можетъ ходить безъ палки, хотя нога (лѣвая) все еще волочится; рѣчь вполне ясная; больной легко впадаетъ въ плаксивый тонъ; спиртными напитками злоупотребляетъ, сифлисъ у себя отрицаетъ; височныя артеріи тверды на ощупь, извилисты, кожная чувствительность во всей лѣвой половинѣ тѣла сохранилась вполне; сухожильные рефлексы слѣва повышены; при изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено; аппетитъ плохой, испражнение и мочеиспускание совершаются правильно. Назначено *kali jodat. zii : 3oi.* три ложки въ день. Съ 8 мая больной слегъ въ постель, гдѣ и проводилъ все время до смерти, началъ подъ себя испражняться и мочиться, заговаривался и, видимо, не отдавалъ себѣ отчета въ своихъ поступкахъ и окружающей обстановкѣ, а съ 14 мая больной находился въ спячкѣ, изъ которой его можно было вызвать громкими окликами, и тогда больной на вопросы отвѣчалъ невпопадъ; лѣвыя рука и нога лежали безъ движенія и падали какъ плети; t^0 -все время была въ предѣлахъ нормы; пульсъ слабоватый, 70 ударовъ въ минуту, въ послѣдніе дни—съ перебоемъ. 19 мая больной скончался, не приходя въ себя; при явленіяхъ сердечной слабости и затрудненнаго дыханія. При *вскрытіи* оказалось слѣдующее: твердая мозговая оболочка полнокровна и сращена съ мягкой въ области центральныхъ извилинъ праваго полушарія; мягкая мозговая оболочка полнокровна и повсюду снимается легко за исключеніемъ того мѣста, гдѣ сращена съ твердой оболочкой и подлежащей мозговой тканью; сосуды основанія мозга твердоваты на ощупь и зияютъ на разрѣзѣ; при вскрытіи лѣваго бокового желу-

дочка выдѣлилось значительное количество кровянистой жидкости, при чемъ задній рогъ оказался сильно растянутымъ, въ полость передняго рога праваго желудочка выпячивалась мозговая ткань, при вскрытіи которой обнаружена въ правомъ полушаріи полость величиной съ куриное яйцо, содержащая кашпцеобразную массу темнокраснаго цвѣта; это гнѣздо размягченія доходило до наружной поверхности праваго полушарія въ мѣстѣ сращенія мягкой мозговой оболочки съ твердой, а внизъ простиралось до основанія мозга; ткань мозга умѣренной плотности и въ общемъ, представляется полнокровной; спинномозговой каналъ вскрытъ не былъ; въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго не найдено. Такимъ образомъ, посмертное вскрытіе обнаружило гнѣздо краснаго размягченія (вслѣдствіе парамидоза) въ бѣломъ веществѣ праваго полушарія въ области центральныхъ извилинъ и воспалительныя явленія съ трансудацией въ мозговые желудочки, что и послужило ближайшей причиной смерти. Въ такомъ случаѣ поясничный проколъ, облегчивъ всасываніе трансудата, быть-можетъ, отдалил бы печальный конецъ.

При поясничныхъ проколахъ нужно имѣть въ виду слѣдующее указаніе проф. Quincke: „большая затылочная дыра при внутренней головной водянкѣ и пр. нерѣдко закупоривается мозгомъ, какъ пробкой, такъ что прекращается сообщеніе между подпаутинными пространствами спинного и головного мозга. Въ такомъ случаѣ не только устриваются дополнительные спинномозговые пути для оттока цереброспинальной жидкости, но и черепная полость превращается дѣйствительно въ совершенно неуступчивую капсулу, для которой податливый и упругій спинномозговой дуральный мѣшокъ уже не можетъ служить предохранительнымъ клапаномъ“. „При поясничномъ проколѣ, говоритъ далѣе проф. Quincke, получается въ подобныхъ случаяхъ, несмотря на сильное повышеніе внутричерепнаго давленія, лишь незначительное, подчасъ нормальное давленіе, которое указываетъ исключительно на спинномозговое давленіе. Но случается также, что въ началѣ измѣренія

давление бывает высоко и только послѣ вытекания одного или нѣсколькихъ сантиметровъ очень быстро падаетъ до нормы или ниже нормы, потому что первоначально еще существуетъ узкое сообщеніе съ черепной полостью, а затѣмъ послѣ выпуска небольшаго количества цереброспинальной жидкости давление въ подпаутинныхъ пространствахъ спинного мозга падаетъ настолько ниже внутричерепного, что обѣ полости вполне разобщаются на мѣстѣ большой затылочной дыры. На подобное подготовляющееся разобщеніе указываютъ, слѣдовательно: 1) весьма различная высота давленія при повторныхъ проколахъ, несмотря на то, что прочія явленія остаются безъ измѣненія; 2) очень быстрое пониженіе давленія во время прокола. При наличности другихъ данныхъ такого рода фактъ можетъ подкрѣпить діагнозъ опухоли въ задней черепной ямкѣ; практически же этотъ фактъ особенно важенъ въ томъ отношеніи, что онъ заставляетъ быть осторожнымъ съ примѣненіемъ прокола, такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда за проколомъ слѣдовали тяжелыя мозговыя явленія или даже смертельный исходъ, нѣрѣдко вѣроятно играло извѣстную роль упомянутое выше разобщеніе. При такихъ условіяхъ жидкость слѣдуетъ выпускать весьма осторожно, опуская лишь весьма незначительно измѣрительную трубку; при быстромъ паденіи давленія или при появленіи мозговыхъ симптомовъ нужно прекратить выпусканіе жидкости (или впустить ее обратно). Отъ повторенія поясничнаго прокола въ такихъ случаяхъ лучше отказаться, а можно сдѣлать, если нужно, прямо проколъ мозговыхъ желудочковъ (см. Nölke)“.

Хотя проф. Quinke ссылается только на Nölke, а не приводитъ описанія способа прокола мозговыхъ желудочковъ, во, конечно, здѣсь рѣчь идетъ уже о хирургическомъ вмѣшательствѣ въ подходящихъ случаяхъ. Дѣйствительно, мысль о подобномъ вмѣшательствѣ иногда напрашивается сама собой. Такъ, при вскрытіи головного мозга въ первомъ изъ описанныхъ мною случаевъ невольно я подумалъ, что трепанация черепа, быть-можетъ, спасла бы жизнь больному С. По

справкамъ оказалось, что мысль о подобномъ вмѣшателствѣ далеко не новая.

Проф. Andrè⁵⁾ по поводу лѣченія апоплексіи говоритъ слѣдующее: „при серьезной апоплексіи, кромѣ кровопусканія, примѣнными слабительными, мочегонными, молочная діета, іодистыя щелочныя соли, тринитритъ, и вдыханіе кислорода. Такъ какъ скопленіе жидкости въ желудочкахъ представляетъ большую опасность, то слѣдуетъ доставлять выходъ этой жидкости, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ трепанація, рекомендуемая J a b o u l a g'емъ (въ Ліонѣ), является послѣднимъ средствомъ борьбы. Краниэктомія съ разрѣзомъ твердой оболочки имѣетъ въ этомъ случаѣ то-же значеніе, какъ проколъ живота при водянкѣ. Въ одномъ случаѣ большой опухоли въ толщѣ лѣваго полушарія J a b o u l a g произвелъ трепанацію въ видѣ нѣсколькихъ мелкихъ отверстій, чрезъ которыя можно было видѣть, что подпаутинное пространство было увеличено въ глубину. За одинъ разъ вытекло четыре столовыхъ ложки серозной жидкости. Очевидно, что трепанація служитъ дѣйствительнымъ средствомъ противъ отека мозга“ (стр. 76). Въ другомъ мѣстѣ Andrè⁵⁾ сообщаетъ, что „нѣкоторые хирурги пробовали, съ различнымъ успѣхомъ, трепанацію черена и антисептической дренажъ“ при внутреннемъ кровоизліяніи въ твердой оболочкѣ головного мозга (стр. 213).

Проф. R a u t o n d¹⁰⁹⁾ въ своихъ лекціяхъ посвятилъ цѣлую статью проколу желудочковъ при опухоляхъ головного мозга. „Исторія пункции мозговыхъ желудочковъ, говоритъ проф. R a u t o n d, относится къ наиболѣе отдаленной эпохѣ т. е. къ до-Гиппократовскому времени. Между тѣмъ только въ половинѣ прошлаго столѣтія этотъ способъ стали систематически примѣнять при лѣченіи у дѣтей мозговой водянки. S h i r a u l t собралъ болѣе 200 случаевъ дѣтской головной водянки, лѣченныхъ въ теченіе времени съ 1825 г. по 1860 г., пункцией желудочковъ. Короче сказать, въ этотъ промежутокъ времени пункция дѣлалась непосредственно черезъ черепную стѣнку, безразлично, въ какой угодно точкѣ этой стѣнки, но

предпочтительно на уровнѣ передняго родничка или по ходу вѣчнаго шва. Этотъ способъ операціи сохранилъ за собой до послѣдняго времени алептовъ, между которыми я укажу на Illingworth'a, Tordoff'a, Wink'e, не такъ давно прибѣгавшихъ къ нему, и не безъ успѣха. Само собой разумѣется, что подобный оперативный приѣмъ можетъ быть пригоденъ только у дѣтей, у которыхъ роднички и швы не окостенѣли; онъ не примѣнимъ у взрослыхъ. Со времени введенія антисептики и асептики трепанациа сдѣлалась неопасной операціей. Такимъ образомъ, присоединили къ трепанациа пункцию желудочковъ какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей, и расширили показанія для пункции во всѣхъ случаяхъ, гдѣ, какъ бы грозны ни были явленія, какъ бы тяжелы ни были проявленія вслѣдствіе ихъ повторенія, вслѣдствіе ихъ продолжительности, эти послѣднія вызываются скопленіемъ жидкости въ желудочкахъ, вторичной внутренней водянкой мозга, а, слѣдовательно, и въ случаяхъ опухоли головного мозга“ а, слѣдовательно, прибавимъ мы, и въ случаяхъ кровоизліянія въ головной мозгъ. Далѣе проф. R a u t o n d приводитъ вкратцѣ литературу по занимающему его вопросу и описываетъ случай примѣненія трепанациа черепа съ пункцией мозговыхъ желудочковъ у больного съ прижизненнымъ распознаваніемъ опухоли на основаніи головного мозга въ связи съ можечкомъ. Операцію произвелъ хирургъ П о т е р а, но больной спустя сутки послѣ операціи умеръ; посмертное вскрытіе въ общемъ подтвердило распознаваніе. Свое рѣшеніе прибѣгнуть въ операціи проф. R a u t o n d, въ общемъ, основываетъ на слѣдующихъ данныхъ: въ виду указаннаго распознаванія вопросъ могъ быть лишь о палліативной помощи, имѣющей цѣлью пониженіе внутричерепного давленія: чтобы достигъ этого результата, мы имѣемъ выборъ между: поясничнымъ проколомъ проф. Q u i s k e, простой трепанацией, трепанацией съ послѣдовательнымъ дренажемъ желудочковъ и трепанацией съ послѣдовательной пункцией желудочковъ. Отвергнувъ поясничный проколъ, какъ операцію далеко небезвредную и давшую уже 6 случаевъ

смерти, проф. R a u t o n d замѣчаетъ, что простое вскрытіе черепа часто оказывалось недостаточнымъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ повышеніи внутри-черепного давленія принимала неоспоримое участіе волянка желудочковъ. Отсюда выводъ: къ трепанаціи слѣдуетъ присоединить непосредственное извлеченіе жидкости, которая наполняетъ желудочки. Дренажъ этихъ полостей, даже когда онъ производится со всеми требуемыми предосторожностями, сопровождается зачастую септическими осложненіями или другими явленіями, въ доказательство чего проф. R a u t o n d приводитъ вкратцѣ одинъ случай, кончившійся смертью. „Ничего подобнаго, заключаетъ профессоръ, нельзя опасаться при простой пункціи желудочковъ; въ послѣднее время опубликовано извѣстное число случаевъ этой операціи съ успѣшнымъ исходомъ. При этихъ условіяхъ я и П о т е р а рѣшились на пункцію желудочковъ“.

Любопытно, что проф. R a u t o n d среди мѣръ, вліяющихъ на пониженіе внутри-черепного давленія, не упоминаетъ о кровоизвлеченіи, а между тѣмъ, по его же словамъ, нѣтъ недостатка въ клиническихъ данныхъ, показывающихъ, какую роль въ происхожденіи нѣкоторыхъ черепно-мозговыхъ расстройствъ играетъ повышеніе внутри-черепного давленія и спасительное вліяніе всякаго вмѣшательства, которое имѣетъ цѣлебное дѣйствіе на этотъ патогенетическій элементъ. „Извѣстно, — продолжаетъ проф. R a u t o n d, — что при травматическомъ поврежденіи черепа, сопровождаемомъ изліяніемъ крови между твердой мозговой оболочкой и черепными костями, достаточно трепанировать черепную коробку и удалить сгустки крови, образовавшіеся вслѣдъ за разрывомъ средней мозговой оболочки, чтобы тотчасъ же исчезли проявленія весьма высокой важности, а именно: коматозное состояніе, судороги, замедленіе пульса, замедленіе и перемежающаяся пріостановка дыханія“.

Въ пользу хирургическаго вмѣшательства при кровоизліяніи въ головной мозгъ можно привести, со словъ проф. R a u t o n d'a, слѣдующія данныя: „болѣе полувѣка назадъ

(1836 г.) Magendie констатировалъ, что, производя кровоизліяніе у животнаго въ одномъ изъ полушарій при помощи остраго инструмента, вонзаемаго въ черепъ, вызываютъ параличъ и коматозное состояніе, но достаточно произвести трепанцію черепа и раздраженіе извѣстной области, которую Magendie назвалъ *nodus cursorius*, чтобы животное пришло въ себя и выполняло очень живыя движенія“. Подобная постановка опыта со всѣми вариантами приходила на умъ и мнѣ еще во время моей работы въ лабораторіи академика В. М. Бехтерева.

Объ опытахъ Magendie упоминаетъ, между прочимъ, проф. Тауберъ¹¹⁰) по поводу хирургическаго вмѣшательства въ одномъ случаѣ внутримозгового кровотечения травматическаго происхожденія. Приведу вкратцѣ описаніе этого случая:

Маляръ Д. 21 года получилъ ударъ въ лѣвую половину головы тяжеловѣснымъ камнемъ, послѣ чего онъ упалъ, потерялъ сознаніе, но вскорѣ пришелъ въ себя, хотя около получаса послѣ удара не могъ произнести ни слова. На слѣдующій день онъ былъ доставленъ въ клинику, гдѣ оказалось слѣдующее: позади лѣваго вѣчнаго шва рана покрововъ черепа длиною въ 1 сант., направляющаяся параллельно стрѣловидному шву соотвѣтствующая верхушкѣ *lineae semicirc. oss. pariet. sin.*; покровы всей лѣвой половины головы опухши и отечны; перелома костей черепа нигдѣ не прощупывается; рѣчь внятная, движенія во всѣхъ членахъ правильны, общее состояніе больного представляетъ видъ ошеломленнаго (*stupor*); поверхъ асептической повязки наложенъ былъ пузырь со льдомъ на голову. На второй день поступленія въ клинику (13 мая 1895 г.) у больного обнаружилились признаки двигательной афазіи, а также параличъ лѣваго лицевого и большаго язычнаго нерва; правая рука слабѣ лѣвой, нижнія конечности не представляли никакихъ уклоненій. Принимая во вниманіе всѣ эти явленія, проф. Тауберъ предположилъ въ данномъ случаѣ кровоизліяніе надъ или подъ-оболочечное, увеличи-

вающее внутри-черепное давленіе и потому рѣшено было произвести подъ наркозомъ болѣе тщательное изслѣдованіе. Ассистентъ клиники д-ръ Б о р с у к ъ крестообразно расширилъ рану головы и, убѣдившись пальцемъ въ существованіи перелома, онъ двумя разрѣзами широко обнажилъ лѣвую половину черепа; отдѣливъ всѣ покровы черепа съ надкостницей, операторъ нашелъ свободный осколокъ кости неправильной формы и небольшой величины (2 сант. \times 4 сант.); по удаленіи осколка и кровяныхъ сгустковъ подъ нимъ, обнажилась твердая мозговая оболочка, сильно инъецированная. Далѣе обнаружены были двѣ трещины съ вдавленіемъ кости; при помощи ножницъ операторъ устранилъ вдавленіе, при чемъ найдено было множество надоболочечныхъ кровяныхъ сгустковъ, которые были удалены, а одна кровоточащая вѣтвь *mening. med.* была обколота; затѣмъ дефектъ въ черепѣ свободно закрылся кожно-субперіостальными лоскутами, послѣ чего рана покрововъ была сшита на-глухо; поверхъ асептической повязки былъ положенъ ледъ на голову. 14-го, 15-го, 16-го, 17-го и 18-го у больного наблюдались припадки Джексоновской эпилепсіи съ возрастающей силой и, сверхъ того, развилась полная *hemiplegia dextra*. Въ виду такихъ бурныхъ явленій, несомнѣнно указывающихъ на увеличеніе внутричерепного давленія и чрезмѣрное раздраженіе психомоторныхъ фокусовъ рѣшено было вторично изслѣдовать поврежденное мѣсто головы. 18 мая, на 9-ый день болѣзни, подъ хлороформомъ удалены швы, губы раны, сросшіяся первымъ натяженіемъ, разъединены и костными ножницами была срѣзана нижняя часть лѣвой темянной кости вплоть до чешуи височной кости. Обнаживъ такимъ образомъ твердую мозговую оболочку на протяженіи средней части центральныхъ извилинъ, операторъ тщательно искалъ какихъ-либо измѣненій въ твердой оболочкѣ мозга, но послѣдняя повсюду представлялась нормальной и равномерно пульсировала; тогда онъ Праватовской иглой сдѣлалъ восемь пробныхъ проколовъ въ существо мозговой ткани и послѣдніе два укола, нанесенные позади

средней части Роляндовой борозды, дали нѣсколько капель густой дегтеобразной крови. Тогда *dura mater* была разсѣчена Т-образнымъ разрѣзомъ въ 3 и 1¹/₂ сант., послѣ чего обнаженная часть мозговой извилины представлялась нѣсколько блѣдною, непупьсирующею; пробный проколъ этой извилины давалъ такую же густую кровянистую жидкость. Извилина (*gyr. postcentr.*) была надрѣзана и изъ глубины мозговой ткани на разстояніи около двухъ сант. отъ периферіи мозга, острой ложечкой Фольгмана былъ удаленъ кровяной экстравазатъ величиной съ тутовую ягоду или нѣсколько больше, и вмѣстѣ съ нимъ резецирована и небольшая часть бѣлаго вещества мозга. Въ образовавшуюся ямку головного мозга введена была іодоформная турунда, конецъ которой выведенъ сквозь *dura mater* на поверхность головы; раны на твердой оболочкѣ и покровахъ черепа сшиты шелкомъ. По пробужденіи отъ наркоза больной сталъ безпокоенъ и къ вечеру до того неистовствовалъ, что пришлось ему надѣть смирительную рубашу; однакожь, послѣ приѣма 0,015 морфія оперированный успокоился и заснулъ. На слѣдующій день послѣ операціи больной находился въ полномъ сознаніи, гемиплегія уменьшилась, афазія нѣсколько „уступила“; припадковъ падучей не было, испражненіе и мочеиспусканіе совершались правильно. 20-го мая рѣчь вернулась, самочувствіе больного вполне удовлетворительно; гемиплегія почти прошла, лихорадки не было. 24 мая больной свободно началъ ходить; рана покрововъ головы зажила первымъ натяженіемъ; швы удалены, турунда сидитъ плотно въ нижнемъ углу раны. 29-го мая—вторая смѣна повязки: по удаленіи турунды изъ полости мозга вытекло около чайной ложечки кровянистой жидкости; черезъ нижній уголь раны введена короткая іодоформная турунда лишь до твердой оболочки, послѣ чего наложена асептическая повязка. Ходитъ больной, какъ здоровый; рѣчь вполне восстановилась, только она нѣсколько замедленная, парезъ лица почти исчезъ. На 28-ой день болѣзни т. е. 7 іюня маляръ Д. выписался вполне здоровымъ. Въ теченіе послѣдующихъ

мѣсяцевъ онъ неоднократно приходилъ въ клинику и передавалъ, что онъ свободно занимается своимъ ремесломъ, а ординаторы клиники констатировали отсутствіе какихъ-либо уклоненій въ функціяхъ головного мозга. На пятый мѣсяць послѣ операции Д. былъ представленъ членамъ Общ. русск. вр. при Варш. универс., при чемъ, кромѣ легкаго переза мышцъ лица, никакихъ уклоненій не было замѣчено. 18 октября слѣдующаго года Д. былъ предъявленъ проф. Тауберъ на лекціи студентамъ, при чемъ, по словамъ оперированнаго, въ теченіе 17 мѣсяцевъ послѣ операціи у него не обнаруживалось никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, которые напоминали бы собой эпилептическія судорги; онъ чувствовалъ себя бодрымъ и здоровымъ мастеровымъ, вполне способнымъ продолжать свое ремесло комнатнаго маляра.

„Очевидно“, замѣчаетъ проф. Тауберъ, „что на этомъ больномъ типически повторился первобытный опытъ Magendie, который проколомъ сквозь черепъ животныхъ вызывалъ въ полушаріи мозга кровоизліянія, вслѣдствіе чего животныя впадали въ коматозное состояніе и парализовались. Затѣмъ онъ вскрывалъ мозговую полость и оперативнымъ путемъ удалялъ кровяные свертки, послѣ чего животныя не только приходили въ себя, но даже весело бѣгали по комнатѣ“. Въ заключеніе проф. Тауберъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Отечное состояніе покрововъ черепа нерѣдко препятствуетъ точному изслѣдованію костей черепа и въ такихъ случаяхъ рѣшеніе вопроса: есть ли въ данномъ случаѣ переломъ или нѣтъ?—остается открытымъ. Тогда коматозное состояніе больного, типическіе припадки усиленнаго внутричерепнаго давленія и наличность хотя бы и незначительной раны покрововъ—служатъ достаточно вѣскими мотивами въ непосредственному изслѣдованію костей черепа оперативнымъ путемъ.

2) Въ свѣжихъ случаяхъ раненія черепа при соблюденіи строгихъ мѣръ асептики, пробные проколы не только

мозговых оболочекъ, но и существа мозга—безопасное и потому допустимое діагностическое средство для точнаго опредѣленія стостоянія подлежащихъ тканей.

3) Кровоизліяніе въ толщѣ мозга, неподдающееся всасыванію въ теченіе 8-10 дней, сопровождается припадками Джаксоновской эпилепсіи: въ такихъ случаяхъ успѣхъ оперативнаго пособія зависитъ отъ своевременности выполненія его: чѣмъ ранѣе будетъ устраненъ экстравазатъ, тѣмъ совершеннѣе представится результатъ операціи.

Мнѣ кажется, что описанный проф. Тауберомъ случай съ благопріятнымъ исходомъ даетъ намъ право высказаться за примѣненіе не только трепанаціи, но и дальнѣйшихъ манипуляцій, при мозговомъ кровоизліяніи и не травматическаго происхожденія. Будущее покажетъ, конечно, при какихъ условіяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ хирургическому вмѣшательству, но пока преимущества послѣдняго предъ кровопусканіемъ представляются несомнѣнными.

Противъ кровопусканій въ послѣднее время высказался д-ръ Нейга ди Гасперго¹¹¹⁾, который приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: всѣ явленія увеличенія черепнаго давленія—головная боль, рвота, безпокойство, бессонница, головокруженіе, судорги, ослабленіе зрѣнія, расстройство дыханія—обнаруживаются всего рѣзче тогда, когда нарушено соотношеніе между давленіемъ крови и мозговымъ давленіемъ. Послѣднее не должно достигать одинаковой величины съ первымъ и никоимъ образомъ не должно превышать его. Извѣстно, что при сжатіи мозга т. е. при увеличенномъ противъ нормы мозговомъ давленіи болѣзненные припадки могутъ не обнаруживаться, если кровяное давленіе въ мозговыхъ сосудахъ достаточно велико, и лишь при паденіи кровяного давленія всѣ субъективные и объективные припадки могутъ проявиться сразу и даже быстро повести къ смертельному исходу. Поэтому при лѣченіи, главнымъ образомъ, слѣдуетъ стремиться понизить внутрочерепное давленіе и увеличить кровяное давленіе и тонусъ сосудовъ. Наилучшими средствами, увеличи-

вающими кровяное давленіе и сжимающими сосуды, авторъ признаетъ наперстянку и вытяжку околопочечной железы. Сжатіе мозговыхъ сосудовъ имѣетъ очень важное значеніе, такъ какъ благодаря ему уменьшается мозговое давленіе, вслѣдствіе чего улучшается и кровообращеніе и питаніе мозга. Кромѣ этихъ положительныхъ мѣръ, слѣдуетъ избѣгать всего, что можетъ сколько-нибудь понизить кровяное давленіе: назначеніе морфія и хлораль-гидрата поэтому прямо противопоказуется. Предложенныя многими авторами мѣстныя кровоизвлечения и венесекціи при судорогахъ, G a s r e g o на основаніи личнаго опыта признаетъ нецѣлесообразными. Что касается поясничнаго прокола, то онъ показуется, главнымъ образомъ, тогда, когда увеличеніе мозгового давленія зависитъ отъ скопленія жидкости въ мозговыхъ полостяхъ; въ единичныхъ случаяхъ этотъ способъ лѣченія можетъ оказаться спасительнымъ и вести къ быстрому излѣченію; поясничный проколъ, однако, далеко нельзя считать безопаснымъ. Палліативная трепанация черепа показуется тогда, когда установлена, что имѣется быстро растущая опухоль. Трепанация съ одновременнымъ проколомъ желудочка показуется въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда имѣется закрытая нарастающая водянка желудочка съ непрерывно усиливающимися признаками увеличенія мозгового давленія.

Мненія G a s r e g o, отчасти совпадающія съ моими, я привожу по реферату, а потому воздерживаюсь пока отъ ихъ обсужденія, но считаю умѣстнымъ указать, что этотъ авторъ не упоминаетъ, повидимому, о примѣненіи трепанации при травматическомъ кровоизліаніи надъ или подъ твердую мозговую оболочку. Выше мы приводили взглядъ проф. R a u p o n d'a¹⁰⁹) на такіе случаи; проф. T a u b e r t¹¹⁰ тоже разбираетъ ихъ въ своихъ клиническихъ лекціяхъ по хирургіи головного мозга, а д-ръ Б. К. Ф и н к е л ь ш т е й н ь¹⁰⁴) описалъ недавно случай трепанации черепа по поводу травматическаго кровоизліанія подъ твердую мозговую оболочку съ благопріятнымъ исходомъ. Онъ же въ послѣднее время рефе-

рировалъ два случая д-ра S o r p s o n ' a ¹¹²⁾ съ оперативнымъ вмѣшательствомъ при разрывѣ средней мозговой артеріи вслѣдствіе травмы; оба случая окончились выздоровленіемъ.

