

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 **ЖVІІІ**, вып. **1.** 74 -4

СО Д Е Р Ж А Н І Е:

Оригинальныя статьи:

Грекерь. Координаторно - двигательныя функціи червя мозжечка.

В. Д. Лапухинъ. Случай хронической прогрессивной хорей.

В. П. Осиповъ. Опытъ лѣченія воспаленій сѣдалищнаго нерва (ischias) выпрыскиваніями охлажденнаго солевого раствора.

В. Н. Плаксинъ. Матеріалы по вопросу объ умственномъ утомленіи учащихся.

П. М. Красинъ. Нервный шовъ съ точки зрѣнія ученія о заживленіи нерва.

А. В. Соболевскій. Военно-психіатрическое дѣло въ австро-венгерской, германской и французской арміяхъ.

А. А. Суховъ. Къ клиникѣ «epilepsiae gastricae».

Рефераты.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись 0-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 1 1.

пер 6923

6

ОГЛАВЛЕНІЕ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

	<i>Стр.</i>
Гренеръ. Координаторно-двигательная функція червя мозжечка.	1.
В. Д. Лапухинъ. Случай хронической прогрессивной хорей . .	29.
В. П. Осиповъ. Опытъ лѣченія воспаленій сѣдалищнаго нерва (ischias) впрыскиваніями охлажденнаго солевого раствора	40.
Н. П. Плксинъ. Матеріалы по вопросу объ умственномъ утомленіи учащихся	92.
П. М. Красинъ. Нервный шовъ съ точки зрѣнія ученія о заживленіи нерва	110.
А. В. Соболевскій. Военно-психіатрическое дѣло въ австро-венгерской, германской и французской арміяхъ	128.
А. А. Суховъ. Къ клинигѣ «epilepsiae gastricae»	129.

РЕФЕРАТЫ.

Сравнительная анатомія. К. Brodmann. Ученіе о сравнительной локализациі въ корѣ большого мозга. 185.—Физиологія. С. Михайловъ. Къ вопросу о развитіи двигательныхъ центровъ коры головного мозга новорожденныхъ. 200.—Нервные болѣзни. Прив.-доц. Преображенскій. Обь остроумъ энцефалитѣ. 201.—Психіатрія. V. Kafka. Полинуклеозъ церебро-спинальной жидкости. 202.—Хирургія нервной системы. Прив.-доц. Пуссепъ. Оперативное леченіе травматической афазіи. 203.—Терапія. М. Д. Лионъ. Специфическое леченіе падучей болѣзни. 203.—Физио-терапія. С. А. Вруштейвъ. Свѣтолѣченіе при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ. 204.—Проф. Лапинскій. Значеніе гипереміи въ леченіи параличей нейритического происхожденія. 204.	
Хроника и смѣсь	205.

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 **XVIII.**



К а з а н ь.

Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1 9 1 1.

9207-25

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ
при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Редакторы Н. А. Миславскій и В. П. Осиповъ.



Изъ физиологической лабораторіи клиники нервныхъ и душевныхъ
болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Координаторно-двигательная функція червя мозжечка.

Д-ра ГРЕКЕРА.

ВВЕДЕНІЕ.

Исслѣдователей функціи мозжечка занимали главнымъ образомъ слѣдующіе два вопроса.

1) Является ли мозжечокъ координаторнымъ или двигательнымъ центромъ?

2) Является ли мозжечокъ однороднымъ или находятся въ немъ отдѣльные центры. Опыты, произведенные мною, имѣли цѣлью рѣшить главнымъ образомъ второй вопросъ, но тѣ-же опыты рѣшали одновременно и первый вопросъ.

ЛИТЕРАТУРА.

Вся литература, касающаяся общей функціи мозжечка, можетъ быть раздѣлена по своему содержанию на три главные группы. Къ первой группѣ будутъ относиться тѣ авторы, которые признаютъ за мозжечкомъ исключительную двига-

тельную функцію, отрицая координаторную; къ другой, наоборотъ, слѣдуетъ причислить тѣхъ авторовъ, которые приписываютъ мозжечку координаторную роль, отрицая двигательную; къ третьей, наконецъ, тѣхъ авторовъ, которые допускаютъ оба вида мозжечковаго вліянія, какъ координаторнаго такъ и моторнаго.

Первая группа

Во главѣ первой группы стоитъ *Rolando*. Онъ сравниваетъ мозжечокъ съ электромоторомъ Вольта и видитъ въ немъ источникъ возникновенія и выдѣленія первной силы, необходимой при передвиженіи, такъ какъ послѣ разрушенія одной или другой стороны мозжечка наступали ясныя невозможности передвиженія. Описывая свои опыты онъ постоянно отмѣчаетъ, что всякое поврежденіе мозжечка влечетъ за собою параличи. По этому поводу онъ говоритъ: „Изъ этихъ опытовъ легко можно видѣть, что легкія поврежденія и частичныя разрушенія разстраиваютъ мышечныя движенія, между тѣмъ какъ полное разрушеніе мозжечка разрушаетъ и уничтожаетъ дѣятельность нервной системы, полное выпаденіе которой причиняетъ полный параличъ“.

Rolando можно считать родоначальникомъ такого взгляда на функцію мозжечка. Его взглядъ на мозжечекъ, какъ на источникъ мышечной силы, раздѣляетъ цѣлый рядъ позднѣйшихъ изслѣдователей. Изъ нихъ наиболѣе опредѣленно въ пользу ученія *Rolando* высказываются *Luys*, *Adamkiewicz* и *Patrizi*. Не отрицая явленій расстройства координаціи, *Luys* ихъ объясняетъ по своему. Онъ говоритъ: „Нарушаютъ цѣлостность мозжечка въ большей или меньшей степени и движенія тотчасъ дѣлаются болѣе или менѣе неправильными, пусть такъ; но есть данное, сопровождающее, господствующее и предшественное этому процессу: это слабость. Первымъ явленіемъ всякаго нарушенія цѣлости мозжечка какъ эксперименталь-

наго такъ и патологическаго—это въ самомъ дѣлѣ внезапная слабость, которая прежде всего отражается на двигательныя функціи, и расстройство координаціи лишь слѣдуетъ за нимъ вслѣдствіе неравнобѣрнаго распредѣленія на каждую половину тѣла мозжечковой иннерваціи. Итакъ, логически мозжечокъ принимаетъ участіе въ регуляціи и координаціи нашихъ двигательныхъ актовъ настолько, насколько онъ имъ придаетъ своего рода силу, которая позволяетъ имъ совершаться“.

Въ томъ же смыслѣ о явленіяхъ расстройства координаціи высказывается и *Patrizi*, который сообщаетъ о своихъ наблюденіяхъ надъ четырьмя собаками, у которыхъ лѣвая половина мозжечка была удалена. Присоединяясь къ ученію *Luciani* объ атоніи и астеніи, авторъ оставляетъ подъ сомнѣніемъ астазію, рассматривая послѣднюю какъ результатъ первыхъ двухъ (т. е. астеніи и атоніи).

Что касается наконецъ *Adamkiewicz's'a*, то онъ говоритъ о мозжечкѣ слѣдующее: „Мельчайшее нарушеніе цѣлости мозжечка приводитъ весь двигательный аппаратъ, всю мускулатуру тѣла сначала въ дикое безпокойство и затѣмъ въ полный параличъ“.

Рассматривая внимательно взглядъ вышеупомянутыхъ авторовъ на функцію мозжечка, мы видимъ, что *Rolando* соглашается, что частичныя разрушенія мозжечка „разстраиваютъ мышечныя движенія“; *Luys* не отрицаетъ расстройства координаціи, но объясняетъ ее со своей точки зрѣнія. *Patrizi* также признаетъ „астазію“ и объясняетъ ее по своему; наконецъ и *Adamkiewicz* упоминаетъ о томъ, что „мельчайшее нарушеніе цѣлости мозжечка приводитъ всю мускулатуру въ дикое безпокойство“. Такимъ образомъ и эти типичныя представители ученія о томъ, что мозжечокъ является исключительно двигательнымъ и никакъ не координаторнымъ центромъ, никакъ не могли обойти молчаніемъ того факта, что нарушенія цѣлости мозжечка вызываютъ явленія, имѣющія видъ расстройства координаціи.

Вторая группа.

Творцомъ теоріи, приписывающей мозжечку координационную функцію, является *Flourens*. Этотъ великій ученый, изслѣдовавшій различныя части головного мозга, выдѣлилъ среди многочисленныхъ явленій, наступающихъ послѣ разрушенія мозжечка, ту черту, которая отличаетъ мозжечокъ отъ остальныхъ двигательныхъ центровъ нервной системы. На основаніи своихъ опытовъ, произведенныхъ на различныхъ животныхъ, онъ говоритъ: „Такимъ образомъ 1) какъ на млекопитающихъ такъ и на птицахъ легкое поврежденіе мозжечка производитъ легкое разстройство правильности сочетанія движеній; неправильность растетъ съ поврежденіемъ; наконецъ, полная потеря мозжечка влечетъ за собою полную потерю способности правильнаго сочетанія движеній. 2) Тѣмъ не менѣе можно сдѣлать довольно любопытное наблюденіе даже при этой правильности и этомъ точномъ повтореніи явленій; это то, что беспорядочныя движенія, вслѣдствіе поврежденія мозжечка, соотвѣтствуютъ всѣмъ обыкновеннымъ правильнымъ движеніямъ. У птицы, которая летаетъ, беспорядочность появляется въ летаніи; у птицы, которая ходитъ, въ ходьбѣ; у птицы, которая плаваетъ,—въ плаваніи. Итакъ, есть своего рода пьяное летаніе, какъ есть подобнаго рода походка“.

Очень опредѣленно въ пользу теоріи *Flourens* высказывались *Gratiolet* и *Leven* (1860) *Longet* (1861), *Bouillaud* (1873), *Nothnagel* (1876), *Ferrier* (1878), *Baginsky* (1881), *Бехтеевъ* (1896), *Borgherini* (1887), *Lange* (1891), *Monakow* (1897), *Friedländer* (1898), *Munk* (1907).

Gratiolet и *Leven* на основаніи своихъ опытовъ съ пораненіемъ мозжечковыхъ полушарій пришли къ заключенію, что „нарушенія цѣлости производятъ разстройства автоматической координаціи; но такъ какъ остаются полушарія большаго мозга, то въ этихъ органахъ, посредствомъ которыхъ

животное чувствуетъ, судить и желаетъ, находится по необходимости начало сознательной координаціи. По этому дозволено предполагать, что чувство автоматическаго равновѣсія, будучи нарушеннымъ вслѣдствіе раненія мозжечка, при помощи постояннаго примѣненія воли можетъ видоизмѣнять эти ненормальныя автоматическія стремленія и силою повторенія дѣйствій и привычки создать въ тѣлѣ новую гармонію“.

Longet на основаніи своихъ изслѣдованій и литературныхъ данныхъ приходитъ къ слѣдующему выводу: „Во всякомъ случаѣ, если при нынѣшнемъ состояніи науки намъ позволили бы выбирать одно изъ предыдущихъ мнѣній, то мы выбрали бы то, которое представляетъ мозжечокъ вліяющимъ особеннымъ образомъ на координацію движеній при передвиженіи, такъ какъ экспериментальная фізіологія это вполне подтверждаетъ.

Bonillaud въ виду возраженій *Chevreur*'а, отрицающаго взглядъ *Flourens*'а на мозжечокъ, повторилъ произведенные *Flourens*'омъ опыты и пришелъ къ заключенію „что мозжечокъ координируетъ не всѣ произвольныя движенія во время передвиженія и хватанія, но лишь тѣ, которыя относятся къ различнаго рода ходьбѣ, статикѣ и равновѣсію“.

Nothnagel наблюдалъ послѣ глубокихъ разрушеній червяка мозжечка длительные признаки расстройства координаціи, подобныя тѣмъ, какіе получены *Flourens*'омъ.

Baginsky подъ руководствомъ профессора *Munk*'а производилъ свои изслѣдованія надъ кроликами и собаками, при чемъ разрушалъ преимущественно червячокъ мозжечка. Онъ убѣдился подобно *Nothnagel*'ю, что частичныя разрушенія червячка мозжечка вызывали тѣмъ болѣе рѣзкія расстройства равновѣсія тѣла, чѣмъ глубже было произведено разрушеніе. Свои изслѣдованія онъ резюмируетъ слѣдующимъ образомъ: „Итакъ мы наблюдаемъ также и здѣсь (у собаки), какъ и при опытахъ надъ кроликами, что одно разрушеніе червячка или одной части его влечетъ за собою нарушеніе

равновѣсія, если только оно его касается достаточно глубоко“.

Borgherini разрушалъ въ одномъ рядѣ опытовъ мозжечковыя полушарія и червячокъ, не задѣвая ножекъ мозжечка, въ другомъ рядѣ опытовъ онъ разрушалъ и ножки мозжечка. Явленія, получаемыя въ первомъ и второмъ случаѣ отличались лишь количественно: послѣ поверхностныхъ разрушеній (первый рядъ опытовъ) наблюдались колебанія (дрожаніе, трясеніе) головы, шеи и иногда также туловища и конечностей; во второмъ же рядѣ опытовъ получались какъ въ походкѣ такъ и движеніяхъ тѣ-же самыя явленія, которыя наблюдаются у больныхъ, страдающихъ *tabes dorsalis*. Измѣненій мышечной силы авторъ никогда не наблюдалъ.

Lange производилъ свои опыты надъ голубями и разрушалъ въ одномъ рядѣ опытовъ мозжечокъ, въ другомъ—полу-кругные каналы.

Мозжечковые симптомы авторъ дѣлитъ на двѣ категоріи: 1) на симптомы, которые немедленно послѣ операціи наступаютъ 2) на позднѣйшіе, такъ называемые длительные симптомы (*Dauersymptome*).

Къ первымъ авторъ относитъ острое разстройство координаціи послѣ операціи: голубь не можетъ ни летать ни стоять. Черезъ нѣсколько недѣль неправильность движеній стихаетъ и тогда остаются стойкія явленія разстройства координаціи. Птицы въ этомъ періодѣ обнаруживаютъ нетвердую походку, ихъ тѣло колеблется при ходьбѣ во всѣ стороны, симптомъ, который особенно проявляется, если животные волнуются. Особенно бросается въ глаза при ходьбѣ наступаніе кончикомъ ноги. Черезъ нѣкоторое время голуби начинаютъ летать и не обнаруживаютъ при этомъ разстройства координаціи. Авторъ замѣтилъ также, что у оперированныхъ голубей съ постоянствомъ наблюдаются измѣненія въ экскрементахъ, которые послѣ операціи дѣлаются жидкими. Разрушенія мозжечка авторъ предпринялъ также у голубей, у ко-

торыхъ предварительно были разрушены полукружные каналы, и наоборотъ. При этомъ оказалось, что предварительное разрушеніе мозжечка усиливаетъ явленія, наблюдаемая послѣ разрушенія полукружныхъ каналовъ и наоборотъ предварительное разрушеніе полукружныхъ каналовъ усиливаетъ мозжечковыя явленія при разрушеніи мозжечка.

