

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Миславскаго и
(С.-Петербургъ), (Одесса), (Казань)

проф. В. П. Осипова.
(Казань).

Томъ XVI, вып. 3.-4

СОДЕРЖАНІЕ:

Оригинальныя статьи:

Н. К. Ивановъ. Къ казуистикѣ навязчивыхъ стремленій и половыхъ извращеній. (Судебно-психіатрическій случай).

І. Ѳ. Пожарискій. О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ внутри-орбитальной части зрительнаго нерва послѣ однократной травмы. (Къ вопросу о де- и регенерации нервовъ)

І. А. Веселитскій. Раненіе сап-дае еврѣнае острымъ рѣзающимъ орудіемъ въ верхней ея части.

А. В. Саворскій. Значеніе нервной системы въ жизни организма въ связи съ строеніемъ ея.

А. С. Шоломовичъ. Непхозъ, какъ послѣдствіе травмы.

Л. Л. Фофановъ. Къ физиологій п. depressoris. (Отношеніе н. депрессора къ сосудо-двигательнымъ центрамъ).

Рефераты.

Хроника и смѣсь.

Дѣтоиисъ Ѳ-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическаго Вѣстника.

К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета

1 9 0 9

пер 692.4

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

Н. К. Ивановъ. Къ казуистикѣ навязчивыхъ стремленій и половыхъ извращеній. (Судебно-психіатрическій случай).	461.
І. Ѳ. Пожарискій. О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ внутри-орбитальной части зрительнаго нерва послѣ однократной травмы. (Къ вопросу о де-к регенераціи нервовъ)	483.
І. А. Веселитскій. Пораженіе сапдае equinae острымъ рѣзущимъ орудіемъ въ верхней ея части	511.
А. В. Ѳаворскій. Значеніе нервной системы въ жизни организма въ связи съ строеніемъ ея	525.
А. С. Шоломовичъ. Вейхозъ, какъ послѣдствіе травмы	544.
Л. Л. Фофановъ. Отношеніе п. depressoris. (Отношеніе п. депрессора къ сосудодвигательнымъ центрамъ)	558.

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія. Dr. D. Buck. Макро и микроскопическая анатомія эпилепсін. 608.—Dr. Anglade et Jackson. Кардио-васкулярная форма эпилепсін. 608.—Нервные болѣзни. Dr. J. Kowbinowitch. Дермографизмъ у эпилептиковъ. 609.—Dr. Negro. Значекъ эпилептиковъ. 609.—Dr. Braitz. Къ этиологіи эпилепсін. 609.—Dr. Perugia. Объ эпилептической ауры. 610.—Dr. Parhon et Urèche. Вліяніе эпохи менструацій на частоту эпилепсін. 610.—Dr. John. Turner. Тромботическое происхожденіе припадка. 611.—Dr. Donath. Объ истерической амнезін въ связи съ ретроградной амнезіей. 611.—Dr. Ch de Montet und dr. W. Skop. Myasthenia gravis und Muskelatrophie. 612.—А. Дылева. Мышечная сила при дрожательномъ параличѣ. 612.—Dr. Kurt Mendel. Травма въ этиологіи нервныхъ болѣзней. 612.—Jenő Kollarits. Кривая рвота при гастрическихъ кризахъ у табетиковъ. 614.—P. Conzen. Маточные кризы при табесѣ. 615.—Souques et H. Chéine. Сухотка спинного мозга съ мышечной атрофіей въ области, иннерви-

Изъ казуистикѣ навязчивыхъ стремленій и половыхъ извращеній.

(Судебно-психіатрическій случай)

Ординатора психіатрической лечебницы Самарскаго Губернскаго Земства.

Д-ра Н. Н. Иванова.

Казуистика половыхъ извращеній очень обширна и, если мы позволимъ себѣ сообщить наблюдаемый нами случай, то въ силу того интереса, который онъ имѣетъ съ судебно-психіатрической точки зрѣнія.

Послѣдніе годы, не только медицинская пресса, но и общая періодическая печать все чаще и чаще сообщаетъ о появляющихся въ различныхъ мѣстностяхъ Россіи таинственныхъ личностяхъ, обрѣзывающихъ на улицахъ косы у молодыхъ дѣвушекъ, о всевозможныхъ странныхъ подкалывателяхъ, но далеко не всѣ они помѣщаются въ наши психіатрическія заведенія, въ которыхъ только и мѣсто подобнымъ эксцентричнымъ личностямъ.

8-го февраля с. 1908-го г. въ психіатрическую лечебницу Самарскаго Губернскаго Земства въ Томашевомъ Колѣѣ поступилъ на испытаніе по постановленію Самарскаго Окружнаго Суда Самарскій мѣщанинъ М., обвиняемый въ братоубійствѣ.

¹⁾ Читано въ засѣданіи Общества врачей Самарской губ. 1-го ноября 1908 г.

Какъ было видно изъ данныхъ предварительнаго слѣдствія, самое убійство было совершено при слѣдующихъ обстоятельствахъ: было около шести часовъ утра; мать убійцы ушла на базаръ, самъ убійца, покойный его братъ А. и ихъ сестра П. оставались дома. За ушедшей матерью двери были заперты испытуемымъ. Братъ и сестра въ это время еще спали, при чемъ первый на полу въ кухнѣ, а сестра въ самой дальней комнатѣ черезъ корридоръ. Всѣ двери были затворены. Въ 6 часовъ 20 мин. утра черезъ досчатую стѣну кухни сосѣди К. и Х. услышали кокой-то глухой стонъ и затѣмъ крикъ: „караулъ“. Предварительно же они ни шума, ни возни совершенно не слышали, хотя и бодрствовали. Тогда оба свидѣтеля бросились къ дверямъ: одинъ къ парадной, другой къ черной, но обѣ двери оказались запертыми изнутри. Х. дернулъ за черномъ крыльцѣ въ звонокъ и вскорѣ, отперевъ дверь, вышелъ блѣдный М. и заявилъ, что его брата А. убили и онъ боролся съ убійцей. Руки у него были въ крови, а одна рука была ссажена. Вскорѣ онъ побѣждалъ за докторомъ. Убитый А. лежалъ на полу въ кухнѣ въ согнутомъ положеніи на лѣвомъ боку. У него на шеѣ, лицѣ и лѣвомъ плечѣ было найдено девять колото-рѣзанныхъ ранъ съ ровными краями, изъ нихъ шесть ранъ падали на область нижней челюсти и горла. Правая наружная сонная артерія была перерѣзана.

Какъ предварительное слѣдствіе, такъ и дѣлопроизводство Самарскаго Окружнаго Суда почти совершенно не выясняли мотивовъ преступленія и, если указывалось свидѣтелями, какъ предположеніе, что убійство совершено ради полученія наслѣдства, то предположеніе это само собою отпало послѣ выясненія наличности лишь чистаго долга, лежавшаго на семьѣ, благодаря дому, приносявшему плохой доходъ. Кромѣ того, указывалось лишь на дружескія отношенія, существовавшія между братьями, хотя самъ испытуемый предварительно и давалъ показанія діаметрально противоположнаго

характера, но впоследствии отрекся отъ нихъ. Семья и знакомые категорически утверждали наличность очень мирныхъ, чисто дружескихъ отношеній, съ давнихъ поръ существовавшихъ между братьями. Кроме того, слѣдуетъ отмѣтить показаніе одного изъ свидѣтелей г. К., который сообщилъ объ одномъ случаѣ нижеслѣдующаго содержанія, случаѣ, бывшемъ съ убійцей уже значительно позже совершенія убійства:

— „..... Въ воскресенье, 26-го ноября с. г. жена моя обнаружила у нашей дочери, дѣвочки Т. подозрительныя пятна на рубашкѣ и постели. При осмотрѣ у дѣвочки на половыхъ органахъ мы замѣтили опухоль, и оттуда шла кровь. На разспросы дѣвочка объяснила, что она была въ квартирѣ домохозяевъ М., мать и дочь ушли покупать перчатки, дома былъ одинъ хозяйскій сынъ М., который посадилъ ее на колѣна, растегнулъ штаны и пальцемъ ковырялъ у нея между ногъ, ей было очень больно, она кричала, но онъ ей зажалъ ротъ, а послѣ запретилъ говорить объ этомъ. Дѣвочка жаловалась на боль въ половыхъ органахъ. Дочь наша Т., 7-ми лѣтъ, часто ходила къ М-вымъ“.....

Убийство было совершено 13-го октября, а сознался М. въ убійствѣ лишь на вторичномъ допросѣ 28-го ноября, а до этого времени показывалъ, какъ въ убійцу, на совершенно непричастнаго къ этому дѣлу Г., пояснивъ слѣдователю, что „боялся сознаться въ убійствѣ, чтобы не огорчать мать“. Ко всему этому слѣдуетъ добавить, что М. лечился до убійства у самарскаго доктора По—ко, который показывалъ, что имъ „было констатировано у М. малокровіе и неврастенія; по словамъ самого пациента, онъ занимался онанизмомъ.

— „..... Послѣдствіемъ онанизма могло быть общее нервное расстройство и слабоуміе. Если же принять во вниманіе, кроме того, показаніе матери М., что у ея мужа былъ сифилисъ, то мы имѣемъ на лицо всѣ данныя (наслѣдственность и онанизмъ), благопріятствующія расстройству общаго питанія нервной системы вплоть до расстройства психической сферы“.

При освидѣтельствovanіи М. д-ромъ По—ко убійца держался возбужденно и говорилъ, что ему *„надо сходить на бойню выпить крови... онъ хотѣлъ собственноручно зарѣзать быка и вмѣсто этого зарѣзалъ человѣка“*....

Уже будучи въ больницѣ, испытуемый сообщилъ намъ, что *убилъ онъ брата только изъ желанія напиться человеческой крови*. Это послѣднее заявленіе и толкнуло насъ на мысль изслѣдовать и понаблюдать за испытуемымъ со стороны его половой жизни.

Теперь позволимъ себѣ познакомиться съ анамнестическими данными, добытыми нами, и данными нашего наблюденія.

М. 23 лѣтъ, мѣщанинъ г. Самары, православный, грамотный, холостъ. Отецъ больного умеръ 13 лѣтъ тому назадъ, 37 л., неизвѣстно отъ какой болѣзни, такъ какъ семья узнала о его смерти, происшедшей въ Казани, уже спустя одинъ годъ и два мѣсяца. Былъ сифилитикомъ и алкоголикомъ. Сифилисомъ заразилъ и жену, которой теперь 50 лѣтъ. Она женщина малоразвитая, неинтеллигентная. Одинъ изъ братьевъ М. умеръ семи лѣтъ, по словамъ доктора, „отъ дурной болѣзни“, другой братъ былъ рахитикомъ и горбатымъ, умеръ шести лѣтъ. Племянникъ матери страдалъ эпилепсіей. Тетка больного со стороны матери умерла отъ чахотки. Дѣдъ со стороны отца былъ дебиленъ. Живая сестра золотушва, золотушенъ былъ и убитый братъ А.. Роды М. прошли у матери благополучно, но послѣ нихъ она долгое время страдала маточными кровотечениями. Младенцемъ больной страдалъ судорогами (родимчивомъ). Въ дѣтствѣ перенесъ воспаление легкихъ, корь и дифтеритъ. Когда больному было лѣтъ 7—8, то однажды слабоумный дѣдъ ударилъ его по головѣ мѣдною кастрюлей, послѣ чего онъ долго былъ безъ сознанія. Въ дѣтствѣ вообще получалъ очень много побоевъ, былъ очень трусливымъ, пугливымъ и раздражительнымъ ребенкомъ. Въ возрастѣ десяти лѣтъ былъ постоянно грустнымъ и неподвижнымъ. Уже въ городскомъ училищѣ, гдѣ больной учился, какъ инспекторъ, такъ и мать начали замѣчать, что онъ часто бывалъ задумчивымъ, невнимательнымъ, порою по-

дозрительнымъ и недовѣрчивымъ. Въ это время его часто можно было видѣть плачущимъ безъ причины. Со слезами на глазахъ онъ молился Богу, постоянно посѣщалъ церковь и однажды былъ запертъ въ соборѣ, гдѣ его мать нашла спустя нѣсколько часовъ молящимся на колѣнахъ передъ иконою Спасителя. Уже въ это время онъ жаловался матери, что видитъ „видѣнія“ и слышитъ голоса „съ подлówki“. Будучи въ училищѣ, лѣчился отъ глухоты на одно ухо. Учился хотя и прилежно, но все ему давалось съ большимъ трудомъ, такъ какъ память была очень плоха. Онъ принужденъ былъ выйти изъ третьяго класса городского училища, не кончивъ его, такъ какъ, по словамъ матери, онъ сходилъ съ ума, и его возили для совѣта съ врачами въ Томашевъ Колокъ, но оставить побоялись и жалко его было. Семья и знакомые рѣшили, что въ него вселился діаволь и возили его въ Кіевъ къ мощамъ святыхъ, но *худыя мысли* не выходили у него изъ головы, и вотъ какъ самъ больной описываетъ свои „дурныя мысли“ (орфографія исправлена):— „Мысли раньше и теперь иногда лѣзли и лѣзутъ непрошенно въ голову. Мысли же суть таковы: стою, напримѣръ, въ церкви, смотрю на иконы, на изображенія какого-либо святого, вдругъ является ругательная мысль, даже неловко писать полностью, что святой этотъ большой подлецъ былъ когда-то, но раскаялся и дѣлами добрыми угодилъ Богу—мерзавецъ, чертова образина и подобная ругань. Взгляну на икону изображенія Богоматери съ младенцемъ, является мысль плюнуть,—что она была страшная блудница, взгляну на Спасителя, мысль говорить мнѣ, что онъ былъ только обманщикъ, я стараюсь молиться и сосредоточиться на чемъ-нибудь другомъ, чтобы эти мысли отошли отъ моей головы, а онѣ умножаются еще больше. Священникъ выйдетъ изъ алтаря со Святыми дарами, мысль говорить, что тамъ не причастіе, а человѣческій калъ..... онѣ (мысли) являются и сейчасъ..... однажды хотѣлъ броситься подъ поѣздъ, но свистокъ машиниста образумилъ меня..... Когда я учился въ городскомъ училищѣ, то ужасно былъ сомнителенъ, мнѣ казалось, что товарищи надо мной смѣются, что они у меня ѣдятъ булки, пачкаютъ книги. Даже инспекторъ смѣялся надо мною: „что М. тебѣ все черти чуются“. Люди мнѣ казались злыми, замышляющими злое противъ меня, мнѣ казалось, что меня собираются избить—отравить, даже

я иногда и матери не доверялъ, боялся ѣсть пироги. Являлись мысли убить или отравить мать, сестру, брата, квартирантовъ, поджечь домъ и скрыться, къ чему все это—и самъ не знаю. Исколотить всѣхъ домашнихъ безъ всякой причины..... Вдругъ среди веселья на меня нападаетъ тоска, непоятная..... сознаешь, что это глупо, не хорошо, и никакъ не можешь избавиться отъ чепухи, лѣзущей въ бабку. Напримѣръ, видѣлъ я валявшуюся соломенку, палочку; мнѣ казалось, если я ихъ не положу по другому, то со мною стрясется какая-либо бѣда. Товарищи смѣялись, что ты, М., какъ старуха, молитвы шепчешь. Являлись мысли выхватить у городского шашку и рубнуть его по головѣ, ударить покойника лежавшаго въ гробу“...

Цѣлый рядъ всевозможныхъ навязчивыхъ представленій передать и мать больного. Однажды у него наблюдалось неудержимое желаніе вышибить во время Великаго Выхода у священника чашу съ Дарами, но онъ поспѣшно покинулъ церковь, а въ оградѣ его тянуло снова пойти и вышибить. Каждый человѣкъ, каждый больной изъ окружающихъ, который пристально на него смотритъ, возбуждаетъ въ немъ боязнь. Онъ боится ихъ, ихъ взгляда, *чужого взгляда*, и иногда, смотрящій на него человѣкъ „въ его мысляхъ“ становится даже его врагомъ, замышляющимъ противъ него что-либо не доброе, замышляющимъ противъ него что-либо не доброе, замышляющимъ въ немъ только „неладное“. Чужіе пристальные взгляды его разстраиваютъ на сутки и болѣе: пульсъ у больного быстро повышается, онъ начинаетъ жаловаться на болѣе сильное „мозженіе“ позвоночника и на бѣганіе мурашекъ.

Больной съ 10-ти лѣтъ началъ онанировать и ованировалъ приблизительно до 18—19 лѣтъ, когда первый разъ имѣлъ *нормальный coitus*, но ни въ первый разъ, ни въ послѣдующіе онъ никогда не получалъ того полного удовлетворенія отъ сношенія съ женщиной, какъ отъ онанированія. Часто ему *coitus* не удавался. До 19-ти лѣтъ большую часть своего времени онъ проводилъ въ играхъ съ мальчиками, но никогда не съ дѣвочками, которыхъ по словамъ матери, онъ постоянно билъ и гналъ отъ себя. Однажды, гуляя въ общественномъ саду онъ встрѣтилъ мальчика лѣтъ 13-ти и „встрескался въ него, какъ дѣвченка, но трудно было не полюбить, пишетъ онъ, такого красавца; стройный ростомъ, бѣлый, какъ

снѣгъ, голубые глаза (я имѣю слабость къ голубымъ глазамъ), пунцевый ротъ, веселый взглядъ невольно тянули къ нему. Т. я до сихъ поръ помню и вспоминаю. Когда я познакомился съ нимъ, то онъ являлся мнѣ во снѣ каждую ночь; влюбивъ, какъ красная дѣвушка, смѣшно, а я былъ между тѣмъ доволенъ и счастливъ, что знаю такого мальчика; являлись мысли цѣловать его, его губы, глаза, носить, волосы и если хоть разъ цѣловалъ его въ щеку, то цѣлый день ходилъ въ какомъ-то радостномъ настроеніи, какъ будто слѣлалъ что-то великое. Мать говоритъ, что сынъ одно время, гдѣ-то доставъ фотографическую карточку Т., постоянно носилъ ее при себѣ и цѣловалъ; а теперь „какъ на душѣ становится плохо, вспоминаю его и на душѣ становится веселѣе“—говоритъ онъ. Иногда при цѣлованіи Т. у больного наступала erectio.

Во время пребыванія больного въ лечебницѣ было замѣчено, что онъ постоянно стремился посидѣть съ сыномъ помощницы надзирательницы, такъ какъ, по его словамъ, ему доставляла огромное удовольствіе близость этого мальчика, и бесѣда съ нимъ была особенно для него желательна.

Онъ всегда любилъ, по словамъ матери, *больше мальчиковъ, нежели дѣвочекъ*.

На семнадцатомъ или восемнадцатомъ году больной, по его словамъ, началъ замѣчать, что иногда онъ уже не получаетъ отъ онанированія того „сладкаго чувства“, какъ ранѣе—первые годы, и вскорѣ послѣ этого у него появляется нѣчто новое. Это новое—неотступная мысль о глотаніи своего собственнаго сѣмени и, хотя до исполненія этой мысли онъ не доходилъ, но сама мысль о глотаніи вызывала полную erectio и послѣдовательно ejaculatio, видъ же сѣмени, размазаннаго на рукѣ, повторно вызывалъ „пріятное чувство“, снова появлялась мысль о глотаніи, и въ періоды сильнаго полового возбужденія отъ одного вида семени происходила нѣсколько разъ повторная эрекція.

Въ это время М. сильно истощился, и у него развилось малокровіе, отъ котораго онъ началъ лѣчиться у докторовъ. Въ это же время знакомыя женщины видя его сильную болѣзненность, посоветовали ему пить кровь. Вскорѣ, думая постоянно о поправленіи своего здоровья, онъ настолько сживается съ мыслью о лѣченіи себя кровью, что эта мысль не

покидаетъ его, не даетъ ему покоя, и онъ рѣшается пойти на бойню. Объ этомъ больной рассказываетъ слѣдующимъ образомъ:

— *Началъ ходить на бойню.* Первое время мнѣ дѣйствительно было тошно пить изъ стакана, который я всегда носилъ съ собою, но потомъ такъ впился и вошелъ во вкусъ, что, бывало, не дожدهшься утра, когда усталый отъ долгой ходьбы за городъ, я, какъ пьяница на похмѣлье, бросаюся къ стакану крови. Дошелъ я такимъ манеромъ до того, что, бывало, рабочіе бойни дивились, какъ я *могу пить такъ много крови*. Станешь, бывало, около мѣста, гдѣ рѣжутъ скотъ и смотришь внимательно, какъ арканомъ притянуть жалобно-мычащую корову къ желобу, какъ со скрипящимъ звукомъ блестящій ножъ со всего размаху дернетъ и какъ вдругъ быстро фонтаномъ брызнетъ кровь, но тутъ уже бросаешься со стаканомъ къ широко-зіяющей ранѣ и со смакомъ выпиваешь горячей крови!

Такимъ образомъ М. ходитъ довольно продолжительное время на бойню, утѣшая себя мыслью, что все, дѣлаемое имъ, очень полезно для поправленія здоровья. Мученіе животнаго и видъ крови начинаютъ въ дальнѣйшемъ вызывать у него явленія оргазма. Однажды по какой-то причинѣ ему не удастся побывать на бойнѣ, и ему неожиданно, совершенно внезапно захотѣлось горячей крови. Появилась тоска. Онъ быстро вспоминаетъ о старомъ всѣми семейными любимомъ, котѣ, ловить его, сначала ласкаетъ его, затѣмъ усаживаетъ его на скамейку и совсей силою разсѣкаетъ ему пополамъ черепъ и пьетъ изъ стакана въ мѣстѣ съ попавшей туда шерстью горячую кровь и получаетъ полное половое удовлетвореніе. Тоска проходитъ, и онъ совершенно успокаивается. Вообще и въ дальнѣйшемъ, въ тѣ дни, въ которые ему не удавалось побывать на бойнѣ, онъ чувствовалъ безпокойство, какую-то непонятную тоску, которую замѣчаютъ и родные, и мать. Послѣдняя передаетъ, что она просила его не ходить на бойню, посылала его гулять; иногда онъ шелъ, а большею частью оставался дома и ходилъ задумчивымъ. По словамъ матери, какъ кровь, такъ и воду и чай М. постоянно пилъ изъ одного и того же гравенаго стакана, который называлъ „аппетитнымъ“. Стаканъ этотъ отобранъ отъ него только лишь въ больницѣ. „Въ одинъ изъ тоскливыхъ

вечеровъ, рассказываетъ онъ, отправился я пройтись въ Струковский садъ. Пришелъ и сѣлъ на скамейку. На сердцѣ было северно и тоскливо. Рядомъ со мною садится какой-то господинъ. Посмотрѣлъ я на него,—и со мною произошло что-то неладное, когда я увидѣлъ на его шеѣ красный галстухъ. Мнѣ неудержимо захотѣлось перехватить ему горло ножомъ и напиться человѣческой крови. Я былъ твердо убѣжденъ, что какъ только мои губы коснутся этой крови, тоска пройдетъ и я успокоюсь. Уже я шарилъ въ карманѣ перочинный ножъ, но неожиданно для себя, вмѣсто краснаго галстуха, увидѣлъ окровавленный свѣжій взрѣзь... Я испугался и побѣжалъ въ садовому фонтану и окунулъ голову въ холодную воду. Какъ пришелъ домой—не помню, но съ этого дня до самаго несчастнаго случая съ братомъ я жилъ, какъ во снѣ. Было ясно одно желаніе, прямо похоть—напиться человѣческой крови. И затѣмъ все во мнѣ разжигало это желаніе, напр., чья-либо длинная шея, у кого очень сильныя жилы на ней, открытый воротъ рубахи. А тутъ, какъ нарочно, остался съ братомъ вдвоемъ, онъ спалъ, надо же ему,—къ этому ужъ видно шло, лечь навзничъ. Господи! не случись этого, можетъ быть, онъ и живъ остался бы. Но тутъ его кадыкъ, равномѣрно двигавшійся у него спящаго, приковывалъ мой взглядъ, я отворачивался сначала, закрывалъ глаза, все напрасно, не глаза, такъ уши слушали урчащій звукъ гортани. Я выбѣжалъ изъ комнаты, но меня снова тянуло.. Правда, помню это смутно. Затѣмъ второй разъ вошелъ, схватилъ кинжалъ, зарѣзалъ его и напился его крови. Какъ убивалъ—не помню. Другіе мнѣ и о крови на губахъ моихъ говорили. *Напился человѣческой крови! да, тяжело*“.

Установить точно наличность въ данномъ моментѣ эрѣкціи и послѣдовательно ejaculationis намъ не удалось, т. е. самъ М. не ясно помнить объ этомъ, хотя и добавляетъ, что „должно было было“.

29/п. Вести себя въ отдѣленіи очень покойно. Жалуется на боли въ позвоночникѣ, боли тупыя. Говорить, что „худыхъ мыслей“ стало меньше, благодаря получаемому лѣченію.

5/ш. При физическомъ изслѣдованіи найдено: тѣлосложенія удовлетворительнаго, питанія хорошаго. Подъ правой ключицей небольшое притупленіе перкуторнаго звука. Въ области сердца найдены анемичные шумы, изрѣдка перебои.

Пульсъ неровный, 88—104 въ минуту. Рефлексы съ patella повышены равномернo, тоже съ biceps'a. Остальные отклоненій отъ нормы не представляютъ. Зрачки на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ живо и правильно. Въ области всѣхъ видовъ чувствительности отклоненій не найдено.

Жалуется на плохой сонъ и частыя сновидѣнія, волнующія его. Во снѣ повторно видѣлъ бойню. Последній сонъ, повидимому, доставилъ удовольствіе. Когда видитъ хотя бы маленькую ранку, изъ которой идетъ кровь, возбуждается и тотчасъ же появляется мысль о бойнѣ, и это доставляетъ ему удовольствіе. Всегда, когда появляется желаніе пить кровь, пьетъ холодную воду и какъ бы немного успокаивается.

11/ш. Жалуется на массу сновъ, мучающихъ его. Переведенъ въ слабое отдѣленіе, въ отдѣльную комнату, изъ общей арестантской палаты спокойнаго отдѣленія по той причинѣ, что съ двумя испытуемыми арестантами, И. и Б., сговорился повторить въ больницѣ капканскую исторію (т. е., убить директора, ординатора и пом. надзирателя). Послѣ открытія заговора арестантомъ С. заявляетъ, что собственно онъ лично ни на кого изъ администраціи больницы зла не имѣетъ, а если и принималъ участіе, то только потому, что „думалось объ убійствѣ хорошо“ и „очень тянуло мыслями къ этому“. Въ данное время выражаетъ удовольствіе по поводу перевода.

13/ш. Жалуется на сильный шумъ въ ушахъ и настолько сильный, что онъ многого не слышитъ. Заявилъ, что, такъ какъ въ новой палатѣ нѣтъ рѣшетокъ, неудержимо ему хочется убѣжать, — такъ подсказываетъ собственная мысль, и онъ боится этого. Замѣчено дежурными, что онъ заискивающе ищетъ дружбы молодого солдата С. и говорить, что ему очень нравится шея С. и не менѣе воротничка ординатора.

21/ш. Произведено совмѣстно съ директоромъ больницы С. А. Бѣляковымъ антропометрическое изслѣдованіе по размѣрамъ Белькера, модифицированнымъ Муромъ²⁾.

Ростъ=2 арш. 6³/₈ верш. Объемъ груди=87,3 сант.
Вѣсъ=4 пуда 16¹/₄ ф.

²⁾ С. А. Бѣляковъ. Антропологическое изслѣдованіе убійцы. Арх. П. И. Бовалевскаго, томъ III-й.

Измѣреніе головы.

1.	Curvatura horizontalis totalis	56.5 с.
2.	— auriculo iniaca	22 с.
3.	— auriculo-frontalis	31 с.
4.	— biauricularis transversa	36.5 с.
5.	— antero-postica iniaca	32 с.
6.	— auriculo-mentalis	31.4 с.

Изъ этихъ измѣреній мы видимъ, что четыре первыя криватуры по своимъ размѣрамъ, по *Бюлякову* ²⁾, падаютъ въ большемъ числѣ случаевъ именно на убійцъ.

(По циркулю).

1.	Продольный діаметръ отъ нижняго края gla- bella до emin. occ. extr.	18.5.
2.	Наибольшій поперечный діаметръ	14.5.
3.	Ширина между ушными отверстиями	13.
4.	— — скулов. отрост. лоб. кости	14.
5.	Разстояніе отъ ушныхъ отв. до ниж. кр. gla- bella	11.
6.	Наибольшій косой правый размѣръ	18.
7.	— — лѣвый —	17.5.
8.	Высота лба	6.5.
9.	Длина лица (отъ ниж. кр. glab. до подбор.)	13.5.
10.	Разстояніе между скуловыми костями	11.5.
11.	— — угламъ ниж. челюсти	11.

Показатель ширины черепа—78.37.—*Ortocephalia s. mesocephalia*.

Лицевой уголъ по гониометру Broca—78 *).

Изъ этихъ измѣреній мы также констатируемъ, что вышеприведенные діаметры: antero-posticus iniacus, transversus maximus, obliqui magni dext. et sinist., по тому же автору, въ большемъ процентѣ падаютъ на убійцъ.

Сила въ рукахъ по динамометру Mathieu:

Правая рука—90(34), лѣвая рука—70(26).

*) Помогавшему въ данномъ случаѣ своими наблюденіями за испытуемымъ д-ру А. П. Муморцеву приношу благодарность. Н. И.

Губы очень велики. Рѣдкая посадка зубовъ. Лѣвая глазная щель менѣе правой. Обѣ ушные мочки приращены. Твердое небо слишкомъ высоко, узко и ладьеобразно. Мышечный валикъ. Асимметрія лица.

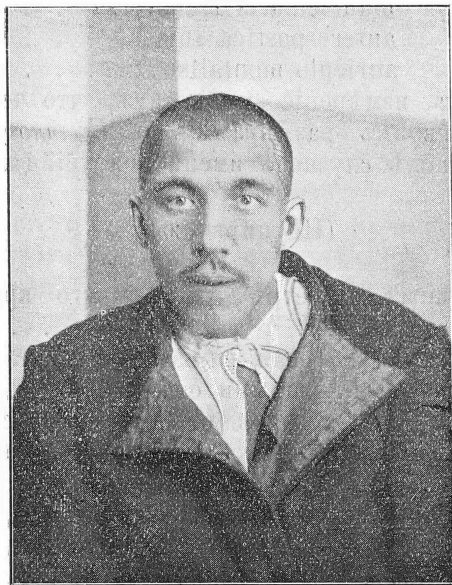


Рис. 1 **).

Въ то время, когда ординаторомъ дѣлалось измѣреніе груди и М—овъ былъ совершенно раздѣтъ, заявилъ, что любить осмотръ его голаго—„какъ-то пріятно“. Слегка возбужденъ. Пульсъ въ этотъ моментъ 115 въ минуту, неровный тремор во всемъ тѣлѣ, блѣдность.

Ко всему вышеизложенному позволимъ себѣ добавить, что больной вообще мало развитъ, дебиленъ, любить уноситься и въ настоящее время уносится въ мечтахъ далеко отъ окружающей его дѣйствительности; онъ приходитъ въ восхищеніе отъ прощальныхъ лучей солнца, когда они, напри-

**) Снимки произведены фелд-мъ М. И. Дальновымъ.

мѣръ, играютъ позолотой иконостаса. Эти лучи всегда наводятъ его на мысль о чемъ-то неясномъ, о какой-то новой жизни. Ему пріятны лѣса и дуга настолько же, насколько „и тихое, стройное церковное пѣніе“. Родные и знакомые называютъ его „блаженнымъ“.

22/III. Отправленъ по распоряженію Окружного Суда въ губернскую тюрьму.

26/VI. Вновь поступилъ изъ тюрьмы на основаніи 95 ст. Уголов. Судопроиз.

Больной сильно похудѣлъ. Видъ сильно истощенный. Очень циниченъ. Первые три мѣсяца проводитъ сильно возбужденнымъ. Будучи помѣщенъ въ отдѣльную палату спокойнаго отдѣленія, обнаружилъ безпокойство еще сильнѣе. Преслѣдуетъ мальчика П. (истерикъ), дѣлаетъ на него нападеніе, но въ то же время проситъ перевести П. въ иное отдѣленіе, такъ какъ иначе онъ отправитъ его „въ рай“.

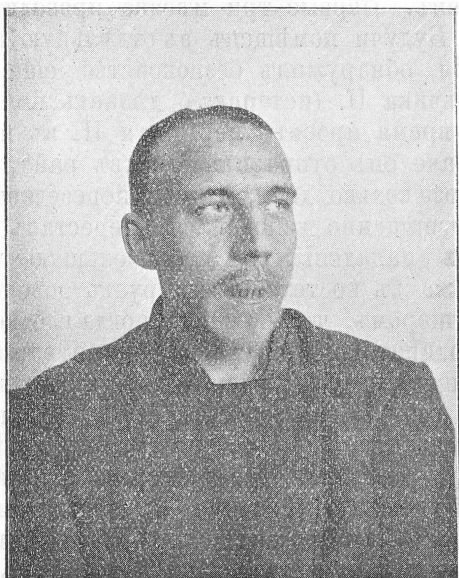
Спустя нѣсколько дней, будучи переведенъ въ сосѣднее отдѣленіе, совершенно успокоился, пересталъ обнаруживать склонность въ нападеніямъ. Уже большую часть времени проводитъ, лежа въ постели. Онавируетъ довольно часто. Сообщено фельдшеромъ, что больной иногда глотаетъ сѣмя. При опросѣ его ординаторомъ по поводу новой варіаціи, цинично и грубо подтверждаетъ. При демонстраціи больного ученикамъ и ученицамъ земской фельдшерской школы, подробнѣйшимъ образомъ рассказываетъ о своемъ преступленіи, при этомъ держится очень развязно. При разсказѣ о моментѣ убійства брата говорить весело, смѣется и, повидимому, въ данное время совершенно его не жалѣетъ, обнаруживая вообще паденіе нравственнаго чувства. При повторныхъ посѣщеніяхъ его тѣми же лицами бравируетъ наслажденіями, которыя онъ испытывалъ на бойнѣ при колкѣ телятъ и коровъ. На вопросы, какая кровь вкуснѣе: человѣческая или же животныхъ, отвѣчаетъ, что самая вкусная безусловно телячья.

Въ послѣднихъ числахъ августа у больного было замѣчено выдергиваніе волосъ изъ головы. Выдергивалъ онъ по одному волоску и шель такимъ образомъ ото лба. Мѣсто выдергиванія см. на прилагаемыхъ снимкахъ 2 и 3. Выдергиваніе это продолжалось нѣсколько дней. Зуда не наблюдалось. По словамъ больного, онъ выдергивалъ „такъ себѣ, да волосы и сами лѣзли“. Слѣдуетъ отмѣтить при этомъ одно важное

обстоятельство: въ періодъ выдергиванія волосъ больной былъ очень спокоенъ и ничѣмъ не выражалъ какого-либо волненія.

Разбирая данный въ высшей степени интересный случай, мы прежде всего должны остановиться на той глубокой дегенераци, каковую мы находимъ у нашего больного. Дегенеративные симптомы выражены очень рѣзко. Не говоря уже о

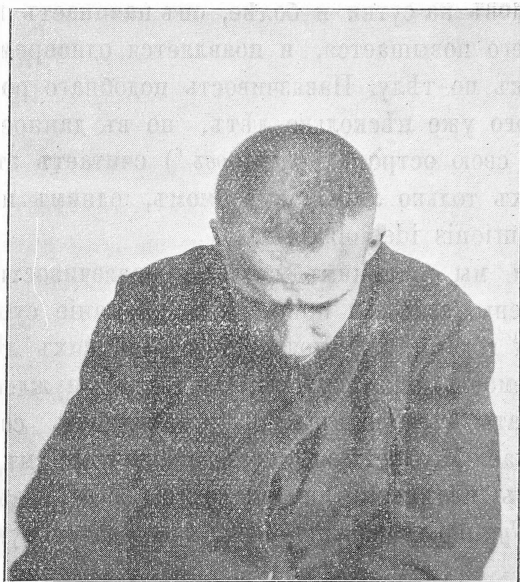
Рис. 2.



физическихъ признакахъ вырожденія, мы нашли общую психическую слабость и недоразвитость, которая намъ станетъ понятной, если мы припомнимъ тѣ авампестическія данныя, которыя добыты нами. Только подобная тяжелая наследственность со стороны отца алкоголика, такъ и со стороны матери, въ семьѣ которой отмѣченъ даже и эпилептикъ, и могла дать подобнаго неустойчиваго субъекта, который живетъ только

своимъ узкимъ кругомъ идей, совершенно игнорируя, по необходимости, широкое міровоззрѣніе. Въ 23-года онъ исключительно занятъ своею половую жизнью и восхищеніемъ красотами природа; мы видимъ у М. паденіе нравственнаго чувства, онъ, вѣдь, не стѣсняется говорить о своихъ извращеніяхъ о своей патологической половой жизни. У насъ не воз-

Рис. 3.



никаетъ сомнѣнія въ томъ, что имѣющаяся у больного тяжелая наслѣдственность играла доминирующую роль въ проявленіи какъ навязчивостей, такъ и половыхъ извращеній испытуемаго.

Далѣе и прежде всего мы должны отмѣтить цѣлый рядъ навязчивыхъ мыслей и поступковъ, появляющихся въ дѣтскомъ возрастѣ больного и затѣмъ постепенно варьирующихъ, и среди нихъ позволимъ себѣ остановиться на боязни чужого

взгляда, которая проявлялась въ данномъ случаѣ довольно рѣзко.

Какъ *В. М. Бехтеревъ* ³⁾, *Hartenberg* ⁴⁾, такъ и *Жуковский* ⁵⁾, описавшіе подобную боязнь, отмѣчали, что больной подъ вліяніемъ чужого взгляда начиналъ волноваться, и въ тоже время у него появлялась мысль, что смотрящій на него видитъ что-то неладное въ его глазахъ. То же самое мы находимъ и у нашего больного. Онъ разстраивался послѣ чужихъ взглядовъ на сутки и болѣе, онъ начинаетъ нервничать, пульсъ у него повышается, и появляется одновременно бѣганіе мурашекъ по тѣлу. Навязчивость подобнаго рода держится у больного уже нѣсколько лѣтъ, но въ данное время потеряла уже свою остроту. *Сухановъ* ⁶⁾ считаетъ этотъ навязчивый страхъ только лишь симптомомъ, однимъ изъ признаковъ *constitutionis ideo-obsessivae*.

И если мы вспомнимъ всѣ тѣ навязчивости, которыя нами отмѣчены, если мы примемъ во вниманіе существованіе ихъ цѣлыми годами, ихъ появленіе съ дѣтскихъ лѣтъ, порою ихъ смѣняемость одна другую, то мы принуждены будемъ констатировать въ нашемъ случаѣ наличность *constitutionis ideo-obsessivae*. М. даетъ оцѣнку своимъ обсессіямъ, онъ самъ ихъ считаетъ нелѣпыми, но въ душѣ своей хранитъ, какъ замѣчаетъ *Сухановъ*, можетъ-быть, безсознательную вѣру въ

³⁾ *Бехтеревъ*. Непереносимость или боязнь чужого взгляда. *Обзор. Псих.* 1900 г. Стр. 491.

Онъ-же. Боязнь чужого взгляда. *Русскій Врачъ*, 1905 г. № 3.

⁴⁾ *Hartenberg*. Боязнь взгляда. Цит. по *Arch. de Neurologie* 1904 г. Septembre.

⁵⁾ *Жуковский М. Н.* Навязчивая идея о coitus'ѣ, соединенная съ боязнью чужого взгляда. *Обзор Псих.* 1906 г. стр. 250.

⁶⁾ *Сухановъ*. Боязнь чужого взгляда. *Прак. Вр.* 1905 г. №№ 23 и 24.

Онъ-же. Семіотика и діагностика душевныхъ болѣзней, ч. II, стр. 118.

реальность своихъ навязчивыхъ опасеній и страховъ. Онъ (М.) говоритъ, что его иногда дома беспокоила какая-либо зря лежащая тряпка, онъ старался ее убрать, чувствовалъ тогда облегченіе и думалъ, что „если онъ всегда будетъ такъ поступать, то и страхи, и худыя мысли исчезнутъ, пропадутъ“.

Переходя къ тѣмъ половымъ отклоненіямъ отъ нормы, которыя нами описаны выше, мы находимъ слѣдующія аномаліи:

Во-первыхъ, *онанизмъ*, которымъ большой началъ заниматься съ 10-лѣтняго возраста, но этотъ онанизмъ у него всегда былъ одиночнымъ—ручнымъ, но въ то же время онъ никогда не стоялъ строго обособленнымъ. Кромѣ того, большой послѣ нѣкотораго перерыва, послѣ нѣсколькихъ лѣтъ снова предается ему, но уже не довольствуется, такъ сказать, только примитивнымъ способомъ, но присоединяетъ къ нему нѣчто новое.

Видъ сѣмени размазаннаго на рукѣ, вызываетъ у него повторную эрекцію, хотя далеко не всегда, и такимъ образомъ у него появляется новая аномалія, такъ сказать, 2) *умственный autosexualismus*, но держится онъ въ такомъ видѣ не долгое время и смѣняется глотаніемъ сѣмени. Подобную аномалію въ доступной намъ литературѣ мы нашли описанной д-ромъ И. И. Ивановымъ¹⁾, но въ его случаѣ видъ сѣмени и глотаніе его не вызывали повторнаго оргазма, а удовлетвореніе кончалось истеченіемъ сѣмени въ полость рта. Нашъ больной пошелъ значительно далѣе.

Въ третьихъ, мы отмѣтимъ *hermaphrodisiam psychicam*—большой имѣлъ нормальныя половыя сношенія, но любовь

¹⁾ И. И. Ивановъ. Къ вопросу о половомъ извращеніи. Обоз. псих. 1903 г. стр. 737.

въ своему полу и предпочтеніе его въ это время не исчезали, а оставались строго фиксированными.

Въ четвертыхъ, явленія *фетишизма отъ смыслъ Vinet*. Его возбуждаетъ кровь, красный цвѣтъ, красный галстукъ, онъ ходитъ на бойню. Посѣщеніе бойни половыми психопатами описано многими авторами, въ томъ числѣ *Розенбахомъ* ⁸⁾, но въ данномъ случаѣ нужно отмѣтить, что первоначальное посѣщеніе бойни М. связывалъ лишь только съ желаніемъ пить кровь и уже въ дальнѣйшемъ самый видъ крови начинаетъ производить на него болѣе сильное впечатлѣніе, а затѣмъ и половое возбужденіе. Видъ крови, текущей изъ пальца больного—сосѣда, приводитъ его въ экстазъ, онъ волнуется, краснѣетъ и для него, какъ и для больной д-ра *Пескова* ⁹⁾, „видѣть кровь—страсть!“ Проф. *Н. И. Ковалевскій* ¹⁰⁾ приводитъ случай, подобный нашему: „28-лѣтній Лескаръ завлекъ 15-лѣтнюю дѣвушку въ лѣсную чащу, гдѣ задушилъ ее и напился ея крови. На вопросъ слѣдователя по поводу послѣдняго обстоятельства онъ отвѣчалъ: мнѣ хотѣлось пить“.

Но затѣмъ, постепенно, чѣмъ чаще больной посѣщалъ бойню, тѣмъ и желаніе видѣть и пить горячую кровь усиливалось и уже видъ мучающихся коровъ и телятъ, ихъ сраданія приводятъ его въ половое восхищеніе, и наступаютъ явленія *сидизма*.

Кромѣ только что перечисленнаго, мы отмѣчаемъ у нашего больного *зачатки эксгибиціонизма*, въ которомъ мы относимъ то удовольствіе, то половое удовлетвореніе, которое получаетъ М. въ моментъ осмотра его, голаго, мужчиной.

⁸⁾ *Розенбахъ*. Къ казуистикѣ полового извращенія. Обзор. псих. 1897 г. № 9.

⁹⁾ *Песковъ*. Случай половой маніи во время мѣсячныхъ и женскаго сидизма. Цит. по реф. Обзор. псих. 1898 г. стр. 452.

¹⁰⁾ Проф. *Н. И. Ковалевскій*. Половое безсиліе и др. под. извр.

Это не будет эксгибиционизмомъ въ прямомъ и полномъ смыслѣ слова, но мы полагаемъ, что явленія, подобныя описанному, должны быть отнесены именно въ эту группу половыхъ аномалій. Такимъ образомъ, если больной былъ неодѣтымъ и на него смотрѣлъ мужчина, то вышеописанная боязнь чужого взгляда уже не возникала, а если и возникала, то немедленно уступала свое мѣсто болѣе сильному чувству, повышенному половому, больной совершенно ее не замѣчалъ и всецѣло предавался охватившей его страсти. Не безъ вліянія, конечно, осталось и вообще, какъ нами отмѣчено, ослабленіе остроты въ послѣднее время описанной боязни.

По мѣрѣ того какъ время двигалось впередъ, шло далѣе, тѣмъ болѣе больной не могъ бороться съ непреодолимымъ желаніемъ пить кровь. Въ тѣ дни, въ которые ему не удавалось пойти на бойню, онъ испытывалъ въ высшей степени тяжелое состояніе, онъ становился, какъ самъ выражается, „непокойнымъ“ и однажды желаніе настолько сильно обостряется, что онъ убиваетъ кота, но, намѣтивъ свою жертву, какъ садистъ, онъ предварительно ею наслаждается. Онъ ласкается кота, и уже въ это время у него появляется возбужденіе чисто полового характера, обанчивающееся полнымъ удовлетвореніемъ послѣ убійства несчастнаго животнаго и насыщенія его горячею кровью. Но больной не останавливается на этомъ, онъ идетъ еще далѣе. Онъ долгое время борется съ новымъ безумнымъ желаніемъ, желаніемъ напиться человѣческой крови. Насколько же это навязчивое желаніе было крѣпко фиксированнымъ, это мы видимъ изъ того, что любовь къ родному брату, та теплая дружба, существовавшая между ними, не могла сдерживать его, хотя она сдерживала нѣкоторое время. Онъ долго борется, сомнѣвается, онъ уходитъ въ другую комнату, закрываетъ глаза, чтобы не видѣть соблазнительной картины, но „храпящій звукъ горла“ останавливаетъ на себѣ его вниманіе, и больной уступаетъ своему желанію, какъ дегенератъ, у котораго задерживаю-

щая сила нравственныхъ, моральныхъ чувствованій была рѣзко понижена, а половое желаніе сильно. Послѣ убійства онъ удовлетворенъ, онъ относительно покоенъ, онъ ѣдетъ за докторомъ, онъ чувствуетъ особый подъемъ настроенія и совершенно пока не отдаетъ себѣ отчета въ страшномъ преступленіи. Преступленіе въ первые моменты отошло въ сторону, а доминировало „полное удовлетвореніе со спокойствіемъ“. Можно полагать, что затемнѣніе сознанія въ самый моментъ совершенія преступленія было, но проявилось ли оно полностью, этого установить, въ сожалѣнію, мы не могли.

Въ то время, какъ большинство авторовъ высказывается за то, что въ основѣ половыхъ извращеній лежитъ случайно упрочившаяся связь между извѣстнымъ воспріятіемъ и половымъ чувствомъ и въ то время, какъ большинствомъ отмѣчается въ этихъ случаяхъ наличие дегенерациі, раздаются голоса, часть которыхъ (*Berillon*¹¹⁾ склонна видѣть этиологическій моментъ этихъ явленій скорѣе въ дурномъ посвященіи съ молодыхъ лѣтъ въ половую жизнь, нежели въ состояніи дегенеративности, другая—(*Morton Prince*¹²⁾, *Booth*¹³⁾ и др.) считаетъ ихъ приобрѣтенными, хотя въ тоже время (*Booth*) не отрицаетъ ихъ врожденности. Въ нашемъ случаѣ имѣется очень тяжелая наследственность, половыя извращенія у нашего больного появились въ предшествіи обсессій очень ранняго дѣтства—все это заставляетъ насъ присоединиться къ взгляду большинства и сказать, что въ данномъ случаѣ дегенерациа безусловно имѣла доминирующее значеніе въ проявленіи вышеприведенныхъ аномалій, если не болѣе.

¹¹⁾ *Berillon*. L'initiation sexuelle. Société d'hypnologie et de psychologie 1906 г по реф. Parrot въ L'encéphale. 1907 г. стр. 446.

¹²⁾ *Morton Prince*. Половое извращеніе или порокъ? По реф. Барж. 06. псих. 1898 г. стр. 553.

¹³⁾ *Booth*. Эротоманія. Вѣст. Ковал. т. II. 1905 г.

Наконецъ, намъ остается еще остановиться на выдергиваніи волосъ нашимъ больнымъ. *Капланъ*¹⁴⁾, разбирая данный симптомъ и его проявленіе, указываетъ на то, что онъ можетъ существовать, не только какъ явленіе постоянное, но и какъ временное, сопутствующее періоду возбужденія, и лишь только въ случаяхъ выраженного слабоумія. Въ нашемъ случаѣ, какъ выше нами отмѣчено, никакого возбужденія совершенно не наблюдалось, а наоборотъ, въ это время больной былъ совершенно покоенъ, даже болѣе, нежели въ какое-либо иное. Кромѣ того, мы имѣли возможность наблюдать это явленіе въ нѣсколькихъ случаяхъ, бывшихъ въ нашей больницѣ, и укажемъ на два случая, гдѣ также не наблюдалось никакого возбужденія: больной Р—овъ (*dementia praecox*) выдернулъ себѣ всю бороду, усы, порядочное количество волосъ на головѣ и всѣ въ области лобка, другой больной Ипп—овъ (*paralysis progressiva*) выдергивалъ волосы изъ бороды. Въ то же время одна больная, страдающая *amentia maniacalis*, выдергивала волосы въ періодъ возбужденія. Въ послѣднемъ случаѣ не только о выраженномъ слабоуміи, но даже о его наступленіи говорить было бы рискованно. Такимъ образомъ, далеко не всегда симптомъ этотъ, будучи временнымъ явленіемъ, сопутствуетъ періоду возбужденія и можетъ появляться лишь въ случаяхъ выраженного слабоумія. Появленіе этого симптома мы относимъ къ навязчивымъ стремленіямъ. Въ нашемъ случаѣ *alopecia artificialis* (*id. trichotillomania*) была безусловно психическаго происхожденія, что видно изъ вышеприведеннаго нами описанія ея проявленія.

Въ заключеніе мы отмѣтимъ, что истинные мотивы преступленія, совершеннаго нашимъ больнымъ, были выяснены психіатрической экспертизой и такимъ образомъ данный слу-

¹⁴⁾ Я. Ф. Капланъ. О сущности симптома выдергиванія волосъ у душевно-больныхъ. Обзоръ псих. 1902. стр. 182.

чай еще одинъ лишній разъ подтверждаетъ мысль проф. *Н. И. Ковалевскаго* ¹⁵⁾ о необходимости обязательной судебно-психиатрической экспертизы „всѣхъ уголовныхъ преступниковъ безъ исключенія“. Пора бы изъ области пожеланій перейти въ область реального осуществленія всѣхъ справедливыхъ требованій психиатровъ относительно измѣненія нашего законодательства о душевно-больныхъ. Вѣдь дѣйствительно, какъ справедливо говоритъ *С. А. Бяляковъ* ¹⁶⁾, „нѣкоторыя статьи закона составляютъ анахронизмъ... вѣдь онъ (законъ) есть ничто иное, какъ писаная формула мнѣнія“ формула эта устарѣла и стала вредна.

¹⁵⁾ Проф. *Н. И. Ковалевскій*. Судебная психопатологія ч. I. 1904 г.

¹⁶⁾ *Бяляковъ*. *Idem*—2.

Изъ патолого-анатомическаго Института Новороссійскаго Университета.
(Проф. Дм. П. Кишенскій).

О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ внутри-орбитальной части зрительнаго нерва послѣ однократной травмы.

(Къ вопросу о де-и регенерациіи нервовъ).

І. В. Пожарискаго.

Настоящее изслѣдованіе касается области, которая занимала изслѣдователей только попутно при рѣшеніи различныхъ задачъ о патологической морфологіи глаза.

Нѣкоторыя большія работы послѣдняго времени (Birch-Hirschfeld—1900 г.) заняты исключительно изученіемъ измѣненій галглюзныхъ клѣтокъ сѣтчатки послѣ перерѣзки *nervi optici*. Измѣненіямъ же, наступающимъ въ осевыхъ цилиндрахъ зрительнаго нерва послѣ перерѣзки послѣдняго, посвящено очень мало вниманія и то только въ нѣсколькихъ работахъ. На этихъ краткихъ литературныхъ данныхъ мы теперь и остановимся.

Leont видѣлъ послѣ экстирпациі мозга у лягушекъ обыкновенныя дегенеративныя измѣненія въ зрительномъ нервѣ.

Lehmann (1857) въ двухъ опытахъ—у лягушки на 21-й день и у собаки на 20-й день послѣ внутричерепной

перерѣзки зрительнаго нерва наблюдали атрофію первныхъ волоконъ.

По Rosow'y (1864) нисходящая дегенерация послѣ внутри-орбитальной перерѣзки зрительнаго нерва у кролика развивается такъ медленно, что даже на 142-й день очень многія мягкотныя нервныя волокна были еще интактны, и даже черезъ 178 дней были немногочисленныя вполне хорошо сохранившіяся волокна.

W. Krause (1868) наблюдалъ у четырехъ невротомированныхъ собакъ измѣненія цилиарныхъ и зрительнаго нервовъ. Исслѣдовалъ онъ случаи 2 хъ мѣсц., $3\frac{1}{2}$ м., $1\frac{1}{2}$ и и 2 лѣт. послѣ операціи. Въ первомъ случаѣ при окраскѣ карминомъ только кое-гдѣ удалось обнаружить осевые цилиндры въ зрительномъ нервѣ. Въ третьемъ опытѣ зрительный нервъ былъ совершенно атрофированъ. Въ недоступной намъ работѣ онъ въ періодъ времени отъ 2 до 5 недѣль послѣ невротоміи видѣлъ въ глазномъ отрѣзкѣ жировое перерожденіе нервныхъ волоконъ и гаягаіозныхъ клѣтокъ.

Berlin (1871) находилъ спустя немного дней послѣ невротоміи быстро наступающее зернистое перерожденіе нервныхъ волоконъ и клѣтокъ.

Krenschel (1874) при внутричерепной перерѣзкѣ зрительнаго нерва видѣлъ, что черезъ 20 дней на перерѣзанномъ нервѣ дегенерация спускалась внизъ только на 1—2 mm.

Wagenmann (1890) наблюдалъ на кроликахъ, что при безкровной перерѣзкѣ внутри глазницы одного только зрительнаго нерва атрофія первныхъ волоконъ въ бульбарномъ концѣ доходила черезъ 3 недѣли до rapilla, разрушенныя нервныя волокна были видны и въ сѣтчаткѣ; но всетаки количество неизмѣненныхъ первныхъ волоконъ было еще велико. Черезъ два мѣсяца нервныя волокна въ бульбарномъ концѣ встрѣчаются очень рѣдко, онѣ сильно варикозны. Что касается центральнаго конца нерва, то черезъ 4 недѣли послѣ операціи въ немъ встрѣчаются еще отдѣльныя нервныя во-

ловца; черезъ 2 мѣсяца вся внутри-орбитальная часть этого отрѣзка была совершенно атрофирована.

v. Michel (1887) послѣ перерѣзки зрительнаго нерва у кроликовъ, а также и послѣ энуклеаціи глаза наблюдалъ, что сначала тонкія волокна n. optici теряютъ миелиновую оболочку: волокна же толстаго калибра остаются еще долгое время безъ измѣненій и исчезаютъ вполне только черезъ 6 мѣсяцевъ. Самые раннія наблюденія автора были опыты 46—50-дневной давности послѣ операціи.

Hertel (1898) изслѣдовалъ самыя раннія стадіи черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи. Центральнѣйшій конецъ имѣлъ видъ тонкаго соединительно-тканнаго стержня; въ немъ до самой chiasma совершенно не было нервовъ. Въ бульбарномъ отрѣзкѣ заключалось еще небольшое количество распадающихся варикозныхъ нервовъ. Черезъ 5—6 мѣсяцевъ въ периферическомъ отрѣзкѣ и сѣтчаткѣ совсѣмъ не было нервовъ. Черезъ 1½ года послѣ операціи въ периферическомъ отрѣзкѣ и сѣтчаткѣ не было никакихъ признаковъ нервнаго вещества. Отъ ганглиозныхъ же клѣтокъ кое-гдѣ оставались незначительные рудименты.

Въ центральномъ отрѣзкѣ была полная атрофія, простирающаяся черезъ chiasma въ tractus n. opt. другой стороны.

Schreiber (1906) видѣлъ при перерѣзкѣ нерва у кроликовъ безъ раненія цилиарныхъ нервовъ и центральной артеріи, что на третій день послѣ операціи концы optici еще не измѣнены, только кое-гдѣ лежатъ „Fettkörnchenzellen“. Уже на 4 день однако встрѣчаются одипочныя перерожденные волокна. На 5 день дегенерация выражена очень рѣзко. Во всѣхъ случаяхъ волокна различныхъ калибровъ принимали одинаковое участіе. Также не было существенной разницы въ измѣненіяхъ центрального и периферическаго конца. Черезъ 5 мѣсяцевъ въ бульбарномъ отрѣзкѣ совершенно нѣтъ волоконъ; въ мозговомъ же черезъ 6½ мѣсяцевъ нѣтъ ни

одного волокна до самой *chiasma* и только въ этой послѣдней встрѣчается очень небольшое число волоконъ, обнаруживающихся при окраскѣ мѣдиномъ по Weigert'y.

Такимъ образомъ до сихъ поръ изученныя измѣненія зрительнаго нерва ограничиваются тѣмъ, что авторы наблюдали объекты, на которыхъ произведена была операція перерѣзки очень давно и наиболѣе ранніе сроки—это 14—50 дней послѣ операціи. Одинъ только Schreiber обратилъ вниманіе на болѣе раннія стадіи и устанавливаетъ, что явленія дегенераціи начинаются уже на 4-й день послѣ частичной перерѣзки зрительнаго нерва. Какъ этотъ послѣдній авторъ, пользовавшійся способами Marchi и Weigert'a, такъ и всѣ, работавшіе до него, совершенно не останавливаются на гистологическихъ измѣненіяхъ осевыхъ цилиндровъ, а ограничиваются только общими указаніями на то, что процессъ дегенераціи наступаетъ.

Между тѣмъ представляется интереснымъ, каковымъ образомъ погибаютъ въ зрительномъ нервѣ осевые цилиндры? Подлежатъ ли они тѣмъ же самымъ морфологическимъ измѣненіямъ, что и периферическіе нервы при подобныхъ же условіяхъ, или процессъ дегенераціи развивается въ нихъ по какому-либо другому типу?