Переходя отъ головного мозга къ спинному, слѣдуетъ упомянуть, что уже М у р а т о в ъ ¹¹³⁾ считалъ необходимымъ въ остромъ періодѣ кровоизліянія спинного мозга, на ряду съ терапевтическими мѣрами, и хирургическое вмѣшательство. По мнѣнію S t r ü m p e l l ' я ¹¹⁶⁾, въ самомъ началѣ кровоизліянія въ вещество спинного мозга лѣченіе должно заключаться въ назначеніи полнѣйшаго покоя, мѣстнаго примѣненія льда и эрготиива, тогда какъ при кровоизліяніи въ оболочки спинного мозга онъ совѣтуетъ, сверхъ того, также мѣстное кровоизвлеченіе (банки, пиявки). „Иногда, продолжаетъ проф. S t r ü m p e l l ¹¹⁶⁾, можно бы прибѣгнуть къ поясничному проколу съ цѣлью удалить часть крови и такимъ образомъ уменьшить давленіе на спинной мозгъ“. Недавно M i l i o n ¹¹⁴⁾ описалъ технику поясничнаго прокола при внутрипозвоночныхъ кровоизліяніяхъ; въ другой статьѣ онъ же ¹¹⁵⁾ останавливается на вопросѣ, какъ избѣжать несчастныхъ случаевъ при поясничномъ проколѣ.

На основаніи всего вышеизложеннаго я считаю возможнымъ пока закончить слѣдующими положеніями: I. Кровоизвлеченіе вообще и кровопусканіе въ частности не приносятъ существенной пользы во время кровоизліяній въ головной или спинной мозгъ. II. Гораздо цѣлесообразнѣе въ такихъ случаяхъ представляется трепанація черепа, особенно при угрожающихъ жизни явленіяхъ.

Источники^{*)}.

- 1) А. Соболевскій. О вліяві кровоизвлеченія на черепно-мозговое кровообращеніе. Дисс. Спб 1901 г. Изъ лабораторіи при клиникѣ академика В. М. Бехтерева.
- 2) Проф. Г. А. Захарьинъ. Клиническія лекціи. О кровоизвлеченіи. Изд. 5-ое, вып. I 1895 г.
- 3) Проф. G o w e r s. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. 1896 г.
- 4) Проф. O r r e n h e i m. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896 г.
- 5) Проф. A n d r è. Клиническій обзоръ болѣзней нервной системы. 1898 г.
- 6) Проф. S e e l i g m ü l l e r. Руководство къ изученію болѣзней спинного и головного мозга, равно и общихъ невродовъ. 1889—90 г.
- 7) Проф. Кожевниковъ. Курсъ нервныхъ болѣзней. 1898 г.
- 8) E i c h o r s t. Руководство къ частной патологіи и терапіи, т. III. 1897 г.
- 9) Проф. L u o n. Руководство по клинической терапіи. 1898 г.
- 10) Проф. R o s s. Руководство къ изученію болѣзней нервной системы, 1882 г.
- 11) E i c h h o r s t. Лѣченіе крупознаго воспаления легкихъ. В. М. Ж. Июнь 1900 г.
- 12) Проф. B a g i n s k y. Реф. во „Врачѣ“: № 46 1898 г. и № 28 1901 г.
- 13) Гиндесъ. Значеніе кровопусканій при уреміи. „Дѣтская медицина“ № 2 1899 г.

*) Болѣе подробныя указанія см. въ моей диссертациі.

- 14) Schubert. Die Bluteatzichungskuren, ihre Geschichte, Theorie, Indication, Technik und Nachbehandlung für Ärzte und Studierende. Stuttgart. 1896 г.
- 15) Проф. Laache. Реф. „Врачъ“ № 15 1898 г.
- 16) Проф. Поповъ. Лекціи по общей психопатологіи. 1897 г.
- 17) См. Wolzen dor f. Кровоупусканіе. Реаль. Энцикл. Мед. Наукъ проф. Eulen burg - Афанасьева *).
- 18) Проф. Griesinger. Душевные болѣзни. 1881 г.
- 19) Проф. Nurtl. Руководство къ топографической анатоміи и проч. 1860 г.
- 20) Проф. Jürgensen. Извлеченіе крови. Общ. пер. Ziemsen'a, т. I часть II. 1881 г.
- 21) Гатцукъ. Дисс. Москва. 1871 г.
- 22) Финкельштейнъ. Дисс. Спб. 1883 г.
- 23) Проф. Пашутинъ. Лекціи общей патологіи. 1881 г.
- 24) Проф. Krafft-Ebing Учебникъ психіатріи. 1897 г.
- 25) Проф. Ю. Чудновскій. Дисс. Спб. 1869 г.
- 26) Проф. Manquat. Основы терапевтики и фармакологіи. 1897 г.
- 27) Проф. Чирьевъ. Физическая статистика крови. 1881.
- 28) Проф. Манассеинъ. Ueber die Dimensionen der rothen Blutkörperchen unter verschiedenen Einflüssen. Tübingen. 1872 г. *).
- 29) Я. Каганъ. Спб. 1883 г.
- 30) Проф. Манассеинъ. Archiv. Virchow. 1872 г. *).
- 31) Къа земъ - Бекъ. Послѣдствія кровопусканія. Сообщено проф. Догелемъ на IV-омъ съѣздѣ русск. вр. въ пам. Н. И. Пирогова 1891 г. см. Труды.
- 32) Толмачевъ. Medic. - chemische Untersuch. 1868 г. *).

*) Приведены по Jürgensen'у²⁰), такъ какъ подлинниковъ нельзя было достать.

- 33) Новрицкій. Дисс. Варшава. 1870.
- 34) Верекундовъ. Прот. конфер. Имп. В.-М. Ак. 1883³/₆ г.
- 35) И. П. Павловъ. Ежемед. клин. газ. Боткина, № 31 1883 г.
- 36) Розенгартъ. Дисс. Спб. 1886 г.
- 37) Чирьевъ. Дисс. Спб. 1876 г.
- 38) Шаширо. Дисс. Спб. 1881 г.
- 39) Цыбульскій. Дисс. Спб. 1885 г.
- 40) Оттъ. Дисс. Спб. 1884 г.
- 41) Фохтъ. См. прѣнія по докладу проф. Догеля въ трудахъ IV пироговскаго съѣзда врачей 1891 г.
- 42) Колоколовъ. Дисс. Спб. 1883 г.
- 43) Антоколенко. Дисс. Сп. 1893 г.
- 44) А. Каганъ. Дисс. Сп. 1893 г.
- 45) Рокицкій. Дисс. Сп. 1899 г.
- 46) Проф. Лукьяновъ. Основанія общей патологіи сосудистой системы. Варшава. 1893 г.
- 47) Саноцкій. Матеріалы къ вопросу о регуляціи нормальнаго состава крови. Труды русск. мед. общ. при Варш. Универс. 1891 г.
- 48) Шипировичъ. Дисс. Сп. 1892 г.
- 49) Бандаратскій. Дисс. Сп. 1882 г.
- 50) Немзеръ. О вліяніи искусственной гидреміи на газообмѣнъ у кроликовъ. „Русск. Мед.“ 1888 г. № 11.
- 51) Мальчевскій. Дисс. Спб. 1892 г.
- 52) Рубашкинъ. Дисс. Сп. 1871 г.
- 53) Габетинъ. Дисс. Спб. 1873 г.
- 54) Ф. Чудновскій. Дисс. Спб. 1890 г.
- 55) Соколовскій. Дисс. Сп. 1891 г.
- 56) Minckovsky. Дисс, Königsberg. 1881 г.
- 57) Fredericq et Nüel. Основы физиологіи чело-вѣка. 1899 г.
- 58) Навалихинъ. Дисс. Казань. 1874 г.
- 59) Оршанскій. Arch. du Bois Reymond. 1883 г.

- 60) Тархановъ. О психомоторныхъ центрахъ и развитіи ихъ у человѣка и животныхъ. 1879 г.
- 61) Knoll. Separ. olbdruck aus d. Sitz.-Ber. d. Kaiserl. Akad. in Wien Math-nat. Classe. 93. Bd. 3. Abth. 1886 г.
- 62) Gärtner und Wagner. Wiener med. Wochen. № 19 и 20 1888 г.
- 63) Hürthle. Arch. Pflüg. 1889 г.
- 64) Тархановъ. Malang. biol. tirès du bullet. de l'Acad. des Scienc. de St. Peters. VII 1869—71 г.
- 65) Тархановъ. Mel. biol. zur. dubull. pe l'Ac. des scienc. de St. P. VIII, 1871 г.
- 66) Шпанбогъ. Архивъ психіатріи, т. XV 1890 г.
- 67) Киселевъ. Дисс. 1883 г. Сп.
- 68) Жуковскій. Обзор. псих. и пр. № 11 1898 г.
- 69) Бейнаръ. Дисс. Сп. 1898 г.
- 70) Герверъ. Неврол. Вѣст. т. VII, вып. 1 и 2 1899 г.
- 71) Мѣрныи. Медиц. Вѣст. 1875 г. стр. 354.
- 72) Holden. Реф. В. М. Ж. Июнь 1900 г.
- 73) Assitot. Archiv d'ophtal. Май; реф. „Русск. Вр.“ № 33 1902 г.
- 74) Sohn. Dermatolog. Central. № 1 реф. „Русск. Вр.“ № 1 1903 г.
- 75) Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ. Дисс. Казавъ. 1901 г.
- 76) Боришпольскій. Дисс. Сп. 1906 г.
- 77) Пуссепъ. О мозговыхъ центрахъ, управляющихъ эрекціей полового члена и сѣмяотдѣленіемъ. Дисс. Сп. 1902 г.
- 78) Орлеанскій. О черепно-мозговомъ кровообращеніи при острой асфиксіи механическаго происхожденія. Дисс. Сп. 1902 г.
- 79) Пекёръ. Дисс. Сп. 1887 г.
- 80) Ціонъ и Аладовъ. Mel. biol. tir. du bull. de l'Ac. de scienc. de St. P т. VIII 1871 г.

81) Dastre et Morat. Arch. de physiol. 1883 г.

82) Пуссепъ. Вліяніе половыхъ сношеній на мозговое кровообращеніе. Проток. науч. собр. вр. вл. душ. и нервн. 27 апрѣля 1900 г., а также „Обозр псих. и пр.“ 1902 г. № 10.

83) Kaufmann. Arch. de phys. 1895 г.

84) Francois-Frank. Arch. de phys. 1895 г.

85) Сявцилло. Труды физико-медиц. общ. № 11 1899 г.

Москва.

86) Тодорскій. Дисс. Харьковъ. 1900 г.

87) Телятникъ. Невр. вѣстн. 1898 г.

88) Спиртовъ. Невр. вѣстн. 1900 г.

89) Ижевскій. Дисс. Сп. 1900 г.

90) Стадницкій. Къ ученію о смерти при повѣшаніи. Дисс. Юрьевъ. 1903 г.

91) Чувескій. О кровоснабженіи отдѣльныхъ органовъ. Харьковъ 1902 г., а также см. Труды 8-го пиროговскаго съѣзда.

92) Проф. Landois. Учебникъ фізіологіи. 1894 г.

93) Проф. Tigerstedt. Учебникъ фізіологіи. 1901 г.

94) Проф. Егоровъ. Основы медицинской фізики.

Сп. 1886 г.

95) Проф. В. М. Бехтеревъ. Неврол. вѣст. 1794 г.

96) Riedel und Reiner. Arch. f. physiol. Pflüg. Bd. 79. 1900 г.

97) Проф. Павловъ. В. М. Ж. 1877 г. СХХІХ.

98) Черевковъ. Дисс. Харьковъ. 1893 г.

99) Проф. В. М. Бехтеревъ. Невропат. и психіатр. наблюд. Сп. 1900 г.

100) Бруштейнъ. О вазомоторномъ центрѣ продолговатаго мозга. „Обозр. псих. и пр.“ № 12 1901 г.

101) Проф. Корсаковъ. Курсъ психіатріи. 1901 г.

102) Телятникъ и Боришпольскій. „Обозр. псих. и пр.“ 1899 г.

103) Moritz. Болѣзни периферическихъ нервовъ, спинного и головного мозга 1902 г.

105) Финкельштейнъ. Случай трепанации черепа по поводу травматическаго кровоизліянія подъ твердую мозговую оболочку. „Русск. Вр.“ 1903 г. № 11.

105) Осиповъ. Частн. преп. „Обозр. психіатріи и пр.“ № 7 1903 г.

106) Chenallereau. Реф. „Русск. Вт.“ № 42 1903 г.

107) Проф. Оттъ. Отчетъ о засѣд. 17 апр. акуш.-гинек. общ. въ Петербургѣ. „Русск. Вр.“ № 31 1903 г.

108) Проф. Quincke. О поясничномъ проколѣ. Пер. 1903 г. Сп.

109) Проф. Raymond. Лекціи по бол. нервн. системы. Т. II, 1903 г.

110) Проф. Таубертъ. Хирургія головного мозга. Клиническія лекціи. 1898 г. Сп.

111) Gaspero. Therapie der Gegenwart. Май; реф. „Русск. Вр.“ № 23 1903 г.

112) Sampson. Annals of Surgery. Мартъ; реф. „Русск. Вр.“ 1903 г. № 34.

113) Ч. пр. Муратовъ. Клиническія лекціи по нервн. бол. дѣтск. возр. 1898 г.

114) Milion. La presse medicale 1902 г. № 19. „Обозр. псих. и пр.“ № 9 1903 г.

115) Milion. Sem. medicale 1902 г. № 25; реф. „Обозр. псих. и пр.“ 1903 г. № 9.

116) Проф. Strümpell. Учебникъ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Т. III 1901 г.

117) Левченко. Дисс. Сп. 1899.

118) Проф. Павловъ. Физиологія въ опытахъ. Сп. 1899 г.

119) Лазурскій. Дисс. Сп. 1900 г.

120) Проф. Подвысоцкій. Основы общей патологіи. Т. I, 1894 г. изд. 2-ое.

121) Проф. Raymond. Клиническія лекціи о бол. нервн. сист. Т. I, 1900 г.

Изъ Юрьевскаго Патологическаго Института
проф. В. А. Афанасьева.

О многоядерныхъ симпатическихъ нерв- ныхъ клѣткахъ.

И. В. Георгіевскаго.

I.

Въ 1834 году въ засѣданіи Страсбургскаго Естественнo-историческаго Общества, Lauth¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о результатахъ своихъ изслѣдованій по организаціи нервной системы, въ которомъ, вѣжета, въ первые упоминается о присутствіи между нервными волокнами п. sympathici круглыхъ скопленій зернистаго вещества, аналогичныхъ тому, какое находится въ ganglia intervertebralia. Со времени этого сообщенія появилась масса научныхъ изслѣдованій, пролившихъ много свѣта въ темную дотолѣ область гистологіи упоминаемыхъ Lauth'омъ зернистыхъ шаровъ, представляющихъ собою ни что иное, какъ симпатическія гангліозныя нервныя клѣтки. Въ виду того, что въ настоящей статьѣ мнѣ приходится касаться въ-которыхъ особенностей тончайшей структуры симпатическихъ нервныхъ клѣтокъ съ цѣлью установленія отличительныхъ

¹⁾ L'institut, journal general des sociétés et travaux Scientifiques de la France et de l'étranger. Paris, 4 octob. 1834. № 73. Société d'Histoire naturelle de strasbourg. Séance du avut 1834 (p. p. 324—325). По А. Смирнову. Матеріалы по гистологіи периферической нервной системы батрачій. Казань. 1891.

признаковъ ихъ въ сравненіи съ другими сходными клѣтками животнаго организма я позволю себѣ привести хотя самыя краткія свѣдѣнія о строеніи этихъ ганглиозныхъ элементовъ. При этомъ я считаю нужнымъ остановиться нѣсколько подробнѣе на тѣхъ особенностяхъ структуры клѣтокъ, которыя выступаютъ особенно рельефно при обработкѣ микроскопическихъ препаратовъ по методу Nissl'я или одной изъ его модификацій, такъ какъ по этому способу производились настоящія мои изслѣдованія.

Каждая нервная клѣтка состоитъ изъ протоплазмы, ядра съ ядрышкомъ и отростковъ. Въ клѣточной протоплазмѣ въ свою очередь различаютъ: хромотофильную и основную субстанцію. Первая называется также тѣльцами Nissl'я, кинетоплазмой (Marinesco), хромотофильной (v. Gehuchten) или тигроидной (Lenhossek) субстанціей; вторая — ахроматической, межучюквой субстанціей, трофоплазмой (Marinesco). Образованія, подобныя нислевскимъ тѣльцамъ, были описаны еще Flemming'омъ въ 1882 г. и Vanda въ 1885 г. Arnold ¹⁾ считаетъ ихъ идентичными съ тѣми сильно преломляющими зернами, которыя онъ указывалъ въ нервныхъ клѣткахъ еще въ 1867 г. Форма и величина нислевскихъ тѣлецъ крайне разнообразна, По описанію самого Nissl'я, красящаяся субстанція (resp. нислевскія тѣльца) представляется то въ видѣ зернышекъ различной формы и величины, то въ видѣ глыбокъ, гладкихъ или шероховатыхъ нитей, веретень, Kegel и т. д. Что касается въ частности симпатическихъ нервныхъ клѣтокъ, то Dogiel ²⁾ описываетъ хромотофильные элементы въ клѣткахъ сердечныхъ узловъ въ видѣ мелкихъ зеренъ и болѣе крупныхъ глыбокъ, довольно равномерно распределенныхъ по всему тѣлу за исключеніемъ периферическаго отрѣзка, гдѣ

¹⁾ Arnold, I. Ueber Structur u. Architectur der Zellen. Archiv. f. mikroskop. Anat. Bd. LII. S. 535—552.

²⁾ Dogiel, A. Zur Frage über den feineren Bau der Herzganglien des Menschen und der Säugethiere. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. LIII. S. 237—281.

они скудны. По наблюденьямъ Vas'a¹⁾, характеръ хроматиновой субстанціи въ симпатическихъ клѣткахъ человѣка бываетъ различенъ, смотря по возрасту. Въ эмбриональныхъ клѣткахъ нисслевскихъ тѣлецъ совсѣмъ не содержится; у совершенно развитыхъ новорожденныхъ они уже начинаютъ появляться; съ возрастомъ количество хроматофильной субстанціи постепенно увеличивается и къ 20 годамъ достигаетъ почти полнаго развитія. Распредѣленіе ея въ симпатическихъ нервныхъ клѣткахъ довольно характерно. Въ периферической зонѣ клѣточного тѣла хроматинъ представляется большею частью въ видѣ довольно грубыхъ глыбокъ, располагающихся въ видѣ кольца (Randschollenkranz polenhos.); по направленію къ центру, къ ядру онѣ постепенно переходятъ все въ болѣе и болѣе тонкія зернышки. Диаметръ наружнаго кольца колеблется въ различныхъ предѣлахъ въ зависимости отъ возраста. У стариковъ, при *marasmus senilis*, хроматиновая субстанція подвергается деструктивному процессу, распадаясь сначала въ мелкую пыль и потомъ совершенно исчезая. Наружный хроматиновый вѣнчикъ описывается также Bruckner'омъ²⁾. Marinesco и др.; Климовъ³⁾ же, изслѣдовавшій клѣтки сердечныхъ узловъ у человѣка, различаетъ даже два кольца: наружное—периферическое и внутреннее—околоядерное. Мнѣ также приходилось наблюдать Randschollenkranz въ симпатическихъ ганглиозныхъ клѣткахъ *plex. prostatici*. Здѣсь нисслевскія тѣльца представляются въ видѣ небольшихъ угловатыхъ, тѣсно лежащихъ глыбокъ, въ центральной же части клѣтки хроматиновое вещество распредѣляется болѣе или менѣе равномерно въ видѣ мелкихъ зеренъ.

¹⁾ Vas, F. Studien über den Bau des Chromatin in den Sympatischen Ganglienzellen. Archiv. f. mikrosk. Anat. Bd. XL. H. 3.

²⁾ Bruckner, S. Sur la Structure fine de la cellule sympathique. Arch. des sciences medic. T. III. Ref. Jahresber. Neurologie u. Psychiatrie. 1898. S. 43.

³⁾ Климовъ. О патологическихъ измѣненіяхъ нервныхъ вѣтлокъ сердечныхъ узловъ при дифтерійныхъ параличахъ сердца въ связи съ описаніемъ ихъ нормальнаго вида. Рус. Арх. 1898 г. Т. V, стр. 435.

Хроматофильныя глыбки, какъ по изслѣдованіямъ самого Nissl'я, такъ и другихъ авторовъ (Lenhossek, Marinesco, Ramon у Cajal, v. Gehuchten и др.) являются довольно сложными образованіями. По наблюденіямъ Arnold'a ¹⁾ нислевскія тѣльца состоятъ изъ зернышекъ различной величины и лучепреломляемости, связанныхъ между собой короткими соединительными звеньями (Bindeglieder). Внутри большихъ тѣлецъ видны свѣтлыя мѣста, какъ бы вакуолы, на присутствіе которыхъ указывалъ также и Nissl ²⁾.

Относительно структуры основной субстанціи существуютъ различныя возрѣнія. По мнѣнію однихъ авторовъ (Held, Lenhossek, Ramon у Cajal и др.) она имѣетъ губчатое или сотовидное строеніе; по взгляду другихъ (Schultze, Mayer, Flemming, Marinesco, v. Gehucht., Apathy, Bethe и др.)—фибрилярное зернистое строеніе. Arnold, описавшій фибриллы въ симпатическихъ клѣткахъ лягушки еще въ 1865 г. ³⁾, въ одной изъ позднѣйшихъ своихъ работъ ⁴⁾ снова касается этого вопроса. Онъ утверждаетъ, что въ ахроматической субстанціи нервной клѣтки находятся маленькія матовыя зерна, между которыми проходятъ короткія нити, распадающіяся въ свою очередь на ряды зернышекъ; промежутки между этими нитями выполнены безструктурной гіалиновой массой. Ни въ срединѣ, ни на периферіи клѣтки автору не удавалось изолировать болѣе длинныхъ нитей. Это обстоятельство стоитъ въ противорѣчій съ утвержденіями Apathy ⁵⁾ и Bethe ⁶⁾ о не-

¹⁾ l. c.

²⁾ Nissl, F. Ueber Rosin's neue Färbemethode des gesammten Nervensystems und dessen Bemerkungen über Ganglienzellen. Neurol. Ctbl. 1894. № 3—4.

³⁾ Arnold, S. Ueber die feineren histologischen Verhältnisse der Ganglienzellen in dem Sympathicus d. Frosches. Virch. Arch. Bd. XXXII. S. 28.

⁴⁾ l. c. Arch. f. mikr. Anat. Bd. LII.

⁵⁾ Cit. no Arnold. l. c. Bd. LII.

⁶⁾ Bethe, A. Ueber die Primitivfibrillen in den Ganglienzellen und Nervenfasern von Wirbelthieren u. Wirbellosen, Anat. Anz. Bd. XIV.

— Ueber die Neurofibrillen in d. Ganglienzellen von Wirbelthieren u. ihre Beziehungen zu den Golginetzen. Arch. f. mikrosk. Anatomie. Bd. LV, II. 4.

прерывности фибриллей, прорѣзывающихъ всю клѣтку. Arnold думаетъ, что эти разпорѣчивые результаты могутъ быть слѣдствіемъ различной обработки препарата—съ одной стороны; съ другой—онъ думаетъ, что не только различныя клѣтки, но даже различныя мѣста одной и той же могутъ имѣть неодинаковую архитектуру. Свои зернистыя нити онъ все же считаетъ идентичными съ нейрозомами Held'a и элементарными фибриллами Apathy, приписывая имъ проводящую функцію. Нислевскія тѣльца, по его мнѣнію, служатъ, вѣроятно, для питанія клѣтки.

Что касается ядра симпатическихъ нервныхъ клѣтокъ, то оно, по описанію S. Mayer'a, Arnold'a, Dogiel'я, Dehler'a и др., представляется въ видѣ большого, свѣтлаго круглой или слегка овальной формы пузырька, рѣзко отграниченнаго отъ клѣточной протоплазмы. По своему тончайшему строенію оно ничѣмъ не отличается отъ ядеръ другихъ нервныхъ клѣтокъ. Въ немъ различаютъ слѣдующія составныя части: ядерную оболочку (Kernmembran, Kernwond), остовъ въ видѣ сѣти (Kerngerüst), ядрышко (Kernkörperchen) и ядерный сокъ (Kernsaft). По S. Mayer'у ¹⁾ ядерная оболочка гладка, двуконтурна. Nissl же, Arnold и друг. описываютъ въ ней зернышки, которыя довольно рѣзко красятся основными анилиновыми красками (methylenblau, thionin). Мнѣ также часто приходилось наблюдать ихъ въ клѣткахъ предстательныхъ узловъ. Ядрышко, окрашенное по методу Nissl'я, представляется въ видѣ интенсивно окрашеннаго шаровиднаго или эллипсоидальнаго образованія, занимающаго большею частью, центральное положеніе. Относительно структуры ядрышка воззрѣнія различныхъ авторовъ неодинаковы. Одни (Nissl, Lenhossek и др.) считаютъ его гомогеннымъ образованіемъ, внутри котораго видны (1—3) свѣтлыя рѣзко ограниченныя мѣста, вѣроятно, вакуолы. У собакъ Lenhossek находилъ еще

¹⁾ Mayer, S. Das Sympathische Nerven System. Stricker's Handbuch. d. Lehre v. d. Geweben d. Menschen u. d. Thiere. Leipzig. 1872. S. 809—821.

маленькія блестящія точечныя зернышки, похожія скорѣе на пигментъ, чѣмъ на вакуолы. Мнѣ также приходилось видѣть при своихъ изслѣдованіяхъ въ гангліозныхъ клѣткахъ pl. prostiatici какъ вакуолы, такъ и темныя зернышки (на Флемминг. препаратахъ, окрашенныхъ сафрониномъ). Другіе изслѣдователи (Ružička ¹⁾ и др.) считаютъ ядрышко не гомогеннымъ, а сложнымъ образованіемъ, состоящимъ изъ отдѣльныхъ зернышекъ, спаянныхъ между собой основнымъ веществомъ. Число ядрышекъ бываетъ различно—отъ 1 до 3. Между ядрышкомъ и ядерной оболочкой натянута довольно рыхлая сѣть, составляющая остовъ ядра. При окрашиваніи остовъ представляется въ видѣ неравнобѣрно натянутыхъ нитей блѣдной, нѣжной субстанціи, въ которую какъ бы вкраплены маленькія, довольно интенсивно окрашенныя зернышки. Эти зерна распределены то равномерно, то болѣе или менѣе скучиваясь вблизи ядрышка или ядерной оболочки, что, б. м., зависитъ отъ скучиванія самыхъ нитей (Lenhos., Arnold). Петли внутри-ядерной сѣти выполнены безцвѣтной массой, называемою ядернымъ сокомъ. Lenhossek совершенно отрицаетъ присутствіе хроматина въ нервной клѣткѣ. Напротивъ, v. Gehuchten признаетъ, что хроматинъ существуетъ и весь сконцентрированъ въ ядрышкѣ.

Что касается количества ядеръ, то, по наблюденіямъ Кіу и Retzius'a ²⁾, у человѣка симпатическія нервныя клѣтки содержатъ только по одному ядру, лежащему или центрально или периферически; у животныхъ же встрѣчаются клѣтки и съ большимъ количествомъ ядеръ. Существованіе двуядерныхъ клѣтокъ въ симпатической системѣ молодыхъ кроликовъ отмѣчено было уже много лѣтъ тому назадъ однимъ изъ величай-

¹⁾ Ružicka, V. Zur Geschichte u. Kenntniss d. feineren Structur d. Nucleolen Centralen Nervenzellen. An. Anz. Bd. XVI. S. 557—563.