Академикъ *Бехтеревъ* развиваетъ ученіе о координаторной функціи мозжечка, изслѣдуя периферическіе органы равновѣсія. Онъ говоритъ слѣдующее: „Для равновѣсія тѣла служатъ нѣкоторые специально приспособленные периферическіе органы; между ними мы различаемъ.

1. Церебральные органы, къ которымъ относятся:

а) полукружные каналы перепончатого лабиринта.

б) область воронкообразной части третьяго желудочка.

2. Внѣцеребральные органы, къ которымъ мы причисляемъ, локализованные въ кожѣ и мышцахъ нервныя аппараты“. „Всѣ выше упомянутыя периферическіе органы равновѣсія представляютъ, повидимому, не болѣе какъ приводящіе аппараты одного и того же центрального механизма, заложеннаго въ мозжечкѣ, въ которомъ импульсы, полученные отъ этихъ органовъ, передаются центробѣжнымъ путемъ“.

Ferrier говоритъ: „Я постараюсь доказать, что поврежденія раздражающія и поврежденія разрушающія, оба способны вызвать расстройства равновѣсія, но что явленія совершенно противоположны“. „Во всякомъ случаѣ не стараюсь теперь разбирать результаты раздраженія и тѣ, которые вызываютъ выпаденіе функцій, мы можемъ разсматривать какъ фактъ достаточно установленный, что поврежденія мозжечка, какъ таковыя, могутъ вызвать нарушенія равновѣсія безъ косвеннаго поврежденія сосѣднихъ органовъ.“

Monakow въ своемъ трудѣ *Gehirnpathologie*“ подробно останавливается на результатахъ экспериментальныхъ изслѣдованій и клиническихъ данныхъ и приходитъ къ заключенію, что основнымъ явленіемъ при пораженіи мозжечка являет-

ся мозжечковое разстройство координаціи движеній. (Cerebellare Ataxie); поэтому онъ смотритъ на мозжечокъ какъ на „центральный органъ, управляющій координаціею движеній и равновѣсіемъ тѣла“.

Friedländer разрушалъ частично мозжечокъ у птицъ и описалъ типичныя явленія разстройства координаціи. Параличи онъ отрицаетъ.

Munk въ своемъ докладѣ, сдѣланномъ въ 1907 году, также объясняетъ двигательныя разстройства, слѣдующія за нарушеніемъ цѣлости мозжечка, разстройствомъ координаціи движеній и равновѣсія.

Къ этой же группѣ авторовъ примыкаютъ *Wagner*, *Dalton*, *Prioleaux*, *Vulpian*, *Wier-Mitchel*, *Carville*, *Schiff*, *Lussana*, *Laborde*, *Gowers*, *Levandowsky*, *Magendie*.

Wagner производилъ свои опыты главнымъ образомъ надъ голубями и отмѣчаетъ, что послѣ разрушенія млекопитающіе и птицы, хотя и могутъ производить движенія конечностями, не въ состояніи управлять туловищемъ и задними конечностями.

Dalton высказывается очень опредѣленно въ пользу ученія *Flourens'a*. Онъ производилъ опыты надъ голубями и наблюдалъ рѣзкія явленія разстройства координаціи движеній, при чемъ движенія сами по себѣ были довольно сильны. Его смущаетъ лишь то обстоятельство, что разстройства координаціи со временемъ компенсируются, несмотря на то, что потерянные части мозжечка не регенерируются. Заканчивая свою статью онъ пишетъ: „Во всякомъ случаѣ мы должны признать, что возвращеніе координаторной способности послѣ удаленія обширной части мозжечка говоритъ въ такой же степени противъ ученія *Flourens'a*, въ какой потеря координирующей силы немедленно послѣ операціи говоритъ въ его пользу.“

Frideaux сравниваетъ мозжечокъ китовъ, птицъ и летучихъ мышей и приходитъ къ заключенію, что у китовъ и

летучихъ мышей, у которыхъ очень развита кожная чувствительность, развиты и полушарія мозжечка; у птицъ же, у которыхъ кожа покрыта не чувствительными перьями, мозжечковыя полушарія рудиментарны, но развитъ червячокъ „посредствомъ котораго мы всегда автоматически сознаемъ положеніе конечностей и центръ тяжести. Этотъ центръ чувствительно-моторной нервной системы играетъ такую же важную роль по отношенію къ передвиженію, какую играетъ настоящій спинномозговой центръ къ введенію и выведенію пищи“.

Valprian и *Philippeaux* наблюдали, что поверхностное разрушеніе мозжечка у лягушекъ и рыбъ не вызываетъ никакихъ явленій расстройства движеній, но „какъ только инструментъ приближается къ ножкамъ органа и особенно если эти ножки перерѣзаны или ранены въ томъ мѣстѣ, гдѣ онѣ отдѣляются отъ продолговатаго мозга, онѣ тотчасъ вызываютъ значительное расстройство движеній“.

Weir-Mitchel производилъ свои опыты главнымъ образомъ надъ птицами, пользовался при этомъ преимущественно голубями. Онъ раздражалъ и разрушалъ различныя части нервной системы уколами, впрыскиваніемъ ртути, ѣдкими веществами, охлажденіемъ и т. д. На основаніи своихъ опытовъ и наблюденій онъ говоритъ: „Вслѣдствіе этихъ соображеній я склоненъ отрицать у мозжечка всякое болѣе обширное участіе, чѣмъ оно существуетъ въ любомъ ганглии, которымъ „пользуются при произвольныхъ движеніяхъ“. Сдѣлать такой выводъ побудило автора главнымъ образомъ то наблюденіе, что послѣ охлажденія одного мѣста спинного мозга у голубей, у которыхъ мозжечокъ удаленъ, можно вызвать тѣ-же явленія, которыя получаютъ при охлажденіи мозжечка.

Только-что упомянутый авторъ дѣлалъ опыты надъ восходящими къ мозжечку системами спинного мозга, и нѣтъ поэтому ничего удивительнаго, что онъ получалъ тавія-же явленія расстройства, какія даетъ нарушеніе цѣлости мозжеч-

ка.—Что же касается предыдущаго автора, приписывающаго разстройства координаціи лишь поврежденію ножекъ мозжечка, то и онъ забываетъ, что ножки мозжечка и самъ мозжечокъ представляютъ одно цѣлое недѣлимое.

Carville каленымъ желѣзомъ разрушилъ по средней линіи мозжечокъ и наблюдалъ рѣзкія явленія атаксіи, параличей не было.

Lussana смотритъ на мозжечокъ какъ на центръ мышечнаго чувства „координирующаго произвольныя движенія. Онъ описываетъ явленія, которыя наблюдалъ у собаки, у которой приблизительно половина мозжечка была удалена и которая послѣ операціи жила полтора года. Онъ отрицаетъ у описанной имъ собаки мышечную слабость; разстройства же мышечнаго чувства выражались въ томъ, что собака опиралась объ стѣну, голова и туловище шатались, переднія ноги разставлялись, дисметрически забрасывались и грузно опускались. Даже при лежаніи, чтобы голова не тряслась, животное должно было опираться подбородкомъ объ полъ. Завязываніе глазъ не отражалось на походку, животное плавало хорошо. Такія же явленія описаны и другими изслѣдователями, но авторъ объясняетъ ихъ потерю мышечнаго чувства.—*Laborde* производилъ свои опыты надъ птицами. Таки какъ птицы, если ихъ держать въ воздухѣ, удерживаютъ, сокращая мышцы ногъ, значительный вѣсъ, то авторъ, подвѣсивая гири къ ногамъ птицъ до и послѣ удаленія мозжечка, убѣдился, что удаленіе мозжечка на силу мышцъ не отражается. На основаніи этого опыта онъ отрицаетъ ученіе *Rolando*, *Luciani* и другихъ авторовъ, смотрящихъ на мозжечокъ, какъ на источникъ мышечной силы, и приходитъ къ слѣдующему заключенію: „Въ резюме доказательство прямое и положительное, которое я полагаю, что даль относительно сохраненія динамометрической силы мышцъ въ случаяхъ яснаго выраженнаго двигательнаго разстройства координаціи послѣ удаленія мозжечка, не позволяетъ допускать фізіологической теоріи, согласно которой мозжечокъ является органическимъ центромъ,

очагомъ энергіи и мышечнаго тонуса, необходимаго для совершенія общихъ движеній произвольныхъ или растительныхъ“.

Gowers говоритъ слѣдующее: „Средняя доля мозжечка стоитъ во главѣ координаціи движеній. Это возможно лишь тѣмъ, что она вліяетъ на двигательную кору мозжечковаго полушарія“. Отрицая далѣе прямое вліяніе мозжечка на спинной мозгъ, авторъ высказываетъ убѣжденіе, что мозжечковые полушарія управляютъ равновѣсіемъ тѣла при помощи большихъ полушарій.

Lewandowsky производилъ свои опыты главнымъ образомъ надъ собаками. Свои наблюденія онъ резюмируетъ слѣдующими словами: „Такимъ образомъ также и эти наблюденія служатъ доказательствомъ того, что мозжечковая атаксія, является сенсорною атаксією; она обусловлена тяжкимъ расстройствомъ мышечнаго чувства, которое имѣетъ слѣдствіемъ потерю способности соразмѣрить движенія, регулировать относительную силу и скорость и очередь отдѣльныхъ или синергетически связанныхъ мышечныхъ сокращеній, вслѣдствіе чего движенія получаютъ выраженный характеръ нецѣлесообразности“.

Magendie, изслѣдуя различные отдѣлы головного мозга, приходитъ къ заключенію, что мозгъ обладаетъ четырьмя силами, которыя вращаютъ тѣло вокругъ продольной и поперечной осей. Что касается мозжечка, то вращеніе вокругъ продольной оси онъ наблюдалъ послѣ перерѣзки мозжечковыхъ ножекъ; стремленіе же пятиться назадъ онъ наблюдалъ при раненіи и разрушеніи мозжечка у животныхъ. Относительно явленій, которыя, изслѣдуя весь головной мозгъ, *Magendie* наблюдалъ, онъ, между прочимъ, говоритъ: „Я не намѣренъ излагать тутъ съ достаточнымъ обоснованіемъ природу явленій, которыя только-что описаны; но такъ какъ нашъ умъ нуждается въ томъ, чтобы остановиться на извѣстныхъ картинахъ, то я скажу, что въ мозгу заложены четыре стремле-

нія или четыре силы, которыя могутъ быть приложены къ конечностямъ въ видѣ двухъ линій пересѣкающихся подъ прямымъ угломъ, одна (сила) гонитъ впередъ, другая назадъ, третья справа на лѣво, заставляя вращаться тѣло, четвертая слѣва на право, заставляя производить движеніе, похожее на вращеніе вокругъ оси“.

Заслуга *Magendie*, что онъ не остановился на отдѣльныхъ мелкихъ проявленіяхъ, наблюдаемыхъ послѣ нарушенія цѣлости мозжечка, а наоборотъ привелъ ихъ въ извѣстную стройную систему и описалъ въ видѣ силъ, вращающихся тѣло вокругъ продольной и поперечной осей тѣла.

Третья группа.

Къ этой группѣ относятся тѣ авторы, которые признаютъ за мозжечкомъ какъ двигательную, такъ и координаторную способности.

Serres говоритъ: „Стремленіе пятиться назадъ является результатомъ непреодолимаго стремленія сохранить равновѣсіе; они (животныя) ищутъ этого равновѣсія пятясь назадъ. Если въ этомъ положеніи, и когда одна голова откинута назадъ, подрѣзываютъ мышцы, которыя ее тянутъ назадъ, стремленіе пятиться назадъ остановлено, животное идетъ впередъ, держа свою голову между ногами“. „Мозжечокъ оказываетъ очень могущественное вліяніе на движеніе членовъ, но это вліяніе не является тѣмъ-же самымъ для верхнихъ или переднихъ конечностей и для нижнихъ или заднихъ. Болѣзни и искусственныя нарушенія цѣлости этого органа поражаютъ больше нижнія чѣмъ верхнія“.

Schiff производилъ многочисленные опыты съ разрушеніемъ мозжечка и резюмируетъ свои наблюденія слѣдующими словами: „Если мы пока желали сказать, что въ мозжечкѣ заложены аппараты, которые усиливаютъ всѣ появляющіяся при сложномъ движеніи мышечныя движенія, какъ болѣе

сильныя сокращенія, которыя производятъ настоящее движеніе такъ и гораздо болѣе слабыя, которыя лишь укрѣпляютъ конечность и суставы и которыя должны составлять точку опоры для рычаговъ, сокращенія, которыя взятыя отдѣльно, являются часто антагонистами по отношенію къ настоящимъ сокращеніямъ, служащимъ для передвиженія; если далѣе мы примемъ во вниманіе, что эти аппараты расположены по обѣимъ сторонамъ средней продольной плоскости до нѣкоторой степени симметрично такимъ образомъ, что лишь при совмѣстномъ дѣйствіи обѣихъ симметрическихъ группъ органовъ устанавливается вѣрное и цѣлесообразное отношеніе силъ отдѣльныхъ сокращеній при произвольномъ движеніи, но что при одностороннемъ выпаденіи негармоническія сокращенія отдѣльныхъ мышцъ, которыя собственно вмѣстѣ съ другими только фиксировать должны были а не двигать, измѣняютъ направленіе члена и вмѣстѣ съ тѣмъ направленіе нормально начатаго, но само по себѣ отчасти уже ослабленнаго движенія, то мы этимъ привели многія изъ наблюдавшихся явленій къ одному общему взгляду“.

Luciani сводитъ всѣ явленія со стороны мозжечка на астению, атонію и астазію, причѣмъ астению онъ называетъ „употребленіе меньшей въ сравненіи съ нормой энергіи при выполненіи обыкновенныхъ волевыхъ актовъ лишенными мозжечка животными“; подъ атоніей онъ подразумѣваетъ „уменьшенное эластическое напряженіе находящихся въ покоѣ мышцъ и необыкновенное стремленіе дѣятельныхъ мышцъ къ преждевременному и неожиданному утомленію“.— „*Astasia muscularis* мы назовемъ наконецъ совокупность явленій, которыя обнаруживаются въ видѣ дрожанія, прерывистаго мышечнаго сокращенія, пошатыванія, колебанія или нетвердости движеній и указываютъ на неполное слияніе сокращеній, извѣстную невозможность удерживать положеніе тѣла и недостатокъ въ совершеніи мышечныхъ сокращеній“.

Такимъ образомъ и *Luciani*, не смотря на свое желаніе, разстройство координаціи у животныхъ, у которыхъ нарушена цѣлость мозжечка, могъ лишь замѣнить слово координація словомъ астазія.

Thomas наблюдалъ послѣ удаленія какъ задней части червячка такъ и полушарій мозжечка парезъ конечностей. Тѣмъ не менѣе и онъ на основаніи своихъ анатомическихъ клиническихъ и фізіологическихъ изслѣдованій приходитъ къ слѣдующему заключенію: „Мозжечокъ долженъ быть разсматриваемъ какъ органъ, который развивается какъ чувствительные пути, съ которыми онъ въ самомъ дѣлѣ у взрослога вступаетъ въ соотношеніе посредствомъ болѣе чѣмъ одного пучка: онъ воспринимаетъ периферическія раздраженія и центральныя впечатлѣнія и реагируетъ на тѣ и другія; онъ не является центромъ особеннаго чувства, но мѣстомъ особенной реакціи, которая приводится въ дѣйствіе посредствомъ различныхъ раздраженій. Эта реакція примѣняется для удержанія равновѣсія въ различныхъ видахъ позъ или движеній, рефлкторныхъ, автоматическихъ, волевыхъ. Это рефлкторный центръ равновѣсія“.