Съ какого времени начинается дегенерація и нѣтъ ли и на зрительномъ нервѣ явленій регенераціи, которыя бы можно было обнаружить при современныхъ методахъ изслѣдованія нервныхъ волоконъ?

Отсутствіе изученія этихъ вопросовъ, вѣроятно, объясняется еще и тѣмъ, что способы элективного обнаруженія осевыхъ цилиндровъ (Ramon y Cajal, Bielschowsky, Bethe) открыты относительно недавно. Они имѣли большое значеніе въ ученіи о явленіяхъ де-и регенераціи периферическихъ нервовъ, вызвавъ цѣлый рядъ работъ (Perroncito, Ramon y Cajal, Пожарискій). Въ ученіи же о соотвѣстныхъ измѣненіяхъ зрительнаго нерва эти способы до

сихъ поръ не были примѣнены въ широкихъ рамкахъ, а единичныя попытки въ этомъ направленіи не увѣнчались успѣхомъ. Такъ, Schreiber считаетъ способы R. у С. и В. непригодными для обваруженія внутримѣточныхъ фибриллъ сѣгчатки; примѣнялъ ли онъ ихъ для импрегнаціи осевыхъ цилиндровъ зрительнаго нерва, изъ работы не видно. Bartsels (1907) указываетъ, что ему удалось при окраскѣ по способу Bethe изучать строеніе нормальныхъ осевыхъ цилиндровъ зрительнаго нерва различныхъ животныхъ. При изученіи процессовъ дегенераціи этотъ методъ оказался пока безуспѣшнымъ. Способы же серебрения Bielschowsk'аго и Ramon у Cajal'я авторъ считаетъ совершенно непригодными не только при патологическихъ, но даже и при нормальномъ состояніи зрительнаго нерва.

Настоящая наша работа является попыткой нѣсколько заполнить этотъ пробѣлъ въ изученіи измѣненій осевыхъ цилиндровъ зрительнаго нерва послѣ перерѣзки. Освѣтить эти измѣненія является особенно интереснымъ еще и потому, что на этомъ нервѣ можно опредѣлить вліяніе швановской оболочки на измѣненія осевыхъ цилиндровъ послѣ перерѣзки. Этимъ послѣднимъ клѣткамъ нѣкоторые авторы (His, Kolliker, Stroebe, Ramon у Cajal, Perroncito) не придаютъ большого значенія, другіе же (Bencke, Apathy, Büngner, Bethe) усматриваютъ въ нихъ субстратъ, изъ котораго дифференцируются новыя осевые цилиндры; третьи, наконецъ, (Harrison) считаютъ, что эти клѣтки, такъ сказать, образуютъ путь, по которому направляются новыя волокна.

Такъ какъ въ волокнахъ зрительнаго нерва отсутствуетъ швановская оболочка и ея клѣтки, то именно въ этомъ нервѣ и можно ожидать какихъ-либо уклоненій отъ тѣхъ картинъ, которыя наблюдаются при перерѣзкѣ периферическихъ нервовъ и такимъ образомъ косвенно опредѣлить значеніе для процессовъ де-и регенераціи клѣтокъ швановской оболочки.

Въ нижеслѣдующемъ мы въ краткихъ словахъ остановимся на особенностяхъ нормальнаго строенія зрительнаго нерва, а затѣмъ перейдемъ къ нашимъ опытамъ.

Краткій очеркъ строенія зрительнаго нерва.

Зрительный нервъ занимаетъ въ группѣ цереброспинальных нервовъ специальное мѣсто и представляетъ въ сущности часть бѣлаго вещества мозга (*van Gehuchten*); онъ состоитъ изъ мѣлиновыхъ волоконъ безъ шванновской оболочки. Послѣ выхода изъ глаза волокна разбиваются на множество пучковъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга промежуточной тканью, возникшей изъ внутренняго піального влагалища нерва. (Адамюкъ). Между отдѣльными волокнами располагаются паукообразныя кѣтки (Адамюкъ) *cellules de neuroglie* (*Van Gehuchten*).

Ядра этихъ кѣтокъ продолговаты. Большая часть волоконъ отличается незначительной толщиной и называется зрительными; меньшинство волоконъ толсто, разсѣяно въ безпорядкѣ по нерву и называется зрачковыми, пупиллярными (Адамюкъ).

Главная масса волоконъ зрительнаго нерва беретъ происхожденіе въ *retin'a*, въ слоеъ гангліозныхъ кѣтокъ пѣкоторое число волоконъ происходитъ изъ кѣтокъ центральныхъ сѣрыхъ массъ зрительнаго бугра, наружнаго колѣнчататаго тѣла; помимо того, Элинсонъ и Миславскій нашли въ зрительномъ нервѣ извѣстное количество центрифугальныхъ симпатическихъ волоконъ, происходящихъ изъ *ganglion ciliare* и *ganglion cervicale superioris*. Послѣ экстирпаціи одного изъ этихъ узловъ Элинсонъ наблюдалъ перерожденіе соответственныхъ волоконъ въ зрительномъ нервѣ. Наконецъ, Рагапо въ боковой части зрительнаго нерва у собакъ находилъ всегда ассоціонныя периферическія нервныя волокна,

идущія изъ одного зрительнаго нерва черезъ *chiasm'y* въ другой.

Методъ изслѣдованія.

Настоящія наблюденія основываются на опытахъ внутриглазничной перерѣзки зрительнаго нерва у собакъ. Опыты произведены на 25 молодыхъ щенкахъ въ возрастѣ приблизительно отъ 1½ до 4 мѣсяцевъ.

Техника операціи **) заключалась въ слѣдующемъ: отъ наружнаго угла глаза произведенъ былъ прямо назадъ кожный разрѣзъ, длиной 1—1,5 ст.; затѣмъ ножницами разсѣкалась фиброзная стѣнка глазницы на ½ ст., и послѣ этого я шелъ на нервъ, раздѣляя зондомъ и пинцетомъ позадиглазную клетчатку. Нервъ отсепаровывался отъ окружающихъ частей и поднимался на зондъ. Затѣмъ тонкими, колѣбчатыми ножницами разсѣкалось сначала его влагалище, а затѣмъ и самый нервъ приблизительно въ разстояніи 0,3—0,5 ст. отъ глаза кзади. При тщательномъ производствѣ операціи кровотеченія не бываетъ; такъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ мы не получили ни капли крови. Иногда же, если печально и разсѣкался какой-либо глубоко лежащій сосудъ, то кровотеченіе быстро останавливалось прижатіемъ глаза кзади. Кожную рану мы зашивали нѣсколькими швами. Безукоризненное заживленіе *per primam* намъ не удавалось, однако и загноенія въ глубинѣ раны мы ни разу не наблюдали. Что касается послѣдующей обработки нервовъ, то только 2 случая (№№ 40—41) были фиксированы Flemming'овскою жидкостью; 1% *acidi chromici* 50,0; 1% *acidi osmici* 20,0; 10% *acidi acetic*i 2,0; *Aq. destil.* 128,0.

**) Первые четыре опыта произведены для меня глубокоуважаемымъ товарищемъ К. А. Юдинымъ, которому считаю долгомъ выразить здѣсь за это благодарность.

Въ остальныхъ же 43 случаяхъ нервы были обработаны по способу Ramon у Сажаля слѣдующимъ образомъ:

1) Фиксація распавленныхъ въ состояніи нормальнаго натяженія на стеклянныхъ палочкахъ кусочковъ въ теченіе 24 часовъ въ 90° денатурированномъ спиртѣ (денатурація 1°/о метиловымъ алкоголемъ).

2) Быстрое промываніе въ дистиллированной водѣ и затѣмъ перенесеніе на 3—4 дня въ 1,5°/о водный растворъ *argenti nitrici* при t° 37° C. въ темнотѣ.

3) Быстрое промываніе дистил. водой и перенесеніе на сутки въ свѣжеприготовленную смѣсь: *Hydrochinon* 2,0; *Aq. destil* 100,0. Препаратъ остается на свѣту.

4) Вода, спиртъ, целлоидинъ.

Осевые цилиндры послѣ такой обработки имѣютъ на срѣзахъ темнокоричневый видъ; фонъ окрашенъ въ желтый цвѣтъ. Для удаленія послѣдняго и усиленія интенсивности цвѣта осевыхъ цилиндровъ мы погружали срѣзы на короткое время въ свѣже приготовленную смѣсь: Воды 100,0; *sulfocyanosaures Ammonium* 3,0; *schwefelsaures Natron* 3,0. На часовое стекло этой жидкости прибавляется нѣсколько капель 1°/о хлористаго золота. Здѣсь мы должны сказать, что на зрительномъ нервѣ способъ Ramon у Сажаля удается такъ же легко и хорошо какъ и на периферическихъ нервахъ. Для удобства обозрѣнія нашихъ опытовъ приводимъ ихъ здѣсь въ хронологическомъ порядкѣ въ формѣ таблицы.

Таблица опытовъ.

№ по- рядку.	Возрастъ животнаго.	Начало опыта.	Конецъ опыта.	Продолжи- тельность опыта.	Мѣсто и род. опыта.
1	2 м	16 XII 06	22 XII 06	6 дней	Правый N. Opticus.
2	2 м	18 XII 06	22 XII 06	4 —	Лѣвый — —

№ по- ряду.	Возраст животного.	Начало опыта.	Конец опыта.	Продолжи- тельность опыта.	Место и род. опыта.
3	2	3 I 07	12 I	9 —	Правый — —
4	2	3 I	12 I	9 —	Правый — —
5	—	9 I	12 I	3 —	Правый — —
6	—	9 I	12 I	3 —	Левый — —
7	2 1/2	12 I	5 II	24 —	Правый — —
8	2 2	12 I	8 II	27 —	Правый — —
9	2	17 I	15 IV	3 м. 3 д.	Правый — —
10	2	12 I	28 III	2 м. 16 д.	Правый — —
11	2	17 I	1 II	14 —	Правый — —
12	2	17 I	15 II	29 —	Правый — —
13	2	30 I	1 II	20 —	Левый — —
14	2	30 I	15 II	16 —	Правый — —
15	3	27 I	5 II	9 —	Левый — —
16	2 1/2	27 I	8 II	12 —	Левый — —
17	3	26 I	15 IV	1 м. 20 д.	Левый — —
18	3	27 I	28 III	2 м. 4 д.	Левый — —
19	2 1/2	26 II	15 IV	1 м. 20 д.	Правый — —
20	2	29 III	31 IV	2 —	Правый — —
21	2	29 III	13 IV	15 —	Правый — —
22	2	29 III	16 IV	18 —	Правый — —
23	2 м.	29 III	16 IV	18 дней	Правый N. Opticus
24	1 1/2	1 IV	29 IV	28 —	Правый — —
25	2	5 IV	13 IV	8 —	Левый — —
26	2	5 IV	16 IV	11 —	Изолирована средн. часть левого N. O.
27	3 1/2	5 IV	15 IV	10 —	Левый — —
28	2 1/2	12 IV	16 IV	4 —	Левый — —
29	1 1/2	12 IV	29 IV	17 —	Левый — —
30	2	6 VI 08	8 VI 08	2 —	Левый — —
31	2	31 V 08	8 VI 08	8 —	Правый — —
32	2	31 V 08	12 VI 08	12 —	Правый — —
33	2	31 V	9 VI	9 —	Изолирована средн.
34	2	11 VI	12 VI	1 —	часть правого N. O.
35	2	9 VI	11 VI	2 —	Левый — —
36	2	4 VI	14 VI	10 —	Левый — —
37	2	8 VI	9 VI	1 —	Левый — —
38	2	31 V	14 VI	14 —	Правый — —
39	2	31 V	11 VI	11 —	Правый — —
40	3	30 X	10 XI	10 —	Правый — —
41	3	6 XI	10 XI	4 —	Левый — —
42	3	10 XII	19 XII	9 —	Правый — —
43	3	14 XII	19 XII	5 —	Левый — —
44	4	20 XII	24 XII	14 —	Правый — —
45	4	14 XII	24 XII	10 —	Левый — —

Изолиро-
вана
средняя
часть
N. O.

Такимъ образомъ всѣхъ опытовъ было произведено 45. Изъ нихъ 25 на правомъ глазу и 20 на лѣвомъ. У 20 животныхъ были одновременно перерѣзаны оба зрительные нерва, у 5 же только одинъ правый. Въ 39 опытахъ зрительный нервъ былъ разсѣченъ тонкими ножницами въ разстояніи 0,3 ст. отъ глазного яблока.

Въ 6-ти случаяхъ (№№ 26, 33, 42—45) нервъ былъ оторванъ у foramen opticum и отрѣзанъ отъ глаза въ разстояніи 0,3 ст., и такимъ образомъ мы имѣли отрѣзокъ, длинной въ 2 ст., изолированный какъ отъ глаза, такъ и отъ мозга.

Кратчайшій срокъ опыта былъ 1 день; наиболѣе продолжительный 3 м. 3 дня, при чемъ громадное большинство, именно 40 опытовъ, по своей продолжительности колебалось отъ 1 до 28 дней, такъ какъ въ эти сроки имѣютъ мѣсто, какъ увидимъ ниже, интересныя измѣненія.

Въ нижеслѣдующемъ мы вкратцѣ остановимся сначала на макроскопическомъ измѣненіи перваго ствола при простой перерѣзкѣ, а затѣмъ обратимся къ тѣмъ особенностямъ, которыя наступаютъ на осевыхъ цилиндрахъ мозгового и бульбарнаго конца нерва, при чемъ до 11-го дня операціи ихъ удобнѣе изложить отдѣльно.

Въ заключеніе мы опишемъ тѣ картины, которыя обнаруживаются въ изолированномъ отрѣзкѣ нерва.

Макроскопическія особенности.

Тотчасъ послѣ перерѣзки разъединенные концы нервовъ нѣсколько выпячиваются изъ влагалища въ формѣ сѣроватобѣлыхъ выступовъ. Въ слѣдующіе ближайшіе дни мѣста разсѣченія нервовъ закутаны въ прозрачную сѣроватаго цвѣта ткань, черезъ которую просвѣчиваютъ разошедшіеся на нѣсколько миллиметровъ концы optici.

Начиная съ 12-го дня, концы нервовъ оказываются плотно соединенными другъ съ другомъ или по прямой линіи,

или подъ угломъ. Какой-либо разницы въ толщинѣ ствола въ изслѣдованные нами сроки замѣтить не удалось.

На глазѣ и его оболочкахъ въ большинствѣ случаевъ при вскрытіи нельзя было отмѣтить невооруженнымъ глазомъ какихъ-либо патологическихъ измѣненій. Въ опытахъ же №№ 4, 7, 12, 14, 16, 17 и 28 была язва роговицы; въ опытѣ № 4, кромѣ того, кровоизліяніе и отслойка сѣтчатки, а въ опытѣ № 3 точечныя кровоизліянія въ сѣтчаткѣ. Всѣ эти случаи, какъ осложненные, не приняты нами во вниманіе при изученіи измѣненій въ бульбарномъ концѣ нерва.

Микроскопическія измѣненія мозгового и глазного участка нерва въ періодъ отъ 1—10 дней.

а) *Мозговой отрѣзокъ нерва 1—3-й день.* Вблизи разрѣза нервъ оканчивается небольшимъ заострѣніемъ, имѣющимъ блѣдную окраску. Длина этого участка достигаетъ 0,3 ст. Тотчасъ за нимъ видно незначительное утолщеніе нерва, длинной до 0,1—0,2 ст., безъ рѣзкой границы переходящее въ стволъ зрительнаго нерва.

Въ заостренномъ участкѣ видно меньше осевыхъ цилиндровъ, чѣмъ тамъ, гдѣ стволъ макроскопически утолщенъ, такъ какъ въ немъ значительное количество осевыхъ цилиндровъ зернисто распалось. Однако еще очень многіе доходятъ до самаго мѣста разрѣза безъ того, чтобы въ нихъ были какія-либо измѣненія. Изрѣдка можно наблюдать, что осевые цилиндры имѣютъ на своихъ концахъ, у самаго мѣста разрѣза, небольшія импрегнированныя вздутія, лежація въ мелкозернистой массѣ. Этихъ утолщеній видно очень много въ участкѣ нерва, представляющемъ расширеніе. Здѣсь количество осевыхъ цилиндровъ по сравненію съ нормой не уменьшено, и очень многіе изъ нихъ оканчиваются въ срѣзѣ утолщеніями, которыя состоятъ изъ равномерно импрегниро-

ванныхъ фибриллъ, расположенныхъ въ формѣ пучка, метелки, кисточки, или густого клубка. Иногда же фибриллярнаго строенія не видно и утолщеніе представляется гомогенно-импрегнированнымъ, овальной или пуговкообразной формы. Всѣ эти образованія окружены узкимъ поясомъ, состоящимъ изъ нѣжно зернистой, почти гомогенной блѣдной массы, имѣющей круглую, веретенообразную, грушевидную или цилиндрическую форму. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ въ мелкозернистой массѣ не видно концовъ осевыхъ цилиндровъ. Эта нѣжная масса обыкновенно со всѣхъ сторонъ окружаетъ конецъ осевого цилиндра и только въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ нѣкоторыя фибриллы продолжаются за ея предѣлы по направленію къ мѣсту разрѣза. Передъ утолщеніемъ большинство осевыхъ цилиндровъ сохраняетъ способность хорошо и равномерно импрегнироваться, и только немногіе изъ нихъ какъ бы разволокняются на небольшомъ протяженіи, дѣлаются нѣсколько толще и имѣютъ слегка волнистое направленіе. Наконецъ, очень рѣдко по ходу осевыхъ цилиндровъ имѣются небольшія вздутія нѣжно-фибрилярнаго строенія, лишенная мелкозернистаго пояса. Въ еще болѣе рѣдкихъ случаяхъ на осевыхъ цилиндрахъ имѣются односторонніе, гомогенно импрегнированные выступы, сидящіе на болѣе или менѣе широкомъ основаніи. Эти различныя измѣненія формы помѣщаются какъ на тонкихъ, такъ и на толстыхъ осевыхъ цилиндрахъ, при чемъ не удается констатировать, чтобы онѣ встрѣчались чаще на цилиндрахъ того или другого калибра; помимо того, всѣ они расположены на относительно узкомъ участкѣ ствола зрительнаго нерва, и количество ихъ по направленію къ мозгу быстро и сразу падаетъ и въ небольшомъ разстояніи отъ мѣста разрѣза они уже почти не встрѣчаются; только очень рѣдко видно, что одивочные осевые цилиндры сдѣлались очень толстыми и импрегнируются хорошо только въ своихъ периферическихъ частяхъ. Вблизи перерѣзающаго конца ткань между осевыми цилиндрами содержитъ незначительное коли-

чество лейкоцитовъ; въ фиксированныхъ клѣточныхъ тѣлахъ опорной ткани очень рѣдко видны фигуры каріокинетического дѣленія ядеръ.

4—10 день. Концы *pervi optici* лежатъ очень близко другъ къ другу, а на 8—10-тый день почти соприкасаются, при чемъ бѣлковая оболочка нерва отодвинута нѣсколько отъ края назадъ. Вблизи мѣста разрѣза видно значительное количество хорошо импрегнированныхъ цилиндровъ съ конечными утолщеніями; иначе же, какъ и раньше, послѣднія лежатъ въ нѣкоторомъ разстояніи отъ мѣста разрѣза, при чемъ участокъ, занятый ими, значительно шире, чѣмъ въ предыдущій срокъ. Утолщенія достигаютъ теперь своего наибольшаго развитія и численно они гораздо обильнѣе, чѣмъ раньше. Велючина зернистыхъ пластинокъ колеблется между 8—15 микр., клубки же фибриллъ въ нихъ достигаютъ 6—10 микр. въ діаметрѣ. Утолщенія, лежащія вблизи разрѣза, имѣютъ широкій блѣдный поясъ, хорошо импрегнированные части цилиндра въ нихъ слабо развиты; въ тѣхъ же, которыя лежатъ ближе къ мозгу, большую часть занимаютъ гомогенныя, хорошо импрегнированныя вздутія осевого цилиндра, или большіе клубки фибриллъ, нѣжная же пластинка не широка. Въ этомъ же участкѣ, особенно начиная съ 7-го дня, видно много очень тонкихъ, хорошо импрегнированныхъ волоконцевъ, по своему ничтожному діаметру не поддающихся измѣренію, имѣющихъ неправильное направленіе по оси нерва и идущихъ извиристо между клѣточковыми тѣлами и конечными почками. Эти волокна покрыты веретенообразными или круглыми утолщеніями (толщиной 2—3 и длиной 5—7 микр.) и часто собраны въ пучекъ, откуда расходятся, переплетаются съ другими близлежащими и нерѣдко образуютъ какъ бы мицелій. Они видны не только у края разрѣза и въ поясѣ богатомъ утолщеніями, но встрѣчаются въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ перерѣзаннымъ концомъ между новообразованными отростчатыми, веретенообразными и круглыми клѣтками.

Происхожденіи большинства этих волоконцев прослѣдять не удается, меньшая же часть ихъ представляетъ вѣтви осевыхъ цилиндровъ. Иногда видно, что вѣтви отдѣляются отъ цилиндровъ ниже концевыхъ утолщеній, въ болѣе же рѣдкихъ случаяхъ непосредственно отъ послѣднихъ. Нерѣдко осевые цилиндры раздѣляются дихотомически или вилообразно. Нѣкоторые изъ вѣтвей оканчиваются также компактными равномерно импрегнированными утолщеніями, другія же теряются въ сръзѣ. Какъ правило, онѣ направляются къ мѣсту разрѣза, имѣя иногда очень косой ходъ, болѣе же рѣдко онѣ заворачиваются въ сторону мозга. На тонкихъ волокнахъ, проходящихъ между новообразованными клѣтками за краемъ нерва, видны утолщенія, а изрѣдка и дихотомическія дѣленія.

Всѣ эти измѣненія, какъ и раньше, располагаются на небольшомъ участкѣ нерва вблизи мѣста разрѣза. Въ остальномъ стволѣ въ первые дни этого срока встрѣчаются только изрѣдка распавшіеся осевые цилиндры; къ концу десятого дня количество перерожденных осевыхъ цилиндровъ нѣсколько больше, но всетаки неизмѣненныя волокна настолько многочисленны, что разрушенные встрѣчаются очень рѣдко.

б) *Булбарный отрѣзокъ нерва. 1—7-ой день.* Громадное большинство какъ толстыхъ, такъ и тонкихъ осевыхъ цилиндровъ измѣненій не представляетъ. Многіе изъ нихъ обыкновенно доходятъ до линіи разрѣза, и здѣсь концы ихъ иногда завернуты въ сторону или спирально закручены. Нерѣдко у самого мѣста разрѣза, гдѣ стволъ нерва инфильтрированъ значительнымъ количествомъ лейкоцитовъ, осевые цилиндры плохо импрегнируются и имѣютъ зернистый видъ.

8—10 дней. Многія волокна доходятъ до мѣста разрѣза, большинство же оканчивается въ нѣкоторомъ разстояніи отъ него. Они раздвинуты большими клѣтками и идутъ между ними, спирально извиваясь. Нерѣдко у самого края разрѣза видны на осевыхъ цилиндрахъ веретенообразныя или круглыя

утолщенія совершенно такого же характера, какъ уже описанныя въ мозговомъ отрѣзкѣ. Эти же образованія помѣщаются, только болѣе рѣдко, и на концахъ осевыхъ цилиндровъ, оканчивающихся выше мѣста разрѣза. У самаго края ствола расположены иногда очень тонкія волокна, идущія часто въ косомъ и даже поперечномъ направленіи къ длинѣ нерва. Здѣсь же на препаратахъ 10-го дня видны вблизи сочныхъ новообразованныхъ клѣтокъ и вѣтвящіеся осевые цилиндры, направляющіеся, какъ правило, въ сторону разрѣза. Однако въ эти образованія встрѣчаются значительно рѣже, чѣмъ на соответствующихъ препаратахъ въ мозгового отрѣзка.

Измѣненія въ обоихъ отрѣзкахъ, начиная съ 11-го дня.

11—18-ый день. Къ началу этого срока оба отрѣзка соединены рыхлой, богатой сочными веретенообразными клѣтками молодой ткани. Глазной отрѣзокъ, не смотря на то что значительное число осевыхъ цилиндровъ въ немъ зернисто распалось, все еще богатъ до самаго края хорошо импрегнированными осевыми цилиндрами. Последніе имѣютъ иногда концевыя утолщенія, дихотомически дѣлятся и кое-гдѣ спускаются довольно далеко въ новообразованную ткань, въ которой также изрѣдка видны дихотомическія дѣленія, которыя какъ здѣсь, такъ и выше направлены къ мозговому концу. Въ молодой рубцовой ткани тоненькія волокна дѣлаются постепенно малочисленными; въ средней части рубца ихъ не видно, вѣже они опять встрѣчаются и, наконецъ, у края мозгового отрѣзка мы находимъ ихъ очень много, при чемъ здѣсь особенно обильны тончайшія нити, которыя нерѣдко дихотомически дѣлятся и сплетаются, какъ мицелій, другъ съ другомъ. Въ ближайшей къ разрѣзу части мозгового отрѣзка нерва видно много утолщеній безъ зернистыхъ пластинокъ, много тонкихъ волоконъ и изрѣдка можно констатировать

вѣтви и дихотомическія дѣленія. Тотчасъ выше послѣднихъ на осевыхъ цилиндрахъ расположены утолщенія треугольной формы. Помимо того, на осевыхъ цилиндрахъ, а также и безъ видимой связи съ ними встрѣчаются шары, состоящіе изъ толстыхъ, переплетенныхъ въ видѣ рѣшетки фибриллъ. Наконецъ, въ мозговомъ отрѣзкѣ, въ участкѣ, лежащемъ вблизи перерѣзаннаго края, видно, что очень многіе осевые цилиндры образовали длинные сложные участки, состоящіе изъ фибриллъ, которыя переплетаются между собою, частью образуютъ вѣтви съ конечными утолщеніями, частью же пересѣкаются другъ съ другомъ въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ. Кое-гдѣ расположены одиночныя, почти гомогенныя, блѣдныя пластинки со слабо импрегнированными въ нихъ фибриллами.

Въ остальной внутри-орбитальной части зрительнаго нерва видно много зернистаго распавшихся осевыхъ цилиндровъ. Вообще, въ обоихъ отрѣзкахъ волоконъ замѣтно меньше, чѣмъ въ предыдущіе сроки. По сравненію съ другими частями концевъ мозгового отрѣзка является болѣе богатымъ тонкими осевыми цилиндрами. Въ немъ также больше, чѣмъ на краю глазного конца, конечныхъ почекъ и дихотомическихъ дѣленій. Сложные же фибриллярные участки встрѣчаются только въ немъ одномъ. Какъ правило, вѣтви въ глазномъ отрѣзкѣ идутъ по направленію къ мозгу; въ мозговомъ же отрѣзкѣ онѣ спускаются въ сторону глаза.

20—29-ый день. Въ обоихъ отрѣзкахъ осевыхъ цилиндровъ относительно немного. Глазной концевъ имѣетъ значительно меньшій калибръ по сравненію съ нормой; въ одномъ опытѣ (№ 12) намъ его не удалось найти, тамъ же, гдѣ онъ оказался на лицо, онъ былъ соединенъ плотной тканью съ мозговымъ отрѣзкомъ. Осевые цилиндры, извиваясь между вѣтками, спускаются изъ бульбарнаго конца на нѣкоторое разстояніе въ рубецъ. Въ центральныхъ частяхъ рубца ихъ не видно. А вблизи края мозгового отрѣзка встрѣчается все еще значительное количество осевыхъ цилиндровъ съ красивыми

фибрилярными утолщеніями Вѣтвей въ этотъ періодъ времени намъ обнаружить не удалось.

Осевыхъ цилиндровъ въ остальной внутри-орбитальной части нерва встрѣчается немного.

2—3 мѣсяца. Оба отрѣзка соединены плотной, бѣдной ядрами тканью. Въ глазномъ отрѣзкѣ волокна встрѣчаются нѣсколько чаще, чѣмъ въ мозговомъ. Они спускаются довольно глубоко въ рубецъ. На концѣ мозгового отрѣзка видны изрѣдка тонкія, хорошо импрегнированные волокна; утолщенія встрѣчаются рѣдко и импрегнируются плохо.

Измѣненія въ изолированномъ отрѣзкѣ нерва.

4—9 дней. На концѣ, обращенномъ къ глазу, оказались измѣненія совершенно аналогичныя тѣмъ, которыя наблюдаются въ этотъ срокъ на концѣ мозгового отрѣзка при сохраненіи его непрерывности съ центромъ. Осевые цилиндры, какъ тонкіе, такъ и толстые очень многочисленны; такъ же видны на нихъ конечныя утолщенія и обращенныя къ глазу вѣтви. На остальномъ протяженіи изолированного отрѣзка большинство осевыхъ цилиндровъ неизмѣнено; кое-гдѣ они имѣютъ боковые выступы, меньшая же часть зернисто распалась. Ядра межуточной ткани всюду хорошо различаются. На оторванномъ же концѣ изолированного отрѣзка въ части его, ближайшей къ мѣсту разрыва, встрѣчается опять большое количество хорошо импрегнированныхъ утолщеній, частью нѣжно фибриллярныхъ; утолщенія сидятъ на концахъ осевыхъ цилиндровъ и имѣютъ треугольную, овальную, грушевидную или неправильную форму. Зернистыхъ поясовъ вокругъ нихъ мы не видѣли. Помимо того, иногда встрѣчаются и раздѣленія осевыхъ цилиндровъ на очень тонкія вѣточки. Послѣднія проходятъ, извиваясь, между клѣтками, направляются въ сторону разрыва и нерѣдко оканчиваются также утолщеніями.

10—18 дней. Количество осевыхъ цилиндровъ въ изолированномъ отрѣзкѣ меньше, чѣмъ въ тѣ же сроки въ мозговомъ (участкѣ) при простой перерѣзкѣ. Однако ихъ все еще значительное количество, при чемъ они принадлежать главнымъ образомъ къ разряду тонкихъ. Тѣ цилиндры, которые распались, представлены мѣстами въ видѣ кучекъ сѣрыхъ зернышекъ. На обоихъ же концахъ этого отрѣзка мы видимъ также нѣсколько меньшее число, чѣмъ раньше, тончайшихъ хорошо импрегнированныхъ волоконецъ, утолщень и изрѣдка мѣсть дихотомическихъ дѣленій осевыхъ цилиндровъ; при чемъ, какъ въ предыдущій срокъ, такъ и теперь описанныя на обоихъ концахъ изолированного отрѣзка образования направлены въ прямо противоположныя стороны: на концѣ, ближайшемъ къ глазу,—въ сторону глаза, а на другомъ концѣ—въ сторону мозга. Что касается глазного и мозгового концовъ нерва, то на нихъ видны тѣ же особенности, что и въ соответственныхъ мѣстахъ при простой перерѣзкѣ.

Вотъ вѣратѣ гистологическія измѣненія, которыя намъ удалось подмѣтить на препаратахъ, импрегнированныхъ серебромъ по способу Ramon y Cajal'я.

Теперь мы остановимся въ нѣсколькихъ словахъ на тѣхъ особенностяхъ, которыя видны на 4-ый и 10-ый день опытовъ при фиксаціи первыхъ флемминговскою жидкостью. Міелиновая оболочка большинства осевыхъ цилиндровъ осталась неизмѣненной. Только изрѣдка въ мозговомъ отрѣзкѣ встрѣчаются характерные признаки разрушенія, именно, міелиновые двухконтурные пары. Самихъ осевыхъ цилиндровъ съ увѣренностью различить нельзя, при окраскѣ сафраниномъ они трудно дифференцируются отъ тонкихъ отростковъ клѣтокъ. Нѣжныхъ развѣтвленій, тонкихъ волоконецъ и фибриллъ, конечно, также найти не удастся. За то конечныя утолщенія при этой окраскѣ выступаютъ очень хорошо. По своему вѣш-

нему виду они не одинаковы: одни изъ нихъ имѣютъ равномерно сѣрую окраску и почти гомогенны; въ другихъ, кромѣ того, на этомъ однообразномъ фонѣ видны мелкія зерна правильно круглой формы, интенсивно красящіяся сафраниномъ. Зерна эти группируются въ части утолщенія, ближайшей къ осевому цилиндру. Наконецъ, нѣкоторые утолщенія равномерно красятся сафраниномъ въ красный цвѣтъ; найти около нихъ сѣраго пояса не удастся. Изрѣдка около этихъ различныхъ утолщеній лежатъ мѣлиновые шары. Эти три группы утолщеній видны какъ на бульбарномъ, такъ, главнымъ образомъ, и на мозговомъ концѣ.

Такимъ образомъ на зрительномъ нервѣ при перерѣзѣ его наступаютъ слѣдующія измѣненія:

1) На обоихъ концахъ нѣкоторые осевые цилиндры вблизи мѣста разрѣза подвергаются къ концу первыхъ сутокъ опыта зернистому распаду. Большинство же осевыхъ цилиндровъ доходитъ до края разрѣза.

2) Какъ въ бульбарномъ, такъ и въ мозговомъ отрѣзкѣ (а также и въ изолированной части перва) громадное большинство осевыхъ цилиндровъ остается неизмѣненнымъ до конца 10-го дня; начиная съ 11-го дня, количество ихъ въ обоихъ отрѣзкахъ начинаетъ медленно уменьшаться; къ концу перваго мѣсяца опыта во внутри-орбитальной части мозгового отрѣзка при простой невротоміи осевыхъ цилиндровъ видно немного, а къ концу третьяго мѣсяца ихъ остается очень мало, при чемъ чаще они встрѣчаются въ бульбарномъ отрѣзкѣ.

3) Такому же медленному распаду подвергается и мѣлиновая оболочка осевыхъ цилиндровъ. Такъ, къ концу 10-го дня опыта она совершенно сохранена на громадномъ большинствѣ осевыхъ цилиндровъ.

4) На концахъ очень многихъ осевыхъ цилиндровъ, какъ тонкихъ, такъ и толстыхъ, появляются утолщенія различной формы и вѣшняго вида. Эти утолщенія видны какъ на краю

бульбарнаго и мозгового конца при простой перерѣзкѣ нерва, такъ и на обоихъ концахъ изолированнаго отрѣзка. Большинство утолщеній расположено на мозговомъ концѣ нерва, на остальныхъ же концахъ ихъ видно меньше.

5) Начиная съ 4-го дня опыта, на концахъ осевыхъ цилиндровъ какъ тонкихъ, такъ и толстыхъ, видны различной длины и толщины вѣтви, какъ одиночныя, такъ и множественныя, при чемъ иногда осевые цилиндры на довольно большомъ протяженіи распадаются на большое количество тончайшихъ волоконцевъ, сложнымъ образомъ переплетающихся между собою. Всѣ эти измѣненія по своей частотѣ располагаются на концахъ нервовъ такъ же, какъ и конечныя почки, при чемъ на какомъ бы отрѣзкѣ вѣтви ни лежали, онѣ, какъ правило, направлены въ сторону разрѣза.

6) Вѣтви, особенно множественныя, съ 7-го дня опыта въ концу перваго мѣсяца постепенно уменьшаются въ количествѣ и, наконецъ, совсѣмъ исчезаютъ. Конечныя утолщенія также съ теченіемъ времени встрѣчаются рѣже, но изрѣдка видны еще черезъ 2—3 мѣсяца послѣ операціи.

7) Въ рубцѣ, въ ближайшихъ частяхъ его какъ въ бульбарному, такъ и въ мозговому отрѣзкамъ, появляются также тончайшія волокна, составляющія продолженіе осевыхъ цилиндровъ зрительнаго нерва. Волоконца эти также и здѣсь изрѣдка вѣтвятся и имѣютъ концевыя утолщенія.

Обратимся теперь къ объясненію описанныхъ здѣсь измѣненій и сравнимъ послѣднія съ тѣми, которыя наблюдаются при соответственныхъ опытахъ на периферическихъ нервахъ. Быстро наступающее зернистое распаденіе концовъ нѣкоторыхъ осевыхъ цилиндровъ зрительнаго нерва легко вкладывается въ понятіе травматической воспалительной дегенерациі периферическихъ нервовъ. Эта дегенерациа есть слѣдствіе травмы, наступаетъ медленно послѣ операціи на

концѣ отрѣзковъ, занимая на периферическихъ нервахъ пространство до первой, второй перетяжки *Ranvier* и по нашимъ наблюденіямъ равняется тамъ 0,1—0,3 ст. На зрительномъ нервѣ этотъ поясъ травматической дегенерациі равнялся на мозговомъ отрѣзкѣ 0,3 ст., на бульбарномъ же онъ былъ несравненно меньше, при чемъ не всѣ осевые цилиндры подвергались этой дегенерациі.

Явленія же вторичной паралитической т. н. Валлеровской дегенерациі на зрительномъ и на периферическихъ нервахъ далеко не одинаковы. Въ самомъ дѣлѣ, это перерожденіе наступаетъ только на отдѣленномъ отъ центра отрѣзкѣ периферическаго нерва въ періодъ времени отъ одного до 4-хъ дней по различнымъ авторамъ (*Büngner*, *Stroebe*, *Notthafft*, *Howell*, *Huber*), при чемъ оно не только очень быстро, но по большинству авторовъ и одновременно развивается во всемъ отрѣзкѣ нерва, независимо отъ его длины. Изъ огромнаго ряда авторовъ, наблюдавшихъ эту вторичную дегенерацию, только *Bethe* и *Mönckeberg* указываютъ, что разрушеніе различныхъ волоконъ идетъ разновременно и вполнѣ заканчивается черезъ 5—6 дней послѣ операціи. Наконецъ, по *Лапинскому* процессъ дегенерациі въ периферическомъ отрѣзкѣ возрастаетъ къ 4—6 дню, во многіе осевые цилиндры къ 14-ому дню послѣ операціи находятся еще въ начальной стадіи перерожденія. Незмѣненные нервные волокна въ очень небольшомъ количествѣ онъ видѣлъ даже на 3, 4 и 7 ой недѣлѣ послѣ операціи. Съ своей стороны, мы при изученіи дегенерациі периферическихъ нервовъ наблюдали, что уже на 4—5-ый день послѣ операціи неизмѣненные отрѣзки толстыхъ осевыхъ цилиндровъ встрѣчаются сравнительно рѣдко (1—2 въ каждомъ срѣзѣ); тонкіе же цилиндры встрѣчаются чаще. На 6—8-ой день во всемъ периферическомъ отрѣзкѣ видны почти исключительно продукты распада нервныхъ волоконъ. Незмѣненные же осевые цилиндры, какъ толстые, такъ и

тонкіе, встрѣчаются не въ каждомъ срѣзѣ. Итакъ, если и нѣтъ согласія между авторами въ деталяхъ, то въ главныхъ чертахъ всѣ они указываютъ, что огромное большинство осевыхъ цилиндровъ периферическаго нерва распадается въ теченіе первой недѣли послѣ операціи. Совершенно противоположное явленіе, какъ мы видѣли, происходитъ на зрительномъ нервѣ. Въ немъ, въ мозговомъ концѣ, т. е., въ томъ, гдѣ громадное большинство осевыхъ цилиндровъ отдѣлено отъ своего центра, дегенерація протекаетъ чрезвычайно медленно. Къ концу перваго мѣсяца послѣ операціи количество неизмѣннѣйшихъ волоконъ въ немъ несравненно больше, чѣмъ на второй день въ изолированномъ отъ центра периферическомъ нервѣ. Въ болѣе ранніе сроки, къ концу 10-го дня операціи, неизмѣннѣйные осевые цилиндры и ихъ мякотныя влагалища составляютъ большинство не только въ мозговомъ отрѣзѣ, но даже и въ изолированной, какъ отъ глаза, такъ и отъ мозга, части зрительнаго нерва и перерожденныя волокна встрѣчаются относительно рѣдко, при чемъ одинаково хорошо сохранены какъ толстые, такъ и тонкіе нервы.

Въ этомъ явленіи и заключается рѣзкая противоположность въ измѣненіяхъ зрительнаго нерва по сравненію съ периферическими нервами.

Причину подобной медленности распада миелиновыхъ волоконъ зрительнаго нерва, по нашему мнѣнію, слѣдуетъ искать въ отсутствіи на осевыхъ цилиндрахъ швановской оболочки или точнѣе ея клятокъ. Такъ, въ покрытыхъ швановской оболочкой периферическихъ нервахъ очень скоро послѣ отдѣленія отъ центра (по Вüngner'у уже на 3 й день операціи) начинаютъ размножаться ядра швановской оболочки, путемъ непрямой дѣленія, и одновременно съ этимъ увеличивается количество окружающей ихъ протоплазмы. Эта протоплазма распространяется по всему влагалищу и постепенно выполняетъ его. Вотъ эта-то ядроносная протоплазма, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, и разрушаетъ мякотную

оболочку и осевые цилиндры, что даже подало поводъ Ranvier создать теорію, по которой распадъ міэлиновыхъ волоконъ является результатомъ жизнедѣтельности размножившихся клѣтокъ швановской оболочки. Этихъ клѣтокъ и нѣтъ въ зрительномъ нервѣ, и поэтому отдѣленные отъ своего центра осевые цилиндры сохраняются дольше, остаются, равно какъ и ихъ макотныя влагалища, неизмѣнными долгое время, что, по нашему мнѣнію, и является новымъ подтвержденіемъ „Verdrängungstheorie“ Ranvier.

Намъ слѣдуетъ остановиться еще на объясненіи характера конечныхъ утолщеній на осевыхъ цилиндрахъ, вѣтвей на послѣднихъ и появленіи тонкихъ волоковецъ въ рубцѣ, соединяющемъ отрѣзокъ нерва.

Концевыя утолщенія встрѣчаются, какъ извѣстно, также и при опытахъ перерѣзки периферическихъ нервовъ, главнымъ образомъ, на центральномъ концѣ. Ихъ видѣлъ и изобразилъ на рисункахъ Ranvier, Ströbe („Kolbige Endanschwellung“), но особенно хорошо они представлены въ работахъ, сдѣланныхъ съ усовершенствованными методами серебренія (Ramon у Cajal, Perroncito и др.). На основаніи сдѣланнаго нами выше описанія можно различать четыре разновидности этихъ утолщеній: 1) утолщенія фибриллярныя, 2) гомогенныя; обѣ формы безъ мелкозернистаго пояса, 3 и 4) тѣ же двѣ формы съ мелкозернистымъ поясомъ вокругъ. Что разница между 1-ой и 2-ой группой не артефактъ вслѣдствіе случайно большого количества осѣвшего серебра, видно и на препаратахъ, фиксированныхъ осміевою кислотой и окрашенныхъ сафраниномъ. Мелкозернистые пояса, повидимому, суть міэлиновыя массы, а также и остатки перерожденныхъ фибриллъ. Всѣ эти утолщенія представляютъ очень стойкія образованія и постепенно исчезаютъ только выѣстъ съ осевыми цилиндрами. На основаніи приведенныхъ выше картинъ мы приходимъ къ заключенію, что большинство этихъ образованій появляется на концахъ осевыхъ ци-

лидровъ, отдѣленныхъ отъ ихъ центра и даже на обоихъ концахъ изолированныхъ какъ отъ центра, такъ и отъ мозга осевыхъ цилиндровъ. Слѣдовательно, *большинство утолщеній есть выраженіе некробіоза осевыхъ цилиндровъ*. Въ самомъ дѣлѣ, они появляются очень быстро послѣ травмы и въ 4-ому дню особенно возрастаютъ въ количествѣ, именно, на томъ отрѣзкѣ, гдѣ громадное большинство волоконъ отдѣлено отъ своихъ гангліозныхъ клѣтокъ и такимъ образомъ предназначено для медленной дегенераціи; этихъ утолщеній такъ много, что приписать ихъ немногочисленнымъ, расположеннымъ въ зрительномъ нервѣ осевымъ цилиндрамъ, имѣющимъ свои центры въ головномъ мозгу, мы не имѣемъ основанія. Наконецъ, наилучшимъ доказательствомъ того, что эти измѣненія дегенеративнаго характера, служить ихъ появленіе на концахъ совершенно изолированного какъ отъ глаза, такъ и отъ мозга отрѣзка, при чемъ количество ихъ здѣсь также очень велико. Это является лучшимъ доказательствомъ, потому что въ зрительномъ нервѣ, какъ мы видѣли изъ краткаго анатомическаго обзора строенія его нѣтъ центральныхъ симпатическихъ волоконъ. Помимо того, за то, что эти почки дегенеративныя, а не регенеративныя измѣненія, какъ думаютъ нѣкоторые авторы (Reggancito), говорить также и появленіе ихъ на бульбарномъ концѣ только на 8-й день, въ то время, какъ на мозговомъ они замѣтны уже въ концѣ первого дня опыта.

Вѣтви. Начиная съ 4-го дня, въ отдѣленномъ отъ глаза концѣ нерва, а также и въ изолированномъ отрѣзкѣ на обоихъ его концахъ появляется большое количество тончайшихъ волоконцевъ; происхожденія большинства ихъ видѣть не удастся; то же, что нѣкоторая часть ихъ, какъ ясно видно на срѣзахъ, составляетъ вѣтви осевыхъ цилиндровъ; то, что эти волоконца взаимно переплетаются, заставляетъ предполагать, что большинство ихъ представляетъ результатъ развѣтвленій осевыхъ цилиндровъ. Въ виду того, что вѣтви

появляются также иногда, какъ мы видѣли, на совершенно изолированныхъ осевыхъ цилиндрахъ; въ виду того, что часть этихъ образованій есть результатъ некробіоза осевыхъ цилиндровъ. Однако съ другой стороны несомнѣнно, что тѣ тончайшія волокна, которыя расположены въ рубцѣ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ перерѣзанными концами, представляютъ выраженіе новообразованія осевыхъ цилиндровъ. Иначе нельзя объяснить происхожденія этихъ волоконцевъ, изъ которыхъ нѣкоторые составляютъ вѣтви старыхъ осевыхъ цилиндровъ. Наконецъ, къ явленіямъ регенерации, по нашему мнѣнію, можно отнести и фигуры сложныхъ сплетеній фибриллъ, появляющихся на концѣ мозгового отрѣзка въ періодъ времени между 11—18-ми днями. Какимъ образомъ появляются эти волокна,—на основаніи нашихъ препаратовъ, совершенно нельзя сказать.

Резюмируя кратко главнѣйшіе выводы, мы должны сказать:

1) *Перерожденіе зрительнаго нерва* уклоняется отъ типа этого процесса на периферическихъ нервахъ тѣмъ, что совершается чрезвычайно медленно.

2) Это уклоненіе можно объяснить отсутствіемъ на осевыхъ цилиндрахъ зрительнаго нерва ивановскаго влагалища и его клѣтокъ.

3) *На зрительномъ нервѣ* наблюдаются явленія регенерации, правда въ незначительной степени и не ведущія къ соединенію отрѣзковъ нервной ткани.

4) *Образованіе почекъ и вѣтвей* на осевыхъ цилиндрахъ должно быть въ значительной степени отнесено на долю дегенеративныхъ процессовъ въ осевыхъ цилиндрахъ.

На препаратахъ, импрегнированныхъ серебромъ по способу Ramon y Cajal'a, не удается подмѣтить первыхъ признаковъ регенерации осевыхъ цилиндровъ, такъ какъ эти явленія сплетаются съ явленіями перерожденія.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Литература о дегенерации и регенерации периферических нервов приведена в моей работѣ „Ueber die histologischen Vorgänge an den peripherischen Nerven nach Kontinuitätstrennung.“ Beitrage Ziegler's. 41 B. 1907.

Адамюкъ. Болѣзни свѣтоощущающаго аппарата глаза. Казань 1897 г.

Bartels. 34 Versammlung d. D. O. G. 1907. Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. 1907.

Berlin. Ueber Sehnervendurchschneidung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde IX B.

Birch-Hirschfeld. Beitrag zur Kenntniss der Netzhautganglienzellen unter physiologischen u. path. Verhältnissen. v. Graefe's Arch. L. Bd. 1900.

Elinson. Цит. по Van Gehuchten.

Hirtel. Ueber die Folgen der Sehnervendurchschneidung bei jungen Tieren. v. Graefe's Arch. Bd. XLVI. 1898.

Krause. Ueber die anatomischen Voränderungen nach der Neurotomia optico-ciliaris. Archiv f. Augenheilkunde. XI. B.

Krause. Цит. по Wagenmann.

Krenchel. Untersuchungen über die Folgen der Sehnervendurchschneidung beim Frosch. v. Graefe's Archiv XX Bd.

Schmann. Цит. по Wagenmann.

Sent. Beiträge zur Regeneration durchschnittener Nerven. Zeitschr. f. wiss. Zool. VII. 1856.

Michel. Цит. по Schreiber.

Michel. Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen der Netzhaut. XII Congrès intern. de médic. de Moscou. Section XI. Ophtalmologie.

Mislawsky. Цит. по Van Gehuchten.

Pagano. Цит. по Jahresbericht. über d. L. u. F. a. d. G. d. Neurologie und Psychiatrie. 1897 u. 1907.

Perroncito. Die Regeneration der Nerven Beitrage Ziegler's. 42 B. 1907.

Rosow. Цит. по Wagenmann.

Schreiber. Ueber Degeneration der Netzhaut und der Sehnerven. Graefe's Archiv. Bd. 64. 1906.

Van Gehuchten. Anatomie du Système nerveux de l'Homme. 1906.

Wagenmann. Experimentelle Untersuchungen..... über die Folgen der Sehnervendurchschneidung. v. Graefe's Archiv. Bd. XXXVI. 1890.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

Все рисунки (за исключеніемъ № 1) сдѣланы мною съ микроскопомъ Leitz'a Oc. 3. Ob. Im. $\frac{1}{12}$, съ рисовальнымъ аппаратомъ Abbé, при длинѣ трубы въ 160 mm. Рисунокъ № 1 *)—схематическій. Для рисунковъ №№ 2—6 общіе слѣдующія обозначенія: *a*. различной формы фибриллярныя утолщенія, окруженныя нѣжной, мелкозернистой массой и лежація на концахъ осевыхъ цилиндровъ; *a*₁. нѣжныя фибриллярныя утолщенія, лежація на концахъ осевыхъ цилиндровъ; *R* ядра клѣтокъ; *C*. часть нерва, направленная къ мозгу; *P*. часть нерва, направленная къ глазу

Рис. № 1 показываетъ расположеніе конечныхъ утолщеній на различныхъ отрѣзкахъ nervi optici. *a*—часть глаза; *b*—конецъ бульбарнаго отрѣзка; *c*—конецъ центрального отрѣзка; для части опытовъ: *c*—*f*—изолированная часть нерва (между *b* и *c* нервъ разрѣзанъ, между *f* и *g* разрѣванъ въ canalis opticus, часть изолированного отрѣзка между *d* и *e* не изображена на рисункѣ); *g*—конецъ нерва, оставшійся въ связи съ мозгомъ.

Рис. № 2. Опытъ № 35. 2 дня; центральный конецъ являлся мѣстомъ разрѣза. *b*—конечное утолщеніе, направленное въ сторону мозга; *e*—конецъ осев. ц., покрытый выступами; *f*—фибрилярное утолщеніе по ходу осевого цилиндра, лежащее въ мелкозернистой массѣ; *n*—тоже безъ мелкозернистой массы; *o*—извивающійся осев. ц. съ большимъ утолщеніемъ на концѣ; *v*—веретенообразное утолщеніе, по ходу осев. ц.

*) За выполненіе этого рисунка считаю долгомъ поблагодарить глубокоуважаемаго товарища М. М. Тизенгаузена.

Рис. № 3. Оп. № 1. 6 дней. центральный конецъ вблизи мѣста разрыва: *о*—осев. ц., имѣющій утолщеніе *а*; *о₁*—осев. ц. съ фибриллярнымъ выступомъ *в* и утолщеніемъ *и*, лежащимъ по ходу цилиндра; *д*—дихотомически дѣлящійся осевой цилиндръ, у *ж*. пересекающійся съ другими; *т*—вѣтвь осев. ц.; *в₁*—гомогенное утолщеніе.

Рис. № 4. Опытъ № 32. 12 дней. Конецъ глазного отрѣзка. *д*—мѣсто дихотомическаго дѣленія; *о*—осев. ц., имѣющій небольшое утолщеніе *и*, и раздѣляющійся ниже на вѣтви, изъ которыхъ одна *т*. распадается на много очень малыхъ вѣточекъ съ утолщеніями *и*; *г*—свободно лежащее утолщеніе; *г*—кольцевидное образованіе на концѣ ос. ц.

Рис. № 5. Опытъ № 38. 14 дней. Конецъ мозгового отрѣзка. *н*. сложные участки на концахъ осевыхъ цилиндровъ, гдѣ фибриллы переплетаются между собой и образуютъ сложныя сплетенія; *т*—концевое утолщеніе на одной изъ вѣтвей; *г*—свободно лежащее рѣшетчатое образованіе; *г*—кольцевидное утолщеніе; *з*—утолщеніе съ плохо импрегнирующимися фибриллами.

Рис. № 6. Оп. № 33. 9 дней. Разорванный конецъ изолированнаго отрѣзка. *г*. гомогенное, длинное утолщеніе на концѣ осев. ц.; *д*. дихотомически дѣлящійся осев. ц.; *д*.—мѣсто дихотомическаго дѣленія; *т*—гомогенное утолщеніе на одной изъ вѣтвей; *р*—фибрилярное утолщеніе, связь котораго съ осев. ц. не видна; *г*—кольцевидное образованіе, связь котораго съ осев. ц. не видна.

Рис. 1.

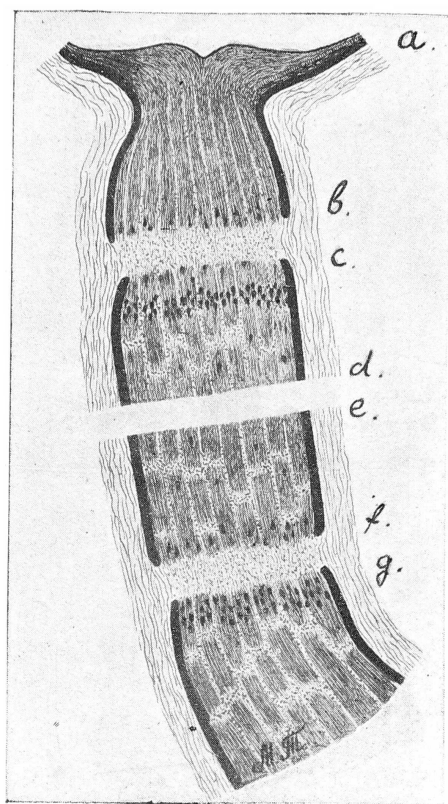


Рис. 2.

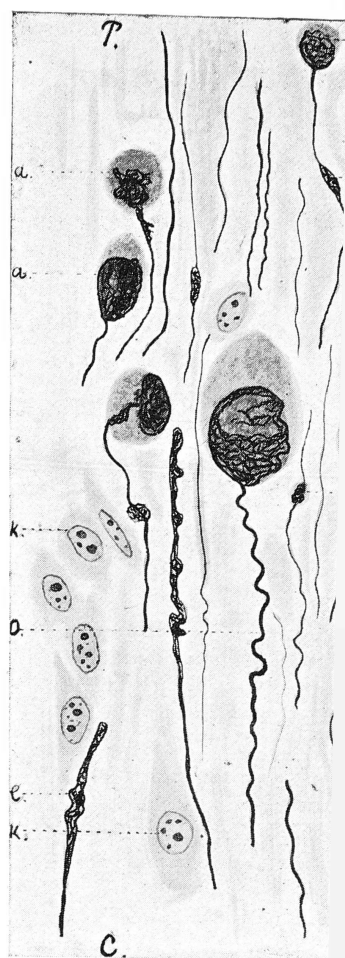


Рис. 4.

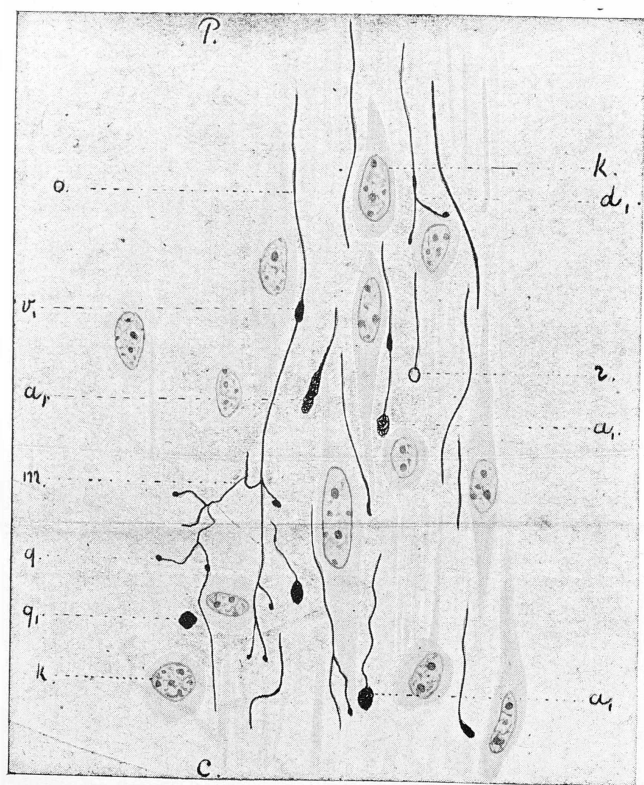


Рис. 5.

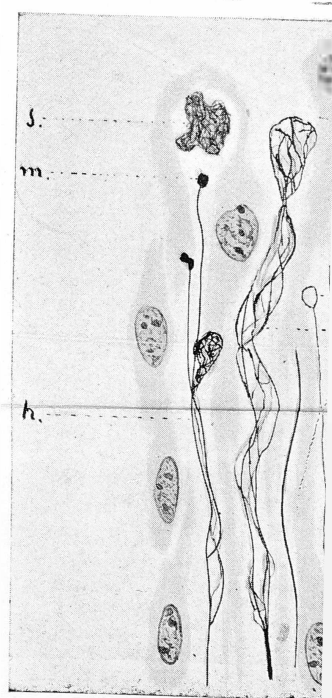


Рис. 3.