²⁾ Key, A. u. Retzius, G. Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes. Zweite Hälfte. Erste. Abtheil. Stockholm. 1876.

шихъ гистологовъ—Remak'омъ¹⁾, который даже полагалъ, что двуядерность служить отличительнымъ морфологическимъ признакомъ симпатическихъ клѣтокъ отъ клѣтокъ цереброспинальныхъ. Впослѣдствіи онъ однако отказался отъ этого взгляда, такъ какъ, по его дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ, никакой существенной разницы между этими двумя видами клѣтокъ, въ указанномъ отношеніи, не существуетъ. Наблюденіе Remak'a было подтверждено затѣмъ и многими другими гистологами (Guge Schwalbe, S. Maer и др.). Schwalbe²⁾ находилъ двуядерныя клѣтки не только у кроликовъ, но и у морскихъ свинокъ, а S. Mayer³⁾ кромѣ того у собаки, кошки, лягушки и у *человѣка*. Bidder утверждаетъ, что по два ядра содержатъ только мультиполярныя клѣтки; биполярныя же—всегда содержать только по одному ядру. По наблюденіямъ нѣкоторыхъ изслѣдователей кромѣ двуядерныхъ клѣтокъ встрѣчаются въ симпатической системѣ также и 3 ядерныя (Dogiel, Dehler, Яблонскій и др.). Въ 1872 г. S. Mayer'омъ⁴⁾ описаны весьма интересныя образованія, нерѣдко наблюдаемыя у лягушки и названныя имъ „кѣлочными гнѣздами“ (Zellennester). Эти образованія представляютъ собой скопленія маленькихъ тѣлецъ, состоящихъ изъ незначительнаго количества протоплазмы и ядра, окруженныя соединительно-тканной капсулой. Эти кѣлочныя гнѣзда въ свою очередь могутъ группироваться вмѣстѣ въ различномъ количествѣ, залегая въ общей капсулѣ, нерѣдко содержащей ядро, и состоя въ непосредственной связи въ нервными стволами. Описанныя образованія у различныхъ живот-

¹⁾ Remak, R. Untersuchungen über die feinere Structur der Nerven. *Froriep's Notizen*. 1837. № 47, 54, 58.

— *Observationes anatomicae et microscopicae de systematis nervosi structura*. Berolini. 1838. Ref. *Arch. f. Anat., Physiol. n. wissenschaft. Medic. Jahrgang*. 1838.

²⁾ Schwalbe, G. Ueber den Bau der Spinalganglion nebst Bemerkungen über die Sympatischen Ganglienzellen. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. IV. S. 45—72.

³⁾ Mayer, S. I. c.

⁴⁾ Mayer, S. Die periferische Nervenzelle und das sympatische Nervensystem. *Arch. f. Psychiatrie*. Bd. VI. S. 353—446.

ныхъ находятся въ различномъ количествѣ. Въ 1876 г. тотъ же авторъ открылъ подобныя же образованія въ гангліяхъ, расположенныхъ по направленію черепныхъ и спинномозговыхъ нервовъ тритона и саламандры. Въ этихъ узлахъ очень часто встрѣчаются въ значительномъ количествѣ круглыя тѣла различной величины, выполненныя ядрами, которыя носятъ то характеръ главнаго (Hauptkern), то характеръ прибавочныхъ ядеръ. Всѣ эти ядра, при осторожномъ употребленіи реагента, красятся пикрокарминомъ въ розовый или розовато-желтый цвѣтъ, тогда какъ окружающая ихъ клѣточная субстанція остается совершенно неокрашенной. Большая часть этихъ клѣточныхъ образованій совершенно лишена отростковъ и лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно наблюдать нѣкоторые признаки ихъ. Несмотря на это, авторъ нисколько не сомнѣвается въ ихъ нервной натурѣ. Внутри этихъ образованій обыкновенно совершенно нельзя замѣтить какихъ-либо разграниченій клѣточной протоплазмы и потому всѣ содержащія здѣсь ядра должны быть рассматриваемы, какъ принадлежащія одной клѣткѣ. Лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ клѣточная субстанція представляется раздѣленной на участки и потому можетъ идти рѣчь не объ одной клѣткѣ, а о цѣлой колоніи ихъ (стр. 398). Въ этой же работѣ авторъ касается вопроса объ образованіи раньше описанныхъ имъ Zellennester, причемъ отказывается отъ высказаннаго имъ раньше взгляда, согласно которому наблюдаемая въ клѣточныхъ гнѣздахъ ядра происходятъ отъ стараго ядра путемъ дѣленія. На основаніи своихъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, S. Mayer приходитъ къ убѣжденію, „dass Kerne in der Zellensubstanz, So Zu Sagen, frei entstehen können, d. h. unabhängig von dem alten Kernet, durch Differentiation der Zellensubstanz (?). In diesem Sinn fasse ich nun auch die Zellennester auf; es Können Nervenzellen, unter bestimmten nicht höher zu präcisirenden Bedingungen. Sich so umändern, dass Sowohl die chemische Zusammensetzung eine andere wird und neue Differentiationen, deren Producte die Kerne sind in ihr auftreten“ (S. 399). Вообще же S. Mayer предполагаетъ,

что „кѣточныя гнѣзда“ вѣроятно представляютъ собой материалъ для образованія новыхъ гангліозныхъ кѣлокъ.

Существованіе Мауер'овскихъ „кѣточныхъ гнѣздъ“ въ симпатической системѣ было впоследствии подтверждено изслѣдованіями многихъ другихъ гистологовъ (Лавдовскаго, Кей и Retz., Смирнова). По наблюденіямъ Лавдовскаго¹⁾ въ п. sympathicus молодыхъ лягушекъ встрѣчаются гнѣзда молодыхъ кѣлокъ, которыя, по его мнѣнію, должны быть разсматриваемы какъ извѣстныя ступени развитія гангліозныхъ кѣлокъ. Кей и Retzius²⁾ также описываютъ наблюдавшіяся или въ еpineurium какъ ствола, такъ и вѣтвей п. sympathici своеобразныя Kernnester, окруженныя соединительно-тканной капсулой и содержащія значительное количество ядеръ, величиной = 0,009 mm.; въ зернистой протоплазматической массѣ нерѣдко наблюдались разграниченія на болѣе мелкіе участки. По мнѣнію Кей и Retz. эти образованія представляютъ высокій интересъ и требуютъ дальнѣйшихъ изслѣдованій; по всей вѣроятности, здѣсь дѣло сводится къ Entwicklungs oder Rückbildungsformen. Смирновъ³⁾ почти постоянно встрѣчалъ Мауер'овскія Meunester у лягушекъ и жабъ какъ въ гангліяхъ пограничнаго ствола симпатическаго нерва, такъ и на протяженіи легочныхъ нервовъ. По описанію автора, эти образованія представляются въ видѣ различной формы и величины конгломератовъ, состоящихъ изъ маленькихъ тѣсно лежащихъ другъ около друга и снабженныхъ большими пузырькообразными ядрами кѣлокъ, окруженныхъ общей соединительно-тканной капсулой. Подъ вліяніемъ метиленовой синьки выясняется залегающая подъ капсулой и оплетающая кѣлки нервная сѣть, вполне сходная съ вокругкѣточной сѣтью

¹⁾ Lawdowsky, M. Die feinere und Structur und die Nervendingungen in der Froschblase. Arch. f. Anat., Physiol. u. wissenschaft. Medic. 1872.

²⁾ l. c.

³⁾ Smirnow, A. Die Structur d. Nervenzellen im Sympathicus d. Amphibien. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXXV. P. 407—424.

— Матеріалы по гистол. нервн. системы батрахій.

симпатическихъ ганглиозныхъ клѣтокъ; эта сѣть является общей для всего конгломерата клѣтокъ, входящихъ въ составъ клѣточного гнѣзда; отдѣльныя нити сѣтки пропикаютъ и между отдѣльными элементами гнѣзда. Отъ этой сѣтки отходятъ также одна, двѣ или болѣе окрашенныхъ сѣтью нитей, переходящихъ обыкновенно въ близлежащій нервной стволѣкъ, а иногда направляющихся къ сосѣднему такому же образованію, съ вокругкѣлочной сѣтью котораго и вступаютъ въ связь путемъ анастомозовъ. Кромѣ этихъ окрашенныхъ meth. bl. нитей нѣрѣдко замѣчаются въ клѣточныхъ гнѣздахъ и болѣе толстыя не окрашивающіяся метилен. синью волокна, берущія начало отъ этихъ гнѣздъ и теряющіяся въ близлежащемъ нервномъ стволѣ. Эти образованія авторъ считаетъ весьма загадочными; вмѣстѣ съ другими наблюдателями онъ склоненъ видѣть въ нихъ молодыя нервныя клѣтки.

Считаю излишнимъ упомянуть еще о такъ называемыхъ „гигантскихъ клѣткахъ“, описанныхъ впервые Fritsch емъ у *Lophius piscatorius* и затѣмъ наблюдавшихся также и другими изслѣдователями у другихъ животныхъ (Dahlgren, Tagliani). Tagliani¹⁾ слѣдующимъ образомъ описываетъ гигантскія клѣтки спинного мозга *solea impar*. Послѣднія представляютъ собою весьма большія образованія, нѣрѣдко достигающія 200—500 μ . въ діам. Форма ихъ непостоянна; большею же частію онѣ представляются грушевидными; тѣло ихъ тонко-зернисто, отростковъ не даетъ; по периферіи видны бухтообразныя вдавленія, въ которыхъ лежатъ въ незначительномъ количествѣ ядра гліозныхъ клѣтокъ или петли капилляровъ; въ клѣточную протоплазму послѣднія не проникаютъ. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ получаетъ свое начало единственный нервный отростокъ, протоплазма приподнимаетъ и образуетъ плоскій холмикъ (einen flachen Hügel) гомогеннаго вида, не содержащаго хроматофильныхъ зеренъ и глыбокъ. Несмотря на свою громадную величину клѣт-

¹⁾ Tagliani, G. Ueber die Riesenervenzellen im Rückenmarke von *Solea impar*. Anat. Anz. Bd. XV. S. 234—237.

ки все же обладаютъ, по наблюденію автора, только однимъ ядромъ. Въ этомъ отношеніи Tagliani расходится съ Dahlgren¹⁾, который описываетъ въ гангліозныхъ гигантскихъ клѣткахъ *pleuronectes americanus* по два—по три (въ 80%), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже по 6—7 ядеръ.

Я ограничусь этимъ краткимъ очеркомъ литературы касающейся гистологіи симпатической нервной системы, полагая, что уже и на основаніи этихъ литературныхъ данныхъ можно въ достаточной степени убѣдиться, что преобладающимъ типомъ симпатическихъ нервныхъ клѣтокъ являются одноядерныя, рѣже двуядерныя клѣтки. Лишь у нѣкоторыхъ животныхъ встрѣчаются образованія съ большимъ количествомъ ядеръ, которыя большинство авторовъ считаетъ за конгломераты молодыхъ клѣтокъ. Что же касается человѣка, то, насколько мнѣ извѣстно изъ доступной для меня литературы, существованіе многоядерныхъ клѣтокъ (кромѣ двухъ-и трехъ-ядерныхъ) кѣмъ-либо изъ изслѣдователей отмѣчено не было. Между тѣмъ мнѣ, при изслѣдованіи симпатическихъ нервныхъ узловъ человѣческой простаты нерѣдко приходилось наблюдать въ высшей степени интересныя клѣтки, содержація много (ядеръ 2—14) и по своей структурѣ ничѣмъ не отличающіяся отъ рядомъ лежащихъ одноядерныхъ гангліозныхъ клѣтокъ, въ нервной натурѣ которыхъ сомнѣваться нѣтъ рѣшительно никакихъ основаній. Въ виду этого я считаю нелишнимъ подѣлиться съ читателями своими наблюденіями. Но прежде чѣмъ изложить ихъ, я скажу нѣсколько словъ о своемъ матеріалѣ и методахъ изслѣдованія.

Матеріаломъ для нашихъ изслѣдованій служили предстательныя железы, взятыя изъ труповъ людей, умершихъ отъ туберкулеза, рака, крупознаго воспаленія легкихъ, рожи, актиномикоза, брюшного тифа. Простаты вынимались не позд-

¹⁾ Dahlgren, U. The giant ganglion cells in the spinal cord of the order Heterosomata Cope (Anacanthini pleuronectoidei Guenther). Anat. Anz. Bd. XIII. 281—293.

нѣе 24 ч. послѣ смерти. Для изслѣдованія брались небольшіе кусочки (около $\frac{1}{2}$ —1 с.с.), вырѣзанные большею частью изъ заднебоковой поверхности предстательной железы вблизи ея основанія, гдѣ именно больше всего сосредоточено ганглиозныхъ элементовъ. Въ качествѣ фиксирующихъ средъ я пользовался 95% алкоголемъ, 5—10% растворомъ формалина, жидкостью v. Gehuchten'a, Flemming'a и др. Послѣ дальнейшей соответствующей обработки препараты заключались, по общимъ правиламъ, въ параффинъ или целлоидинъ. Срѣзы получались отъ 6 до 12 μ . толщины. Для окраски препаратовъ я пользовался частью пикрофуксиномъ и гематоксилиномъ (по мет. v. Gieson'a), частью 1% воднымъ растворомъ сафранина (для Флемминг. препар.). Главнымъ же образомъ срѣзы окрашивались по методу Nissl'я, только видоизмѣненному Lenhossek'омъ, съ нѣкоторыми, впрочемъ, незначительными отступленіями. Для окрашиванія брался насыщенный растворъ тїонина, въ которомъ срѣзы оставались отъ 5 до 20 мин. Послѣ споласкиванія водой послѣднія переносились для дифференцировки въ смѣсь спирта и ксилола (абсол. алког. 9 ч., ксилола 1 ч.), причемъ степень обезцвѣчиванія контролировалась подъ микроскопомъ и устанавливалась эмпирически. Послѣ обезцвѣчиванія препараты просвѣтлялись въ оригановомъ маслѣ (которое, кстатѣ сказать, значительно обезцвѣчиваетъ), промывались ксилоломъ и заключались въ ксилоловый бальзамъ.

Всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаевъ около 80 чуть-ли не въ каждомъ изъ нихъ приходилось встрѣчать нервныя клѣтки съ двумя, тремя и даже болѣе ядрами. Я не буду останавливаться на всѣхъ этихъ случаяхъ, а на тѣхъ, въ которыхъ встрѣчаются многоядерные экземпляры съ пятью и болѣе ядрами, причемъ буду описывать также и наиболѣе типичныя одноядерныя, дву- и трехъ-ядерныя клѣтки.

II.

1.

А. Ч. 60 л. Пат.-анат. diagn. Hypertrophia cordis gradus magni. Endocarditis acuta verrucosa valvularum semilunarium aortae. Sclerosis aortae. Emphysema et oedema pulmonum. Perisplenitis chronica fibrosa. Hyperplasia lienis chronica. Cirrosis hepatis. Nephritis interstitialis chronica. Appendicitis perforativa. Paratyphlitis purulenta circumscripta. Enteritis catarrhalis acuta, Ulcus carcinomatosum partis inferioris oesophagi. Carcinoma ventriculi.

Окраска по Nissl'ю. На препаратѣ видно 12 нервныхъ узловъ различной формы и величины. Наибольше подробно я опишу только одинъ узелъ. Онъ имѣетъ овальную форму съ перетяжкой на срединѣ длины, около 1,35 mm. дл. и 0,3 mm. ширины. Общее число нервныхъ клѣтокъ около 80, изъ которыхъ 6 двуядерныхъ и одна 5-ядерн. Одноядерныя клѣтки—круглой, овальной или многогранной формы; величина ихъ колеблется отъ 0,010—0,045 mm. въ діаметрѣ. Большая часть этихъ клѣтокъ представляетъ тѣ или другія патологическія измѣненія. Я выберу среди нихъ наибольше типичныя и опишу ихъ наибольше подробно. 1) Одноядерная клѣтка овальной формы, 0,045—0,027 mm. въ діам., неравномерно окрашена въ синевато фіолетовый цвѣтъ (въ центрѣ блѣднѣе, чѣмъ на периферіи). Хроматиновое вещество наблюдается только въ периферическихъ частяхъ клѣточного тѣла въ видѣ разсѣянныхъ глыбокъ различной формы и величины. Основная субстанція слегка и диффузно окрашена. Ядро кругло, хорошо контурировано, около 0,011 mm. въ діам., лежитъ эксцентрично, внутри его ясно выражена нѣжно-петлистая сѣтка, среди которой разсѣяны мелкія, точечныя, интенсивно окрашенныя въ темносиній цвѣтъ зернышки. Ядрышко круглой формы, около 0,003 mm. въ діаметрѣ, интенсивно окрашено въ темносиній цвѣтъ. Въ клѣточной протоплазмѣ содержится незначительное количество буровато-желтаго пигмента. Клѣтка окружена ясно выраженной капсулой. Интракапсулярныя клѣточные элементы расположены несовсѣмъ правильно; нѣкоторые изъ нихъ лежатъ внутри протоплазмы нервной клѣтки. 2) Одно-

ядерная клетка, кругловатой формы, блѣдно окрашенная, съ неясными расплывающимися контурами около 0,03 мм. въ діам.; хроматофильнаго вещества не содержитъ. Основная субстанція по периферіи блѣдна, имѣетъ неясно губчатую структуру, содержитъ мелкія вакуолы; въ центральной части она зерниста и слегка окрашена. Ядро неправильно-кругловатой формы, 0,009—0,006 мм. въ діам., хорошо контурировано, слегка окрашено въ синеватый цвѣтъ, содержитъ мелкія зернышки. Ядрышко кругло, около 0,0022 въ діам., темносиняго цвѣта, лежитъ эксцентрично. Между капсулой и клеточнымъ тѣломъ видна незначительная полость, черезъ которую тянутся тонкія протоплазматическія нити круглой или овальной формы, около 0,0045—0,0060 мм. въ діам. Ядра интракапсулярныхъ клеточныхъ элементовъ расположены неправильно. Въ нѣкоторыхъ одноядерныхъ нервныхъ клеткахъ рѣзко выражена мелкая вакуолизация.

1) *Двуядерная* клетка продолговатой формы, около 0,024—0,018 мм. въ діам., блѣдно-фіолетоваго цвѣта. Хроматофильныхъ зеренъ не видно. Основная субстанція слегка окрашена, содержитъ диффузно-разсѣянный пигментъ, отдѣльныя зерна котораго какъ бы заключены въ маленькія свѣтлыя полости или вакуолы. Въ протоплазмѣ видны два круглыхъ ядра, очень блѣдныхъ, съ слабо выраженной оболочкой; величина одного изъ нихъ около 0,0075 мм, другого—0,006 мм. въ діам. Въ первомъ ядрѣ видно измѣненное ядрышко въ видѣ небольшой веретенообразной, интенсивно окрашенной глыбки; въ другомъ—ядрышка нѣтъ; сѣтъ и зернышки едва замѣтны. Ядра интракапсулярныхъ клетокъ нѣсколько увеличены въ объемъ (0,0075—0,006 мм. въ діам.), окрашены въ синеватый цвѣтъ и содержатъ еще болѣе темныя, довольно крупныя хроматиновыя глыбки. 2) *Двуядерная* клетка продолговатой формы, около 0,0375—0,018 мм. въ діам., диффузно окрашена въ слабо-фіолетовый цвѣтъ. На периферіи видны небольшія глыбки хроматофильнаго вещества, въ незначительномъ количествѣ; основная субстанція слегка окрашена, зерниста; нервный отростокъ сильно раздутъ и имѣетъ крайне неправильныя контуры. Въ клеткѣ видны два слегка сморщенныхъ ядра съ нервными, извилистыми контурами; величина одного изъ нихъ около 0,009 мм, другого—0,0075 мм. въ діаметрѣ. Большое ядро имѣетъ неясныя контуры, ядерная оболочка едва замѣтна; содержимое ядра почти совершенно гомогенно, слегка окра-

шено въ синеватый цвѣтъ, меньшее ядро имѣетъ нѣсколько болѣе интенсивную окраску и потому рѣзче выдѣляется. Внутри ядра, помимо ядрышка (около 0,003 мм. въ діам.), видны въ небольшомъ количествѣ маленькія зернышки. Ядра интракапсулярныхъ клѣтокъ интенсивно окрашены, раздуты (около 0,0075 мм. въ діам.), имѣютъ неправильную форму.

Пятиядерная клетка; овальной формы, около 0,08—0,0405 мм. въ діам., окрашена въ фіолетовый цвѣтъ, лежитъ въ центрѣ узла, въ сосѣдствѣ съ одноядерными нервными клѣтками. Хроматофильное вещество равномерно распределено по всему клѣточному тѣлу въ видѣ небольшихъ зернышекъ, только по периферіи видны болѣе крупныя глыбки. Пигментъ содержится въ незначительномъ количествѣ. При извѣстной установкѣ микрометрическаго винта внутри клѣтки видны два свѣтлыхъ пузырькообразныхъ, хорошо контурированныхъ ядра, одно изъ которыхъ лежитъ почти въ центрѣ, другое—въблизи периферіи клѣточного тѣла; величина ихъ около 0,0135—0,012 мм. въ діам. Сѣть и тонкая зернистость выражена хорошо, ядрышки круглы, интенсивно окрашены; въ центральномъ ядрѣ въблизи оболочки наблюдается прибавочное, очень маленькое ядрышко. При поворотѣ винта въ промежуткѣ между описанными ядрами, ближе къ центру видно третье ядро кругловатой формы, около 0,0105 мм. въ діам., съ слабо окрашенной ядерной оболочкой; въ каріоплазмѣ разсыяны точечныя темноокрашенныя зернышки; ядрышка нѣтъ. При болѣе глубокой установкѣ винта можно наблюдать четвертое ядро съ едва замѣтной оболочкой и слабо выраженной зернистостью. Наконецъ, у самой периферіи клѣточного тѣла—въ той его части, которая сплошь выполнена зеленовато-желтымъ пигментомъ, видно рѣзко выдѣляющееся по своей интенсивной окраскѣ ядрышко, круглое, небольшое, около 0,0015 мм. въ діам.—Клѣтка хорошо прилежитъ къ капсулѣ, которая представляется по мѣстамъ въ видѣ мелкопетливой сѣти. Ядра интракапсулярныхъ клѣтокъ частью влуглой, частью овальной или веретенообразной формы; въкоторыя изъ нихъ соединены между собой интенсивно окрашеннымъ тяжкомъ (несовсѣмъ раздѣлившіяся ядра?). Ядра имѣютъ довольно толстую, гладкую оболочку и содержатъ довольно грубыя темносія хроматиновыя зерна, болѣе или менѣе равномерно распределенныя по всей каріоплазмѣ. По своей формѣ и структурѣ они рѣзко отличаются отъ описанныхъ выше ядеръ гигантской клѣтки

Въ данномъ узлѣ трехъядерныхъ клѣтокъ нѣтъ, а потому я опишу ихъ изъ сосѣдняго другого близлежащаго узла. Узелъ овальной формы, около 0,525 мм. въ прод. д. и 0,30—0,45 въ поперечн. діам. Общее число клѣтокъ около 50. Одноядерныя клѣтки имѣютъ тотъ же характеръ, что и въ предыдущемъ узлѣ. Среди этихъ клѣтокъ видны двѣ трехъядерныя, лежащія вблизи соединительнотканной узловой капсулы. Одна изъ нихъ овальной формы, около 0,06—0,045 въ д. д., неравномѣрно окрашена—въ центрѣ блѣднѣе, чѣмъ на периферіи. Хроматофильныхъ зеренъ нѣтъ. Основная субстанція въ центрѣ блѣдна, зерниста, по периферіи окрашена и тонко вакуолизирована. Въ клѣткѣ видны 3 ядра, изъ которыхъ одно лежитъ въ центрѣ и два у периферіи. Последнія имѣютъ круглую пузырькообразную форму, около 0,012 въ д. Ядерная оболочка и зернистость выражены очень слабо; ядрышко видно только въ одномъ ядрѣ; оно кругло, около 0,002 въ діам., интенсивно окрашено въ синій цвѣтъ. Что касается центральнаго ядра, то оно имѣетъ овальную форму, около 0,012—0,009 въ діам., слегка окрашено въ синеватый цвѣтъ, ядерная оболочка и зернистость выражены хорошо; ядрышко темносиняго цвѣта, кругло, около 0,002 мм. въ д., лежитъ нѣсколько эксцентрично. Интракапсулярныя клѣтки расположены неправильно; двѣ изъ нихъ лежатъ внутри протоплазмы описываемой клѣтки. 2) Трехъядерная клѣтка овальной формы, около 0,045—0,03 мм. въ діам., неравномѣрно окрашена. Хроматофильныхъ элементовъ не содержитъ. Основная субстанція съ одной стороны довольно интенсивно окрашена и мелко вакуолизирована; съ другой же стороны и въ центрѣ блѣдна, мутна, содержитъ диффузно разсыянные, очень блѣдныя зерна пигмента. Въ клѣткѣ видны 3 ядра, лежащія въ одной плоскости; два изъ нихъ (около 0,009—0,0105 мм. въ д.) хорошо контурированы, содержатъ темныя мелкія зернышки и по одному лежащему эксцентрично круглому ядрышку, около 0,002 мм. въ діам. Третье ядро нѣсколько больше—около 0,0135 мм. въ діам., имѣетъ ясно выраженную сѣть и зернистость; ядрышко такого же характера, какъ и въ предыдущихъ двухъ. Между капсулой и клѣточнымъ тѣломъ съ одной стороны видна перицеллюлярная полость, черезъ которую пробѣгаютъ тонкія протоплазматическія нити. Ядра интракапсулярныхъ клѣтокъ нѣсколько раздуты, имѣютъ круглую или овальную форму, интенсивно

окрашены. Хроматиновое вещество представляется въ видѣ грубой сѣти или крупныхъ зеренъ; ядерная оболочка толста, гладка, ровна.

Въ промежуточной жировой и фиброзной ткани, раздѣляющей нервныя узлы, разсѣяно довольно много клѣтокъ, которыя слѣдуетъ отнести къ Plasmazellen и Mastzellen. Въ виду той важной роли, какую играютъ эти клѣтки, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, въ воспалительныхъ процессахъ и въ виду того, что онѣ при патологическихъ условіяхъ даютъ нѣкоторыя формы, по своему внѣшнему виду напоминающія гангліозныя нервныя клѣтки, я считаю необходимымъ остановиться на нихъ вниманіе читателя. Опишу нѣсколько типичныхъ плазматическихъ клѣтокъ.