Rosien-Russel наблюдалъ на сторонѣ соотвѣтствующей поврежденной половинѣ мозжечка, моторный парезъ, ригидность въ конечностяхъ и анестезію. Въ критическомъ обзорѣ всѣхъ явленій со стороны мозжечка онъ говоритъ: „*Luciani* признаетъ три фактора, являющіеся слѣдствіемъ нарушенія цѣлости: слабость, астазію и атонію; мои собственные результаты сводятся къ разстройству координаціи, ригидности и двигательному парезу, являющемуся слѣдствіемъ ихъ“. *Probst* послѣ удаленія половины мозжечка наблюдалъ въ конечностяхъ оперированной стороны спазмъ и контрактуру, которыя смѣнялись слабостью и вялостью; передняя конечность ставилась животнымъ на полъ дорзальною стороною также какъ при удаленіи двигательной области большихъ полушарій. Что касается общей функціи мозжечка, то и онъ ее формулируетъ

такъ: „Я долженъ на основаніи моихъ результатовъ смотрѣть на мозжечокъ какъ на аппаратъ, регулирующій мышечныя дѣйствія, которыя принимаются во вниманіе при передвиженіи, при произвольныхъ, автоматическихъ и рефлекторныхъ движеніяхъ“.

Верзиловъ очень опредѣленно высказывается въ пользу комбинированной функціи мозжечка. Онъ говоритъ: „Резюмируя явленія, слѣдующія за удаленіемъ отдѣльныхъ частей мозжечка и всего мозжечка, мы можемъ сказать, что помимо явленій раздраженія, описанныхъ выше, всѣ они могутъ быть отнесены только къ двигательной сферѣ и отчасти, можетъ быть, къ общему состоянію и психической сферѣ животныхъ. Это: 1) разстройства равновѣсія или во всѣхъ движеніяхъ при экстирпации средней доли мозжечка или всего мозжечка и въ движеніяхъ на одной сторонѣ при экстирпации половины мозжечка. 2) Это разстройство равновѣсія зависитъ видимымъ образомъ отъ потери правильной координаціи движеній. 3) Это разстройство равновѣсія существуетъ въ рѣзкой степени только какъ явленіе преходящее; въ случаяхъ даже полного отсутствія мозжечка отъ него остаются съ теченіемъ времени лишь сравнительно ничтожныя слѣды. 4) На ряду съ этимъ несомнѣнно можно отмѣтить и явленія своеобразной слабости въ мышцахъ, которая развивается взамѣнъ бывшихъ спастическихъ явленій, держится долгое время и у нашихъ животныхъ совершенно параллельно съ разстройствомъ равновѣсія. 5) Можно ли ставить въ какую-нибудь зависимость разстройства координаціи отъ явленій мышечной слабости по приведеннымъ экспериментамъ сказать нельзя. 6) Маятниковобразныя колебательныя движенія головы, существующія въ покойномъ состояніи и усиливающіяся при произвольныхъ движеніяхъ, производятъ впечатлѣніе насильственныхъ движеній. Поставить ихъ въ зависимость отъ функціональной компенсаціи, являющейся при экстирпаціяхъ мозжечка со стороны

головного мозга, какъ это дѣлаетъ *Luciani*, намъ кажется мало вѣроятнымъ.

Marassini производилъ опыты съ частичнымъ удаленіемъ мозжечка и пришелъ къ заключенію, что въ мозжечкѣ существуетъ опредѣленная локализациа переднихъ и заднихъ конечностей. Что же касается общей функціи мозжечка, то онъ высказываетъ предположеніе, что „различные центры приходятъ въ дѣйствіе, чтобы ихъ многочисленныя двустороннія связи возбуждали одновременно различныя мышечныя группы, необходимыя для того, чтобы удержать на своемъ мѣстѣ центръ тяжести“.

Л о к а л и з а ц і я .

Кромѣ общихъ теорій о функціяхъ мозжечка, различные авторы высказывали на основаніи своихъ опытовъ и наблюденій въ болѣе или менѣе категорической формѣ свое убѣжденіе, что мозжечокъ не представляетъ собою однообразной (гомогенной) массы, но можетъ быть раздѣленъ на строго локализованные центры, изъ которыхъ каждый въ отдѣльности завѣдуетъ различными мышцами. Число приверженцевъ локализации центровъ въ мозжечкѣ съ каждымъ годомъ увеличивается, число скептиковъ уменьшается и въ самомъ недалекомъ будущемъ о центрахъ въ мозжечкѣ будутъ вѣроятно говорить съ такою же опредѣленностью, съ какою теперь говорятъ о центрахъ въ большихъ полушаріяхъ. Привожу ниже опыты, наблюденія и взгляды различныхъ авторовъ на локализацию двигательныхъ центровъ въ мозжечкѣ.

Saucerotte первый произвелъ экспериментальныя изслѣдованія функціи мозжечка на четырехъ собакахъ и пришелъ къ заключенію, что мышцы спины, затылка и глазъ иннервируются мозжечкомъ и что центральная часть этого органа имѣетъ отношеніе къ остротѣ чувствительности тѣла.

Serres подчеркивает преимущественное влияние мозжечка на заднія конечности и стремление падать назадъ.

Онъ говоритъ: „Стремленіе пятиться назадъ является результатомъ неопредѣленнаго стремленія сохранить равновѣсіе; они ищутъ этого равновѣсія пятясь назадъ; если въ этомъ положеніи и когда одна голова откинута назадъ, подрѣзываютъ мышцы которыя ее тянутъ назадъ, стремленіе пятиться назадъ остановлено, животное идетъ впередъ держа голову между ногами“. „Мозжечокъ производитъ очень могущественное влияние на движенія членовъ, но это влияние не является тѣмъ же самымъ для верхнихъ или переднихъ конечностей и для нижнихъ или заднихъ. Болѣзни и искусственныя нарушенія цѣлости этого органа поражаютъ больше нижнія чѣмъ верхнія“.

Curschmann (1874) производилъ одновременно перерѣзку обѣихъ мозжечковыхъ ножекъ (*crus ant. et post.*) на одной сторонѣ и наблюдалъ „очень бросающееся въ глаза явленіе, что животныя постоянно падали на ту сторону, которая соотвѣтствовала поврежденной ножкѣ и повидимому вслѣдствіе вынужденнаго состоянія сохраняли это положеніе до смерти, которая наступала часто лишь спустя нѣсколько часовъ“.

„Если я такихъ кроликовъ поворачивалъ на другую сторону, на спину или туловище, или придавалъ имъ какое нибудь другое положеніе, то оно замѣнялось тотчасъ опять, если его искусственно не укрѣпляли, первоначальнымъ положеніемъ на боку“.

При этомъ отсутствовало вращеніе вокругъ продольной оси, если авторъ не повреждалъ *tuberculum acusticum*, поврежденіе котораго всегда влекло за собою сильнѣйшія вращенія вокругъ продольной оси. Основною чертою работы *Curschmann*'а является стремленіе доказать, что мозжечковыя пораженія вліяютъ на расстройства движеній соотвѣтствующей поврежденію стороны.



23584-38

Nothnagel (1876) показалъ, что кора мозжечка возбуждаема механическимъ раздраженіемъ — минимальными уколами иглы. Раздраженіе полушарій вызываетъ явленія раздраженія сначала на соотвѣтствующей раздраженію половины тѣла, позднѣе на противоположной сторонѣ. То же дѣйствіе производитъ уколъ иглою одной половины червячка, между тѣмъ какъ при уколѣ по средней линіи червячка получается реакція одновременно на обѣихъ сторонахъ: *Nothnagel* ранѣе другихъ авторовъ выдѣлилъ значеніе червячка мозжечка.

Ferrier (1878) говоритъ на основаніи своихъ изслѣдованій слѣдующее: „Когда передняя часть средней доли мозжечка повреждена, животное стремится падать впередъ и при своихъ усиліяхъ ходить оно спотыкается или падаетъ на свое лицо. Когда задняя часть средней доли мозжечка ранена, голова оттянута назадъ, и существуетъ постоянное стремленіе падать назадъ, когда животное пробуетъ ходить. Я убѣдился въ этомъ фактѣ посредствомъ внимательныхъ опытовъ надъ обезьянами“.

Что касается раздраженія мозжечка, произведеннаго надъ обезьянами, то авторъ описываетъ главнымъ образомъ различныя явленія со стороны глазъ (движеніе или отклоненіе ихъ въ томъ или другомъ направленіи) при раздраженіи опредѣленныхъ участковъ мозжечка. Направленіе движенія глазъ совпадало часто съ направлениемъ движенія головы. Авторъ описываетъ эти явленія слѣдующимъ образомъ (стр. 161): „Кромѣ этихъ движеній со стороны глазъ, происходили также нѣкоторыя движенія головы и членовъ. Въ нѣкоторыхъ изъ моихъ опытовъ, гдѣ голову удерживали въ неподвижномъ положеніи, такимъ образомъ, чтобы быть въ состояніи легко наблюдать за глазами — методъ, которымъ я пользовался при моихъ опытахъ надъ кроликами, — можно было отмѣчать лишь движенія глазъ и конечностей, когда таковыя были; но, когда голова оставалась свободною, движенія головы совпадали часто съ движеніями глазъ.“

Такимъ образомъ, раздражали переднюю часть средней доли (*monticulus*); если глаза смотрѣли вверхъ, голова была откинута. Время отъ времени наблюдалось стремленіе вытянуть заднія конечности и нѣсколько судорожныхъ движеній переднихъ конечностей, объемъ и характеръ которыхъ нельзя было опредѣлить достаточно точно“.

Baginsky (1881), резюмируя результаты своихъ опытовъ, произведенныхъ надъ червячкомъ кроликовъ говоритъ: „Результаты моихъ опытовъ существенно отличаются отъ таковыхъ *Nothnagel*'я тѣмъ фактомъ, доказаннымъ мною данными изслѣдованіями, что одни разрушенія червячка и даже таковыя однихъ переднихъ выше лежащихъ частей червячка, вызываютъ въ противоположность *Nothnagel*'ю, нарушенія равновѣсія“.

Авторъ отмѣчаетъ, между прочимъ, слѣдующій важный фактъ (стр. 562): „Въ движеніи лапъ у нѣкоторыхъ кроликовъ также обнаруживалось ясное нарушеніе. Хотя у кролика относящееся сюда наблюденіе и затруднено, и лишь съ трудомъ можно себѣ составить увѣренное сужденіе особеннаго относительно нормальнаго или ненормальнаго положенія заднихъ конечностей, я всетаки могъ вполне ясно наблюдать, что особенно переднія конечности при бѣгѣ неправильно ставились; то правая то лѣвая ставилась тыльною стороною или конечности ставились на крестъ, то одна конечность то другая выдвигалась болѣе впередъ, приводилась или отводилась“.

Подобные же опыты поставлены были авторомъ также надъ собаками, при чемъ получены подобные же результаты.

Luciani (1893) удалялъ лишь большія части мозжечка или весь мозжечокъ цѣликомъ, частичныхъ же разрушеній для локализациі отдѣльныхъ центровъ онъ не производилъ. Тѣмъ не менѣе и онъ отмѣтилъ дѣйствіе мозжечковыхъ полушарій на соотвѣтствующую сторону и вращеніе вокругъ продольной оси тѣла въ оперированную сторону.

Risien-Russel (1894) производилъ многочисленныя изслѣдованія надъ обезьянами и собаками. Удаляя, между прочимъ, заднюю часть червячка авторъ наблюдалъ ясную слабость заднихъ конечностей, удаляя болѣе кпереди лежащія части червячка, видѣлъ дисметрію въ переднихъ конечностяхъ во время ходьбы.

Thomas André (1897) наблюдалъ также вращеніе вокругъ продольной въ оперированную сторону; послѣ удаленія лѣвой половины мозжечка собака изгибалась дугою, обращенною вогнутою стороною влѣво; послѣ экстирпаціи задней части червячка и заднихъ частей полушарій мозжечка наступалъ парезъ заднихъ конечностей.

Löwenthal and Horsley (1897) сообщаютъ слѣдующее: „Границы возбудимости области мозжечка не будутъ теперь обсуждаться, но мы можемъ тутъ констатировать, что болѣе возбудимая часть находится вдоль линіи соединенія верхняго червячка съ боковою долею.

Настоящее сообщеніе имѣетъ въ виду раздраженіе мозжечка въ этой ограниченной области.

Раздраженіе мозжечка, послѣ того какъ удаленіе полушарій большого мозга произвело общее тоническое сокращеніе въ видѣ выпрямленія туловища и мышцъ конечностей, выражается въ рѣзкомъ и постоянномъ активномъ разслабленіи, насколько принимается во вниманіе *triceps* (стороны раздражаемой) и активное сокращеніе *biceps'a*“.

Prus на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій на собакахъ приходитъ къ слѣдующему заключенію:

Въ корѣ мозжечка можно констатировать двигательные центры. Въ первой половинѣ червячка и въ правомъ мозжечковомъ полушаріи лежатъ двигательные центры для мускулатуры правой половины тѣла, съ лѣвой стороны—для лѣвой половины тѣла. При раздраженіи червячка по средней линіи возникаютъ двустороннія сокращенія мышцъ. При раздраженіи пирамиды голова и глазъ поворачиваются въ сторону

раздраженія и внизъ, приче́мъ одновременно на той-же стороне́ наблюдается расширеніе зрачковъ, поднятіе плеча, сгибаніе въ локтевомъ суставѣ и разстопыриваніе пальцевъ. При раздраженіи *tuber vermis* возможно констатировать поворачиваніе головы въ соотвѣтствующую сторону, (въ сторону и внизъ) пучеглазіе, расширеніе зрачковъ и сокращеніе мышцъ затылка, спины и разгибателей соотвѣтствующей передней конечности. Въ *declive* лежитъ центръ для мышцъ спины (особенно поясничной области) и разгибателей заднихъ конечностей. Въ *culmen* лежатъ центры для разгибателей заднихъ конечностей. При раздраженіи передней области *monticuli* появляются движенія хвоста. *Uvula* вліяетъ на движеніе передней конечности, уха и мышцъ, которыя спину поворачиваютъ назадъ. Въ *lobus semilunaris inferior* находятся центры, которые поворачиваютъ глазъ внизъ, закрываютъ затѣмъ вѣки и приводятъ въ движеніе плечо. *Lobus semilunaris superior* вліяетъ на разгибателей передней конечности. Въ *lobus quadrangularis* лежитъ центръ для мышцъ задней конечности.