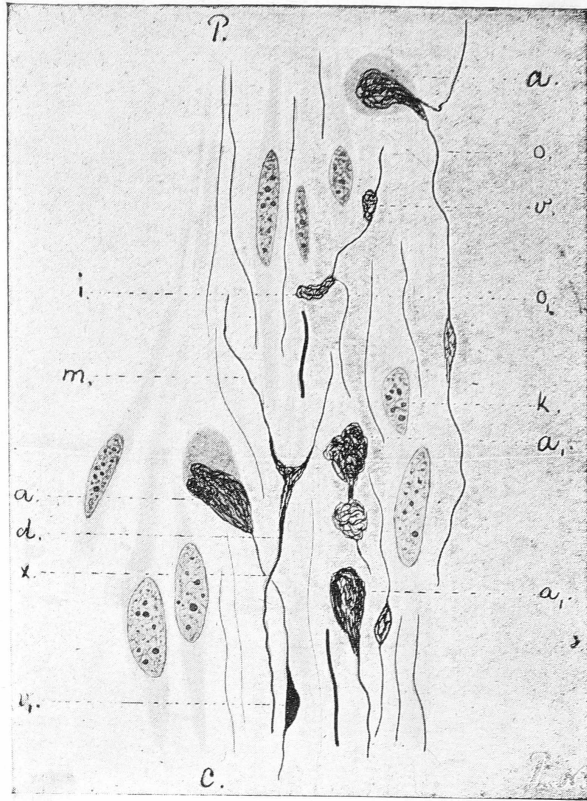
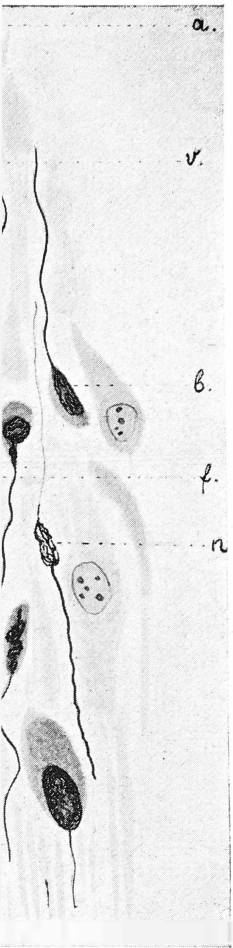
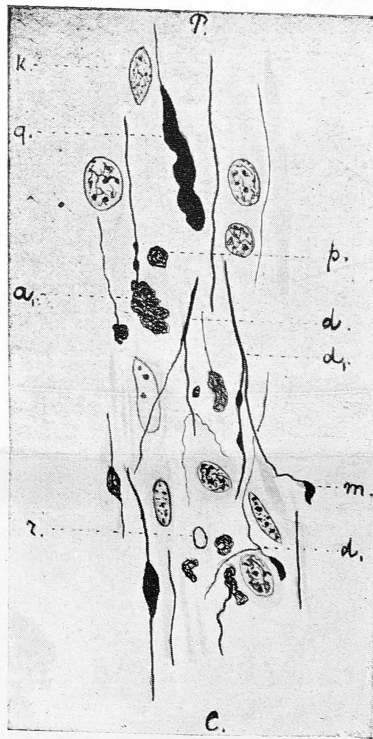
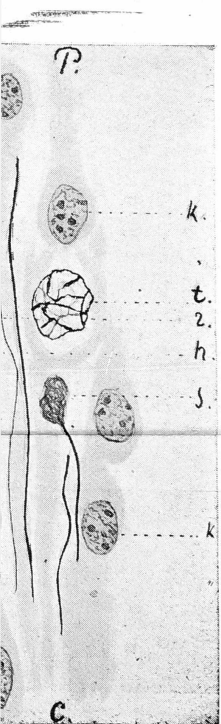


Рис 6.



Пораненіе caudae equinae острымъ рѣ- зущимъ орудіемъ въ верхней ея части.

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета.

І. А. Веселитскаго.

Въ концѣ прошлаго года и началѣ настоящаго клиникѣ представился случай въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ наблюдать одностороннее пораненіе острымъ рѣзущимъ орудіемъ той части caudae equinae, которая прилегаетъ къ нижнему отрѣзку спинного мозга. Пораненія вообще острымъ орудіемъ содержимаго позвоночника болѣе наносятся посторонней рукой, чѣмъ самимъ потерпѣвшимъ. По Roesler'y, который собралъ нѣсколько такихъ новѣйшихъ случаевъ изъ литературы (около 50), большая часть такихъ пораненій приходится на шейную часть, гдѣ они встрѣчаются вдвое чаще, чѣмъ въ другихъ частяхъ. Особенно обширный литературный матеріалъ, касающійся пораненія, главнымъ образомъ, спинного мозга, собранъ изъ литературы Flatau (съ 1743 по 1905 годъ, при чемъ рассмотрѣно до 108 работъ). Въ обзорѣ описанныхъ случаевъ пораненій содержимаго позвоночника за послѣднія семь лѣтъ миѣ не пришлось встрѣтить ни одного случая пораненія въ нижней части позвоночника. Такимъ образомъ, случаи такого рода, повидимому, далеко не часты. Кромѣ того, они представляются весьма интересными въ діаг-

постическомъ отношеніи, почему я и считалъ не лишнимъ представить нашъ случай.

Краткая исторія нашего случая такова: Молодой человекъ 21 года, холостой, здоровый 29 октября 1907 года получилъ во время деревенскаго праздника, въ пьяномъ видѣ, отъ пьяныхъ же однодеревенцевъ три раны ножомъ и, кромѣ того, былъ при этомъ порядочно побитъ. Одна рана неглубокая на правой половинѣ лба, другая—около нижняго угла лѣвой лопатки, между ней и позвоночникомъ, и третья рана въ правую сторону позвоночника, около остистыхъ отростковъ подъ 12 ребромъ. Больной послѣ раненія не потерялъ сознания, но тотчасъ упалъ и самъ встать не могъ, не смотря на всѣ усилія, такъ какъ правая нога оказалась совершенно недвижимой, парализованной. Потерялъ довольно порядочно крови. Раненіе получилъ на улицѣ, гдѣ и пролежалъ съ полчаса, пока въ праздничной суматохѣ была снаряжена подвода, на которой онъ и былъ отправленъ въ Казань въ губерскую земскую больницу. (За 12 верстъ). По дорогѣ нѣсколько разъ впадалъ въ безсознательное состояніе и плохо помнитъ, то, что произошло во время пути и по прибытіи въ городъ. Въ больницу былъ принятъ въ тяжеломъ, угрожающемъ жизни состояніи. Рана около лѣвой лопатки оказалась проникающей въ грудную полость и осложненной пораненіемъ легкаго. Первые дни наблюдались очень тяжелыя явленія пневмо et hematotoracis съ кровохарканіемъ, сильнѣйшей одышкой и затрудненной дѣятельностью сердца. Пульсъ доходилъ до 160, число дыханій до 60 въ мин. На третій день—значительное облегченіе и опасность со стороны грудныхъ органовъ миновала. Въ первые дни тяжелыхъ, угрожающихъ явленій со стороны легкихъ и сердца самъ больной и окружающіе естественно не обратили вниманіе на состояніе конечностей. Когда же больной нѣсколько оправился, то съ перваго же раза сталъ чувствовать нестерпимую сильную ломоту, стрѣльбу во всей правой ногѣ, очень мучительную и непрерывную, совершенно лишаящую его сна въ продолженіе цѣлой недѣли. Боль распространялась по всей ногѣ, но болѣе чувствовалась въ бедрѣ. Больше недѣли послѣ раненія шла туго и очень рѣдко моча, и былъ сильный запоръ, стулъ только черезъ 8 сутокъ послѣ раненія, стулъ и мочеотдѣленія на второй

недѣлѣ стали правильными, а острые, — рвущія, стрѣлающія боли стали непостоянны, а наступали только припадками нейральнойформно, иногда длительными и всегда очень мучительными. Недѣли три больной не вставалъ на постели и подниматься могъ только съ посторонней помощью. — Потомъ сталъ кое-какъ передвигаться и, наконецъ, ходить съ помощью костылей.

При изслѣдованіи въ клиникѣ больной представлялся нѣсколько ослабленнаго, пониженнаго питанія съ блѣдной окраской кожи и слизистыхъ оболочекъ. На спинѣ еще не вполне зарубцевавшаяся рана около нижняго угла лѣвой лопатки, ближе къ позвоночнику около 4—5 сант. въ длинникѣ; на правой сторонѣ спины около самаго позвоночника, немного ниже прикрѣпленія 12 ребра; на уровнѣ промежутка между 12 груднымъ и 1-мъ поясничнымъ позвонкомъ, небольшой пигментированный рубчикъ косвенно поперечнаго направленія, менѣе 3 сантиметровъ въ длинникѣ. Давленіе на эту область неболезненно. Движенія правой нижней конечности значительно ограничены. Ходитъ съ костылями, падаетъ при ходьбѣ правую ногу, не опираясь на нее всей тяжестью тѣла. Стоять можетъ и безъ поддержки, но при этомъ всю тяжесть тѣла переноситъ на лѣвую нижнюю конечность. При стояніи и еще болѣе при ходьбѣ замѣтно неправильное положеніе правой стопы, которая нѣсколько ротирована и повернута внутрь и кверху, такъ что больной болѣе опирается на наружный край стопы. Отдѣльные движенія правой ноги представляютъ также особенности. При лежачемъ положеніи на спинѣ больной совершенно не въ состояніи поднять сколько-нибудь отъ постели вытянутую ногу (слабость *mm. ileopsoas* и *iliac. intern.*); при усиленныхъ попыткахъ исполнить это движеніе нога отводится (слабость *adductor*овъ). При томъ же положеніи на спинѣ, больной можетъ согнуть бедро, но только при одновременномъ сгибаніи и голени, при чемъ опять нога отводится замѣтно внаружи. Движеніе это по объему недостаточно, а по силѣ совершенно ничтожно. Разгибаніе бедра праваго и отведеніе его совершается въ достаточномъ объемѣ и съ порядочной силой. Если бедро находится въ положеніи наибольшаго разгибанія, то вывести его изъ этого положенія безъ помощи рукъ больной не въ состояніи. Ротация бедеръ внутрь и внаружи близка къ нормѣ. Приведеніе бедра совершенно не возможно. Движенія голени въ сторону сгибанія по объему доста-

точны, по силѣ—слабы, разгибаніе по объему замѣтно недостаточно, а по силѣ очень ослаблено. Движенія стопы въ сторону тыльного и подошвеннаго сгибанія возможны и по объему достаточны, а по силѣ тыльное сгибаніе ослаблено, и совершается съ нѣкоторымъ уклоненіемъ, обнаруживающимъ слабость m. peronei (стопа ротируется при этомъ внутрь и вверху). Отведеніе и ротация стопы кнаружи почти невозможны. Движенія пальцевъ возможны только въ сторону сгибанія Непроизвольныхъ движеній, фибриллярныхъ и фасцикулярныхъ подергиваній вѣтъ. Рефлексы сухожильные: коленный справа не вызывается, слѣва очень оживленъ, даже повышенъ; съ Ахиллова сухожилія справа повышенъ, съ непостояннымъ clonus'омъ, а слѣва оживленъ. Кожные: брюшные нормальны, какъ верхній, такъ и нижній; съ cremaster'a справа не получается, слѣва—нормаленъ. Подошвенный нормальнаго типа. Тазовые органы въ порядкѣ. Тонусъ мышцъ на правой ногѣ значительно пониженъ, мышцы вялы; на лѣвой—нормаленъ. Со стороны общей чувствительности наблюдаются сильныя самостоятельныя боли въ правой ногѣ, очень жестокия, острые, наступающія временами, нейральгическаго. Мягкія части мало чувствительны къ давленію на правой ногѣ. Всѣ виды чувствительности (тактильной, болевой, температурной, давленія, мышечнаго, вибраціоннаго чувства) представляются рѣзко пониженными почти до полного ихъ исчезанія на передней поверхности правой ноги. Область распространенія этого разстройства чувствительности представляетъ довольно ясныя границы и занимаетъ всю переднюю поверхность бедра, начиная съ нижней части живота, выше паха и распространяясь на голень и стопу. На бедрѣ только верхняя внутренняя поверхность съ нормальной чувствительностью, наружная поверхность его также анестезирована; внутренний край стопы свободенъ отъ полной анестезіи, какъ и подошва, гдѣ только незначительное пониженіе—гиперестезія. На задней поверхности бедра чувствительность нормальна. Область анестезіи заходитъ сзади на тазовую ягодичную, гдѣ занимаетъ только наружную часть. Средняя же часть ягодичной области оказывается пощаженой, именно большой полуоваль, окружающій crena ani справа. Область genitali'a и промежность представляютъ нормальную чувствительность. Температурное чувство понижено въ такихъ границахъ, что на анестезированныхъ мѣс-

тахъ больной не отличаетъ прикосновеній льда отъ t° 45—50°. Вибраціонное чувство отсутствуетъ. Питаніе мышцъ нѣсколько понижено и обнаруживается замѣтнымъ похуданіемъ. При измѣреніи на одинаковыхъ высотахъ обоихъ бедеръ оказались слѣдующія величины окружностей: сверху слѣва 48; справа—42 $\frac{1}{2}$ снтм.; на границѣ нижней и средней частей бедеръ слѣва 38—справа 33 $\frac{1}{2}$ снтм.; на голеняхъ слѣва 31 справа 28 $\frac{1}{2}$. Мышцы нѣсколько дряблы, особенно спереди на бедрѣ и отчасти голени. Питаніе костнаго скелета, кожи не пострадало. Непостоянныя вазомоторныя разстройства на правой нижней конечности, особенно во время припадка боли, въ видѣ налитія венъ, покраснѣнія и нѣкоторой отечности. Секреторныхъ разстройствъ нѣтъ. Электровозбудимость во многихъ мышцахъ представляетъ количественное пониженіе фарадической и гальванической и качественное измѣненіе послѣдней.

	Фар.	Гальв.	Реакц.
Mm. Glutei	50—55	6 мм. жив. норм.	на лѣв. тоже.
— Tensor fasc. lat. . .	45—50	6—7 —	тоже на лѣв. 75—4 mill. ам.
— Rectus femoris . . .	0	16	$K > A$ } Сокращенія немного $K > A$ } $K > A$ } вяловатія. $K > A$ }
— Sartorius	0	16	
— Vastus ext.	0	16	
— Vastus int.	0	16	
— Adductores	0	20	$A > K$ сокращенія очень вялы.
— Semimusc.	35	10	жив. норм. } Слѣва—50—55 миллим.
— Biceps fem.	35	10	жив. норм. }
— Tibialis ant.	48	8	— норм. Слѣва 76—5 mil.
— Peronei	0	18	— $Ap > K$.
— Extens. digitor. comm. long.	0	16	— $Ap = K$. Сокращенія вялы.
— Extens. haluc. lon. .	30	10	— $K > A$.
— Extens. dig. com. brev.	30	12	— $A = K$. Сокращ. вяло, но оно и норм. на этой мыш. вял.
— Gastrocnemius . . .	60—65	4	— норм.

Вотъ всѣ данныя, добытыя изслѣдованіемъ нашего больного. За время пребыванія въ клиникѣ въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ на первый планъ выступали явленія раздраженія чувствительности въ видѣ очень частыхъ жестокихъ болей, требующихъ, главнымъ образомъ, врачебнаго вмѣшательства.

Параличи и анестезіи остались почти безъ измѣненій и больной выписался почти въ томъ же состояніи, какъ поступилъ. Опуская тяжелыя угрожающія явленія со стороны грудныхъ органовъ, наблюдавшіяся въ первые дни послѣ раненія, со стороны первой системы въ анамнезѣ нашего больного отмѣчаются очень рѣзкія расстройства, параличъ правой нижней конечности, наступившій непосредственно тотчасъ послѣ нанесенія больному колотыхъ ранъ. До этого больной былъ совершенно здоровъ, только можетъ быть, нѣсколько опьяненъ, и потому, вѣдъ всякаго сомнѣнія всѣ болѣзненные явленія со стороны нервной системы должны быть поставлены въ прямую зависимость отъ нанесенныхъ ему пораненій и именно, раны съ правой стороны позвоночника въ промежуткѣ между 12 груднымъ и 1-мъ поясничнымъ позвонками. Только это раненіе имѣетъ несомнѣнное отношеніе къ внезапно развившемуся параличу правой нижней конечности и рѣзкимъ расстройствамъ чувствительности въ ней. Раненіе это должно быть признано глубокимъ, проникающимъ въ самую полость позвоночника, такъ какъ при болѣе поверхностномъ раненіи, проникающемъ въ глубь только до позвоночника, никоимъ образомъ не могло произойти наблюдаемаго комплекса явленій, параличей и анестезій, распространяющихся на значительную часть нижней конечности. Такое распространеніе болѣзненныхъ явленій со стороны нервной системы при маленькихъ размѣрахъ раны менѣе 3 сантиметровъ, исключаетъ всякую возможность пораженія только отдѣльныхъ спинальных стволовъ или сплетеній. *Reflexus lumbalis* при томъ по положенію своему далеко не соотвѣтствуетъ высотѣ раны; онъ сформировывается приблизительно на высотѣ поперечнаго отростка 3-го поясничнаго позвонка. Такимъ образомъ, мы можемъ здѣсь говорить только о пораженіи интравертебральномъ и при томъ пораженіи довольно стойкомъ и распространенномъ. Прежде всего, раненіе острымъ орудіемъ не могло обойтись безъ болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія

въ полость позвоночника, указанія на что мы имѣемъ и въ анамнезѣ, въ наблюдавшихся первую недѣлю явленіяхъ общаго сдавленія содержимаго позвоночнаго канала, какъ двигательныхъ такъ и чувствительныхъ элементовъ заключающихся тамъ. Ограниченіе подвижности распространялось, по-видимому, сначала на обѣ конечности было болѣе полнымъ интензивнымъ и отчасти на туловище; больной даже въ постели могъ перемѣщаться только съ посторонней помощью, кромѣ того были расстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки (рѣдкое, тугое выдѣленіе мочи и запоръ продолжается 8 дней); со стороны чувствительности жестокія нестерпимыя боли, безпрерывно мучившія больного въ продолженіе цѣлой недѣли. Всѣ эти явленія оказались относительно не стойкими, и черезъ нѣкоторое время прошли, оставивъ то, что пришлось отмѣтить при нашемъ, клиническомъ изслѣдованіи. Эти непостоянныя исчезнувшія явленія, очень распространенныя у нашего больного, заключавшіяся въ расстройствахъ тазовыхъ органовъ, параличи, распространенные не на одну конечность правую, а также и на лѣвую и отчасти туловище, безпрерывныя боли, должны быть отнесены на долю именно кровотоčenія въ полость позвоночнаго канала, обусловившаго собой временное болѣе или менѣе значительное и обширное сдавленіе, какъ самого спинного мозга, такъ и выходящихъ изъ него корешковъ. Кромѣ того у нашего больного наблюдаются и довольно стойкія, неизмѣняющіяся расстройства двигательныя и чувствительныя, которыя заставляютъ насъ безусловно заключить, что въ нашемъ случаѣ однимъ кровотоčenіемъ дѣло несомнѣнно не ограничилось. Болѣе или менѣе существенно должны были пострадать непосредственно отъ самого раненія и нервныя элементы, заключающіеся здѣсь—спинной мозгъ, или отходящіе отъ него корешки, или то и другое вмѣстѣ.

Для рѣшенія вопроса, что именно въ данномъ случаѣ представляется пострадавшимъ, необходимо обсудить наблюда-

емые у нашего больного симптомы, которые довольно характерны и дают въѣкторныя точки опоры въ этомъ отношеніи. Самое мучительное, самое выдающееся явленіе у нашего больного представляютъ явленія раздраженія чувствительности, жестокія боли въ правой ногѣ во все время теченія болѣзни; эти боли были настолько нестерпимы и жестоки, что вызывали слезы и стоны у взрослого человѣка и иногда совершенно лишали его сна. Боли эти отсутствовали рѣдкій день. Двигательныя разстройства не такъ отягощали больного, тѣмъ болѣе что больной всетаки могъ сносно передвигаться хотя и на костыляхъ. Со стороны разстройства чувствительности не менѣе характернымъ и важнымъ для насъ является анестезія, распространяющаяся на все виды чувствительности довольно равномерно. За все время наблюденія больного въ клиникѣ не замѣчено было фибриллярныхъ или фасцикулярныхъ подергиваній, также произвольныхъ движеній крупныхъ парализованной конечности. Двигательныя и чувствительныя разстройства вполнѣ асимметричны и ограничились только одной нижней конечностью правой. Перечисленныя явленія довольно доказательны и характерны для пораженія преимущественно корешковъ (чувствительныхъ и двигательныхъ) въ данной области и говорятъ противъ пораженія, сколько нибудь значительнаго, самаго спинного мозга; такъ что въ данномъ случаѣ, мы съ достаточной вѣроятностью должны говорить о преимущественномъ почти исключительномъ, пораженіи корешковъ, которые въ этомъ мѣстѣ принадлежатъ къ нижнему отрѣзку спинного мозга и представляютъ начало *caudae equinae*. Кромѣ того, за то же говоритъ и самый механизмъ пораженія, не позволяющій допустить мысли о ветровутости корешковъ въ начальной части *caudae*, такъ какъ ножъ при прониканіи въ полость позвоночника, послѣ твердой оболочки, прежде всего встрѣчаетъ на своемъ пути корешокъ и только потомъ уже самый спинной мозгъ. Явленій, говорящихъ за болѣе или менѣе значительное пораженіе

самого спинного мозга, въ данномъ случаѣ мы признать не можемъ; но совершенно исключать пораженіе спинного мозга также не представляется возможнымъ. У нашего больного отмѣчено при изслѣдованіи, между прочимъ, повышеніе рефлекса съ праваго Ахиллова сухожилія при отсутствіи праваго колѣннаго, а слѣва повышеніе рефлекса колѣннаго нѣкоторое оживленіе рефлекса Ахиллова. Эти явленія не могутъ быть объяснены однимъ одностороннимъ пораженіемъ только корешковъ и должны быть отнесены на счетъ участія въ процессѣ и спинного мозга; это участіе можетъ ограничиться нѣкоторымъ сдавленіемъ еще неполнѣ разрѣшившагося кровотеченія, что возможно и, пожалуй, болѣе вѣроятно, такъ какъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ наблюдается и на лѣвой ногѣ. О поперечномъ пораженіи, пораженіи спинного мозга въ данномъ случаѣ не можетъ быть рѣчи, такъ какъ разстройства одностороннія и нѣтъ разстройствъ тазовыхъ органовъ; такимъ образомъ нѣкоторое участіе со стороны спинного мозга исключено быть не можетъ.

Что касается детальнаго опредѣленія, въ какой именно части и какіе именно корешки въ нашемъ случаѣ представляются пострадавшими, то мы прежде всего должны обратить вниманіе на анатомически-топографическое соотношеніе въ мѣстѣ раненія частей позвоночника съ частями спинного мозга и отходящихъ и приходящихъ въ данномъ мѣстѣ корешковъ. По Gowers'у соотношеніе это таково, что позади тѣла 12-го грудного позвонка должны находиться приблизительно 2-й—3-й и 4-й поясничные сегменты спинного мозга, а позади тѣла 1-го поясничнаго позвонка находятся сегменты 5-й поясничный и 1-й, 2-й и 3-й крестцовые. У Dejerine'a, Schultze, Raymond'a Thomas въ схематическомъ изображеніи соотношеніе это нѣсколько иное. Разница эта зависитъ, вѣроятно, отъ часто наблюдаемыхъ въ этой области вариантовъ анатомическихъ соотношеній частей. Въ среднемъ

мы можемъ принять, что промежутокъ между 12-мъ груднымъ и 1-мъ поясничнымъ въ задней части позвоночника, гдѣ въ нашемъ случаѣ имѣется раненіе, будетъ на уровнѣ 1-го сакрального, или начало 2 сакрального сегмента и соответствующихъ отходящихъ корешковъ. Въ мѣстѣ раненія отходить 1-й крестцовый корешокъ, а проходить черезъ это мѣсто сверху всѣ 5 поясничныхъ корешковъ. Кромѣ анатомическихъ соотношеній, для точности топической діагностики необходимо подробно разобрать наблюдаемыя двигательныя и чувствительныя расстройства у нашего больного и сопоставить ихъ съ данными корешковой сегментальной иннервации. Со стороны двигательной у больного оказались расстройства не одинаковой степени. Со стороны мышцъ нижней конечности пораженными въ большей степени нужно признать: *m.m. ileo-psoas, sartorius*, всѣ головки *quadriceps*, всѣ *adductores femoris* и *m.m. peronei*—нѣсколько менѣе разстроена функція *tensor fasciae latae, extens. digitor. commun. longus* и *brevis, extensor hallucis longus, semitendinosus, semimembranosus* и *biceps femoris* еще менѣе *tibialis anticus*. Мышцы же *glutei, gastrocnemius* и сгибатели пальцевъ представляются очень близкими въ нормѣ. Изъ сухожильныхъ рефлексовъ отсутствуетъ коленный, изъ кожныхъ—не получается правый яичковый. Относительно сегментальной корешковой иннервации отдѣльных мышечныхъ группъ между изслѣдователями полнаго согласія не достигнуто, а относительно нѣкоторыхъ группъ мышцъ встрѣчается особенное разногласіе. Существуетъ нѣсколько таблицъ отдѣльныхъ авторовъ и таблицы согласованныя между собою. Позволю себѣ привести нѣкоторые данныя корешковой иннервации, по разнымъ авторамъ, относительно тѣхъ мышечныхъ группъ, которыя въ нашемъ случаѣ представляются пострадавшими въ ихъ функціи.

M. Iliacus internus, участвующій въ сгибаніи бедра вмѣстѣ съ *psoas major* по *L. Müller'y* и *Kocher'y*

иннервируется L_1 ; *M. Iliopsoas* иннервируется L_1 (Leiden, Goldscheider); L_{1-2-3} Starr, Edinger, Bruns, Wichmann; L_2 (Müller Bernhardt, Kocher, Steitz); L_{2-3} (Gowers). *M. Sartorius* L_2 (Leiden, Goldscheider); L_1 (Zingerle) L_{1-2} (Strümpell, Iacob) L_3 (Thornburn, Müller, Kocher).

На основаніи этихъ данныхъ о корешковой иннервации приведенныхъ мышечныхъ группъ можно съ положительностью признать, что передніе корешки, 1 и 2 поясничныя, представляются положительно пострадавшими. Поясничный 3-й меньшимъ числомъ изслѣдователей признается участвующимъ въ иннервации упомянутыхъ группъ.

Сопоставляя расстройства въ другихъ мышечныхъ группахъ съ корешковой иннервацией, мы встрѣчаемъ слѣдующія пострадавшія мышцы:

M. Adductores, весьма пострадавшіе въ нашемъ случаѣ иннервируются L_{2-3-4} (Wichmann, Zingerle), L_{3-4} (Raymond, Thornburn, Kocher, Allen-Starr, Gowers), L_5 (Müller).

M. Quadriceps—тоже значительно пострадавшій, иннервируется L_{3-4} по большинству авторовъ.

Въ иннервации этой группы мышцъ по большинству авторовъ участвуютъ—поясничныя 3 и 4, и только нѣкоторые привлекаютъ сюда и поясничный 5. Такимъ образомъ, изъ этого сопоставленія должны быть признаны пострадавшими въ нашемъ случаѣ L_3 и L_4 . Изъ дальнѣйшаго разсмотрѣнія мышечныхъ группъ, пострадавшихъ въ нашемъ случаѣ, мы видимъ:

M. Tensor fasciae latae иннервируется L_4 (Bruns), L_{4-5} (Wichmann), L_5 (Müller), L_1 (Kocher), L_{4-5} (Gowers).

M.m. Semitendinosus, semimembranosus и *biceps femoris* иннервируются L_5 (Bruns, Kocher, Wichmann, L. Müller), L_{4-5} (по большинству другихъ изслѣдователей).

Такимъ образомъ на основаніи этихъ сопоставленій мы должны признать участвующимъ въ страданіи и поясничный 5; только меньшинство приписываетъ участіе иннервации этой группы S_1 сегмента.

Пострадавшими въ нашемъ случаѣ оказались также и *m. peronei*, которые иннервируются L_5 S_1 (Wichmann), S_{1-2} (Bruns), S_2 (Müller). *M. extensores digitor long. et brev.* иннервируются L_4 L_5 (Wichmann); мало пострадавшимъ оказался *m. tibialis anticus*, корешковая сегментальная иннервация котораго довольно спорна и до сихъ поръ, именно: L_{3-4} (Oppenheim), L_4 (Wichmann, Allen-Starr, Edinger, Leiden, Goldscheider, Schultze, Bruns), L_5 (Gierlich); S_1 (Kocher) и даже S_2 (L. Müller).

Большинство авторовъ въ настоящее время склонно признать для этой иннервации область тотчасъ ниже *quadriceps*. и никоимъ образомъ не S_{-2} и даже S_{-1} .

Изъ разсмотрѣнія сегментальной корешковой иннервации этой группы можно предположить участіе въ пораженіи отчасти и S_1 .

Что касается сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ, то отсутствовавшими у насъ оказались коленный и съ *cremaster'a*. Рефлекторныя дуги ихъ по большинству авторовъ не ниже L_4 и не выше L_1 .

Коленный рефлексъ L_{2-4} особ. L_4 въ нашемъ случаѣ отсутствуетъ справа, повышенъ слѣва.

Съ Ахиллова сухожилия L_5 S_1 (Oppenheim, выше самого *m. gastrocnemius* S_2), S_2 Bruns, S_1 Ziehen, въ нашемъ случаѣ повышенъ.

Подожвенный рефлексъ S_{1-2} (по большинству) не страдалъ.

Cremaster'a рефл. — L_1 (большинство) L_3 ((Klieneberger) не вызывается слѣва.

Брюшной рефлексъ D_{7-11} (по большинству) нормаленъ.

Такимъ образомъ, судя по двигательнымъ расстройствамъ и расстройствамъ рефлексовъ (сухожильныхъ и кожныхъ), поражению подвергались корешки не выше перваго поясничнаго и не ниже 1 крестцоваго.

Что касается заднихъ чувствительныхъ корешковъ, то, руководствуясь имѣющимися по этому предмету схемами и таблицами и сравнивая съ областью распространенія очень глубокихъ анестезій у нашего больного, мы должны допустить, что задніе чувствительные корешки пострадали только въ области всѣхъ 5 поясничныхъ сегментовъ безъ замѣтнаго участія 1-го сакральнаго.

Въ концѣ концовъ, на основаніи приведенныхъ сопоставленій, мы должны притти къ убѣжденію, что у нашего больного имѣется дѣло съ интравертебральнымъ и интрадуральнымъ пораненіемъ всѣхъ переднихъ и заднихъ и отчасти 1-й передняго крестцоваго корешковъ.—Конечно, на математическую точность наша діагностика претендовать не можетъ и такое требованіе едва-ли можно предъявлять, потому-что самыя изслѣдованія относительно корешковой сегментальной иннервации еще и до сихъ поръ оставляютъ желать большаго, будучи сами далеки отъ безупречной точности. Поэтому, если еще принять во вниманіе и возможные анатомическія варианты, наша топическая діагностика можетъ быть только болѣе или менѣе приблизительной однако достаточной для практическихъ клиническихъ цѣлей. Что касается предсказанія въ нашемъ случаѣ, то оно должно быть признано довольно серьезнымъ и мало благопріятнымъ въ смыслѣ возстановленія утраченныхъ функций. Теоритически при поражении *sandae equinae*, если трофическіе моторныя центры въ спинномъ мозгу и гангліи чувствительныхъ корешковъ не поражены, собственно возможна регенерация; но практически, клинически таковыя возстановленія не наблюдались, и скорѣе должно быть признано, какъ и исключеніе.

Единственная рациональная терапия въ нашемъ случаѣ могла бы быть только хирургическая, т. е., вскрытіе въ мѣстѣ пораженія позвоночнаго канала, очищеніе полости отъ всѣхъ постороннихъ продуктовъ, (воспалительные, кровь), соединеніе или по крайней мѣрѣ достаточное сближеніе пораненныхъ корешковъ съ цѣлю способствовать регенерации пораненныхъ первыхъ волоконъ. Помимо того, что такое возстановленіе, регенерация, на такой высотѣ, мыслимы скорѣе теоретически, и самая операція въ этой области соединена съ болѣе или менѣе значительнымъ рискомъ и чревата самими неприятыми послѣдствіями. Основательное очищеніе внутри-позвоночной полости, отысканіе поврежденныхъ корешковъ, соединеніе ихъ требуютъ болѣе или менѣе достаточнаго широкаго открытія полости, т. е., удаленія нѣсколькихъ дужекъ и остистыхъ отростковъ, что часто неблагоприятно отзывается на прочности всего позвоночника. Потеря цереброспинальной жидкости, иногда значительное кровотеченіе, также не малое сотрясеніе при оперированіи надужкахъ при ихъ удаленіи,—все это составляетъ очень неблагоприятные моменты и подвергаетъ оперируемаго значительному риску. Если же принять во вниманіе, что и при полной удачѣ операціи, всетаки нельзя ожидать, что возстановленіе непременно послѣдуетъ послѣ оперативнаго вмѣшательства, то едва ли мы при настоящемъ положеніи дѣла имѣемъ право непременно настаивать на хирургическомъ вмѣшательствѣ у нашего больного.

Значеніе нервной системы въ жизни организма въ связи съ строеніемъ ея¹⁾.

Прив.-доц. А. Оаворснаго.

Мм. г-ни и Мм. г-ри!

Еще въ концѣ прошлаго столѣтія передовые клиницисты выражались такъ: „въ клиникѣ пора уже мыслить анатомически“, говорили Lеріне; „въ клиникѣ впредь слѣдуетъ думать и дѣйствовать фізіологически“, прибавлялъ къ этому Нисhard.

Давно уже слѣдуя этимъ двумъ строго научнымъ положеніямъ, невропатологія, не смотря на свою сравнительную молодость среди другихъ медицинскихъ наукъ, сразу встала на совершенно правильный путь, базируясь только на данныхъ, добытыхъ методомъ анатомическихъ изысканій и методомъ фізіологическимъ. Методъ анатомическій, какъ Вамъ извѣстно, изучаетъ во всѣхъ формахъ существо мертвое, фізіологія же—существо живое; но экспериментально фізіологія можетъ изучать животное; живого же человѣка изучаетъ экспериментально только клиника, такъ какъ болѣзнь является настоящимъ экспериментомъ природы надъ человѣкомъ. Бо-

¹⁾ Вступительная лекція въ курсъ «анатомо-фізіологическаго введенія въ ученіе о нервныхъ болѣзняхъ», читанная 6-го октября 1903 г.

лѣзнь разрушаетъ извѣстныя части первой системы; клипистъ наблюдаетъ и отмѣчаетъ симптомы, представляемые болѣзью, на аутопсіи онъ констатируетъ мѣсто анатомическихъ измѣненій и, когда число этихъ наблюдений достаточно и притомъ однообразно, онъ выводитъ отсюда заключеніе о функціи пораженнаго органа.

Само собою разумѣется, что успѣшнѣе ориентироваться во всѣхъ деталяхъ функціи органа можно тогда, когда мы ближе узнаемъ тонкое строеніе даннаго органа.

Съ усовершенствованіемъ гистологической техники изслѣдованія нервной системы явилась возможность разобраться въ строеніи этого сложнаго и безспорно совершеннаго аппарата, какимъ представляется въ дѣйствительности первая система высшихъ позвоночныхъ, особенно человека. Введеніе способа серебрения Golgi, который открылъ намъ коллатерали въ цилиндрическомъ отросткѣ нервной кѣлки, было первымъ знакомъ надвигающейся революціи въ анатоміи нервной системы. Позднѣйшія же работы по методамъ Marchi, Nissl'я и Ramon-y-Caja'я окончательно модифицировали наши свѣдѣнія относительно структуры нервной системы и въ особенности относительно связей различныхъ элементовъ между собою.

Благодаря новымъ даннымъ, получилась возможность разложить этотъ сложный аппаратъ на элементарныя составныя части. Подробное же знакомство съ этими элементарными образованіями позволяло въ свою очередь синтезировать ихъ въ опредѣленныя архитектурныя единицы и хотя бы въ общихъ чертахъ получить соответствующее дѣйствительности представленіе о строеніи нервной системы.

Изученіе этихъ элементовъ нервной системы, ихъ взаимоотношеній и ихъ физиологической функціи и является преддверіемъ вступленія въ клинику нервныхъ болѣзней, если только Вы хотите отдавать себѣ отчетъ въ измѣненіяхъ, происходящихъ въ больномъ организмѣ. Въ знакомства съ при-

родою и жизнью этихъ элементовъ каждый нервно-больной будетъ для Васъ закрытой книгой.

Но было бы крайнею уязвою съ нашей стороны мотивировать всю важность знакомства съ предлагаемой Вашему вниманію научной дисциплиною только чисто медицинскими соображеніями. Въѣдъ если врачъ поставитъ себѣ цѣлю въ своей будущей дѣятельности не только леченіе больного человѣка, но и предупрежденіе заболѣваній, то несомнѣнно онъ долженъ позаботиться въ первую очередь о томъ, чтобы организмъ человѣка самъ по себѣ былъ настолько мощенъ, что свободно могъ бы противостоять всѣмъ вреднымъ вліяніямъ, обрушивающимся на него.

Одною изъ такихъ мѣръ, конечно, можетъ быть раціональное воспитаніе молодого поколѣнія, т. е. по возможности гармоническое развитіе тѣла и духа. При какихъ же условіяхъ Вы, какъ образованные врачи, можете дать сознательные отвѣты на обращенные къ Вамъ вопросы о воспитаніи духа? Только тогда Вы будете въ состояніи выполнить это, когда будете знакомы съ элементарными отправленіями нервной системы, когда Вы будете знать, что такое рефлексъ, когда Вы будете ясно представлять себѣ, какимъ путемъ получается ощущеніе, какимъ путемъ закрѣпляются успѣхи упражненія, на чемъ основана наша память, въ чемъ заключается и какъ проявляется задерживающее вліяніе нервной системы въ жизни индивидуума и т. д.

Возьмемъ, наконецъ, тотъ моментъ Вашей жизни, когда у Васъ явилось влеченіе заняться такими вопросами, какъ вопросъ о вліяніи культуры на человѣческій мозгъ, какъ вопросъ объ интеллектуальной сферѣ женщины по сравненію съ мужчиною и т. д. Не будучи знакомы съ физиологіей и анатоміей мозга, Вы будете не въ состояніи рѣшить этихъ вопросовъ. Основою же для рѣшенія этихъ вопросовъ можетъ быть только сравнительная оцѣнка строенія и физиологіи того органа представителей различныхъ половъ или предста-

вителей культурныхъ и некультурныхъ націй, который является согласно современнымъ нашимъ воззрѣніямъ мѣстомъ испихическихъ функцій, т. е. головного мозга. Вы ближе подойдете къ рѣшенію поставленной задачи, если изучите преобладаніе однихъ элементовъ коры надъ другими, напр. частей филогенетически (т. е. по времени своего появленія) старыхъ надъ филогенетически юными или наоборотъ. Если же Вы будете манипулировать только съ данными абсолютнаго или относительнаго вѣса головного мозга, и съ отношеніемъ его вѣса къ вѣсу спинного мозга, съ отношеніемъ вмѣстѣлища головного мозга къ вмѣстѣлищу спинного мозга и т. д., словомъ, пользоваться при рѣшеніи этихъ вопросовъ тѣми способами, которые предлагаются въ настоящее время авторами, Вы не внесете ни одного луча свѣта въ эту темную до сихъ поръ область.

Но если Васъ, какъ Гетевского Фауста, жажда знаній приведетъ къ изученію спеціально естественныхъ наукъ, то и здѣсь многіе факты выступятъ для Васъ яснѣе при свѣтѣ анатомо-физиологическихъ свѣдѣній по первой системѣ. На самомъ дѣлѣ, нигдѣ съ такою яркостью не отпечатлѣваются на сравнительно маленькомъ пространствѣ, какимъ является мозгъ, всѣ тѣ измѣненія, которыя происходятъ при эволюціи живыхъ существъ. Сравните, напримѣръ, рисунки тѣхъ мозговъ, которые здѣсь предложены Вашему вниманію. Всѣ рисунки представлены въ схематически сагиттальномъ видѣ. Вы видите на 1-мъ рисункѣ мозгъ костистой рыбы. у которой имѣются промежуточный мозгъ, средний, мозжечекъ, полосатое тѣло и продолговатый мозгъ. На 2-мъ рисункѣ—мозгъ рыбы, стоящей выше въ филогенетическомъ смыслѣ, чѣмъ 1-я. Вы убѣждаетесь, что мозгъ этой послѣдней несомнѣнно эволюровался: кромѣ тѣхъ частей, которыя имѣются у первой, у нея ясно выступаютъ первые зачатки коры головного мозга для зрительнаго центра и затѣмъ начинается дифференцироваться другой центръ зрительный—наружное колѣчатое тѣло.

Поднимаемся теперь на слѣдующую ступень зоологической лѣстницы и посмотримъ, что дѣлается съ мозгомъ рептиліи, который представленъ на рисункѣ 3-мъ. Здѣсь Вы можете констатировать еще плюсъ къ тѣмъ частямъ мозга, которыя мы видѣли на 2-хъ предыдущихъ рисункахъ. Здѣсь съ очевидностью выступаетъ дифференцированіе коры головного мозга, наружнаго колѣнчатого тѣла и появленіе лучистаго пучка волоконъ отъ наружнаго колѣнчатого тѣла къ затылочной части коры. Если далѣе Вы поинтересуетесь мозгомъ млекопитающаго, напр. кошки, то Вы убѣдитесь, что у нея уже дифференцировка мозга достигла сравнительно высокой степени. Вы видите здѣсь развитой мозговой плащъ, здѣсь появилась уже *thalamus opticus*, переднее и заднее четверохолмія, мозжечекъ болѣе развитой и т. д. Такимъ образомъ, приведенныхъ примѣровъ достаточно, чтобы признать, что въ мозгѣ, какъ въ фокусѣ, отражается каждый штрихъ эволюціи организма.

Но этимъ не ограничивается для естествознателя значеніе знакомства съ устройствомъ и дѣятельностью нервной системы. Мнѣ думается, что разрѣшеніе нѣкоторыхъ проблемъ естественно-научнаго значенія, быть можетъ, было бы при этомъ условіи успѣшнѣе. Коснемся хотя-бы такого важнаго біологическаго фактора, какъ приспособленіе организма къ окружающей средѣ. Въ всякаго сомнѣнія, что въ существѣ этого фактора лежитъ актъ безсознательной дѣятельности организма. Въ основѣ же акта безсознательнаго съ точки зрѣнія современныхъ воззрѣній лежитъ рефлексъ. Рефлекторныя же явленія, какъ показываютъ наблюденія, несомнѣнно представляются весьма полезными для организма, такъ какъ при помощи нихъ организмъ въ борьбѣ за существованіе устраиваетъ все вредное для себя. Утрата тою или иною частью организма рефлекторныхъ явленій сопровождается нерѣдко очень тяжелыми вредными послѣдствіями для нея включительно до гибели. Нѣтъ ничего невѣроятнаго въ предположеніи, что

эти явленія играют не послѣднюю роль въ актѣ приспособленія организма въ окружающей средѣ.

Но вотъ передъ естествоиспытателемъ раздвигается цѣлая область таинственнаго и чудеснаго. Ваше стремленіе проникнуть въ существо этихъ явленій натолкнется на непреодолимые трудности, если Вы не будете знать жизненности нервной системы. На самомъ дѣлѣ, какъ Вы объясните себѣ такіе явленія, какъ фактъ опредѣленія цвѣта съ закрытыми глазами, фактъ чтенія писемъ безъ участія въ этомъ зрѣнія, явленія ясновидѣнія и т. д., какъ не особенно изощренностью нервной системы, и именно органовъ высшихъ чувствъ. Сомнамбулизмъ, спиритизмъ съ его атрибутами въ видѣ вертящихся столовъ, были бы не понятны, если бы не существовало автоматической дѣятельности т. наз. низшихъ психическихъ нейроновъ. Наконецъ, чудеса, творящіеся въ знаменитомъ Лурдѣ, были бы невозможны, если бы не было на ледотой сферы дѣятельности головного мозга, которая проявляется подъ видомъ гипнотизма и которая играетъ въ жизни человѣческаго общества весьма крупную роль.

Все сказанное до сихъ поръ вполне подчеркиваетъ то важное значеніе, которое имѣетъ изученіе анатоміи и физиологіи нервной системы въ цѣлѣ современного естественнонаучнаго образованія. Недаромъ, анатомія центральной нервной системы постоянно привлекала къ себѣ вниманіе многочисленныхъ изслѣдователей со времени самого возрожденія анатоміи, какъ науки. Vesalius, Eustachio, Aranzio, Varolio, Fallopius положили то основаніе, на которомъ въ послѣдующіе вѣка могло дальше воздвигаться зданіе науки.

Со времени этихъ великихъ анатомовъ наши свѣдѣнія въ этой области прогрессировали настолько, что мы теперь уже знаемъ ту, такъ сказать, ячейку, изъ которой строится нервная система. Само собою разумѣется, что для полнаго пониманія въ цѣломъ строеніи нервной системы необходимо выяснитъ себѣ тонкое строеніе самихъ ячеекъ, ихъ группъ.

ровку, ихъ взаимныя отношенія и ихъ связи. Изученіе этихъ деталей и составляетъ одну изъ главныхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ трудныхъ задачъ современной неврологіи. Я сказалъ: „трудныхъ“ потому, что нервная система въ особенности ея центральныя части, какъ головной и спинной мозгъ, по мѣрѣ поднятія по зоологической лѣстницѣ, все болѣе и болѣе усложняется, достигая въ этомъ смыслѣ своего максимума у млекопитающихъ, особенно у человѣка. При помощи новѣйшихъ тонкихъ методовъ изслѣдованія явилась возможность проникнуть хотя отчасти въ детали строенія отдѣльныхъ частей, а это въ свою очередь позволило намъ приступить къ изученію принциповъ архитектоники нервной системы.

Въ концѣ восьмидесятыхъ годовъ Forgel и His основали ученіе, по которому каждая ганглиозная клѣтка съ ея отростками и коллатералами представляетъ изъ себя гистологическую и функціональную единицу.

Вскорѣ послѣ этого, именно въ 1891 году, Waldeyer, подводя итогъ всѣмъ новѣйшимъ работамъ того времени, предложилъ свою теорію, по которой выше упомянутая нервная единица, названная имъ „нейронъ“, передаетъ полученное ею раздраженіе на другую единицу путемъ контакта.

Согласно этому ученію вся нервная система представляетъ изъ себя конгломератъ такихъ единицъ, которыя путемъ контакта конечныхъ развѣтвленій отростковъ нервныхъ клѣтокъ входятъ между собою въ связь.

Правда, ученіе это, пріобрѣвшее вскорѣ же право гражданства въ наукѣ, подверглось за послѣдніе годы жестокимъ нападка́мъ, особенно со стороны Bethe, Nissl'a и Durente. Вмѣсто этой теоріи они предложили такъ наз. фибриллярную теорію строенія нервной системы, по которой существенною частью нервной системы является нейрофибрилла, происходящая не изъ ганглиозной клѣтки, а изъ такъ наз. „нервныхъ“ клѣтокъ, (маленькія клѣточки, разбросанныя на всемъ протяженіи нервныхъ волоконъ). Эти нейрофибриллы проникаютъ вмѣстѣ съ

осевымъ цилиндромъ въ гангліозную клітку и выходятъ изъ нея черезъ протоплазматическіе отростки. По этой теоріи вся нервная система, благодаря нейрофибрилламъ, представляетъ однородное цѣлое, замкнутое само въ себѣ, безъ яснаго начала и опредѣленнаго конца, на подобіе сосудистой системы.

Построенная почти исключительно на чисто гистологическихъ изысканіяхъ, добытыхъ у безпозвоночныхъ животныхъ (шівки), теорія эта была почему-то перенесена цѣликомъ и на позвоночныхъ животныхъ и даже на человѣка. Такая логическая непослѣдовательность породила массу и притомъ бесполезныхъ споровъ между неврологами. Новѣйшія изслѣдованія по методу Ramon Cajal'я и его многочисленнымъ модификаціямъ показали, что у высшихъ позвоночныхъ и въ частности у человѣка теорія эта не находитъ себѣ подтвержденія.

Правда, дальнѣйшими изслѣдованіями было установлено существованіе нейрофибриллъ въ нервныхъ кліткахъ человѣка, но непрерывность ихъ остается недоказанною. Благодаря этимъ изслѣдованіямъ, мы узнали и о наличности въ нѣкоторыхъ случаяхъ авастамозовъ между нервными клітками, а Golgi и его ученики показали, что свободныя окончанія, на которыхъ основывается теорія пейроновъ не есть выраженіе дѣйствительнаго ихъ существованія, а скорѣе результаты недостатка метода; что между отдѣльными нейронами существуетъ диффузная сѣть, соединяющая отдѣльные нейроны.

Всѣ эти гистологическія подробности нисколько не подрываютъ ученія о нейронахъ, въ особенности, если понятіе о нейронѣ расширить до понятія физиологической, эмбриональной и нутритивной единицы, какъ это принято большинствомъ физиологовъ и невропатологовъ. На самомъ дѣлѣ, признаніе такой единицы даетъ возможность легче разбираться въ физиологическихъ функціяхъ нервной системы, а у постели больного оно позволяетъ съ большою точностью локализовать

болѣзненный процесъ. Чтобы демонстрировать Вамъ это положеніе, я обращаю Ваше вниманіе на двухъ больныхъ, которые лишились способности приводить въ движеніе по своей волѣ лѣвую руку, хотя пассивно рука подвижна во всѣхъ суставахъ. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ пораженіемъ нервнаго двигательнаго аппарата. Однако, обратите вниманіе на разницу въ симптомахъ. Въ одномъ случаѣ мы имѣемъ полное похуваніе руки, а въ другомъ этого нѣтъ. Въ одномъ случаѣ электровозбудимость потеряна, а въ другомъ нѣтъ.

Какъ же объяснить себѣ эту разницу въ симптомахъ? Вѣдь если нервная система есть однородное цѣлое, замкнутое само въ себѣ, то при пораженіи въ любой ея части нужно было бы ждать одинаковыхъ симптомовъ. На самомъ-же дѣлѣ этого нѣтъ. Слѣдовательно, мы должны допустить, что первный двигательный аппаратъ устроенъ такимъ образомъ, что отдѣльныя составляющія его части не совсѣмъ одинаковы по своимъ свойствамъ, что одна часть его не вмѣщается въ себѣ свойства другого; что отдѣльныя части его до нѣкоторой степени функціонируютъ самостоятельно. А это только и возможно тогда, когда первный аппаратъ будетъ состоять изъ отдѣльныхъ звеньевъ, когда онъ будетъ до известной степени прерывистымъ.

Дѣйствительно, анатомическія изысканія показываютъ, что нейроны одного функціональнаго значенія перѣдко располагаются въ видѣ цѣпи, которую и можно разсматривать, какъ бы оди́нъ элементарный механизмъ. Въ составъ этой цѣпи входятъ (по Монаков'у), кромѣ того, еще и такъ называемые вставочные нейроны, которые имѣютъ цѣлью быть посредниками между отдѣльными звеньями общей цѣпи. Эти элементарные механизмы соединяются между собою въ типическія группы и образуютъ уже анатомическіе центры и пучки.

Не смотря на всѣ наши чисто анатомическіе недочеты въ познаніи архитектоники нервной системы все же въ настоящее время мы можемъ утверждать, что во 1-хъ) непрерывныхъ проводниковъ отъ коры головного мозга вплоть до периферическихъ нервовъ не существуетъ; во 2-хъ) каждый такъ наз. пучекъ, служащій для опредѣленной физиологической цѣли, построенъ изъ цѣпи нейроновъ.

Какая же цѣль подобнаго членистаго устройства нервовъ? Во первыхъ, на мой взглядъ, такимъ путемъ достигается экономія въ пространствѣ, занимаемомъ нервной системой въ организмѣ, а это имѣетъ, несомнѣнно, немаловажное значеніе для животнаго въ его борьбѣ за существованіе. На самомъ дѣлѣ, если бы, положимъ, волокна пирамиднаго пучка, являющагося типичнымъ представителемъ произвольнаго двигательнаго пути, начинаясь отъ коры головного мозга, продолжались бы непрерывно вплоть до инвервируемыхъ ими мускульныхъ волоконъ, тогда пирамидный пучекъ занималъ бы въ спинномъ мозгу огромное пространство. Тоже самое пришлось бы значительно увеличить и объемъ пучковъ, проводящихъ чувствительность. Слѣдовательно, пришлось бы значительно увеличить размѣры спинного мозга и его вмѣстилища, т. е. костнаго канала. Во вторыхъ, благодаря такому устройству, въ особенности же благодаря существованію т. н. вставочныхъ или ассоціаціонныхъ пейроновъ, получается полная возможность однимъ извѣстной силы раздраженіемъ, наносимымъ на ту или иную часть организма сразу подѣйствовать на нѣсколько группъ нейроновъ и такимъ образомъ привести въ дѣйствіе почти весь нервный механизмъ. Наконецъ, въ третьихъ, такое устройство позволяетъ нейронамъ быть не простыми проводниками тѣхъ или иныхъ раздраженій, а и складочнымъ мѣстомъ для нихъ. Въ извѣстныхъ случаяхъ производимыя раздраженія сначала суммируются въ опредѣленныхъ нейронахъ, достигаютъ въ нихъ опредѣленной силы, а затѣмъ уже переходятъ и на другіе нейроны. Благодаря

такому принципу прерывности въ устройствѣ проводниковъ всякое ничтожное вѣншее раздраженіе не тотчасъ передается высшимъ центрамъ и, слѣдовательно, не обременяетъ ихъ безплодно массою излишнихъ впечатлѣній. На самомъ дѣлѣ, если бы всѣ раздраженія съ внутренностныхъ органовъ, которыя воспринимаются, главнымъ образомъ, симпатическою нервною системою, достигали бы головного мозга, достигали бы сознанія животнаго, то у него совершенно не было бы времени для обнаруженія своей дѣятельности въ борьбѣ за существованіе и оно непременно погибло бы.

Такимъ образомъ, мы приходимъ къ несомнѣнному заключенію, что, по крайней мѣрѣ, функциональная прерывистость устройства нейроновъ является необходимымъ для существованія животнаго и для дальнѣйшей его эволюціи.

Какъ же надо представлять себѣ анатомически взаимоотношенія тѣхъ путей, по которымъ распространяется волна раздраженія, наносимаго на то или другое мѣсто тѣла и тѣхъ путей, по которымъ несется отвѣтъ на данное раздраженіе?

Добытыя до сихъ поръ данныя позволяютъ построить слѣдующую грубую схему этихъ путей, предложенную проф. Монаковъ-ымъ, и наиболѣе полно, по моему мнѣнію, исчерпывающую наши познанія по данному вопросу. Предлагаемая Вашему вниманію схема изображаетъ два основныхъ пути: 1) центрипетальный и 2) центрифугальный съ 3) массою вставочныхъ между ними очень короткихъ путей. Первый путь такъ наз. центрипетальный служитъ для перенесенія раздраженія съ отдаленныхъ частей тѣла къ головному мозгу, а второй такъ наз. центрифугальный для передачи тѣхъ или иныхъ импульсовъ отъ головного мозга на периферію. Какъ видите, цѣпь центрального пути состоитъ изъ перваго члена — гангліозной кѣтки съ развѣтвляющимся осевымъ отросткомъ, одинъ конецъ котораго направляется къ периферіи, а другой въ составѣ задняго корешка входитъ въ

спинной мозгъ и дѣлится на двѣ вѣтви—восходящую и нисходящую, дающія массу каллигералей и оканчивающуюся отчасти въ заднемъ рогѣ, а отчасти въ ядрахъ заднихъ столбовъ; затѣмъ, идетъ вставочный членъ между первымъ и вторымъ. Этотъ послѣдній начинается изъ гангліозныхъ клѣтокъ ядра заднихъ столбовъ и направляется въ видѣ волоконъ такъ наз. петли, главнымъ образомъ, въ зрительный бугоръ; затѣмъ, слѣдуетъ вставочный членъ между 2-мъ и 3-мъ членомъ. Этотъ послѣдній беретъ начало въ клѣткахъ вентральныхъ ядеръ зрительнаго бугра и развѣтвляется въ корѣ головного мозга, въ центропаріетальной области. Здѣсь между послѣднимъ членомъ центрального пути и началомъ центрифугального помѣщается дѣлйй рядъ вставочныхъ нейроновъ, какъ то: клѣтки Golgi съ развѣтвляющимся осевымъ цилиндромъ, клѣтки Martinotti съ восходящимъ отросткомъ, полиморфныя клѣтки съ вилкообразно развѣтвляющимся нисходящимъ отросткомъ, такъ наз. зернистыя клѣтки и, наконецъ, въ самыхъ верхнихъ слояхъ коры трехугольныя клѣтки Ramon у Cajal'я и веретеннообразныя клѣтки Ramon у Cajal'я. Всѣ эти элементы, помимо ихъ, такъ сказать, вставочной роли, можно думать, служатъ для суммаціи раздраженія и, вѣроятно, для его трансформациі. Такое раздраженіе можетъ затѣмъ передаваться на рядъ пирамидныхъ клѣтокъ, которыя служатъ началомъ центрифугального пути. Этотъ путь составляется въ свою очередь изъ одночленныхъ и многочленныхъ нейроновъ. Одночленные берутъ начало въ маленькихъ и среднихъ пирамидныхъ клѣткахъ и, быть можетъ, входятъ въ составъ ассоціаціонныхъ и комиссуральныхъ волоконъ. Многочленные же начинаются болѣею частью отъ большихъ пирамидныхъ клѣтокъ. При этомъ одна часть ихъ продолжается въ спинной мозгъ, гдѣ посредствомъ вставочнаго нейрона сообщается со вторымъ нейрономъ, начинающимся отъ клѣтки передняго рога и оканчивающимся въ мускулахъ. Другая часть ихъ доходить до средняго мозга,

Варолиева мозга и продолговатого мозга. Отсюда начинается 2-й нейронъ, который оканчивается въ спинномъ мозгу и посредствомъ вставочнаго нейрона сообщается съ 3-мъ нейрономъ, начинающимся такъ же въ клѣткахъ переднихъ роговъ и оканчивающимся въ мускулахъ.

Познакомившись съ главными принципами устройства нервной системы, мы коснемся теперь вопроса, какой же фیزیологическій смыслъ и назначеніе для организма имѣетъ первая система. Нѣтъ сомнѣнія, что значеніе нервной системы для жизни организма возрастаетъ вмѣстѣ съ усложненіемъ органовъ тѣла. Извѣстно, что низшія существа, какъ протозои, эмбрионы хладнокровныхъ и даже эмбрионы млекопитающихъ, въ самый ранній періодъ обнаруженія жизненныхъ проявленій, могутъ жить безъ посредства нервной системы, но какъ только появляются отдѣльные органы тѣла въ видѣ мускульной системы, органовъ пищеваренія, аппарата кровообращенія и т. д., словомъ, какъ только въ организмѣ, какъ огромной колоніи, наступаютъ первые признаки раздѣленія труда, такъ появляется необходимость въ особенномъ аппаратѣ, какъ посредникѣ въ сношеніи съ внѣшнимъ міромъ и для взаимныхъ отношеній и взаимнаго дѣйствія этихъ органовъ. Такимъ аппаратомъ и является нервная система. Отсюда, само собою, вытекаетъ, что чѣмъ выше стоитъ животное въ филогенетическомъ смыслѣ, чѣмъ сложнѣе условія его существованія, тѣмъ сложнѣе ихъ функціи и ихъ взаимная связь. Эта сложность выражается въ той сильной дифференцировкѣ нервной системы сообразно съ большими раздѣленіемъ труда отдѣльными ея частями, каковой Вы не найдете ни въ одномъ органѣ тѣла.