1) Клѣтка овальной формы, около 0,012—0,009 мм. въ діам. Протоплазма окрашена въ блѣдно-фіолетовый цвѣтъ, имѣеть сѣтчаты видъ. Ядро кругло, около 0,0045 мм. въ діам., лежитъ эксцентрично; хроматинъ представляется въ видѣ крупныхъ глыбокъ темносиняго цвѣта расположенныхъ по самой периферіи ядра, въ видѣ почти сплошного кольца; въ центрѣ видна еще одна кругловатая глыбка, къ которой тянутся съ периферіи тоненькія синія нити. Вокругъ ядра замѣтень небольшой свѣтлый кружокъ.—Рядомъ съ этой лежитъ другая, грушевидной формы, около 0,009—0,0105 мм. въ діам. Протоплазма довольно интенсивно окрашена въ фіолетовый цвѣтъ, по периферіи представляется какъ бы пятнистой или клочковатой. Ядро овальной формы, около 0,0075—0,0045 мм. въ діам., окрашено въ синій цвѣтъ, лежитъ эксцентрично. Хроматинъ представляется въ видѣ крупныхъ глыбокъ темно-синяго цвѣта, расположенныхъ главнымъ образомъ по периферіи въ видѣ почти компактнаго кольца. По сосѣдству съ описанными клѣтками лежитъ еще третья, четырехгранной формы, окрашенная въ мутно-фіолетовый цвѣтъ; сѣтчатость или дырчатость едва замѣтна. Съ одной стороны въ клѣткѣ видно какъ бы въ туманѣ синеваго-голубое ядро, структура котораго неразличима. Въ томъ же полѣ зрѣнія лежитъ интенсивно окрашенная въ темно-фіолетовый цвѣтъ круглая клѣтка около 0,015 мм въ діам., состоящая какъ бы изъ однихъ тѣсно лежащихъ, почти сливающихся совершенно круглыхъ зернышекъ темно-синяго цвѣта, ядра не видно. Последнюю клѣтку слѣдуетъ считать за Mastzellen; три же предыдущія—за различныя виды Plasmazellen.

Въ виду того, что на v. Gieson'овскихъ препаратахъ яснѣ всего выступаетъ соединительно-тканная капсула нервныхъ клѣтокъ, я считаю необходимымъ описать также препараты, окрашенные по данному методу.

V. Gieson.—окраска. Узелъ продолговато-овальной формы, 0,6—0,4 mm. въ діам., хорошо контурированъ. Нервные клѣтки лежатъ довольно тѣсно другъ къ другу. Съ одной стороны узла вблизи соединительно-тканной капсулы лежитъ пятиядерная клѣтка многогранной формы, около 0,06—0,053 mm. въ діам., окрашена въ блѣдно-розоватый цвѣтъ. Вокругъ клѣтки ясно выражена соединительно-тканная капсула въ видѣ тонкихъ концентрически расположенныхъ окрашенныхъ въ блѣдно-розовый цвѣтъ волоконцъ. Между капсулой и клѣточнымъ тѣломъ видны небольшія кругловатая периплазматическая полости, раздѣленные тонкими протоплазматическими нитями. Протоплазма по периферіи разрѣжена, блѣдна, мелкозерниста. Внутри клѣтки видны 5 ядеръ, изъ которыхъ три лежатъ почти совершенно въ одной плоскости. Ядра кругловатой формы, около 0,012—0,0135 mm. въ діам., хорошо контурированы слегка окрашены въ буроватый цвѣтъ; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ядерная оболочка образуетъ небольшія складочки. Въ ядрахъ видно по одному буроватому круглому ядрышку и много мелкихъ такого же цвѣта зернышекъ, равномерно распределенныхъ по всей каріоплазмѣ. Внутри клѣточной протоплазмы видны еще 4 меньшихъ ядра, около 0,0045—0,0075 mm. въ діам., интенсивно окрашенныхъ въ буроватый цвѣтъ и содержащихъ значительное количество темнобурыхъ хроматиновыхъ зеренъ. По своей структурѣ и болѣе интенсивной бурой окраскѣ они рѣзко отличаются отъ ядеръ нервной клѣтки и должны быть отнесены къ ядрамъ интракапсулярныхъ клѣтокъ.

Въ этомъ же узлѣ среди одноядерныхъ клѣтокъ встрѣчаются также двухъядерныя и трехъядерныя.—2-ядерная клѣтка кругловатой формы, около 0,0255 mm. въ діам., блѣдно-буроватаго цвѣта, мутно зерниста, хорошо выполняетъ капсулу. Ядра круглы, около 0,0105 mm. въ діам., хорошо контурированы, содержатъ много мелкихъ буроватыхъ зернышекъ. Въ одномъ ядрѣ видно бурого цвѣта ядрышко, лежащее эксцентрично, въ другомъ—ядрышка нѣтъ. Интракапсулярныя клѣтки расположены правильно.—3-ядерная клѣтка кругловатой формы, около 0,0495 mm. въ діам. свѣтло-бурого цвѣта. Капсула

представляется въ видѣ концентрически расположенныхъ вокругъ клѣтки волоконъ розватаго цвѣта: внутренняя поверхность капсулы выстлана клѣтками, изъ которыхъ многія отслоились и лежатъ въ периферическихъ частяхъ протоплазмы нервной клѣтки. Въ центрѣ послѣдней видны 3 ядра. Одно изъ нихъ хорошо контурировано, кругло, около 0,003 mm. въ діам. Контуры другихъ ядеръ едва замѣтны; ядерная оболочка и зернистость окрашены очень слабо. Интракапсулярныя клѣтки расположены несовсѣмъ правильно; одна изъ нихъ внедрена въ периферическую часть нервной клѣтки. Ядра этихъ клѣтокъ имѣютъ круглую, овальную и почковидную форму, содержатъ значительное количество буроватыхъ хроматиновыхъ глыбокъ, имѣющихъ большую величину, чѣмъ у ядеръ нервныхъ клѣтокъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Критика и библиографія.

Проф. М. Н. Лапинскій. О дегенерации и регенерации периферических нервов.—Кіевъ, 1904.

Работа раздѣлена на 4 главы. Первая глава посвящена обзору литературы вопроса о перерожденіи периферическихъ нервныхъ волоконъ. Слѣдующія двѣ главы содержатъ описаніе тончайшаго строенія периферическаго нерва согласно новѣйшимъ литературнымъ даннымъ и на основаніи собственныхъ наблюденій автора. Въ послѣдней главѣ излагаются результаты экспериментальнаго изслѣдованія автора по вопросу о перерожденіи и возрожденіи нервного волокна въ периферическомъ нервѣ.

При своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ авторъ имѣлъ въ виду двоякаго рода цѣль: съ одной стороны выяснить процессъ дегенерации нерва послѣ перерѣзки или послѣ максимальнаго ущемленія его лигатурой, причемъ сжиманіе нервного ствола доводилось до полнаго нарушенія цѣлости его волоконъ на определенномъ небольшомъ протяженіи; съ другой—изучить явленія возстановленія нерва при условіи сближенія перерѣзанныхъ частей и удаленія ихъ другъ отъ друга.

Эксперименты производились на взрослыхъ собакахъ. Для операціи брались слѣдующіе нервы: ischiadicus, abturatorius, sigitalis. Для контроля изслѣдовались нервы, также и не оперированной стороны. Испытуемая животныя жили послѣ операціи отъ 1 дня до 11 мѣсяцевъ. Окраска во всѣхъ случаяхъ производилась по способу Ehrlich-Леонтовича метиленовой синькой, разведенной въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли; въ дальнѣйшемъ часть тѣхъ же объектовъ подвергалась дополнительной окраскѣ или въ $\frac{1}{2}\%$ осміевои кислотѣ или въ борномъ, а также въ квасцовомъ карминѣ,

или наконецъ въ пикрокарминѣ Ranvier. Часть объектовъ отъ каждаго животнаго была изслѣдована на препаратахъ путемъ расщипыванія; другая часть была разрѣзана на микротомѣ. Почти во всѣхъ случаяхъ части тѣхъ же нервовъ были фиксированы во Флеминговской жидкости и въ дальнѣйшемъ были обработаны на срѣзахъ съ дополнительной окраской сафраниномъ. Другія части отъ экспериментируемыхъ нервовъ были уплотнены въ Мюллеровской жидкости и затѣмъ окрашены по Ströbe, Weigert'у, Pal'ю и др.

На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Осевого цилиндра нѣкоторыхъ совершенно нормальныхъ миѣлиновыхъ волоконъ, фиксированныхъ весьма быстро (по способу Ehrlich Леонтовича), имѣеть своеобразныя веретенообразныя вздутія, расположенныя другъ отъ друга болѣе или менѣе равномерно.

2) Въ толщѣ смѣшаннаго нервнаго ствола имѣется нѣсколько видовъ амиѣлиновыхъ волоконъ, отличающихся другъ отъ друга наличиемъ ядеръ и присутствіемъ различной формы вздутій въ нихъ.

3) Въ дегенеративной метаморфозѣ нерва имѣются первоначальныя стадіи характеризующіяся тѣмъ, что окраска осевого цилиндра весьма разжижается на отдѣльныхъ небольшихъ пунктахъ и въ то же время отличается большой густотой въ промежуточныхъ сосѣднихъ. Эта особенность окраски вѣроятно соотвѣтствуетъ различнымъ измѣненіямъ въ плотности ткани осевого цилиндра, разрыхленію его, прощипыванію жидкости—разжиженію, благодаря чему въ послѣдующей стадіи получается зернистое состояніе осевого цилиндра, вакуолизация его, разрыхленіе его участковъ и набуханіе ихъ на большомъ протяженіи или на короткихъ промежуткахъ въ видѣ цилиндрическихъ, шарообразныхъ и веретенообразныхъ вздутій и распадъ осевого цилиндра на отдѣльные кубовидныя или палочковидныя куски, которые въ свою очередь могутъ расщепляться еще въ продольномъ направленіи. Среди разрушающихся осевыхъ цилиндровъ мы встрѣчаемъ также такіе, которые весьма долго сопротивляются распаду. Наибольшей прочностью отличаются амиѣлиновые нервы. Стойкихъ осевыхъ цилиндровъ, которые бы совершенно не измѣнились въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ послѣ перерѣзки нерва въ нашихъ экспериментахъ вовсе не наблюдалось.

4) Распадающийся миелинъ даетъ жировыя капли и крошки, растворяющіяся въ ксилолѣ и эфирѣ. Разрушающіяся волокна содержатъ значительное количество воды, которую можно вытянуть спиртомъ изъ Швановскаго влагалища.

5) Въ числѣ причинъ разрушенія миелиноваго влагалища можно признать для небольшого числа волоконъ первичное набуханіе осевого цилиндра въ формѣ отдѣльныхъ веретенообразныхъ или шарообразныхъ вздутій.

6) Волокна периферическаго нерва, будучи отрѣзаны отъ переднихъ роговъ такимъ образомъ, что сближеніе и сростаніе перерѣзанныхъ концовъ является невозможнымъ, могутъ возродиться аутохтонно. Этой способностью обладаютъ данныя волокна въ различной степени, вслѣдствіе чего одни изъ нихъ въ своемъ развитіи идутъ быстрѣе, другія медленнѣе; наконецъ, есть значительное число волоконъ, возстановленія которыхъ вовсе не происходитъ. Стойкость аутохтонно возстановившихся волоконъ невелика; число ихъ уменьшается само по себѣ по истеченіи 8—11 мѣсяцевъ со времени перерѣзки нерва.

7) Какъ при аутохтонномъ возрожденіи дистальнаго отрѣзка нерва, такъ и при проростаніи центральной культи нерва,—процессу возрожденія осевого цилиндра предшествуетъ разростаніе Швановскихъ ядеръ и гиперплазія протоплазмы послѣднихъ. Эти элементы заполняютъ вмѣстѣ съ обломками миелина и осевого цилиндра полость старыхъ Швановскихъ влагалищъ. Часть этихъ ядеръ претерпѣваетъ затѣмъ дифференцировку неизвѣстной природы, превращается въ невробласти, заостряется на своихъ полюсахъ и выпускаетъ изъ себя тонкіе ростки. Послѣдніе, спаиваясь съ такими же отростками сосѣднихъ ядеръ, сливаются въ одну непрерывную нить, которая первое время несетъ веретенообразныя вздутія resp. старые невробласти. Въ дальнѣйшемъ эти послѣдніе постепенно утончаются, соединяющія ихъ нити, напротивъ, утолщаются, и контуры осевыхъ цилиндровъ такимъ образомъ постепенно становятся параллельными и цилиндрическими. Процессъ возрожденія осевого цилиндра можетъ происходить не только внутри стараго Швановскаго влагалища, но также и внутри петель *endonevium* и даже внѣ оболочекъ даннаго нерва—въ толщѣ той рыхлой ткани, которая окутываетъ нервныя культи. Аутохтонно развившіяся волокна представляются несовершенными въ томъ отношеніи, что фибриллярное строеніе ихъ

осевого цилиндра, ихъ мѣлиновый покровъ и Швановское влагалище или вовсе не развиваются или же появляются только въ зачаточной формѣ.

Исслѣдованіе произведено въ физиологической лабораторіи Кіевскаго Университета.

Къ работѣ приложены двѣ таблицы рисунковъ. Въ концѣ приведенъ перечень литературныхъ источниковъ въ алфавитномъ порядкѣ авторовъ (всего цитировано 78 работъ).

Б. Воротыньскій.

G. Deny et P. Roy. „Преждевременное слабоуміе“. Paris. 1903.

Между психозами, которые наблюдаются обыкновенно если не исключительно, въ юношескомъ возрастѣ, есть форма, заслуживающая и по своимъ специальнымъ свойствамъ, и по частотѣ и тяжести особеннаго вниманія. — Это — *dementia praecox*.

Несмотря на то, что этотъ видъ душевнаго расстройства уже давно введенъ въ науку, и что ему посвященъ цѣлый рядъ литературныхъ трудовъ, *dementia praecox* до сихъ поръ не всеми психіатрами признается, какъ самостоятельная клиническая форма.

Одни смотрятъ на нее, какъ на запоздалое проявленіе психической дегенерациі; другіе — какъ на простое соединеніе различныхъ психозовъ, наблюдаемыхъ въ юношескомъ возрастѣ.

Авторы легко написанной и изящно изданной книжки, о которой здѣсь идетъ рѣчь, полагаютъ, что, несмотря на свой полиморфизмъ, *dementia praecox* представляетъ самостоятельную форму съ специальнымъ, свойственнымъ ей развитіемъ. Форма эта должна быть окончательно выдѣлена изъ толпы такъ называемыхъ дегенеративныхъ психозовъ. Въ ряду душевныхъ болѣзней она заслуживаетъ занять мѣсто по меньшей мѣрѣ столь же важное, какъ прогрессивный параличъ.

Послѣ краткаго историческаго очерка, въ которомъ не забыты и нѣкоторые изъ русскихъ психіатровъ, авторы опредѣляютъ „*Dementia praecox*“, какъ первичное, приобрѣтенное, ослабленіе умственныхъ способностей. Терминъ *praecox* долженъ быть понимаемъ не въ смыслѣ только молодого возраста

субъектовъ, у которыхъ развивается эта болѣзнь, (она наблюдается и въ зрѣломъ возрастѣ—параноидная форма), но также въ смыслѣ той быстроты, съ которой устанавливаются явленія слабоумія.

Многочисленные симптомы, свойственныя преждевременному слабоумію, встрѣчаются и въ другихъ психозахъ, но только при этой формѣ соединенные вмѣстѣ они даютъ специфическое сочетаніе.

Соотвѣтственно преобладанію той или другой группы симптомовъ, авторы вмѣстѣ съ Краерелин'омъ раздѣляютъ dementia praecox на три главныхъ разновидности:

1) Гебефреническая или маниакальная форма, 2) кататоническая, или ступорозная и 3) параноидная или бредовая.

Описаніе этихъ разновидностей иллюстрируется цѣлымъ рядомъ фотографій (11 изображеній), въ которыхъ представлены наиболѣе характерныя позы, мимики и пр.

Послѣ довольно краткаго вступительнаго періода болѣзнь выливается въ одинъ изъ трехъ, указанныхъ выше, типовъ, общей чертой которыхъ является слабоуміе, существующее съ перваго же дня болѣзни. Мѣсяцевъ черезъ 6, черезъ 1—2 года и позднѣе болѣзнь вступаетъ въ третій періодъ—окончательнаго слабоумія. Это послѣднее носитъ то маниакальный, то апатическій характеръ. Чего-либо специфическаго слабоуміе, являющееся заключительнымъ стадіемъ описываемой формы, не представляетъ. И можно сказать, что всѣ роды слабоумія, при которыхъ упадокъ душевной жизни, достигая извѣстной степени, сходятся между собою. Однако заключительный стадій преждевременнаго слабоумія носитъ въ себѣ и нѣкоторыя характерныя для dementia praecox черты—крайнее элюциональное безразличіе и нѣкоторые кататоническіе признаки: негативизмъ, внушаемость, стереотипія.

Исходъ въ окончательное слабоуміе наблюдается приблизительно въ 90% всѣхъ случаевъ dementiae praecox.

При всякомъ душевномъ разстройствѣ, развивающемся въ юношескомъ возрастѣ, необходимо ставить вопросъ о dementia praecox. Но одинъ возрастъ этого вопроса не рѣшаетъ, такъ какъ въ юношескомъ періодѣ наблюдаются всѣ формы душевныхъ заблужданій. Говоря о дифференціальной діагностикѣ преждевременнаго слабоумія, авторы послѣдовательно останавливаются на всѣхъ трехъ разновидностяхъ этого психоза во всѣхъ трехъ періодахъ его теченія. Со стороны этио-

логіи авторы останавливаются между прочимъ на вліяніи пола, который, по мнѣнію ихъ, не имѣетъ особаго значенія въ смыслѣ частоты развитія dementia praecox. Дегенеративныя стигматы встрѣчаются при dementia praecox не особенно часто. Но въ пользу дегенеративной почвы при описываемомъ психозѣ кромѣ другихъ явленій говорить въ частности, периодичность появленія въ нѣкоторыхъ случаяхъ ремиссій.

На ряду съ предрасполагающими причинами нельзя оставлять безъ вниманія и причины случайныя: неблагоприятныя условія воспитанія, интоксикаціи, инфекціи, травматическія поврежденія, моральныя потрясенія, непосильный умственный трудъ и пр. Авторы указываютъ на преувеличенное значеніе, которое приписывается онанизму, какъ этиологическому моменту преждевременнаго слабоумія.

Значеніе предрасполагающихъ и случайныхъ причинъ dementia praecox не даетъ отвѣта на вопросъ о патогенезѣ этого заболѣванія, досихъ поръ разрѣшаемый путемъ различныхъ гипотезъ.

Такія же скромныя данныя имѣются и по отношенію къ патологической анатоміи dementiae praecox.

Признавая всю слабость терапіи въ борьбѣ съ недугомъ, сущность котораго не извѣстна, авторы подчеркиваютъ необходимость профилактическихъ мѣръ, могущихъ предохранить отъ развитія болѣзни нѣкоторыхъ субъектовъ, имѣющихъ къ ней предрасположеніе.

Н. Топорковъ.

P. T. Hald. Ein Fall von Veronalvergiftung. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 15 Juni 1904).
Случай отравленія вероналомъ.

Верональ, который въ послѣднее время рекомендованъ какъ новое снотворное и нѣкоторыми врачами давался иногда до 8,0 въ сутки, въ иныхъ случаяхъ вызываетъ даже въ малыхъ дозахъ непріятныя побочныя симптомы съ характеромъ отравленія, въ виду чего высказывались голоса объ изыятіи этого опаснаго средства изъ врачебной практики. Наблюденіе, о которомъ здѣсь будетъ рѣчь, нѣсколько измѣняетъ эти опасенія. Авторъ наблюдалъ случай, гдѣ одна его пациентка,

страдавшая головными болями и бессонницей и принимавшая по этому поводу верональ по $\frac{1}{2}$ grm, однажды уторомъ (повидимому съ цѣлью отравленія) приняла его сразу 9,0; только спустя 8 час. послѣ этого она была найдена въ глубокомъ снѣ, причемъ ей оказана была первоначальная медицинская помощь, а потомъ она была доставлена въ больницу, гдѣ и подверглась соотвѣтствующей терапіи. Больная находилась все время въ сопорозномъ состояніи почти въ теченіи 3 сутокъ, при чемъ она порывисто двигала головою назадъ и впередъ, въ туловищѣ наблюдались тетанообразныя судорги, на кожѣ была эритема и мѣстами пузыри, похожіе на ретропигус. Моча не указывала на разстройство почекъ. Несмотря на тяжелое теченіе, больная черезъ 3 дня проснулась, а на 4-ый уже чувствовала себя совсѣмъ здоровой; такъ какъ промываніе желудка было сдѣлано спустя 8 час. послѣ приѣма веронала, то можно думать, что всѣ 9,0 всосались желудкомъ и несмотря на это больная осталась жива; такимъ образомъ этотъ случай по мнѣнію автора показываетъ, что при отравленіяхъ вероналомъ можно ставить хорошій прогнозъ. Двиганіе головою то назадъ то впередъ, тетанообразныя судорги авторъ считаетъ патогномическимъ признакомъ при отравленіи вероналомъ.

В. Болдыревъ.

Хроника и смѣсь.

— 25 ноября скончался ч. пр. Казанскаго Университета по кафедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней Иванъ Моисѣвичъ Львовъ.

— За уходомъ въ отставку проф. П. И. Ковалевскаго кафедре психіатріи въ Казанскомъ Университетѣ объявлена свободной.

— Д-ръ В. И. Левчаткинъ принятъ въ число ч. преподавателей Казанскаго Университета по кафедрѣ психіатріи.

— Экстраординарный профессоръ Казанскаго Университета по кафедрѣ оперативной хирургіи Н. А. Геркенъ назначенъ ординарнымъ.

— Ординарный профессоръ Казанскаго Университета А. М. Фортуатовъ согласно прошенію, уволенъ отъ службы.

— Одесское бальнеологическое общество въ засѣданіи 28 октября утвердило положеніе о преміи имени покойнаго проф. О. О. Мочутковскаго за лучшее оригинальное (не компилятивное) изслѣдованіе, доложенное въ обществѣ въ теченіе года. Премія составляетъ изъ $\frac{0}{0}\frac{0}{0}$ съ пожертвованнаго О. О. Мочутковскимъ капитала въ размѣрѣ 2000 р. Сумма ежегодной преміи 65 р. Если бы премія въ какомъ либо году осталась невыданной, то въ слѣдующемъ году она выдается въ двойномъ размѣрѣ, на 3-ій годъ въ тройномъ и т. д. Ближайшій срокъ для представленія сочиненій на соисканіе преміи—1 осеннее засѣданіе общества въ 1905 году.

— Главнымъ врачомъ Преображенской больницы въ Москвѣ назначенъ Н. Н. Баженовъ.

— На годовомъ засѣданіи Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 1-го ноября въ составъ Совѣта Общества избраны: предсѣдателемъ проф. В. К. Ротъ, товарищами его: Г. И. Россолимо, и проф. В. П. Сербскій, секретаремъ ч. пр. С. А. Сухановъ, товарищами его: А. Н. Бернштейнъ и М. И. Молчановъ и бібліотекаремъ П. Б. Ганнушкинъ.

— Во время чествованія проф. И. А. Сикорскаго по случаю 35 лѣтія его врачебно-научной дѣятельности въ адресѣ поднесенномъ юбиляру учениками, указаны главнѣйшіе труды проф. Сикорскаго: о „психопатическихъ эпидеміяхъ“, „психологія самоубійцъ“, о „психикѣ различныхъ расъ и народовъ“, „отправленія мозга и психика у великихъ людей“, о „трехъ возрастахъ человѣческой жизни“, о „душѣ ребенка“, „объ алкогольномъ отравленіи и о перерожденіи души человѣка на этой почвѣ“, „образцы русской психопатической литературы“, „клиническая изслѣдованія чувствъ“, „всеобщая психологія“ и др. Вмѣстѣ съ адресомъ ученики поднесли, профессору посвященный ему „Сборникъ работъ по невропатологіи и психіатріи“.

— Проф. И. А. Сикорскій избранъ почетнымъ членомъ Общества нормальной и патологической психологіи въ Петербургѣ.

— 5-го ноября въ Кіевѣ открытъ врачебно-педагогическій Институтъ для умственно неразвитыхъ, отсталыхъ и нервныхъ дѣтей, учрежденный дочерьми проф. И. А. Сикорскаго. Въ Институтъ принимаются дѣти обоего пола отъ 3-лѣтняго возраста, способныя къ дальнѣйшему развитію. Страдающія падучей, параличами и тяжелыми нервными разстройствами не принимаются.

— Въ Юрьевскомъ Университетѣ защищаль диссертацию І. Луйга на тему—Попеченіе о душевно-больныхъ въ Прибалтійскомъ краѣ.

— Въ Юрьевскомъ Университетѣ защищаль диссертацию Г. М. Штальбергъ на тему—Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при проказѣ.

— „Биржевыя Вѣдомости“ передаютъ, что Езерская сельская земская Управа прибрѣла въ собственность большую дачу въ 10 верстахъ отъ Гатчины, гдѣ намѣрена устроить больницу для душевно-больныхъ. На постройку больницы Управа ассигновала 800,000 р. Временно дача эта будетъ отведена подъ лазаретъ для выздоравливающихъ раненыхъ воиновъ, возвращающихся съ Дальняго Востока. Для этой цѣли, въ свою очередь, Управою отпускаются средства и къ больнымъ, по мѣрѣ надобности, ею будутъ командироваться земскіе врачи.

— „Русскія Вѣдомости“ сообщаютъ слѣдующія свѣдѣнія объ организаціяхъ на театрѣ войны для душевно-больныхъ воиновъ. Въ Харбинѣ устроены лазаретъ для 51 душевно больныхъ; въ Читѣ устраивается для нихъ лазаретъ; въ Омскѣ и Красноярскѣ устроены пункты. Кроме того, на полевыхъ позиціяхъ имѣется рядъ приемныхъ покоевъ для психически больныхъ воиновъ. Съ 23 сентября по 2 октября эвакуированы 94 душевно-больныхъ. Недостатка во врачехъ-психиатрахъ нѣтъ, но зато ощущается недостатокъ въ надзирательскомъ персоналѣ для ухода за душевно-больными. Уполномоченнымъ Краснаго Креста по устройству лазаретовъ для душевно-больныхъ состоитъ д-ръ Автократовъ.

— Д-ръ А. Г. Коносевиچъ предложилъ Красному Кресту въ безвозмездное пользованіе отдѣльную палату въ своей лечебницѣ въ Петербургѣ для нервно и психически больныхъ воиновъ.

— „Сибирская жизнь“ передаетъ, что для душевно-больныхъ воиновъ Обществомъ Краснаго Креста будетъ открытъ въ Харбинѣ госпиталь на 25 и въ Нерчинскѣ на 30—50 кроватей. Главный сортировачный пунктъ намѣченъ въ Харбинѣ. Этапные пункты будутъ устроены въ Красноярскѣ и Омскѣ.

— Недавно въ Парижеской больницѣ S-te Anne д-ръ Vallon подвергся нападенію со стороны одного душевно-больного, нанесшаго ему рану въ затылокъ. Орудіемъ нападенія послужилъ тонкій клинокъ длиной въ 8 сантиметровъ. Состояніе здоровья пострадавшаго внушало опасенія; думали, что придется имѣть дѣло съ правостороннимъ гемипарезомъ, но теперь состояніе д-ра Vallon'a, къ счастью, съ каждымъ днемъ улучшается.

— Въ юбилейномъ сборникѣ, изданномъ Windelband'омъ по поводу 80-лѣтія со дня рожденія Кипо Fischer'a, W. Wundt помѣстилъ статью, посвященную историческому обзору развитія и главнымъ проблемамъ современной психологии.