Результаты, полученные ^{гг.}*Prus*’омъ находятся въ нѣкоторомъ противорѣчій съ наблюденіями другихъ авторовъ и могутъ быть объяснены лишь сложной конструкціей всей системы центровъ въ мозжечкѣ *Adamkiewicz* напр. выдѣлил въ средней части червячка мозжечка центръ, разрушеніе котораго парализуетъ сразу всѣ четыре конечности. Для статической координаціи такіе и подобные центры необходимы; поэтому нельзя удивляться, что при раздраженіи какой-нибудь области мозжечка получается не изолированный эффектъ, но болѣе сложный; и различные авторы, обращая свое вниманіе главнымъ образомъ на то или другое явленіе, какъ будто другъ другу противорѣчатъ. *Lewandovsky*, напр., говоритъ; „я былъ напередъ склоненъ смотрѣть на такую локализацию какъ на предложеніе не требующее довода, и я употребилъ большое количество собакъ на то, чтобы подобнымъ же образомъ какъ

это дѣлалъ *Hermann Munk* на корѣ большого мозга, изслѣдовалъ маленькія ограниченныя поврежденія. Нѣсколько разъ, правда казалось, что передняя или задняя конечность принимаетъ большее участіе въ атаксїи, но я никогда не наблюдалъ ни одного случая гдѣ бы нарушеніе дѣйствительно ограничивалось лишь одною конечностью“. Тѣмъ не менѣе, громадное большинство авторовъ высказывается совершенно опредѣленно, что въ лежащихъ болѣе впереди частяхъ какъ червячка такъ и полушарій мозга лежатъ центры переднихъ конечностей, а болѣе взади расположены центры для заднихъ конечностей.

Ragano (1902) впрыскивалъ 1% раствора кураре (1—3 дѣлений правад. шприца) въ различныя части мозжечка и наблюдалъ при этомъ слѣдующія явленія.

Одна двигательная область, опредѣленная авторомъ, находится въ средней и боковой части червячка и распространяется немного на боковую долю. Раздраженіе этой точки вызываетъ чаще всего движеніе или принимаетъ видъ отдергиванія и приведенія, иногда сгибанія и отведенія, рѣже выпрямленія передней конечности соотвѣтствующей стороны. Другая область соотвѣтствуетъ по автору такимъ же образомъ задней конечности той же стороны. Она находится болѣе взади, на основаніи боковой доли возлѣ червячка. Раздраженіе двухъ точекъ, одной расположенной въ передне-средней и въ задней части средней доли производитъ по *Ragano* непреодолимое стремленіе падать назадъ или кубыркаться впередъ.

Probst (1902), удаливъ половину мозжечка, наблюдалъ искривленіе позвоночника съ вогнутостью обращенною въ оперированную сторону; кромѣ того отмѣчены: лежаніе на сторонѣ, противоположной оперированной, вращеніе вокругъ продольной оси тѣла, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, спазмъ и контрактура въ конечностяхъ оперированной стороны, которые затѣмъ смѣнялись слабостью и вялостью; передняя ко-

нечность соответствующей оперированной стороны, ставилась животнымъ дорзальною стороною на полъ, также какъ при удаленіи двигательной области большихъ полушарій.

Явленія, получающіяся при раздраженіи верхняго червячка мозжечка, *Probst* описываетъ слѣдующимъ образомъ: „Раздраженіе задней части средней доли производило быстрое движеніе назадъ головы и шеи, между тѣмъ какъ раздраженіе передней части верхняго червячка мало явленій давало. По срединѣ верхняго червя, болѣе взади, фарадическое раздраженіе производило живое миганіе вѣками, трясеніе головою, нистагмъ и содружественное отклоненіе глазъ. Раздраженіе одной боковой доли вблизи червячка производило оттягиваніе назадъ головы въ сторону раздраженія съ соответствующимъ содружественнымъ отклоненіемъ глазъ. Можно было наблюдать также легкія сокращенія и жевательныя движенія въ области *nervi facialis*, а также легкія отводящія движенія передней соответствующей конечности“.

Верзиловъ (1903) резюмируетъ явленія, получающіяся во время раздраженія мозжечка слѣдующимъ образомъ:

1) „Всѣ явленія мозжечка, наблюдаемыя при непосредственномъ раздраженіи мозжечка, относятся исключительно къ функціи движеній.

2) Двигательныя расстройства мышцъ туловища шеи и конечностей по характеру своему вполнѣ напоминаютъ такія же, какія наблюдаются при раздраженіи коры полушарій головного мозга. Это—сокращенія отдѣльныхъ мышечныхъ группъ или клоническія или тоническія.

3) Отношеніе мозжечка къ движеніямъ туловища, головы и конечностей находится въ такомъ соотношеніи: къ правой половинѣ тѣла имѣетъ непосредственное отношеніе правая половина мозжечка, къ лѣвой—лѣвая. Средняя доля мозжечка относится одинаково къ правой и лѣвой половинѣ тѣла. Верхній червячокъ имѣетъ отношеніе къ заднимъ конечностямъ, его задняя и нижняя части—преимущественно къ переднимъ.

4) Помимо отношенія къ мышцамъ конечностей и туловища, мозжечокъ имѣетъ отношеніе къ мышцамъ кожи (движеніе шерсти).

5) Движенія глазъ находятся нѣсомнѣнно подѣ контролемъ мозжечка и опредѣленные мѣста коры мозжечка завѣдуютъ различными движеніями глазныхъ яблокъ.

6) Всѣ наблюдаемыя измѣненія глазныхъ яблокъ являются содружественными.

7) Нистагмообразныя движенія глазныхъ яблокъ являются слѣдствіемъ раздраженій мозжечка. Направленія этихъ движеній разнообразныя, но главныхъ движеній можно отмѣтить четыре: горизонтальное, вертикальное, діагональное и ротаторное. Нистагмообразныя движенія на одномъ глазу исключительно—получить не удается.

8) Помимо обычныхъ движеній глазныхъ яблокъ при раздраженіи мозжечка можно отмѣтить выступленіе и западеніе глазныхъ яблокъ.

9) При раздраженіи мозжечка отмѣчается измѣненіе и мигательныхъ движеній: они могутъ быть усилены и совершенно прекратиться.

10) Можно отмѣтить и нѣкоторыя сосудодвигательныя явленія въ смыслѣ большей инъекціи сосудовъ конъюнктивы и роговицы на соотвѣтствующемъ глазу.

11) Существуетъ самая тѣсная связь мозжечка съ головнымъ мозгомъ и именно съ корковыми центрами.

12) Связь эта несомнѣнно перекрестная и, изучаемая въ явленіяхъ раздраженія, выражается въ повышенной возбудимости мозговой коры при предварительномъ удаленіи противоположнаго полушарія мозжечка, и обратно—повышенной возбудимости коры мозжечка при предварительномъ удаленіи корковыхъ центровъ противоположнаго полушарія мозга.

13) Удаленіе корковыхъ или половины мозжечка не вліяетъ на характеръ получаемыхъ явленій при раздраженіи оставшейся части нервной системы, а только способствуетъ

усилению получаемыхъ явленій:

Изучая явленія раздраженія мозжечка, мы конечно могли констатировать только тѣ изъ нихъ, которыя могли быть отмѣчены на собакѣ, привязанной къ операціонному столу“.

Lewandowsky (1903), разрушая чистично червячокъ и полушарія мозжечка наблюдалъ слѣдующее: „Что касается съ одной стороны червя и съ другой полушарій, то нельзя доказать различную функцію обѣихъ этихъ частей. Выпаденіе червячка можетъ въ высокой системы быть компенсировано полушаріями, а выпаденіе полушарій червячкомъ. Въ этомъ отношеніи я опять нахожусь въ согласіи съ *Luciani*. Но можно сказать одно, что въ общемъ одинаково большія разрушенія влекутъ за собою тѣмъ болѣе значительныя движенія, чѣмъ ближе они находятся къ средней линіи, что такимъ образомъ также поврежденія червячка въ общемъ болѣе выступаютъ на видъ чѣмъ таковыя полушарій. Такимъ образомъ объясняется особенно *Nothnagel*'емъ выдвинутая частота случаевъ, въ которыхъ заболѣванія полушарій у человѣка протекаютъ совершенно безъ всякихъ симптомовъ. Зато я не могъ установить локализаціи областей конечностей въ мозжечкѣ. Я былъ напередъ склоненъ смотрѣть на такую локализацію какъ на предложеніе, не требующее довода, и я употребилъ большое количество собакъ на то, чтобы подобнымъ же образомъ, какъ это дѣлалъ *Hermann Munk*, на корѣ большого мозга, изслѣдовать маленькія ограниченныя поврежденія. Нѣсколько разъ правда казалось, что передняя или задняя конечность принимаетъ большее участіе въ атаксіи, но я никогда не наблюдалъ ни одного случая гдѣ бы нарушеніе дѣйствительно ограничивалось бы лишь одною конечностью. *Luciani* утверждаетъ, что мозжечокъ, какъ цѣлое, имѣетъ на заднія конечности большее вліяніе чѣмъ на переднія. Фактъ неоспоримъ, что у собаки послѣ симметрическихъ поврежденій или послѣ экстирпаціи цѣликомъ движеніе заднихъ конечно-

стей остается болѣе долгое время поврежденнымъ чѣмъ переднихъ“.

Что касается явленій выпаденія послѣ разрушенія одной половины мозжечка, то авторъ говоритъ слѣдующее: „Выпаденіе одной половины мозжечка приводитъ къ вынужденнымъ движеніямъ въ оперированную сторону“.

Что же касается явленій раздраженія, то авторъ говоритъ: „Болѣе сильные токи производили во всѣхъ случаяхъ вынужденное положеніе въ сторону, противоположную раздражаемой, такъ что позвоночникъ, если раздражали лѣвую сторону, вогнутою стороною былъ обращенъ вправо; при этомъ поднималась лѣвая передняя конечность“.

Adamkiewicz (1905) занялся частичнымъ удаленіемъ мозжечка кролика и убѣдился, что „у кролика тѣло (червячокъ) мозжечка содержитъ центры для обѣихъ переднихъ и обѣихъ заднихъ конечностей, и именно одинъ разъ раздѣльно и одинъ разъ въ совмѣстной группировкѣ т. е. вдвойнѣ. Кромѣ того тѣло (червячокъ) мозжечка содержитъ центры для шейныхъ мышцъ и спины“.

Изъ обѣихъ верхнихъ боковыхъ долей, каждая обладаетъ маленькимъ центромъ для передней и большимъ центромъ для задней лапы соответствующей стороны. Кромѣ того каждая верхняя боковая доля содержитъ центры для лицевого нерва, для *nervus oculomotorius*, для нервно-мышечнаго аппарата, поворачивающаго голову въ другую сторону и для *nervus trochlearis* противоположнаго глаза“.

Marassini (1905) предпринялъ частичное разрушеніе какъ червячка мозжечка такъ и мозжечковыхъ полушарій, причемъ при разрушеніи червячка получалъ качаніе впередъ и назадъ, при разрушеніи же полушарій разстройства равновѣсія получались въ сторону разрушенія.

Marassini (1907), производя опыты съ частичнымъ удаленіемъ мозжечка, пришелъ къ заключенію, что въ мозжечкѣ существуетъ опредѣленная локалізація переднихъ и заднихъ

конечностей. Онъ говоритъ: „Впрочемъ, принимая во вниманіе, что въ каждой изъ конечностей—наблюдали постоянныя явленія въ связи съ поврежденіемъ опредѣленныхъ участковъ мозжечка, было бы логично допустить, что въ немъ (мозжечкѣ) находятся центры локализациі для различныхъ конечностей. А именно, между ними, центръ для каждой передней конечности былъ бы расположенъ въ сгуга I-а (по схемѣ *Bolk'a*) на границѣ между червячкомъ и боковой частью и распространился бы также частью по направленію внутри и внаружи; центръ для каждой изъ заднихъ конечностей находился бы въ части выше всего расположенной мѣста соединенія сгуга II-а съ *lobulus paramedianus* (схема *Bolk'a*) и часть этого центра распространилась бы также, по всей вѣроятности, въ червячкѣ“. Что касается червячка, то *Marasini* полагаетъ, что онъ главнымъ образомъ завѣдуетъ туловищемъ.

Horsley (1907) говоритъ: „Хотя наши изслѣдованія еще не закончены, но предварительно мы могли бы утверждать, что существенными двигательными представителями частей тѣла, заложенныхъ во внутреннихъ и пара—церебеллярныхъ ядрахъ мозжечка являются прежде всего движенія глазъ и головы, затѣмъ болѣе специально—туловища и конечностей“. Кору мозжечка авторъ считаетъ невозбудимою.

Negro e Roasenda (1907) подтвердили, пользуясь электрическимъ униполярнымъ методомъ раздраженія основной планъ и основной законъ топографіи въ мозжечкѣ, установленной *Adamkiewicz*'емъ.

Van Rynberk (1908), провѣряя схему *Bolk'a*, построенную на сравнительно-анатомической основѣ, удалялъ каждый разъ по одной долькѣ или одному центру, согласно гипотезѣ локализациі *Bolk'a*.

Резюмируя свои изслѣдованія, авторъ говоритъ: „Такимъ образомъ вопросъ о локализациі въ мозжечкѣ по моему, какъ мнѣ кажется, справедливому убѣжденію, принципиально рѣ-

шенъ. Топографія нѣкоторыхъ центровъ также съ достаточною опредѣленностью извѣстна: такъ согласно съ учениемъ *Bolk'a*—центръ шейныхъ мышцъ (*Lobulus simplex*),—симметрическіе парные центры переднихъ и заднихъ конечностей (*Crus 1, rsp. Crus 2 Lobuli ansiformis*),—непарный медиальный центръ для конечностей (*Sublobulus c² Lobuli med. post= Lobulus S mihi*) и можетъ быть еще—центръ для мышцъ туловищъ (*Lobulus paramedianus*“).

Vincenzoni (1908) производилъ экстирпации частей мозжечка у ягнятъ, овецъ и собакъ по схемѣ локализациі *Bolk'a*.

Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Гипотеза локализациі въ мозжечкѣ подтверждается экспериментальными данными на овцѣ. Подтверждаются также спеціальныя данныя о мозжечковыхъ центрахъ, опубликованныя *van Rynberk'омъ*, *Pagano*, *Marassini* и *Luna*.

2. Также и гипотеза *Bolk'a*, что различному взаимному (*korrelativen*) развитію какъ *Lobulis S* такъ и *Lobulus ansiformis* у различныхъ видовъ млекопитающихся соотвѣтствуетъ викарирующая функція, является очень вѣроятною на основаніи сравненія результатовъ опытовъ на собакѣ и овцѣ.

Lourie (1907) получилъ при раздраженіи коры мозжечка многочисленныя двигательныя явленія, но не могъ ихъ локализовать.

Rothmann (1909) получалъ при раздраженіи фарадическимъ токомъ съ *lobus quadrangularis lobus simplex* (*Bolk*) движеніе пальцевъ въ соотвѣтствующей передней конечности, въ нижнихъ частяхъ разгибаніе пальцевъ, въ выше-лежащихъ растопыриваніе ихъ, при болѣе слабыхъ токахъ изолировано, при болѣе сильныхъ сопровождается движеніемъ впередъ или подниманіемъ вверхъ передней конечности.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета (Дир.
проф Л. О. Даркшевичъ).

Случай хронической прогрессивной хорей.

Ординатора В. Д. ЛАПУХИНА.