Для иллюстраціи сказаннаго возьмемъ двухъ такихъ представителей живыхъ существъ, какъ рыба и человѣкъ. Уже одного поверхностнаго взгляда на мозгъ того и другого достаточно, чтобы убѣдиться, что въ то время, какъ у человека доминируетъ развитіе большого и промежуточнаго мозга,

у рыбы они находятся въ зачаточномъ состояніи, уступая свое мѣсто по развитію среднему, заднему и продолговатому мозгу. Слѣдовательно, у высшихъ животныхъ мы имѣемъ помимо старыхъ въ филогенетическомъ смыслѣ частей мозга еще новѣйшія образованія,—какъ большой мозгъ.

Оказывается, если мы удалимъ весь большой мозгъ у рыбы, то она можетъ сама находить себѣ пищу, т. е. не проявлять никакой психической слабости. Если-же мы обратимся къ лишенному большого мозга человѣку, то мы увидимъ, что онъ не только становится слабоумнымъ, но у него нарушаются и простѣйшія функціи нервной системы, какъ напр. приведеніе въ дѣйствіе мускульнаго аппарата.

Съ другой стороны послѣ поврежденія средняго мозга у рыбы можно наблюдать нарушеніе душевныхъ функцій между тѣмъ у человѣка такое поврежденіе нисколько не сказывается на его психической дѣятельности.

Отсюда само собою слѣдуетъ, что благодаря постепенной эволюціи подъ вліяніемъ усложняющейся борьбы за существованіе мозгъ человѣка дифференцировался такимъ образомъ, что для психическихъ функцій главнымъ образомъ отведены вновь образованныя въ смыслѣ филогенетическомъ части.

Но помимо чисто психической дѣятельности головной мозгъ обнаруживаетъ регулирующее и поддерживающее вліяніе на всѣ вообще отправленія организма и представляетъ собой тотъ аппаратъ, благодаря которому именно и устанавливается цѣлесообразное отношеніе къ окружающему міру.

На самомъ дѣлѣ, изъ наблюденій повседневной жизни мы можемъ убѣдиться, что именно нервная система есть то ведреманное око, которое слѣдитъ за каждымъ нашимъ шагомъ. Что это дѣйствительно такъ, возьмите для грубаго примѣра тотъ моментъ, когда Вы переходите улицу крупнаго европейскаго города, когда по ней мчатся съ головокружительной быстротой автомобили, различныя экипажи, омнибусы, трамваи и т. д., готовые каждую минуту превратить васъ

въ безформенную массу. Однако, не смотря на всю массу угрозъ и опасностей, Вы остаетесь цѣлы. Этихъ Вы обязаны всецѣло мозгу, который заставляетъ Васъ искусно лавировать между тысячами этихъ опасностей до тѣхъ поръ, пока Вы не избѣгните ихъ окончательно. Возьмите другой примѣръ: заболѣваетъ у Васъ какая-нибудь часть тѣла, Вы чувствуете недомоганіе, боль и т. д. и т. д. Благодаря чему стало Вамъ извѣстно о постигшей Васъ болѣзни? Конечно, благодаря нервной системѣ, которая несетъ необычныя раздраженія отъ больного органа къ головному мозгу и тѣмъ заставляетъ обратить Ваше вниманіе на больной органъ. И это недреманное око будетъ беспокоить Васъ до тѣхъ поръ пока Вы не примите всѣхъ мѣръ, имѣющихся въ Вашемъ распоряженіи, чтобы уничтожить это заболѣваніе.

Всѣ приведенные примѣры, конечно, возможны тогда, когда нервная система правильно функціонируетъ. Какъ только наступаетъ нарушеніе этой функціи въ томъ или иномъ направленіи, такъ сейчасъ же это сказывается тяжелыми послѣдствіями для организма, дѣлающимъ его неспособнымъ къ борьбѣ за существованіе. Чтобы доказать Вамъ это положеніе, я представляю Вашему вниманію рядъ экспериментовъ, произведенныхъ надъ нервной системой различнаго рода животныхъ. Возьмемъ хотя бы этого пѣтуха. Мы видимъ, что онъ можетъ стоять, летать, приводить въ движеніе различныя части своего тѣла, онъ можетъ даже эквilibрировать. Но обратите вниманіе на слѣдующее: если я начну около пѣтуха производить такіа дѣйствія, которыя обыкновенно пугаютъ всякаго другого пѣтуха и заставляютъ его убѣгать отъ этихъ жестовъ, нашъ пѣтухъ остается спокойнымъ. Если Вы поставите передъ нимъ кормъ или воду, онъ будетъ смотрѣть на нихъ, будетъ испытывать съ теченіемъ времени даже голодь, а тѣмъ не менѣе онъ до нихъ не дотронется. Въ чемъ же дѣло? Вѣдь нашъ пѣтухъ слышитъ тотъ шумъ, который я произвожу вокругъ него, такъ какъ онъ реагируетъ

на него ворчае́мъ; онъ несомнѣнно видитъ мои жесты, сторопаясь отъ нихъ, вѣроятно, онъ видитъ и кормъ передъ собою. Слѣдовательно, его органы чувствъ способны воспринимать раздраженія. Тѣмъ не менѣе поведеніе его представляется необычнымъ. Все это зависитъ оттого, что онъ потерялъ способность оцѣнки тѣхъ явленій, которыя передъ нимъ происходятъ. Онъ потерялъ способность связывать одни явленія съ другими. При видѣ угрожающаго жеста у него или не возникаетъ представленія объ опасности или при наличности такого представленія у него не появляется двигательныхъ образовъ, чтобы привести въ дѣйствіе двигательный аппаратъ, дающій возможность избѣжать опасности. Короче говоря, психическая дѣятельность у цѣтуха является нарушенной. Это нарушение произошло отъ того, что я перерѣзалъ головной мозгъ, слѣдовательно, нарушилъ связи между различными отдѣлами головного мозга, при совмѣстномъ функціонированіи коихъ и возможна только нормальная психическая жизнь.

Далѣе, я обращаю Ваше вниманіе на эту свинку. У нее перерѣзанъ спинной мозгъ на двѣ части и Вы видите здѣсь полный параличъ заднихъ конечностей. Она не можетъ двигать ими и кромѣ того она ничего не чувствуетъ ими. Однако, животное сохранило полную способность оцѣнки тѣхъ явленій, которыя происходятъ вокругъ нее. Если я начну беспокоить его, угрожать ему, животное всячески пытается уйти отъ меня, по ему единственно мѣшае́тъ выполнить свое намѣреніе имѣющійся на лицо параличъ.

Все сказанное съ несомнѣнностью указываетъ на ту громадную роль, которую беретъ на себя нервная система по отношенію къ организму.

Всѣ приведенные примѣры иллюстрируютъ, такъ сказать, только прямое назначеніе нервной системы, которымъ, повторяю, не исчерпывается ея біологическая роль. Вліяніе нервной системы, особенно у высшихъ позвоночныхъ, распростра-

няется на всё органы тѣла и даже на органы растительной жизни, какъ то сердце, кишечникъ и т. д. Правда, первичное возрѣніе было склонно приписывать такимъ органамъ, какъ сердце, и даже скелету, лишенному мускуловъ, вполне самостоятельную жизнь.

Это возрѣніе смѣнилось ученіемъ, что нервная система есть единственная ткань, которая въ высшихъ животныхъ организмахъ играетъ роль центральнаго носителя жизни. Въ настоящее время, говоритъ Tschermak, мы можемъ съ полнымъ правомъ признать самостоятельную жизнь органовъ безъ отрицанія въ то же время доминирующаго положенія нервной системы. Онъ смотритъ на послѣднюю, какъ на регуляторный аппаратъ въ жизни другихъ органовъ. Это регуляторное дѣйствіе нервной системы Tschermak сводитъ въ вліянію альтеративному нервной системы на организмъ и вліянію тоническому.

Вліяніе альтеративное состоитъ во временномъ болѣе или менѣе скоропреходящемъ измѣненіи обмѣна веществъ въ „Erfolgsorgan“, по его выраженію, т. е. въ органѣ, воспринимающемъ раздраженіе, нервный импульсъ, какъ напр. при переходѣ мускула изъ такъ наз. спокойнаго состоянія въ дѣятельное для продукціи ли механической работы или для продукціи тепла или электромоторной силы и т. п. Слѣдовательно, здѣсь альтеративное вліяніе сводится къ усиленію такъ наз. спокойнаго обмѣна веществъ въ опредѣленномъ направленіи, но въ другихъ случаяхъ оно можетъ выражаться въ ослабленіи его.

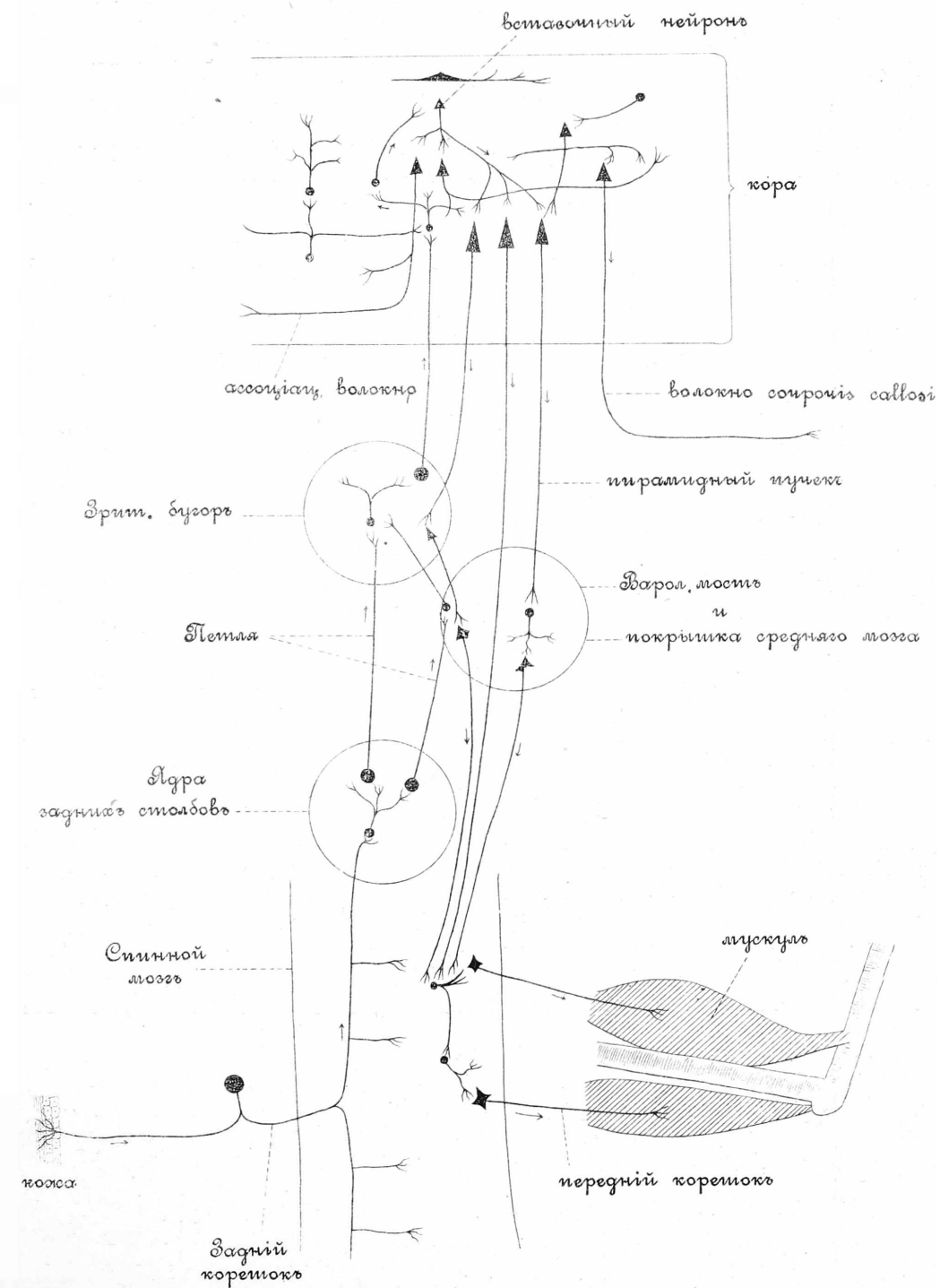
Не менѣе важное значеніе имѣетъ тоническое вліяніе нервной системы. Благодаря этому вліянію и притомъ вліянію постоянному, длительному, органы, воспринимающіе раздраженіе, находятся въ извѣстномъ состояніи, въ которомъ они обнаруживаютъ свои нормальныя жизненныя проявленія.

Нарушеніе названныхъ функцій влечетъ за собою, какъ это показываютъ клиническія наблюденія, замѣтныя разстрой-

ства въ организмѣ. Для иллюстраціи результата разстройства альтеративной функціи я позволилъ бы себѣ привести такъ называемую атрофію мышцъ отъ недѣятельности, пониженіе кожной темперауры и ціанозъ въ пораженныхъ конечностяхъ при различнаго рода парализахъ ихъ. Для довазательства же значенія тонической иннерваціи можно, на мой взглядъ, воспользоваться тѣми случаями т. наз. вялаго парализа, гдѣ при полномъ отсутствіи тоническаго вліянія наступаетъ такое пониженіе тургора тканей въ пораженныхъ частяхъ, что въ нихъ появляется ясно выраженный отекъ, какъ это напр. мы видимъ при нѣкоторыхъ гемиплегіяхъ церебральныхъ.

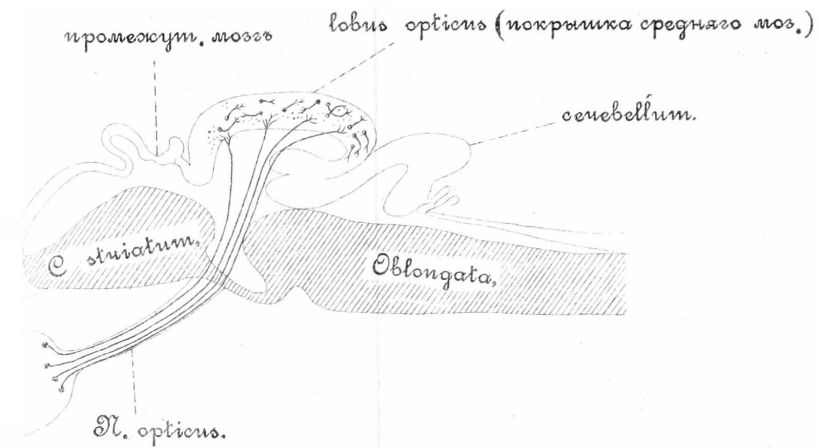
Милостивые Государыни и милостивые Государи! Сказаннаго, по моему мнѣнію, достаточно, чтобы въ общихъ чертахъ представить себѣ всю сложность функцій нервной системы по отношенію къ организму.

При наличности какихъ же условій возможна такая сложная дѣятельность нервной системы? Вѣдь всякаго сомнѣнія она есть результатъ, какъ я уже отчасти упоминалъ выше, той дифференцировки въ самой себѣ, какой она достигаетъ въ рѣзкой степени у высшихъ животныхъ. Дѣйствительно, просматривая цѣлый рядъ животныхъ, можно замѣтить, что части ея, филогенетически болѣе старыя, имѣютъ стремленіе, постепенно утрачивая свои первоначальныя болѣе сложныя функціи, образовывать автономно функціонирующія, болѣе простыя единицы. Для примѣра можно указать хотя бы на переднее четверохолміе. У низшихъ животныхъ оно представляетъ оптичeskій центръ, гдѣ происходитъ переработка зрительныхъ ощущеній въ зрительные образы. Между тѣмъ у высшихъ животныхъ, напр. у человѣка, такая переработка происходитъ уже въ большемъ мозгу, а переднее двуххолміе функціонируетъ вполне самостоятельно и понижается до роли простого рефлекторнаго центра зрачка.



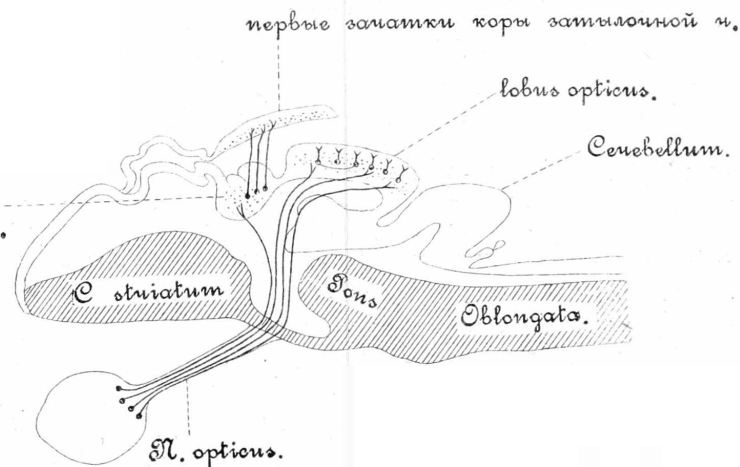
Дис. 1.

Мозг Рыбы



Дис. 2.

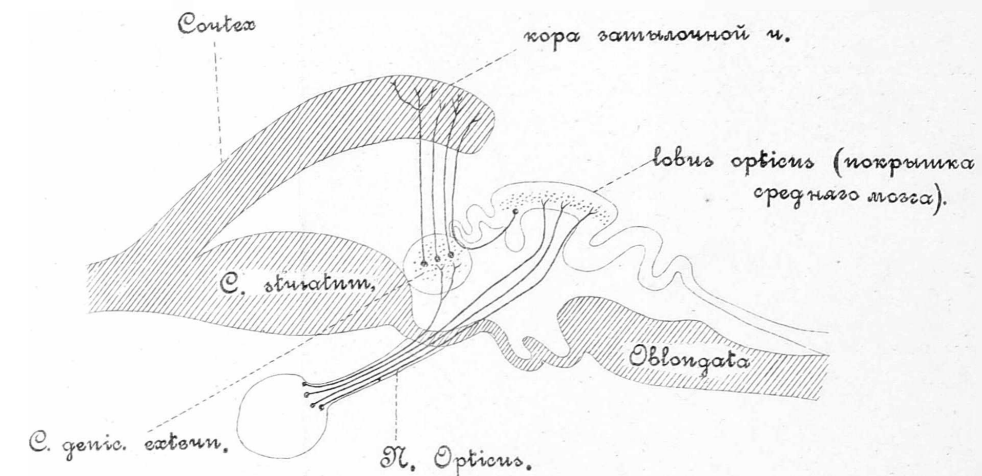
Первое дифференцирование соцр. денсит. exten.



Мозг Рыбы

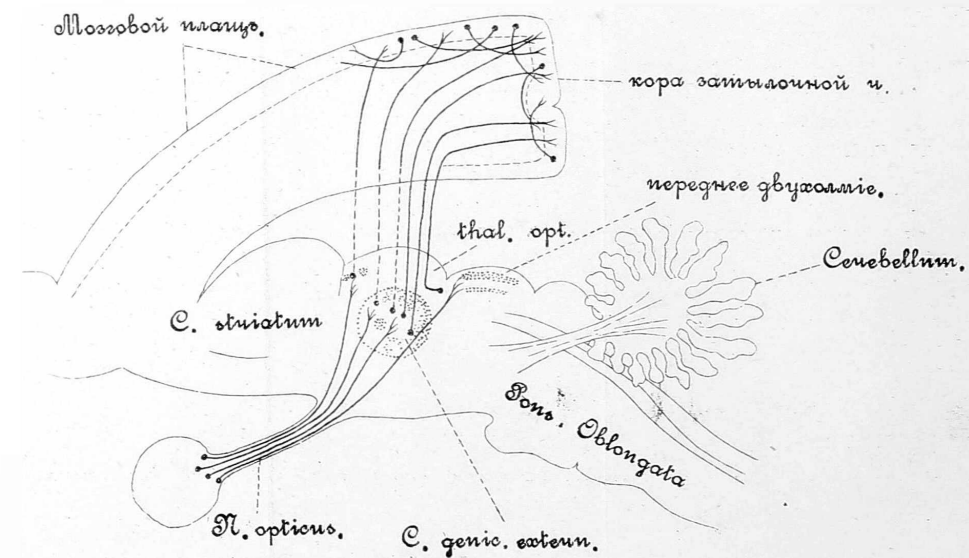
Дис. 3.

Мозг Рептилии



Дис. 4.

Мозг Кошки



Такая дифференцировка имѣетъ огромное біологическое значеніе для высшихъ животныхъ и въ частности для человѣка. Значеніе ея сводится къ тому, что въ каждый данный моментъ является возможность дѣйствовать въ двухъ совершенно различныхъ и совершенно самостоятельныхъ направленіяхъ, т. е., если возьмемъ человѣка, онъ можетъ въ данную минуту совершать сложные акты для поддержанія ли своей жизни или для выполненія заранѣе намѣченной имъ цѣли, и—въ то же время настолько развить свою психическую дѣятельность, которая въ результатѣ двигаетъ культуру, а подчасъ рѣшаетъ и міровыя задачи. Когда Архимедъ выходитъ изъ ванны и въ то же самое время находитъ и возвращаетъ рѣшеніе своей проблемы, этого не могло бы быть, если бы не было тонкой дифференцировки центровъ высшихъ психическихъ отъ центровъ автоматическихъ.

Но эту дифференцировку нельзя въ настоящее время считать проведенной вполне ни для одного вида животныхъ ни даже для человѣка. На основаніи исторіи развитія животнаго царства позволительно предполагать, что съ дальнейшей эволюціей животнаго міра и особенно человѣчества эта дифференцировка съ теченіемъ времени и осуществится. Эпоха осуществленія этой дифференцировки и будетъ эпохою сильнаго духомъ и тѣломъ человѣка, эпохою, когда будетъ б. м. преобладать „сверхчеловѣкъ“.

Психозъ, какъ послѣдствіе травмы.

А. С. Шоломовича.

Ординатора при кафедрѣ душевныхъ болѣзней проф. В. И. Осипова въ Казанскомъ Университетѣ.

Роль травмы въ происхожденіи нервныхъ болѣзней начинается опредѣляться болѣе или менѣе точно. Такъ, *Mendel*, на основаніи большаго провѣреннаго матеріала и обстоятельнаго изученія собственныхъ случаевъ приходитъ въ заключенію, что чисто травматическими, (*rein traumatisch*) могутъ быть только менингитъ, міелитъ, апоплексія и эпилепсія; полинейритъ и абсцессъ мозга могутъ также непосредственно вызываться травмой, особенно съ помощью инфекціи; всѣ же прочія заболѣванія нервной системы: *tabes*, опухоль мозга, сирингоміелія, Базедова болѣзнь, *paralysis agitans* и другія, если не съ полной увѣренностью, то съ наибольшей вѣроятностью можно, какъ заболѣванія чисто травматическія, — считать не существующими.

По вполнѣ понятной причинѣ, роль травмы въ генезѣ душевныхъ болѣзней представляется до сихъ поръ значительно менѣе ясной.

Причина эта въ томъ, что въ душевныхъ болѣзняхъ болѣе, чѣмъ во всякой другой области, всегда при оцѣнкѣ вліянія травмы, остается открытымъ вопросъ о той или другой степени индивидуальнаго или наслѣдственнаго пред-

расположеніи организма къ заболѣванію. Однако и здѣсь можно считать болѣе или менѣе принятымъ взглядъ, что травма, точнѣе—сотрясеніе мозга можетъ у дотоѣ вполне здороваго человѣка вызвать лишь ограниченное число душевныхъ заболѣваній. Такъ, относительно группы, т. наз. эндогенныхъ заболѣваній, неизвѣстны вѣшнія причины ихъ вызывающія: *Paranoia*, *dementia simplex*, *Katatonia*, *Mania*, *melancholia*; и если передъ началомъ подобнаго заболѣванія отмѣчается травма—то ее принято считать лишь поводомъ къ проявленію уже существующей въ потенціи болѣзни.

Гораздо болѣе значительныя разногласія существуютъ относительно другихъ психозовъ и главнымъ образомъ, относительно прогрессивнаго паралича: *Mendel*, *Hirschl*, *Ziehen* и *Binswanger*, напр., рѣшительно отвергаютъ травматическій прогрессивный параличъ, а *Meschede* совершенно опредѣленно описываетъ его; *Joffroy* оставляетъ пока вопросъ открытымъ.

Таковы же, если не больше, разногласія и по вопросу о травматическомъ психозѣ. Одни (*Wende*) различаютъ психическую травму, могущую дать психозъ только у предрасположенныхъ субъектовъ, и травму механическую—сотрясеніе мозга, которое единственно и можетъ дать типичный травматическій психозъ. Такъ же и *Reichardt*, *Ziehen*, *Kraepelin*, *Viedenz*. Другіе крупные авторитеты (*Sommer*) совершенно отрицаютъ травматическій психозъ, какъ отдѣльную клиническую форму; третьи (*Leer*) сводятъ травматическій психозъ къ артеріосклерозу мозга; *Korppen* же стремится въ созданію подvida травматическаго психоза — *dementia posttraumatica*, а *Schüle* дѣлитъ травматическіе психозы на первичные и вторичные, въ то время какъ *Werner* даетъ еще болѣе дробное ихъ дѣленіе. Наконецъ, авторы, выдѣляющіе травматическій психозъ въ отдѣльную клиническую единицу (*Binswanger*, *Brunn* и др.), описываютъ его въ необычайно разнообразной формѣ, при чемъ разнообразіе и пестрота

клинической картины чрезвычайно усугубляется тѣмъ обстоятельствомъ, что въ категорію травматическихъ психозовъ часто вносятся заболѣванія, происшедшія лишь послѣ травмы, а не вслѣдствіе ея.

Послѣтравматическія же душевныя заболѣванія, какъ показываютъ наблюденія многихъ авторовъ—необычайно сложны и разнообразны.

Такъ, *Hasche-Klunder* описываетъ травматическую эпилепсію, не сопровождавшуюся дефектами со стороны интеллекта; черезъ 16 лѣтъ—психозъ съ припадками одновременно частью паранойческого, частью кататоническаго, частью эпилептического характера.

У другого больного травматическая эпилепсія перешла въ психозъ съ характерными физическими и психическими явленіями прогрессивнаго паралича и эпилептическими припадками; затѣмъ явленія прогр. паралича исчезли и послѣдовало слабоуміе. Тотъ же авторъ описываетъ больного, у котораго ступорозно-депрессивныя состоянія смѣнились внезапно, какъ въ циркулярномъ психозѣ, субманиакальнымъ состояніемъ, слова смѣнившимися внезапнымъ возбужденіемъ съ насильственными дѣйствіями, которыя опять перешли въ ступоръ. Отдѣльныя фазы этого психоза сопровождались яркими галлюцинаціями.

Описанъ (тѣмъ же авторомъ) психозъ періодически протекавшій, возникшій послѣ травмы; съ одной стороны сходный съ маниакально-депрессивнымъ помѣшательствомъ, въ нѣкоторыхъ стадіяхъ давалъ картину прогрессивнаго паралича, но съ явленіями ступора, какъ при кататоніи; въ другихъ стадіяхъ получалась картина глубокаго слабоумія, быстро смѣнявшаяся, однако, состояніями съ совершенно правильно фундированнымъ интеллектомъ.

Необычайная пестрота клинической картины послѣ травматическихъ психозовъ и побуждаетъ нѣкоторыхъ авторовъ выдѣлить въ особую группу, чисто травматическіе психозы

т. е. психозы, связанные съ травмой этиологически, а не по времени возникновенія только. Въ виду этого *Stadelmann* и др. авторы, какъ *Korppen*, *Werner*—ставятъ для діагностики чисто травматическаго психоза слѣдующія требованія: 1) предварительное здоровье больного—безъ слѣдовъ заболѣванія сосудовъ, сифилиса, нефрита, *rotus*; всѣ эти заболѣванія должны быть исключены такъ же, какъ старческій возрастъ, при которомъ, естественно, чаще всего встрѣчается артеріосклерозъ. 2) Вторымъ требованіемъ ставится непродолжительность времени и непосредственное наблюденіе врача за періодъ между травмой и болѣзью.

Удовлетворяющій этимъ требованіямъ травматическій психозъ считается явленіемъ довольно рѣдкимъ (по *Stolper*'у 1 на 700 душевныхъ больныхъ, по другимъ (*Edel*)— $2\frac{1}{2}\%$).

Но и въ этой болѣе тѣсной рамѣ чисто травматическихъ психозовъ мнѣнія авторовъ, какъ относительно клинической картины, такъ и патогенеза, расходятся.

Edel считаетъ хроническіе психозы послѣ травмы дегенеративными, ведущими къ духовному и этическому паденію личности, иногда съ параличными явленіями.

Werner характеризуетъ ихъ такъ: преобладаніе психической слабости съ тенденціей къ вырожденію и слабоумію, часто съ раздражительной слабостью и наклонностью къ аффектамъ; состоянія эти часто осложняются сосудодвигательными расстройствами, то съ характеромъ слабости, то съ характеромъ, раздражительности. Онъ раздѣляетъ психозы на 1) *Delirium traumaticum* 2) *Dementia traumatica*, и 3) травматическое эпилептическое помѣшательство.

Bruns считаетъ приемлею особую форму травматическаго прогрессирующаго слабоумія съ расстройствами интеллекта вслѣдствіе депрессіи.

Разнообразны и мнѣнія о патолого-анатомическомъ субстратѣ травматическаго психоза, (поскольку его связываютъ съ *commotio cerebri*) и взгляды на патогенезъ болѣзни.

Korpen находятъ въ старыхъ случаяхъ *dementiae post-traumaticae* болѣе или менѣе распространенныя кровоизліянія въ корѣ, инфильтрацію и энцефалитъ. Онъ считаетъ особенно характернымъ явленіемъ—мелкіе рубцы съ многочисленными слѣдами крови и дефекты наружныхъ слоевъ коры въ видѣ ямочекъ и втяжнѣй; особенно характерны эти рубцы и ямки, когда они обнаруживаются на основаніи мозга.

Микроскопически: гіалиновое перерожденіе, круглоклеточковая инфильтрація, анейризматическія и лакунарныя расширенія капилляровъ, преждевременное развитіе облитерирующаго эндартеріита и т. д.

Вторично, на почвѣ разстройства питанія происходятъ регрессивныя измѣненія нейроглийныхъ и ганглиозныхъ клѣтокъ: хроматоллизъ, вакуолизация клѣтки, гомогенизация ядра и варикозная атрофія.

По *Baller'y*—вскрытіе даетъ очаги размягченія въ мозгу, а микроскопъ—обызвествленные клѣтки, измѣненія сосудовъ, лепто и пахименингитъ.

Отсюда ясно, что одними молекулярными измѣненіями клѣтокъ мозга (шокъ) объяснить болѣзненныхъ явленій—нельзя. Въ основу такихъ явленій, видимо, должно принять болѣе важныя, чѣмъ молекулярныя измѣненія; естественнѣе предположеніе что въ основѣ процесса „сотрашенія мозга“ лежитъ сдавленіе вещества мозга, всей его массы, вызванное передвиженіемъ самой массы и цереброспинальной жидкости; отсюда всѣ вышеописанныя явленія болѣзни, въ случаяхъ, въ которыхъ грубыхъ кровоизліяній въ вещество мозга не было.

Schmaus и *Schäffer* указываютъ, что и безъ кровоизліянія въ спинной мозгъ—можно наблюдать очаги размягченія.

Таково въ общихъ чертахъ состояніе нашихъ знаній въ настоящее время о травматическомъ психозѣ.

Вышеуказанная пестрота клинической картины, которая объясняется, повидимому, включеніемъ въ группу травми-

ческихъ психозовъ—заболѣваній послѣ травматическихъ, гдѣ этиологія болѣзни оставалась спорной—такое положеніе вопроса дѣлаетъ интересными для описанія случаи, въ которыхъ причинная связь между болѣзью и травмой неспорима, и исключено наслѣдственное и индивидуальное предрасположеніе къ болѣзни.

Таковъ именно случай, наблюдавшійся нами въ 1908—1909 году въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ и послужившій предметомъ одной изъ клиническихъ лекцій проф. В. П. Осипова въ весеннемъ семестрѣ 1909 г.

Больной А. В. Симбирскій мѣшанинъ 38 лѣтъ, женатъ, имѣетъ 3 дѣтей; учился въ городскомъ училищѣ; по профессіи машинистъ, служилъ въ послѣднее время до болѣзни машинистомъ при паровомъ шоссеиномъ каткѣ въ Симбирской Губернской Земской управѣ.

Родители больного совершенно здоровые люди, такъ же, какъ всѣ другіе родственники по восходящей и боковымъ линіямъ. Отцу 70 лѣтъ; онъ въ возрастѣ 60 лѣтъ женился вторично и имѣетъ 5 дѣтей отъ второго брака; человекъ спокойный, уравновѣшенный, заботливый. Мать больного имѣла 14 дѣтей, изъ которыхъ нѣсколько умерли въ дѣтствѣ отъ эпидемическихъ заболѣваній; мать была убита лошадыо. Братья отца такъ же очень крѣпкіе люди; одинъ умеръ 80 лѣтъ. Ихъ отецъ (дѣдъ больного) умеръ 105 лѣтъ отъ роду. Туберкулеза, сифилиса, душевныхъ болѣзней, алкоголиковъ во всей роднѣ, не было.

До 1-го сентября 1907 года В. былъ совершенно здоровъ, никогда ничѣмъ не болѣлъ и не лѣчился; удивлялся, какъ много лѣчатся его товарищи; спиртныхъ напитковъ не употреблялъ.

Всегда былъ человекомъ спокойнымъ, добродушнымъ, правдивымъ, любилъ деревенскій образъ жизни, много читалъ, особенно по своей спеціальности, которой онъ очень интересовался; (машинистомъ сталъ почти самоучкой). Былъ хорошимъ, энергичнымъ работникомъ, которымъ вездѣ на службѣ дорожили; жизнь велъ нормальную, не переутомлялся на службѣ, въ семьѣ чувствовалъ себя хорошо, прекрасно

относился къ женѣ и дѣтямъ. Тѣлосложеніе былъ крѣпкаго, съ нѣкоторой наклонностью къ полнотѣ. Тѣло и спялъ всегда хорошо. Заботъ, потрясеній не было; во время войны служилъ въ Кіевѣ, очень спокойно и хорошо.

1-го сентября 1907 года больной поѣхалъ на паровомъ каткѣ изъ Симбирска укатывать шоссе. Въ 6 часовъ вечера ему пришлось переѣзжать чрезъ рѣку по мосту, который рухнулъ подъ тяжестью 700 пудоваго катка; во время крушенія на больного упала, по словамъ свидѣтелей, балка, ударившая его по головѣ, и ноги были прижаты каткомъ; на водѣ онъ пробылъ, какъ говорятъ, отъ 10 до 15 минутъ, очевидно, удержавшись за балки. Вытащенного изъ воды больного повели въ ближайшую деревню, но, неожиданно вырвавшись, онъ снова бросился въ воду, откуда его снова пришлось вытаскивать силой; къ 9 часамъ вечера его привезли въ Симбирскъ; во время пути онъ сильно стоналъ и сказалъ только одну фразу: „домой хочу, ребятъ посмотреть“. Привезенный во дворъ своего дома, больной на вопросы не отвѣчалъ, такъ же какъ въ первые часы пребыванія въ больницѣ; въ хирургическомъ отдѣленіи больницы найденъ: „ушибъ мягкихъ частей правой половины груди и правой голени; озябленные части слабо припухли. 3/ix Кровотеченіе носовое. Состояніе больного угнетенное. Жалуется постоянно на испугъ, а такъ же на разнаго рода нервные боли. Сонъ безпокойный, прерывистый; въ послѣдующіе дни больной постоянно говорить со всѣми о бывшемъ съ нимъ происшествіи, жалуется на сильныя нервныя боли во всей правой верхней конечности; 7/ix t° 36,5 утромъ; 37,7 вечеромъ, 8-го лихорадки нѣтъ; 14/ix больной жалуется на сильныя ревматическія боли во всемъ организмѣ, заговаривается. Бредъ преслѣдованія. Выписанъ“. Свидѣній о состояніи пульса за время пребыванія въ больницѣ нѣтъ. 15—20/ix. Ходилъ въ управу, гдѣ сослуживцы замѣтили, что у него мутные глаза и безсвязная рѣчь; больной пересталъ ѣсть, пить и спать, вскакивалъ съ постели, жаловался, что слышитъ трескъ проваливающагося моста; былъ очень угрюмъ, мраченъ, грубъ. Доставленный женой въ Карамзинскую колонію для душевно-больныхъ, на вопросы не отвѣчалъ, толкался; сознаніе помрачено; говорилъ о войнѣ, о каткѣ, не узнавалъ окружающихъ; (изъ колоніи исторіи болѣзни получить не удалось); въ такомъ-же состоя-

нѣн, очень слабый физически, пробылъ 1½ мѣсяца дома: самъ не просилъ пищи, былъ пассивенъ, что-то бормоталъ, на вопросы не отвѣчалъ, иногда сильно перегибался назадъ, рвалъ бѣлье, галлюцинировалъ. Припадковъ не было; замѣчалась опухоль голени. 15/ш 1908 г. поступилъ въ Казанскую Окружную Лечебницу, Отмѣчена вялая реакція зрачковъ; лѣвый зрачекъ шире; во времени не разбирается, въ пространствѣ также, молчаливъ, апатиченъ, плохо соображаетъ, память ослабла. Къ концу апрѣля сознание нѣсколько прояснилось; больной сталъ ориентироваться въ пространствѣ и времени, лучше спалъ и ѣлъ. Временами являлась раздражительность и бредъ преслѣдованія: его отравляютъ, подмѣшиваютъ въ пищу ядъ, два дня отказывался отъ пищи, затѣмъ сталъ ѣсть самъ. 31 мая выписанъ. Дома—безъ перемѣнъ. 7/ви 1908 г. снова поступаетъ въ Лечебницу; считаетъ себя здоровымъ; въ Лечебницу отправили будто бы по просямъ жены. Сознание довольно ясное; жалобы на тяжесть и чувство давленія въ головѣ, а также сжиманія; вялъ; настроеніе пониженное; соматическая жизнь въ порядкѣ. Сознанія болѣзни нѣтъ. 20/ви увезенъ на кумышъ.

Въ третій разъ больной поступаетъ 25/х 1908 г. въ безсознательномъ состояніи; на вопросы не отвѣчаетъ, говорить что то про себя, онъ находится въ Уфѣ; жалуется на сильное давленіе въ вискахъ и темени. Память разстроена, плохо разбирается въ окружающемъ, во времени и пространствѣ. Иногда видитъ передъ собой катокъ; слышитъ трескъ падающаго моста; жалуется на затрудненіе при жеваніи пищи. Въ дальнѣйшемъ сознание нѣсколько яснѣе, походка медленная; плохой сонъ и аппетитъ, плохо разжевываетъ пищу. Мимика ослабла, рѣчь вялая; плохо соображаетъ. Запоры. Иногда спутанъ, собирается ѣхать на паровозы. „Иногда говорить, что видитъ катокъ, но сознаетъ, что это ему кажется“ (изъ исторіи болѣзни).

Въ настоящее время: больной средняго роста, правильно сложенъ, костно-мышечная система развита правильно; общее питаніе ослаблено, подкожный жиръ почти отсутствуетъ, кожа чиста, на груди и животѣ значительная волосатость. Сзади угла нижней челюсти—рубецъ послѣ разрѣза нарыва. Слизистая оболочка окрашена слабо; железы не прощупываются. Типъ черепа Subdolichoseph. Index 76,5. Лицо симметрично;

лицевой уголъ (Ж. Брока) 72. Ушные мочки приращены, не доразвиты, твердое небо глубокое; пульсъ 30; тоны сердца глухи, чисты. Внутренніе органы нормальны; наблюдаются постоянно запоры. Моча не содержитъ бѣлка. t° нормальна. Нервная система: Движенія глазъ правильны; движенія лицевыхъ мышцъ ослаблены, замедлены; зажмуриваніе глазъ неполное, жевательныя движенія рѣзко ослаблены, больной не можетъ какъ слѣдуетъ открыть рта, сжать челюстей, не можетъ откусить хлѣбной корки, даже мягкой. Слегка открытый ротъ — больной не можетъ закрыть, и дѣлаетъ это: поднимая нижнюю челюсть рукой. Языкъ высовывается съ трудомъ, фибриллярно сокращается. Движенія небной западѣски правильны. Движенія головы нормальны, движенія рукъ ослаблены, сопровождаются дрожаніемъ. Движенія туловища также очень ограничены, особенно къзади; больной не можетъ сохранить равновѣсія, при нагибаніи падаетъ; движенія нижнихъ конечностей ослаблены очень рѣзко; больной съ трудомъ поднимаетъ ногу, вытягиваетъ ее, вслѣдствіе главнымъ образомъ мышечной слабости, выраженной рѣзко въ мускулатурѣ всего тѣла, и особенно въ правой половинѣ. По динамометру сила правой руки 30, лѣвой 50.

Координація движеній рѣзко нарушена; больной съ трудомъ сохраняетъ равновѣсіе; при стояніи вынужденъ держать ся за столъ, сильно пошатывается и съ открытыми глазами; съ закрытыми глазами падаетъ назадъ („голова кружится“). При ходьбѣ покачивается, наклоняетъ голову впередъ, балансируетъ руками. Руки сильно дрожатъ. Рѣчь заикающаяся, замедленная, тихая, прерывистая. Писать совершенно не можетъ, проводя по бумагѣ лишь извилистую, дрожащую линію (до болѣзни В. писалъ хорошо) нервные стволы при давленіи безболѣзненны.

Чувствительность: болевая отсутствуетъ по всему тѣлу, кромѣ области II вѣтви n. trigemini слѣва и, отчасти, въ области всей лѣвой верхней конечности, гдѣ она лишь рѣзко понижена.

Чувство прикосновенія въ правой половинѣ совершенно отсутствуетъ, слѣва ослаблено; сильное давленіе двумя разставленными широко пальцами ощущается какъ одно давленіе; давленіе стеклянной крышки ощущается какъ давленіе

пальцемъ—въ правой половинѣ; въ лѣвой половинѣ—остатки чувства давленія палицо.

Температурное чувство справа совершенно отсутствуетъ и едва констатируется въ лѣвой половинѣ тѣла: больной не различаетъ ощущеній отъ рядомъ приложенныхъ къ кожѣ правой половины тѣла пробирокъ съ нагрѣтой до 80° водой и со снѣгомъ.

Мышечное чувство сохранено для грубыхъ пассивныхъ движеній и сопротивленія; чувство положенія своихъ членовъ рѣзко ослаблено.

Поле зрѣнія для бѣлаго цвѣта сильно сужено; въ правомъ глазу служеніе сравнительно съ нормой сильнѣе чѣмъ въ лѣвомъ; тоже самое, въ болѣе рѣзкой степени относительно краснаго цвѣта (также сравнительно съ нормой). Слухъ справа почти отсутствуетъ, слѣва сильно пониженъ; костная проводимость звука также; обоняніе разстроено; запаховъ не различаетъ; вкусъ также. Рефлексы: ниже-челюстной справа получается, слѣва нѣтъ, акроміальные отсутствуютъ, локтевые сгибательный и разгибательный слѣва вызываются, справа повышены; запястно-пальцевые слѣва слабы, справа ясно выражены; дотрогиваніе до задней стѣнки глотки не вызываетъ рефлекса; пателлярные и Ахилловы повышены. Подошвенные: слѣва есть, справа слабѣе. *Babinski* отсутствуетъ; то же съ *corneae*; рефлексъ съ *cremaster*'а выраженъ справа, отсутствуетъ слѣва; съ покрововъ живота слѣва налицо, справа отсутствуетъ; зрачки слегка неправильны, лѣвый шире; на конвергенцію реагируютъ, на свѣтъ слабѣе. Тазовые органы въ порядѣ.

Больной мало подвиженъ, апатиченъ, вялъ; обычно сидитъ слегка согнувшись на стулѣ, куда-то устремивъ глаза, съ грустно-неподвижнымъ лицомъ, по которому временами пробѣгаетъ слабая, жалкая улыбка; иногда онъ шепчетъ что-то губами, временами жестикулируетъ.

При разспросахъ больной временами обнаруживаетъ пониманіе мѣста; во времени не ориентуруется; предоставленный же самому себѣ больной погружается въ свои размышленія и, видимо, переносится всецѣло въ прошлое, которое онъ въ эти моменты принимаетъ за настоящее и дѣйствительное; вопросъ, къ нему обращенный заставляетъ его вздрогнуть и въ такой моментъ больной обнаруживаетъ содержаніе своего

сознанія: „Павелъ увесъ ключи отъ люка и вотъ 4-й день не весеть, а мнѣ нужно котель промывать“. Затѣмъ больной понемногу приходитъ въ себя, опредѣляетъ гдѣ онъ, но не сразу, а продолжаетъ рассказывать, что сейчасъ пріѣхалъ Павелъ, его помощникъ; онъ велѣлъ ему принести ключъ, и тотъ обѣщалъ къ вечеру это сдѣлать; утромъ они поѣдутъ укатывать шоссе по приказу инженера Михаила Аркадьевича; Павла онъ хорошо видѣлъ; онъ одѣтъ въ пиджакъ; на вопросъ не холодно ли Павлу—отвѣчалъ: да вѣдь теперь тепло (разговоръ происходитъ въ январѣ). Черезъ 2—3 минуты бесѣды больной устававливается, что катокъ разбитъ, что онъ давно боленъ, находится въ III хроническомъ отдѣленіи Окружной Лѣчебницы, приходитъ въ себя, начиная сознавать окружающее; сознаніе больного обычно заполнено представленіями прошлаго; галлюцинируетъ онъ часто, и почти всегда одними и тѣми же образами: ему представляется очень ярко паденіе моста, слышенъ трескъ балокъ, и т. д. Больной считаетъ, что у него въ вискахъ, въ мозгу, лагулька, которая при людяхъ молчитъ, а безъ людей, въ тишинѣ, начинаетъ кричать; она постоянно растетъ, и ее необходимо вырѣзать. Въ этомъ кругѣ идей и ощущеній протекаетъ сознаніе больного; говоритъ часто безсвязно, вслѣдствіе, очевидно, появленія противорѣчащихъ мыслей и образовъ, которыхъ сочетать онъ не можетъ; больной плохо считаетъ, не знаетъ хорошо азбуки, не можетъ вычислить, сколько мѣсяцевъ онъ боленъ. Память разстроена (ретро-антероградное разстройство). Больной помнитъ событія непосредственно до заболѣванія, (травмы) довольно хорошо помнитъ самый день, въ который произошло несчастье: на вопросъ не было ли съ нимъ несчастья, травмы, отвѣчаетъ: „дѣтъ... не помню; слышалъ я, какъ затрещалъ мостъ... а больше ничего не было“, не можетъ вспомнить достаточно быстро и легко имена своихъ дѣтей, путается ихъ возрастъ; не помнитъ, что служилъ въ 1904—5 году въ Кіевѣ, въ 1906 г. были выборы въ 1-ую Государственную Думу, за кого голосовалъ на выборахъ.

Значительно сильнѣе выражено разстройство памяти относительно событій послѣ начала болѣзни; больной не помнитъ, сколько разъ поступалъ въ Лѣчебницу, когда, въ какомъ мѣсяцѣ ѣздили на кумысъ; обычно, больной считаетъ, что теперь 1908 г. и у него выпадаетъ изъ памяти 10—12

мѣсяцевъ. Разстроено и запоминаніе: Онъ не можетъ повторить сказанныя пять цифръ, пять именъ. Чрезвычайно рѣзко выражена у больного утомляемость вниманія: самыя простыя логическія операція быстро утомляютъ его, также, впрочемъ, какъ малѣйшее физическое напряженіе, особенно, глазъ. Кромѣ того, вниманіе больного быстро и властно отвлекается галлюцинаціями.

Самочувствіе понижено главнымъ образомъ, повидимому, вслѣдствіе болѣзненныхъ ощущеній отъ головы и отъ бока, на что больной постоянно жалуется; тѣмъ не менѣе больной считаетъ себя обрѣвшимъ, здоровымъ и работоспособнымъ, не отдавая себѣ отчета въ своемъ состояніи. Настроеніе безразлично-депрессивное; по ночамъ страхи, давитъ катокъ: душевная чувствительность ослаблена, притуплена. Воля ослаблена.

Такимъ образомъ мы имѣемъ дѣло съ человѣкомъ совершенно нормальнымъ и здоровымъ до травмы, безъ всякихъ слѣдовъ сифилиса, алкоголизма, заболѣванія почекъ, сердца и сосудовъ, въ цвѣтущемъ возрастѣ, съ отличной наслѣдственностью, ведущаго совершенно нормальный, трудовой (безъ переутомленія) образъ жизни.

Черезъ нѣсколько минутъ послѣ комбинированной механически-психической травмы при паденіи въ воду—обнаруживается явное психическое разстройство, продолжающееся до сего времени. Важно отмѣтить, что болѣе или менѣе грубого поврежденія головы больной не получилъ, ушибъ касался лишь мягкихъ частей правой половины груди и правой голени. Извлеченный изъ воды, больной въ состояніи патологическаго аффекта, въ безсознательномъ состояніи снова бросается въ воду; по минованіи аффективнаго состоянія, сознание, на короткое время, возвращается и наступаетъ реакція—состояніе угнетенія; затѣмъ снова, повидимому, потеря сознания; все это съ очевидностью указываетъ на явленія сотрясенія мозга, хотя намъ и неизвѣстно состояніе пульса въ то время. На слѣдующій день новое явленіе, указывающее на

разстройство въ сосудистой системѣ мозга—именно: носовое кровотеченіе, которое хирурги считают патогномичнымъ для тромбоза sinus longitudinalis superior послѣ травмы головы. Послѣ нѣсколькихъ дней полусознательнаго состоянія съ небольшой лихорадкой взрывъ бреда преслѣдованія и ясно выраженное измѣненіе характера; дальше—аментное состояніе съ характеромъ депрессіи и галлюцинаціями, и постепенно надвигающееся слабоуміе при неясномъ сознаніи, безразличномъ настроеніи, слабости психическихъ процессовъ, рѣзко выраженной ретроградной амнезіи, ложными воспоминаніями и разстройствомъ памяти ближайшихъ событій; изъ физическихъ явленій бросается въ глаза почти тотальная анестезія, сильнѣйшія головокруженія, дрожаніе, пораженіе органовъ чувствъ, парестезіи, слабость нижней челюсти, измѣненіе сердечной дѣятельности и пульса.

Въ общемъ настоящее состояніе больного довольно близко напоминаетъ описанное *Коррен*омъ посттравматическое слабоуміе. Дифференціальная диагностика легка; здѣсь нѣтъ сифилиса мозга, ибо нѣтъ гнѣздныхъ симптомовъ и lues'a въ анамнезѣ. Здѣсь не прогрессирующий параличъ, такъ какъ нѣтъ его характерныхъ чертъ и, наоборотъ, имѣются налицо необычныя для прогрессирующаго паралича разстройство памяти, чувствительности, суженія поля зрѣнія и т. п.

Картина болѣзни составляется, такимъ образомъ, изъ характерной для травматическаго нейроза группы истеро-нейрастеническихъ симптомовъ (*Oppenheim* и друг.) и явленій глубокаго прогрессирующаго ослабленія умственныхъ способностей, которымъ характеризуется dementia posttraumatica (*Коррен*).

Мы имѣемъ здѣсь, слѣдовательно, случай органическаго душевнаго заболѣванія, возникшаго въ совершенно здоровомъ мозгу, вслѣдствіе сотрясенія мозга при паденіи въ воду.



Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Mendel*. Der Unfall in der Aetiologie der Nervenkr. Monatsschr. f. Psych. 1907—1908 г.
- 2) *Joffroy*. Traumatismes craniens et troubles mentaux. L'encephale. 1907. 2.
- 3) *Meschede*. Paralytische Geistesstörungen nach Trauma. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 55. H. 4.
- 4) *Wende*. Ein Fall von traumatischer Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 61. H. 2.
- 5) *Reichardt*. Ueber akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 61. H. 4.
- 6) *Köppen*. Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 33. H. 2.
- 7) *Bruns*. Die traumatischen Neurosen. Spec. Pathol. und Therapie von Nothnagel. B. XII.
- 8) *Hasche-Klünder*. Ueber atypisch. verlaufende Psychosen nach Unfall. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrk. Bd. 44, H. 2.
- 9) *Stadelman*. Ueber späterkr. des gehirns nach Schädeltrauma Deutsche medic. Wochenschr. 1903.
- 10) *Baller*. Zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Vierteljahrsschrift f. Gerichtliche Medicin. 1908. IV.
- 11) *Oppenheim*. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896 г.
- 12) *Давиденковъ*. Dementia posttraumatica. Современная Психіатрія. 1908—9.
- 13) *Thomsen*. Commotio. Hirnverletzung oder Neurose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 51. H. 4.
- Крэнелинъ*. Психіатрія.
- Binswanger* и *Siemerling*. Учебникъ психіатріи. 1908.
- Корсаковъ*. Курсъ психіатріи. 1901 г.
- Albert*. Частная хирургія. 1902 г. т. I.

Изъ физиологической лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго при
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Къ физиологіи п. depressoris.

Отношеніе п. депрессора къ сосудодвигательнымъ центрамъ)

Литературно экспериментальное изслѣдованіе.

Л. Л. Ф о ф а н о в а.

(О к о н ч а н і е).

III.

В ы в о д ы.

Послѣ описанія наиболѣе интересныхъ моментовъ, наблюдавшихся при нашихъ опытахъ съ совмѣстнымъ раздраженіемъ первовъ антагонистовъ—депрессора и п-vi ischiadici, сопоставляя всѣ полученные нами факты, мы должны будемъ притти къ тому заключенію, что уровень кровяного давленія во всякую минуту находится въ зависимости отъ вліянія на него двухъ совершенно противоположныхъ агентовъ—центровъ сосудосуживающаго и сосудорасширяющаго. Объяснить всѣ явленія въ измѣненія кровяного давленія принимая существованіе одного только ц. вазоконстрикторовъ, какъ это рекомендуетъ *Cyon* и его школа, совершенно невозможно. Простое наблюденіе колебанія кровяного давленія въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ раздраженій дѣлаетъ необходимымъ принятіе взгляда, что центръ сосудорасширителей существуетъ, причемъ совершенно не важно, существуетъ ли онъ въ видѣ изолированнаго центра, или онъ представляетъ изъ себя часть вазомоторнаго центра, заложеннаго въ продолговатомъ мозгу. Трудно утверждать за вѣрное, но во всякомъ случаѣ теорія *Bayliss'a* ⁴⁶⁾, что сосудодвигательный центръ есть центръ парный, — состоящій изъ констриктора и дилататора, — весьма близка къ истинѣ, если не есть уже истина.

Какъ извѣстно центръ вазоконстрикторовъ находится постоянно въ состояніи тоническаго возбужденія. Можно ли думать, что вѣбудь въ этомъ родѣ относительно центра сосудорасширителей—сказать трудно. Опыты съ перерѣзкой депрессора и послѣдующимъ повышеніемъ кровяного давленія какъ будто даютъ право до нѣкоторой степени сдѣлать подобное заключеніе, но они во первыхъ слишкомъ немногочисленны (*Latschenberger* и *Deakna* ²³), *Sewall and Steiner* ²⁶), *Hirsch und Stadler* ⁵¹), *Павловъ* ⁵⁰), а съ другой стороны такіе серьезные наблюдатели, какъ *Cyon* ¹) или *Bayliss* ⁵⁰) не наблюдали повышенія давленія послѣ перерѣзки депрессора. Слѣдовательно вопросъ этотъ въ настоящее время остается открытымъ.