— Въ изданіи Вреуг'a въ Утрехтѣ появилась вступительная лекція въ курсъ психіатріи проф. K. Neilbronner'a: „О задачахъ клинической психіатріи“.

— 22 и 23 октября въ Nalle подъ предсѣдательствомъ Wernicke, имѣлъ мѣсто десятый съѣздъ среднегерманскихъ психіатровъ и неврологовъ.

— 7 интернаціональный конгрессъ гидрологіи, климатологіи и фізіотерапіи откроется въ Венеціи 10 октября 1905 г.

— По официальному отчету англійскаго правительства въ Великобританіи къ $\frac{1}{4}$ 1904 г. состояло на призрѣніи 117199 душевно-больныхъ; число это превышаетъ прошлогоднюю цифру на 3235. Въ среднемъ за послѣднее 10-лѣтіе число душевно-больныхъ въ англійи ежегодно увеличивается на 2500 ч.

— 7 ноября въ München'ѣ открыта новая психіатрическая клиника, директоромъ которой состоитъ проф. Kraepelin, бывшій одно время профессоромъ Юрьевскаго Университета.

— Возмутительные способы вытрезвленія пьяныхъ, практикуемые въ участкахъ и Обуховской больницѣ, неоднократно обращали вниманіе столичной врачебной инспекціи и градоначальника, но положеніе дѣла, какъ оказывается, нисколько не измѣнилось. Судя по тѣмъ даннымъ, которыя представлены въ комиссію объ алкоголизмѣ докторомъ А. Л. Мендельсономъ, вытрезвленіе производится у насъ самымъ ужаснымъ образомъ. Пьяные, доставляемые въ часть буквально напихиваются безъ всякаго счета въ каморки съ покатымъ асфальтовымъ поломъ и безъ признаковъ какой-бы то ни было мебели, раздѣтые городскими почти до нага они задыхаются здѣсь въ смраду и часто лежатъ одинъ давя другого, безъ всякой помощи. Протрезвляющіеся въ этомъ угарѣ отъ потрясающей обстановки кончаютъ иногда самоубійствомъ. Ко всѣмъ престестямъ

участковыхъ „каталажекъ“ слѣдуетъ прибавить грубое обращеніе городскихъ, позволяющихъ по отношенію больныхъ даже побои. Что касается мужского безпокойнаго отдѣленія Обуховской больницы, то здѣсь вмѣсто 22 положенныхъ кроватей бываетъ нерѣдко свыше 70; безпокойные содержатся въ смиренныхъ рубахахъ съ кожанными кандалами на ногахъ, привязанными къ подъемамъ; случаи полнаго умопомѣшательства не рѣдки. („нов. Вр“.).

— Въ виду жалобъ, поступившихъ въ послѣднее время въ министерство внутр. дѣлъ отъ нѣсколькихъ ординаторовъ Виленской окружной лечебницы, прибылъ въ г. Ново-Вилейскъ помощникъ главнаго врачбнаго инспектора д. с. с. Малиновскій для производства хозяйственной и административной ревизіи Виленской окружной лечебницы. Старшій ординаторъ лечебницы врачъ А. А. Фонъ-Фрикенъ и младшій ординаторъ врачъ И. М. Фонъ-Райхеръ подали прошеніе объ отставкѣ.

— Въ Одессѣ, по инициативѣ г. градоначальника Д. Б. Нейгарта, возникъ вопросъ объ организаціи леченія алкоголиковъ. Съ этой цѣлью состоялось нѣсколько совѣщаній, гдѣ принимали участіе представители мѣстнаго попечительнаго общества о домахъ трудолюбія, народной трезвости, нѣкоторые профессора Университета и мѣстные врачи. На одномъ изъ первыхъ засѣданій д-ръ Б. И. Воротынскій поставилъ на видъ, какъ необходимое условіе успѣшнаго леченія алкоголиковъ гипнозомъ и фармацевтическими средствами, устройство лечебницы, хотя-бы и на 10 кроватей, даже на 5. По его мнѣнію, поступающіе, какъ это дѣлается въ нѣкоторыхъ лечебницахъ, должны давать обязательство въ томъ, что они не покинутъ лечебницу ранѣе извѣстнаго срока, который по желанію пациента можетъ быть увеличенъ, но никакъ не уменьшенъ. Медицинскій трудъ долженъ быть даровой. Нѣкоторые высказались за присоединеніе къ лечебницѣ и амбулаторіи. На послѣднемъ засѣданіи было рѣшено поручить д-ру Б. И. Воротынскому составить смѣту расходовъ на оборудованіе амбулаторіи и лечебницы и смѣту на содержаніе этихъ учреждений. Основнымъ капиталомъ послужать 5000 рублей, представленныя проф. Мочутковскимъ въ распоряженіе города Одессы на борьбу съ алкоголизмомъ.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ
ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ очереднаго засѣданія О-ва 30 апрѣля 1904 г.

Предсѣдательствовали проф. П. И. Ковалевскій, при секретарѣ В. Н. Образцовѣ. Присутствовали: тов. предсѣдателя проф. Н. А. Миславскій, проф. Д. А. Тимофеевъ, проф. Архангельскій, д-ра: Левчаткинъ, Скуридинъ, Цареградскій, Сколозубовъ, Первушинъ, Зайцевъ, Болдыревъ, Сороковиковъ, Топорковъ, Сергѣевъ; гости: Быстренинъ, Казанскій, посторонніе врачи и челоувѣкъ около 40 публики.

Утверждены протоколы предыдущихъ засѣданій.

1. Д-ръ И. Н. Быстренинъ. „О вазомоторахъ заднихъ конечностей“.

Докладъ вызвалъ нѣкоторое дополненіе со стороны проф. Н. А. Миславскаго о такъ называемой антидронной функціи заднихъ корешковъ спиннаго мозга и замѣчаніе проф. Архангельскаго, по мнѣнію котораго должно обращать вниманіе при постановкѣ опытовъ и на сокращеніе венъ.

2. Д-ръ Л. А. Сергѣевъ. „Къ ученію объ эквивалентахъ эпилепсїи“.

Докладъ вызвалъ оживленный обмѣнъ мыслей между Топорковымъ, Образцовымъ, Левчаткинымъ, Казанскимъ, Первушинымъ, Ковалевскимъ, Миславскимъ и Сергѣевымъ, при чемъ нѣкоторыми изъ оппонентовъ оспаривалось значеніе симптомовъ въ случаяхъ приводимыхъ докладчикомъ, выставляемыхъ имъ въ качествѣ эквивалентовъ эпилепсїи.

3. Д-ръ А. А. Цареградскій. „Объективное доказательство галлюцинацій“. (Предварительное сообщеніе).

Докладчику было сдѣлано нѣсколько указаній со стороны проф. Миславскаго, Ковалевскаго, Образцова, высказавшихъ желаніе, чтобы вопросъ объ околоушныхъ складкахъ, въ объективномъ признакѣ галлюцинацій, былъ детально изслѣдованъ со стороны анатомической, физиологической и экспериментально-физиологической, дабы получаемые путемъ клиническихъ наблюденій результаты не повели къ ложнымъ выводамъ.

Въ административной части засѣданія постановлено: 1. Утвердить, представленныя г. казначеемъ О-ва смѣты приходовъ и расходовъ на 1904 г. 2. Высылать въ Харьковское студенческое общежитіе 1 экз. „Неврологич. Вѣстника“.

Предъ закрытіемъ засѣданія товар.-предсѣдателя проф. Н. А. Миславскій отъ лица Общества высказалъ благодарность предсѣдателю проф. П. И. Ковалевскому, покидающему Казань, за то дѣятельное участіе въ дѣлахъ Общества, которыя были проявлены имъ въ этотъ годъ. Рѣчь проф. Миславскаго покрыта аплодисментами.

Протоколъ очереднаго засѣданія О-ва 28 ноября 1904 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Миславскій, при секретарѣ Н. А. Донсковѣ. Присутствовали: проф. Арнштейнъ, Архангельскій, д-ра Левчаткинъ, Скуридинъ, Сороковиковъ, Болдыревъ, Топорковъ.

Утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

По предложенію предсѣдателя проф. Н. А. Миславскаго засѣданіе отложено до 5 декабря въ виду тяжелой утраты, понесенной Казанской медицинской корпораціей въ лицѣ высокоуважаемаго труженика, приватъ-доцента доктора медицины Ивана Моисѣвича Львова.

Протоколъ административнаго засѣданія О-ва 5 декабря 1904 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Миславскій, при секретарѣ Н. А. Донсковѣ. Присутствовали проф. Арнштейнъ, И. М. Догель, Тимофеевъ. Д-ра Левчаткинъ, Николаевъ, Болдыревъ, Топорковъ, Сергѣевъ.

Утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Постановлено: 1) ходатайствовать о кредитѣ въ 300 р. для Общества невропатологовъ и психіатровъ на 1905 годъ.

2) Удовлетворить просьбу Литературнаго Общества студентовъ „Societas“ въ Дерптѣ бесплатной высылкой журнала Неврологическій Вѣстникъ за 1905 г.

3) Вступить, по примѣру прежнихъ лѣтъ, во взаимный обмѣнъ изданій и объявленій за 1905 годъ съ редакціей журнала Общества русскихъ врачей въ память Пирогова.

4) Вступить въ обмѣнъ изданіями съ редакціей журнала Научный Архивъ Виленской Окружной Лѣчебницы.

5) Въ виду переполненія журнала Неврологическій Вѣстникъ слишкомъ обширными статьями и диссертациями съ одной стороны, имѣющаго быть перерасхода по печатанію журнала за 1901 г., вслѣдствіе уменьшенія количества подписчиковъ, съ другой, Общество постановило: а) по возможности избѣгать приѣма статей и диссертаций количествомъ свыше 5 листовъ. При приѣмѣ же статей превышающихъ указанное количество, плату за печатаніе излишка возлагать на авторовъ, б) уполномочить мѣстнаго редактора журнала проф. Н. А. Миславскаго въ случаѣ надобности уменьшить годовое количество листовъ журнала за 1905 г. до 45, дабы тѣмъ самымъ покрыть перерасходъ 1904 года.

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

Д-ръ Д. М. Успенскій. Основы органотерапіи. С.-Петербургъ. 1905.

Прив.-доц. П. А. Останковъ. Чувство ложныхъ ощущеній (*Pseudomelia paraestetica*), какъ симптомъ пораженія шейной части спинного и нижняго отдѣла продолговатаго мозга. С.-Петербургъ. 1904 г.

В. И. Воротынскій и О. Ф. Бирскій. О душевно-больныхъ преступникахъ, преступныхъ душевно-больныхъ и испытуемыхъ арестантахъ; настоящее пониженіе вопроса о порядкѣ ихъ испытанія и содержанія въ Одесской Городской Психіатрической Больницѣ и желательныя въ этомъ отношеніи реформы. Одесса. 1904 года.

Д-ръ А. М. Виршубскій. Обзоръ научной дѣятельности проф. И. П. Павлова въ области физиологіи пищеваренія. Москва. 1904 г.

Д-ръ А. М. Виршубскій. Къ вопросу объ акропарестезіи. 1904 г.

Д-ръ Г. А. Дѣдовъ. Опытъ медико-статистическаго изслѣдованія 900 случаевъ прогрессивнаго паралича. Петербургъ. 1904 г.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

1904 годъ

Двѣнадцатый годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЬ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

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

Въ 1904 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (болѣе 60 печатныхъ листовъ).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА НА ГОДЪ 6 РУБ.

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

Редакторъ Н. А. Миславскій.

Открыта подписка на ежемѣсячный журналъ

IX Г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1904 Г.

и еженедѣльную газету

VII Г. **ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ** 1904 г.

(бывшій «Терапевтическій Вѣстникъ»),

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АОНАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предъидущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенныя, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣчены слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

1) Д-ръ А. А. Щепинскій. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstein'a и Netolitzk'аго (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.

2) Проф. М. И. Аонасьевъ—д-ръ П. Б. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапия. Съ рис.

3) Они-же. Малярія, ея происхождение, симптоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.

4) Проф. А. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапии внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.

5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebreich (Берлинъ), C. Gerhardt (Берлинъ), A. Martin (Грейфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.

6) Доц. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мѣчи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ прибавленіемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ В. Вuhbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dumont (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

10) Д-ръ М. Joseph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисункомъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство по патологiи и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ С. Feistmantel (Будапештъ). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ. Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. L. Knapp (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

VII г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

(бывшій «Терапевтическiй Вѣстникъ»), еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтическiй Вѣстникъ» пользовался за истекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двухнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ».—Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла, «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей тотчасъ же освѣщать читателю все, что появляется новаго въ области медико-хирургической науки, особенно-же въ области этиологiи, диагностики и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ диететики и диетотерапiи.—Считая предупрежденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной.—Въ то-же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй рускаго врача, въ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности,—истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, нерѣдко плохо усвоеннымъ шаблонамъ.—Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Отвѣты» редакцiя съ готовностью будетъ давать посильные отвѣты на всѣ обращенные къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетою.—Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести посильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

Вятелей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія
аучно-практическаго кругозора и сословнаго самознанія каждаго русска-
о врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всеѣмъ вопросамъ меди-
цины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по воп-
росу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя
способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ
практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, баль-
неотерапіи, климатотерапіи, пневмотерапіи, механотерапіи, свѣтолеченію,
рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всеѣмъ
медикохирургическимъ специальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи,
гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ
болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и
сифилису, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій
медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностран-
ныхъ обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13.
Общественная и личная.—14. Рецензіи и библиографія.—15. Пись-
ма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецептныя
книжки.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы
и ответы.

Подписная цѣна на «Современ. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер.
р. безъ пер. 9 р. причеиъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р.
въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Несмотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣст-
никомъ» объемъ,—«Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженедѣльно въ
размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна
на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р.,
безъ дост.—4 р. 50 к., причеиъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ
въ остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачеби.
Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, вмѣсто 15 р. только 13 р. съ
оставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, причеиъ могутъ пользоваться
разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб.)
въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачеби. Вѣстн.»
6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за
1896—97 и 1899—1903 гг. можно получать по 10 руб. безъ пер.; таковые-
же экземпляры «Терап. Вѣстн.» за 1898—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со
всѣхъ изданій редакціи, помещенныхъ въ каталогъ ея, который можно по-
лучать бесплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Литейный проспектъ,
№ 33.

Открыта подписка

на новый журнал (без предварительной цензуры)

«Научный Архивъ Виленской Окружной Лечебницы».

подъ редакціей директора Лечебницы доктора медицины Н. В. КРАИНСКАГО, при участіи и сотрудничествѣ всѣхъ ординаторовъ Лечебницы.

Архивъ ставитъ своей задачей научную разработку текущихъ психіатрическихъ вопросовъ, главнымъ образомъ, на основаніи матеріала Виленской Окружной Лечебницы, являющейся въ настоящее время самымъ крупнымъ психіатрическимъ учрежденіемъ въ Россіи, а также своевременное опубликованіе наиболее интересныхъ клиническихъ и судебно-психіатрическихъ случаевъ и изученіе вопросовъ организаціи призрѣнія душевнобольныхъ въ Россіи и за границей.

Редакція охотно представитъ страницы Архива товарищамъ, живущимъ въ разныхъ углахъ нашего обширнаго отечества на общей научной и практической психіатріи.

Научный Архивъ будетъ выходить періодически выпусками отъ 6 разъ въ годъ въ объемѣ до 10 печатныхъ листовъ въ каждомъ—по слѣдующей программѣ:

1. Оригинальныя статьи и обзоры научныхъ работъ.
2. Рефераты
3. Протоколы о научныхъ собраніяхъ врачей лечебницы.
4. Отчеты и статистика лечебницы.
5. Хроника.

Статьи въ заказныхъ бандероляхъ адресуются на имя редактора журнала. Редакція представляетъ себѣ право, въ случаѣ надобности, исправлять и сокращать статьи. О всякой присланной въ редакцію книгѣ будетъ сдѣлано бесплатное объявленіе въ слѣдующемъ номерѣ, а также будетъ данъ отзывъ по усмотрѣнію редакціи.

Подписная плата на годъ съ пересылкой 5 руб. за границу 7 рублей. Полугодовая подписка не принимается. Отдѣльныя книжки не продаются. Плата за объявленія по условію.—Подписка принимается въ конторѣ редакціи (Ново-Вилейскъ С. П. Б. ж. д.) и во всѣхъ большихъ книжныхъ магазинахъ. Книгопродавцамъ 40 коп. скидки (пересылка денегъ за ихъ счетъ).

Редакторъ Н. Краинскій.

Секретари: } Е. Клевезаль.
 } И. Рейхеръ.

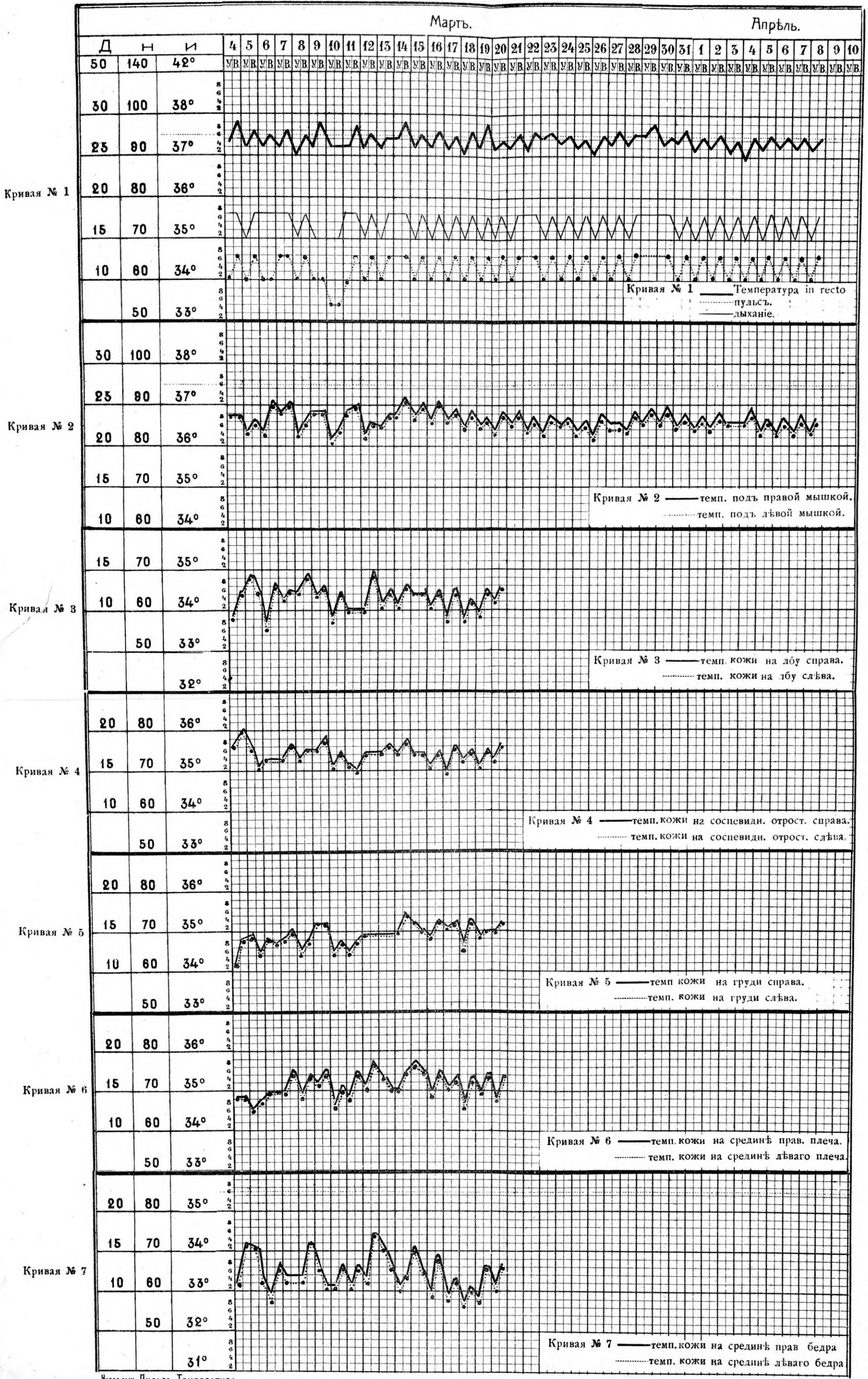


Таблица II.

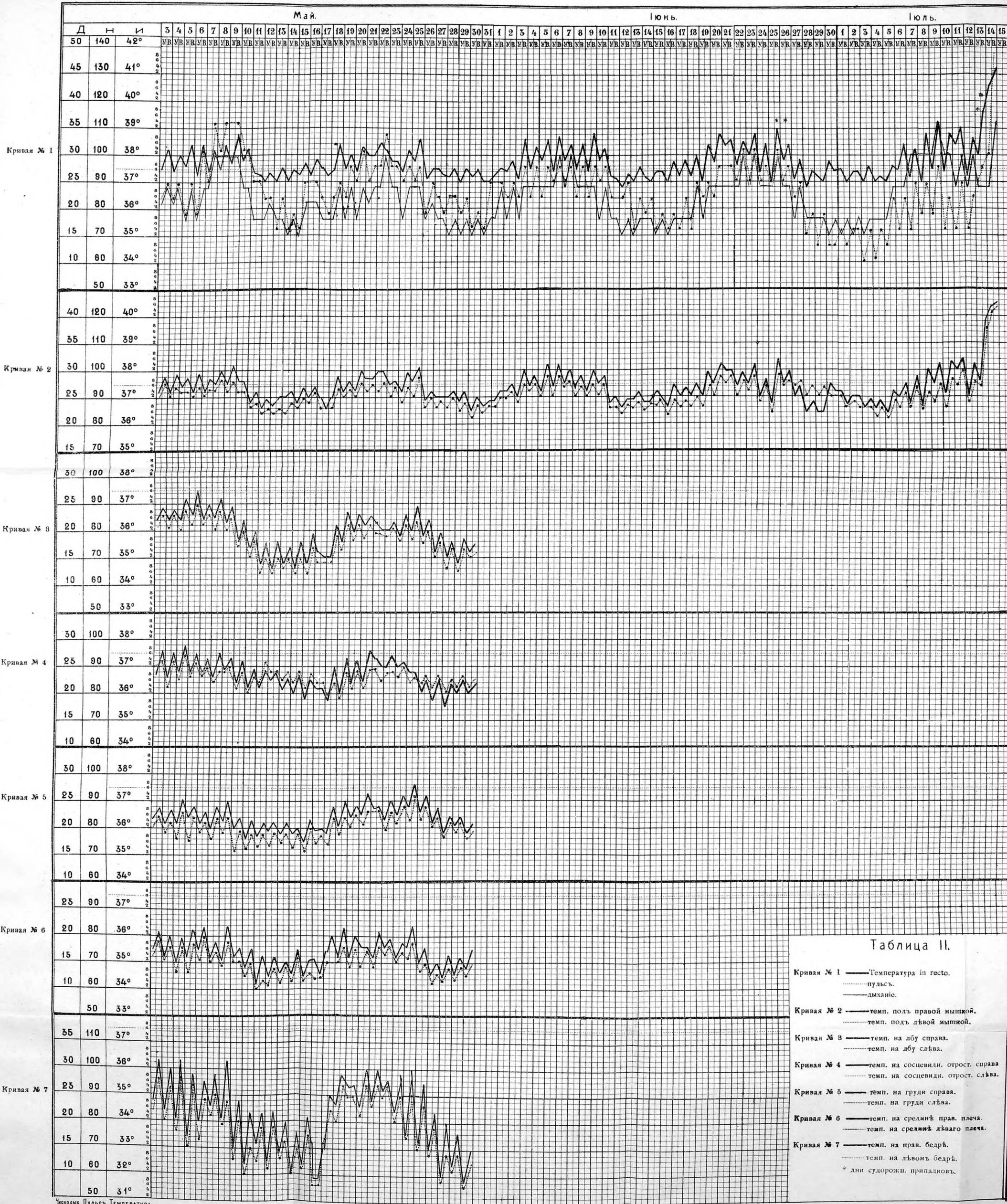


Таблица II.

- Кривая № 1 — температура in recto.
 пульс.
 — дыхание.
 - Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
 темп. под левой мышкой.
 - Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
 темп. на лбу слева.
 - Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа
 темп. на сосцевидн. отрост. слева.
 - Кривая № 5 — темп. на груди справа.
 темп. на груди слева.
 - Кривая № 6 — темп. на среднем прав. плече.
 темп. на среднем левом плече.
 - Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
 темп. на левом бедрѣ.
- * дни судорожн. припадков.

Таблица III.

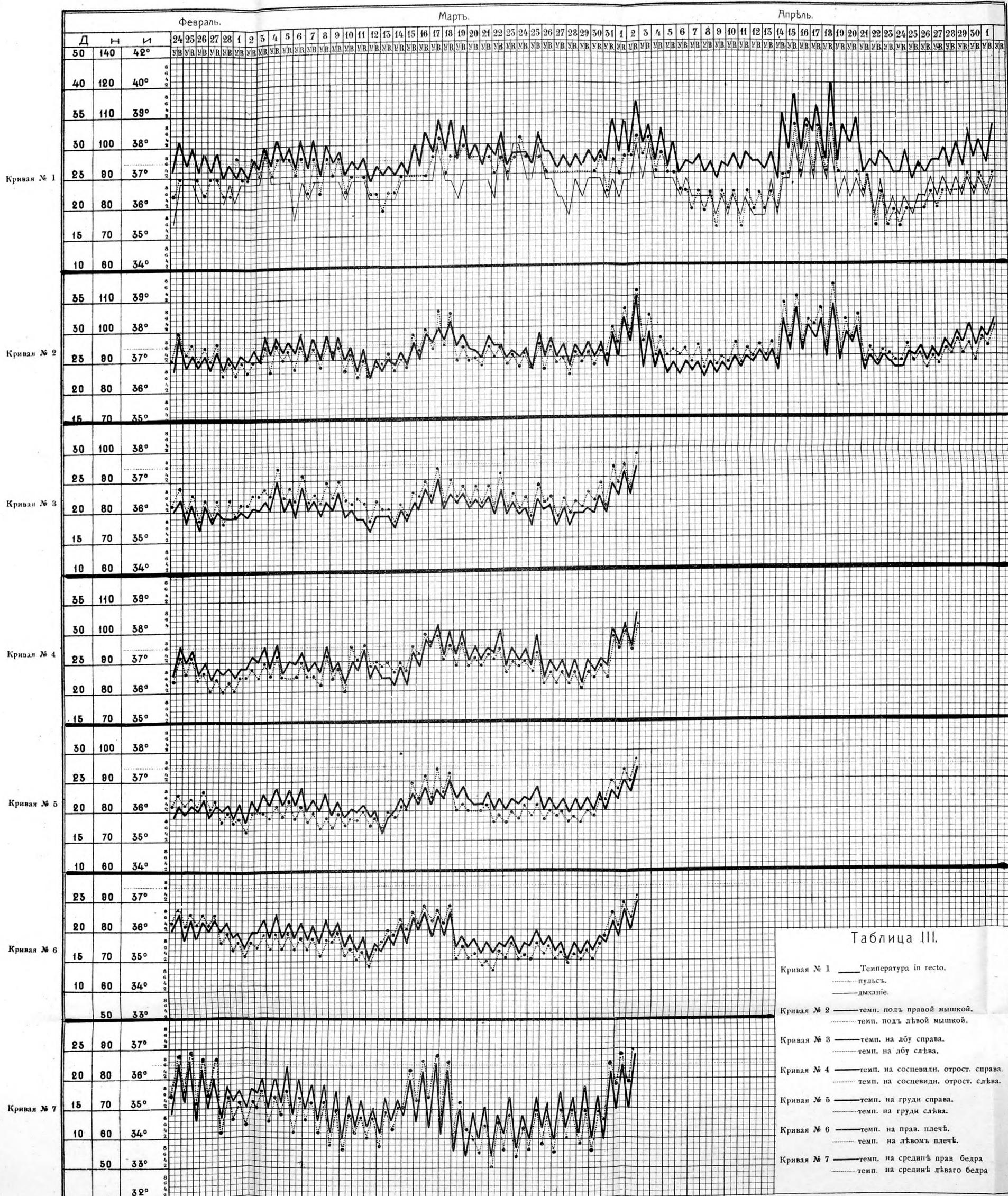


Таблица III.