Больной Т., котораго имѣю честь представить Обществу ¹⁾, страдаетъ той формой заболѣванія, которая по типической картинѣ можетъ быть опредѣлена, какъ chorea chronica progressiva. Первымъ выдѣлившимъ хроническую прогрессивную хорей, какъ отдѣльную нозологическую единицу, былъ американскій невропатологъ *Huntington*, въ честь котораго хроническая хорей долгое время носила названіе „*Huntington*’овской хорей“, въ отличіе отъ chorea minor, описанной впервые *Sydenham*’омъ; послѣдняя является болѣе обычной формой Виттовой псыски и носить на себѣ всѣ признаки остраго инфекціоннаго заболѣванія. Какъ извѣстно, *Huntington* держался взгляда, что хроническая прогрессивная хорей всегда является наследственнымъ страданіемъ. Но позднѣйшія описанія уже не придаютъ такого исключительнаго значенія наследственности. *Hofmann* усматриваетъ главный признакъ въ хроническомъ прогрессивномъ теченіи болѣзни и предлагаетъ замѣнить названіе „chorea hereditaria“ терминомъ chorea chronica progressiva. Имѣя въ виду, что chorea chronica progressiva ни разу не демонстрировалась въ Обще-

¹⁾ Доложено въ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ въ октябрѣ 1910 г.

ствѣ невропатологовъ и психіатровъ и встрѣчается довольно рѣдко, я хочу воспользоваться этимъ случаемъ въ качествѣ демонстраціи. Вотъ что дали анамнезъ и клиническое наблюдение:

Больной Т., 28 лѣтъ, крестьянинъ новоузенскаго уѣзда Самарской губерніи, поступилъ въ клинику 25 сентября 1910 года съ жалобами на постоянныя подергиванія и движенія во всѣхъ частяхъ тѣла. Изъ разспросовъ больного выяснилось, что его мать страдала такою же болѣзью, при чемъ болѣзнь у матери началась незначительными подергиваніями въ возрастѣ 40 лѣтъ и постепенно непроизвольныя движенія у нея усиливались, такъ что къ концу ея жизни судороги у нея были гораздо сильнѣе, чѣмъ у нашего больного. Всего дѣтей у отца больного было 6 члѣовѣкъ, изъ которыхъ трое умерло въ дѣтскомъ возрастѣ; причины ихъ смерти больной не знаетъ. Оставшіяся въ живыхъ сестры здоровы. Отецъ умеръ—причина его смерти больному неизвѣстна. Самъ больной родился въ 1882 году; никакихъ поврежденій при рожденіи не было. Въ дѣтствѣ никакой болѣзью не страдалъ, вообще росъ здоровымъ. Учился въ сельской школѣ; ученье больному давалось легко. Половая зрѣлость прошла безъ болѣзненныхъ явленій; половыя сношенія съ 15 лѣтъ, частыя. Имѣеть двухъ дѣтей: сыну 5 лѣтъ, дочери 4 года, дѣти здоровы. Въ теченіе послѣднихъ пяти лѣтъ больной алкоголя не употреблялъ; раньше пилъ, хотя не въ очень большомъ количествѣ. Курить много и съ малолѣтства. Половая способность сохранена. Сильныхъ потрясеній въ жизни не помнить, кромѣ одного случая, когда больной испугался свиньи, которая его хотѣла укусить во время освобожденія завязшаго въ воротахъ поросенка. Травму, простуду, инфекціонныя заболѣванія, сифилисъ и туберкулезъ больной отрицаетъ. Причину настоящаго заболѣванія указать не можетъ, хотя связываетъ свою болѣзнь съ вышеупомянутымъ испугомъ. Судороги у больного начались лѣтъ 6 тому назадъ и, по словамъ больного, съ верхнихъ конечностей. Первое время эти подергиванія были очень слабы и замѣтны только самому больному, но постепенно эти подергиванія усиливались и перешли на все тѣло, такъ что послѣдніе три года больной уже не въ

состояніи работать. Болѣзнь все время прогрессируетъ и какихъ-нибудь ремиссій въ теченій болѣзненнаго процесса не имѣется.

Status praesens. Произвольныя движенія глазъ въ предѣлахъ нормы. Актъ жеванія и глотанія не разстроенъ. Высунуть языкъ впередъ не можетъ, мѣшаютъ произвольныя движенія въ мышцахъ языка. Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей по объему и силѣ въ предѣлахъ нормы. Со стороны произвольныхъ движеній у нашего больного отмѣчаются судорожныя движенія и подергиванія во всѣхъ частяхъ тѣла. Голова больного находится въ постоянномъ движеніи, она то наклоняется, то разгибается, то вращается въ разныя стороны; въ то же время въ лицѣ больного можно видѣть массу всевозможныхъ гримасъ и ужимокъ; то онъ наморщитъ лобъ, то закроетъ одинъ глазъ, какъ бы подмигивая, то вытянетъ впередъ губы, то обнаружитъ зубы, благодаря произвольной обширной улыбкѣ. Глазные яблоки также участвуютъ въ произвольныхъ движеніяхъ. Рѣчь больного отрывиста и не ясна. Руки больного находятся въ непрерывномъ движеніи; то заноситъ ихъ на голову, то закинетъ ихъ на спину, то сгибаетъ ихъ въ локтѣ, то разгибаетъ, то провируетъ, то супенируетъ; къ произвольнымъ движеніямъ присоединяются и пальцы въ смыслѣ сгибанія, разгибанія, отведенія и приведенія. Если больной сидитъ, то и туловище его принимаетъ участіе въ произвольномъ движеніи: больной то наклонится впередъ, то назадъ или въ бокъ, то поворачивается винтообразно вокругъ продольной оси туловища. Въ нижнихъ конечностяхъ также замѣтны судороги; онѣ выражаются движеніями отведенія и приведенія въ тазобедренномъ суставѣ, разгибанія и сгибанія ноги въ колѣнѣ и движеніями въ разныхъ направленіяхъ въ голеностопномъ суставѣ. Походка больного сильно разстроена и неправильна. Шаги больного не равномерны, при чемъ больной качается изъ стороны въ сторону и часто уклоняется то вправо, то влѣво отъ прямого направленія. Всякія волненія усиливаютъ описанные выше произвольныя движенія, подъ вліяніемъ же воли больного онѣ на нѣкоторое время стихаютъ и больному часто удается достигнуть намѣченной цѣли; такъ, онъ можетъ ѣсть, пользуясь ложкой, надѣть чулокъ на ногу и т. п. Во время сна всѣ произволь-

ныя движенія у нашего больного прекращаются совершенно. Сухожильные рефлексy на верхнх конечностяхъ оживлены. Колѣнные и ахилловы живые; клонуса стопы нѣтъ. Подошвенный, брюшной и на cremaster нормального типа. Зрачки равномѣрны, съ живой реакціей на свѣтъ. Рефлексy: корнеальный конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба нормальны. Анальный рефлексъ сохраненъ. Функція тазовыхъ органовъ въ порядкѣ. Пассивныя движенія совершенно свободны, нѣтъ никакого намека на тугоподвижность. Зрѣніе, вкусъ и слухъ—нормальны. Со стороны глазного дна нѣтъ никакихъ измѣненій. Обоняніе понижено вслѣдствіе закупорки носового отверстія засохшими выдѣленіями со слизистой оболочки носа. Всѣ виды чувствительности въ предѣлахъ нормы. Похудѣнія конечностей не отмѣчается. Питаніе мышечнаго скелета, кожныхъ покрововъ и костей удовлетвори-тельно. Электровозбудимость мышцъ и нервовъ нормальна. Тоны сердца чисты. Моча нормальна. Поясничныи проколъ, произведенный 6 октября 1910 года ассистентомъ клиники В. П. Первушинымъ, далъ слѣдующіе результаты: давленіе черепно-мозговой жидкости нормально, лимфоцитовъ 4, 3; реакція Nonne положительна: имѣется легкая муть.

Со стороны психической сферы слѣдуетъ отмѣтить: уость кругозора; больной незнаетъ названія рѣки, которая протекаетъ черезъ его село; недостаточное количество представлений и понятій: изъ 12 мѣсяцевъ въ году можетъ назвать только четыре: январь, февраль, сентябрь, октябрь. Изъ время года знаетъ только три, при чемъ перечисляетъ ихъ въ слѣдующемъ порядкѣ: зима, осень, лѣто. Дни недѣли перечисляетъ; сколько дней въ мѣсяцѣ не знаетъ; недостаточное развитіе ассоціативныхъ процессовъ и логическихъ операций; задержка мышленія; напр., осень помѣщаетъ послѣ зимы; 4 и 4 складываетъ правильно, а 3 изъ 8 отнять не можетъ, даже если ему показываютъ на пальцахъ; слабость сужденія; хочеть поправиться, чтобы весело жить; настроеніе благодушное; незамѣтно, чтобы тяготился своими умственными дефектами; легко смѣется, особенно, когда отвѣчаетъ невпопадъ; вниманіе ослаблено.

21 октября с./г. въ 5 час. 25 мин. вечера было произведено экспериментально-психологическое изслѣдованіе психики Т., по атласу прив.-доц. Рыбакова, врачомъ Л. Воскре-

сенскимъ, работающимъ при каедрѣ душевныхъ болѣзней. Передъ изслѣдованіемъ больной былъ въ нѣсколько угнетенномъ состояніи, ночь и день провелъ нормально. I. *Зрительныя ощущенія*. Способность къ различенію оттѣнковъ цвѣтовъ понижена, ошибки въ сторону большей интенсивности. Коэффициентъ свѣтовыхъ ощущений=1,6; Коэффициентъ способности къ различенію цвѣтовъ=0,6. II. *Вниманіе*. Вниманіе значительно расстроено. Показатель степени напряженности вниманія=1. Изслѣдуемый не могъ правильно сосчитать 12 бѣлыхъ кружковъ. Активное вниманіе съ выборомъ ослаблено: не могъ сосчитать 46 черныхъ кружковъ въ теченіе 85 секундъ. Показатель объема вниманія=2. III. *Наблюдательность*. Наблюдательность понижена; показанные рисунки: замокъ, топоръ и клещи не могъ указать при другомъ расположеніи среди многихъ рисунковъ. IV. *Память*. Память значительно ослаблена: не могъ повторить 4 обыкновенныхъ слова въ опредѣленномъ порядкѣ. Коэффициентъ запоминанія рисунковъ=0,6. V. *Сужденіе*. Способность сужденія и умозаключенія представляютъ серьезныя уклоненія отъ нормы: изслѣдуемый не могъ объяснить картину, на которой изображено, какъ мальчикъ, вздумавшій воровать яблоки, былъ жестоко за это наказанъ садовникомъ. VI. *Воспріятіе и запоминаніе*. Воспріятіе и запоминаніе въ значительной мѣрѣ ослаблены: показанную въ теченіе 30 секундъ картину, изображающую 2-хъ коровъ, изъ которыхъ одну доить женщина, могъ на словахъ передать такъ: „корова..... доять ее..... двѣ бабы....“; при чемъ на это ушло 95 секундъ.

Уже при одномъ взглядѣ на больного первое, что обращаетъ на себя наше вниманіе,—это произвольныя, неправильныя судороги въ области различныхъ мышцъ, а потому первый вопросъ, который приходится рѣшать при постановкѣ діагноза хронической прогрессивной хореи—это вопросъ о томъ, имѣются ли въ данномъ случаѣ дѣйствительно хорейческія движенія или другой какой-нибудь видъ судорогъ, сходный по внѣшнему виду съ хорейческими. Въ этомъ отношеніи хроническую хорею легче всего смѣшать съ той болѣзненной формой, которая носитъ названіе *maladie de tic со-*

nvulsif или *myospadia impulsiva*. Болѣзнь эта, какъ и *chorea chronica progressiva*, — неизлѣчима, наследственна, развивается не остро, а медленно, и длится многіе годы, но несмотря на это сходство, между обѣими формами имѣется и существенное различіе. При тикѣ произвольныя движенія большою частью бывають въ однѣхъ и тѣхъ же мышечныхъ группахъ, отличаясь болѣе быстрымъ, такъ сказать, молніеобразнымъ сокращеніемъ мышцъ; кромѣ того, функція конечностей почти не разстраивается; для *myospadia impulsiva* характерно повтореніе какого-нибудь слова, насильственное произнесеніе бранныхъ словъ и фразъ, явленіе, извѣстное подъ названіемъ копролаліа, также повтореніе видѣнныхъ движеній (эхопраксія), подражаніе звукамъ (эхолалія); ничего подобнаго у хорейковъ мы не встрѣчаемъ. Можно бы принять подергиванія у нашего больного за судороги при *chorea posthemiplegica*, такъ какъ хорейческія движенія при этой формѣ болѣзни имѣють хроническое теченіе, оставаясь на всю жизнь больного, но главнымъ отличіемъ служить то обстоятельство, что судороги при *chorea posthemiplegica* бывають въ одной части тѣла, при чемъ изъ анамнеза всегда выясняется, что судороги развились на пораженной половинѣ тѣла послѣ мозгового кровоизліянія или размягченія, а посему двустороннія судороги у нашего больного и отсутствіе мозгового инсульта въ анамнезѣ, говорятъ за хроническую хорейку. Отсутствіе тугоподвижности и характернаго ритмическаго tremor'a кисти и пальцевъ, а также отсутствіе застываго, маскообразнаго выраженія лица, исключаютъ въ данномъ случаѣ дрожжательный параличъ. Не слѣдуетъ упускать изъ вида и истерію, проявляющуюся въ хорейформныхъ судорогахъ; но не имѣя въ данномъ случаѣ ни одного изъ симптомовъ, свойственныхъ истеріи, какъ то: быстрой смѣны настроеній, черемѣрно-развитого воображенія, различныхъ разстройствъ чувствительности, судорожныхъ, объемистыхъ, сложныхъ движеній въ рукахъ, ногахъ и головѣ, движеній, которыя повторяются одно-

образно, съ большой правильностью, ритмически, и не видя въ теченіе самой болѣзни никакихъ колебаній въ проявленіяхъ болѣзни, мы имѣемъ полное основаніе исключить здѣсь истерію. Но особенно легко можно впасть въ ошибку, принявъ за хроническую хорею обыкновенную chorea minor. Однимъ изъ отличительныхъ признаковъ chorea chronica progressiva отъ chorea minor является наследственность, при чемъ заболѣваніе хронической хореей въ молодыхъ годахъ особенно часто наблюдается при семейной формѣ страданія, при которой каждое слѣдующее поколѣніе обыкновенно поражается все въ болѣе и болѣе раннемъ возрастѣ. Обращаясь въ исторіи болѣзни нашего больного, мы видимъ, что онъ заболѣлъ въ болѣе раннемъ возрастѣ (22 хъ лѣтъ), чѣмъ его мать (на 40-мъ году). Другимъ такимъ же важнымъ отличительнымъ признакомъ хронической хореей отъ chorea minor, носящей всѣ признаки острого инфекціоннаго заболѣванія, является хроническое прогрессирующее теченіе болѣзни у нашего больного, по большей части безъ ремиссій въ теченіе болѣзненнаго процесса; говоря „по большей части“, я имѣю въ виду то обстоятельство, что ремиссії могутъ, хотя и рѣдко, наступать и при хронической хорее, какъ объ этомъ сообщаетъ *Schulze*. Изъ анамнеза больного мы видимъ, что болѣзнь его въ теченіе 6-ти лѣтъ все прогрессируетъ, а по амбулаторнымъ даннымъ клиники, которую больной впервые посѣтилъ въ 1908 году, мы имѣемъ основаніе заключить, что въ теченіи его болѣзни не имѣется никакихъ ремиссій, а напротивъ, болѣзнь его все болѣе и болѣе усиливается. Далѣе, мы знаемъ, что хореическія движенія при хронической прогрессивной хорее, подчинены произвольнымъ движеніямъ, и нашъ больной самъ ѣстъ, пользуется ложкой, можетъ самъ надѣть на ногу чулокъ и т. д. Наконецъ, въ пользу хронической хорее говорятъ и очень сильное измѣненіе психики нашего больного.