Относительно вопроса, —отчего зависить при раздраженіи депрессора расширеніе сосудовъ и паденіе кров. давленія, мы думаемъ, что главную роль въ этомъ эффектѣ играетъ возбужденіе центра сосудорасширителей. Основываемся мы въ этомъ заключеніи на томъ, что, какъ уже было нами показано, паденіе кровяного отдѣла при удачно подобранномъ раздраженіи депрессора получается во время высокаго стоянія кров. давленія, слѣдовательно, сильнаго одновременнаго возбужденія центра сосудосуживателей, а по прекращеніи раздраженія депрессора давленіе весьма быстро возвращается къ первоначальному уровню. Слѣдовательно возбужденіе сосудорасширителей преобладаетъ надъ сосудосуживателями и проявляетъ свой эффектъ, но не уничтожаетъ возбужденія другого центра, эффектъ котораго сказывается по прекращеніи раздраженія самъ собой. Это явленіе, отмѣченное уже *Bayliss*’омъ ⁴⁶), въ высокой степени важно, такъ какъ оно указываетъ на мощность сосудорасширяющаго центра, на его силу, способную покрыть сильный эффектъ своего антагониста. Но такую энергію сосудорасширяющій центръ, повидимому, развиваетъ въ исключительныхъ условіяхъ, какъ напр. при прямомъ электрическомъ раздраженіи приводящаго нерва, или

при рѣзкомъ отравленіи продуктами жизнедѣтельности микро-организмовъ, на что указано *Gley et Charrin*'омъ³⁶), или вслѣдствіе вліянія какихъ либо психическихъ моментовъ и т. п. При обычныхъ же условіяхъ этотъ центръ м. б. находится въ состояніи покоя, что весьма трудно допустить, зная существованіе сосудорасширительныхъ нервовъ, энергично функціонирующихъ, или вѣрнѣе всего въ состояніи не сильнаго тонического возбужденія, м. б. даже періодическаго (что предполагаютъ *Hirsch* и *Stadler* по отношенію къ н. депресору), уравнивающаго сильные тоническіе импульсы со стороны своего антагониста—центра сосудоуживателей. Высказываться опредѣленно относительно тонического и періодическаго возбужденія центра сосудорасширителей я, конечно, въ данное время не могу, но нѣкоторыя мои наблюденія даютъ право предполагать это. Я говорю о наблюденіи въ опытѣ первой половины работы (3/хп 1907 г.). Сосудорасширяющій центръ этого животнаго отличался особенной возбудимостью. При раздраженіи ц. к. *vagi* токомъ 250 мм. р. с., мы два раза могли наблюдать на кривой языка рядъ повышеній плетисмографической кривой, постепенно уменьшающихся (см. прот. опыта раздр. 4 и 5-ое). Далѣе въ томъ же опытѣ послѣ раздрж. периф. конца *vagi* съ соотвѣствующими явленіями—остановкой сердца и паденіемъ кровяного давленія, по прекращеніи раздраженія и возвращеніи давленія къ прежнему уровню, на кривой языка опять таки появлялся рядъ высокихъ волнъ, постепенно уменьшающихся въ своей высотѣ (см. раздр. 6 и 7-ое). Всѣ эти наблюденія, если и не даютъ намъ право окончательно признать тоническое возбужденіе центра сосудорасширителей, такъ заставляютъ всетаки сильно задуматься надъ этимъ. Далѣе цѣлый рядъ наблюденій заставляютъ насъ принять, что при возбужденіи центра сосудорасширителей, возбужденіе въ другомъ центрѣ не гаснетъ, что должно необходимо бы наблюдаться, если бы была справедлива теорія *Netting*'а, наоборотъ возбужденіе въ антагани-

ствъ протекаетъ самостоятельно и по прекращеніи раздраженія можетъ обнаружить свой эффектъ, разумѣется, если возбужденіе это настолько сильно, чтобы преодолѣть стадію *Nachwirkung*'а центра сосудорасширителей. Но тутъ необходимо сдѣлать небольшую оговорку, что возбужденіе въ центрѣ сосудосуживателей не гаснетъ только въ томъ случаѣ, если раздраженіе центра сосудорасширителей производилось при сильномъ или значительномъ возбужденіи центра вазоконстрикторовъ. Если же раздраженіе производится при нормальномъ состояніи этого центра, а тѣмъ болѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ при утомленіи его, то, повидимому, возбужденіе центра сосудорасширителей совершенно угнетаетъ своего антагониста настолько, что послѣдующія, даже сильныя раздраженія послѣдняго, не даютъ никакого эффекта въ теченіе довольно продолжительнаго времени, пока угнетенный центръ усиѣтъ отдохнуть и превратится *Nachwirkung* сосудорасширителя. Т. о. необходимо признать, что сосудоудвигательные центры являются по отношенію другъ къ другу чистыми антагонистами: при возбужденіи одного до извѣстной степени угнетается возбужденіе другого, но только до извѣстной степени, опредѣлить которую на основаніи своихъ опытовъ я не могу. Повидимому, все зависитъ отъ силы возбужденія центровъ. Вообще мы должны сказать, что въ данномъ случаѣ явленія антагонизма сосудоудвигательныхъ центровъ, наблюдавшіеся уже *Bayliss*'омъ совершенно аналогичны тому, что констатировано *Sherrington*'омъ на скелетной мускулатурѣ конечностей и проф. *Н. А. Миславскимъ* на зрачкѣ. *Sherrington* ⁵⁴), изучая механизмъ движенія колѣннаго рефлекса, замѣтилъ, что перерѣзка центрипетальныхъ нервныхъ волоконъ, идущихъ отъ *m-li poplitei*, ослабляетъ тонусъ этой мышцы, и вслѣдствіе этого сгибание (движеніе ноги) становится болѣе живымъ. Авторъ сначала для объясненія этого явленія считалъ возможнымъ допустить часто механическую теорію, что потеря

напряженія при уничтоженіи тонуса въ *m. poplitei* даетъ возможность ногѣ болѣе свободно колебаться въ колѣнномъ суставѣ. Но далѣе наблюдавшіеся имъ факты заставили его отказаться отъ такого взгляда и признать, что усиленіе сокращеній (при колѣнн. рефлексѣ), вызванное перерѣзкой вѣтвей *ischiadici*, идущихъ къ *m-li poplitei*, не зависитъ отъ одного только расслабленія этихъ мускуловъ, почему нога получаетъ большую свободу движенія, но есть результатъ перерѣзки трактующихъ нервовъ, прерывающей токъ центрипетальныхъ импульсовъ, идущихъ вверхъ отъ *m-li poplitei* въ спинной мозгъ чрезъ нѣкоторые афферентные корешки, и уже въ спинномъ мозгу развивающихъ депрессорное вліяніе на сокращеніе. Авторъ приходитъ къ заключенію, что степень напряженія одного мускула изъ антагонистической группы непосредственно дѣйствуетъ на степень тонуса у своего оппонента не только механически, но также рефлекторно чрезъ афферентные и эфферентные пути и спинной мозгъ.

Проф. Н. А. Миславскій⁶⁸⁾—⁶⁹⁾ въ 1903 г. въ двухъ замѣткахъ на русскомъ и англійскомъ языкахъ указываетъ на антагонизмъ центровъ по отношенію къ движенію зрачка—именно, что кора оказываетъ двойное вліяніе на движеніе его:—активное—на центръ расширенія зрачка и депрессивное,—подавляя тонусъ центра, суживающаго зрачекъ (въ *cornu quadrigemina*).

*Bayliss*⁴⁶⁾ (въ 1903 г.) въ большой своей работѣ о депрессорѣ уже высказывается за антагонизмъ сосудодвигательныхъ центровъ—именно, что депрессорное раздраженіе дѣйствуетъ тормозящимъ образомъ на центръ сосудоуживателей и возбуждающимъ образомъ на сосудорасширяющій.

Въ другой своей работѣ, помѣщенной въ *Ergebnisse der Physiologie* 1906 г. (*die Innervation der Gefäße*, глава VI—*Allgemeine Gefäßreflexe*)⁵³⁾ *Bayliss* еще болѣе определенно говоритъ объ антагонизмѣ сосудодвигательныхъ центровъ. „Эта двойная дѣятельность нерва депрессора, говорить

овъ. напоминаетъ намъ роковымъ образомъ трудъ *Sherrington*'а относительно взаимной иннерваціи (*über reciproke Innervation*)“ — „Движенія такихъ органовъ, какъ глаза и члены производятся и управляются различными антагонистическими мышечными группами. Если мы примемъ, что рефлекторное движеніе производится отъ извѣстныхъ афферентныхъ импульсовъ, и что это движеніе требуетъ сокращенія опредѣленнаго мускула или опредѣленныхъ группъ, то, какъ показано въ настоящее время *Sherrington*'омъ, одновременно съ этимъ сокращеніемъ возникаетъ задержка—*Hemting* тонуса въ центрахъ мускуловъ антагонистовъ, такъ что послѣдніе расслабляются. Если при депрессорномъ рефлексѣ эта взаимная (обратная) иннервація имѣетъ мѣсто, то, вѣроятно, она существуетъ и при рефлексахъ, ведущихъ къ повышенію давленія. Я произвелъ на этотъ предметъ нѣкоторые опыты, но не опубликовалъ ихъ, въ виду ихъ неполноты.

Трудность въ наблюденіи задержки тонуса *сосудорасширителей* при одновременномъ возбужденіи *констрикторовъ* лежитъ въ томъ обстоятельствѣ, что при экспериментальныхъ условіяхъ весьма трудно въ началѣ доказать *тонусъ вазодилататоровъ*. Однако я получалъ доказательство того, что обратная иннервація существуетъ и въ этомъ случаѣ. Съ этой точки зрѣнія—интересно дѣйствіе стрихнина и хлороформа. *Sherrington* показалъ, что подъ вліяніемъ стрихнина или *tetanus—toxin*'а нормальный *Hemting* антагонистовъ переходитъ въ возбужденіе, такъ что координированныя движенія становятся невозможны. Это дѣйствіе будетъ показано также и на депрессорѣ. Подъ вліяніемъ стрихнина раздраженіе этого нерва производитъ повышеніе давленія вмѣсто пониженія, т. е. что *Hemting* вазоконстрикторовъ переходитъ въ возбужденіе. Существуетъ ли при этомъ возбужденіи *сосудорасширителей* въ сожалѣнію не будетъ показано, такъ какъ это составляетъ предметъ изслѣдованія въ настоящій моментъ. Противуположное дѣйствіе уже давно извѣстно при хлоралѣ и хло-

роформъ особенно у кроликовъ. Получающееся отъ обыкновенныхъ чувствительныхъ нервовъ повышение давленія измѣняется въ пониженіе, и вполне понятно, что это происходитъ отъ перехода возбужденія констрикторовъ въ *Hemming*“.

Т. О. какъ на основаніи литературныхъ данныхъ, такъ и на основаніи нашихъ собственныхъ наблюденій, мы должны признать, что между центрами сосудосуживателей и сосудо-расширителей долженъ существовать антагонизмъ, аналогичный тому, что наблюдалъ *Sherrington* на скелетной мускулатурѣ, или проф. *Н. А. Миславскій* при изученіи иннервации движенія зрачка. При нормальныхъ условіяхъ этотъ антагонизмъ сосудодвигательныхъ центровъ вполне совершенный, и возбужденіе одного центра, повидимому, влечетъ за собой—*Hemming*—задержку тонуса другого.

Резюмируя все сказанное нами выше, мы можемъ закончить нашу работу рядомъ слѣдующихъ положеній, отвѣчающихъ на поставленную себѣ задачу—выяснить отношеніе депрессора къ сосудодвигательнымъ центрамъ:

Теорія одного только угнетенія импульсовъ центра вазоконстрикторовъ при депрессорномъ эффектѣ (*Hemming*), предлагаемая для объясненія этого эффекта *Cyon*’омъ и его послѣдователями,—не вѣрна.

При раздраженіи депрессора происходитъ возбужденіе центра вазодилататоровъ при одновременномъ угнетеніи центра вазоконстрикторовъ и активное расширеніе сосудовъ.

Расширеніе сосудовъ и паденіе давленія во время депрессорнаго эффекта зависитъ гл. обр. отъ преобладающаго вліянія расширителей.

Вазомоторные центры являются по отношенію другъ къ другу антагонистами:—возбужденіе одного влечетъ за собой тормазъ тонуса другого.

При сильныхъ совмѣстныхъ раздраженіяхъ обоихъ центровъ—возбужденіе протекаетъ и въ томъ и въ другомъ одновременно.

Предположеніе *Bayliss'a*,—что вазомоторный бульбарный центръ долженъ состоять изъ констриктора и дилатора, весьма вѣроятно, если не есть истина.

Центръ сосудорасширителей, повидимому, обладаетъ собственнымъ тонусомъ,—подобно своему антагонисту.

Мы присоединяемся къ положенію *Чирвинскаго*, что центръ сосудорасширителей особенно отчетливо обнаруживаетъ свое отношеніе къ депрессорному раздраженію при параллѣ своего антагониста—центра констрикторовъ.

При одновременномъ раздраженіи нервовъ антагонистовъ (депрессора и *Ischiadici*) эффектъ на кров. давленіи будетъ суммированнымъ.

При раздраженіи депрессора происходитъ расширеніе сосудовъ всего тѣла и въ частности языка.

Заканчивая свою работу считаю своимъ долгомъ еще разъ высказать глубокую благодарность своему учителю, глубокоуважаемому проф. *П. А. Миславскому* и его помощнику прив. доц. *Д. В. Полумордвинову* за ихъ неустанную помощь словомъ и дѣломъ во время выполненія этой работы.

Д-ра *М. А. Чалусова* прошу принять мою искреннюю признательность за переводъ англійскихъ литературныхъ источниковъ, встрѣчавшихся мнѣ во время работы.

Считаю особенно пріятнымъ долгомъ поблагодарить глубокоуважаемаго учителя своего проф. *Н. А. Засыкаго* за клиническое образованіе, полученное мною подъ его руководствомъ и за дружеское, сердечное отношеніе ко мнѣ, которое я встрѣчалъ за все время пребыванія моего въ его клиникѣ.

Протоколы.

Опытъ 11-го дек. 1907 г.

Сука 6000 гр. привязана въ 11 ч. 30 м. дня. Трахеотомія безъ наркоза. 11 ч. 37 м. ввязана канюля въ централ. конецъ правой бедр. вены и введено 2 грамма (1 шпр.) морфія солянокислаго 1% раствора (во время вспрыскиванія морфія дефекація). 12 ч. 33 м. отпрепарированъ и перерѣзанъ лѣвый п. glossopharyngeus. Ц. конецъ взять на шелковую лигатуру. 12 ч. 35 м. перерѣзанъ лѣвый п. sympathicus. 12 ч. 52 м. перерѣзанъ правый vagus. 12 ч. 54 м. перерѣзанъ лѣвый vagus; ц. к. взять на шелк. лигатуру. 1 ч. дня. Отпрепарированъ лѣвый lingualis и перерѣзанъ; периф. кон. взять на лигатуру. Введено въ вену 2 гр. раствора кураре. Искусственное дыханіе. 1 ч. 19 м. кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.); 1 ч. 22 м.—кураре $\frac{1}{2}$ шпр. Животное все еще беспокоится, движется. 1 ч. 35 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) Наложень плетисмографъ на языкъ.

Начало опыта въ 2 часа дня. Раздраженіе производится съ помощью санного аппарата *Du Bois Reymond'a*.

2 ч. 3'. Раздр. 1-ое п. к. n-vi lingual. sinistri въ продолженіе 12". Сила тока 120 мм. р. с. Подъемъ кривой языка. Длинный, пологій спускъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

2 ч. 10'. кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

2 ч. 14'. Раздр. 2-ое п. к. n-vi glossopharyng. въ продолженіе 15". Сила тока 100 мм. р. с. Подъемъ кривой крутой, значительно меньшій, чѣмъ при раздраженіи n-vi lingual. Появленіе на кривой дыхат. волнъ. Спускъ пологій въ теченіи 52".

2 ч. 17'. Раздр. 3-е п. к. n-vi lingual. sin. въ продолженіе 3". Сила тока 100 мм. р. с. Высокій, крутой подъемъ и продолжительный спускъ кривой, появленіе на кривой дыхат. волнъ (кривая эта приведена въ текстѣ).

2 ч. 20'. Раздр. 4-ое п. к. n-vi lingual. sin. въ продолженіе 14". Сила тока 100 мм. р. с. Эффектъ тотъ же. На

спускъ кривой имѣется легкая вторая волна. Дых. волны очень отчетливы.

2 ч. 25'. Раздр. 5-ое п. в. n-vi G-ph. въ продолженіе 3". Сила тока 100 мм. р. с. Крутой подъемъ кривой, значительно меньшій, чѣмъ при раздраженіи n-vi lingualis. Дых. волны. Длительный, пологій спускъ. (Кривая привед. въ текстѣ).

2 ч. 28'. Раздр. 6-ое п. в. n-vi lingual. s. въ продолж. 12". Сила тока 100 мм. р. с. Эффектъ тотъ же. Животное начало двигаться.

2 ч. 30' введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

2 ч. 34'. Перерѣзанъ правый n. sympatricus; головной конецъ взятъ на лигатуру.

2 ч. 38'. Введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. Животное успокоилось.

2 ч. 41'. Раздр. 7-ое п. в. n-vi glossopharyng. sin. въ продолж. 15". Сила тока 100 мм. р. с. Эффектъ прежній.

3 ч. Раздр. 8-ое п. в. n-vi lingual. sin. въ продолж. 28". Сила тока 100 мм. р. с. Подъемъ кривой, хотя и очень высокій, но нѣсколько отлогій, отличается отъ кривыхъ, полученныхъ ранѣе. Дыхат. волны рѣзкія. Длительный спускъ.

3 ч. 15'. Art. cingularis sin. отпрепарирована и ц. к. ея соединенъ съ сфигмоскопомъ. Животное во время препаровки сильно беспокоится. Введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

3 ч. 20'. Раздр. 9-ое п. в. n-vi lingual. sin. въ продолж. 10". Сила тока 200 мм. р. с. Эффектъ очень слабый. Отлогій незначительный подъемъ. Много мышечныхъ сокращеній. Животное движется.

3 ч. 26'. Раздр. 10-ое п. в. n-vi glossopharyng. sin. въ продолж. 18". Сила тока 100 мм. р. с. Эффектъ значительно меньшій, чѣмъ ранѣе, характеръ его прежній. Животное очень сильно беспокоится.

3 ч. 30' введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.). Движенія продолжаютъся.

3 ч. 35'. Морф. соляновисл. $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

3 ч. 38'. Раздр. 11-ое п. в. n-vi lingual. sin. въ продолж. 11". Сила тока 80 мм. р. с. Пологій подъемъ и спускъ кривой съ массой мышечныхъ сокращеній.

3 ч. 41'. Разд. 12-ое ц. в. vagi sin. p. c. 60 мм. въ продолж. 14". Высвѣтъ подъемъ прессиі. На кривой языка параллельный подъемъ. Дыхательныхъ волнъ нѣтъ. Рычагъ пишетъ прямую линію.

Нѣсколько повторныхъ раздраженій типичной картины *Loven'*оваго рефлекса не обнаружили. Животное видимо уже истощилось. Лента барабана оканчивается.

Опытъ конченъ въ 3 ч. 45 м. За время опыта введено 10 гр. раствора кураре и 3 гр. 1% раствора морфія.

Протоколъ опыта 14 ноября 1907 г.

Кошка бѣлая, 3000 гр. Привязана подъ хлороформомъ въ 12 ч. дня. Трахотомія—въ 12 ч. 10 м. Въ 12 ч. 15 м. открыта правая бедр. вена; въ ц. в. ея ввязана канюля и вприснуто $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 1% раствора солянок. морфія. 12 ч. 25 м. отпрепарированъ и перерѣзанъ лѣвый vagus; ц. кон. его взять на лигатуру. Кромѣ него перерѣзанъ изолированный депрессоръ; ц. к. его тоже взять на лигатуру. Подъ лѣвый sympatricus подведена лигатура, но не завязана. 12 ч. 30 м. Отпрепарованъ и перерѣзанъ прав. vagus, ц. в. его взять на лигатуру. Подъ sympatricus подведена лигатура. 12 ч. 30 м. введено кураре $\frac{1}{4}$ шпр. (0,5 раств.). Искусственное дыханіе. Наложены плетисмографъ на языкъ. 12 ч. 40 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. (0,5). Животное сильно двигается, введено еще $\frac{1}{4}$ шпр. кураре (0,5). Правая бедреная вена нечаянно проткнута иглой казюли. Вена перевязана. Въ 12 ч. 50 м. отпрепарирована лѣвая бедреная вена; въ ц. в. ея ввязана канюля и введено кураре $\frac{1}{4}$ шпр. Животное продолжаетъ двигаться. 12 ч. 54 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. (0,5). 1 ч. 15 м. отпрепарирована правая бедреная артерія, послѣдняя перевязана и въ централ. конецъ ея ввязана канюля, соединенная съ сфигмоскопомъ и манометромъ. Передача съ языка плохая. Въ сосудѣ давленія постепенно понижается уровень воды. При осмотрѣ—оказался одинъ кондомъ прорваннымъ. Надѣтъ новый. 1 ч. 50 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. (0,5). Животное спитъ. Передача съ языка удовлетворительная. Кровь въ канюлѣ часто свертывается.

Опытъ начать около 2-хъ часовъ дня.

2 ч. 4'. Раздр. 1-ое, периф. к. n-vi depress. въ продолж. 13". Сила тока 125 мм. р. с.—Едва замѣтное пониженіе кривой сфигмоскопа. Въ манометрѣ пониженіе на нѣсколько миллиметровъ. Плетисмографич. кривая съ языка—безъ измѣненія.

2 ч. 9'. Раздр. 2-ое. ц. к. n-vi depressor. sin. въ продолж. 17". Сила тока 120 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

2 ч. 12'. Раздр. 3-е. ц. в. vagi sin. въ продолж. 15". Сила тока 250 мм. р. с. Эффекта на кривой нѣтъ.

2 ч. 15'. Раздр. 4-ое ц. в. vagi sin. въ продолж. 20". Сила тока 200 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

2 ч. 17'. Раздр. 5-ое. ц. в. vagi sin. въ прод. 21". Сила тока 200 мм. р. с. Легкое едва замѣтное пониженіе кривой вр. давленія и небольшое повышеніе кривой языка. На послѣдней небольшія мышечныя сокращенія.

2 ч. 20'. Раздр. 6-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 18". Сила тока 150 мм. р. с. Эффекта нѣтъ.

2 ч. 28'. Раздр. 7-ое. ц. в. vagi sin. въ продол. 24". Сила тока 120 мм. р. с. Значительное пониженіе сфигмоскопической кривой. На кривой языка замѣтное возвышеніе во все время раздраженія.

2 ч. 35'. Разд. 8-е. ц. в. vagi sin. въ прод. 22". Сила тока 120 мм. р. с. Паденіе кривой вров. давленія и рѣзкій подъемъ кривой языка.

2 ч. 40'. Раздр. 9-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 19". Сила тока 120 мм. р. с. Эффектъ тотъ же. На кривой языка рядъ мелкихъ остроконечныхъ возвышеній (отъ мышечныхъ сокращеній).

2 ч. 41'. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. (0,5).

2 ч. 44'. Раздр. 10-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 17". Сила тока 120 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

2 ч. 52'. Раздр. 11-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 33". Сила тока 120 мм. р. с. Значительное паденіе вров. давленія, кривая сфигмоскопа понизилась; на кривой языка значительный пологій подъемъ, начавшійся нѣсколько ранѣе, чѣмъ началось паденіе кривой сфигмоскопа. Далѣе вторая волна подъема, параллельная подъему давленія (Кривая приведена въ текстѣ подъ № 4).

3 ч. Перерѣзаны оба nn. sympatici. Давленіе безъ перемѣны. Кривая языка нѣсколько повысилась. Животное нѣсколько двигается; введено кураре.

3 ч. 3' $\frac{1}{4}$ шпр. кураре (0,5). Давленіе въ манометрѣ понижается.

3 ч. 11'. Раздр. 12-ое ц. к. vagi sin. въ продолж. 22". Сила тока 120 мм. р. с. Паденіе кривой сфигмоскона, повышение кривой языка, сравнительно небольшое. Послѣ спуска кривой,—вторичный высокій подъемъ, параллельный подъему давленія, (но очень большой для простого растяженія) появленіе отчетливыхъ дыхательныхъ волнъ.

3 ч. 21'. Раздр. 13-ое ц. к. vagi sin. въ прод. 36". Сила тока 110 мм. р. с. Небольшой отлогій подъемъ на кривой языка; послѣ спуска второй подъемъ, очень значительный. Появленіе дыхательныхъ волнъ. На сфигмоскопической кривой—паденіе давленія.

3 ч. 27'. Раздр. 14-ое ц. к. vagi sin. въ прод. 20". Сила тока 110 мм. р. с. Эффектъ тотъ же, но болѣе слабый. Опытъ конченъ около 3 ч. 30 минутъ.

Протоколъ опыта 30 ноября 1907 г.

Собака, 8500 гр. Кобель. Привязанъ безъ хлороформа въ 11 ч. дня. 11 ч. 7 м. Трахеотомія. 11 ч. 15 м. Открыта прав. бедр. вена, перевязана, въ центр. конецъ ввязана канюля и введено морф. солянокисл. 1% раств. 2 гр. (1 шпр.) 12 ч. Отпрепарированы и раздѣлены подъ узломъ vagus и sympaticus sin. Sympaticus перерѣзанъ подъ узломъ. 12 ч. 35 м. Отпрепарированы и раздѣлены подъ узлами vagus и sympaticus dext. Vagus перерѣзанъ подъ узломъ. Во время препаровки введено въ вену 1 гр. морфія ($\frac{1}{2}$ шпр.). 12 ч. 38 м. лѣвый vagus перерѣзанъ на срединѣ шеи; центральный конецъ его взятъ на лигатуру. 12 ч. 45 м. отпрепарирована лѣвая бедр. артерія, перевязана, въ центр. конецъ ея введена канюля, соединенная съ сфигмоскономъ и манометромъ. 12 ч. 47'. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 12 ч. 54'. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) Наложень плетисмографъ на языкъ.

Опытъ начать около 1 $\frac{1}{2}$ дня.

1 ч. 32'. Раздр. 1-ое ц. к. vagi sin. въ продолж. 19". Сила тока 200 мм. р. с. Эффекта нѣтъ на кр. языка. Де-

прессія на сфигмоск. кривой. Сильныя мышечныя сокращенія. Барабанъ остановленъ.

1 ч. 33'. Введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 1 ч. 40' барабанъ пущенъ въ ходъ.

1 ч. 42'. Раздр. 2-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 20". Сила тока 200 мм. р. с. Депрессія на кривой кр. давленія; полное отсутствіе эффекта на кривой языка. Повидимому,—плохая передача.

1 ч. 45'. Барабанъ остановленъ. Введено кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 1 ч. 48'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Сильныя мышечныя сокращенія. Введено еще кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.). На кривой кров. давленія все время *Hering-Traube* всѣхъ волнъ.

1 ч. 58'. Раздр. 3-е ц. к. vagi sin. въ прод. 18". Сила тока 120 мм. р. с. Минимальная депрессія. Исчезаніе волнъ *Hering-Traube*. На кривой языка эффекта нѣтъ. Волны *Hering-Traube* появляются по прекращеніи раздраженія.

2 ч. 4'. Раздр. 4-ое ц. к. п. vagi sin. въ прод. 25". Сила тока 120 мм. р. с. Легкая депрессія и исчезаніе *Hering-Traube* всѣхъ волнъ на кривой кров. давленія. На кривой языка значительный пологій подъемъ, начавшійся вѣсколько позднеѣ начала паденія кр. давленія. Мелкія мышечныя сокращенія

2 ч. 15'. Раздр. 5-ое ц. к. vagi sin. въ прод. 30". Сила тока 80 мм. р. с. Депрессія на кривой кр. давленія. На кривой языка повышенія нѣтъ, но появились отчетливо дыхательныя волны. Движенія животнаго становятся сильнѣе.

2 ч. 20'. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.)

2 ч. 30'. Раздр. 6-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 26". Сила тока 80 мм. р. с. Рѣзкая депрессія на кривой кр. давленія. Значительный подъемъ кривой языка. Подъемъ начинается, когда давленіе достигаетъ минимальнаго уровня. Дыхательныя волны не отчетливы. Сильныя мышечныя сокращенія (кривая въ текстѣ под. № 5).

2 ч. 36'. Раздр. 7-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 16". Сила тока 70 мм. р. с. Рѣзкая депрессія. На кривой языка подъема нѣтъ, но увеличеніе дых. волнъ.

2 ч. 42'. Раздр. 8-ое ц. в. vagi sin. въ прод. 13". Сила тока 87 мм. р. с. Рѣзкая депрессія. На кривой языка появленіе дых. волнъ и легкое пониженіе ея.

2 ч. 50'. Раздр. 9-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 26". Сила тока 87 мм. р. с. Рѣзкая депрессія на кривой кр. давленія. На кривой языка небольшой подъемъ.

2 ч. 56'. Раздр. 10-ое ц. в. *vagi sin.* въ продолженіе 19". Сила тока 87 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

3 ч. Перерѣзанъ правый п. *sympatricus*. Барабанъ на ходу. Значительный подъемъ кривой языка.

3 ч. 6'. Раздр. 11-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 16". Сила тока 87 мм. р. с. Депрессія на кривой кр. давленія. На кривой языка появленіе дыхат. волнъ, подъема нѣтъ.

3 ч. 11'. Раздр. 12-ое ц. в. *vagi sin.* въ продолженіе 28". Сила тока 87 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

3 ч. 20'. Барабанъ остановленъ.

3 ч. 35'. Отпрепарованъ лѣвый *lingualis* и перерѣзанъ периферич. конецъ его взятъ на лигатуру.

3 ч. 40'. Раздр. 13-ое ц. в. *lingualis sin.* въ продолженіе 8". Сила тока 87 мм. р. с. Высокій подъемъ кривой языка. Кривая кров. давленія безъ перемѣны.

3 ч. 54'. Раздр. 14-ое п. *lingual. sin.* пер. в. въ продолженіе 26". Сила тока 80 мм. р. с. Давленіе очень низкое. На кривой языка передается каждый ударъ сердца. Сосуды расширены до *maximum'a*; полный параличъ центровъ. Едва замѣтное повышеніе кривой языка. Вскорѣ случайное волнообразное повышеніе давленія и параллельное ему волнообразное повышеніе кривой языка.

Дальше испробовано еще нѣсколько раздраженій п. *vagi*, *lingualis* и *sympatrici*. Животное уже истощается. Центры слабо реагируютъ на раздраженіе. Опытъ конченъ около 4 ч. дня. За время опыта 3 раза промывали канюлю, вслѣдствіе свертыванія крови.

Протоколъ опыта 3 Денября 1907 г.

Собака Кобель 8000 гр. привязанъ безъ хлороформа въ 10 ч. 57 м., 11 ч. 3 м. Трахеотомія. Отпрепарирована прав. бедр. вена и перевязана. Въ центр. конецъ ввязана канюля и введено 1% раств. морф. солянокисл. 1 шпр. (2 грамма). 11 ч. 45 м. морф. солянокисл. 1 шпр. (2 гр.). 11 ч. 53 м. Лѣвый *sympatricus* подъ узломъ взятъ на лигатуру, но не перевязанъ и не перерѣзанъ. 12 ч. 17 м. Взятъ на лигатуру

правый *vagus* подъ узломъ. 12 ч. 20 м. Перерѣзаны—справа *vagus* подъ узломъ, слѣва *sympaticus*. 12 ч. 22 м. перерѣзанъ лѣвый *vagus* на срединѣ шеи, центр. в. взять на лигатуру. 12 ч. 30 м. Отпрепарированъ лѣвый *lingualis* и подъ него подведена лигатура. 12 ч. 37 м. Подведена лигатура подъ правый *lingualis*. 12 ч. 53 м. Отпрепарирована *art cingularis sin.*, 12 ч. 53 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.). 1 ч. дня Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. 1 ч. 8 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. Наложень плетисмографъ на языкъ 1 ч. 18 м. Введена каниюля въ центр. конецъ *art cingularis sin.* Каниюля, каучукъ и сфигмоскопъ выполнены $12\frac{1}{2}\%$ раств. сѣрнокислой магnezii. 1 ч. 22 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. 1 ч. 27 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. 1 ч. 32 м. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр.

Опытъ начатъ въ 1 ч. 35 м. дня. Передача вполне хорошая. На кривой языка хорошо передаются дыхательныя волны.

1 ч. 40' Раздр. 1-ое ц. к. *vagi sin* въ прод. 20". Сила тока 250 мм. р. с. Эффекта нѣтъ.

1 ч. 46' Раздраж. 2-ое ц. к. *vagi sin.* въ продолженіе 24" Сила тока 200 мм. р. с. Легкій прессорный эффектъ на кривой кр. давленія. На кривой языка—усиленіе дыхательныхъ волнъ. (сосудорасширеніе) и весьма незначительный подъемъ.

1 ч. 50' Кураре 1 шпр. (2 гр.).

1 ч. 52' Раздр. 3-е ц. к. *vagi sin.* въ продолженіе 19" Сила тока 200 мм. р. с. Эффектъ тотъ же.

2 ч. Раздр. 4-ое ц. к. *vagi sin.* въ продолженіе 24" Сила тока 250 мм. р. с. Давленіе остается безъ перемѣны. На кривой языка сначала увеличеніе дыхательныхъ волнъ. Почти въ моментъ окончанія раздраженія невысокіе подъемы кривой въ видѣ цѣлаго ряда отлогихъ волнъ въ теченіе двухъ съ лишнимъ минутъ.

2 ч. 6' Раздр. 5-ое ц. к. *vagi sin* въ продолженіе 19". Сила тока 250 м.м. р. с. Давленіе безъ перемѣны. На кривой языка, приблизительно черезъ 16" по окончаніи раздраженія, рядъ высокихъ подъемовъ кривой (6 разъ) въ теченіе почти $3\frac{1}{2}$ минутъ (190"). Дыхательныя волны весьма рѣзки. Подъемы кривой постепенно становятся меньше и меньше. Самый высокій—первый подъемъ.

2 ч. 11' Раздр. 6-ое. Периф. конецъ *vagi sin* въ продолженіе 20". Сила тока 40 м.м. р. с. Послѣ весьма короткаго

латентнаго періода остановка сердечныхъ сокращеній. Кривая кров. давленія пала весьма низко—до линіи отмѣтчика раздраженія; затѣмъ, по прекращеніи раздраженія, удары сердца появляются и давленіе весьма быстро начинаетъ повышаться, причемъ нѣсколько превосходитъ бывшій ранѣе уровень. Далѣе оно понижается до первоначальнаго уровня, на которомъ и держится безъ колебанія. На кривой языка—параллельно паденію кров. давленія имѣется рѣзкое пониженіе ея. Дыхательныя волны отсутствуютъ, рычагъ пишетъ прямую линію. Когда давленіе возвращается къ прежнему уровню, на кривой языка имѣется гигантскій подъемъ, но дыхательныя волны появляются только на нисходящей части его и постепенно все дѣлаются меньше и меньше. Черезъ 67" отъ максимальнаго уровня перваго подъема слѣдуетъ второй, причемъ дыхательныя волны появляются, а затѣмъ когда подъемъ понижается, они исчезаютъ и рычагъ чертитъ прямую линію. Почти черезъ 2 м. (114") отъ начала второго подъема слѣдуетъ 3-й подъемъ, имѣющій тотъ же характеръ.

2 ч. 17' Раздр. 7-е п. в. *vagi sin.* въ прод. 22" Сила тока 40 мм. р. с. Эффектъ совершенно тотъ же. Остановка сердца и паденіе давленія. Возвращеніе его къ прежнему уровню и затѣмъ длительное постепенное пониженіе его. На кривой языка—сначала паденіе ея и исчезаніе дых. волнъ, затѣмъ громадный подъемъ съ дых. волнами. Приблизительно чрезъ 2 м. (114") отъ начала перваго подъема рядъ постепенно повышающихся, значительныхъ волнъ, съ мелкими дыхательными волпочками. Послѣ 3-ей волны, кривая, нѣсколько понизившись, продолжаетъ долгое время оставаться на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ было до раздраженія, и на ней все время дышат. волны, хотя и невысокія.

2 ч. 22' Барабанъ остановленъ. Лента кончилась. 3 ч. дня. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Новая лента. Давленіе крови по манометру 160 мм. Hg.

3 ч. 2' Раздраж. 8-ое п. в. *vagi sin.* въ продолженіе 18". Сила тока 200 м.м. р. с. Эффекта нѣтъ. Появились произвольныя движенія въ языкѣ. 3 ч. 5' Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

3 ч. 7' Раздр. 9-ое п. в. *vagi sin* въ продолженіе 21". Сила тока 150 м.м. р. с. Легкій подъемъ кривой языка и появленіе дышат. волнъ.

3 ч. 9' Перерѣзанъ *sympatricus dexter* (на ходу барабана) — на кривой языка значительный подъемъ, чрезъ 6", 7" послѣ перерѣзки появленіе дыхат. волнъ (въ текстѣ кр. 7). Движенія языка. 3 ч. 12' Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

3 ч. 15' Раздр. 10-ое ц. к. *vagi sin* въ прод. 20". Сила тока 120 м.м. р. с. Значительный подъемъ кривой языка. Увеличеніе дыхат. волнъ. На кривой кров. давл. въ концѣ раздраженія маленькая прессія, а затѣмъ депрессія.

3 ч. 18' Кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.).

3 ч. 20'. Раздр. 11-ое ц. к. *vag. sin* въ прод. 7" Сила тока 100 мм. р. с. Давленіе безъ перемѣны. На кривой языка громадный подъемъ. Мышечныя сокращенія.

3 ч. 24' Раздр. 12-ое ц. к. *vagi sin* въ продолженіе 26". Сила тока 110 м.м. р. с. На кривой языка громадный подъемъ, на спускѣ котораго вмѣются 3 болѣе мелкихъ волны. Дыхательныя волны очень отчетливы. На кривой кров. давленія измѣненій нѣтъ. (Кривая въ текстѣ подлѣ № 8).

3 ч. 30'. Раздр. 13-ое ц. к. *vagi sin.* въ прод. 18". Сила тока 120 мм. р. с. Эффектъ такой же, но въ значительно меньшей степени.

3 ч. 35'. Лѣвый *lingualis* перерѣзанъ. Периф. к. его взять на лигатуру. 3 ч. 36'. Правый *lingualis* перерѣзанъ 3 ч. 39'. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр.

3 ч. 43'. Раздр. 14-ое пер. к. п—vi *lingualis sin* въ прод. 18". Сила тока 150 мм. р. с. Высокій подъемъ кривой языка. Рѣзкое усиленіе дыхат. волнъ.

3 ч. 48'. Раздр. 15-ое пер. к. п—vi *lingualis sin* въ прод. 11". Сила тока 120 м.м. р. с. Громадный подъемъ кривой языка и усиленіе дыхат. волнъ на кривой.

3 ч. 51'. Раздр. 16-ое ц. к. *vagi sin.* въ прод. 15". Сила тока 120 м.м. р. с. На кривой языка эффекта никакого нѣтъ.

3 ч. 54'. Раздр. 17-ое. Головной конецъ *sympatricis*, въ прод. 13". Сила тока 100 м.м. р. с. Паденіе кривой языка. Дыхательныя волны весьма значительны.

3 ч. 55'. Барабанъ остановленъ. Лента кончена. 4 ч. 20 м. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Новая лента. Сердце животнаго работаетъ плохо.

4 ч. 25 м. Опытъ конченъ. За время опыта израсходовано 6 шприцевъ кураре (12,0) и 2 шпр. морфія (4 гр.).

Протоколъ опыта 10 ноября 1907 г.

Кошка 3200 гр. захлороформирована и привязана въ 12 ч. 30 м. дня. 12 ч. 55 м. трахеотомія подъ хлороформомъ. 1 ч. Отпрепарована правая бедр. вена и перевязана, въ ц. в. ея канюля. Введено $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 1% морфія солянокислаго. 1 ч. 5 м. Перерѣзанъ прав. *vagus*, ц. в. его взять на лигатуру. Подъ *sympatricus d.* подведена лигатура. 1 ч. 12 м. Перерѣзанъ лѣвый *vagus*; ц. в. его взять на лигатуру. Подъ *sympatricus sin.* подведена лигатура. 1 ч. 14 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр.—черезъ минуту искусств. дышат. 1 ч. 20 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. 1 ч. 25 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. Наложень плетисмографъ на языкъ. 1 ч. 27 м. Кураре $\frac{1}{4}$ шпр. Вскрыта брюшная полость. Отпрепарована *art iliaca comm sin.*, перевязана; въ ц. в. ея ввязана канюля, соединенная съ сфигмоскопомъ. 2 ч. Кураре $\frac{1}{2}$ шпр.

Опытъ начать въ 2 ч. 5 м. дня. Передача съ плетисмографа замѣчательно хорошая. Передаются не только дыхательныя но и пульсовыя волны. Давленіе очень низкое (отъ 40—50 м.м. Hg).

2 ч. 8'. Раздр. 1-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 17". Сила тока 200 м.м. р. с. Легкое пониженіе кр. кровяного давленія. На кривой языка эффекта нѣтъ.

2 ч. 12'. Раздр. 2-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 19". Сила тока 150 м.м. р. с. Эффектъ тотъ же.

2 ч. 16'. Раздр. 3-е ц. в. *vagi sin.* въ прод. 27". Сила тока 150 м.м. р. с. Пониженіе кров. давленія. Легкое пониженіе кривой языка. Усиленіе дышат. и пульсовыхъ волнъ.

2 ч. 21'. Кровь свернулась въ канюльѣ. Опытъ прерванъ. Канюля промыта.

2 ч. 37'. Опытъ продолжается.

2 ч. 37'. Раздр. 4-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 20". Сила тока 125 м.м. р. с. Пониженіе давленія на кривой кров. давленія и на кривой языка.

2 ч. 49'. Зажата брюшная аорта подъ діафрагмой. Едва замѣтное повышеніе давленія въ манометрѣ.

2 ч. 54'. Раздр. 5-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 17". Сила тока 125 м.м. р. с. Эффектъ тотъ же.

3 ч. 2. Разд. 6-ое ц. в. *vagi sin.* въ прод. 23". Сила тока 125 м.м. р. с. Паденіе кр. давл. въ манометрѣ. На кривой

вой языка пологій, продолжительный спускъ. Рѣзкое усиленіе пульсовыхъ волнъ. Цѣлый рядъ дальнѣйшихъ раздраженій п. vagi давалъ одинъ и тотъ же эффектъ. Центръ сосудосуживателей парализованъ окончательно. Опытъ конченъ въ 4 ч. дня.

Протоколъ опыта 18 ноября 1906 г. (Оп. 3-й).

Большая, молодая кошка. Привязана въ 1 ч. 30 м. дня Трахеотомія подъ хлороформнымъ наркозомъ. 2 ч. 10 м. въ ц. к. бедр. вены введена канюля и впрыснуто $\frac{3}{4}$ двухграммового шприца 1% раствора солянокислаго морфія. NN vagi открыты перерѣзаны и ц. к. ихъ взяты на лигатуры. Отпрепарирована art carotis sinistra, перевязана и въ ц. к. ея ввязана канюля, соединенная съ манометромъ каучукомъ съ 25% растворомъ сѣрнокислой магнезій. 2 ч. — 40 м. впрыснуть 1 шпр. (2 гр.) кураре. Открыть и перерѣзать п. ischiadic. dext.; ц. к. его на лигат.

Начало наблюденія ровно въ 3 ч. дня. Животное спитъ спокойно. Давленіе высокое—158 мм. Hg *)

3 ч 1' 30". Раздр. 1-ое п—vi vagodepres. sin. р. с. 200 мм. въ теченіе 18". Давленіе до раздраженія 158 м.м. Hg. Во время раздраженія 158—156—152—150—149—149—150 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе быстро повышается: 150—154—156 мм. Hg. и доходитъ до уровня 157—158 м.м. Hg., на которомъ и устанавливается.

3 ч. 2' 6". Барабанъ остановленъ. Давленіе 158 м.м. Hg. 3 ч. 10'. Пущень въ ходъ. Давленіе=157—158 м.м. Hg.

3 ч. 10' 17". Раздр. 2-ое ц. к. п—vi ischiadici токомъ при р. с. 200 м.м. въ теченіе 9". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=158 м.м. Hg. Во время раздраженія=158—160—171—186 м.м. Hg. Латентный періодъ—3" съ небольшимъ. По окончаніи раздраженія давленіе поднимается до уровня 196 мм. Hg., на которомъ колеблется въ теченіе приблизительно 5" и затѣмъ начинаетъ полого спускаться.

3 ч. 11' 40", барабанъ остановленъ. Давленіе 173—174 м.м. Hg. 3 ч. 13' 30" барабанъ пущень въ ходъ. Давленіе=169 м.м. Hg.

*) Приводимыя здѣсь цифры соотвѣтствуютъ асте дыхат. волнъ на кривой кров. давленія.

3 ч. 13' 57". Раздр. 3-е. Сначала раздражается ц. в. *vago—depressoris sin.*, ток. при р. с. 200 мм. въ теченіе 37". 20" спустя отъ начала раздраженія присоединяется раздр. ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 24". Давленіе въ моментъ начала раздраженія = 168 мм. Hg. Во время раздраженія 158—163—165—165—160—157—158—(начало раздр. *ischiadici*) 162—159—160—164—170—174 (конецъ раздр. депр.) 176—174—175—182 мм. Hg. Латентный періодъ для эффекта *ischiadici* около 9—10". По окончаніи раздраженія давленіе скоро возвращается въ уровню 156—158 мм. Hg., на которомъ и устанавливается. 3 ч. 15' 17". Барабанъ остановленъ. Давленіе = 160—162 мм. Hg.

3 ч. 18'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе высокое. Появились волны типа Hering-Traube.

3 ч. 18' 43". Раздр. 4-е ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 34". Давленіе до раздраженія 150—154 мм. Hg. Волны Hering-Traube. Во время раздраженія = 154—159—153—147—144—153—159—158—154—151—150—153—162—166—159 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе держится приблизительно на этихъ же цифрахъ.

3 ч. 20'. Барабанъ остановленъ. Левга кончилась. Прочерчена абсцисса при давленія въ манометрѣ = 0. Надѣта новая лента. Животное спитъ хорошо. 3 ч. 29'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе колеблется отъ 152—175 мм. Hg. Волны Hering-Traube.

3 ч. 29' 26". Раздр. 5-ое ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 13". Давленіе до раздраженія = 152—175 мм. Hg. Въ моментъ начала раздраженія давленіе = 158 мм. Hg. Во время раздраженія 158—161—171—178—181—174 мм. Hg. Латентный періодъ для *ischiadici* около 3". По окончаніи раздраженія волны Hering-Traube. Такая игра кров. давленія держится около 43" и затѣмъ давленіе начинаетъ постепенно понижаться.

3 ч. 30' 29". Раздр. 6-ое Одновременное раздраженіе центр. концовъ *ischiadici* и *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 190 мм. для обоихъ нервовъ въ теченіе 16". Давленіе въ моментъ начала раздраженія = 132 мм. Hg. Во время раздраженія = 129—122—112—103—95—89—86 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе еще нѣсколько секундъ весьма мало понижается и, достигнувъ уровня 80—82 мм. Hg., уста-

навливаются на немъ на весьма значительное время, (около или нѣсколько больше $1\frac{1}{2}$).

3 ч. 31' 12". Раздр. 7-ое п. в. п—vi ischiadici; p. c. 200 мм. въ теченіе 23". Давленіе до раздраженія 81—82 мм. Hg. Во время раздраженія=81—79—76—75—75—75—75—76—76—75 мм. Hg.

3 ч. 32' 15". Давленіе внезапно стало быстро повышаться и въ теченіе 5—6" возросло до уровня 176 мм. Hg. Появились волны типа Hering-Traube.

3 ч. 32' 41". Раздр. 8-ое п. в. ischiadici; p. c. 200 мм. въ теченіе 14". Давленіе до раздраженія колебалось—150—154 мм. Hg. Въ моментъ начала раздраженія давленіе=151 мм. Hg. Во время раздраженія=148—155—171—181—183 мм. Hg. Латентный періодъ для ischiadici около 4 съ лишнимъ секундъ. По окончаніи раздраженія давленіе повышается еще до уровня 188 мм. Hg., послѣ чего уже начинается круто падать и доходить до уровня 146—150 мм. Hg., на каковыхъ цифрахъ и держится долгое время. Появленіе волнъ Hering-Traube.

3 ч. 34' 58". Барабанъ остановленъ (конечна лента). Прочерчена абсцисса при давленіи=0. Новая лента. Промыта банюля. Животному дано немного ($\frac{1}{4}$ шпр.) кураре. Барабанъ пущенъ въ ходъ въ 3 ч. 45 м. Давленіе низкое=79 мм. Hg.

3 ч. 45' 16". Раздр 9-ое п. в. ischiadici; p. c. 190 мм., въ теченіе 46". Черезъ 15" отъ начала раздраженія ischiadici вставлено раздраженіе п. в. vagodepressorіs sin. p. c. 190 мм. въ теченіе 21". Давленіе до раздраженія=78 мм. Hg. Въ моментъ начала раздраженія=76—77 мм. Hg. Начало повышения чрезъ 4 съ небольшимъ секунды. Въ теченіе раздраженія давленіе=76—78—95—121—147—160 (начато раздр. vagoder.) 157—146—132—122—112—107—100—94—90 (раздр. vagod. окончено) 90—90—94 мм. Hg.

Раздраженіе ischiadici окончено, но приблизительно чрезъ $1\frac{1}{2}$ " начато опять при той же силѣ тока и продолжалось въ теченіе 11". Давленіе=100—105—104—101—98 мм. Hg. По окончаніи этого раздраженія давленіе продолжаетъ полого падать и, достигнувъ уровня 80 мм. Hg., остается на этомъ уровнѣ довольно долгое время (около $1\frac{1}{2}$ '). (Кривая въ текстѣ № 14).

3 ч. 47' 21". Раздр. 10-е ц. к. n—vi ischiadici; токъ при р. с. 190 мм. въ теченіе 16". Давленіе до раздраженія около 80 мм. Hg. Въ моментъ начала раздраженія 80 мм. Hg. Во время раздраженія=80—85—109—138—164—178—186 мм. Hg. Латентный періодъ для эффекта ischiadici—больше 4". По окончаніи раздраженія давленіе колеблется въ широкихъ предѣлахъ въ видѣ волны Hering-Traube отъ уровня 150—164 мм. Hg. до высоты 186 мм. Hg. въ теченіе довольно продолжительнаго времени (до конца ленты).

3 ч. 49' 4". Раздр. 11-е ц. к. vagodepres. sin. токомъ при р. с. 190 мм. въ теченіе 23". До раздраженія давленіе очень высокое. Сильныя волны Hering-Traube. Въ моментъ начала раздраженія давленіе=164 мм. Hg. Во время раздраженія=158—144—132—123—116—108—102—98—95 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе начинаетъ повышаться приблизительно чрезъ 5": 96—106—141—174—184—188 мм. Hg. Продержавшись на такомъ уровнѣ въ теченіе 2—3", давленіе круто спускается и устанавливается около уровня=140—150 мм. Hg. на продолжительное время. Сильныя волны Traube. (Въ текстѣ крив. 15).

3 ч. 52' 8" барабанъ остановленъ. (Лента кончена). Прочерчена абсцисса при 0 давленія. Канюля промыта. Животному вприснуто $\frac{1}{4}$ шпр. кураре. Новая лента. 4 ч. 6' барабанъ пушенъ въ ходъ. Давленіе=108—114 мм. Hg.

4 ч. 6' 8". Раздр. 12-ое ц. к. n—vi ischiadici токомъ при р. с. 190 мм. въ теченіе 17". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=104 мм. Hg. Въ теченіе раздраженія=101—101—116—130—141—146—150—150 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе довольно быстро спускается до уровня 130—140 мм. Hg. и на немъ колеблется.

4 ч. 7' 44". Раздр. 13-ое ц. конца ischiadici dextri токомъ при р. с. 190 мм. въ теченіе 21". Чрезъ 5 съ небольшимъ секундъ послѣ начала раздраженія ischiadici—присоединено раздраженіе ц. к. vagodepres. sin. токомъ при р. с. 190 мм. въ теченіе 47". Давленіе до раздраженія высокое. Волны Hering-Traube. Въ моментъ начала раздраженія давленіе=112—113 мм. Hg. Во время раздраженія=110—130—152 (начато раздраж. вагодепрессора) 158—158—152—150—144—143 (раздр. ischiad. окончено) 126—119—110—111—114—108—104—104—108—111. По окончаніи раздраженія, давленіе, продержавшись на указанномъ уровнѣ (108—111

мм. Hg.) въ теченіе 3—4", круго начинаетъ повышаться и быстро достигаетъ высоты 173—174 мм. Hg. При раздраженіи *ischiadici* повышение давленія въ этомъ случаѣ наблюдается приблизительно чрезъ 3".

4 ч. 9' 31". Раздр. 14-ое. Длительное раздраженіе ц. конца *vagodepr. sin.* въ теченіе 1' 28", причемъ сила тока мѣнялась отъ 180 мм. р. с.—до 150 мм. р. с. Давленіе въ моментъ начала раздраженія 139 мм. Hg. Во время раздраженія = 135—131—125—118—114—120—118—122—117—120—117—118—116—115—113—110—115—118—122—122—124—128—128—127—120—116—107—102—106—110—122—141—168—179 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе быстро, хотя и незначительно, понижается и устанавливается на уровнѣ 158—160 мм. Hg.

4 ч. 11' 28". Барабанъ остановленъ. (Лента кончена). Опытъ за недостаткомъ времени прекращенъ. 4 ч. 15 м. Животное убито обезкровливаніемъ.

Протоколъ опыта (7-го) 9 янв. 1907 г.

Молодой котъ (рыжій) 4000 гр. Привязанъ въ 11 ч. 55 м. утра. 12 ч. 4'. Трахеотомія. 12 ч. 7'. Отирепарирована правая бедр. вена, перевязана и въ ц. к. ея ввязана канюля ширица. 12 ч. 10'. Впрыснуто въ вену $\frac{1}{2}$ шпр. 1% солянок. морфія и $\frac{1}{2}$ шпр. кураре. (Искусственное дыханіе). 12 ч. 19'. Перерѣзанъ лѣвый *vagus*; ц. к. его взять на лигатуру. 12 ч. 23'. Перерѣзанъ правый *vagus*; *sympatric* оставлены цѣлыми. 12 ч. 24'. Впрыснуто кураре $\frac{1}{2}$ шпр. 12 ч. 32'. Перерѣзанъ правый *ischiadicus*; ц. к. его взять на лигатуру. 12 ч. 32'. Впрыснуто морфія $\frac{1}{4}$ шпр. 12 ч. 35 м. Ввязана канюля въ центр. конецъ правой *art. carotis*. 12 ч. 42'. Впрыснуто кураре $\frac{1}{2}$ шпр. 12 ч. 48'. Каротида правая соединена съ манометромъ. Первые уложены въ погружные электроды.

Начало наблюденія 12 ч. 55'.

12 ч. 55' 14". Раздр. 1-е. Длительное раздраженіе ц. к. *vagodepres. sin.* токомъ при р. с. 150 мм. въ теченіе 46"; причемъ приблизительно чрезъ 36" отъ начала раздраженія вставлено раздраженіе ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 100 мм. въ теченіе 1". Давленіе въ моментъ начала раздраженія = 1=65 мм. Hg. Въ теченіе раздраженія = 165—160—157—155—154—153—151—147—146—148—148—148—150

(раздр. ischiadici). Давленіе поднялось настолько высоко, что поплавокъ манометра перекинуло за край барабана. Давленіе приблизительно около 260 мм. Hg. Такое давленіе до конца раздраженія депрессора.

12 ч. 56'. Барабанъ остановленъ. Выждано, — когда давленіе вернулось къ первоначальной высотѣ. 12 ч. 57' 28". Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе колеблется между 198—214 мм. Hg.

12 ч. 58' 13". Раздр. 2-ое. Длительное раздраженіе ц. в. vagodepr. sin. Токъ при р. с. 125 мм. въ теченіе 43", причемъ чрезъ 23" отъ начала раздраженія вставлено раздраженіе ц. в. ischiadici токомъ при р. с. 150 мм. въ теченіе 1". Давленіе въ моментъ начала раздраженія—196 мм. Hg. Въ теченіе раздраженія—195—184—172—164—160—158—158—160—160 (раздр. ischiadici) 192—200—192—188—170—161—157 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе тотчасъ начинаетъ повышаться, правда, крайне медленно и устанавливается на уровнѣ приблизительно 180 мм. Hg.

12 ч. 59' 56". Раздр. 3-е. Длительное раздр. ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 125 мм. въ теченіе 26", при чемъ чрезъ 12" отъ начала раздраженія вставлено раздраженіе ц. в. ischiadici токомъ при р. с. 150 мм. въ теченіе 1". Давленіе въ моментъ начала раздраженія 189 мм. Hg. Во время раздраженія—187—164—150—141—134 (раздр. ischiad.) 165—205—201—191—188. По окончаніи раздраженія давленіе устанавливается на уровнѣ 180—190 мм. Hg.

1 ч. 0' 1". Барабанъ остановленъ. (лента кончена). Прочерчена абсцисса при 0 давленія. Канюля промыта.

1 ч. 7' животному вырынуто $\frac{1}{4}$ шпр. кураре. 1 ч. 10'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 198—200 мм. Hg.

1 ч. 10' 9" Раздр. 4-е ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 110 мм. въ теченіе 28". Давленіе въ моментъ начала раздраженія—200—201 мм. Hg. Во время раздраженія—200—198—189—179—174—170—163—156—150—167—185—190 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе держится на этомъ уровнѣ (180—190 мм. Hg.).

1 ч. 10' 46" барабанъ на время остановленъ. 1 ч. 12'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе—198—200 мм. Hg.

1 ч. 12' 4". Раздр. 5-е ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 18—19". Давленіе въ моментъ на-

чала раздраженія=192 мм. Hg. Въ теченіе раздраженія=179—167—157—149—142—135—129—124 мм. Hg. Раздраженіе окончено, тѣмъ не менѣе паденіе давленія продолжается приблизительно еще въ продолженіи 17".—118—115—111—108—105—103 мм. Hg. и только затѣмъ уже оно начинаетъ быстро повышаться.

1 ч. 13' 1". Раздр. 6-ое. Длительное раздр. ц. в. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 38". Въ теченіе этого раздраженія—3 раза краткія раздраженія ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм., приблизительно по $\frac{1}{2}$ ", каждое, причемъ каждое такое раздраженіе отстоитъ отъ другаго на разстояніи 9—10". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=161 мм. Hg. Во время раздраженія=154—142—133—125—120—115—114—112—106—103—108—107—110—107. Раздраженіе кончено. Давленіе поднимается весьма медленно—105—111—115—119 мм. Hg. и устанавливается на уровнѣ 154 мм. Hg.

1 ч. 14' 30". Раздр. 7-ое. Одновременное раздраженіе центр. конц. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. и *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 22". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=146 мм. Hg. Во время раздраженія—140—132—132—145—161—173—175—181 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе колеблется на уровнѣ 180—200 мм. Hg.

1 ч. 15' 16". Раздр. 8-ое. Длительное раздраженіе ц. в. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 37", причемъ чрезъ 20" отъ начала раздраженія присоединялось раздраженіе ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 4". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=181 мм. Hg. Въ теченіе раздраженія=180—170—159—150—145—140—140—137 (нач. раздр. *ischiadici*) 136—146—154—163—170—170—161 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе колеблется на этихъ цифрахъ. Волны *Hering Traube*.

1 ч. 16' 46". Барабанъ остановленъ. (новая лента). Абсцисса при 0 давленія. Животное спитъ спокойно. Промыта канюля. 1 ч. 25'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе колеблется отъ 147 до 181 мм. Hg. Волны *Hering-Traube*.

1 ч. 25' 50". Раздр. 9-ое. Длительное раздраженіе ц. в. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 31", во время котораго произведено 7 краткихъ раздраженій ц. в. *va-*

vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм., каждое продолжительностью отъ 1 до 3 секундъ. До раздраженія давление высокое, рѣзко колеблется въ видѣ волнъ *Traube*. Давление въ моментъ начала раздраженія=151 мм. Hg. Во время раздраженія=149—168—181—178—172—164—167—177—177—179—183—178. Начало повышенія почти чрезъ 4". По окончаніи раздраженія давление колеблется въ широкихъ границахъ въ видѣ волнъ *Traube*, приблизительно отъ 165 до 189 мм. Hg.

1 ч. 26' 48" Раздр. 10-е. Длительное раздраженіе ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 56", въ теченіе котораго произведены 2 краткихъ раздраженія ц. в. п. ischiadici токомъ при р. с. 200 мм., каждое продолжительностью въ 1". Первое раздраженіе ischiadici совпадаетъ съ 23-й секундой раздраженія депрессора, второе съ 36 ой. Давленіе до раздраженія высокое, приблизительно около 189—190 мм. Hg. Во время раздраженія=189—186—172—156—144—135—126—120—119 (раздр. ischiad.) 128—139—157—170—173—170 (Раздр. isch.) 171—181—178—166—168—164—159 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давление колеблется въ этихъ границахъ (159—174 мм. Hg.).