Кривая № 1 — Температура in recto.
 пульс.
 ——— дыхание.
 Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
 темп. под левой мышкой.
 Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
 темп. на лбу слева.
 Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
 темп. на сосцевидн. отрост. слева.
 Кривая № 5 — темп. на груди справа.
 темп. на груди слева.
 Кривая № 6 — темп. на прав. плечѣ.
 темп. на лѣвомъ плечѣ.
 Кривая № 7 — темп. на срединѣ прав бедра
 темп. на срединѣ лѣваго бедра

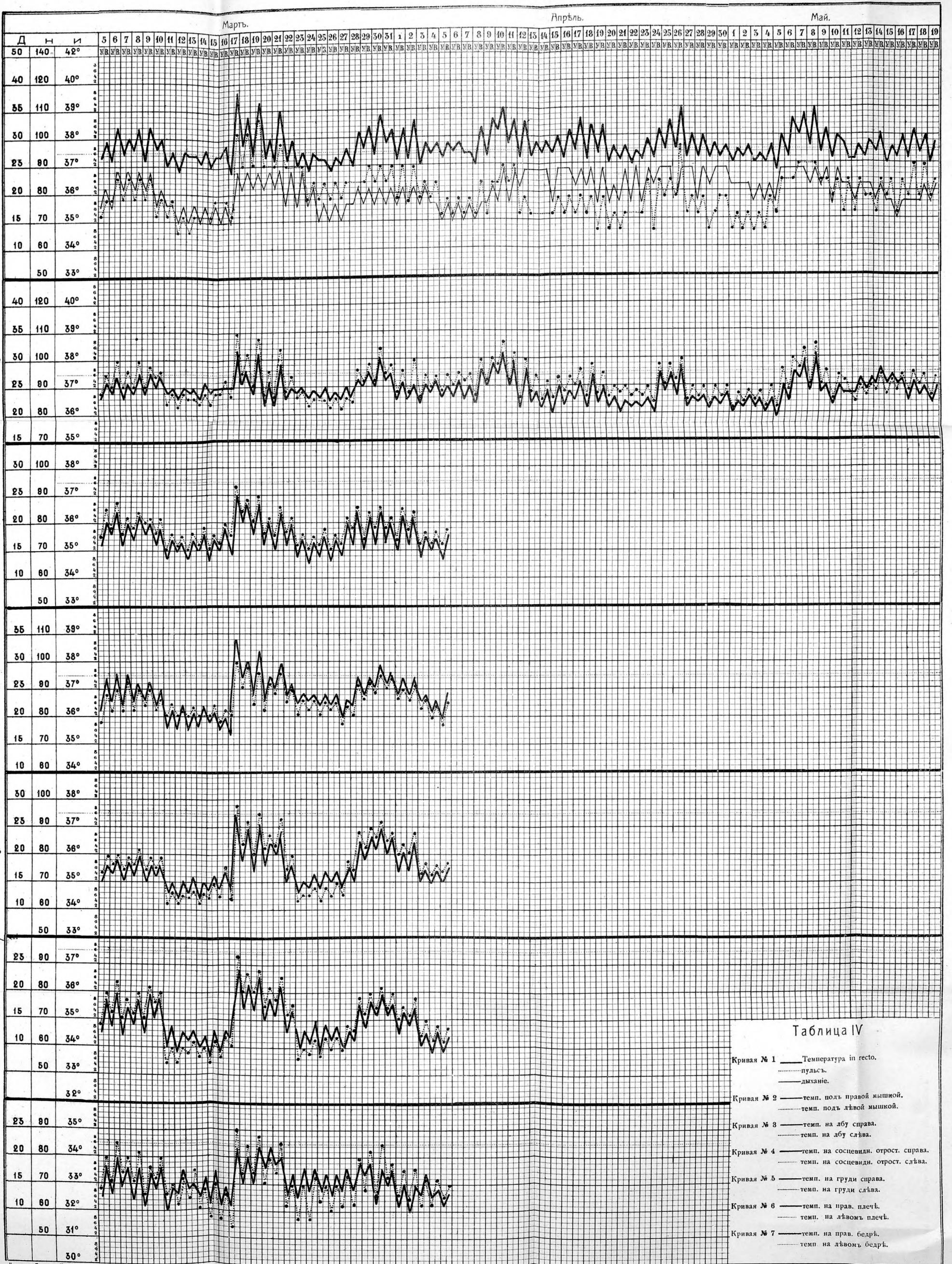
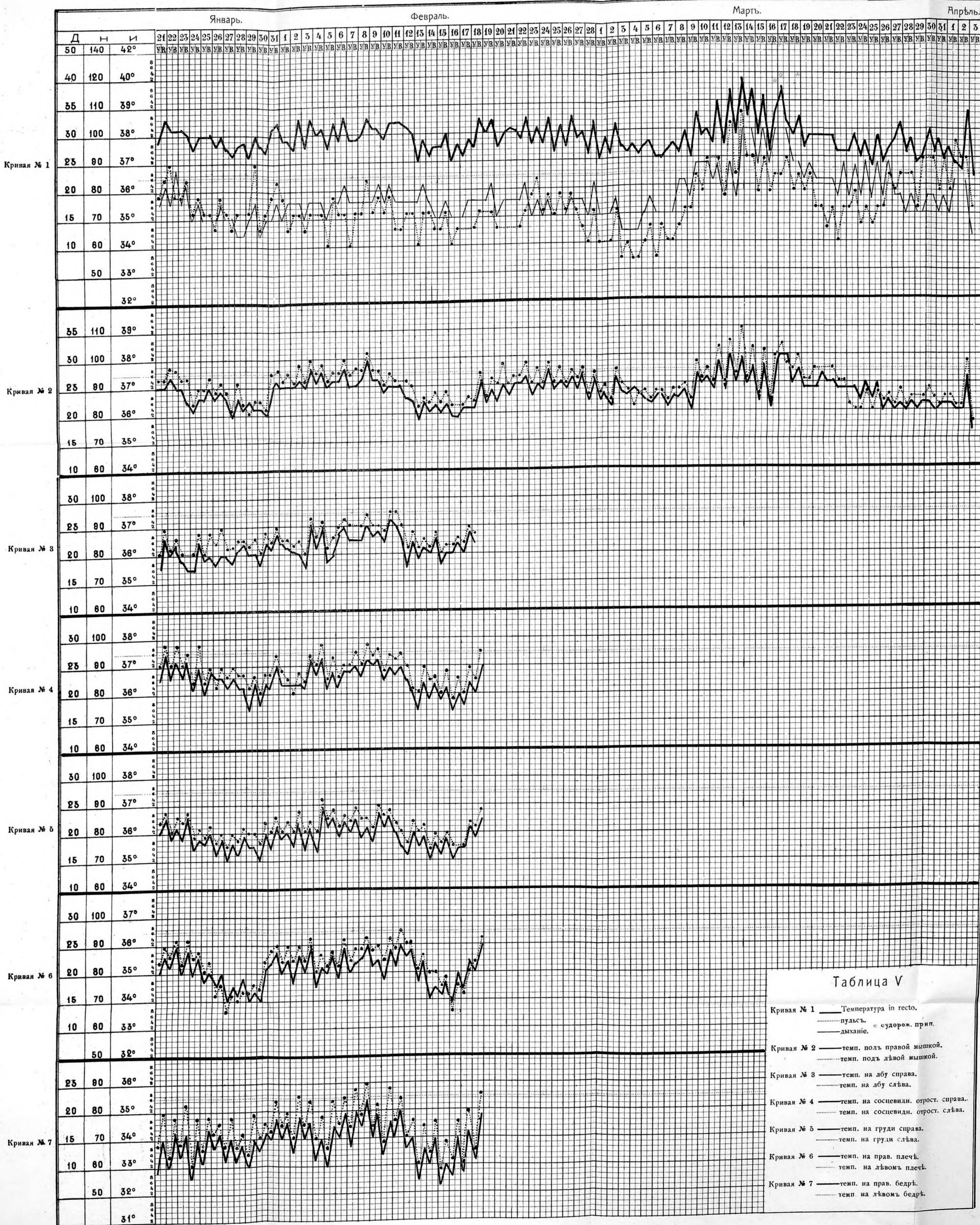


Таблица IV

- Кривая № 1 — температура in recto.
 пульсъ.
 — дыханіе.
- Кривая № 2 — темп. подъ правой мышкой.
 темп. подъ лѣвой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
 темп. на лбу слѣва.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
 темп. на сосцевидн. отрост. слѣва.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
 темп. на груди слѣва.
- Кривая № 6 — темп. на прав. плечѣ.
 темп. на лѣвомъ плечѣ.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
 темп. на лѣвомъ бедрѣ.

Таблица V



Часы Пульс Температура

Таблица VI

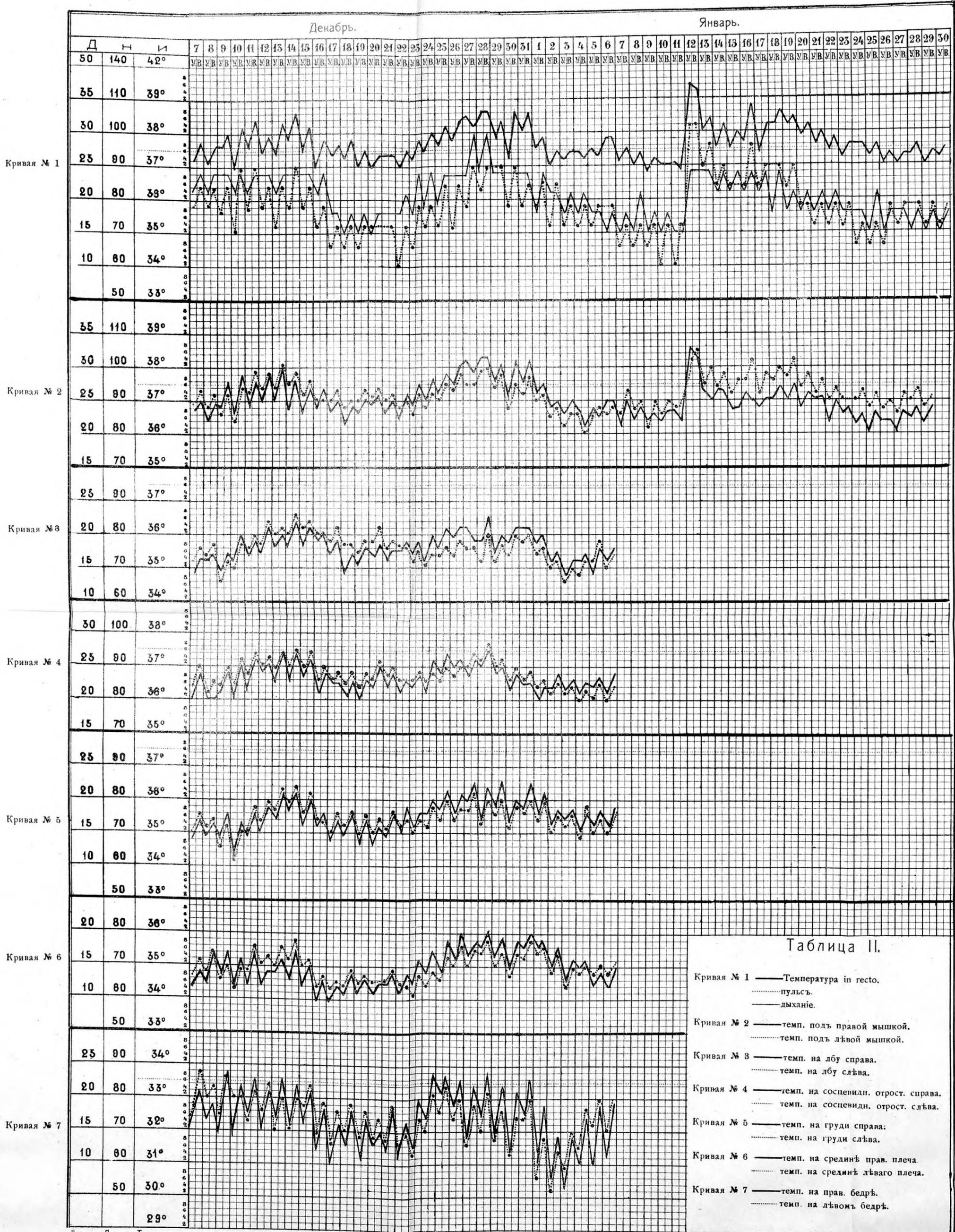


Таблица II.

- Кривая № 1 — Температура in recto.
..... пульс.
----- дыхание.
- Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
..... темп. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
..... темп. на лѣвомъ бедрѣ.

Таблица VII.

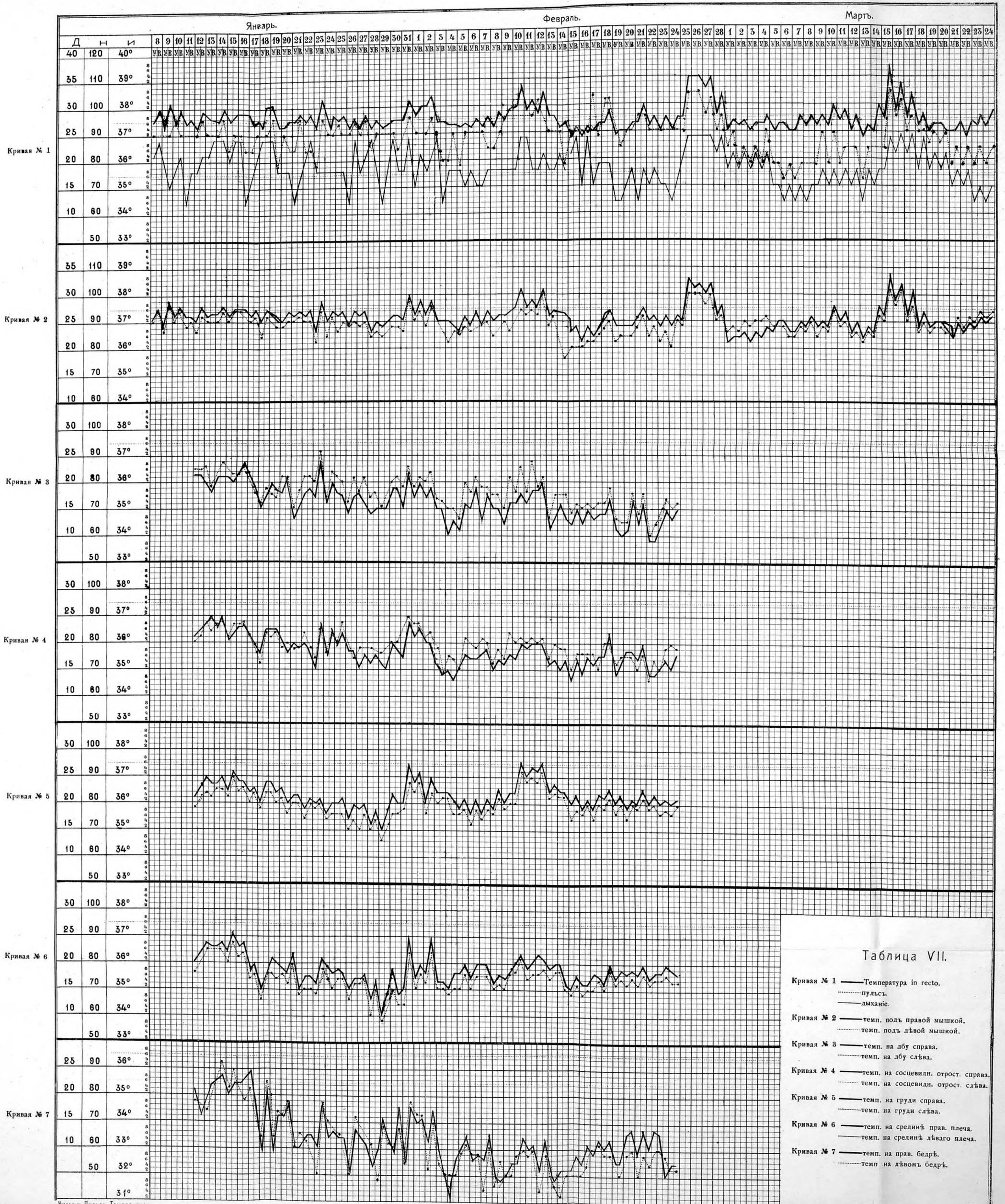


Таблица VII.

- Кривая № 1 — Температура in recto.
 пульс.
 — дыхание.
- Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
 темп. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
 темп. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
 темп. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
 темп. на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
 темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
 темп. на лѣвомъ бедрѣ.

Таблица IX.

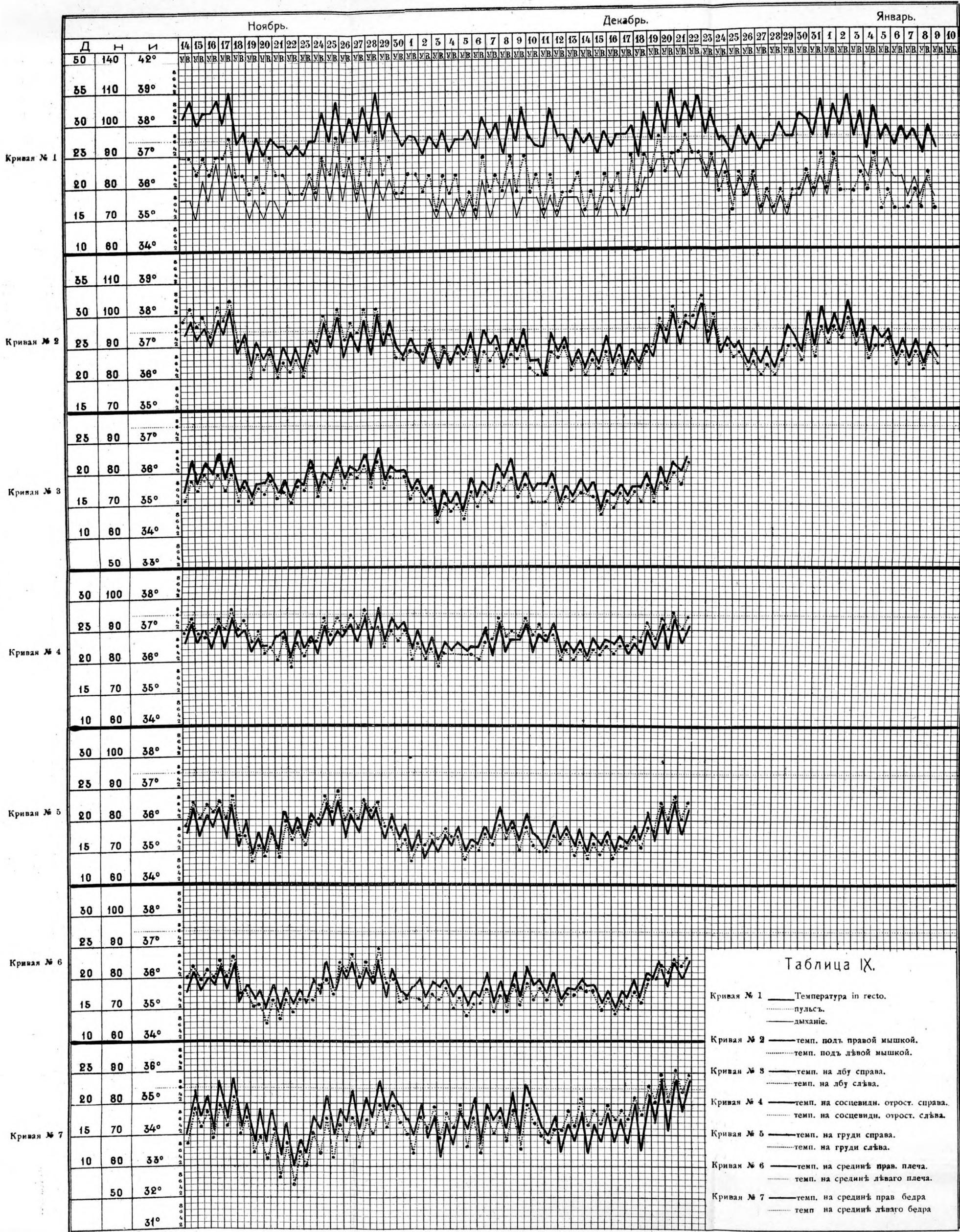


Таблица IX.

- Кривая № 1 — температура in recto.
..... пульс.
—— дыхание.
- Кривая № 2 — темп. подъ правой мышкой.
..... темп. подъ левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на срединѣ прав. бедра
..... темп. на срединѣ лѣваго бедра

Таблица X

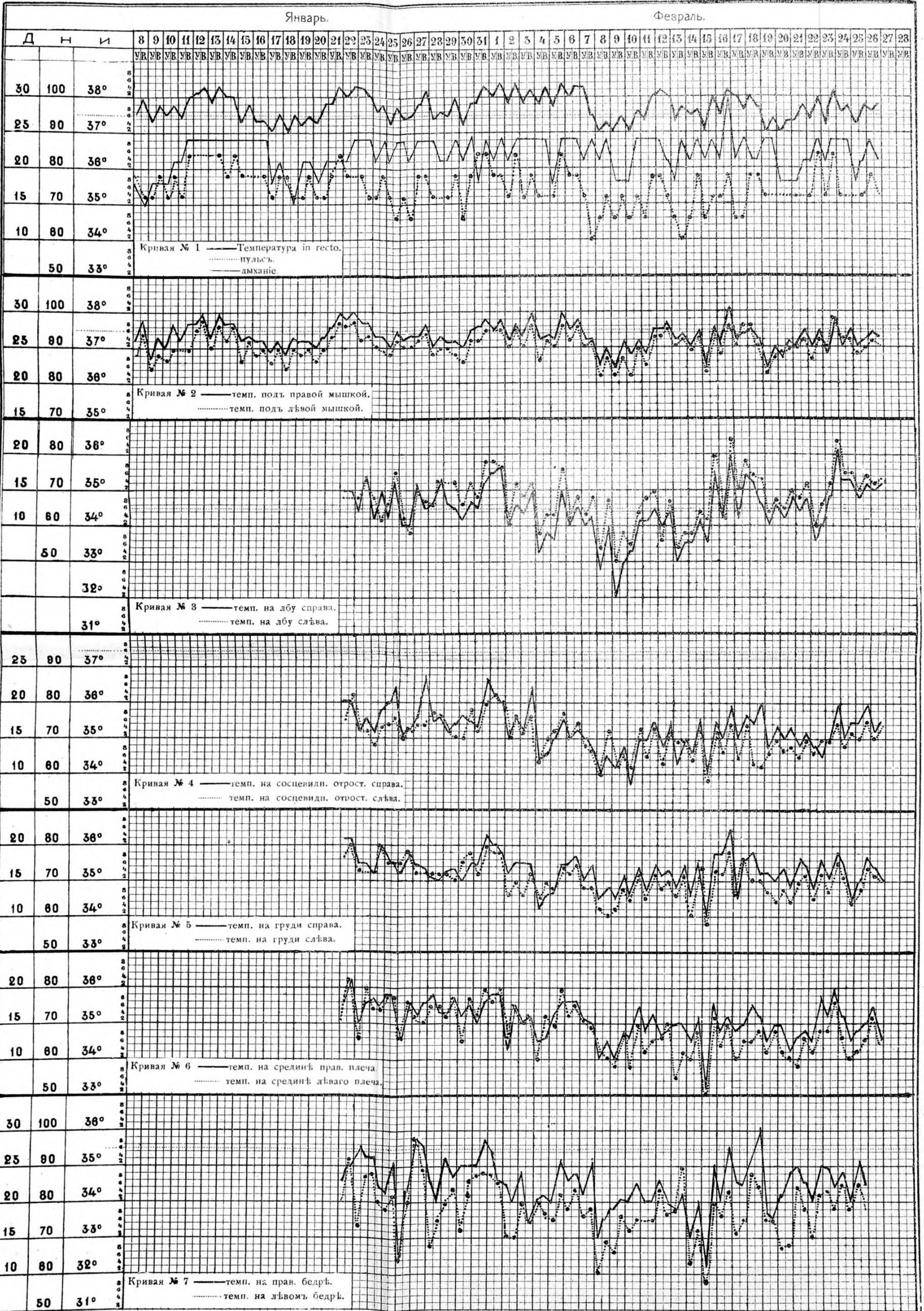


Таблица XI.

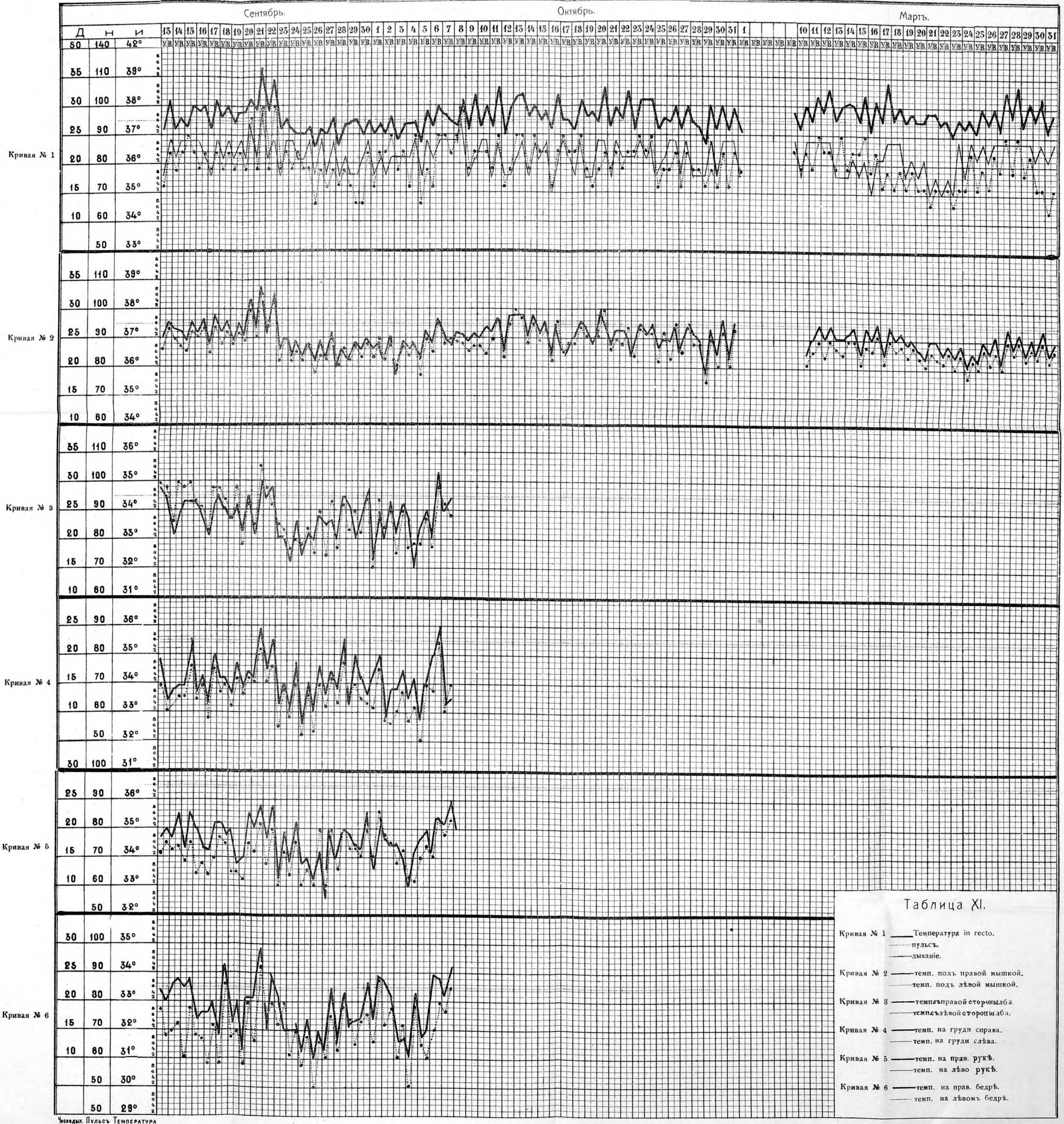


Таблица XII.