Для полноты обзора остановлюсь еще на двухъ формахъ мозгового заболѣванія, которыя при сочетаніи психическихъ

и нервныхъ симптомовъ могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ хронической хореей. Эти формы: общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ и разсѣянный склерозъ. Прежде всего анамнезъ нашего больного указываетъ на однородную наслѣдственность; далѣе, на первый планъ у нашего больного выступаетъ забывчивость, благодушное настроеніе, тогда какъ при началѣ болѣзни у паралитиковъ эвфорическій стадій сопровождается маниакальнымъ возбужденіемъ съ повышенной предприимчивостью и большою аффективностью. Кромѣ того, прогрессивный параличъ начинается разстройствомъ психики, тогда какъ у хореевъ болѣзнь обыкновенно начинается двигательнымъ разстройствомъ. По клинической картинѣ судороги паралитиковъ—это клоническія судороги съ распределеніемъ въ порядкѣ корковыхъ центровъ, у нашего больного имѣются беспорядочныя, разнообразныя, размахистыя движенія. Отличіе заключается и въ теченіи болѣзни: прогрессивный параличъ начинается острѣе, течетъ скачками, даетъ ухудшенія и улучшенія; хроническая прогрессивная хорея нашего больного началась медленно, прогрессивно увеличиваясь безъ колебаній въ ту или другую сторону. Отличіе разсѣяннаго склероза отъ хронической хорее въ данномъ случаѣ не представляетъ затрудненій; нѣтъ у больного нистагма, очень частаго при разсѣянномъ склерозѣ; судороги при разсѣянномъ склерозѣ носятъ характеръ дрожанія, усиливающегося при произвольномъ движеніи; размахистыхъ и какъ бы цѣлесообразныхъ движеній хореевъ у склеротиковъ не наблюдается, затѣмъ у склеротиковъ обычны спазмы и гипертонія, при прогрессивной хорее, если и бываютъ параличи, то слабые. Теченіе разсѣяннаго склероза скачками, съ значительными ремиссіями, при прогрессивной хронической хорее теченіе болѣзни лавинообразное, прогрессивное, съ ухудшеніемъ. Съ психической стороны при хорее уже въ началѣ замѣтны разстройство памяти и слабоуміе, при разсѣянномъ склерозѣ разстройство памяти выступаетъ въ позднѣйшее вре-

мя, а на первомъ планѣ картина психоза сказывается легкой депрессіей и раздражительностью.

Такимъ образомъ медленно прогрессирующее теченіе болѣзни у нашего больного, разлитыя, не ритмическія, хорейческія судороги, нормальная чувствительность, отсутствіе тугоподвижности при живыхъ рефлесахъ, измѣненіе психики и однородная наследственность даютъ мнѣ полное основаніе поставить здѣсь діагнозъ *chorea chronica progressiva*.

Что касается этиологическаго момента у нашего больного, то главная роль выпадаетъ на долю наследственности, которая при описываемой болѣзни представляетъ собою такое обычное явленіе, что *Huntington* и другіе авторы хроническую хорею прямо отождествляли съ хореей наследственной. Наследственность при хронической хорей большей частью бываетъ прямой и передается отъ отца къ сыну, въ нашемъ случаѣ отъ матери къ сыну, отъ сына къ внуку и т. д. Сплошь и рядомъ *chorea chronica* является болѣзнью фамиліной, но не подлежитъ сомнѣнію тотъ фактъ, что въ практикѣ встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ самое тщательное изученіе генеалогіи больного не даетъ намъ права говорить ни о прямой наследственности ни объ особыхъ предрасположеніяхъ къ заболѣванію нервной системы. Что же касается ближайшихъ причинъ возникновенія болѣзни, то въ литературѣ имѣются указанія на травму, ревматизмъ, эндокардитъ, а также на душевное волненіе, какъ таковой моментъ, вслѣдъ за которымъ наступило развитіе описываемой болѣзни. И для нашего больного, быть можетъ, при его наследственности достаточно и того испуга, о которомъ мы упомянули въ анамнезѣ, чтобы на сцену выступила характерная картина хронической хорей.

Что касается измѣненій со стороны нервной системы при хронической хорей, то при макроскопическомъ осмотрѣ нервной системы лица, умершаго при явленіяхъ хронической прогрессивной хорей, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не открывает-

ся ничего ненормального, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ уже грубое обследованіе невооруженнымъ глазомъ обнаруживаетъ со стороны мозга цѣлый рядъ грубо-анатомическихъ измѣненій. Такъ, обычнымъ явленіемъ при chorea chronica можно считать картину розлитого церебральнаго пахименингита, лептоменингита, замѣтное утолщеніе мозговыхъ извилинъ, общую атрофію головного мозга и пр. Что касается микроскопическихъ измѣненій нервной системы, то они открываются, главнымъ образомъ, въ предѣлахъ головного мозга, но отчасти въ области мозжечка и въ области спинного мозга. Въ головномъ мозгу измѣненія констатируются по преимуществу въ корѣ двигательной области и въ подлежащемъ бѣломъ веществѣ. Здѣсь можно видѣть ясно выраженную мелкоклеточную инфильтрацію, при чемъ инфильтрирующіе элементы иногда бываютъ разсѣяны равномерно по всей корѣ и субкортикальномъ бѣломъ веществѣ, иногда особенно обильно скапливаются въ перичеллюлярныхъ пространствахъ ганглиозныхъ клетокъ и при томъ въ тѣхъ отдѣлахъ, гдѣ располагаются малыя и среднія пирамиды, при чемъ въ малыхъ и среднихъ пирамидахъ можно констатировать или сравнительно ничтожныя измѣненія или же рѣзкую деструкцію ихъ, какъ то: хромотолизъ клеточнаго тѣла, распадъ внутриклеточныхъ волоконъ, перемѣщеніе ядра, измѣненія ядрышка; Бетцевскія же клетки обычно сохраняютъ свой нормальный видъ. Рядомъ съ поражениемъ ганглиозныхъ клетокъ мозговой коры нерѣдко, имѣетъ мѣсто убыль тангенціальныхъ волоконъ и волоконъ str. superradialis. Кровеносные сосуды также могутъ претерпѣвать рядъ измѣненій, чаще всего констатируется рѣзкое утолщеніе адвентиціи. Въ предѣлахъ мозжечка можно констатировать тѣ же самыя измѣненія, какія мы встрѣчаемъ въ головномъ мозгу. Въ спинномъ мозгу очень часто не удается открыть ничего ненормального, хотя въ литературѣ есть указанія на пораженія клетокъ переднихъ ро-

говъ, перерожденіе заднихъ корешковъ и на отдѣльныя мѣста пораженія периферической части боковыхъ столбовъ.

Такимъ образомъ въ настоящее время хроническая прогрессиная хорея относится къ разряду органическихъ страданій нервной системы. Данныя поясничнаго прокола у нашего больного даютъ мнѣ нѣкоторое основаніе думать, что у него имѣется органическое заболѣваніе, такъ какъ лимфоцитозъ у больного равняется 4,3, близкій къ патологическому, а главное, реакція Nonne дала положительный результатъ—очень слабая муть.

Всю суть страданія при хронической хорей авторы усматриваютъ не въ грубоанатомическихъ измѣненіяхъ, находящихся со стороны центральной нервной системы, а въ измѣненіяхъ микроскопическихъ, отрывааемыхъ въ области коры большого мозга. Возвращаясь къ нашему случаю, мы всѣ главнѣйшіе элементы клинической картины страданія больного безъ труда можемъ объяснить локализацией болѣзненнаго процесса въ корѣ двигательной области головного мозга. Наличие двигательныхъ расстройствъ въ формѣ хорейческихъ судорогъ у нашего больного мы можемъ связать съ пораженіемъ малыхъ и среднихъ пирамидъ мозговой коры; наоборотъ, цѣлость Бетцевскихъ клѣтокъ, которыя признаются за начало волоконъ пирамидныхъ путей объясняютъ намъ, почему нашъ больной можетъ подавлять свои судороги собственной волей. Непорядки же въ сферѣ интеллекта нашего хорейка съ полнымъ правомъ могутъ быть отнесены на счетъ убыли тангенціальныхъ волоконъ и волоконъ str. superradialis, но если мы еще примемъ во вниманіе, что болѣзненный процессъ захватываетъ лобныя доли, то намъ уже совсѣмъ понятно измѣненіе психики у нашего больного.

Опытъ лѣченія воспаленій сѣдалищнаго нерва (ischias) впрыскиваніями охлажденнаго солевого раствора.

Проф. В. П. ОСИПОВА.

Не представляя непосредственной опасности для жизни, различнаго рода невралгіи, часто достигающія чрезвычайно сильной степени развитія, по тяжести своего основного симптома, боли, относятся къ числу весьма тяжелыхъ и трудно переносимыхъ больными страданій. Еще тяжелѣе бываетъ самочувствіе больного, когда дѣло идетъ не о невралгическихъ боляхъ, характеризующихся приступами острыхъ болей, смѣняющихся свѣтлыми промежутками, а о боляхъ, продолжающихся непрерывно, имѣющихъ въ своей основѣ болѣе стойкій анатомическій процессъ, о боляхъ невритическихъ. Вполнѣ естественно, что возможность успокоить невралгическія боли, быстро излѣчить невралгіи, весьма существенна и для больного, и для врача. Этимъ объясняется, что, несмотря на имѣющееся въ нашемъ распоряженіи большое количество болеутоляющихъ средствъ различнаго состава, чуть ли не каждый день приноситъ предложеніе все новыхъ и новыхъ препаратовъ, большинство которыхъ даже не удерживается во врачебной практикѣ. Такая погоня за болеутоляющими указываетъ на существованіе сильной въ нихъ потребности и на неудовлетворенность существующими. Нѣтъ надобности

говорить о недостаткахъ примѣняемыхъ нами болеутоляющихъ, они извѣстны хорошо каждому врачу; главные недостатки—это болѣе или менѣе быстрое привыканіе больного къ средству, вслѣдствіе чего приходится повышать дозу препарата, и второй недостатокъ—вредность для организма примѣняемаго средства. Обоиими указанными недостатками въ весьма сильной степени обладаетъ морфій и различныя его производныя. Тѣмъ не менѣе, намъ не удастся обойтись безъ этихъ средствъ при сильно выраженныхъ невралгическихъ боляхъ, хотя лѣчебное значеніе ихъ при невралгіяхъ ничтожно, они являются болеутоляющими въ узкомъ смыслѣ слова.

Нѣсколько иначе обстоитъ дѣло съ многочисленными салициловыми и метиловыми препаратами, которые часто имѣютъ важное лѣчебное значеніе, вліяя на причину болѣзни. Къ сожалѣнію, болеутоляющее дѣйствіе этихъ препаратовъ далеко нельзя сравнить съ дѣйствіемъ морфія, а лѣчебное ихъ значеніе нерѣдко оказывается недостаточнымъ.

Физическіе методы лѣченія невралгій, какъ примѣненіе припарокъ, компрессовъ, шотландскихъ душей, ваннъ, грязелѣченія, электричества и массажа, также не всегда даютъ вѣрный результатъ, да и не всегда оказываются доступными. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится обращаться къ хирургическимъ способамъ лѣченія, начиная съ простаго вытяженія нерва и кончая радикальной операціей въ формѣ резекціи нервного ствола или даже экстирпаціи нервного узла, какъ напр., при соотвѣтствующей операціи надъ тройничнымъ нервомъ.

Врядъ ли однако можно оспаривать мнѣніе, что операція удаленія нерва изъ-за невралгіи представляется крайне нежелательнымъ лѣчебнымъ методомъ, тѣмъ болѣе, что исключеніе функціи тройничнаго или другого нерва, конечно, безразлично для организма.

Уже давно было предложено вліять различными лѣкарственными веществами непосредственно на нервные стволы,

доступные по своему анатомическому положенію для инъекцій. Одно время большимъ распространеніемъ пользовались инъекціи растворовъ антипирина въ сѣдалищный нервъ и сосѣднія съ нимъ области при невралгіяхъ этого нерва; были предложены также инъекціи раствора осміевой кислоты, но онѣ не получили распространенія, очевидно, вслѣдствіе губительнаго вліянія осміевой кислоты на нервные стволы, перерождавшіеся подъ ея вліяніемъ и утрачивавшіе свою функцію.

Предложенныя *Ostwald'*омъ¹⁾ впрыскиванія алкоголя въ нервные узлы при невралгіяхъ тройничнаго и межреберныхъ нервовъ нерѣдко оказываются чрезвычайно полезными при тяжелыхъ невралгіяхъ, не поддающихся упорному лѣченію другими способами. Широкому распространенію способа *Ostwald'*а препятствуетъ относительная его сложность, вызываемая глубокимъ положеніемъ *Gasser'*ова узла и расположеніемъ въ ближайшихъ къ ходу иглы областяхъ кровеносныхъ сосудовъ, опасеніе поранить которые, конечно, стѣсняетъ свободу дѣйствій врача. Кромѣ того, терапия посредствомъ инъекціи алкоголя въ вещество нервного узла рассчитана на уничтоженіе функціи нерва, развивающееся, какъ результатъ омертвѣнія нервного узла и перерожденія нервного ствола; слѣдовательно, въ удачныхъ случаяхъ, т. е., когда такое уничтоженіе функціи нерва наступаетъ, описанная терапия представляется аналогичной безкровной операціи.

Изъ сказаннаго понятно, почему предложенное всего два года тому назадъ *Schlesinger'*омъ²⁾ лѣченіе невралгій впрыскиваніями въ нервъ физиологическаго солевого раствора, судя по литературѣ вопроса, начало распространяться довольно быстро. Правда, *Schlesinger* имѣлъ въ виду невралгіи

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift. 1906. № 1.

²⁾ *Schlesinger*. Zur Injectionstherapie der Neuralgien.—Deutsche medizinische Wochenschrift. 1908. № 6.

1904 J. Lange 1906 Umber
 ;
 Schlesinger' ,
 (100—150 . .),
 0°; Wiener' 2)
 Schlesinger' Schleich' Alexan-
 der' ,
 , Luton.

1) E. . . ischias'a
 — . . . 1908. 9.

2) . Wiener. Die Behandlung der Neuralgien mit intraneuralen Injec-
 tionen (unter Berücksichtigung des Kochsalzfiebers).—Berliner Klinische Wo-
 chenschrift. 1910. 10.

рѣшили провѣрить этотъ способъ лѣченія, выяснивъ по возможности его значеніе и цѣнность сравнительно съ другими способами.