1 ч. 28' 11" Раздр. 11 ое. Краткое раздраженіе ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=175 мм. Hg.—Далѣе—178—170 мм. Hg.

1 ч. 28' 20" Раздр. 12-ое. Краткое раздр. ц. в. vagodepr. sin. р. с. 90 мм. въ теченіе 1". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=172 мм. Hg. Дальше 178—173—179—180 мм. Hg.

1 ч. 28' 29" Раздр. 13-ое ц. в. vagodepr. sin. Давленіе въ моментъ начала раздраженія 180 мм. Hg., затѣмъ—176—180—173 мм. Hg.

1 ч. 28' 38" Раздр. 14 ое ц. в. vagodepr. sin. Давленіе въ моментъ начала раздраженія 173 мм. Hg., затѣмъ=169—162—161—159—172—167 мм. Hg.

1 ч. 28' 54" Раздр. 15-ое ц. в. vagodepr. sin. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=167 мм. Hg., далѣе=157—145—159—161 мм. Hg.

1 ч. 29' 27" Раздр. 16 ое. Одновременное раздраженіе ц. в. ischiadici при р. с. 200 мм. и vagodepr. sin. при р. с. 90 мм.

въ теченіе 2". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=173 мм. Hg. Далѣе давленіе=171—170—179 мм. Hg. Давленіе повысилось приблизительно черезъ 7 съ небольшимъ секундъ. Давленіе устанавливается на этомъ уровнѣ (170—175 мм. Hg.) Появляются волны *Traube*.

1 ч. 3' 2". Барабанъ остановленъ. (Новая лента). Животное спокойно. Въ канюль немного воздуха. Канюля промыта. 1 ч. 36'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе=105—119 мм. Hg.

1 ч. 36' 38" Раздрж. 17-е. Длительное раздраженіе ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 7", во время котораго произведено 5 раздраженій ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм., продолжительностью 1"—2"—3"—4" и 5". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=117 мм. Hg. Во время раздраженія=111—101—90—83 (Раздр. *ischiad.* 1")—78—74—70—69 (втор. раздр. *ischiad.* 2")—67—65 (Раздр. *isch.* 3")—64—63—62—60 (4-ое раздр. *isch.* 4")—59—58—57—55 (5-ое раздр. *isch.* 5")—53—56—62—64 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе, повысившись въ видѣ небольшой волны съ *maximum*'омъ 63 мм., Hg., спускается до уровня 53 мм. Hg. и продолжаетъ оставаться на такомъ уровнѣ около половины минуты.

1 ч. 38' 29". Раздр. 18-ое ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 2". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=54 мм. Hg. Затѣмъ=56—70—83—87—84—80—77—76—77—82—90—106—126. Давленіе устанавливается на цифрахъ приблизительно 126—130 мм. Hg.

1 ч. 39' 18" Раздр. 19-ое. Длительное раздраженіе ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 35", во время котораго произведено 5 краткихъ раздраженій ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 1"—2"—3"—4"—5". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=118 мм. Hg. Во время раздраженія=118—109—100—93—87—82—77—74—72 (Раздр. *ischiad.* 1")—69—68—67—(Раздр. *isch.* 2")—65—64—66—67—68 (Раздр. *isch.* 3")—69—72—72—70—65 (Раздр. *isch.* 4")—63—64—72—74—71—68 (Раздр. *isch.* 5")—63—64—75—98—99—92—84—77 мм. Hg. По окончаніи раздраженія кривая продолжаетъ еще понижаться—давленіе, хотя медленно, но падаетъ. Достигнувъ уровня 72 мм. Hg., давленіе медленно начинаетъ повышаться и устанавли-

вается на уровень 83—84 мм. Hg. Первое раздражение ischiadici приходится на 23"-ю раздражения vagodepressoris, второе на 33-ю секунду, третье на 43-ю секунду, четвертое на 60-ю секунду и пятое на 78-ю секунду.

1 ч. 42' 7". Барабанъ остановленъ. Прочерчена абсцисса. (новая лента). Въ канюль кровь не свертывается. Животное спокойно. 1 ч. 50'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе=98—102 мм. Hg.

1 ч. 50' 8" Раздр. 20-е. Длительное раздражение ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 19", во время котораго произведено 5 краткихъ раздраженій ц. в. ischiadici токомъ при р. с. 200 мм., продолжительностью въ 5"—4"—3"—2"—1". Первое раздраженіе (5") приходится на 2-ую секунду раздраженія депрессора, второе на 36-ую, третье на 51-ую, четвертое на 65-ую и пятое на 75-ую. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=104—107 мм. Hg. Во время раздраженія=98—88—79—73—70—68 (разд. isch. 5") 67—63—65—63—61—60 (Раздр. isch. 4")—62—63—66—63—61 (Раздр. isch. 3")—60—63—61—60—58 (Раздраж. isch. 2")—58—57—55—53—53 (Раздр. isch. 1")—54—53—50 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе держится на уровнѣ 48—50 мм. Hg. довольно долго.

1 ч. 51' 43" Раздр. 21-ое ц. в. ischiadici при р. с. 200 мм. въ теченіе 2". Давленіе въ моментъ начала раздраженія 48—50 мм. Hg. Повысившись до maximum'a 72 мм. Hg., давленіе скоро понижается, почти до того же уровня—50 мм. Hg. 1 ч. 51' 57" барабанъ остановленъ. 1 ч. 53'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 121 мм. Hg.

1 ч. 53' 20" Раздраж. 22-ое. Длительное раздраженіе ц. в. vagodepres. sin. при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 24". Черезъ 23" отъ начала раздраженія депрессора—раздраженіе ц. в. ischiadici при р. с. 200 мм. въ теченіе 5". Давленіе въ моментъ начала раздраженія депрессора 138—139 мм. Hg. Во время раздраженія=140—128—114—99—95—90—86 (Раздр. isch.) 82—84—86—100—106—112—128—136—142—145—151—145—132—124—119—114—112—115—115—124—130—143—148—143. мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе, колеблясь въ видѣ волнъ *Hering-Traube*, постепенно повышается и устанавливается приблизительно на уровнѣ 160—165 мм. Hg.

1 ч. 56' 49' Раздр. 23-е Раздражение п. в. vagoderp. sin. при р. с. 90 мм. въ продолженіе 22" Черезъ 13" отъ начала раздраженія депрессора—произведено краткое раздраженіе ischiadici токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 3½". Давленіе въ моментъ начала раздраженія—166 мм. Hg. Во время раздраженія—158—144—129—117 (Раздр. isch.)—110—105—101—100—97 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе нѣсколько секундъ еще падаетъ, хотя и мало, а затѣмъ, повысившись до 98 мм. Hg., устанавливается на этомъ уровнѣ.

1 ч. 57' 27" Барабанъ остановленъ. 2 ч. 6' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 117—118 мм. Hg.

2 ч. 6' 34" Разд. 24-е Длительное раздраженіе п. в. vagoderp sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 1", въ продолженіе котораго произведено 5 краткихъ раздраженій п. в. ischiadici при р. с. 200 мм., продолжительностью въ 5"—4"—3"—2"—1". Первое раздраженіе ischiadici (5") приходится на 15-ю, секунду раздраженія депрессора, второе—на 28-ю, третье на 41-ю, четвертое на 51-ю и пятое на 60-ю. Давленіе въ моментъ начала раздраженія—124 мм. Hg. Во время раздраженія—113—100—89—83—78 (Раздр. isch. 5")—75—74—73—74—74) Раздр. isch. 4")—74—78—78—77 (Раздр. isch. 3")—74—77—77 (Раздр. isch. 2")—75—74—78—87. (Разд. isch. 1")—74 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе едва замѣтно повышается:—78—84—85—86 мм. Hg. (Раздр. isch 1" при р. с. 200 мм.)—89—96—117—130—131 мм. Hg. На этомъ уровнѣ оно и устанавливается.

2 ч. 8' 23" Раздр. 25-ое Длительное раздраженіе п. в. vagoderp. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 9", во время котораго произведено краткое разд. п. в. ischiadici въ теченіе 4½"—5" токомъ при р. с. 200 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія—124 мм. Hg. Во время раздраженія—122—112—102—91—89—84—80—81 (раздр. isch.) 81—84—85—85—82—79—75—74—72—70—78—85—85—81—81—81 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе продолжаетъ оставаться на этомъ уровнѣ еще въ теченіе 6—7" до остановки барабана.

2 ч. 9' 39" барабанъ остановленъ. 2 ч. 10' барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе—186—190 мм. Hg.

2 ч. 10' 10" Раздр. 26-ое Длительное раздраженіе п-ві depress. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 56', причѣмъ

въ теченіе этого раздраженія произведено 2 раздраженія ц. в. ischiadici токомъ при р. с. 200 мм., каждое по 5". Первое изъ этихъ раздраженій приходится на 17-ю секунду раздр. депрессора, второе на 50-ую. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=190 мм. Hg. Во время раздраженія=177—160—144—134—126—118—112 (Раздр. isch 5")—106—102—102—100—98—95—99—99—101—98—98—96 (Раздр. isch. 5")—95—100 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе весьма медленно повышается и устанавливается на уровнѣ около 150 мм. Hg.

2 ч. 12' Барабанъ остановленъ. Прочерчена абсцисса. (Новая лента.) 2 ч. 16 м. животному впрыснуто $\frac{1}{2}$ шпр. кураре. 2 ч. 19' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 133—135 мм. Hg.

2 ч. 19' 3" Раздр. 27-ое. Длительное раздраженіе ц. в. ishiadici токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 43", въ продолженіе котораго произведено 5 краткихъ раздраженій депрессора токомъ при р. с. 90 мм., продолжительностью въ 1"—2"—3"—4" и 5", причемъ 1-ое раздр. vagodepr. (1") приходится на 6-ю секунду разд. ischiadici.—второе на 10-ю, 3-е на 17-ую, четвертое на 27-ую и пятое на 35-ую. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=131 мм. Hg. Во время раздраженія=142—178 (Раздр. vagod. 1")—194—190 (Раздр. vagod. 2")—191—191—217 (Раздр. vagod. 3")—219—203—194 (Раздр. vagod. 4")—188—174—(Раздр. vagod. 5")—164—161—151—142 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе нѣкоторое время колеблется около этого уровня и затѣмъ довольно медленно повышается,—именно,—142—142—153—151—166—167—169—181 мм. Hg. На этомъ уровнѣ давленіе устанавливается.

2 ч. 21' 4" Раздр. 28-ое. Длительное раздраженіе ц. в. vagodepr. sin. токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 34", въ продолженіе котораго произведенъ рядъ краткихъ раздраженій ц. в. ischiadici токомъ при р. с. 200 мм., продолжительностью каждое не больше $\frac{1}{2}$ ". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=197 мм. Hg. Во время раздраженія=197—182—166—147—138—135—130—126, (4 крат. раздр. isch. по $\frac{1}{2}$ ")—126—122—122—120 (4 крат. раздр. isch. по $\frac{1}{2}$ ".) 119—118—124—127—134—136—134—126—120—132—130. (16 крат. раздр. isch. по $\frac{1}{2}$ ".) 133—135—

138—142—147—148—153—145—145—144—140—136 мм. Нг. По окончаніи раздраженія давление, продержавшись нѣсколько секундъ на этомъ уровнѣ (136 мм. Нг), ступенеобразно повышается:—136—133—136—150—149—157—149—151—170—170—164—165—161—159—153—166—164—162—170—160—154—176—176—169—171—171—171 мм.

Нг. На этомъ уровнѣ давление устанавливается.

2 ч. 23' 45" Раздр. 29-ое Длительное раздраженіе ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 1' 31", во время котораго произведено 3 секундныхъ раздраженія ц. к. *ischadici* токомъ при р. с. 200 мм. 1-ое раздраженіе *ischadici* приходится на 9-ую секунду раздр. *vagodepres*, 2-ое на 18-ую и третье на 58-ую. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=171 мм. Нг. Во время раздраженія=171—160—144—130—122—(Раздр. *isch.* 1")—116—118—119—119 (Раздр. *isch.* 1")—122—131—134—134—136—141—141—144—139—139—136—133—138—133—129 (Раздр. *isch.* 1") 132—144—157—162—161—164—155—158—163 мм. Нг. По окончаніи раздраженія давление, повысившись на нѣсколько мм. (до уровня 170 мм. Нг.), продолжаетъ оставаться на немъ.

2 ч. 26' 27" барабанъ остановленъ. (Лента кончена). Абсцисса при 0 давленія. (Новая лента.) 2 ч. 34' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 134 мм. Нг.

2 ч. 34' 17" раздр. ц. к. *ischadici*, токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 2½—3". Давленіе въ началѣ раздраженія 134 мм. Нг. Затѣмъ=153—198—216—208—208—225—дальше поплавокъ манометра переброшенъ за край барабана. Давленіе доходило до 250—220 мм. Нг.

2 ч. 36' 43" барабанъ остановленъ. 2 ч. 36' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 145 мм. Нг. 2 ч. 36' 37" Барабанъ остановленъ. Давленіе 154 мм. Нг. 2 ч. 38' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе=141 мм. Нг.

2 ч. 38' 18" Раздр. 31-ое. Одновременное раздраженіе ц. концов *ischadici* и *vagodepr. sin.* въ теченіе 4". Токъ для перваго 200 мм. р. с.,—для втораго 90 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=130 мм. Нг. Затѣмъ=130—123—113—123—149—177—177—166—158—189—201—199—184—186—200—195—191—184—179—186—208—218 мм. Нг. Т. о. сначала имѣется пониженіе, а затѣмъ

уже повышение, появляющееся чрезъ 13" отъ начала раздраженія. Давленіе очень высокое. Животное начинаетъ двигаться. 2 ч. 39' 18" барабанъ остановленъ и животному впрыснуто $\frac{1}{4}$ шпр. кураре. Давленіе пало до 75 мм. Hg.

2 ч. 41' 37" Раздр. 32-ое. Одновременное раздраженіе ц. концовъ *ischiadici* и *vagodepr. sin.* въ теченіе 6". Первый нервъ раздражался токомъ при р. с. 200 мм. а второй—90 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=80 мм. Hg. Затѣмъ=82—80—76—72—69—66—66—66. Т. е. вмѣсто повышения имѣется еще нѣкоторое пониженіе.

2 ч. 41' 58" Барабанъ остановленъ. 2 ч. 44' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 200—201 мм. Hg.

2 43' 56". Раздр. 33-ое Секундное раздраженіе ц. в. *vagodepr. sin* токомъ при р. с. 90 мм. Давленіе до раздраженія=173 мм. Hg. Далѣе=169—163—150—145—143—141—142, т. е. устанавливается около 141 мм. Hg.

2 ч. 44' 24" Раздр. 34-ое Одновременное раздраженіе ц. концовъ *ischiadici* въ теченіе 3" токомъ при р. с. 200 мм. и *vagodepr.* въ теченіе 5" токомъ при р. с. 90 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=150 мм. Hg. Затѣмъ=148—138—124—127—130—124—142—166—170—162—150—152—150 мм. Hg. Давленіе устанавливается на этомъ уровнѣ. Т. о. въ этомъ случаѣ наблюдается сначала пониженіе давленія, а затѣмъ повышение, появляющееся приблизительно черезъ 16"—18".

2 ч. 45' 33". Барабанъ остановленъ. Новая лента. 3 ч. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе=146 мм. Hg.

3 ч. 0' 38" Раздраженіе. 35-ое. Одновременное раздраженіе ц. концовъ *vagodepres. sin.* и *ischiadici* въ теченіе 5". Силы тока для перваго—90 мм р. с., для втораго—200 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=139 мм. Hg. Затѣмъ=139—140—132—125—134—136—150—171—168—157—149—146—149—153 мм. и устанавливается на уровнѣ около 150 мм. Hg. И въ этомъ случаѣ сначала наблюдается пониженіе давленія, а затѣмъ уже повышение его, появляющееся приблизительно черезъ 13"—14".

3 ч. 1' 28" Раздраженіе 36-ое. Одновременное раздраженіе центр. концовъ п. *vagodepr. sin.* и *ischiadici* въ теченіе 21". Силы токовъ—для *ischiadici*—200 мм. р. с., для депрессора 90 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=

154 Hg. Во время раздраженія=152 — 146 — 134 — 121 — 113—113—126—145 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе быстро повышается и устанавливается на уровнѣ 175—181 мм. Hg.

3 ч. 2' 32" Барабанъ остановленъ. Давленіе очень высокое. Животное двигается. 3 ч. 16' вырыснута кураре шпр.

3 ч. 18' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 185—198 мм. Hg.

3 ч. 18' 42" Раздр. 37-ое. Секундное раздраженіе ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія 195 мм. Hg—Затѣмъ = 195 — 217—211—205—195 мм. Hg. и на этомъ уровнѣ давленіе устанавливается.

3 ч. 19' 27". Раздр. 38-ое Длительное раздраженіе ц. конца *vagodepr. sin.*, токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 41". Черезъ 20" отъ начала раздраженія депрессора присоединено раздраженіе ц. к. *ischiadici* (21") токомъ при р. с. 200 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=200 мм. Hg. Во время раздраженія 200—186—166—149—138—131—125 (Раздр. *isch.*)—120—119—118—123—138—149—165—182—191 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе, повысившись до уровня 224 мм. Hg., быстро спускается до уровня 165—167 мм. Hg., на которомъ и устанавливается.

3 ч. 20' 35" Раздр. 3-ое. Длительное раздраженіе ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. въ теченіе 39", причеъ черезъ 25" отъ начала раздраженія присоединено длительное раздраженіе ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 38". Давленіе въ моментъ начала раздраженія 146 мм. Hg. Во время раздраженія 143—161—168—172—175—183—205—215—223 (начало раздр. *vagodepr.*) 205—84—179—184 (раздр. *isch.* окончено) 191—189—178—177—176—169—161—151—155—156 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе еще продолжало падать: =152—149—144; но въ виду того, что лента кончена—барабанъ былъ остановленъ въ 3 ч. 21' 48".

Новая лента. Канюля промыта. 3 ч. 40'. Подъ лѣвую каротиду подведена лигатура, но не завязана. 3 ч. 45' барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 142 мм. Hg.

3 ч. 45' 17" Зажата лѣвая каротида. Давленіе до закрытія каротиды=142—144 мм. Hg. Тотчасъ по зажатіи=146—148—148—150—148—150—152—154—153 (3 ч. 45' 38" раздр. 40-ое. Раздраж. ц. в. vagodepr. р. с. 90 мм. въ теченіе 11") 155—145—132—120 (раздр. депр. кончено) 113—115—117—121—126—133—142—147—149—150 (3 ч. 46' 18" раздр. ц. к. ischiadici при р. с. 200 мм. въ теченіе 4") 150—180—205—202—190—181—180—183—187—188—194—187—183—182—180—176—174—175—175—178—181 мм. Hg. Art. carotis sin. открыта въ 3 ч. 47' 14".

3 ч. 47' 16" Барабанъ остановленъ. 3 ч. 58' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 148—150 мм. Hg.

3 ч. 58' 19" Лѣвая каротида зажата клеммеромъ. Давленіе въ моментъ зажатія=149 мм. Hg. Далѣе=153—153—152—150—153—153—157—157—157—154—154 (3 ч. 58' 48" Раздраженіе 41-ое; одновременное раздраженіе ц. к. ischiad. р. с. 200 мм. и vagodepr. р. с. 90 мм. въ теченіе 7") 157—169—205 (раздраженіе окончено) Далѣе давленіе повысилось настолько, что поплавокъ манометра перебросило за край барабана. Давленіе около 250 мм. Hg. Запись въ теченіе 30" отсутствуетъ;—затѣмъ—160—156—153—152—152—155—158—160—160—158—157—155—153—152—150—147—148—150—155—157—159. (4' ч. 0' 24" Раздр. 42-ое. Одновременное раздр. ц. к. ischiad. р. с. 200 мм. и vagodepr. р. с. 90 мм. въ теченіе 5") 160—161—166—152—164—164 (4 ч. 0' 40". Раздр. 43-ье. Одновременное раздр. ц. к. ischiadici р. с. 200 и vagodepr. sin. р. с. 90 мм. въ теченіе 8")—164—170—188—207—201—193—184—172—168—167—158 мм. Hg.

4 ч. 1' 10" Лѣвая каротида открыта. Давленіе=146—139—136 мм. Hg. Лента кончена.

4 ч. 1' 19" барабанъ остановленъ. 4 ч. 8' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 135 мм. Hg.

4 ч. 8' 16" Раздр. 44-ое. Раздраженіе ц. к. ischiadici въ теченіе 3" токомъ при р. с. 200 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=125 мм. Hg., затѣмъ=135—171 (раздр. окончено) 217 мм. Hg. Когда давленіе находится на этомъ уровнѣ (217 мм. Hg.), начато раздраженіе ц. к. vagodepr. токомъ при р. с. 90 мм., продолжавшееся 31" (Время 4 ч. 8' 24") Давленіе = 217—224—214—196—174—159—152—

150—150—148—148—148—149 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленія быстро выравнивается и устанавливается на уровнѣ около 190 мм. Hg.

4 ч. 9' 14" Раздр. 45-ое. Длительное раздраженіе ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 58", причѣмъ на 41-ой секундѣ произведено секундное раздраженіе ц. к. *ischiadici* токомъ при р. с. 200. мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=170 мм. Hg. Затѣмъ=162—154—146—142—138—134—129—126—124—122—120—123—125—130 (раздр. *isch.*) 133—158—162—157—148—142—142 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе повышается въ теченіе 10 секундъ и, достигнувъ *maximum'a* 180 мм. Hg., понижается и устанавливается на уровнѣ 153—150 мм. Hg.

4 ч. 10' 40" Раздр. 46-ое. Одновременное двухсекундное раздраженіе ц. концовъ *ischiadici* токомъ при р. с. 200 мм. и *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. Давленіе въ моментъ начала раздраженія=148 мм. Hg., затѣмъ 150—163—164—159 мм. Hg.

4 ч. 10' 51" барабанъ остановленъ. 4 ч. 12' барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 172 мм. Hg.

4 ч. 12 11" Раздр. 47-ое. ц. к. *vagodepr. sin.* токомъ при р. с. 90 мм. въ теченіе 20". Давленіе въ моментъ начала раздраженія=180 мм. Hg. Во время раздраженія=168—152—136—125—117—114—110—108 мм. Hg. По окончаніи раздраженія давленіе постепенно продолжаетъ падать еще въ продолженіе 22" и достигаетъ уровня 91 мм. Hg., послѣ чего начинаетъ повышаться и колеблется на уровнѣ 108—116 мм. Hg. до конца ленты (2' 29").

4 ч. 15' Барабанъ остановленъ.—Опытъ конченъ за позднимъ временемъ. Животное убито обезкровливаніемъ.

Протоколъ опыта 13-го (3-го Апрѣля 1907 г.)

Сѣрый котъ 3600 гр. Привязанъ въ 1 ч. 30 м. дня Трахеотомія подъ хлороформомъ. Отпрепарирована правая бедреная вена; перевязана, въ центральный конецъ ея ввязана канюля шприца. 1 ч. 41 м. введено въ вену 1%о раств. *morphii muriatici* $\frac{3}{4}$ шпр. (1,5 гр.) и кураре $\frac{1}{2}$ шпр. (1 гр.) 1 ч. 52 м. Обнаженъ и перерѣзанъ лѣвый п. *vagus*.

ц. к. его взять на лигатуру. 1 ч. 55 м. Обнаженъ и перерѣзанъ правый *vagus*. Подъ прав. *art. carotis* подведены лигатуры. 1 ч. 57 м. курае $\frac{1}{4}$ шпр. *Art. carotis dextra* перевязана; въ центр. конецъ ея ввязана канюля въ 2 ч. 5 м. 2 ч. 11 м. открыть и перерѣзанъ лѣвый *n. ischiadicus*. Ц. к. его взять на лигатуру. Канюля, свинцовая трубка и колѣно манометра выполнены 25% растворомъ сѣрпикислой магнѣзии. Давленіе въ манометрѣ поднято до 160 мм. Hg. Начало наблюденія въ 2 ч. 22 м.

2 ч. 22' Животное спитъ хорошо. Въ манометрѣ давленіе до раздраженія 192—193 мм. Hg.

2 ч. 24' Раздр. 1-ое ц. к. *vagodepres sin.* въ теченіе 88" Сила тока 100 мм. р. с. Въ моментъ начала раздраженія давленіе 173 мм. Hg. Черезъ 4, приблизительно, секунды давленіе начало понижаться, сначала быстро и круто, а затѣмъ все болѣе и болѣе отлого. Въ моментъ окончанія раздраженія давленіе=50 мм. Hg. На кривой совершенно нѣтъ какихъ либо повышеній. По прекращенія раздраженія давленіе еще нѣкоторое время держится на этомъ низкомъ уровнѣ и затѣмъ отлого начинаетъ повышаться, но до прежняго уровня не доходитъ еще очень долго. (Кривая въ текстѣ № 1).

2 ч. 27' Раздр. 2-ое ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 1". Сила тока 200 мм. р. с. Кровяное давленіе до раздраженія 160 мм. Hg. Во время раздр. 164 мм. Hg. и послѣ раздр. 160 мм. Hg.

2 ч. 27' 9" Раздр. 3-е. ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 9". Сила тока 200 мм. р. с. Кровяное давленіе до раздр. 154 мм. Hg. во время раздр. 150 мм. и послѣ раздр. 154 мм. Hg.

2 ч. 27' 44" Раздр. 4-ое ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 2". Сила тока 150 мм. р. с. Кров. давленіе до раздр. 143 мм. Hg. во время раздр. 140 мм. Hg. и послѣ раздр. 143 мм. Hg.

2 ч. 27' 58" Раздр. 5-ое ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 21" Сила тока 150 мм. р. с. Кров. давленіе до раздр. 64 мм. Hg., во время раздр. 160 мм. Hg. и послѣ раздр. 166 мм. Hg. Токъ при разстояніи катушекъ 200 мм., видимо, въ дномъ случаѣ очень слабъ. На языкъ токъ не ощущается.

2 ч. 28' 40" Барабанъ остановленъ. Лента кончена. Давленіе въ манометрѣ опущено до 0. Прочерчена абсцисса. Новая лента. 2 ч. 50'. Давленіе въ манометрѣ поднято до

150 мм. Hg. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе установилось 133 мм. Hg.

2 ч. 50' 6" Раздр. 6-ое ц. в. ischiadici sin. въ теченіе 1". Сила тока 110 мм. р. с. Кров. давленіе до раздр.—128 мм. Hg., во время раздр. 130 и послѣ раздр. 130 мм. Hg. Черезъ 6" по прекращеніи этого раздраженія высокій—подъемъ давленія съ 126 мм. Hg. до 180 мм. Hg.

2 ч. 50' 31" Раздр. 7-ое ц. в. ischiadici sin. въ теченіе 1". Сила тока 110 мм. р. с. Кров. давленіе до раздр. 179 мм. Hg., во время раздр. 178 мм. Hg. и послѣ раздр. 170 мм. Hg. Приблизительно чрезъ 5" послѣ окончанія этого раздраженія—высокій подъемъ давленія съ 164 мм. Hg. до 202 мм. Hg.

2 ч. 50' 45" Раздр. 8-ое ц. в. ischiadici sin. въ теченіе 1" Сила тока 110 мм. р. с. Кров. давленіе до раздр. 202 мм. Hg., во время раздр. 202 и послѣ раздр. 202 мм. Hg. Раздраженіе той же силы токомъ на maximum'ѣ кров. давленія дальнѣйшаго повышенія не дало. Спустя 3, приблизительно, секунды по окончаніи раздраженія, давленіе стало падать и черезъ 35" установилось на цифрѣ 138 мм. Hg.

2 ч. 51' 26" Раздр. 9-ое ц. в. vagodepres. sin. въ теченіе 38". Сила тока 100 мм. р. с. По окончаніи его—рядъ раздраженій ц. в. ischiadici (15) токомъ 110 мм., каждое продолжительностью въ 1 секунду. Всѣ раздраженія ischiadici въ продолженіе 40". Кровяное давленіе до раздраженія—127 мм. Hg. Спускъ кривой давленія въ теченіе всего времени раздраженія и въ моментъ окончанія раздраженія—давленіе=65—66 мм. Hg. По прекращеніи раздраженія давленіе продолжаетъ еще падать, несмотря на цѣлый рядъ краткихъ раздраженій ischiadici токомъ при разстояніи катушекъ 110 мм., каждое въ теч. одной секунды. Во время 9-го такого раздраженія ischiadici давленіе достигаетъ своего minimum'a—44 мм. Hg., послѣ чего начинается крайне медленно и отлого повышаться и чрезъ 59—60" достигаетъ 94 мм. Hg., а затѣмъ опять начинаетъ падать. Эта высота является въ настоящее время, повидимому, maximum'омъ, такъ какъ слѣдующее раздраженіе ischiadici дальнѣйшаго повышенія не вызываетъ.

2 ч. 53' 9" Раздр. 10-ое ц. в. ischiadici sin. въ теч. 1". Сила тока 110 мм. р. с. Повышенія нѣтъ. Давленіе до раздраженія 88 мм. Hg., во время раздр. 84 мм., а послѣ раздр. 82 мм. Hg.

2 ч. 53' 55" Раздр. 11-ое ц. к. *ischiad. sin.* въ теченіе 23". Сила тока 110 мм. р. с. Весьма малое повышеніе давленія. До раздраженія 56 мм. Hg.; въ моментъ окончанія раздр. 66—67 мм. затѣмъ давленіе спускается до 61 мм. Hg. и на такомъ уровнѣ остается въ теченіи почти двухъ минутъ.

2 ч. 55' 20" Барабанъ остановленъ. Лента кончена. Давленіе опущено до 0. Прочерчена абсцисса. Промыта артер. канюля. Новая лента. Барабанъ пущенъ въ ходъ въ 3 ч. 11 м. Давленіе 90 мм. Hg.

3 ч. 11' 12" Раздр. 12-ое ц. к. *vagodepres. sin* въ теченіи 26". Сила тока 100 мм. р. с. Давл. въ моментъ начала раздр. 86 мм. Hg.; при концѣ раздр. 70 мм. Hg.

3 ч. 11' 40" Раздр. 13-ое ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 30". Сила тока 58 мм. р. с. Раздр. *ischiadici* слѣдуетъ черезъ 1 сек. за прекращеніемъ раздр. депрессора. Эффектъ весьма малый. Въ моментъ начала раздр. давленіе=69 мм. Hg. Затѣмъ давленіе, нѣсколько понизившись (именно до 64 мм. Hg.), снова возвращается къ прежнему уровню—69 мм. Hg. Къ концу же раздраженія оно снова понижается на 3 мм. (66 мм. Hg.). Отъ такихъ колебаній давленія—на кривой получается легкая волна. Затѣмъ давленіе продолжаетъ спускаться въ теченіе еще $\frac{1}{2}$ мин. и достигаетъ уровня 42 мм. Hg., послѣ чего отлого и медленно начинаетъ вновь повышаться.

3 ч. 13' 18" Раздр. 14-ое ц. к. *ischiadici sin.* въ теченіе 28". Сила тока 58 мм. р. с. Эффектъ крайне слабый: въ моментъ начала раздр. 64 мм. Hg. Maximum повышенія 84 мм. Hg. При окончаніи раздр. 82 мм. Hg.

3 ч. 14' 30" Раздр. 15-ое ц. к. *ischiad. sin.* въ теч. 24". Сила тока 58 мм. р. с. Эффектъ тотъ же. Давл. въ моментъ начала раздр.=63 мм. Hg.; въ серединѣ раздр. 72 мм., въ моментъ окончанія раздр. 79 мм. Hg.

3 ч. 15' 16" Раздр. 16-ое. Раздраженіе ц. к. *ischiadici* секундными раздраженіями (27 раздр.) въ теченіе 29". Сила тока 58 мм. р. с. Эффектъ, что и при предыдущемъ раздраженіи. Въ моментъ начала раздр. давленіе=63 мм. Hg.; maximum подъема=83 мм. Hg., въ моментъ конца раздраженія—80 мм. Hg.

3 ч. 17' Барабанъ остановленъ. Новая лента. 3 ч. 30'. Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 78 мм. Hg.

3 ч. 30' 16" Раздр. 17-ое ц. в. *ischiadici sin.* въ теч. 9". Сила тока 58 мм. р. с. Черезъ $3\frac{1}{2}$ —4" быстрый, крутой подъемъ давленія съ 69 мм. Hg. до 164 мм. Hg. и затѣмъ постепенный спускъ кривой.

3 ч. 31' Барабанъ остановленъ. Давленіе спустилось до 103 мм. Hg. 3 ч. 40' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 78 мм. Hg.

3 ч. 40' 2" Раздр. 18-ое ц. в. *vagodepr. sin.* въ теч. 5". Сила тока 100 мм. р. с. Давленіе въ началѣ раздраженія 78 мм. Hg.; въ концѣ раздраженія 71 мм. Hg.

3 ч. 40' 7" Раздр. 19-ое ц. в. *ischiad. sin.* въ теч. 3". Сила тока 58 мм. р. с. Въ моментъ окончанія предыдущаго раздр. депрессора начато раздр. п. *ischiadici*. Давленіе съ 72 мм. Hg. стало повышаться приблизительно чрезъ 4" и достигло 95 мм. Hg. Затѣмъ отлогое пониженіе.

3 ч. 40' 45" Раздр. 20-ое ц. в. *vagodepr. sin.* въ теч. 10". Сила тока 100 мм. р. с. Въ моментъ начала раздр. давленіе 70 мм. Hg. При окончаніи раздраженія 60 мм. Hg.

3 ч. 40' 55" Раздр. 21-ое ц. в. *ischiad. s.* въ теч. 10". Сила тока 58 мм. р. с. Раздраженіе *ischiadici* начато въ моментъ окончанія предыдущаго раздр. *vagodepr. sin.* Давленіе, въ началѣ раздраженія *ischiadici* 62 мм. Hg., стало повышаться черезъ $4\frac{1}{2}$ " и достигло 133 мм. Hg. Затѣмъ давленіе подого спускалось въ теченіе 1' 5" и установилось на цифрѣ 73 мм. Hg.

3 ч. 42' 17" Раздр. 22-ое ц. в. *ischiadici sin.* въ теч. 10". Сила тока 58 мм. р. с. Давленіе въ моментъ начала раздраженія 72 мм. Hg. Начало повышенія черезъ 3". Давленіе съ 72 мм. Hg. повышается до 175 мм. Hg.

3 ч. 42' 27" Раздр. 23-ье ц. в. *vagodepr. sin.* въ теч. 29". Сила тока 100 мм. р. с. Въ моментъ окончанія предыдущаго раздраженія *ischiadici* начато раздр. *vagodepr.* Давленіе, въ моментъ начала раздраженія *vagodepres.*—164 мм. Hg., продолжаетъ еще нѣсколько секундъ повышаться и достигаетъ 175 мм. Hg., а затѣмъ начинаетъ падать сначала круто, а затѣмъ отлого и чрезъ 71" отъ окончанія раздраженія депрессора устанавливается на 59 мм. Hg.

3 ч. 44' 53" Барабанъ остановленъ. Новая лента. 4 ч. 10' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 61 мм. Hg.

4 ч. 10' 11" Раздр. 24-ое ц. в. ischiad. въ теченіе 11". Сила тока 58 мм. р. с. Начало повышенія приблизительно чрезъ 3". Давленіе повысилось съ 61—62 мм. Hg. до 144 мм. Hg.

4 ч. 10' 21" Раздр. 25-ое ц. в. vagodepr. sin. въ теченіе 20". Сила тока 90 мм. р. с. Въ моментъ окончанія предыдущаго раздраженія ischiadici присоединено раздр. ц. в. vagodepr. sin. Давленіе продолжало еще повышаться въ теченіе, приблизительно, двухъ секундъ. Достигнувъ высоты 144 мм. Hg., оно держалось на этомъ уровнѣ въ теченіе 2", и затѣмъ стало круто падать. Чрезъ 22" по прекращеніи раздраженія depressoris давленіе достигло уровня 82 мм. Hg.

4 ч. 11' 6" Барабанъ остановленъ. 4 ч. 13' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 68 мм. Hg.

4 ч. 13' 5" Раздр. 26-ое ц. в. ischiad. въ теченіе 6". Сила тока 58 мм. Hg. Начало повышенія приблизительно чрезъ 2 1/2". Давленіе съ 72 мм. Hg. повысилось до 145 мм. Hg.

4 ч. 13' 11" Раздр. 27-ое ц. в. vagodepr sin. въ теч. 19". Сила тока 90 мм. р. с. Въ моментъ окончанія раздр. ischiadici—начало раздр. ц. в. vagodepr sin. Давленіе, достигавшее высшаго уровня 145 мм. Hg., круто падаетъ и, чрезъ 17" по прекращеніи раздр. депрессора, достигаетъ уровня 84—85 мм. Hg.

4 ч. 14' 37" Раздр. 28-ое ц. в. vagodepr. sin. въ теченіе 55". Сила тока 100 мм. р. с. Длительное раздраженіе депрессора, въ теченіе котораго присоединено 3 краткихъ раздраженія ischiadici. Давленіе въ моментъ начала раздр. vagodepr. 78 мм. Hg. Чрезъ 12"—давл. 68—69 мм.

(4 ч. 14' 50). Раздр. (29-ое) ц. в. ischiad. въ теченіе 1". Сила тока 58 мм. р. с. Чрезъ 4"—давл. 69—70 мм. Hg. Затѣмъ чрезъ 11" (4 ч. 15' 1") давленіе = 65 мм. Hg. Присоединено раздр. isch. токомъ 58 мм. р. с. въ теченіе 1 1/2". Начало повышенія чрезъ 3 1/2—4". Давленіе достигаетъ уже уровня 77 мм. Hg. Затѣмъ чрезъ 13". (4 ч. 15' 14") при давленіи 72 мм. Hg. раздр. ц. в. ischiad. токомъ

58 мм. въ теченіе 5". Начало повышенія почти черезъ 4". Давленіе доходило до 108 мм. Hg. и затѣмъ, круто понизившись до уровня 94 мм. Hg., продолжаетъ очень долгое время оставаться почти на этомъ уровнѣ.

4 ч. 17' 50". Барабанъ остановленъ. Новая лента. 4 ч. 28' Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 67 мм. Hg.

4 ч. 28' 2". Раздр. 30-ое ц. к. ischiad. въ теч. 4". Сила тока 58 мм. р. с. Начало повышенія приблизительно чрезъ 2". Давленіе съ 67—68 мм. Hg. повысилось до 146 мм. Hg. и затѣмъ полого понизилось до 87 мм. Hg.

4 ч. 28' 54". Раздр. 31-ое ц. к. ischiad. въ теченіе 10". Сила тока 58 мм. р. с. Начало повышенія чрезъ 2 1/2—3" приблизительно. Давленіе повысилось съ 87 мм. до 172 мм. Hg. За 2" до окончанія раздраженія ischiadici присоединено раздр. vagodepressorіs sin.

4 ч. 29' 2". Раздр. 32-ое ц. к. vagodepr. sin. въ теч. 40". Сила тока 100 мм. р. с. Давленіе круто пало съ 172 мм. до 93 мм. Hg., на какой высотѣ и остановилось.

4 ч. 30' 11". Раздр. 33-е Одновременное раздраженіе ц. к. ischiadici et vagodepr. sin., перваго токомъ 68 мм. р. с., втораго 100 мм. р. с. въ теченіе 53". Начало повышенія нѣсколько позже, чѣмъ черезъ 3". Давленіе съ 94—95 мм. Hg. повысилось до 188 мм. Hg., а затѣмъ весьма отлого, съ небольшими возвратами повышенія, понизилось до 84 мм. Hg. приблизительно въ теченіе 1".

4 ч. 32' 53". Раздр. 34-ое ц. к. vagodepr sin. въ теч. 40". Сила тока 100 мм. р. с. Давленіе до раздр. 75 мм. Hg. Понизившись черезъ 20" раздраженія до высоты 61 мм. Hg., давленіе держалось на этомъ уровнѣ въ теченіи 5 1/2—6", а затѣмъ стало отлого повышаться, несмотря на раздраженіе депрессора, и достигло уровня 80 мм. Hg., на которомъ оставалось все дальнѣйшее время раздраженія.

4 ч. 33' 32". Раздр. 35-ое ц. к. ischiad. въ теч. 4". Сила тока 58 мм. р. с. За 1" до окончанія раздраженія депрессора начато раздр. ц. к. ischiadici. Начало повышенія приблизительно чрезъ 4". Давленіе повысилось съ 80 мм. Hg. до уровня—134 мм. Hg., подержавшись на которомъ въ теченіе 3 съ лишкомъ секундъ, стало медленно понижаться и чрезъ 1 м. 27" достигло уровня 81—82 мм. Hg.

4 ч. 35' 3". Барабанъ остановленъ. Новая лента 4. ч. 48'

Барабанъ пущенъ въ ходъ. Давленіе 72 мм. Нг. Животное видимо истощается. Нѣсколько разъ повторенныя раздр. n. ischiadici—не даютъ значительнаго повышенія давленія, такъ же какъ и непродолжительныя раздраженія депрессора не вызываютъ паденія его. Повидимому, сосудодвигательные центры сильно истощены. Опытъ конченъ въ 4 ч. 52 м. дня.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) E. Cyon und C. Ludwig. Die Reflexe eines der sensiblen Nerven des Herzens auf die motorischen der Blutgefäße. Abdruck aus dem Bericht der Mathem. Phys. Classe der Königl. Sächs. Gesellschaft der Wissenschaften 1866 r.
- 2) Carl. Stelling. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Nervus depressor auf die Herzthätigkeit und den Blutdruck. Dis. Dorpat. 1867 r.
- 3) Eduard Bernhardt Anatomische und physiologische Untersuchungen über den Nervus depressor bei der Katze Dis. Dorpat 1868 r.
- 4) Julius Dreschfeld (Stud.-med.) Ueber die reflectorische Wirkung des Nervus Vagus auf den Blutdruck. Untersuchungen aus dem Phys. Laborat. in Wurzburg, herausgegeben von Albert von-Bezold. Erster Theil. 1867 r.
- 5) Gustav Roever. Kritische und experimentelle Untersuchung des Nerveneinfluss auf die Erweiterung und Verengung der Blutgefäße. Dis. Rostock 1869.

- 6) Aubert und Roever. Ueber die vasomotorischen Wirkungen des Nervus Vagus, Laryngeus und Sympaticus. Arch. f. d. g. Phys. 1868 г. Bd. 1 (цитир. по Roever'у и по Hürthle).
- 7) Paul Schneider. Topographische Anatomie des Vorderhalses beim Kaninchen und der Kelkopf desselben. Dis. Berlin 1868 г.
- 8) Проф. Н. О. Ковалевскій и д-ръ Адамюкъ. Einige Bemerkungen über den N. depressor. Centralblatt für die medic. Wissenschaften. 1868 г. № 45.
- 9) Е. Сюон. Der Nervus depressor beim Pferde. Bull. de l'Acad. d. Sc. de Saint-Petersbourg. 24 Mars 1870 г.
- 10) А. Лангенбахеръ. Матеріалы для сравнительной анатоміи блуждающихъ нервовъ у домашнихъ животныхъ. Дисс. Петерб. 1877. г.
- 11) А. Kreidmann. Anatomische Untersuchungen über den Nervus depressor beim Menschen und Hunde. Arch f. Anat. und Phys. 1878 г.
- 12) Adolf Finkelstein. Der Nervus depressor beim Menschen, Kaninchen, Hunde, bei der Katez und dem Pferde. Arch. f. Anat. und Phys. Anat. Abt. 1880 г.
- 13) A. Viti. Ricerche di morfologia comparata supra il nervo depressore nell'uomo e negli aetri mammiferi II. II. n. depressor nell gatto, cano, cavallo, topo, porcospino. Societa Toscana di Scienze Naturale 1883 г. 11 Novemb. (По реферату въ Centralblatt für die medicinisch. Wissenschaften. 1884 г. № 11 стр. 187.
- 14) А. Каземъ-Бекъ. Матеріалы къ иннерваціи сердца. Дисс. Казань. 1887 г.

- 15) W. H. Gaskell и Hans Gadow. On the anatomy of the cardiac nerves in certain cold-blooded vertebrates. Journ. of Phys. Vol. V. № 4 (Цитир. по Каземъ-Беку).
- 16) T. Wesley Mills и проф. Kronecker. Heart of turtle. Journ. of Phys. Vol. V. (приведено по Каземъ-Беку).
- 17) Ellenberger und Baum. Die Anatomie des Hundes 1891 г.
- 18) С. Чирвинскій. Къ вопросу о функции p-vi depressoris подъ вліяніемъ фармакологическихъ средствъ. Дисс. Москва 1891 г.
- 19) E. Cyon. Les Nerfs. du Coeur. Paris 1905 г.
- 20) Wooldridg. Funktion der Kammernerven des Säugtierherzens. Arch. f. Phys. Du Bois Reymond. 1883 г. (Приведено по Е. Сюн'у Les Nerfs du Coeur. Chap. III. § 1-й и 2-й).
- 21) А. Е. Смирновъ. О чувствительныхъ нервныхъ окончанияхъ въ сердцахъ амфибій и млекопитающихъ. Казань. Невролог. Вѣстн. т. III. Вып. 2-й. 1895 г.
- 22) Marey. Physiologie medical. de la circulation du sang. Paris. 1863 г. р. 202. (Приведено по Сюн'у и Ludwig'у и по Stelling'у).
- 23) Joh. Latschenberger und A. Deahna. Beiträge zur Lehre von den reflectorischen Erregung der Gefässmuskeln. Aus dem Physiolog. Institut in Freiburg. Arch. für die gesamm. Physiol. Bd.—12. 1876 г. стр. 157.
- 24) D-r. C. Dittmar. Ein neuer Beweis für die Reizbarkeit der centripetalen Fasern des Rückenmarks. Sächs. Acad. 1870. р. 18. (Приведено по Latschenberger'у и Deahna; стр. 189.)

- 25) D-r. A. Ostroumoff. (aus Moskau)—Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefäße. Aus dem Physiolog. Institut. zu Breslau. Arch. für die ges. Physiol. Bd. 12. 1876 r. стр. 219.
- 26) Henry Sewall. Ph. D. Professor of physiology in the University of Michigan and. D. W. Steiner M. D. Assistant in physiology. A study of the action of the depressor nerve, and a consideration of the effect of blood-pressure upon the heart. Regarded as a sensory organ. Journ of. Physiol. Bd. VI стр. 162.
- 37) Nawalichin. Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1870 r. стр. 483 (приведено по Sewall and Steiner'y).
- 28) Dastre et Morat Influence du sang asphyxique sur l'appareil nerveux de la circulation. Arch. de Physiologie. 1884 r.
- 29) Dastre et Morat. L'action du depresseur sur l. vas. buccoling. Bulletins de la société de Biologie. 1879. (Приведено по Cyon'y—Les nerfs du coeur и по Dastre и Morat 1884 r.)
- 30) D-r. Karl. Hürthle (Assistent am Physiolog. Institut in Breslau) Beiträge zur Hämodynamik. Dritte Abhandlung. Untersuchungen über die Innervation der Hirngefäße. Arch. f. d. ges. Phys. 1889 r. т. 14-й.
- 31) Jolly. Untersuchungen über den Gehirndruck und über die Blutbewegung im Schädel. Würzburg. 1871 r. S. 38. (приведено по Hürthle).
- 32) Dogiel. Die Ausmessung der strömenden Blutvolumina. Ber. der K. Sächs Gesellschaft der Wiss. Zu Leipzig. Bd. XIX S. 266 (приведено по Hürthle).

- 33) К. Нагель. О колебаніяхъ количества крови въ головномъ мозгу. Москва. 1889 г. стр. 98. (Приведено по С. Чирвинскому).
- 34) S. Tschirwinsky. Ueber die Beziehung des N. depressor zu den vasomotorischen Centren. Centralblatt für Physiologie. 1889 г. Bd. X. S. 65.
- 35) P. Arendt. Influence réflexe du nerf dépressur et du nerf pneumogastrique sur la pression sanguine. Annales de la Soc. de Med. de Gand. 1890 г. № 1.
- 36) A. Charrin et E. Gley. Recherches expérimentales sur l'action des produits secrets par la bacille pyocianique sur la système nerveux vaso-moteur. Arch. de Phys. 1890 г.
- 37) Sigmund Fuchs. Beiträge zur Physiologie des Nervendepressor. (aus dem physiologischen Institute der Universität. Wien). Pfluger's Arch. für die gesam. Phys. Bd. 67. 1897 г. ср. 117.
- 38) M. Grossmann. Ueber die Athmenbewegungen des Kehlkopfes. II Theil. Die Wurzelfasern der Kehlkopfnerven. Sitzungsber. d. Kais. Acad. d. Wiss. in Wien. Mathemat-natur. Classe. Bd. XCVIII. Abth III. November. 1889 г. ср. 467. (no Fuchs'y).
- 39) Th. Beer und A. Kreidl. Ueber der Ursprung der Vagusfasern deren centrale Reizung Uerlangsamung resp. Stillstand der Athmung bewirkt. Pfluger's Archiv. Bd. 62. p. 155. (no Fuchs'y).
- 40) E. Spalitta e M. Consiglio. Sulle fibre d'origine del nervo depressore. Nota sperimentale (dei dottori E Spalitta e M. Consiglio.) (Laboratorio di Fisiologia della R. Università diPalermo; diretto

- 49) G. Köster und A. Tschermack. Ueber den Nervus depressor als Reflexnerv der Aorta. Arch. f. d. ges. Physiol. B. 98. 1903 г. стр. 24.
- 50) И. П. Павловъ. Дневникъ сѣзда русскихъ врачей и натуралистовъ С.-Петербургъ. Декабрь 1901 г. (приведено по Köster und Tschermak'y).
- 51) C. Hirsch. und Ed. Stadler. Deutsche Arch. für klinisch. Medicin. Bd. 81. 1904 г.
- 52) W. M. Baylis Die Innervation der Gefäße. Ergebnisse der Physiologie (Asher und Spiro). 1906 г. 5-й томъ. Стр. 319.
- 53) Arthur Biedl. Beiträge zur Physiologie der Nebenniere. Arch. f. d. g. Phys. Bd. 67. 1897 г.
- 54) C. S. Sherrington. Note on the knee-jerk and the correlation of action of antagonistik muscles. Proceedings of the Royal Society of London. Vol. LII. 1892—93 г. стр. 556.
- 55) Leon Asher. Studien über antagonistische Nerven. Zeitschrift. f. Biologie. 1906 г. Bd. 47. стр. 87.
- 56) Laffont. Recherches sur l'innervation vasomotrice la circulation du foie et des viscères abdominaux. Comp. Rend. de l'acad. des. Sciences. XC. 1880 г. стр. 705.
- 57) Jahansson. Bihang till. K. Sr. vet. acad. handl. 16. Afd. 4, № 4. 1890 г. стр. 37—40 (приведено по Biedl'ю).
- 58) I. Pal. Wiener klinische Wochenschrift. 1891 г. № 4. (Приведено по Biedl'ю).
- 59) E. Cavazzani et Manca. Arch. ital. de Biologie XXIV. 1894 г. (приведено по Biedl'ю).
- 60) François Franck et Hallion. Arch. de Phys. 1896 г. ст. 908. (приведено по Biedl'ю).
- 61) П. Изергинъ. Иннервация сосудовъ языка. Казань. Невролог. Вѣстникъ. Т. II, вып. 4-й. 1894 г.

prof A. Marcacci.) *La sicilia medica*. Anno III (приведено по S. Fuchs'y).

- 41) E. von Cyon. Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und des Herzens. *Arch. f. d. ges Physiol.* Bd. 70. 1898 r. стр. 126.
- 42) W. T. Porter and H. C. Beyer. The Relation of the depressor nerve to the vasomotor centre. (From the laboratory of physiology in the Harvard medical school.) *The American journal of physiol.* Vol. IV. 1901 r. стр. 283.
- 43) E. Cyon. Die Beziehungen des Depressors zum vasomotorischen Centrum. *Arch. f. d. g. Phys.* 1901 r. Bd. 84 стр. 304.
- 44) F. Winkler. Die Beeinflussung des Venendrucks durch Reizung des Nerv. depressor. Beiträge zur exper. Pathol. aus von Basch's Laborat. 1—12. (по реферату въ Hermann's Jahresbericht. 1905 r. стр. 75).
- 45) F. Winkler. Ueber das Verhalten des Drucks im linken Vorhofe bei Reizung des Nervus depressor. *Centralblatt für Physiologie.* Bd. 17. 38—41. (по реферату въ Hermann's Jahresbericht. 1903 r. стр. 59).
- 46) Bayliss W. M. On the physiology of the depressor nerve. *Journal of physiol.* Vol. XIV. 303—325.
- 47) Gustaw Piotrowsky. Plethysmographische Untersuchungen am Kaninchenohre. *Centralblatt f. Physiologie.* Bd. VI. 1892 r. стр. 464 (Bayliss).
- 48) G. Köster und A. Tschermack. Ueber Ursprung und Endigung des Nervus depressor und des Nervus laryngeus superior beim Kaninchen. *Arch. f. Anat. u. Phys. An. Abt. von. W. His* 1902 r. Suppl.

- 62) P. Isergin. Die Innervation der Zungengefäße. Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abt. 1894 г.
- 63) И. Н. Быстренинъ. Путь сосудорасширительныхъ волоконъ сѣдалищнаго нерва. Казань. Дисс. 1904.
- 64) Апрець и Цябульскій. Физиологическія изслѣдованія въ области сосуодвигательныхъ нервовъ.
- 65) Frey. Arbeiten aus d. phys. Anstalt zu Leipzig. 1876 г. Стр. 89. (Приведено по Biedl'ю).
- 66) Baxt. Ueber die Stellung des N. Vagus zum Accelerans cordis. Arbeiten aus. d. phys. Anstalt zu Leipzig. 1875 г.
- 67) Проф. Kronecker und Nicolaides. Ueber die Erregung der Gefässnervencentren durch Summation electrischer Reize. (Библ. проф. Ковалевскаго № 1497).
- 68) Проф. Н. А. Мяславскій. Невролог. Вѣстникъ т. XI; вып. 2-й. 1903 г. „Бъ ученію о вліяніи мозговой коры на расширеніе зрачка“.
- 69) N. Mislawsky. Professor of physiology in the university of Kazan. „Cortex cerebri and Iris“ (Reprinted from the journal of physiology. Vol. XXIX № 1. 1903 г.
- 70) Rose-Bradford. Journ. of. Phys. Vol. X. 1889 г. (ц. по Biedl'ю).

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія.

Dr. De Buck Макро-и микроскопическая анатомія эпилепсiи. *Anatomie macro-et microscopique de l'épilepsie. Le Névralg.*, vol. IX.

Авторъ представляетъ результаты анатомическихъ изслѣдованiй случаевъ эпилепсiи съ душевными расстройствами и въ состоянiи слабоумiя. Измѣненiя найлены въ нервныхъ клѣткахъ, нейроглии и сосудахъ. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло не дошло до слабоумiя корковыя клѣтки проявляли регрессивный типъ хронической атрофiи (хромолизъ, ахроматозъ, атрофiю, исчезновенiе клѣточного ядра и проч.); въ такомъ же состоянiи атрофiи были и нервные волокна. Фибриллярная внутриклѣточная сѣтъ представляла прогрессивное порѣдѣнiе, начиная съ тангенциальной области и постепенно переходя на ассоциативныя и даже проэкционные волокна, съ рѣзко выраженными пораженiями мiелинового вещества. Развiтiе и рѣзкая пролиферацiя нейроглии стоитъ въ строгомъ соотвѣтствiи съ частотою эпилептическихъ приступовъ, являясь вторично за измѣненiями васкулярными. Измѣненiя въ клѣткахъ и волокнахъ идутъ, прогрессивно усиливаясь, отъ поверхности внутрь. Въ большинствѣ слой малыхъ пирамидальныхъ клѣтокъ былъ раньше и интенсивнѣе пораженъ; въ такомъ же порядкѣ шло и разрастанiе нейроглии. По мнѣнiю автора, эпилепсiя—токсическая паренхиматозная церебронатiя. Въ этихъ случаяхъ гибель клѣтокъ является послѣдствiемъ ихъ отравленiя, при чемъ здѣсь нѣтъ ни воспалительнаго процесса, ни самостоятельнаго первичнаго нейроглическаго склероза.

Проф. П. И. Ковалевскiй.

Dr. Anglade et Jacken. Кардио-васкулярная форма эпилепсiи. *Annales medico-psychologiques*, 1908.

Многими авторами признается особенная форма кардио-васкулярной эпилепсiи. По мнѣнiю авторовъ, такое призна-

ніе есть плодъ недоразумѣнія. Исслѣдованія авторовъ показали, что въ этихъ случаяхъ наблюдается атероматозъ и артеріосклерозъ сердца и большихъ сосудовъ, а въ мозгу церебросклерозъ, какъ макро, такъ и микроскопическій. Очевидно въ этихъ случаяхъ идетъ параллельно склерозъ сердца и сосудовъ и ткани мозга. Отсюда слѣдуетъ, что нѣтъ самостоятельной формы кордіо-васкулярной эпилепсіи, а есть одна форма церебро-склерозной и артеріосклерозной эпилепсіи.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Нервные болѣзни.

Dr. J. Roubinowitch. Дермографизмъ у эпилептиковъ. Bulletin medical, 1908.

Дермографизмъ у эпилептиковъ—явленіе очень частое. Особенность этого дермографизма та, что исчезнушіе знаки путемъ растиранія даннаго мѣста могутъ появиться вновь. Эту особенность авторъ считаетъ важною въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Затѣмъ, у каждаго эпилептика особенности дермографизма спеціальны, такъ что какъ бы каждый эпилептикъ имѣетъ свою особенную формулу дермографизма. Только послѣ припадка эти особенности дермографизма падаютъ,—дермографизмъ запаздываетъ и выражается слабо.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Negro. Зрачекъ эпилептиковъ. Antropol. crimin. et medico-legale. 1908.

Авторъ часто наблюдалъ у эпилептиковъ аномалію зрачка, состоящую въ переменѣ мѣста зрачка. Онъ становится эксцентрическимъ по отношенію къ радужной оболочкѣ—при чемъ эта эксцентричность бываетъ или симметричная или асимметричная—иногда же только односторонняя. Особенно часто это бываетъ у эпилептиковъ съ частыми и жестокими припадками, бываетъ такъ же и при эквивалентахъ эпилепсіи, какъ соматическихъ, такъ и психическихъ. По мнѣнію автора, это явленіе имѣетъ діагностическое значеніе.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Bratz. Къ этиологіи эпилепсіи. Zur Aetiologie der Epilepsie. Neurol. Centralbl., 1908.