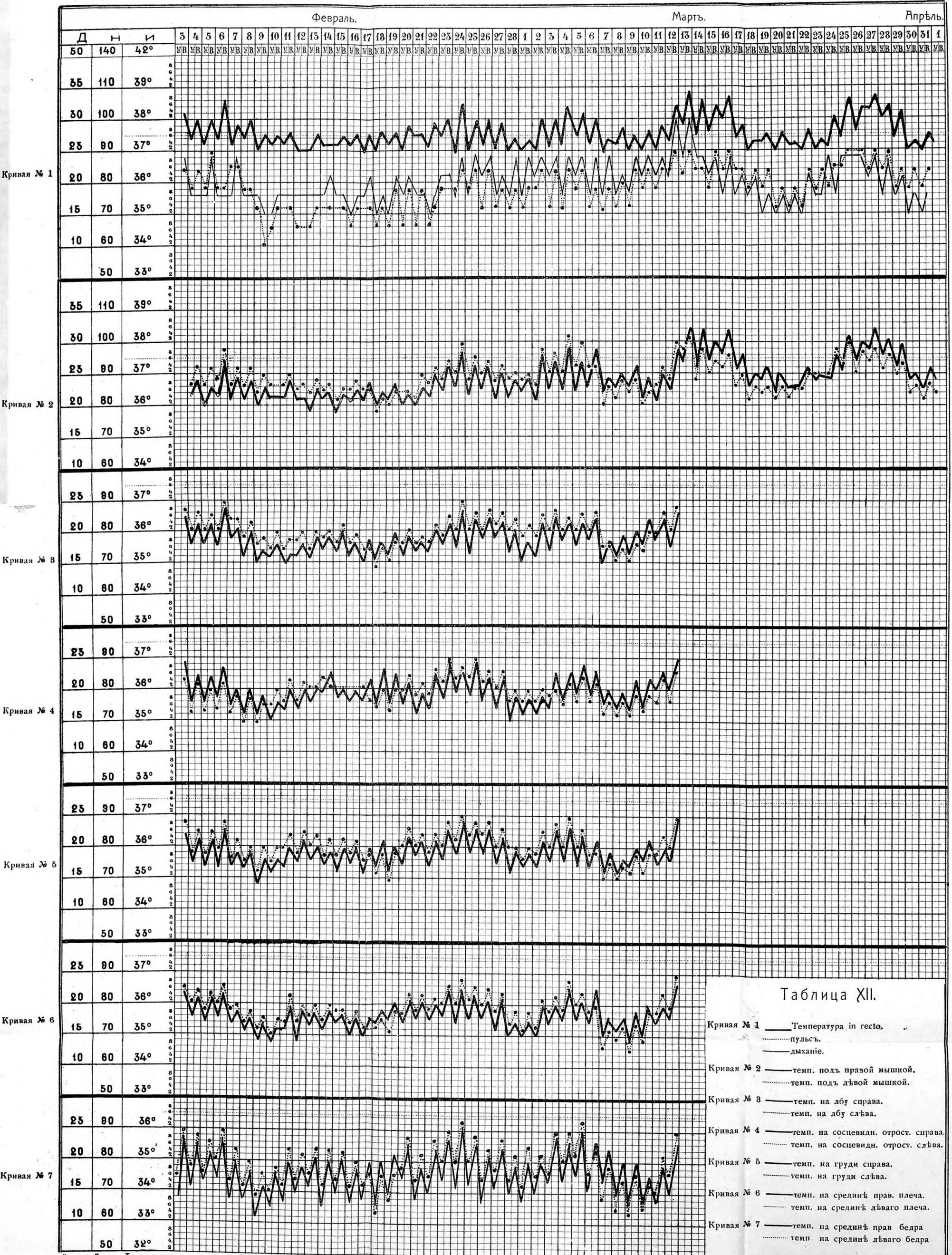


Таблица XIII.

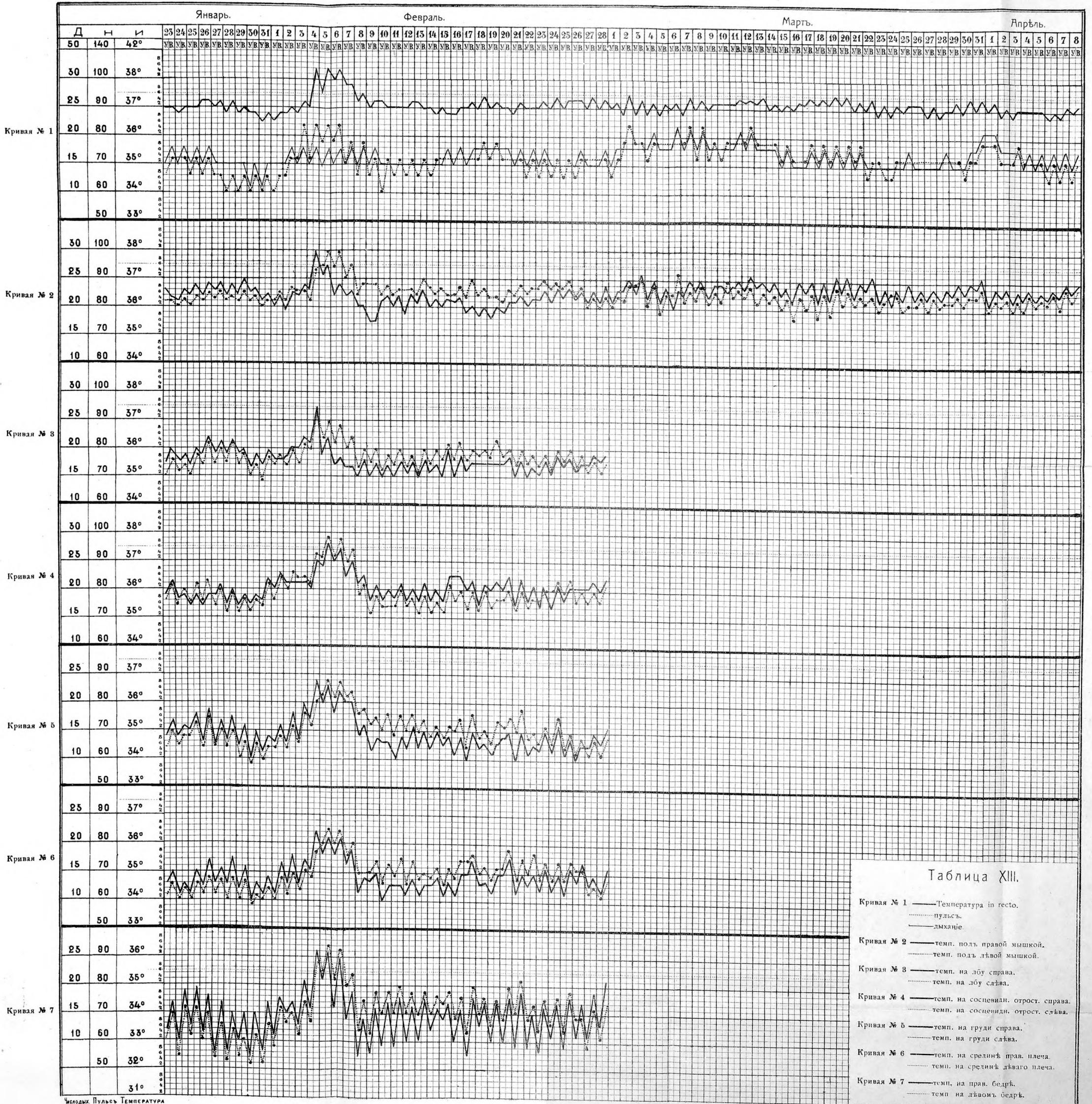


Таблица XIII.

- Кривая № 1 — температура in recto.
 пульсъ.
 ————— дыхание.
- Кривая № 2 — темп. подъ правой мышкой.
 темп. подъ лѣвой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
 темп. на лбу слѣва.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
 темп. на сосцевидн. отрост. слѣва.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
 темп. на груди слѣва.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
 темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
 темп. на лѣвомъ бедрѣ.

Таблица XIV.

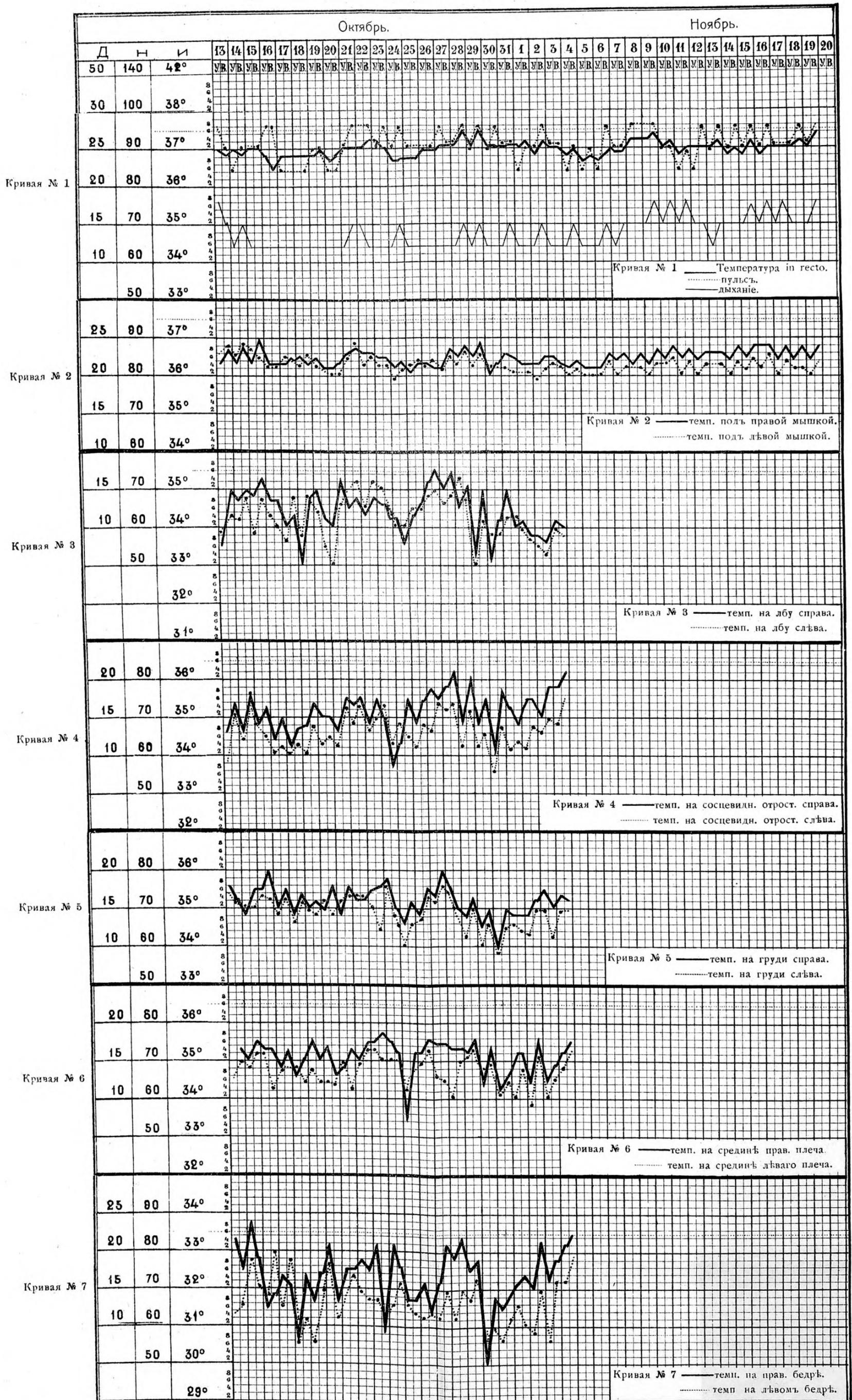


Таблица XV

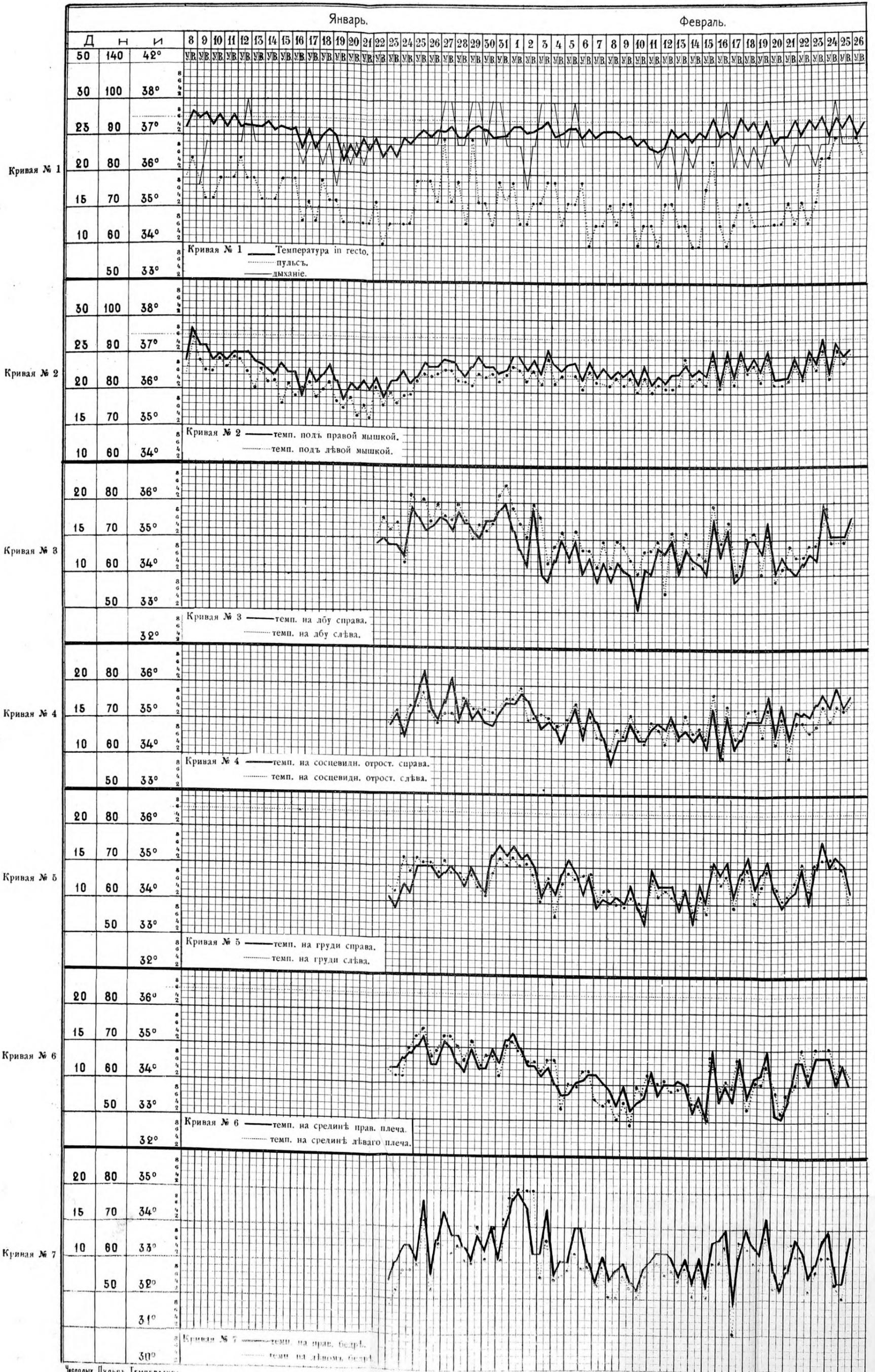


Таблица XVI

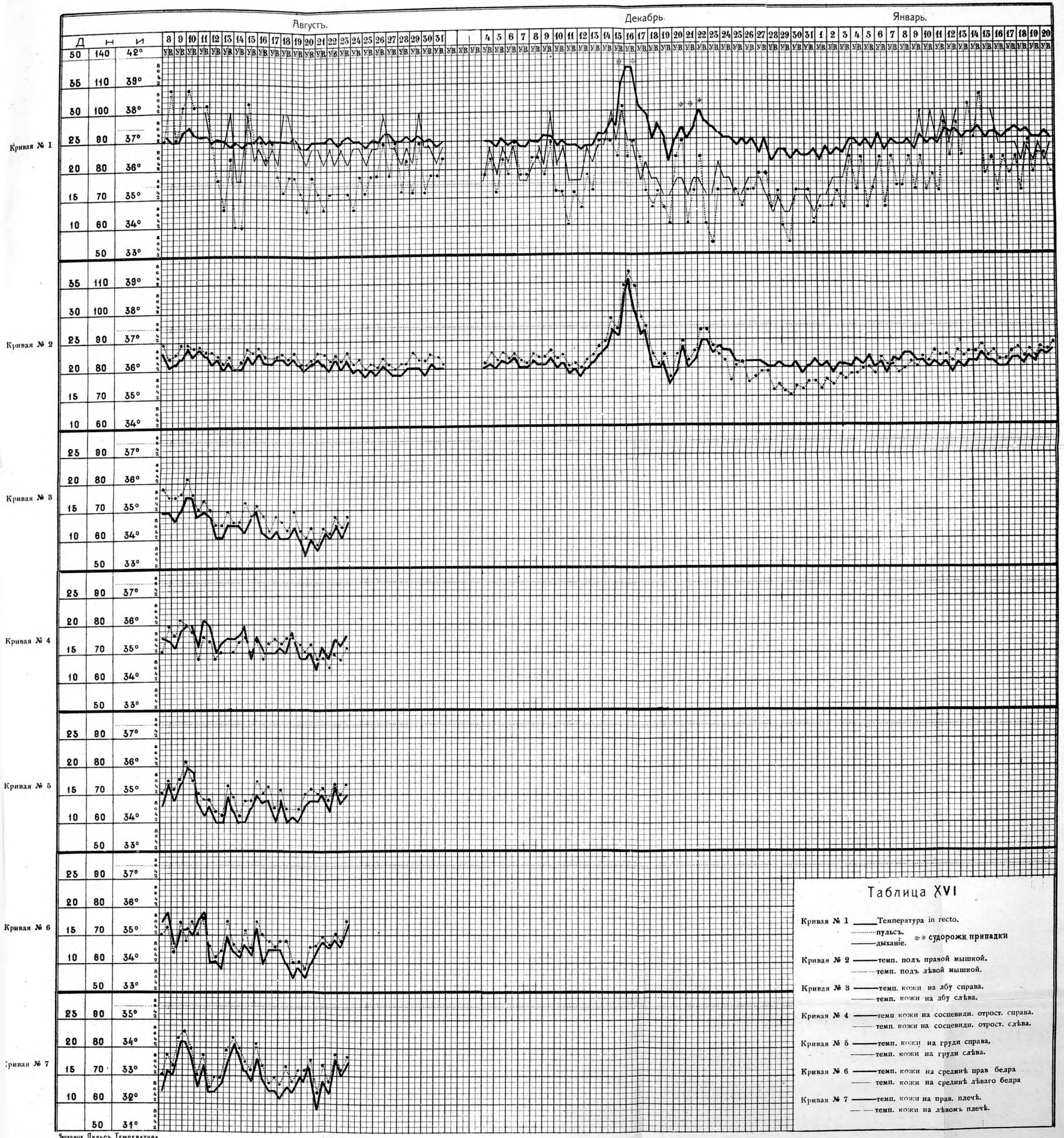


Таблица XVI

- Кривая № 1 — температура in recto.
..... пульс. * * * судорожи припадки
- - - - дыхание.
- Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
..... темп. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. кожи на лбу справа.
..... темп. кожи на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. кожи на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. кожи на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. кожи на груди справа.
..... темп. кожи на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. кожи на срединѣ прав. бедра
..... темп. кожи на срединѣ лѣваго бедра
- Кривая № 7 — темп. кожи на прав. плечѣ.
..... темп. кожи на лѣвомъ плечѣ.

Таблица XVI

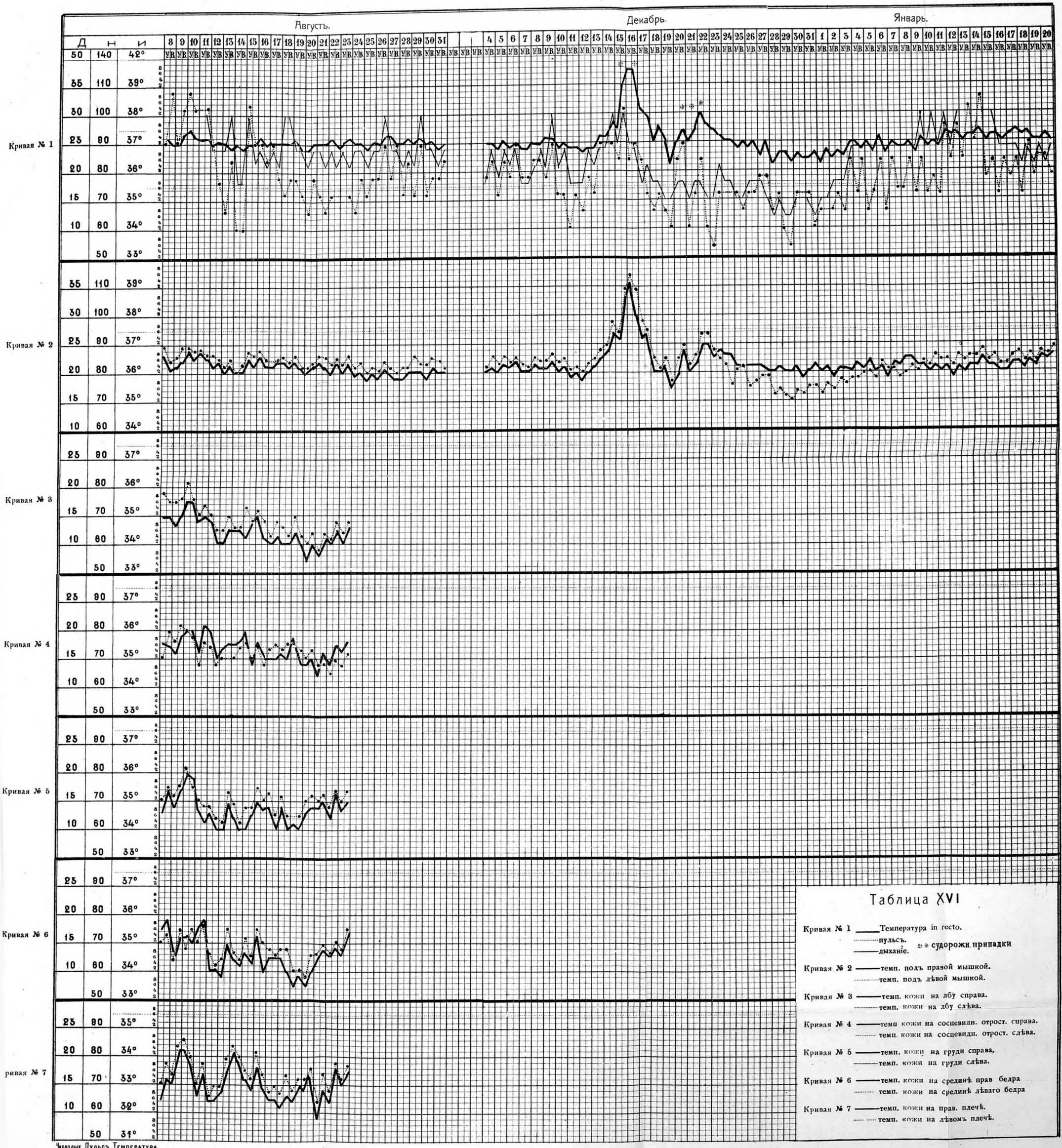


Таблица XVI

- Кривая № 1 — температура in recto.
 пульс.
 — дыхание. * = судорожи припадки
- Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
 темп. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. кожи на лбу справа.
 темп. кожи на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. кожи на сосцевидн. отрост. справа.
 темп. кожи на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. кожи на груди справа.
 темп. кожи на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. кожи на срединѣ прав. бедра
 темп. кожи на срединѣ лѣваго бедра
- Кривая № 7 — темп. кожи на прав. плечѣ.
 темп. кожи на лѣвомъ плечѣ.

Таблица XVII.