Мы могли бы воспользоваться для примѣненія способа *Schlesinger*'а обширнымъ матеріаломъ нашей амбулаторіи по нервнымъ болѣзнямъ въ Казанской Губернской Земской больницѣ, но это не дало бы намъ возможности всесторонняго изученія примѣняемаго способа, тѣмъ болѣе, что большинство нашихъ больныхъ принадлежало къ лицамъ физическаго труда, часто жившимъ при мало благопріятныхъ условіяхъ домашней обстановки; если къ этому прибавить, что амбулаторные больные вскорѣ послѣ впрыскиванія должны были идти домой, а черезъ нѣсколько дней большею частью пѣшкомъ же снова являться для дальнѣйшаго лѣченія, иногда за 5—6 верстъ отъ больницы, слѣдовательно, проходя въ оба конца 10—12 верстъ, то будетъ понятно, что при такихъ условіяхъ было бы весьма трудно составить правильное представленіе о вліяніи способа *Schlesinger*'а на сѣдалищныя невралгіи, такъ какъ неблагопріятная обстановка, исключавшая необходимый для успѣшныхъ результатовъ покой больного, могла въ значительной степени парализовать хорошее вліяніе впрыскиваній. Исслѣдователи новаго способа вообще пользовались амбулаторными наблюденіями. Мы рѣшили, не исключая наблюденій надъ амбулаторными больными, провести рядъ наблюденій надъ больными стационарными; конечно, больныхъ, страдающихъ невралгіями сѣдалищнаго нерва, по каждому понятнымъ соображеніямъ нельзя было помѣщать въ больницу въ большомъ количествѣ, но мы полагаемъ, что возможность постояннаго наблюденія за больнымъ въ теченіе продолжительнаго времени при благопріятныхъ условіяхъ больничной обстановки во многихъ случаяхъ слѣдуетъ предпочесть количеству наблюденій.

Мы пользовались для впрыскиваній 0,75% растворомъ хлористаго натрія въ дистиллированной водѣ; растворъ кипя-

тился и затѣмъ охлаждался до 0° въ снѣгѣ или льдѣ; если во время кипяченія раствора часть воды и улетучивалась, то это не могло сколько-нибудь существенно отражаться на концентраціи раствора, такъ какъ кипяченіе производилось въ колбѣ, при чемъ поверхность испаренія была невелика, и продолжительность кипяченія не превышала 5 минутъ.

Для производства впрыскиванія служилъ стеклянный шприцъ емкостью въ 30 куб. снтм., снабженный стекляннымъ же поршнемъ и иглой въ 8 снтм. длины. Если предполагалось впрыснуть больше 30 куб. снтм. раствора за одинъ разъ, то послѣ впрыскиванія первыхъ 30 снтм. игла оставлялась на мѣстѣ, а стеклянная часть шприца снималась, наполнялась снова растворомъ, насаживалась на иглу, и новые 30 снтм. раствора вводились такимъ образомъ въ то же самое мѣсто. Конечно, эту манипуляцію можно было, въ случаѣ надобности, повторить нѣсколько разъ, но мы рѣдко вводили за одинъ пріемъ больше 60 куб. снтм., такъ что нѣкоторое неудобство отъ примѣненія шприца сравнительно малой емкости въ нашихъ случаяхъ исключалось. Врядъ-ли нужно говорить о томъ, что передъ производствомъ впрыскиванія шприцъ и игла тщательно обезпложивались кипяченіемъ, а послѣ впрыскиванія не менѣе тщательно вымывались водою и спиртомъ.

Хотя *Schlesinger* и другіе авторы и рекомендуютъ при невралгіяхъ сѣдалищнаго нерва впрыскивать за одинъ пріемъ 100 и болѣе куб. снтм. раствора повареной соли, отмѣчая, что такія количества хорошо переносятся больными, мы рѣшили изъ осторожности начать съ небольшихъ количествъ и только постепенно перейти къ большимъ; первая доза раствора, впрыснутая нами больномъ, какъ будетъ видно изъ дальнѣйшаго изложенія, равнялась 15 куб. снтм.; изъ дальнѣйшаго же изложенія будетъ ясно, почему мы ограничились въ своихъ впрыскиваніяхъ преимущественно дозой въ 60 куб.

снтм., вообще же не вводили болѣе 100 снтм. за одинъ пріемъ.

Техника производства впрыскиванія была такова: у больного, лежащаго на постели въ положеніи на животѣ, нащупывалась и отмѣчалась карандашемъ наружная поверхность большого вертела бедренной кости, и также отмѣчалось положеніе сѣдалищнаго бугра; между двумя указанными точками протягивалась нитка; соотвѣтственно половинѣ длины нитки отмѣчалась на кожѣ больной третья точка, опредѣляющая положеніе сѣдалищнаго нерва; для болѣе точнаго опредѣленія положенія нерва и ради контроля опознавательной точки концами пальцевъ оператора производилось давленіе на подлежащія ткани соотвѣтственно положенію только-что указанной точки и ниже; обычно такое давленіе сопровождалось болѣзненной чувствительностью, что и опредѣляло окончательно положеніе и ходъ сѣдалищнаго нерва, подтверждая показаніе опознавательной точки. Положеніе опознавательной точки опредѣляло мѣсто перваго впрыскиванія. Впрыскиванія производились нами повторно, по нѣскольку разъ; каждое послѣдующее впрыскиваніе дѣлалось по ходу сѣдалищнаго нерва приблизительно на 2—3 снтм. ниже предшествующаго.

Когда мѣсто впрыскиванія было опредѣлено, соотвѣтствующая область вымывалась и тщательно вытиралась спиртомъ и эфиромъ. Игла шприца вводилась въ отвѣсномъ направленіи на глубину приблизительно 6 снтм.; въ громадномъ большинствѣ случаевъ игла попадала прямо въ сѣдалищный нервъ; больной реагировалъ на это общимъ вздрагиваніемъ; чтобы предупредить движеніе ноги, помощникъ удерживалъ ногу въ нижней трети бедра, хотя эта предосторожность, особенно при повторныхъ впрыскиваніяхъ, требовалась далеко не всегда; тотчасъ больному задавался вопросъ относительно локализаціи болеваго ощущенія, и обыкновенно больной отвѣчалъ, что онъ испытываетъ острую боль по задней поверхности бедра, отдающую подъ колѣно и даже въ

пятку. Бывали случаи, что болевое ощущеніе направлялось не только внизъ, но „отдавало въ яичко“, „отдавало въ мошонку“, въ промежность; такія заявленія служили указаніемъ, что игла шприца захватила *n. cutaneus femoris posterior*, расположенный кнутри и сзади сѣдалищнаго нерва, перемѣщеніе острія иглы нѣсколько кнаружи въ этихъ случаяхъ вызывало ощущенія, свойственныя раненію сѣдалищнаго нерва.

За введеніемъ иглы слѣдовало введеніе солевого раствора, производившееся равномернымъ и медленнымъ давленіемъ на поршень шприца.

Особенной болѣзненностью отличался, конечно, первый моментъ операціи—введеніе иглы; самое впрыскиваніе тоже болѣзненно, но не такъ, какъ вкалываніе въ нервъ иглы; вызванная впрыскиваніемъ боль обыкновенно утихала черезъ нѣсколько минутъ по окончаніи впрыскиванія. Какъ только введеніе солевого раствора заканчивалось, тотчасъ же шприцъ съ иглою вынимался, и мѣсто вкола заклеивалось кусочкомъ стерилизованной ваты съ коллодіемъ.

Дальнѣйшія инъекціи, производившіяся ниже по ходу сѣдалищнаго нерва, ограничивались уровнемъ лишь верхней половины бедра; мы не рисковали впрыскивать ниже изъ боязни повредить бедреную артерію, хотя нѣкоторые авторы и указываютъ, что эта опасность не велика, такъ какъ игла скользитъ по артеріи, которая такимъ образомъ легко уклоняется отъ иглы; тѣмъ не менѣе, возможность раненія артеріи не исключается.

Кромѣ указанныхъ классическихъ мѣстъ впрыскиванія, выяснилась необходимость въ нѣкоторыхъ случаяхъ впрыскивать растворъ еще въ болѣе высокой уровень сѣдалищнаго нерва; намъ удавалось дѣлать это на 3—4 снтм. выше уровня перваго впрыскиванія, но отступивъ при этомъ на 1—2 снтм. кнутри.

Въ случаяхъ невритовъ сѣдалищнаго нерва нервѣдко дѣло не ограничивается строго изолированнымъ его пораже-

ніемъ, а поражаются также близлежащіе болѣе мелкіе кожные и мышечные нервы, какъ пп. *clunium superiores*, пп. *glutaei*; иногда боли въ области расположенія этихъ нервовъ бываютъ очень мучительными; въ соотвѣтствующихъ случаяхъ мы производили инъекціи и въ области распространенія указанныхъ нервовъ, руководствуясь для опредѣленія мѣста впрыскиванія болѣзненными точками.

Впрыскиванія производились всѣмъ больнымъ между 10—11 час. утра. Температура измѣрялась въ подмышечной впадинѣ до впрыскиванія и около 5 час. вечера.

Изложимъ вкратцѣ исторію болѣзни лицъ, находившихся подъ нашимъ наблюденіемъ и пользовавшихся описаннымъ способомъ лѣченія. Въ веденіи больничныхъ записей и въ производствѣ впрыскиваній принимали участіе ассистентъ при каедрѣ *Н. А. Донсковъ* и ординаторъ *И. Д. Баклушинскій*.

I. В. Х., чернорабочій, 45 л., татаринъ. Въ больницу поступилъ 9 мая 1909 г. Заболѣлъ 20 октября 1908 года, во время подъема нагруженнаго вагона сразу „отнялась поясница“, появились сильныя боли въ области нижнихъ поясничныхъ позвонковъ; до 17 ь ября еще могъ работать черезъ силу, при чемъ ежедневно смазывалъ поясницу іодомъ; черезъ 2 недѣли появились колющія боли въ нижней половинѣ лѣвой ягодицы; 17 ноября, хотя его и перевели на болѣе легкую работу, у него сразу развились такія сильныя боли по всей задней сторонѣ лѣвой нижней конечности отъ ягодицы и до пятки, что онъ не могъ двигать ногою, не могъ встать; его на рукахъ отнесли въ лазаретъ, здѣсь ему мазали ногу мазью, давали порошки, пролежалъ онъ въ лазаретѣ дней 20; колющія боли въ ногѣ не прекращались ни въ покойномъ положеніи, ни при движеніи ногой; ходить не могъ; до 8 января 1909 года лежалъ дома, бралъ теплыя ванны, мазалъ ногу мазью и принималъ порошки; нѣкоторое облегченіе испытывалъ только послѣ ванны; 8 января поступилъ въ военный госпиталь, гдѣ пролежалъ до великаго поста; въ госпиталь его лѣчили солеными ваннами и іодистой микстурой; началъ съ трудомъ ходить, съ согнутой ногой, при помощи костыля.

Status praesens. Состояніе общаго питанія удовлетвори-тельное. Жалуются, что жилы сзади не даютъ ему прямо ступать на ногу. При стояніи болей не испытываетъ, какъ только пойдетъ, появляются боли подъ ягодицей и въ подколѣнной ямкѣ. Во время ходьбы сильно прихрамываетъ на лѣвую ногу, держать ее въ полусогнутомъ положеніи, ступаетъ на носокъ. Съ костылями ходить легче. Лѣвая нижняя конечность представляется по сравненію съ правой нѣсколько похудѣвшей; измѣреніе окружности бедра показало разницу по сравненію съ правой въ верхней $\frac{1}{3}$ бедра въ 2 снтм., въ средней—въ 1 снтм. Кожная чувствительность всѣхъ родовъ сохранена. Колѣнный и подошвенный рефлексы справа нѣсколько живѣе, чѣмъ слѣва. При давленіи по ходу n. ischiadici болѣзненность. Активныя движенія слѣва менѣе объемисты, чѣмъ, справа, пассивныя возможны въ одинаковой степени, но разгибаніе конечности болѣзненно.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ, что болѣзнь X. проявилась въ формѣ lumbago, развившагося въ связи съ сильнымъ физическимъ напряженіемъ; вскорѣ послѣ этого обнаружилось поражение лѣваго сѣдалищнаго нерва, картина котораго въ видѣ уже давняго заболѣванія, принявшаго, несмотря на упорное лѣченіе, хроническое теченіе (ischias chronica), и обнаружилась передъ нами; явленія lumbago ко времени нашего наблюденія почти не давали себя чувствовать.

Лѣченіе впрыскиваніями 0,75% солевого раствора, охлажденнаго до 0°; 12 мая впрыснуто 15 куб. снтм. въ сѣдалищный нервъ на уровнѣ ягодицы; послѣ вкола иглы и во время впрыскиванія жидкости острая боль по ходу n. ischiadici, отдававшая подъ колѣно и до пятки. Къ вечеру боли значительно слабѣе, ходитъ свободнѣе. Слѣдующія впрыскиванія по ходу сѣдалищнаго нерва, ниже перваго, произведены точно такимъ же способомъ и того же количества раствора 14-го, 16-го, 19-го и 21-го мая. Значительное субъективное и объективное улучшеніе симптомовъ: болей нѣтъ, ногу держать прямо, ходить безъ костыля и даже безъ палки, почти не хромяя, можетъ даже бѣгать; чувствительность n. ischiadici къ давленію ничтожна. 22-го мая выписался по собственному желанію.

Все лѣто чувствовалъ себя хорошо, къ осени боли въ легкой степени возобновились, но позволяли больному ходить верстъ по 12-ти. Въ ноябрѣ 1909 года сдѣлано амбулаторно еще 5 впрыскиваній съ хорошимъ успѣхомъ. Весной 1910 г. Х. пользовался хорошимъ здоровьемъ, ноги у него почти не болѣли. Въ октябрѣ 1910 года боли снова усилились, но не до прежней степени. Обращаетъ вниманіе ходъ температурной кривой Х. (I): со времени начала впрыскиваній кривая начинаетъ повышаться, хотя и незначительно; тѣмъ не менѣе замѣтны подъемы послѣ 3-го, 4-го и 5-го впрыскиваній, особенно послѣ двухъ послѣднихъ; правда, наибольшій подъемъ t° достигаетъ всего $37^{\circ},1$, но если принять во вниманіе обычныя для Х. колебанія отъ $35^{\circ},6$ — $36^{\circ},1$, то ненормальность этой t° дѣлается очевидной.

И. Н. С., 36 л., чиновникъ, пріѣхалъ лѣчиться изъ г. Лаишева и въ больницу поступилъ 16 октября 1909 года. Больнымъ себя считаетъ съ 1 апрѣля 1909 г.; сначала появилась боль въ области лѣваго колѣннаго сустава и „можженіе“ въ голени; постепенно развились боли въ лѣвой сѣдалищной области; въ маѣ неожиданно послѣ неловкаго движенія появилась рѣзкая боль по ходу *n. ischiadici sinistri*, однажды доведшая больного до обморочнаго состоянія; поздѣе боли нѣсколько утихли, но всетаки больной ходилъ прихрамывая и постоянно чувствовалъ неловкость въ лѣвой ногѣ, главнымъ образомъ, въ сѣдалищной области; съ августа начали появляться боли, не дававшія больному спать цѣлыя ночи напролетъ; принималъ внутрь салициловый натрій, аспиринъ, іодистый калий, но это лѣченіе давало лишь ничтожный эффектъ. Примѣнялъ массажъ и мушки. Со 2-го сентября получилъ 7 подкожныхъ впрыскиваній раствора повареной соли, впрыскиванія производились черезъ день, по 20 куб. смт. *pro dosi*, соотвѣтственно ходу сѣдалищнаго нерва; почувствовалъ нѣкоторое облегченіе болѣе сѣдалищной области, но ниже боли держались и какъ будто даже усилились. Начало своей болѣзни С. связываетъ съ простудой.