Уже давно установлен фактъ, что эпилепсія въ большемъ числѣ случаевъ появляется на почвѣ алкоголизма родителей. Это положеніе авторъ подтверждаетъ новымъ доказательствомъ. Sichel, на основаніи статистическихъ данныхъ, доказалъ, что эпилепсія у евреевъ появляется въ меньшемъ числѣ, чѣмъ у христіанъ. Въ основѣ этого явленія, повидимому, лежитъ меньшій алкоголизмъ у евреевъ. По даннымъ автора, въ Берлинѣ 10% населенія евреи. Между тѣмъ, изъ поступившихъ эпилептиковъ въ Wuhlgarten евреевъ только 2,5%. Тоже положеніе подтверждаетъ для Японіи Koichi Miyake. Такимъ образомъ, несомнѣнно алкоголизмъ родителей является важною причиною не только эпилепсій, но даже и другихъ судорожныхъ заболѣваній, какъ истерія.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Perugia. Объ эпилептической аурѣ. La Reforma medica. 1908.

Эпилептическая аура является въ меньшей половинѣ случаевъ эпилепсін. Чаше является чувствительная аура, въ видѣ галлюцинацій, особеннаго ощущенія подѣ ложечкой въ половыхъ органахъ и проч. Особенно интересны тѣ случаи, гдѣ аура является на периферіи и конечностяхъ; тогда путемъ перетяжки органа можно прекратить прохожденіе ауры въ центръ и тѣмъ предотвратить приступъ самой эпилепсін.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Parhon et Uréchie. Вліяніе эпохи менструацій на частоту эпилепсін. Revista Stiintelor medicale, 1908.

Въ большинствѣ случаевъ въ періодъ менструацій усиливаются и учащаются приступы эпилепсін,—но въ меньшинствѣ дѣло обстоитъ наоборотъ. Последнее необъяснимо. За то первое находитъ себѣ полное объясненіе въ овариальной секреціи и ея отношеніи къ общему метаболизму. Можно думать, что въ этихъ случаяхъ на усиленіе эпилепсін воздѣйствуетъ выдѣленіе кальція. Исслѣдованія Silvestri показали, что явленія эпилепсін находятся въ связи съ недостаточностью кальція въ нервной системѣ; какъ бы подтвержденіемъ этому и служитъ потеря кальція въ общей экономіи организма путемъ потери его въ выдѣляющейся при менструаціяхъ крови.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. John Turner Тромботическое происхождение припадка. Some further observations bearing on the supposed thrombotic origin of epileptic. The Journal of mental science, 1908.

Исследования Крайнеского, Сепи и др. показали, что эпилепсия весьма часто бывает токсического происхождения. Дальнейшее воздействие токсинов по автору таково: они передъ приступами производятъ за 24 приблизительно часа коагуляцию крови, которая въ свою очередь образуетъ тромбы и закупориваетъ сосуды мозговой коры. Происходящій отъ этого стазъ крови и является причиною эпилептического приступа. Такая коагуляция является болѣе ускоренной у больныхъ съ тяжелой формою эпилепсiи, — особенно она ускорена у людей съ частыми припадками. Коагуляция начинается въ промежутки за 24 часа до припадка, а послѣ припадка слабѣе, чѣмъ въ нормальномъ состоянiи. Въ промежуткахъ между припадками коагуляция крови одинакова какъ въ нормальномъ состоянiи. Такимъ образомъ ускоренiе коагуляции крови у эпилептиковъ происходитъ передъ припадками и во время припадка эпилепсiи. Aldren Turner полагаетъ развитiе припадка въ такой послѣдовательности: ускоренiе коагуляции крови, увеличенное и избыточное количество нуклео-протеиновой крови, повышениe температуры при длительныхъ припадкахъ и лейкоцитозъ. Вѣроятно, что наличность токсиновъ способствуетъ образованiю тромбовъ, закупорки, стазу крови и проявленiю припадка. Bürker, Buckmeister, Megowan доказали, что ускоренiе коагуляции крови быстѣе происходитъ вечеромъ, — почему и сами приступы эпилепсiи бываютъ чаще по вечерамъ и ночью. Повышениe кровяного давленiя понижаетъ скорость образованiя коагуляции, что не можетъ не служить показателемъ при назначенiи леченiя эпилепсiи. Не должно забывать и того, что отдѣленiе нѣкоторыхъ железъ организма способствуетъ повышению кровяного давленiя, а слѣдовательно и замедленiе коагуляции крови.

Проф. Н. И. Ковалевскiй.

Dr. Donath. Объ истерической амнезiи въ связи съ ретроградной амнезiей. Neurolog. Centralb., 1908.

Авторъ проводитъ аналогiю между истеричными анестезiей и амнезiей. Какъ истеричная анестезiя является разбро-

санною, не системною, различного напряженія, такъ и амнезія также бываетъ частичною, отрывочною, безсвязною и то полною, то въ состоявіи полусознательномъ. Подобно анестезіи, и амнезія бываетъ преимущественно временною и легко исправляется. Что это состояніе амнезіи проходить и не переходитъ въ слабоуміе—авторъ даетъ объясненіе въ томъ направленіи, что при амнезіи бываетъ не полное разрушеніе образовъ, а только пребываніе ихъ въ латентномъ, подсознательномъ состояніи. Проф. П. И. Ковалевскій

Dr. Ch. de Montet und dr. W. Skop. Myasthenia gravis und Muskelatrophie. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie 7. 1908.

Описанъ случай міастеніи съ рѣзко выраженной атрофіей всей мускулатуры и явно выраженной міастенической реакціей. Случай—единственный въ литературѣ по продолжительности теченія; авторы считаютъ атрофію мускулатуры, входящей въ симптомокомплексъ міастеніи; не наблюдалось это явленіе потому, что больные быстро умирали. Причиной міастеніи авторы считаютъ интоксикацію.

А. Шоломовичъ.

А. Дылева. Мышечная сила при дрожательномъ параличѣ. Sur la force musculaire dans la Maladie de Parkinson. Изъ отчетовъ Неврологич. Об-ва въ Парижѣ 2/vii 1908 г. Изъ отдѣленія проф. Dejerine въ Сальпетриерѣ.

На основаніи двухъ случ. II. б. авторъ приходитъ къ выводу, что активныя движенія становятся слабыми, когда сопротивленіе противъ пассивныхъ движеній еще сохранено. Это же явленіе она наблюдала у всѣхъ, видѣнныхъ ею больныхъ дрожательнымъ параличемъ

А. III.

Dr Kurt Mendel. Травма въ этиологіи нервныхъ болѣзней. Der Unfall in der Aetiologie der Nervenkrankheiten.—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Сентябрь 1907 г.—іюнь 1908 г.

Печатавшаяся въ 10 книжкахъ журнала объемистая работа о роли травмы въ нервной патологіи, обоснована на тщательномъ критическомъ изученіи огромнаго числа случаевъ всевозможныхъ формъ нервныхъ болѣзней.

Кромѣ богатаго матеріала, которымъ пользовался авторъ въ собственныхъ наблюденіяхъ, имъ использована обширная литература; такъ въ перечнѣ литературы по одной лишь сухоткѣ спинного мозга въ связи съ травмой—названы 52 работы; *paralysis agitans* въ связи съ травмой—33 работы, нейритъ въ связи съ травмой—26 работъ; прогрессивная мышечн. атрофія—36 работъ и т. д.

Въ заключительной главѣ авторъ говоритъ: оглядываясь на длинный путь, нами пройденный, мы должны сказать, что получили немного положительныхъ и прочно обоснованныхъ данныхъ. Всегда и вездѣ, на каждомъ шагѣ мы наталкивались на большое неизвѣстное, большой *x*, называющійся „предрасположеніемъ къ болѣзни“ безъ котораго нигдѣ нельзя обойтись.

Особенное значеніе имѣетъ *x* этотъ при такъ назыв. врожденномъ предрасположеніи, врожденной слабости развитія: при сирингоміэліи послѣ травмы, при амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ, мы должны принять врожденную слабость спинного мозга (сирингоміэлія) или двигательныхъ его путей (боковой склерозъ), если мы стремимся повать вліяніе травмы на болѣзнь. И такъ во многихъ другихъ страданіяхъ. Нѣсколько яснѣе вопросъ о приобретенномъ предрасположеніи.

Для сухотки сп. мозга и прогр. паралича мы имѣемъ сифилисъ, подготовляющій почву для болѣзни. И часто мы должны принимать, что травма служитъ лишь точкою въ проявленіи болѣзни, или одаой на ряду многихъ другихъ причинъ болѣзни.

Отмѣчаетъ авторъ и другія трудности на пути изслѣдователя при анализѣ роли травмы; Нельзя ничего сказать объ этиологич. роли травмы при эпилепсіи, дрожательномъ параличѣ и Базедовой бол. до тѣхъ поръ, пока не выяснена будетъ патолог. анатомич. основа болѣзни. Эксперименты на животныхъ въ виду ихъ малочисленности тоже даютъ мало свѣдѣній, не говоря о томъ, что нельзя же переносить цѣлкомъ выводы, съ животныхъ на человека; кромѣ того, рѣдко соблюдаются необходимыя условія при оцѣнкѣ роли травмы, позволяющія исключить ошибочное: *post hoc ergo propter hoc*.

Заключенія автора таковы:

Каждая травма, особенно затронувшая черепъ или позвоночный столбъ, или принудившая къ продолжит. пребыва-

нію въ постели, сопряженному съ заботами о будущемъ и т. д., можетъ ухудшить уже существовавшую болѣзнь, ускорить ея теченіе, или обострить затихавшій процессъ, независимо отъ прямого поврежденія (кровоизліяніе и т. п.) или отъ общаго ослабленія организма или его части, вызваннаго травмой. Травма можетъ создать на мѣстѣ своего приложенія *locus minoris resistentiae*, на которое другія вредныя вліянія оказываютъ свое дѣйствіе (бактеріи, lues). Если не съ абсолютной точностью, то съ наибольшей долей вѣроятности можно сказать, что: а) Прогрессивный параличъ, опухоль мозга, сухотка спинного мозга, множественный склерозъ, сирингомієлія, аміотрофическій боковой склерозъ, прогрессивная мышечная дистрофія, дрожательный параличъ, Базедова болѣзнь и акромегалія—не могутъ быть вызваны исключительно травмой, если у субъекта не было того или иного предрасположенія въ заболѣванію. Эти болѣзни, какъ чисто травматическія—не существуютъ. б) Полинейритъ и нарывъ мозга могутъ быть вызваны непосредственно травмой, особенно при помощи присоединившейся инфекціи. в) Можно принять, что апоплексія, менингитъ, мієлитъ и эпилепсія, хотя и въ рѣдкихъ случаяхъ являются у дотолѣ здоровыхъ людей подъ вліяніемъ травмы.

А. III.

Jenö Kollarits. Крoваяя рвота при гастрическихъ кризахъ у табетиковъ. Blutbrechen bei Crises gastriques tabétiques. Neurologisches Centralblatt № 1, 1909

К. приводитъ случай табетика 38 л., у котораго, за три мѣсяца передъ поступленіемъ въ клинику стали появляться внезапно, независимо отъ приѣма пищи, въ области желудка сильнѣйшія боли, за которыми слѣдовала слизистая рвота зеленоватого цвѣта. Боль и рвота длились цѣлыми днями. Послѣ 2-хъ мѣсячнаго пребыванія въ клиникѣ, у больного появилась кровавая рвота, которая продолжалась до самой смерти, и нѣсколько разъ былъ кровавый стулъ. Такъ какъ количество крови во рвотѣ было значительное, то предполагали или язву желудка, или ракъ. Больной вскорѣ скончался, и было произведено вскрытіе трупа. Слизистая оболочка желудка оказалось блѣдной, малокровной, у pylorus'a—нѣсколько набухшей; 12-ти перстная кишка содержала немного слизи; ни въ желудкѣ, ни въ кишкахъ не было найдено даже

намека на изъясненіе. Гистологическое изслѣдованіе спинного мозга дало картину, свойственную *tabes dorsalis*. Ядро *vagus'a* и волокна его не представляли измѣненій. Итакъ, со стороны слизистой оболочки желудка и кишекъ не было найдено ничего, въ зависимость отъ чего можно было бы поставить кровотеченіе; поэтому авторъ считаетъ, что кровотеченіе это было паренхиматознымъ и являлось симптомомъ, сопровождавшимъ гастрическіе кризы. Данный случай, по мнѣнію автора, является достаточно убѣждающимъ въ томъ, что при гастрическихъ кризахъ у табетиковъ могутъ быть сильныя желудочныя кровотеченія и что кровотеченіе это можетъ быть безъ заболѣванія слизистой оболочки желудка.

Г. Нахидовъ.

F. Conzen. Маточныя кризы при табесѣ. *Uteruskrisen bei Tabes.* Neurolog. Centralbl. №1, 1909.

С. приводитъ исторію болѣзни 33-хъ лѣтней табетички, у которой кризы сосредоточивались въ маткѣ. Сама больная говоритъ, что въ крестцѣ появлялась боль, которая распространялась и на матку; послѣдняя при этомъ судорожно сокращалась; когда боль достигла своей наивысшей точки, тогда больная испытывала такое чувство, будто дѣтская головка прорѣзывается; затѣмъ боль прекращалась, наступала дрожь въ тѣлѣ, и пациенткѣ казалось, будто она разрѣшилась. Приступы такихъ болей, похожихъ на родовыя схватки, повторялись раза 3—4 въ день, продолжались 2 $\frac{1}{2}$ минуты и, заканчивались водянистыми истеченіями въ количествѣ 4—5 куб. с.

Особенность данного случая заключается въ томъ, что табетическія боли появлялись не внезапно и сразу со всей силой, а начинались медленно, постепенно усиливаясь, доходили до извѣстной высоты и постепенно ослабѣвали. Эта постепенность въ приступѣ болей, продолжительность ихъ, состояніе живота, который во время болей бывалъ слегка выпуклымъ и на ощупь умеренно твердымъ, наконецъ, дрожь послѣ окончанія, все это очень напоминаетъ родовыя потуги. По мнѣнію автора, этотъ симптомокомплексъ является вслѣдствіе раздраженія чувствительныхъ нейроновъ патологическимъ измѣненіемъ части спинного мозга между XI и XII грудными позвонками, откуда выходятъ и куда входятъ снаб-

жающие матку нервы, которые частью двигательного, частью чувствительного характера.

Г. Нахидовъ.

Souques et H. Chéine. Сухотка спинного мозга съ мышечной атрофіей въ области, иннервируемой nn. trig., vagus, accessor., hypoglossus и нижними корешками pl. brachialis.—*Revue neurol.* 1909, № 5.

Амиотрофіи въ области черепныхъ нервовъ при *tabes* вообще относительно рѣдко наблюдаются. Описываемый же случай, въ которомъ поражены были nn. trigeminus, vagus, accessorius, hypoglossus и волокна pl. brachialis, представляется пока единственнымъ въ литературѣ. Souques и H. Chéine протестуютъ противъ прежняго обозначенія сложныхъ симптомокомплексовъ именемъ авторовъ. По отношенію къ разстройствамъ бульбарнаго характера употребляютъ слѣдующія названія: синдромъ Jackson'a, полный и неполный; синдромъ Schmidt'a, d'Avellis. Несмотря на это при изученіи отдѣльныхъ случаевъ часто встрѣчаются съ затрудненіемъ при рѣшеніи, въ какую рубрику слѣдуетъ отнести ихъ. Поэтому гораздо предпочтительнѣе въ каждомъ случаѣ обозначать просто пораженные нервы.

Высказываясь за менингеальный характеръ процесса въ описанномъ случаѣ, авторы считаютъ показанными примѣненіе специфической терапіи.

Н. Осокинъ.

M. Perrin. Повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ при полиневритѣ. A propos de l'exagération des réflexes rotuliens dans un cas de polynévrite. *Revue neurol.* 1909, № 5.

Общее число полиневритовъ съ повышеніемъ рефлексовъ, безъ участія послѣднихъ въ теченіе всей болѣзни, по опредѣленію Jngelraus'a въ 1903 г., достигало 10. Perrin присоединяетъ къ нимъ еще одинъ случай, касающійся 24 лѣтняго potatoes, у котораго послѣ паденія на ноги съ высоты 2-хъ метровъ съ октября 1904 г. постепенно стали развиваться параличныя явленія въ нижнихъ конечностяхъ. Впослѣдствіе въ этому присоединилось похуданіе мышцъ retention urinae и небольшіе пролежни. Колѣнные и другіе сухожильные рефлексы оставались все время повышенными. Осенью 1905 г. констатировано выздоровленіе. Въ декабрѣ 1906 г. на правомъ бедрѣ въ области Scarp'овскаго треуголь-

ника образовался нарывъ съ свищевымъ отверстіемъ, а затѣмъ развился sepsis, отъ чего больной умеръ. При вскрытіи обнаружено: поверхностный саріесъ позвоноковъ отъ 10-го грудного до 2-го поясничнаго, абсцессъ въ толщѣ m. psoatis, свищевое отверстіе въ области бедра, phlebitis v. femoralis; омѣлотовренный туберкулъ въ печени; туберкулезный нефритъ. Спинной мозгъ, мозговые оболочки и нервы не представляли измѣненій. (Данный микроскопическаго изслѣдованія нервной системы не приводятся. По мнѣнію автора туберкулезъ позвоночника не имѣлъ никакого отношенія къ бывшему въ 1905 г. симптомокомплексу. Тогда больной представлялъ только полиневритическія разстройства, причемъ повышение рефлексовъ обуславливалось двойнымъ механизмомъ: 1) Пониженіемъ тонуса сгибателей бедра и 2) индивидуальной болѣе сильною возбудительностью данного рефлекса.

Н. Осокинъ.

G. Roussy. Два случая пораженія зрительнаго бугра.
Deux nouveaux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie. Revue neurol. 1909, № 6.

Синдромъ зрительнаго бугра не представляетъ большой рѣдкости. Со времени опубликованія труда Roussy (1907 г.), въ которомъ собрано 13 наблюденій, появились еще описанія Claude, Vincent'a и Klippel'я. Число же наблюденій, подверженныхъ встрытіемъ, крайне ограничено (всего 4). Въ виду этого новые 2 случая съ данными аутопсіи представляютъ большой интересъ. Въ одномъ изъ нихъ касалось больного 69 л., перенесшаго инсультъ, послѣ чего наблюдался правосторонній гемипарезъ съ рѣзкими чувствительными разстройствами. Параличныя явленія быстро выровнялись и по истеченіи 6-ти недѣль больной ходилъ, симптома Babinski'аго не было, пареза не было на лицѣ. Въмѣстѣ съ тѣмъ на правой сторонѣ отмѣчены были гемихорея и геміатаксія. Но болѣе всего выражены были чувствительныя разстройства, которые остались въ теченіе всѣхъ послѣднихъ лѣтъ жизни больного. Таковы, во первыхъ, сильные боли въ лицѣ, требовавшія примѣненія большихъ дозъ морфія; 2) рѣзкое пониженіе кожной чувствительности и 3) потеря мышечнаго и стереогностическаго чувства. Черезъ 3 года—2 ой инсультъ, вызвавшій полный параличъ лѣвой стороны съ потерей сознанія и на

2 день смерти. При аутопсии въ правомъ полушаріи опредѣленъ геморрагическій фокусъ, величиною въ большой орѣхъ и разрушившій всю заднюю часть nucl. lenticularis на всемъ пространствѣ отъ caps. ext. каутри до capsulam internam. Въ лѣвомъ полушаріи найденъ старый, окруженный сумкой, геморрагическій фокусъ, продолговатой формы и занимающій заднюю и наружную часть зрительнаго бугра. Данное наблюдение особенно типично и потому относится къ частымъ формамъ синдрома зрительнаго бугра.

2-ое наблюдение нѣсколько отличается. Въ немъ: 1) Гемиплегія имѣла прогрессивный характеръ и развивалась въ нѣсколько приступовъ, отдѣленныхъ между собою большими промежутками времени. Съ самаго начала имѣлись спастическія явленія. 2) Гемипарестезія была стойкой, но поверхностная чувствительность была поражена слабѣе, чѣмъ глубокая. 3) Боли на парализованной сторонѣ представлялись менѣе интенсивными, чѣмъ въ первомъ случаѣ.

При аутопсії найденъ очагъ приблизительно въ той же области, какъ и 1-омъ случаѣ, но болѣе давняго происхожденія, менѣе правильнаго очертанія и съ большимъ распространеніемъ, а именно кромѣ зрительнаго бугра повреждены были почти вся задняя $\frac{1}{3}$ caps. internae, часть 2-го и 3-го сегмента nucl. lenticularis, а также ретролентиккулярный сегментъ капсулы. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ болѣзненные измѣненія касались не только зрительнаго бугра, но и внутренней капсулы. Случаямъ этого рода должно быть присвоено названіе „Syndrome thalamique mixte“.

Н. Осокинъ.

Психологія народовъ.

В. Н. Васильевъ. Иностранцы сѣвера Туруханскаго края. Ежегодникъ Русскаго антропологическаго общества при Петербургскомъ университетѣ, 1908 г.

Непреложная истина—мы, русскіе, знаемъ очень многое и совсѣмъ не знаемъ только нашей родины. Еще недавно мы при изложеніи ученія о крѣтивизмѣ ссылались на Швейцарію, Италію и даже Кардильеры, тогда какъ у насъ въ Сванетіи, Приуральѣ и проч. крѣтиновъ больше, чѣмъ во

всемъ остальномъ свѣтѣ. Мы мало наблюдали себя, мало изучаемъ и не любимъ даже читать того, что пишется о народностяхъ Россіи. Тѣмъ не менѣе я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о душевномъ состояніи нашихъ инородцевъ: тунгусовъ, якутовъ и долгановъ. Душевные свойства тунгусовъ и долгановъ, по статьѣ В. Н. Васильева, безусловная честность, добродушіе, веселость и общительность. Основные черты характера: простосердечіе и сострадательность, почти-тельность и привѣтливость и услужливость безъ угодливости, равнодушіе къ смерти, пылкость и безпечность, — отважность, беззаботность и гостепріимство. Иными являются якуты. Это народъ неугомонный и угрюмый, съ твердымъ, независимымъ и настойчивымъ характеромъ, преслѣдующій намѣченную цѣль во чтобы то не стало. Упрямый и упорный якутъ расчетливъ, хитеръ, скрытенъ и часто мстителенъ. — Всѣ эти инородцы чрезмерно курятъ, пьютъ и играютъ въ азартныя игры. Изъ душевныхъ болѣзней у этихъ инородцевъ наблюдается три: омурахъ, манарикъ и ірбітъ. Омурахъ — эмеряченье, уже давно описанное А. А. Токсарскимъ. Эмеряченье или миряченье состоитъ въ томъ, что подверженный субъектъ внезапно испуганный чѣмъ-нибудь, приходитъ въ возбужденное состояніе и начинаетъ подражать всему, что бы не говорилъ или дѣлалъ испугавшій, при чемъ не ограничивается однимъ подраженіемъ, а также исполняетъ всякое внезапное приказаніе и въ то же время иногда накидывается на испугавшее его лицо или предметъ. Однажды переводчикъ экспедиціи перекувыркнулся нарочно передъ эмирачкой-тунгуской, несшей убранныю послѣ чая посуду. Увидавъ это, эмирачка немедленно продолжала тоже самое, при чемъ разсыпала по снѣгу всю посуду. Болѣзнь эта развивается подъ вліяніемъ испуга, или слѣдствіемъ подражанія изъ за шалости. — Приступъ прекращается съ устраненіемъ причины. — *Манаричество* — возбужденіе, вслѣдствіе воздѣйствія, произведшаго на нихъ сильное впечатлѣніе. Больные ходятъ по помещенію, рвутъ на себѣ волосы, встряхиваютъ и мотають головой, — все это сопровождается причитаніемъ, взвизгиваніемъ, истерическими всхлипываніями, свистомъ и проч.; лицо дикое, выраженіе глазъ безумное, взглядъ лихорадочный. Такое состояніе можетъ быть вызвано и произвольно субъектомъ, путемъ искусственнаго возбужденія разными выкрикиваніями, ходьбой, не есте-

ственными движеніями и т. д. Мнѣнріеству, какъ и эмиричеству подвержены преимущественно женщины. Всѣ онѣ малокровны, нервы и подвижны. Не малую роль играютъ и злоупотребленіи, количественные и качественные, половыя. — *Грбїотъ* — сумасшествіе. Больной начинаетъ задумываться, испытываетъ угнетенное состояніе духа, потомъ начинаетъ заговариваться и забываться. Болѣзнь постепенно прогрессируетъ и въ концѣ получается помраченіе разсудка. Въ большинствѣ это помѣшательство тихое и нерѣдко заканчивается самоубійствомъ. — Говорятъ о вырожденіи и вымираніи нашихъ инородцевъ. Авторъ, по отношенію къ разсматриваемымъ имъ народностямъ устанавливаетъ обратное: болѣзни здѣсь не часты, народонаселеніе здоровое и быстро увеличивается въ количествѣ. За то наблюдается рѣзкая якутизація. Мало-по-малу, какъ тунгусы, такъ и долганы ассимилируются якутами. Это было бы еще ничего, но нерѣдко якутизируются и.... русскіе.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Психіатрія.

Max Löwy. Объ ипохондріи и ея корняхъ. Новое къ дифференціальному распознаванію ипохондріи, особенно отъ психозовъ. Ueber Hypochondrie und ihre Wurzeln. Neues zur Differentialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen. Докладъ, читанный въ Марденбургск. Об-вѣ врачей 6/ix 1906 г.

Выводы автора: Чистая ипохондрія есть одна изъ формъ функціональных неврозовъ, большей частью, нейрастенія, частью истеріи. Характерной является тоскливая озабоченность своимъ состояніемъ, — выражающая главные корни нейроза, подавленность, слабость и эгоцентризмъ. При нѣкоторыхъ психозахъ тоже наблюдаются ипохондрическія черты, но дифференцировать можно, благодаря характеру эгоцентризма (при психозахъ сложныхъ эгоцентризмъ происходитъ вслѣдствіе утраты общихъ интересовъ).

А. Шоломовичъ.

Dr. Iunius und dr. M. Arndt. О параличѣ у супруговъ и табо-параличѣ. Über Konjugale Paralyse und Paralyse-tabes. Monatsschr. Psych. f. und Nervenheilkunde. № 7—1908.

Авторы изучали въ Dalldorf 38 паръ прогрессирующаго паралича у супруговъ и 16 случаевъ прогр. паралича у од-

ного изъ супруговъ при подозрѣніи на то же болѣзнь у другого. Сопоставлены главнѣйшія черты болѣзни. Выводовъ авторы не дѣлаютъ.

А. Шоломовичъ.

Н. Meige. Боязнь дрожанія. Trémophobia. *Revue neurol.* 1909, № 1.

Навязчивое состояніе, описываемое подъ названіемъ „тремофобія“ представляетъ во многомъ сходство съ эритрофобіей. Оно возникаетъ у субъектовъ, отягченныхъ наследственностью, крайне возбудимыхъ и имѣющихъ вообще замѣтную склонность къ дрожанію, въ особенности головы. Какъ покраснѣніе, такъ и приступы дрожанія служатъ отраженіемъ однихъ и тѣхъ же измѣненій въ эмоціональной сферѣ. Какъ у эритрофоба степень покраснѣнія растетъ вмѣстѣ съ усиленіемъ его страха, такъ и дрожаніе у тремофоба увеличивается отъ боязни и ожиданія его. Навязчивость этого состоянія находится въ зависимости и отъ колебаній въ физической сферѣ пациента. Такимъ образомъ въ психо-физической сферѣ у такихъ больныхъ постепенно образуется тотъ *circuitus vitiosus*, который ведетъ къ развитію глубокой навязчивости. Напротивъ улучшеніе при леченіи, направленномъ параллельно на психическую и физическую сферу, ведетъ къ выздоровленію. Сказанное иллюстрируется двумя наблюденіями. 2-ая часть статьи посвящена разсмотрѣнію вопроса объ отношеніи Torticollis къ нѣкоторымъ видамъ дрожанія.

Н. Осокинъ.

Dr. Baugl. Наблюденія надъ душевно-больными эпилептиками, леченными госпитальными приѣмами. *Observations on insane Epileptics treated imber Hospital principles.—The Journal of mental science*, 1908.

Авторъ задается вопросами: какъ лечить въ госпиталяхъ эпилептиковъ съ душевно-ненормальными проявленіями, — и отвѣчаетъ—такъ, какъ и всѣхъ душевно-больныхъ. Въ этомъ отношеніи особенно важны: покой, постельное содержаніе и внимательное наблюденіе. Такое врачебное отношеніе, даже къ буйнымъ эпилептикамъ, способствуетъ возникновенію прежде всего сознанія у самихъ больныхъ что они больны. Кромѣ того, изучаются у больныхъ основы и причины ихъ болѣзни

и лечение направляется противъ нихъ. На первомъ планѣ здѣсь стоятъ діета: молоко, вегетаріанскій столъ четыре раза въ недѣлю, два раза въ недѣлю немного мяса, скорѣе для вкуса въ добавленіе къ растительной пищѣ; по воскресеньямъ маленькій кусочекъ мяса. При такомъ леченіи изъ 162 больныхъ выздоровѣло 14, поправились 24, умерло 38, остались 84. Подъ выздоровленіемъ понимается поправленіе психики до нормы, предшествовавшей заболѣванію. У остальныхъ больныхъ даже безъ брома, получили: спокойствіе, улучшеніе физическаго состоянія, характера и поведенія.—Изъ важнѣйшихъ причинъ смерти былъ status epilepticus, при которомъ съ успѣхами примѣняется chloral-hydrat въ клизмахъ. Постельное содержаніе не препятствуетъ непродолжительнымъ прогулкамъ на свѣжемъ воздухѣ. Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Nouet. Психическая эпилепсія и отравленіе кофе. Epilepsie psychique et intoxication coteique. Journal de Neurologie, 1907.

Авторъ описываетъ случай психической эпилепсіи у личности съ наслѣдственными нейропатологическими отягченіями и личнымъ расположеніемъ къ судорожности, вызванной злоупотребленіемъ кофе. Клиническая картина напоминала алкогольную эпилепсію. По мнѣнію автора, каковъ бы ни былъ ядъ—психическія явленія или реакція нервной системы на интоксикацію будутъ однородны. Въ данномъ случаѣ кофе вызвалъ къ активному скрытое эпилептическое состояніе.

Проф. П. И. Ковалевскій

Dr. Fourcade. Къ ученію объ эпилептической аурѣ и особенно психической аурѣ. Contribution a l'étude de l'aura epileptique. Paris, 1907.

Аура при эпилепсіи далеко не обязательное явленіе и бываетъ не болѣе, какъ въ трети случаевъ. Аура можетъ проявляться въ различныхъ областяхъ: органахъ чувствъ, эмотивной области, психической и проч. Тотъ или другой характеръ ауры до нѣкоторой степени можетъ служить показателемъ положенія патологическаго фокуса, а равно и указаніемъ какія мѣры должно принять для устраненія болѣзни и въ какомъ мѣстѣ ихъ примѣнить. Въ случаяхъ психи-

ческой ауры нужно строго разбираться и не смѣшать ее съ интеллектуальными синдромами эпилепсiи и импульсами.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Dr. Anglade et Jacquin. Периодическіе психозы и эпилепсiя. Psychoses périodiques et épilepsie. L'Encéphale, 1907.

Авторы, изучая этиологию и клинику периодическихъ психозовъ и эпилепсiи находятъ между ними очень много общаго. Эту общность явленій еще болѣе подтверждаютъ во многомъ сходныя патолого-анатомическія данныя. Въ этомъ отношеніи особенно рѣзко выдѣляется повышенная жизнедѣятельность нейроглии въ формѣ, какъ бы, прогрессирующаго склероза и пролифераціи нейроглии. Нѣкоторое отличіе можетъ замѣчаться только въ локализациі процесса, но и судорожныя явленія и бредовыя явленія и въ тѣхъ и въ другихъ случаяхъ подобны.

Проф. П. И. Ковалевскій

Dr. Holos. Эпилепсiя и параноя. Neurolog. Centralblatt, 1908.

Авторъ на сѣздѣ врачей въ Будапештѣ сдѣлано сообщеніе о совмѣстномъ появленіи эпилепсiи и параной въ четырехъ случаяхъ. Такое совпаденіе данныхъ симптомокомплексовъ несомнѣнно указываетъ на то, что между ними есть нѣчто общее. Эта общая основа, повидимому, состоитъ въ пониженіи ассоціациі,—анатомическая же подкладка лежитъ въ разраженіи интерстиціальной ткани съ послѣдующею атрофіею паренхимы. То, что параноя есть стаціонарное явленіе, а эпилепсiя—периодическое,—не можетъ служить отрицаніемъ возможности такой общности происхожденія,—доказательствомъ чему служатъ случаи прогрессирующаго паралича съ эпилептиформными проявленіями. Почему же въ однихъ случаяхъ одни и тѣ же анатомическія измѣненія въ одномъ случаѣ даютъ параноя, а въ другихъ эпилепсiю—пока остается не яснымъ.

Проф. П. И. Ковалевскій.

А. В. Ильгинъ. О процессахъ сосредоточенія (вниманія) у слабоумныхъ душевно-больныхъ. Экспериментально-психологическое изслѣдованіе душевно-больныхъ. Диссертациія. Изъ психологической лабораторіи акад. В. М. Бехтерева. Спб. 1909 г.

Авторъ изслѣдовалъ вниманіе у душевно-больныхъ четырехъ клиническихъ формъ: 1) dementia senilis, 2) dem. praes.

3) *d. paralyt.* и 4) *paranoia*. Всѣ больные были въ стадіи ясно выраженнаго слабоумія, но еще не достигшаго глубокой степени. Для изслѣдованія авторъ воспользовался таблицами значковъ *Vaschide* и таблицами изъ 6 буквъ, повторяющихся безъ опредѣленнаго порядка. Изслѣдуемые больные просматривали таблицы и отмѣчали заранѣе опредѣленные значки и буквы. Числомъ просмотрѣнныхъ значковъ и буквъ измѣрялось количество работы, а $\%$ неправильно отмѣченныхъ и пропущенныхъ указывалъ качество ея, на основаніи чего дѣлалось заключеніе о состояніи вниманія.

Результаты разнообразныхъ опытовъ, сравниваемые съ такою же работою психически нормальныхъ людей, обнаружили у больныхъ разныхъ группъ различные недостатки вниманія, при томъ не въ одинаковой степени. Способность усилить вниманіе для болѣе трудной работы оказалась значительно пониженной, особенно у 6-хъ *dem. senil.* (у *d. paralyt.* не опредѣлена вслѣдствіе отказа отъ опыта); навыкъ къ работѣ у больныхъ не развивается, а замѣтно простое втягиваніе въ работу безъ оживленія, присущаго нормальнымъ. Утомленіе вниманія наступаетъ очень быстро (черезъ 10—12 мин.) и ничѣмъ не уравнивается, почему замѣтно сказывается ухудшеніемъ качества работы, а у *d. paral.* — и уменьшеніемъ количества. Вниманіе крайне не устойчиво, какъ видно по колебаніямъ качества работы въ отдѣльныя минуты: короткія паузы (6') послѣ 6' работы не возбуждаютъ вниманія для продолженія ея и не вліяютъ замѣтно на успѣшность ея, а у больныхъ *d. praes.* даже препятствуютъ механическому развитію работы. Исключеніе составляютъ параноики, во многихъ отношеніяхъ стоящіе ближе къ нормальнымъ, чѣмъ къ больнымъ *dementia*. Приспособляемость вниманія сохранена у нихъ лучше, развивается навыкъ, хотя нѣсколько поздно, но съ такимъ постоянствомъ, что къ концу 10-ти повторныхъ опытовъ, работа ихъ приближается къ нормальной. Короткія паузы благопріятствуютъ успѣху въ ихъ послѣдующей работѣ; устойчивость вниманія близка къ нормѣ, но интереса къ работѣ и оживленія нѣтъ, какъ и у больныхъ *dementia*.

Полученные результаты дополнены изслѣдованіемъ у тѣхъ-же больныхъ способности воспринимать и усваивать впечатлѣнія (*Merkfähigkeit Wernicke*), которая по опытамъ

автора проявляется съ такими же недостатками, какъ и способность сосредоточенія. Работа заканчивается слѣдующими выводами:

1) Состояніе сосредоточенія, являясь для нормальнаго человека какъ бы стимуломъ, направляющимъ психическую дѣятельность и дѣляющимъ ее устойчивой и склонной къ постоянному усовершенствованію, утрачивается въ разной мѣрѣ у душевно-больныхъ.

2) Психологическій анализъ и полученныя при этомъ данныя даютъ возможность ближе разсмотрѣть ослабленіе психической дѣятельности при разнообразныхъ клиническихъ формахъ и установить ту разницу въ упадкѣ состоянія сосредоточенія, какъ произвольнаго акта, которая наблюдается у душевно-больныхъ сообразно степени ихъ слабоумія.

3) Интеллектуальная дѣятельность при хроническомъ бредовомъ помѣшательствѣ (paranoia) можетъ быть разсматриваема, какъ общій упадокъ психическихъ проявленій безъ значительныхъ качественныхъ нарушеній со стороны вниманія, процессовъ воспріятія, и выражается въ ослабленіи энергіи самодѣятельности, при нѣкоторомъ сохраненіи особенностей въ умственной работѣ: упражняемости, навыка, ассоціативной способности и воспріятій.

4) У больныхъ съ преждевременнымъ слабоуміемъ (dem. praec.) въ психозной стадіи болѣзни упадокъ психической дѣятельности касается прежде всего проявленій воли, — наблюдается психическая задержка въ началѣ всякой работы, сосредоточеніе недостаточно, неустойчиво, процессы воспріятія при отвлекаемости вниманія неточны и непрочны, и основныя черты способности къ работѣ: приспособленіе, навыкъ и упражняемость проявляются слабо и непостоянно.

5) При слабоуміи старческомъ (dem. senilis) упадокъ психической дѣятельности еще значительнѣе — способность сосредоточиться на работѣ, на впечатлѣніяхъ находится въ рѣзкомъ ослабленіи, процессы воспріятія, ассоціативной нарушены и особенности нормальной работоспособности утрачены.

6) При паралитическомъ слабоуміи (dem. paralytica) упадокъ душевной дѣятельности выражается въ глубокомъ нарушеніи психическихъ функцій — въ утратѣ дѣятельнаго состоянія сосредоточенія при быстрой истощаемости (утомленіе), въ пораженіи способности усвоенія, узнаванія, при отсут-

ствія сужденій, критики и проявленія нормальнаго интереса въ работѣ. Книга снабжена таблицами и диаграммами.

Н. Богатыревъ.

Tomaschny. О микседематозномъ измѣненіи кожи при маниакально-депрессивномъ психозѣ. Über myxödematöse Hautveränderung als Parallelvorgang bei manisch-depressiver Psychose. Neurolog. Centralblatt. 1909, № 4.

Д-ръ *Tomaschny* приводитъ исторію болѣзни Маріи П. 22 лѣтъ, съ весьма тяжелой наследственностью, которая, страдая ман.-депр. психозомъ съ 1897 г., поступила подѣ его наблюденіе 29/ix—1905 г. До конца іюня 1908 г. Т. наблюдалъ у больной двѣ фазы маниакальныя, двѣ—депрессивныя. Оба раза съ наступленіемъ депрессіи у больной появлялось медленно припуханіе кожи и подкожной клетчатки нижней половины лица, особенно губъ, которое скоро придавало лицу такой видъ, какой мы привыкли находить у лицъ, страдающихъ микседемой. Припухшія мѣста были плотны, безболѣзненны и отъ давленія пальцемъ ямки не оставалось. Языкъ оставался нормальной величины и формы. Другихъ измѣненій, свойственныхъ микседемѣ, авторъ не нашелъ: щитовидная железа довольно хорошо прощупывалась, форма и величина ея не представляли измѣненій; кожа не отличалась ни особенной сухостью, ни потливостью; волосы, ногти и зубы были нормальны; пульсъ ровный, сильный и не ускоренный; стулъ—правильный, моча—безъ бѣлка и сахара, menstrua—не разстроены, температура—нормальна. Желая точнѣе выяснитъ зависимость между вышеописанными болѣзненными явлениями и разстройствомъ функцій щитовидной железы, авторъ давалъ больной во время второй депрессіи тиреоидиновыя таблетки по 0,1 2 раза въ день, отъ дальнѣйшаго употребленія ихъ скоро пришлось отказаться, такъ какъ уже на 2-ой день пульсъ сталъ ускоренный и неровный, а на 3-ій—появилось несомненная тахикардія; кромѣ того, появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и обильный потъ, чего раньше не наблюдалось. Кромѣ измѣненій въ нижней половинѣ лица во время второй депрессіи было замѣчено припуханіе и на тѣлѣ, особенно на плечахъ и бедрахъ, но не такъ рѣзко выраженное, какъ на лицѣ. Микседематозныя измѣненія на лицѣ оставались во весь періодъ депрессіи, а

при переходѣ въ маниакальное состояніе, что происходило постепенно, они медленно уменьшались, и спустя приблизительно недѣль 10 лицо больной принимало свой прежній видъ.

Основываясь на работах Ноше и Мас. Pwaine, авторъ допускаетъ, что вышеописанныя микседематозныя измѣненія кожи зависать отъ образованія какого-то токсина, похожего на тотъ, который бываетъ при настоящихъ расстройствахъ функціи щитовидной желѣзы; а такъ какъ связь между физическими измѣненіями и психозомъ несомнѣнна, то этотъ токсинъ долженъ имѣть отношеніе также и къ психозу; при этомъ авторъ не рѣшаетъ вопроса, является ли токсинъ слѣдствіемъ психоза или его причиной?

Т. считаетъ, что приведенный имъ случай подтверждаетъ высказанный не разъ взглядъ, что ман.-депр. психозъ тѣсно связанъ съ нарушеніемъ обмѣна веществъ.

Г. Нахсидовъ.

Криминальная психологія.

Dr Bernaldo de Quiros. Новыя теоріи о преступности. Las nuevas teorías de la criminalidad, 1908. Journal of mental science, 1908.

Quiros является защитникомъ современнаго взгляда на преступность и преступниковъ въ Испаніи. Преступникъ является таковымъ не по своей винѣ, а или въ силу своей наслѣдственности, или въ силу социальнихъ условій. Поэтому и наказаніе, какъ мѣра оздоровленія отъ преступности общества, является безсильною. Только измѣненіе социальнихъ условій жизни, патологіи рождающихъ и воспитаніе можетъ явиться спасительнымъ въ области преступности. Вопросъ объ отвѣтственности и вѣняемости постепенно ступовывається,—взмѣня этого на сцену выдвигается исцѣленіе и леченіе преступника, какъ въ случаяхъ, гдѣ предполагается такъ называемая свободная воля и преднамѣренность такъ и въ тѣхъ, гдѣ преступникъ явно больной человѣкъ.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Судебная психіатрія.

Prof. Friedenreich. О вѣняемости. (Уголовное значеніе вѣняемости) Ueber Zurechnungsfähigkeit (In strafrechtlicher Bedeutung). Monatsschr. f. Psych. und Nervenheilk. 7—1908.

Авторъ несогласенъ съ мнѣніемъ, что вопросы вѣняемости и невѣняемости — какъ понятія чисто метафизическія, должны рѣшаться юристами, а не врачами. Только психіатръ, по утверженію Копеннагенскаго ученаго, можетъ быть судьей въ этихъ вопросахъ.

Указавъ, что мы въ сущности не знаемъ, что мы повиняемъ подъ терминомъ „вѣняемость“, и что всѣ попытки установить субъективный критерій для этого понятія — потерпѣли крушеніе, авторъ предлагаетъ новую, чисто утилитарную точку зрѣнія на рассматриваемый вопросъ, отказываясь предварительно отъ взгляда, лежащаго въ основѣ современнаго права на наказаніе, какъ на кару и искупленіе совершеннаго преступленія. Въмѣсто субъективныхъ (и, слѣдовательно, шаблонныхъ) разсужденій о вѣняемости слѣдуетъ говорить только объ отвѣтственности, и отвѣтственнымъ авторъ предлагаетъ считать того, кого наказаніе полезно для общества. Авторъ примѣняетъ этотъ критерій къ тѣмъ состояніямъ, когда обыкновенно возникаетъ вопросъ о вѣняемости, — т. е. 1) къ душевно-обольнымъ въ истинномъ смыслѣ и 2) къ состояніямъ дефективности врожденнымъ и приобретеннымъ.

Первыхъ наказывать — безцѣльно, если даже не говорить о гуманности, здѣсь царитъ единомысліе. Вторую группу авторъ дѣлитъ на подгруппы, рассматривая отдѣльно: стационарныя состоянія слабоумія послѣ острыхъ психозовъ, эпилепсію, истерическія состоянія, травматическія психозы и алкогольныя. Критеріемъ отвѣтственности для всѣхъ этихъ состояній онъ ставитъ т. назыв. социальныя способности каждаго даннаго больного, какъ выражается авторъ — „*Soziale Möglichkeit*“, т. е., его способность или не способность занять въ обществѣ то или иное опредѣленное положеніе и держаться его. Принципъ таковъ: социально-способные — наказуемы, социально-неспособные — ненаказуемы, но охраняемы; неизлѣчимая социальная неспособность ведетъ къ принудительному содержанію въ соответственныхъ учрежденіяхъ взаимнаго наказанія.

Таковы въ общихъ чертахъ взгляды автора; подробности интересной статьи не поддаются изложенію въ краткомъ рефератѣ.

А. Шоломовичъ.

Т е р а п і я.

Dr. Alan Mc Dougall О принципах и основах лечения эпилепсии. On the principles of the treatement of epileptics. The Journal of mental science, 1908.

Лечению эпилепсии должно предшествовать изучение ее природы, причин и основ. Особенно важно назначение лечения в начале болезни. В этих случаях возможно добиться ее излечения. Хуже дело, если болезнь имеет хроническое течение. В этих случаях можно добиться увеличения промежутков между припадочными и ослабления самих припадков. Во всех случаях нужно лечить не болезнь, а больного. Для этого лучше всего трудные случаи эпилепсии помещать в специальные заведения для эпилептиков. На свободе, среди нормальных людей, эпилептик чувствует себя стесненным, памятуя, что он может быть для общества опасным. Совершенно покойным и свободным чувствует себя эпилептик между равными себе. В колонии для эпилептиков чувствуют себя прекрасно, милы, любезны и общительны, так как здесь отсутствуют те причины, которые делают их угрюмыми и завистливыми.

Проф. П. И. Ковалевский.

Физио-терапия.

W. Winternitz. Физические методы лечения во врачебной практике Die physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis.—Monatschr. f. physikal.-diätet. Heilmethoden. II. 1. 1909.

Первая книжка нового ежемесячного журнала, посвященного вопросам физио-терапии и диететики, открывается интересной статьей проф. *Winternitz'a*, в которой знаменитый физио-терапевт, на основании своих многолетних научных исследований и клинических наблюдений дает ряд практических указаний, необходимых для врача при применении физических методов лечения.—Вначале автор выставляет положение, что практический врач применяя терапевтические или механические процедуры, должен руководствоваться теми же приемами, как при назначении химических или терапевтических средств; как и при этих последних, он должен стараться удовлетворить причинным или симптоматическим

показаніямъ. Врачъ долженъ твердо помнить, что, при дѣйствіи термическихъ или механическихъ агентовъ поверхность тѣла, подобно введенію лекарствъ внутрь, могутъ извѣстнымъ образомъ измѣняться всѣ органическія функціи; начиная отъ простѣйшей клѣтки и до цѣлыхъ органовъ или всего организма. Отъ физическихъ средствъ можно ожидать или ослабленія функціи, или усиленія, или измѣненія ея. Показаніями для физической терапіи можетъ служить огромная область медицины: лихорадочные процессы, инфекціонныя болѣзни, болѣзни обмѣна веществъ, конституціональныя болѣзни, расстройства кровообращенія, ревматическія страданія, органы пищеваренія, мочеполовая система, периферическая и центральная нервная система и др.—Но для врача-физіотерапевта однихъ теоретическихъ знаній мало; надо крайне умѣло приложить ихъ у постели больного. Было бы неправильно думать, говорить авторъ, что существуютъ спеціальныя рецептурныя формулы для физикотерапіи. Играть роль не сама по себѣ процедура, а способъ выполненія ея и различіе дѣйствія. Но первымъ планѣ находится не *форма*, а *дозированіе* термического и механического раздраженія, которое и представляетъ различіе дѣйствія. Самой важной задачей при физикальной терапіи авторъ считаетъ стремленіе достигнуть болѣе совершенной реакціи. Законы реакціи для термическихъ и механическихъ лечебныхъ пріемовъ, степень и совершенство которыхъ зависятъ отъ иннерваціи, циркуляціи, обмѣна и общаго состоянія, могутъ быть, по автору, формулированы слѣдующимъ образомъ.

1) Реакція зависитъ отъ абсолютной величины теплопроведенія или теплоотдачи; 2) чѣмъ быстрее совершается теплоотдача или теплопроведеніе, тѣмъ выше реактивное повышение или пониженіе t° ; 3) продолжительность согрѣванія или охлажденія имѣетъ вліяніе на быстроту или медленность наступленія возврата къ первоначальной t° ; 4) начальное состояніе t° тѣла оказываетъ вліяніе на быстроту наступленія реакціи; 5) примѣненіе холода послѣ предварительнаго согрѣванія повышаетъ вмѣстѣ съ раздраженіемъ реакцію; 6) комбинированіе термического раздраженія съ механическимъ повышаетъ и облегчаетъ реакцію; 7) покойное состояніе замедляетъ наступленіе реакціи, работа и движеніе ускоряетъ; 7) внутреннее употребленіе раздражающихъ средствъ, въ

особенности горячіе и спиртные напитки, способствуют наступленію реакціи; 9) въ общемъ, величина реакціи, какъ и теплопроводимость, находятся въ одинаковомъ соотношеніи къ силѣ термическаго и механическаго раздраженія; 10) чрезмѣрное охлажденіе можетъ вести къ чрезмѣрной или запоздальной и несовершенной реакціи, придавая характеръ лихорадки или ольгидности и колюща. Въ заключеніе авторъ, какъ *conditio sine qua non* при всякаго рода водолѣченіи, считаетъ наблюденіе за тѣмъ, чтобы за каждой отдѣльной процедурой непременно слѣдовала полная реакція. Г. Клячкинъ.

Мах Каһап. Физическое лѣченіе воспаленія сѣдалищнаго нерва. Die physikalische Therapie des Ischias.—Monatsch. f. d. physikal.-diät. Heilmethoden. 1909. II. 3.

Авторъ указываетъ, что при леченіи ischias'a всѣ физическіе методы находятъ себѣ широкое примѣненіе: но совѣтуетъ строго руководствоваться этиологіей и патогенезомъ этого страданія. При идиопатической формѣ этиологія заключается въ двухъ главныхъ факторахъ: въ расстройствѣ обмена веществъ и въ простудѣ; соответственно и должна быть направлена физико-терапия. Наибольшимъ распространеніемъ здѣсь пользуются два метода—гидро и механотерапія, къ которымъ присоединяется діетотерапія. Изъ водолечебныхъ процедуръ авторъ рекомендуетъ теплыя ванны или тепловлажные обертыванія конечности особенно шотландскій душъ. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ болѣзнь начинается очень острыми явленіями, слѣдуетъ вначалѣ удержаться отъ всякой активной терапіи, примѣняя покой, лежаніе на подушкѣ, влажной воздухомъ или водой, нѣжныя слабительныя и легкую діету.

Изъ числа другихъ физическихъ методовъ авторъ подробно останавливается на электро-терапии, описываетъ способы примѣненія того или другого рода тока, при чемъ особенно рекомендуетъ методъ *арсонизации*. Подобно многимъ другимъ авторамъ, онъ указываетъ на болеутоляющее дѣйствіе токовъ д'Арсонвали при различнаго рода нейралгіяхъ, ровно какъ при лонгитирующихъ боляхъ и кризахъ у табиковъ. По наблюденіямъ автора, мѣстная арсанвализація рѣзко вліяетъ на тяжесть и продолжительность болѣзни. За дѣйствительность метода и противъ вліянія внушенія говорятъ тотъ фактъ, что какъ разъ при боляхъ психогеннаго харак-

тера этотъ токъ не оказываетъ никакого дѣйствія. Кромѣ указанныхъ физическихъ методовъ, авторъ рекомендуетъ при ischias сухое тепло, горячіе электрическіе души, свѣтовые ванны (общія и мѣстныя); въ нѣкоторыхъ особенно упорныхъ случаяхъ успѣшно примѣняется рентгенотерапия.

Механотерапія примѣняется въ болѣе хроническихъ случаяхъ въ формѣ массажа, ручного или вибраціоннаго, врачебной гимнастики и ортопедіи (противъ сколіоза). Въ механотерапіи авторъ относитъ примѣняемую въ послѣднее время инфльтраціонную терапію (инъекціи фізіологическаго раствора хлористаго натрія въ область больного нерва).

Больнотерапія примѣняется въ формѣ грязевыхъ, сѣрныхъ ваннъ и индифферентныхъ термъ; сюда же относятся искусственныя ванны съ радіоѣрровой водой. Въ заключеніе авторъ останавливаетъ вниманіе на значеніи діететическаго леченія при хроническихъ пейральгіяхъ сѣдалищнаго нерва, такъ какъ часто въ основѣ страданія лежатъ разстройство обмѣна веществъ. Очень хорошій результатъ, по автору, получается отъ абсолютно-вегетаріанской діеты или въ крайнемъ случаѣ, молочно-вегетаріанскій, съ запрещеніемъ алкоголя, чая и кофе. Изъ напитковъ авторъ рекомендуетъ щелочныя и щелочно-глауберовыя воды. *Г. Клячкинъ.*

Fr. Linn. О вліяніи мѣстной арсонвализаціи Ueber die Wirkung localer Arsonwalisation.—Arch. physik. Med. u. med. Technik. III. Bd. H. 3—4.

Авторъ съ цѣлью выяснитъ дѣйствіе такого высокаго напряженія на организмъ, произвелъ рядъ экспериментовъ на животныхъ, при чемъ пользовался неслимыми животными, чтобы устранить вліяніе внушенія и побочное дѣйствіе тока на волосистыя части. На основаніи этихъ опытовъ авторъ констатируетъ дѣйствіе токовъ д'Арсонваля на дыханіе, кровообращеніе, на цвѣтъ кожи и пр. — Съ терапевтической цѣлью авторъ примѣнялъ этотъ токъ, кромѣ хроническихъ кожныхъ сыпей и новообразованій, также при функціональных неврозахъ, при которыхъ наблюдались весьма благоприятные результаты. *Г. Клячкинъ.*

A. Gramegna. Родіотерапія въ случаѣ акромегаліи. Un cas d'acromégalie traité par radiothérapie.—Revue neurol. 1909, № 1.

Имѣя въ виду установленное наблюденьями дѣйствіе X.—лучей на железистую ткань, въ особенности новообразованій, а также исходя изъ принятаго воззрѣнія, что акромегалия стоять въ причинной связи съ гипертрофіей hypophysis, авторъ рѣшилъ испытать радіотерапію въ одномъ типичномъ случаѣ этого заболѣванія, при чемъ X—лучи направлялись на gl. pituitariam. Послѣ вѣсколькихъ сеансовъ уменьшились головныя боли и улучшилось зрѣніе. Офтальмоскопическая картина приняла нормальный видъ. Въ виду послѣдовавшаго затѣмъ ухудшенія леченіе было возобновлено еще черезъ 7-мѣсяцевъ и вновь оказало благопріятное дѣйствіе. Однако вскорѣ послѣ этого болѣзненные явленія стали быстро нарастать, при чемъ повторенія радіотерапіи оказались уже безконечными. Тѣмъ не менѣе, авторъ защищаетъ значеніе радіотерапіи для акромегалии, указывая только на необходимость болѣе ранняго примѣненія ея, прежде чѣмъ благодаря росту gb. pituitariae усилятся развитія непоправимыя разстройства.

Н. Осокинъ.

Изъ жизни психіатрическихъ учреждений.

Передъ нами отчетъ (запоздалый) Петербургской городской больницы Св. Пантелеймона для душевно-больныхъ за 1905 г. и три отчета за 1907 г. больницъ: Покровской—Московского Губернскаго Земства, Одесской городской психіатрической больницы и психіатрической Лѣчебницы Пензенскаго Губернскаго Земства.

Въ первомъ отчетѣ еще звучатъ отголоски недавнихъ событій: д-ръ *Н. Я. Смѣловъ*—главный врачъ больницы, отмѣчаетъ значительную смѣну служащихъ (половина врачей и надзирателей ушли на войну), и другія неблагоприятныя обстоятельства—но констатируетъ, что нарушеніе порядка службы не наблюдалось, и такое поведеніе служащихъ вытекало изъ режима, въ основѣ котораго было развитіе самосознанія, взаимнаго довѣрія и уваженіе къ личности каждаго служащаго, къ какой бы категоріи онъ не принадлежалъ. Въ больницѣ въ отчетномъ году производилось систематическое обученіе надзирателей уходу за душевно-больными—годичные курсы по анатоміи, фізіологіи, заразнымъ болѣзнямъ, дезинфекціи, уходу за соматическими больными, фармаколо-

гін, перевязкамъ, ученію о душевныхъ болѣзняхъ и т. п.— всего въ теченіе года состоялось 130 лекцій; послѣ соответствующаго экзамена въ слушанію лекцій допущены были и служителя. Врачебнымъ комитетомъ признаваны были справедливыми различныя петиціи нижнихъ служащихъ и рѣшено было устроить для нихъ школу; обсуждался даже вопросъ о 8 часовомъ рабочемъ днѣ.

Во внутреннемъ бытѣ больныхъ отмѣчается: „недостаточное, несоответствующее составу больныхъ число лицъ ухаживающаго персонала, общая тѣснота и переполненіе больницы искусственно подобранными безпкойными и опасными больными“: 57% больныхъ—съ плохимъ сномъ, 50%—агрессивныхъ, 4,2% изоляцій, 59,7% постельнаго режима, 5 удачныхъ побѣговъ; среднее число работавшихъ въ день больныхъ было 127 мужчинъ и 75 женщинъ. Среднее ежедневное число больныхъ 700. Стоимость кровати въ годъ 293 р. 47 к. Составители отчета жалуются на „колоссальное переполненіе больницы и особо тяжелыя условія труда ухаживающаго и врачебнаго персонала“, а чаянія ихъ, пожалуй, можно усмотрѣть изъ небольшой, но очень интересной замѣтки д-ра Радина, помѣщенной въ концѣ отчета: „душевно больные преступники“. Въ отчетѣ авторъ предполагалъ дать описаніе нѣсколькихъ случаевъ дегенеративнаго психоза съ благоприятнымъ исходомъ, какъ результатомъ установленнаго больницей режима съ примѣненіемъ врачебной педагогики; принципы ея: создать наибольшее разнообразіе ступеней, которыя проходитъ больной, путемъ упорнаго и пастойчиваго труда, въ стремленіи къ достиженію наибольшаго самообладанія; ступени эти намѣчаются въ общемъ: грубый физическій трудъ, ремесленный трудъ и т. д. Врачи—единственная сила, могущая превратить въ громадный результатъ всѣ перечисленныя мѣры и найти рядъ новыхъ; согласіе среди врачей—одна изъ гарантій успѣшности режима; и, конечно, элементу коллегіальности больница Св. Пантелеймонова обязана этими результатами....