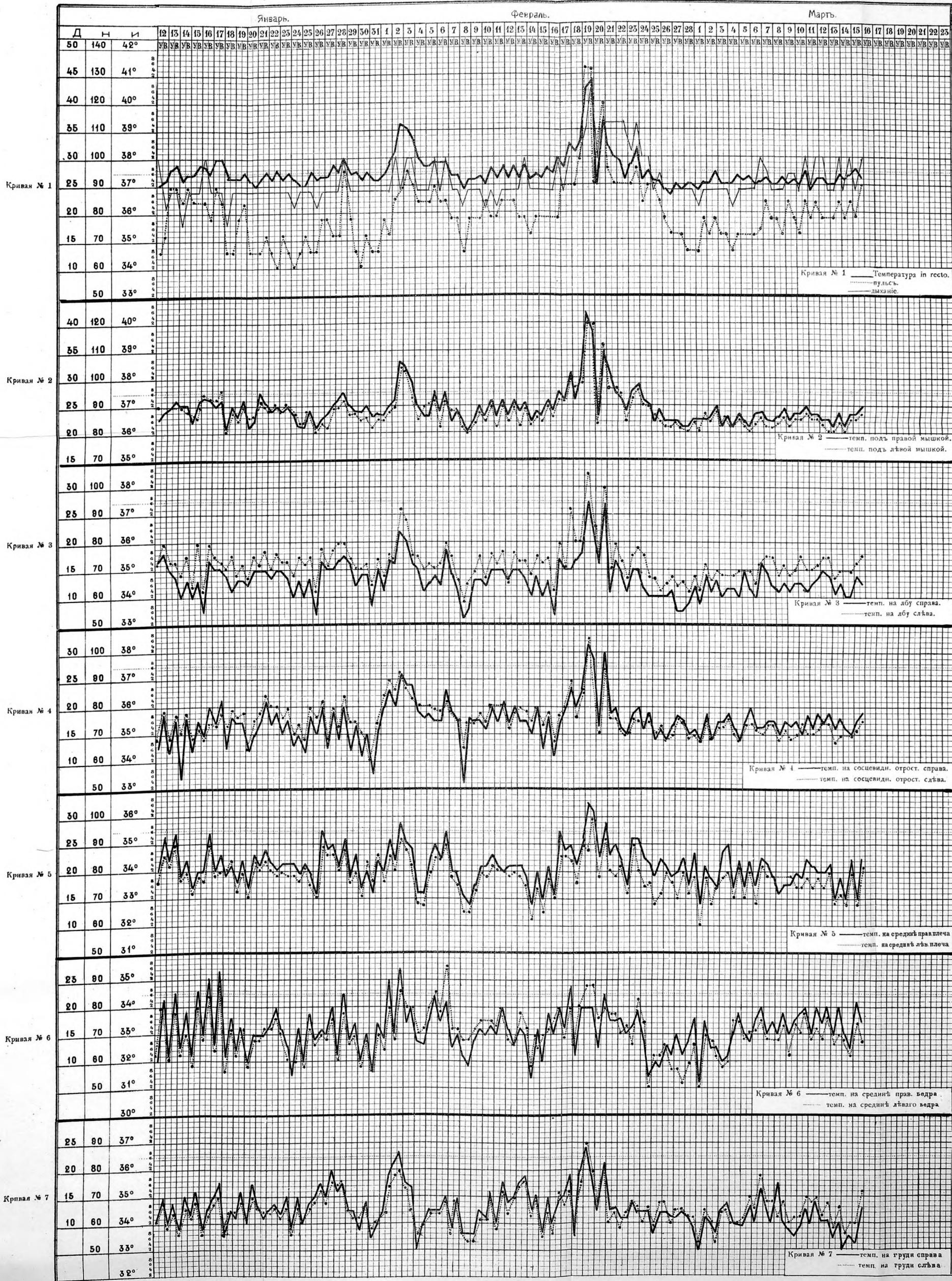


Таблица XVIII.

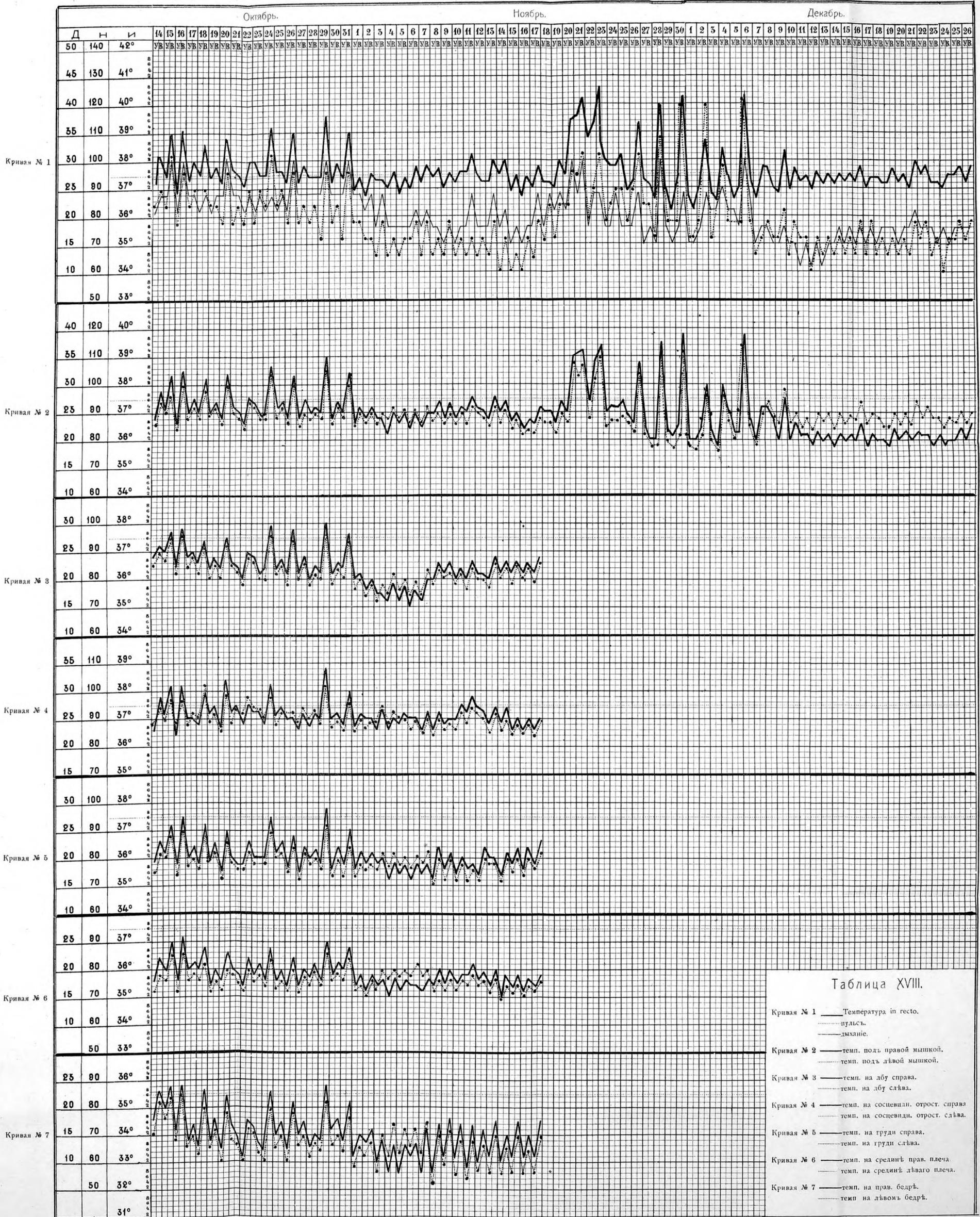


Таблица XVIII.

- Кривая № 1 — температура in recto.
- пульс.
- дыхание.
- Кривая № 2 — темпер. под правой мышкой.
- темпер. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темпер. на лбу справа.
- темпер. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темпер. на сосцевидн. отрост. справа
- темпер. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темпер. на груди справа.
- темпер. на груди слева.
- Кривая № 6 — темпер. на срединѣ прав. плеча.
- темпер. на срединѣ лѐвого плеча.
- Кривая № 7 — темпер. на прав. бедрѣ.
- темпер. на лѐвом бедрѣ.

Таблица XIX.

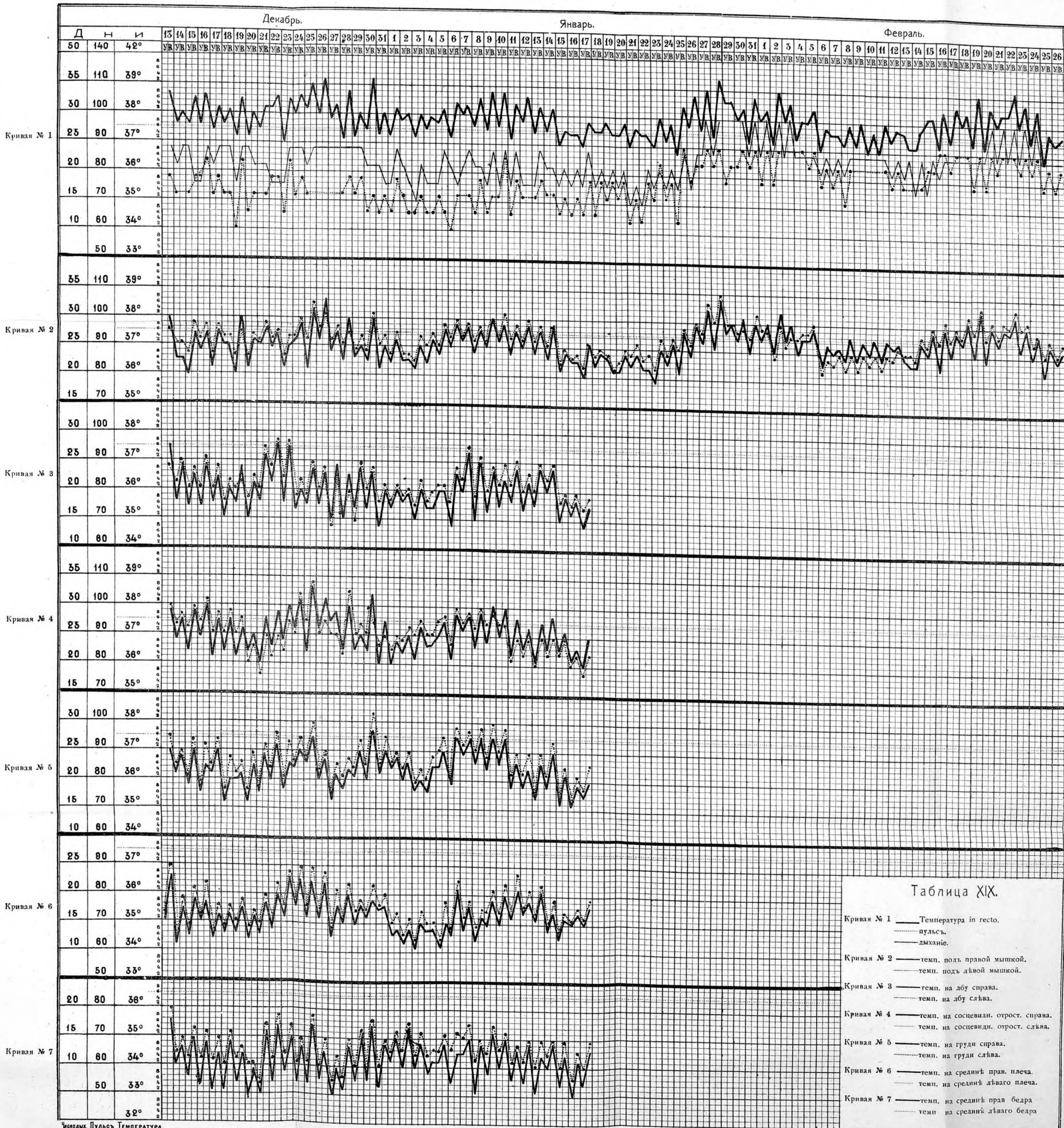


Таблица XIX.

- Кривая № 1 — Температура in recto.
..... пульс.
..... дыхание.
- Кривая № 2 — темп. под правой мышкой.
..... темп. под левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на срединѣ прав. бедра
..... темп. на срединѣ лѣваго бедра

Таблица XX.

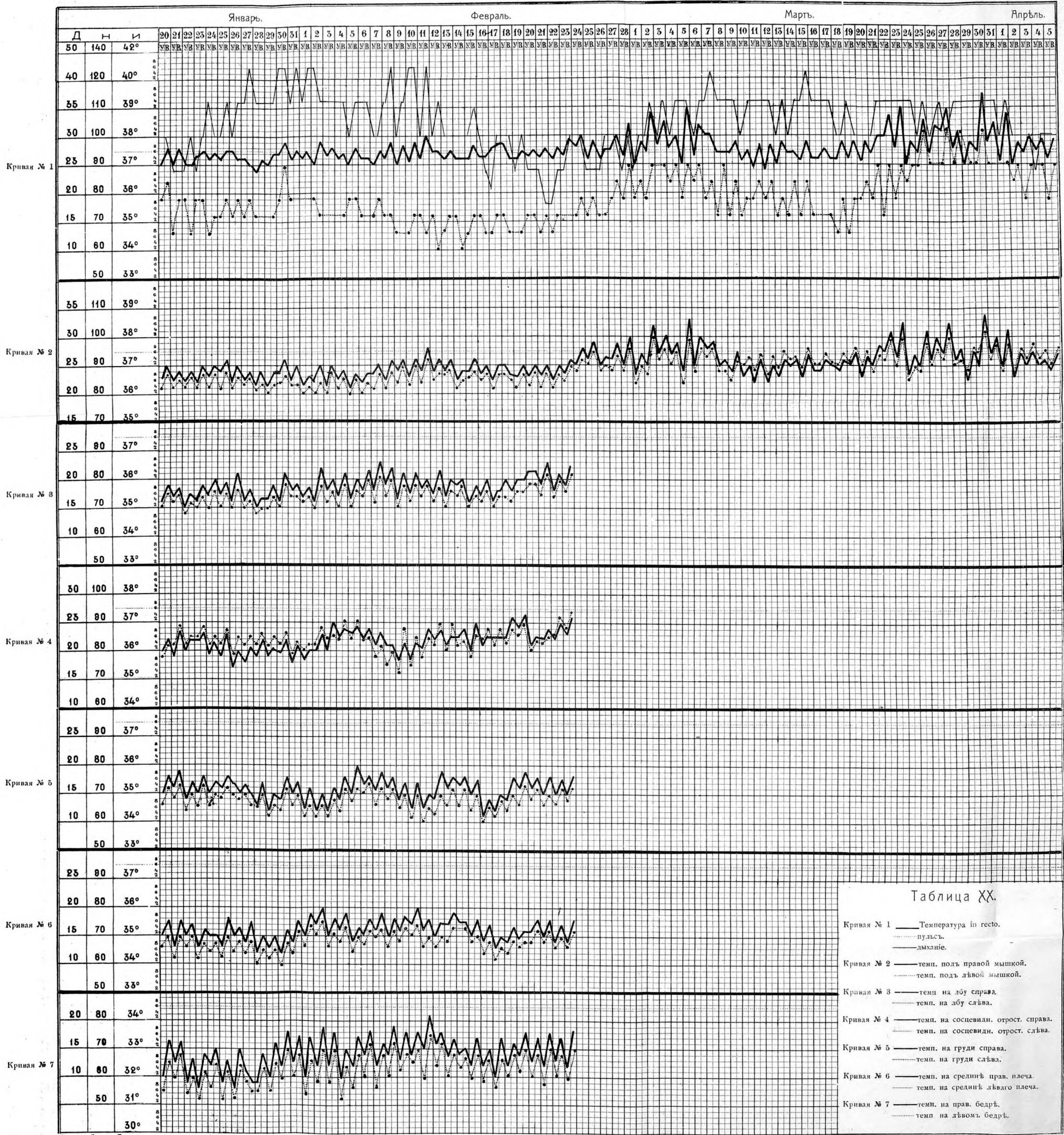


Таблица XX.

- Кривая № 1 — температура in recto.
..... пульс.
—— дыхание.
- Кривая № 2 — темп. подъ правой мышкой.
..... темп. подъ левой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слева.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слева.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слева.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
..... темп. на лѣвомъ бедрѣ.

Таблица XXI.

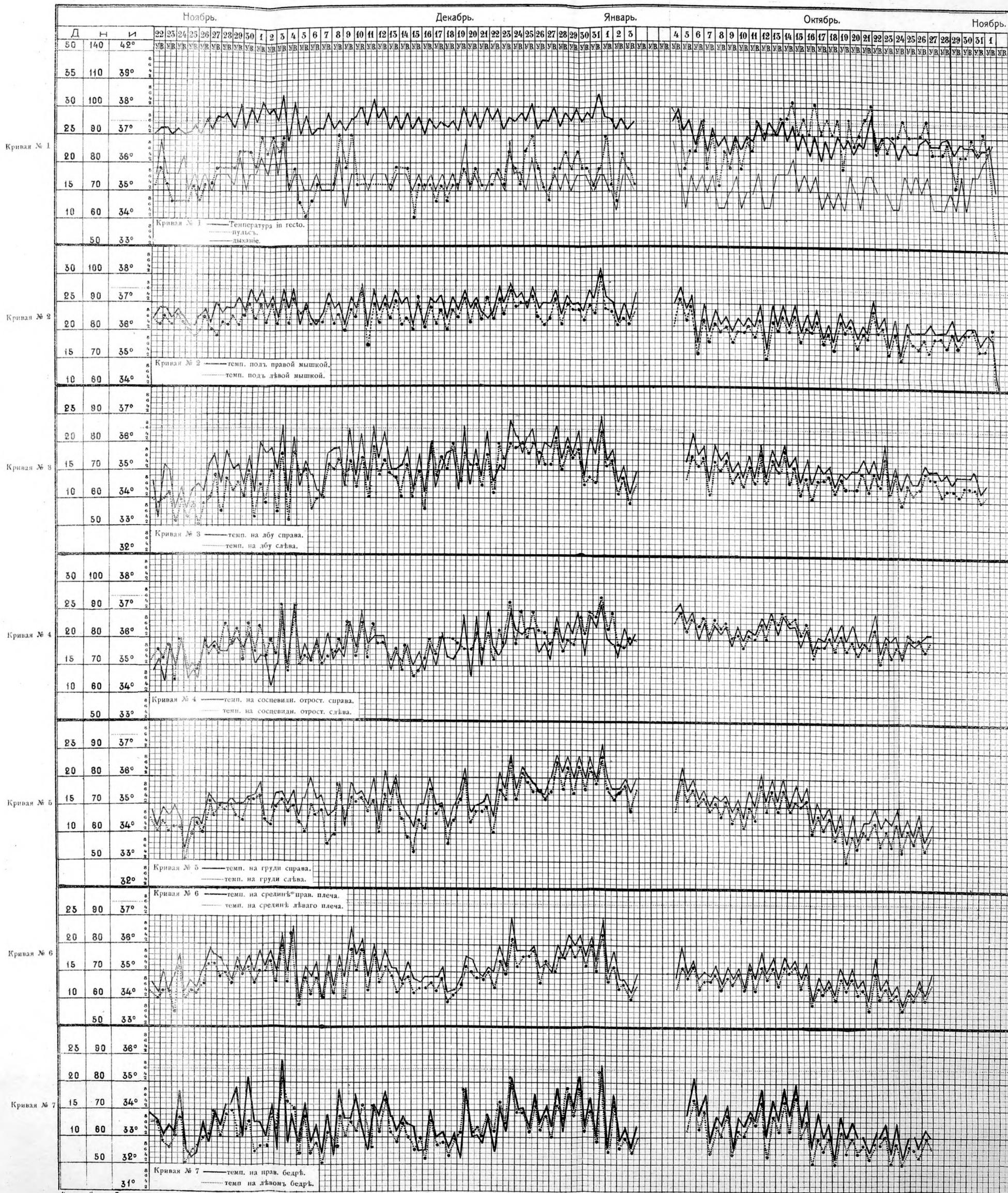


Таблица XXII.

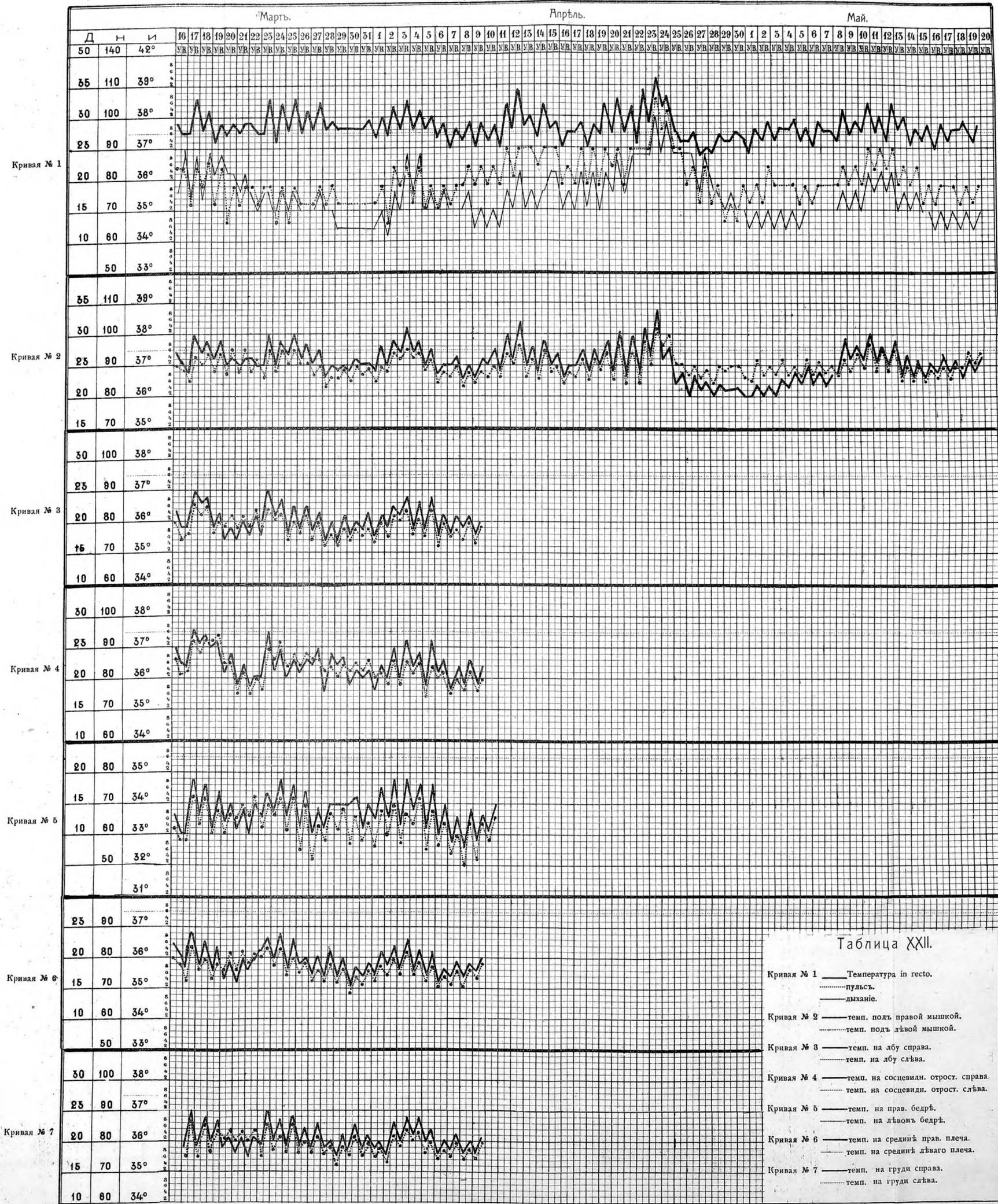


Таблица XXII.

- Кривая № 1 — Температура in recto.
..... пульсъ.
—— дыханіе.
- Кривая № 2 — темп. подъ правой мышкой.
..... темп. подъ лѣвой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слѣва.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слѣва.
- Кривая № 5 — темп. на прав. бедрѣ.
..... темп. на лѣвомъ бедрѣ.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лѣваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слѣва.

Таблица XXIV.

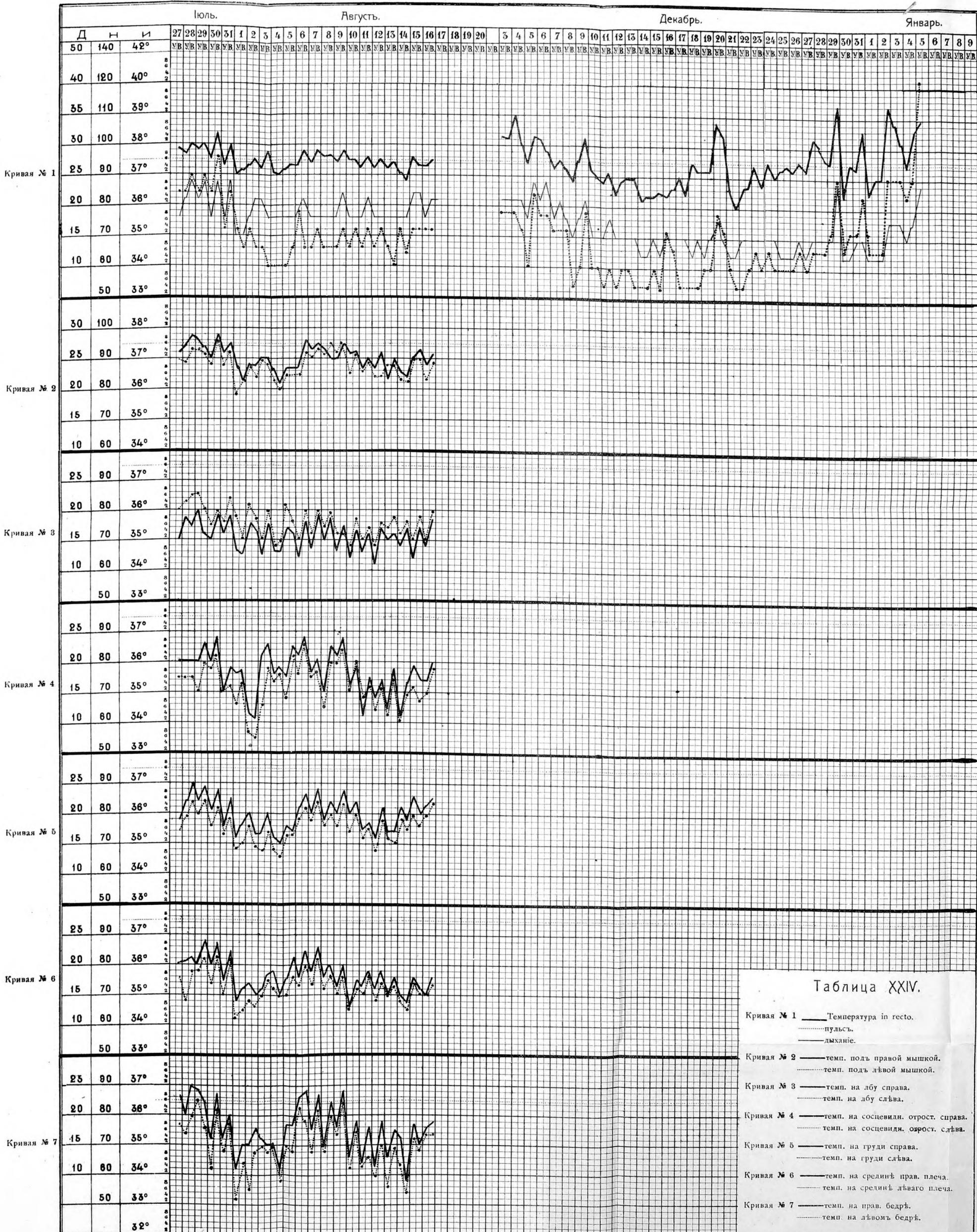


Таблица XXIV.

- Кривая № 1 — Температура in recto.
..... пульс.
-.-.-.-.- дыхание.
- Кривая № 2 — темп. подь правой мышкой.
..... темп. подь лъвой мышкой.
- Кривая № 3 — темп. на лбу справа.
..... темп. на лбу слъва.
- Кривая № 4 — темп. на сосцевидн. отрост. справа.
..... темп. на сосцевидн. отрост. слъва.
- Кривая № 5 — темп. на груди справа.
..... темп. на груди слъва.
- Кривая № 6 — темп. на срединѣ прав. плеча.
..... темп. на срединѣ лъваго плеча.
- Кривая № 7 — темп. на прав. бедрѣ.
..... темп. на лъвомъ бедрѣ.

Таблица XXV