Въ отчетѣ Покровской больницы обращаетъ на себя вниманіе цифра 403 р. 42 к., выражающая стоимость одного больного въ годъ, и видимо, въ зависимости отъ этого desiderata отчета: „изъ ближайшихъ неотложныхъ нуждъ психиатрической организаціи слѣдуетъ прежде всего указать на необхо-

димость немедленно произвести вторую перепись душевно-больныхъ въ Московской губ. и на основаніи результатовъ составить планъ дальнѣйшаго расширенія психіатрической помощи населенію"—носятъ общій характеръ. Болѣе настоятельныя нужды собственно психіатрической больницы: переустройство водоснабженія, улучшеніе полей орошенія, увеличеніе числа квартиръ для служащихъ, бесплатная пересылка почтовой корреспонденціи. Покровская больница имѣетъ завидное право и моральную возможность отказывать въ приѣмѣ извѣстнымъ категоріямъ больныхъ и поэтому, въ отчетѣ нѣтъ особенныхъ жалобъ на переполненіе больницы; широкій бюджетъ не стѣсняетъ въ количествѣ персонала, а отличная постройка больницы при ея основаніи, довершаютъ возможность спокойной плановѣрной работы. Средняго числа рабочихъ дней, $\%$ агрессивныхъ больныхъ и постельнаго режима не указано.

Въ 1-й (медицинской) части Одесскаго отчета слышатся обычныя жалобы психіатровъ: „главное зло больницы переполненіе ея“; фигурируютъ „усиленные отказы, и форсированная эвакуація, хотя и то, и другое, по признанію д-ра *Воротынскаго*, ложится тяжкимъ бременемъ на и безъ того экономически обезсиленное населеніе Одессы.

Съ грустью констатируетъ отчетъ, что „нѣтъ возможности удержать тѣ немногія улучшения, которыхъ удалось достигнуть: урѣзать служительскій, уменьшить врачебный штатъ. Необходимость расширенія и правильной постановки психіатрическаго дѣла не встрѣчаетъ сочувствія въ городскомъ управленіи“; „число больныхъ—небывалое: 610 человекъ. Во внутренней службѣ отмѣтимъ: дежурства врачей (8 человекъ) *фельдшерскаго персонала* (6 человекъ) и надзирателей (20 человекъ) и палатной прислуги (193 человекъ).

Случаевъ возбужденія 7 $\%$, средняго ежедневнаго числа больныхъ, бессонницы—въ среднемъ 10 случаевъ въ день; изоляцій (при открытой двери чаще всего)—1876.

Расходъ на одного больного въ годъ еще выше Покровской больницы именно 419 р. 53 к.

Въ приложеніи напечатано большое интересное психологическое изслѣдованіе прив.-доц. В. И. Руднева—ординатора больницы: „Кататоническая форма преждевременнаго слабоумія, продолжавшаяся болѣе 25 лѣтъ“.

Подробѣйшій анализъ психики больного приводитъ автора къ заключенію, что имѣются налицо всѣ особенности такъ называемой автоматической дѣятельности мозга; анализируя сущность кататоническихъ явленій съ цѣлью ихъ объясненія, авторъ приводитъ объясненія цѣлаго ряда авторовъ, предлагая, наконецъ и свое мнѣніе: „не является ли центромъ тяжести болѣзни перевозбужденіе больного? Авторъ считаетъ необходимымъ предположеніе извѣстнаго рода двигательнаго возбужденія центровъ; различныя стадіи двигательнаго возбужденія нарушаютъ взаимное отношеніе центровъ, результатомъ чего является особенность кататоническихъ явленій: торможеніе на ряду съ возбужденіемъ.

Матеріальныя находки при аутопсіи описаннаго больного: сращеніе оболочекъ по направленію большой щели, отечность мягкой; широкія, глубокія борозды, атрофія извилинъ, особенно лѣвыхъ, въ частности верхней части лѣвой центральной, и извилинъ лобныхъ долей. Въ заключеніе авторъ приводитъ 3 случая кататоніи, и дѣлаетъ выводъ объ идентичности обѣихъ формъ.

Полную противоположность предыдущимъ отчетамъ представляетъ Пензенскій отчетъ д-ра *К. І. Евграфова* о завѣдуемой имъ больницѣ. 1907 годъ есть одинъ изъ періодовъ тридцатилѣтней войны за интересы душевно-больныхъ, войны, которую героически выносить на своихъ плечахъ завѣдующій врачъ противъ губернскаго земства, а въ послѣдніе годы противъ администраціи. 25 лѣтъ тому назадъ (1884 г.) д-ръ Евграфовъ началъ свою службу Пензенскому земству ординаторомъ, единственнымъ врачомъ для душевно-больныхъ; теперь онъ имѣетъ помощника завѣдующаго и 5 ординаторовъ. Трудно представить, какое гигантское количество силъ потратилъ д-ръ Евграфовъ за эти 25 лѣтъ въ жестокой борьбѣ за каждый рубль, за каждый аршинъ воздуха для больныхъ, для улучшенія ихъ, поистинѣ, ужаснаго положенія въ Пензенской больницѣ. И каковы результаты этой борьбы—показываетъ послѣдній отчетъ, въ которомъ чрезвычайно интересны даже детали. Среднее суточное число больныхъ 483, на 30% больше 1906 г.; „всѣ мѣры ограниченія доступа въ лечебницу истощены“: отдаленность лечебницы отъ центра, прямой отказъ въ приѣмѣ, платность леченія. Авторъ отчета пространно и подробно доказываетъ, что лечебница возвра-

щает населенію 12.000 рублей въ видѣ выздоровѣвшихъ и поправившихся работниковъ и содержатъ ежедневно 500 больныхъ, и что раньше, при меньшемъ переполненіи, она давала и лучшіе результаты; слѣдовательно, хорошая лечебница прямо выгодна для населенія; отказано въ пріемъ въ 283 случаяхъ, сравнительно съ прошлымъ годомъ на 91% больше.

Переполнены главнымъ образомъ буйныя, неопрятныя и безпкойныя отдѣленія, искусственной вентиляціи нѣтъ, освѣщеніе керосиновое; успокоивагося буйнаго больного приходится переводить въ слабое и неопрятное, гдѣ отъ его вспышекъ страдаютъ безпомощные больные—отсюда 3819 случаевъ „рукопашной“ среди больныхъ, 1177 нападеній на прислугу, 230—на надзирателей и 75 на врачей. Не спятъ и плохо спятъ ежедневно 74 больныхъ, ограниченный штатъ, измученный, переутомленный, и случаи: переломъ черепа, переломы реберъ, кровоизливы, ссадины, лоты сорванные откушенные, „отъ ударовъ 4 больныхъ избившихъ за назвистность—ссадины“, поджогъ соломы въ изоляторѣ, ожога горячимъ чаемъ, укушенія, удары гвоздемъ въ лицо, разрывъ ушной раковины, ударъ тазомъ въ голову, поджогъ тюфяка отъ печи, переломъ плечевой кости и т. д. и т. д. 53 побѣга, изъ нихъ 12 удачныхъ.

Послѣдствія побѣга политическихъ арестантовъ: дежурный врачъ Копытннскій—высланъ изъ губерніи, сидѣлка посажена въ тюрьму, а коммиссія для разслѣдованія причинъ побѣга предложила Губ. Управѣ слѣд. „нововведенія“: „звести секретныя замки..., опасныхъ арестантовъ помѣщать исключительно въ буйное, наблюдательное и безпкойное отдѣленія, откуда они бы не могли бѣжать, и отнюдь не переводить въ спокойныя отдѣленія; для важныхъ арестантовъ—особое помѣщеніе или выстроить особый корпусъ для 4—5 арестантовъ съ секретными замками во всѣхъ дверяхъ, особымъ служителемъ, переодѣтымъ городовымъ или тюремнымъ надзирателемъ“.

Въ отвѣтъ на эти „мѣры“ завѣдующій подаль длинное мнѣніе, въ которомъ, между прочимъ, сообщаетъ, что 4 ординатора ушли въ одинъ годъ изъ за невозможныхъ условій службы; безъ повышенія окладовъ, улучшенія условій труда, обезпеченія на случай болѣзни, лучшихъ квартиръ—улучшить прислугу нельзя: уходитъ 100—180% ежегодно. Если уси-

лить тюремный колоритъ—почему ужъ не запереть форточки и окна, или не посадить больныхъ въ желѣзныя клітки, сковать руки и ноги, посадить на цѣпь; изъ за 4—5 больныхъ нельзя превратить больницу въ тюрьму; бѣгутъ съ каторги тысячами опаснѣйшіе арестанты“....

Спеціальная докладная записка Губ. Земству о хроническомъ перегруженіи трудомъ и переутомленіи врачей (въ 12 лѣтъ смѣнилось 16 врачей), преждевременную ихъ инвалидность, при ничтожномъ жалованьи и отсутствіи частной практики привела къ періодической (черезъ 3 года) прибавкѣ по 100 рублей, но не болѣе 3 разъ каждому врачу.

Послѣднее достаточно характеризуетъ, съ кѣмъ борется 25 лѣтъ д-ръ Евграфовъ и чего можно ждать отъ Пензенскаго Земства, о которомъ писалъ еще Щедринъ.

А. Шоломовичъ.

Р е ц е н з і и.

Dr. Brugelmann. Мигрень, ея происхожденіе, сущность, леченіе. Migräne. 1909.

Въ основѣ даннаго заболѣванія лежитъ или соматическая, или психическая травма центральной нервной системы, или рефлекторное воздѣйствіе со стороны какого-нибудь органа на нервныя центры, отравленіе крови. Такимъ образомъ, въ данномъ симптомокомплексѣ нѣтъ единства болѣзни, такъ какъ нѣтъ одной причины. Тоже отношеніе причины и симптомокомплекса мы видимъ и въ астмѣ, и въ уртикаріи. Поэтому, по автору, всѣ эти три болѣзни, въ зависимости отъ трехъ причинъ, и представляютъ собою три разновидности симптомокомплекса: первая разновидность интоксикационная, въ большинствѣ случаевъ въ зависимости отъ кишечнаго самоотравленія, вторая рефлекторная и третья на почвѣ истерической. Эти три формы мигрени совершенно самостоятельныя, должны быть и лечимы неодинаково, а въ зависимости отъ причины, ее производящей. Но несомнѣнно, въ жизни существуютъ формы мигрени смѣшанныя,—тогда и леченіе должно быть неоднороднымъ. Разумѣется, во всемъ этомъ нужно прежде хорошо разобраться и тогда лечить. — Въ общемъ, книжка написана очень обстоятельно и заслуживаетъ полнаго вниманія.

Проф. И. И. Ковалевскій.

Отчетъ о докторскомъ диспутѣ въ Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 февраля 1909 г. лѣкарь М. А. Чалусовъ защищалъ диссертацию, вышедшую изъ физиологической лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго подъ заглавіемъ: „Еъ вопросу объ отношеніи п. depressoris къ сосудосуживающему и сосудорасширяющему центрамъ“.

Первый изъ официальныхъ оппонентовъ проф. И. А. Чувескій отмѣтилъ результатъ работы, въ смыслѣ очевидности и объективности доказательства наличия сосудорасширяющаго центра и его роли. Дальнѣйшей задачей изслѣдованій въ этой области является выясненіе количественной стороны вопроса; нѣкоторыя данныя имѣются и въ разбираемой работѣ, но авторъ отнесъ ихъ почему-то въ приложение къ протоколамъ, не использовавъ цѣннаго для науки этого матеріала. Оппонентъ отмѣтилъ добросовѣстность и тщательность постановки опытовъ и подробную разработку литературныхъ данныхъ.

Проф. Н. А. Миславскій сдѣлалъ нѣсколько замѣчаній. главнымъ образомъ по поводу стилистическихъ особенностей изложенія, отмѣнивъ громадную трудоспособность и выдержку экспериментатора. Оцѣнку выставленныхъ д-ромъ Чалусовымъ „положеній“ взялъ на себя третій изъ официальныхъ оппонентовъ проф. Н. А. Геркенъ. Послѣ подробнаго анализа cadaго изъ этихъ положеній оппонентъ пришелъ къ заключенію, что ни одно изъ нихъ не можетъ быть принято въ томъ видѣ, въ какомъ онѣ выставлены авторомъ, а нѣкоторыя изъ нихъ должны быть совершенно отвергнуты. Неофициальнымъ оппонентомъ выступалъ проф. И. М. Догель, указавшій на недочеты въ литературномъ отдѣлѣ работы.

Въ заключеніе диссертантъ былъ удостоенъ званія доктора медицины.

А. III.

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— Въ С.-Петербургѣ съ 3-го по 10 января 1910 года состоится XI съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Организационный комитетъ въ составѣ председателя С. С. Салазкина, товарища-председателя В. Н. Сиротинина, членовъ: Н. А. Вельяминова, Н. П. Симановскаго, Д. О. Отта, Г. В. Хлопина, казначея А. А. Лихачева, редактора изданій И. Н. Булатова и секретаря И. А. Дмитріева, предположилъ распредѣлить занятія съѣзда по слѣдующимъ 18 секціямъ: 1) Анатомія и антропология; 2) Гистология (Современное положеніе о нейронахъ); 3) Патологическая анатомія; 4) Физиология; 5) Общая патология; 6) Фармакология (Очередныя задачи фармакологии по вопросу о дѣйствіи алкоголя на организмъ); 7) Общая терапия; 8) Заразные болѣзни человѣка и животныхъ (О предохранительныхъ прививкахъ противъ бѣшенства); 9) Судебная медицина; 10) Хирургія; 11) Внутреннія болѣзни; 12) Горловые, ушные и носовыя болѣзни; 13) Акушерство и женскія болѣзни; 14) Глазныя болѣзни; 15) Дѣтскія болѣзни; 16) Кожныя и венерическія болѣзни; 17) Душевные и нервныя болѣзни (Серодиагностика и серотерапія нервныхъ и душевныхъ болѣзаней. Хирургія въ лѣченіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Маніакально-депрессивные психозы и dementia praecox. Современное ученіе о сущности истеріи. Новѣйшіе взгляды на ученіе объ афазіи. Значеніе измѣненій внутренней секретіи въ этиологию душевныхъ заболѣваній. Вліяніе политическихъ событій на нервно-психическое здоровье населенія. О призрачій эпилептиковъ. Уставъ психіатрическихъ больницъ, согласованный съ общимъ строемъ земской медицины; 18) Гигіена; 19) Общественная медицина. Подсекціи: земская медицина; городская медицина; фабрично-заводская медицина; желѣзнодорожная медицина; медицина водныхъ путей; сообщенія; 20) Медицинская статистика; 21) Врачебный бытъ. Подсекція по реформѣ медицинскаго образованія. Заявленія о докладахъ могутъ быть присылаемы или секретарю комитета И. А. Дмитріеву (Спб., Кабинетская 18, Спб. Губернская Земская Управа), или соответствующему завѣдующему секціей. Желательно получить до 15-го ноября резюме докладовъ и положенія, каковыя будутъ напечатаны ко времени открытія съѣзда; пріемъ докладовъ послѣ 1-го декабря будетъ зависѣть отъ завѣдующаго, если позволить время. Членскій взносъ (десять рублей) можно высылать казначею А. А. Лихачеву (Литейный 11, кв. 5).

— Министерствомъ внутр. дѣлъ разрѣшено с.-петербургскому обществу психіатровъ созвать въ С.-Петербургѣ, съ 27 декабря с. года по 5 января 1910 года, третій съѣздъ отечественныхъ психіатровъ, для разрѣшенія научныхъ и практиче-

скихъ вопросовъ, касающихся: дѣла лѣченія, формъ призрѣнія и статистики душевно-больныхъ въ Имперіи, а также вопросовъ, связанныхъ съ законодательствомъ для этихъ больныхъ. (Рѣчь 13 сент.).

— Казанское Губернское Земство взямѣтъ проектируемаго посемейнаго призрѣнія душевно-больныхъ, организацію котораго коммиссія нашла несвоевременной, учреждаетъ убѣжище для 150 хрониковъ, которые будутъ эвакуированы изъ Казанской Окружной Лечебницы.

— Характерное ходатайство постановило заявить Вятское губернское земское собраніе, а именно ходатайство о снятіи съ больныхъ арестантовъ кандаловъ и о переводѣ душевно-больныхъ арестантовъ въ Казанскую лечебницу въ виду переполненія земской больницы (Общ. Врачъ № 4).

— Курское собраніе приняло новый уставъ управленія Сапоговскою колоніей. Согласно этому уставу, «ближайшее заведѣваніе больницей, хозяйственной частью и управленіемъ имѣнія принадлежать губернской земской управѣ, которая наблюдаетъ за дѣятельностью больницы черезъ одного изъ членовъ». Для ближайшаго наблюденія за веденіемъ дѣла этотъ членъ управы долженъ жить въ самой колоніи.

— 6-го августа Московская Городская Преображенская больница праздновала столѣтіе своего существованія. Въ этотъ день послѣ молебствія состоялось торжественное засѣданіе, открытое рѣчью городского головы, затѣмъ главный врачъ больницы Н. Н. Баженовъ изложилъ исторію больницы за 100 лѣтъ существованія. Деканъ медицинскаго факультета Московскаго университета, проф. Д. Н. Зерновъ привѣтствовалъ больницу отъ имени факультета университета. Далѣе слѣдовали привѣтствія отъ психіатрической клиники университета, отъ Общества невропатологовъ и психіатровъ, отъ Московскаго военнаго госпиталя и отъ дѣлага ряда Московскихъ больницъ. Д-ръ Литвиновъ передалъ въ даръ Преображенской больницѣ отъ коронаціоннаго убѣжища портретъ врача Буцка; Сокольническая больница приподнесла портретъ С. С. Корсакова. Проф. Мари передалъ привѣтствіе отъ 10 французскихъ обществъ и учреждений, а г-жа Мари, русская по происхожденію, отъ обществъ французскихъ женщинъ помощи выздорѣвающимъ психически-больнымъ.

— Изъ «Крестовъ» освобожденъ д-ръ Трошинъ, отбывшій наказаніе по дѣлу о вывозѣ на тачкѣ главнаго врача больницы Николая Чудотворца. (Рѣчь 10 сент. № 248).

— Министерство народного просвѣщенія разрабатываетъ проектъ введенія въ число обязательныхъ предметовъ, преподаваемыхъ въ средне-учебныхъ заведеніяхъ, особаго курса объ алкоголизмѣ: вредъ его, мѣры борьбы съ нимъ и т. п. (Врач. Газ. № 36).

— 1-го іюня въ Парижѣ умеръ dr. Bourneville, много работавшій по вопросамъ идиотизма и умственной отсталости дѣтей.

ЛѢТОПИСЬ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

Протоколъ очереднаго засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 18 марта 1909 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ д-рѣ В. П. Первушинѣ. Присутствовали дд. чл. проф. В. П. Осиповъ, д-ра А. С. Шоломовичъ, І. А. Веселитскій, В. Н. Осипова, Н. А. Донсковъ, С. А. Болбергъ, М. А. Чалусовъ, В. С. Болдыревъ, гости—д-ра В. А. Перимовъ В. И. Котеловъ, И. И. Цыпкинъ, Козловъ, Персень и до 30 человекъ гл. обр. студентовъ-медииковъ старшихъ курсовъ.

І. Дѣйств. членъ А. С. Шоломовичъ сдѣлалъ сообщеніе: «Демонстрація больного, страдающаго травматическимъ психозомъ» (предъявленъ больной изъ Казан. Окруж. Лечебницы).

П р е н і я.

Д-ръ Перимовъ. Хирургамъ приходится сталкиваться съ подобными случаями, когда необходимо рѣшать вопросъ о примѣненіи оперативнаго пособія; въ практ. отношеніи важно отличать случаи compressio cerebri отъ commotio cerebri, — въ первыхъ сознаніе утрачивается тотчасъ послѣ травмы, въ послѣднихъ позднеѣ. Судя по этому, у Вашего больного были явленія compressio cerebri. Были ли у больного гнѣздные симптомы? Мнѣ лично извѣстенъ случай, гдѣ вслѣдъ за ушибомъ головы наступили явленія деменціи: при трепанациі былъ удаленъ кров. сгустокъ изъ подъ dura m., улучшеніе.

Д. Принципіальной разницы между понятіями сдавленіе и сотрясеніе голов. мозг. и др., различіе—количественное; при сдавленіи г. м. могутъ быть мелкія кровоизліянія (ихъ послѣдствіемъ рубцы, вдавленія). Вы говорите о продолжительномъ сдавленіи мозга, а я о непродолжительномъ, при которомъ возможны микроскоп. измѣненія мозга.

Проф. Даркиевичъ. У больного не было тяжелой комы, лишь расстройство сознания,—какъ слѣдствіе гипотетически допускаемаго нарушенія давленія пер. сп. жидкости—это необходимо установить для правильной оцѣнки послѣдующихъ явленій.

Д-ръ Первушинъ. Данный случай представляется весьма интереснымъ и поучительнымъ во многихъ отношеніяхъ; исходя изъ анализа расстройствъ психической сферы больного, развившихся какъ слѣдствіе травмы, вполне присоединяюсь къ діагнозу докладчика—«травматическаго психоза». Необходимо лишь разобраться въ нѣкоторыхъ частностяхъ клинической картины, толковать которыя я сталъ бы иначе, чѣмъ докладчикъ. Вполнѣ соглашаясь съ докладчикомъ, что въ основѣ, случая лежатъ органическія измѣненія голов. мозга, распространенныя, нарушающія инициативную дѣятельность г. мозга (что влечетъ за собой рядъ уклоненій въ душевной дѣя—ти больного), я полагаю бы, что о грубыхъ гнѣздныхъ измѣненіяхъ въ гол. мозгу говорить нельзя, имѣющійся же у больного рядъ уклоненій физическаго характера со стороны нервной системы слѣдуетъ разсматривать не какъ послѣдствія predisposingъ очаговъ, а—какъ явленія функціональнаго характера, т. е. третировать ихъ на подобіе аналогичныхъ же явленій, бывавшихъ при травмат. неврозѣ. Это объясненіе я прилагаю именно къ тотальной анестезіи тѣла съ большой выраженностью ея на всей его правой половинѣ, къ правостороннему гемипарезу, которому не соответствуетъ съ точки зрѣнія органическаго происхожденія состояніе сух. и кожныхъ рефлексовъ (колѣнный рефлексъ оживленъ не справа, а слѣва; Babinski'го. нѣтъ). Отсутствие данныхъ относительно состоянія жевательной мускулатуры (изслѣдованія электровозбудимости) не позволяетъ принимать нарушенія движеній нижней челюсти за послѣдствія орган. заболѣванія голов. мозга—подобный симптомъ скорѣе функц. происхожденія. Отсутствие нѣкоторыхъ данныхъ о сост. органа слуха дѣлаетъ невозможнымъ сужденіе о характерѣ расстройствъ въ этой области; къ сожалѣнію, нѣтъ свѣдѣній о состояніи глазного дна, о времени возникновенія явленій гемипареза.

Д. Одни изъ симптомовъ говорили за функціональный неврозъ, другіе—несомнѣнно за органическое пораженіе гол. мозга, какъ, напр., тремор рукъ, расстройство рѣчи, vertigo, расстройство асоц. дѣятельности гол. мозга.

Д-ръ Первушинъ. Тремор рукъ и расстройство рѣчи, проявляющееся у больного въ видѣ заиканья я бы считалъ именно функціональнаго происхожденія, а не органическаго; vertigo не носить особенности, свойственныхъ орган. заболѣванію; оно производитъ впечатлѣнія также функціональнаго. Быть можетъ, эти явленія рѣ. вились подъ влияніемъ особ. навязчивыхъ идей.

Д. Нельзя говорить о навязчивыхъ идеяхъ по отношенію къ больному—слабоумному.

Д-ръ Первушинъ. У больного имѣются указанія на существованіе склероза перифер. сосудовъ; въ отношеніи чистоты случая травмат. психоза было бы желательно знать, были ли эти явленія въ началѣ страданія?

Д. Явленій артеріосклероза, насколько извѣстно, не было, да и теперь они, если и есть, выражены незначительно.

Д-ръ Первушинъ. Сдѣланныя мной замѣчанія относительно частностей клинической картины нисколько не умаляютъ интереса случая и я раздѣляю точку зрѣнія докладчика относительно его распознаванія.

Д-ръ Веселитскій. У больного не одни функціональныя расстройства, но и рядъ симптомовъ, указывающихъ несомнѣнно на органическое страданіе головного мозга; ихъ можно назвать гнѣздными симптомами, хотя тоонизировать ихъ я не берусь, сюда относятся: анестезія, гемипарезъ, выпаденія двигательной функціи п. trigemini п. oculomotorii, быть можетъ, и слуха, атаксія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Явленія со стороны психики могли бы укладываться въ форму прогресс. паралича травмат. происхожденія.

Д. Травматическое происхожденіе прогрессивнаго паралича большинствомъ авторовъ теперь отрицается.

Проф. Даркшевичъ. Я раздѣляю всецѣло замѣчанія сдѣланныя д-ромъ Первушинымъ. Аргументируя въ данномъ случаѣ на основаніи представляемыхъ больнымъ психическихъ симптомовъ. Вы неуязвимы; аргументируя на основаніи соматическихъ симптомовъ, чуть не все можно считать за неврозъ. Такъ какъ, судя по анамнезу, у больного не было въ началѣ коматознаго состоянія и параличей, то надо полагать, не было и сильной травмы, могущей вызвать большое кровоизліяніе; обширная анестезія и гемипарезъ требовали бы допущенія большого разрушенія въ головномъ мозгу, въ особенности если сюда же отнести нарушенія рѣчи, жеванія, слуха. Но парезы и анестезія по своимъ качественнымъ особенностямъ исключаютъ здѣсь гнѣздныя пораженія, органич. заболѣваніе; они истерическаго характера; сюда же можно отнести неравенство зрачковъ, расстройство слуха, vertigo. Я вполне присоединяюсь къ вашему предположенію, что здѣсь дѣло идетъ о разлитомъ энцефалитѣ; подъ вліяніемъ травмы произошло разное нарушеніе въ состояніи давленія пер. сп. жидкости, что могло подать поводъ къ мелкимъ кровоизліяніямъ и далѣе—къ органич. заболѣванію гол. мозга. Итакъ тутъ

органич. заболѣваніе гол. мозга травмат. происхожденія съ характеромъ ряда мелкихъ не грубыхъ измѣненій.

Д. Въ пользу болѣе грубыхъ измѣненій могло говорить то, что замѣчалось прогрессивное ухудшеніе состоянія больного и разстройство рѣчи.

Проф. Осиповъ. Данный случай представляетъ то, что называется «*dementia e lesione cerebri organica*». За органическую основу случая говорить тяжелое слабоуміе, нарастаніе психич. симптомовъ, неравенство зрачковъ, разниа въ сух. рефлексахъ, дрожаніе рукъ (именно его толчкообразный характеръ); все это говоритъ за органич. разлитое пораженіе гол. мозга. Вникая глубже въ анализъ псих. симптомовъ, не трудно убѣдиться, что характеръ разстройства въ сферѣ памяти у больного отличается отъ таковыхъ же, наблюдаемыхъ при травмѣ, Корсаковскомъ психозѣ и т. д. тутъ кромѣ общаго ослабленія памяти можно отмѣтить пунктъ, (время травмы), послѣ котораго больной ничего уже не помнитъ, тогда какъ событія предшествовавшего времени для него памяты.

Какъ вообще при травмат. неврозахъ, нѣкоторыя симптомы здѣсь функціональнаго происхожденія, напр., анестезія, атаксія верхнихъ конечностей... Склерозъ сосудовъ не могъ имѣть отношенія къ происхожденію заболѣванія: они развились сразу у здороваго до того субъекта. Итакъ, здѣсь травматическій психозъ + явленія невроза.

Проф. Даркшевичъ считаетъ спорными симптомами неравенство зрачковъ и дрожаніе; на основаніи ихъ аргументировать можно и въ ту, и въ другую сторону.— Въ заключеніе благодарить докладчика, представившаго такой рельефный и рѣдкій случай травматическаго психоза.

II. Предсѣдатель сообщилъ, что демонстрація больного съ явленіями рыбнаго отравленія, которую предполагали сдѣлать дѣйств. члены Оаворскій и Первушинъ, не можетъ состояться вслѣдствіе заболѣванія пациента рожей и перевода его въ Губ. земскую больницу.

III. Административная часть. I. Единогласно выбранъ въ дѣйств. члены О—ва докторъ медицины Алексѣй Андреевичъ Сухаревъ (8 голосовъ).

2. Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія О-ва 25/II.

3. Заслужено сообщеніе казначея О—ва I. А. Веселитскаго о состояніи суммъ кассы. Постановлено:

а) внести поименованный списокъ всѣхъ членовъ О—ва въ особую тетрадь съ обозначеніемъ долга каждаго члена за предыдущіе и настоящій годъ, и разсылать эту тетрадь съ служителямъ по членамъ нѣсколько разъ въ годъ.

б) Ежегодно (къ годичному собранію) казначей долженъ составлять списокъ членовъ-недоимщиковъ и О—во должно рѣшать вопросъ объ отношеніи къ нимъ.

с) Такъ какъ недоимщики-члены должны О—ву до 3000 руб., что наносить О—ву существенный матеріальный ущербъ (на $\frac{1}{100}$ теряется до 100 р. въ годъ), рѣшено, не исключая ихъ, обратиться къ каждому изъ нихъ съ соответствующимъ напоминаніемъ; въ случаѣ отказа ихъ уплатить долгъ О—ву, они должны считаться выбывшими изъ О—ва согласно уставу.

д) Дипломъ на званіе дѣйств. члена О—ва приобретать членамъ необязательно.

е) На книжкѣ сберегат. кассы госуд. банка держать не выше 600 руб.; излишекъ обращать на покупку $\frac{1}{100}$ бумагъ, гарантированныхъ правительствомъ.

ф) Назначено держать на рукахъ суммы, сообразно потребностямъ О—ва, но не выше 100 руб.

г) Просить казначея составить смѣту прихода и расхода О—ва на 1909 г. (къ апрѣльскому собранію).

h) Помѣстить вмѣстѣ съ годичнымъ отчетомъ секретаря за 1908 г. и списокъ всѣхъ членовъ О—ва въ ближайшей книжкѣ «Невр. Вѣстн.», что дѣлалось ежегодно въ 1-й книжкѣ журнала.

і) Разослать членамъ-недоимщикамъ именныя письма съ указаніемъ ихъ долга О—ву и ссылкой на соответствующій § устава. Кроме того, упомянуть въ письмахъ, что въ случаѣ невысылки ихъ взносовъ и долга О—ву имъ будетъ прекращена высылка журнала.

l) Въ отношеніи вновь избираемыхъ дѣйствительныхъ членамъ О—ва держаться такого порядка, чтобы новый членъ получалъ журналъ, начиная съ того года, съ котораго стали поступать его взносы.

Бывшій казначей В. С. Болдыревъ сообщилъ, что количество подписчиковъ на журналъ обнаруживаетъ неуклонное паденіе; такъ подписчиковъ было: въ 1900 г.—61; въ 1901—61; въ 1902—60; въ 1903—50; въ 1904—46; въ 1905—46; въ 1906—26; въ 1908—27. Причину такого факта онъ видитъ (судя по мнѣнію нѣкоторыхъ сочленовъ) въ томъ, что въ журналѣ часто помѣщались объемистыя диссертации, нарушавшія характеръ періодическаго изданія; этимъ же обстоятельствомъ нѣкоторые сочлены объясняли и свое нежеланіе дѣлать членскіе взносы («диссертации—де печатаются на мой счетъ»).

Изъ присутствующихъ нѣкоторые члены также заявили о неудобствѣ видѣть въ періодическомъ журналѣ помѣщенія большихъ работъ (бывало помѣщеніе диссертаций по 10—15—23 ли-

ста!), такъ какъ этимъ нарушаются интересы читателей, желающихъ видѣть въ сжатомъ изложеніи возможно больше матеріала: поэтому было бы желательно ограничить размѣръ статей извѣстнымъ предѣльнымъ количествомъ листовъ,—разумѣется, при условіи, если это не отзовется вредно на изданіи журнала.

Редакторъ журнала проф. Осиповъ сообщилъ, что печатающіяся въ журналѣ диссертациі оплачиваются авторами по 15 руб. съ листа, кромѣ первыхъ 5-ти листовъ, принимаемыхъ редакціей на счетъ О—ва. Измѣненіе подобнаго порядка въ настоящее время нежелательно, такъ какъ иногда журналъ можетъ оставаться безъ матеріала; къ тому же въ Россіи «Неврол. Вѣсти.» единственный органъ, гдѣ можно авторамъ помѣщать свои крупныя произведенія. За послѣднее время диссертациі однако не отнимаютъ отъ журнала много мѣста.

Общество постановило придерживаться указаннаго порядка.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Первушинъ.

Протоколъ засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 апрѣля 1909 г.

Присутствовали: предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ А. С. Шоломовичѣ; Дѣйствительные члены: профф. Н. А. Миславскій, В. П. Осиповъ, В. П. Тонковъ, Д. А. Тимоѣевъ, д-ра. А. В. Оаворскій, В. И. Левчаткинъ, П. С. Скуридинъ, Н. А. Донсковъ, В. П. Первушинъ, І. А. Веселятскій, М. А. Чалусовъ, Н. А. Глушковъ, Е. М. Идельсонъ; гости: д-ра Шибковъ, Глушковъ, Богатыревъ, Головинъ, Тупицынъ, Михайловъ и около 20 студентовъ медиковъ.

Дѣйств. членъ д-ръ В. П. Первушинъ сдѣлалъ сообщеніе: „Къ казуистикѣ функціональныхъ разстройствъ нервной системы“.

(Ауторефератъ). Коснувшись общей характеристики функціональныхъ нервныхъ разстройствъ д. полагаетъ, что вопросъ о ихъ патогенезѣ далеко еще не разрѣшенъ; во всякомъ случаѣ эти состоянія—психическаго происхожденія. Остановившись подробно на общихъ основаніяхъ для распознаванія этого рода разстройствъ, д. иллюстрируетъ свои положенія слѣдующими двумя случаями.

I. Р.—овъ П. 27 л., булочникъ, женатъ, бездѣтный; венер. болѣзней не имѣлъ; съ 16 лѣтъ *usus*, иногда *abusus spirit*; 1½ г., пьетъ меньше; послѣдній разъ пилъ 1/IV 909. Раньше всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ, былъ хорошимъ работникомъ; семейная жизнь сложилась хорошо. Съ осени 1908 г., со времени отдѣленія отъ отца, временами разстраивался; думалъ о томъ, что у нихъ съ женою ничего нѣтъ, сомнѣвался, какъ прожить они при его небольшомъ заработкѣ, подумывалъ, какъ бы ему не захворать. Заболѣлъ въ 3 ч. дня 9/IV 1909, возвращаясь домой, вдругъ почувствовалъ, что-то вступило въ задъ, сразу весь ослабѣлъ, сдѣлалъ нѣсколько шаговъ, а потомъ не могъ идти и до дому доѣхалъ; тамъ онъ слегъ, его ворочали съ боку на бокъ, ноги одеревенѣли, плохо двигались, но болѣе нигдѣ не было. За весь вечеръ его нѣсколько разъ прослабило жидко, нѣкоторое время моча не удерживалась. 10/IV явился въ клинику; сегодня уже лучше: моча выдѣляется свободно (бѣлка и сахара не содержитъ); ходитъ, хотя медленно, съ трудомъ; аппетитъ плохъ; болѣе нигдѣ не чувствуетъ; сосредоточенъ, опасается, не серьезно ли захворалъ.

Habitus bonus. Р. 90; внутр. органы уклоненій не представляютъ; физическихъ явленій дегенеративныхъ нѣтъ. Легкій тремор *dd*. Становится на ноги съ затрудненіемъ, но затѣмъ стоитъ свободно; даже съ закрытыми глазами; движенія ногъ медлительны, явно ослаблены въ центр. отдѣлахъ и ограничены по объему; ходить съ поддержкой, медленно, но явленій атаксіи не обнаруживается. Рефлексы сух. ногъ и рукъ живые, глоточный не вызывается, конъюнктивальные ослаблены, подошвенные слабы, на *m. cremaster*—удовл., брюшной верхній слабъ, нижній—не вызывается; зрачки норм.; тонусъ мышцъ неизмѣненъ; умѣренный дермографизмъ. Нигдѣ нѣтъ болѣзненности; рѣчь и глотаніе не разстроены.

Ниже циркулярной, идущей нѣсколько зигзагообразно линіи, расположенной сзади на уровнѣ *cristae oss. ilei*, а спереди—на 8—10 *cm.* выше корня члена,—т. е. на самой нижней части туловища и нижнихъ конечностяхъ утрата всѣхъ видовъ чувствительности; но на *penis et scrotum* всѣ виды чувств.—ты; сохранены; на лѣвой ягодицѣ подлѣ срединной складки анестезія менѣе глубока.

Распознано функціональное нервное расстройство съ характеромъ истеріи—на основаніи всѣхъ клинич. особенностей случая и на основаніи отсутствія должнаго ансамбля симптомовъ, присущихъ органическому страданію нерв. системы.—Болному заявлено, что у него болѣзнь временная, скоро пройдетъ,

что ему беспокоится нечего; sulfonal и n. brom., et valer aeth. et liq. amm. apis. Дальнѣйшее теченіе болѣзни подтвердило правильность діагноза.

13/IV. Больной заявляетъ, что съ утра 12/IV у него ноги „отошли“ и теперь чувствуютъ. Ходить и даже бѣгаетъ; тазовые органы норм.; чувствительность возстановилась (осталась незначительная гипестезія въ прежнихъ границахъ). Глоточный и конъюнктивальный рефлексъ норм. Самочувствіе отличное.

II. Случай касается дѣвочки Д. 12 л., находившейся въ клиникѣ въ мартѣ—апрѣлѣ 1909 г. у отца былъ lues и paral. progress. al, у матери истерія; ея сестры—болѣзненны. Сама она росла хилой, слабой; въ послѣднее время учится въ гимназіи.—Осенью 1907 г. перенесла заболѣваніе съ повышенной t° , принятое сначала за „тифъ“; этому, однако, противорѣчило хорошее самочувствіе и видъ б-ой, удовлетворительное состояніе сердца и кишечника. Существованіе haemia-naestesiaе окончательно склонило къ дѣягозу истеріи. Лѣтомъ 1908 г. больная купалась и оправилась, окрѣпла. Съ конца октября 1908 г. слегла при явленіяхъ съ характеромъ „менингита“ (высокая t° , сильныя головныя боли, ригидность затылка, боль позвоночника; t° , доходила до $46,^{\circ}5C$ и болѣе; въ началѣ была рвота, судороги въ конечностяхъ и т. д.); такъ длилось недѣли двѣ. Съ этимъ предположеніемъ снова стояли въ противорѣчій—чистый языкъ, норм. стулъ, нормальная дѣятельность сердца, Р. 88. отсутствіе параличей, нормальное сознание.—Въ заключеніе всего „отнялись“ ноги: наканунѣ могла стоять, а утромъ ноги „свели“ въ колѣняхъ, они не разгибались и больная не могла ходить.

Часто и давно страдаетъ головными болями, иногда съ тошнотой и рвотой (мигрень—справа, такъ что закрывается иногда и пр. глазъ); запоры давніе; зрѣніе слабовато (очки); съ осени 1908 г. была и болѣзненность въ позвоночникѣ (при движ., давленіи и самостоятельно,—особенно въ нижнемъ груд. отдѣлѣ). Мочепусканіе нормальное. Дѣвочка съ хорошимъ ровнымъ характеромъ внимательная, интеллигентная, не капризная. Анемичная блѣдная. Со стороны внутр. органовъ уклоненій нѣтъ, часто головныя боли, аппетитъ слабый; кашля и насморки нѣтъ; дѣвочка все лежитъ, сидѣть не позволяютъ боли въ спинѣ; спать дов. хорошо.

Движенія позвоночника ограничены (вслѣд. болей въ нижнемъ его отдѣлѣ); движенія ногъ въ общемъ удовлетворительны—за исключеніемъ рѣзкаго ограниченія разгибанія голени (до 90°)—вслѣдствіе сведенія, сгибателей ихъ (до извѣст-

наго предѣла пассивныя движенія вполне свободны, а дальше —невозможны вслѣд. напряженія сгибателей голени). Рефлексы сухожильные, кожные, глоточные, зрачковые, конъюнктивальные, тазовые органы,—нормальны; атрофій нѣтъ; органы высшихъ чувствъ норм. Чувствъ болевая, т^о понижена на кистяхъ рукъ и на ногахъ—до верх. части бедеръ (заходить анестезія сзади выше, чѣмъ спереди); чув. т^о-ное и вибраціонное повышено на периферіи ногъ. Больная или лежитъ, или полудежитъ; при попыткахъ поставить ее, ноги не выдерживаютъ, подгибаются.—Указаній на lues и туберкулезъ нѣтъ.

Распознано функц. нервное страданіе съ характеромъ истеріи; подъ влияніемъ леченія (легкій массажъ, ванны, пассив. движ., электротерапія, gubitantia, бесѣды, внушеніе на яву) и покоя состояніе больной постепенно улучшалось, уменьшалось сведеніе ногъ; исчезли боли въ спинѣ; больная стала сидѣть, потомъ вставать, похаживать, при ходьбѣ ноги заплетались одна за другую. Б—ая выписалась изъ клиники въ удовлетвор. состояніи.

Выводы. 1) При истолкованіи клиническихъ проявленій каждаго случая необходимо имѣть въ виду и симптомы въ отдѣльности, и всю совокупность въ цѣломъ; при органич. заболѣваніяхъ нервной системы обыкновенно существуетъ извѣстный ансамбль симптомовъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо длительное наблюденіе.

2) Для развитія функц. нерв. разстройствъ имѣетъ большое значеніе предшествующее состояніе нарушеннаго равновѣсія нерв. системы; при такихъ условіяхъ достаточно бываетъ и маловажныхъ поводовъ для проявленія невроза (въ особенности если этотъ поводъ по своему содержанію соответствуетъ настроенію субъекта).

3) Если производящій моментъ былъ ничтоженъ не вызвалъ физич. нарушеній въ организмѣ, то при общемъ удовольствіи, состояніи организма и проявленія невроза могутъ быть кратковременны и нестойки (и обратно).

4) Съ этой точки зрѣнія вполне понятно развитіе и теченіе травматическаго невроза: при подготовленной почвѣ достаточно незначительной травмы (физич. и психич.) для вызова невроза; онъ будетъ тѣмъ болѣе упорнымъ, чѣмъ глубже подготовлена почва, сильнѣе производящій моментъ и грубѣе, матеріальнѣе вызванныя травмой поврежденія (кожи, суставовъ, мышцъ, нерв. системы). Поэтому съ вопросомъ о симуляціи нужно быть болѣе осторожнымъ.

5) При истеріи можетъ наблюдаться неодинаковая степень пораженія различныхъ видовъ чувствительности.

6) При полной утратѣ всѣхъ видовъ чувствительности атаксіи движеній въ соответствующей конечности при истеріи можетъ и не быть.

Пренія.

А. С. Шоломовичъ. Въ описанномъ Вами первомъ случаѣ имѣлись на лицо такъ наз. объективныя явленія истеріи, на которыя мы обычно опираемся при установкѣ діагноза истеріи; явленія эти таковы: отсутствіе глоточнаго рефлекса и рефлекса конъюнктивы, анестезія, суженіе поля зрѣнія и др. Относите ли Вы эти явленія къ числу феноменовъ быстро исчезающихъ, летучихъ или болѣе или менѣе стойкихъ?

Докладчикъ. Обычно явленія эти довольно стойки.

А. С. Шоломовичъ. Въ такомъ случаѣ не будетъ ли допустимо предположеніе о томъ, что на быстрое исчезновеніе этихъ явленій какъ описано Вами, вліялъ хроническій, а можетъ быть и острый алкоголизмъ; въ анамнезѣ больного алкоголизмъ играетъ извѣстную роль.

Докладчикъ. Больной нилъ въ посл. разъ за 10 дней до заболѣванія и явленій остраго опьяненія не было.

В. И. Левчаткинъ. Не было ли въ описанномъ Вами случаѣ явленій дегенерации?

Докладчикъ. Физическихъ явленій дегенерации изслѣдованіе не обнаружило.

В. И. Левчаткинъ. Оба Ваши случая взаимно другъ друга дополняютъ, такъ какъ на почвѣ дегенеративной, вслѣдствіе нарушенія самочувствія и могли явиться описанныя Вами функциональныя разстройства.

А. В. Фаворскій. Вашъ случай показываетъ, что истерія, вопреки старому мнѣнію, симулируетъ не все; симуляціи міалиа здѣсь не было; вообще же, было бы желательно подчеркнуть, что діагнозъ истеріи здѣсь ставится не потому, что картина болѣзни не укладывается въ другія рамки, а потому, что излеченіе получилось отъ внушенія; именно эта зависимость и считается въ новѣйшее время характерной для истеріи.

Д. Ходячее представленіе о томъ, что «истерія можетъ симулировать все», надо понимать, разумѣется, условно: это будетъ именно симуляція, подраженіе, но, конечно, не копія, не полное отоображеніе органическихъ симптомовъ и симптомокомплексовъ; поэтому и должна быть возможность разобратъ въ клинической картинѣ каждый разъ.—Что касается до взгляда Babinsk'аго на дифференцированіе истеріи, то на практикѣ не всегда въ данный моментъ имъ можно воспользоваться, т. к.

далеко не во всѣхъ случаяхъ предлагаемый имъ пріемъ приложимъ, а между тѣмъ часто бываетъ нужда экстренно разрѣшить данный діагностическій вопросъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Сообщение В. П. можетъ служить поводомъ для пересмотра нашихъ обычныхъ представлений объ истеріи; возрѣнія эти со временъ Шарко подверглись кореннымъ измѣненіямъ; даже и въ его время (1885 г.) д-ръ Ротъ ставилъ уже сириноміэлію, тамъ гдѣ Шарко ставилъ истерію. Еще недавно мы ставили требованіемъ наличность стигматъ, которыя мы теперь уже не считаемъ обязательными. В. П. понимаетъ истерію въ широкомъ смыслѣ слова; для больного важно различіе между функциональными и органическими признаками и насколько это важно показывать припоминающийся мнѣ случай: больная жена врача страдала боязнью сифилиса и испытывала нѣкоторыя болѣзненные ощущенія. Настойчивые разспросы мужа на консилиумѣ вынудили у него признаніе въ какомъ то бывшемъ у него заболѣваніи и послѣ этого у жены произошелъ полный параличъ, длившійся 1½ года и послѣ этого излѣченный внушеніемъ.

Второй случай докладчика интересенъ съ бытовой стороны: при подозрѣніи на тифъ и менингитъ совершенно необыкновенная температура. Оба эти случая указываютъ, что необходимо подвергать пересмотру наши обычные, усвоенныя представленія, нужно постоянно учиться. Отъ имени Общества выражаетъ благодарность докладчику за интересное сообщеніе.

II. Посѣтитель П. А. Глушковъ сдѣлалъ сообщеніе: «Объ иннервации тыла стопы».

Пренія.

В. И. Левчаткинъ: «Какой же типъ иннервации надо принять за обычный?».

Докладчикъ. Сѣти установить не удалось и въ виду разнообразія варіацій п. suralis, считать что либо строго определеннымъ не удастся.

Проф. В. П. Осиповъ. Ваше сообщеніе является для насъ новостью въ томъ отношеніи, что измѣняетъ наши, казавшіяся установленными представленія о каждой иннервации; оказывается, мы должны дѣлать выводы о распредѣленіи нервовъ при параличахъ и парезахъ съ большей осторожностью; возможно, что и въ верхней конечности, по аналогіи, общепринятые возрѣнія окажутся ошибочными.

Проф. В. Н. Тонковъ. Въ периф. нервной системѣ нѣкоторые отдѣлы придется, повидимому, переработать; съ этимъ

соглашается и Цандеръ. Что касается спеціально тыла стопы, то работъ вообще нѣтъ. При детальномъ изученіи получается калейдоскопъ: большинствомъ признается 1-ая схема, но докладчикъ получилъ данныя, изъ которыхъ ясно, что эта схема не обязательна: область распространенія *p. suralis* шире. Поэтому, является весьма желательнымъ дальнѣйшее изученіе вопроса на большемъ матеріалѣ.

Проф. В. П. Осиповъ. Являлась ли иннервация одинаковой на обѣихъ конечностяхъ у каждого изъ изслѣдованныхъ Вами труповъ.

Докладчикъ. Нѣтъ; чаще наблюдалась асимметрия.

Проф. В. Н. Тонковъ. Установленнымъ можно считать слѣдующее: варіаціи многочисленны; но типы существуютъ; общепринятый типъ не является преобладающимъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Ваши наблюденія указываютъ, что наши схемы подлежатъ дополненію; являются ли анастомозы настолько сильными, что можно ожидать сохраненія функции при поврежденіи главнаго ствола?

Докладчикъ. До извѣстной степени—да.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Очень важно было бы пересмотрѣть данныя, которыми мы пользуемся относительно иннервации верхнихъ конечностей; въ посл. время часто ставится вопросъ объ операціяхъ на спинномъ мозгѣ, гдѣ мы и руководствуемся топиическими данными.

Докладчикъ. По этому вопросу существуетъ работа проф. Тонкова объ аналогіяхъ, другія работы, и, кажется, схема Hedon'a относит. тыла руки.

Проф. В. Н. Тонковъ. Hedon устанавливаетъ, что локтевому нерву надо дать большую область, чѣмъ это принято думать; относит. ладони онъ подтверждаетъ обычныя представленія.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Для цѣлей невропатологіи было бы очень цѣнно получить схему для руки и выяснить соотношеніе корешковъ и позвонковъ, т. к. теперь нѣтъ признаковъ для опредѣленія типа и главныхъ отъ него отступленій; для операцій же это очень важно.

Проф. Н. А. Миславскій. Какой получится выводъ, если общее количество В. наблюденій разсматривать вмѣстѣ съ другими; соединяли ли Вы для вывода данныя другихъ авторовъ?

Докладчикъ. Въ общихъ руководствахъ данныхъ нѣтъ и только у двухъ авторовъ имѣются цифры.

Проф. Н. А. Миславскій. Интересно каковъ будетъ выводъ, если отбросить всѣ данныя, гдѣ цифръ нѣтъ, сдѣлать заключеніе и приложить Ваши цифры?

Докладчикъ. Вывода объ общемъ типѣ все таки не получится.

Проф. Н. А. Миславскій. Важно отмѣтить, что оцѣнка анастомозовъ кожныхъ нервовъ только съ точки зрѣнія чувствительности является обобщеніемъ, не всегда оправдываемымъ. Въ анастомозъ могутъ войти и потоотдѣлители и вазомоторы, волокна центрофугальныя и еще окажется вопросомъ изъ какихъ онѣ корешковъ. Ваше изслѣдованіе представляетъ большой интересъ.

Проф. В. Н. Тонковъ. Въ смыслѣ локализациі мы получаемъ препаратомъ довольно ясныя результаты. Что касается подсчета, то его можно бы сдѣлать такъ, какъ предлагаетъ проф. Миславскій; но надо принять во вниманіе расовыя особенности. Требуется большая осторожность при соединеніи разныхъ наблюденій; особенно показало это изслѣдованіе червеобразныхъ мышцъ, сдѣланное на нетщательно подобранномъ матеріалѣ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Какъ видите, Вашъ чисто анатомическій докладъ очень заинтересовалъ насъ; да это и понятно, т. к. для насъ клиницистовъ, онъ имѣетъ животренешущій интересъ. Позвольте отъ имени Общества выразить Вамъ благодарность за сдѣланное сообщеніе.

III. Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

IV. Текція дѣла. 1) Доложено: Отъ организаціоннаго комитета по устройству III Съѣзда Отечеств. психіатровъ: о программныхъ вопросахъ съѣзда и о членахъ Общества, которые пожелали бы сдѣлать на съѣздѣ сообщенія.

Постановлено: Просить проф. В. П. Осипова и В. И. Левчаткина взять на себя формулировку отвѣта Орг. комитету отъ имени Общества.

2). Доложена казначеемъ Общества смѣта доходовъ и расходовъ на 1909 г.

Постановлено: Обсужденіе отложить до ближайшаго засѣданія.

Предсѣдатель В. Осиповъ.

Секрета А. Шоломовичъ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Не-врологическій Вѣстникъ.

1) Прив.-доц. Д. Подумордвиновъ. О роли нервныхъ клѣ-токъ сердца. Казань 1909 г.

2) В. К. Гревингъ. Матеріалы къ гигиенической оптикѣ спиртокаильнаго освѣщенія. Дисс. Юрьевъ 1908 г.

3) И. А. Шабадъ. Известъ въ патологіи рахита. С.-Пет. 1909 г.

4) Э. Ф. Масисевъ. Къ вопросу о разницѣ развитія гнѣ-нія при скоропостижной и агональной смерти. Юрьевъ. Дисс. 1909 г.

5) П. Г. Гавриловъ. Къ вопросу о механизмѣ дѣйствія мочегонныхъ. Одесса 1908 г.

6) Н. Бурденко. Матеріалы къ вопросу о послѣдствіяхъ перевязки vena portae. Дисс. Юрьевъ 1909 г.

7) M. v. Rohr Zur Dioptrik des Auges Wiesbaden 1909 г.

8) Личный составъ Императорскаго Юрьевскаго Универси-тета. Юрьевъ 1908 г.

Объявленія.

Ж У Р Н А Л Ъ НЕВРОПАТОЛОГІИ и ПСИХІАТРІИ

имени С. С. Корсакова,

издаваемый Обществомъ невропатологовъ и психіатровъ, состоящимъ при
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Проф. В. К. Рота и В. П. Сербскаго, приватъ-доцентовъ А. Н. Бернштейна, Л. С. Минора, Н. А. Преображенскаго, Г. И. Россолимо, и д-ра
В. И. Яковенко.

Журналъ выходитъ 6 разъ въ годъ книгами въ 10—12 листовъ и содержитъ: 1) оригинальныя статьи по невропатологіи и психіатріи, криминальной антропологіи, судебной психопатологіи, психологіи, педагогическимъ вопросамъ. 2) Рефераты. 3) Корреспонденціи и отчеты съѣздовъ и засѣданій обществъ. 4) Рецензіи книгъ. 5) Хроника и слѣсъ. 6) Объявленія.—Приложенія: а) Библіографическій указатель статей и книгъ по невропатологіи и психіатріи; в) Протоколы Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.

Подписная цѣна въ годъ съ пересылкой и доставкой—10 руб.; за границу—12 руб.

Цѣна за объявленія въ 1 стр.—15 р. за 1/2 стр.—10 р.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Клиника нервныхъ болѣзней.

- руемой nn. trig. vagus, accessor., hypoglossus и нижними корешками pl. brachialis. 616.—M. Perrin. Повышеніе кожныхъ рефлексовъ при полиневритѣ. 616.—G. Roussay. Два случая пораженія зрительнаго бугра. 617.—Психологія народовъ. В. Н. Васильевъ. Инородцы сѣвера Туруханскаго края. 618.—Психіатрія. Max Löwy. Объ ипохондріи и ея корняхъ. Новое къ дифференціальному распознаванію ипохондріи, особенно отъ психозовъ. 620.—Dr. Iulius und dr. M. Arndt. О параличѣ у супруговъ и таба-параличѣ. 620.—H. Meige. Воязнь дрожанія. 621.—Dr. Baugl. Наблюденія надъ душевно-больными эпилептиками, лечеными госпитальными приемами. 621.—Dr. Nouet. Психическая эпилепсія и отравленіе кофе. 622.—Dr. Fourcade. Къ ученію объ эпилептической аурѣ и особенно психической аурѣ. 622.—Dr. Anglade et Jacquin. Периодическіе психозы и эпилепсія. 623.—Dr. Holos. Эпилепсія и параноя. 623.—А. В. Ильинъ. О процессахъ сосредоточенія (вниманія) у слабоумныхъ душевно-больныхъ. 623.—Tomaschny. О микседематозномъ измѣненіи кожи при маниакально-депрессивномъ психозѣ. 626.—Криминальная психологія. Dr. Bernaldo de Quirós. Новыя теоріи о преступности. 627.—Судебная психіатрія. Prof. Friedenreich. О вмѣняемости. (Уголовное значеніе вмѣняемости). 627.—Терапія. Dr. Alan Mc Dougall. О принципахъ и основахъ леченія гипнотизма. 629.—Физио-терапия. W. Winternitz. Физическіе методы леченія во врачебной практикѣ. 629.—Max Kahane. Физическое леченіе воспаленія сфалипнаго нерва. 631.—Fr. Linn. О вліяніи мѣстной ароматизаціи. 632.—А. Gramagna. Радиотерапія въ случаѣ атеромегаліи. 632.—Изъ жизни психіатрическихъ учреждений. 633.—Рецензіи. Dr. Brugelmann. Мигрень, ея происхожденіе, сущность, леченіе. 638.—Отчетъ о докторскомъ диспутѣ лѣкаря М. А. Чалусова подъ заглавіемъ: «Къ вопросу объ отношеніи п. depressoris къ сосудосуживающему и сосудорасширяющему центрамъ» 639.
- Хроника и смѣсь 640.
- Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 642.
- А. С. Шоломовичъ. «Демонстрація больного, страдающаго травматическимъ психозомъ». В. Н. Первушинъ. «Къ казуистикѣ функціональныхъ разстройствъ нервной системы» Н. А. Глушковъ. «Объ иннерваціи тыла стопы».
- Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ 655.

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Редакторы Н. А. Миславскій и В. П. Осиповъ.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

О Р Г А Н Ъ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф.
Н. А. Миславскаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. Подписная цена на годъ 6 руб. Отдельныя книжки по 2 руб. Журналъ посвящается невропатологій и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологій и эмбриологій нервной системы, нервной физиологій и психологій.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературныя обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакцію* (Казань, Университетъ психо-физиологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльных выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ редакцію (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условий, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ бесплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ бібліотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя редакціи (Казань, Университетъ). О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ бібліотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.