При изслѣдованіи больного обнаружилось: боли по задней сторонѣ всей лѣвой нижней конечности соотвѣтственно ходу сѣдалищнаго нерва; давленіе по ходу нервнаго ствола на всемъ его протяженіи съ его развѣтвленіями въ голени

болѣзненно; легкая гипѣстезія задней поверхности бедра; колѣнные и ахилловы рефлексы съ обѣихъ сторонъ равномерно повышены; въ стоячемъ положеніи больной опирается, главнымъ образомъ, на правую ногу, перенося на нее центръ тяжести; ходитъ прихрамывая, замѣтно стараясь возможно легче ступать на лѣвую ногу. Хроническій невритъ лѣваго сѣдалищнаго нерва (*ischias chronica sinistra*). Больной блѣдный, анѣмичный субъектъ.

1-е впр. солевого раствора въ п. *ischiadicus* сдѣлано 20 октября; введено 20 куб. снтм. раствора; это же количество вводилось въ нервъ ниже уровня 1-го впр. 22-го, 25-го и 27-го октября, а также 10-го и 15-го ноября. Болевыя ощущенія, сопровождавшія впрыскиванія, указывали, что игла попадала въ самый нервъ. Послѣ 1-го же впрыскиванія боли настолько уменьшились, что больной проспалъ всю ночь, а утромъ ходилъ почти не прихрамывая; на слѣдующую ночь боли возобновились, но въ слабой степени; послѣ 2-го впр. ночью болей не было совершенно, на другой день превосходное самочувствіе; ко времени 3-го впр. больной жаловался на *боли въ области голени*, временами распространявшіяся на бедро; впрыскиваніе не дало рѣзкаго эффекта; жаловался на боли въ колѣнномъ и голеностопномъ суставахъ; 4-е впр. вызвало новое ослабленіе болей; походка почти безъ хромоты; болѣзненности при давленіи на нервъ нѣтъ, а испытываетъ только нѣкоторое чувство неловкости.

Несмотря на довольно существенное улучшеніе, наступившее вслѣдъ за впрыскиваніями, они были прекращены до 10-го ноября, такъ какъ черезъ 3—4 часа *послѣ каждаго впрыскиванія* t° *повышалась* почти до 39° (II), при чемъ это повышеніе сопровождалось тягостнымъ состояніемъ общаго озноба; послѣ 4-го впр., какъ видно изъ соотвѣтствующей кривой, t° выровнялась только черезъ 3—4 дня; сначала мы пытались объяснить повышеніе t° какъ-нибудь иначе, не связывая его съ инъекціей 20 куб. снтм. солевого раствора, но когда повышеніе t° связывалось неизмѣнно съ впрыскиваніями, пришлось обратиться къ мысли о причинной связи повышенной t° съ впрыскиваніями солевого раствора. Послѣ 4-го впр. боли у С. то появлялись, то исчезали, но не достигали уже прежней остроты. Сдѣланное 10-го ноября 5-е впр. хорошо подѣйствовало на боли и сопровождалось ничтожнымъ повы-

шеніемъ t° ; 6-е впр. 15-го ноября сопровождалось повыше-
ніемъ t° до $38^{\circ},6$ и нѣкоторымъ обостреніемъ болей:—Отъ
дальнѣйшихъ впрыскиваній солевого раствора у С. мы отка-
зались, такъ какъ рѣзкія колебанія t° ослабляли его. Больному
былъ назначенъ Kerphaldol по 1,0 на приемъ, подъ влияніемъ
котораго боли довольно хорошо затихали. С. выписался 24
ноября въ улучшенномъ состояніи; онъ очень сожалѣлъ, что
плохо переносилъ солевые инъекціи, такъ какъ, по его мнѣ-
нію, онѣ были ему очень полезны.

III. Д. К., 42 года, слесарь; пріѣхалъ лѣчиться изъ с.
Верхній Тарлашъ, Симбирской губ.; въ больницу поступилъ
12 января 1910 года. Заболѣлъ 1 декабря 1908 г.; наканунѣ
его сильно продуло; появилась острая боль отъ ягодицы до
пятки лѣвой ноги; боли отличались такой силой, что К. про-
велъ 6 недѣль въ постели, не будучи въ состояніи ни встать,
ни сѣсть. Лѣтомъ боли затихли, но 5 недѣль тому наз. по-
явились снова въ очень рѣзкой степени. Лѣчился много прие-
мами внутрь салициловаго натрія, ставилъ много мушекъ.

Въ настоящее время при ходьбѣ припадаетъ на лѣвую
ногу; лишь только пройдетъ 20—30 шаговъ, какъ появляются
острыя боли, долженъ остановиться, больше итти не можетъ;
сидѣть на лѣвой ягодицѣ совершенно не можетъ отъ боли,
сидитъ только на правой, приподнимая лѣвую, что скоро его
утомляетъ. Давленіе по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва небо-
лѣзненно; ясно выражены признакъ Lasègue'a; колѣнные и
ахилловы рефлексы равномѣрны съ обѣихъ сторонъ.—*Ischias
chronica sinistra.*

Еще до поступленія больного въ больницу ему было сдѣ-
лано мной же амбулаторно три впрыскиванія солевого рас-
твора по 30 куб. смт. pro dosi въ лѣвый сѣдалищный нервъ
въ верхней его трети (18-го, 20-го и 22-го декабря 1909 г.).
По заявленію больного, послѣ впрыскиваній ему становилось
значительно легче—боли ослабѣвали, можно было сидѣть и
довольно свободно ходить. 12 января 1910 г. К. поступилъ
въ больницу, а 14-го были возобновлены впрыскиванія.

Послѣ 1-го впр. испытываетъ нѣкоторое облегченіе; хотя
боли и давали себя чувствовать, но значительно слабѣе. Послѣ
2-го впр. (17-го дек.) активныя движенія свободнѣе, болей
нѣтъ; вечеромъ испытывалъ слабыя, безболѣзненные подерги-

ванія въ лѣвой ногѣ. Послѣ 3-го впр. къ вечеру t^0 поднялась до $38^{\circ},4$ (III), передъ этимъ больной испытывалъ жаръ и знобъ, а также нѣкоторую болѣзненность по ходу сѣдалищнаго нерва, главнымъ образомъ, *въ его развѣтвленіяхъ въ области голени*; эти боли держались и на слѣдующій день (20-го), хотя и въ слабой степени. Новое впр. (21-го) сдѣлано соотвѣтственно болѣзненной точкѣ въ область лѣвой ягодицы на $2\frac{1}{2}$ в. выше ягодичной складки; во время впрыскиванія и нѣкоторое время послѣ него боли и „мозженіе“ на внутренней поверхности бедра. Въ $1\frac{1}{2}$ ч. дня появился жаръ и знобъ, боль на *внутренней поверхности бедра, на тыльной поверхности стопы и задней поверхности голени*; боли продолжались до 12 час. ночи; t^0 поднялась до $39^{\circ},2$; на слѣдующій день боли гораздо слабѣе, ходитъ свободнѣе, хотя боли еще держатся на внутренней поверхности бедра и отдають въ пятку. 5-е впр. (24-го) кромѣ обычной боли по ходу сѣдалищнаго нерва во время впрыскиванія еще „отдавало“ въ паховую область; черезъ $1\frac{1}{2}$ часа жаръ и знобъ, незначительныя боли съ внутренней стороны бедра и по задней поверхности голени. 6-е впр. сдѣлано соевымъ растворомъ, подогрѣтымъ до 37°C ; болей и сколько-нибудь значительнаго повышенія t^0 не было; во время ходьбы „стягивало“ мышцы голени; на ночь поставленъ на область голени согрѣвающій компрессъ. 7-е впр. (28-го) перенесъ очень легко, болей нѣтъ, движенія ноги свободны и безболѣзненны. 8-е впр. (31-е)—болей нѣтъ, нѣкоторое „мозженіе“ въ икрожныхъ мышцахъ, но слабое. 9-е впр. (2-го февр.)—болей послѣ впрыскиванія не было; не было ни жара, ни зноба; самочувствіе больного прекрасное; при изслѣдованіи признакъ Lasègue'a отсутствуетъ. 10-е впр. (4-го); боли остались только въ пяткѣ, и то очень слабыя; назначенъ массажъ лѣвой нижней конечности. До 12-го февраля боли не возобновлялись; чувствуетъ себя совершенно здоровымъ; выписался изъ больницы. По свѣдѣніямъ черезъ 3 мѣс. боли не возвращались.

IV. И. Е., 41 г., столяръ. Впервые заболѣлъ настоящей болѣзнью пять лѣтъ т. наз.; простудился на рыбной ловлѣ; сразу появилась боль и ломота по задней поверхности правой ноги; цѣлую недѣлю отъ боли не могъ подняться съ постели; лѣчился мазями, массажемъ и электричествомъ; черезъ четыре

мѣсяца лѣченія боли совершенно исчезли. Въ декабрѣ 1909 года около двухъ недѣль спалъ около сырой, холодной каменной стѣны; 11 декабря утромъ появилась ломота въ правой ягодицѣ; къ вечеру боль распространилась по всей задней сторонѣ правой ноги; ходить могъ только съ большимъ трудомъ; боли затихали только тогда, когда лежалъ неподвижно; каждое движеніе, даже легкой кашель, тотчасъ вызывало острия боли во всей правой ногѣ отъ поясицы и до пятки; началъ принимать салициловый натрій и лѣчиться электричествомъ, но безрезультатно. Исслѣдованіе Е. 19-го января 1910 года показало: больной средняго роста, средняго питанія; жалуется на сильную и постоянную острую боль по задней поверхности правой ноги; боль усиливается при каждомъ движеніи; ходить сильно прихрамывая; стоитъ на лѣвой ногѣ, правая согнута, и больной слегка опирается на ея носокъ; при этомъ боли также усиливаются; давленіе по ходу сѣдалищнаго нерва болѣзненно, симптомъ Lasègue'a; сидитъ съ трудомъ; отъ болей не можетъ спать; сухожильные рефлексы нижнихъ конечностей равномерно живые.—Ischias dextra.

Сдѣлано 1-е впр. 30 куб. снтм. солевого раствора; впрыскиваніе болѣзненно, отдаетъ въ правую паховую область. 21 янв.—по словамъ больного, въ день впрыскиванія боли держались въ паховой области до 12 час. ночи; по задней поверхности бедра болей не было; въ ночь на 21-е появились боли по ходу сѣдалищнаго нерва, до пятки. 2-е впр. (30 куб. снтм.) вызвало болевое ощущеніе по всей ногѣ до пятки. 24-го янв.—вечеромъ въ день впрыскиванія жаръ и знобъ, головная боль, ломота въ бедрѣ, временами по задней поверхности голени; въ результатѣ нѣкоторое облегченіе, ночью спалъ, сидитъ свободнѣе. 3-е впр. (30 куб. снтм.); на область голени назначенъ согрѣвающій компрессъ. 28-го янв.—ночью въ день впрыскиванія сильный жаръ и знобъ, сильныя боли, не давашія спать; на другой день боли утихли, Е. чувствуетъ себя сравнительно легко, ходитъ свободнѣе, сидитъ тоже; хотя боли и есть, но онѣ не такъ сильны, какъ прежде. 4-е впр. (30 куб. снтм.). 31 янв.—въ день впрыскиванія ночью снова жаръ и знобъ, несмотря на предварительный приѣмъ аспирина (0,6), боли прежняго характера. 5-е впр. (30 куб. снтм.). 2-го февр.—жара и зноба послѣ впрыскиванія не

было, ночью были тупыя боли; слабое вытье по ходу сѣдалищнаго нерва, отдаетъ въ голень и въ пятку; ходитъ свободнѣе, спитъ хорошо. 6-е впр. (30 куб. снтм.). 4-го февр.—впрыскиваніе перенесъ легко, сильныхъ болей не было; лежить свободно съ вытянутой ногой, чего раньше дѣлать не могъ. 7-е впр. (30 куб. снтм.). 7-го февр.—послѣ впрыскиванія жара и зноба не наступало; по ночамъ спитъ хорошо; боли, если и бываютъ, то тупыя, значительно слабѣе прежнихъ; болѣзненность при давленіи на сѣдалищный нервъ невелика. 8-е впр. (30 куб. снтм.). 9-го февр.—боли слабыя, ходитъ значительно свободнѣе, можетъ работать, хотя еще съ трудомъ; сидитъ свободно. 9-е впр. (30 куб. снтм.).

Больной почувствовалъ себя настолько удовлетворительно, что рѣшился снова приняться за работу. Ему рекомендовано пользоваться массажемъ.

Попытки работать оказались неудачными, такъ какъ боли возобновились и почти не оставляли больного, несмотря на массажъ, который онъ получалъ ежедневно. При работѣ боли обострялись, затихая нѣсколько во время отдыха. 4 марта 1910 г. Е. легъ въ больницу. Съ 7-го марта были возобновлены впрыскиванія, при чемъ первыя 6 были сдѣланы по 30 куб. снтм. 7-го марта—1-е впр.; во время впрыскиванія и нѣкоторое время послѣ боль и ломота въ подколенной ямкѣ; ночью колотья въ подошвѣ и въ икроножной области. 9-го марта.—Боли продолжались все время во всей ногѣ; ночь спалъ тревожно 2-е впр.; сильная болѣзненность на мѣстѣ впрыскиванія и до подколенной ямки. Массажъ голени и согрѣвающій компрессъ на икроножную область. 11-го марта.—Жара и зноба не ощущалъ; давленіе на сѣдалищный нервъ болѣзненно, особенно въ средней $\frac{1}{3}$ бедра; днемъ непрерывныя боли, ночью спалъ тревожно; лежить съ трудомъ; если выпячиваетъ ноги, боли тотчасъ усиливаются, начинаетъ колотъ въ подошвѣ. 3-е впр.—14-го марта.—Прежнія жалобы, но въ меньшей степени; испытываетъ нѣкоторое облегченіе. 4-е впр.—16-го марта. Боли слабѣе, ходитъ лучше. 5-е впр.—17-го марта.—По ночамъ спитъ удовлетворительно; боли слабѣютъ; ходитъ свободнѣе; если при лежаніи вытягиваетъ ногу, быстро поднимаются боли, гл. обр. въ ягодицѣ; боли усиливаются и при ходьбѣ. 6-е впр.—21-го марта.—Самочувствіе лучше, боли тупыя, лежить и ходитъ довольно свободно. 7-е впр. (60 куб.

снтм.).—23-го марта.—При давленіи на п. ischiadicus нѣкоторая болѣзненность; боли слабы. 8-е и 9-е впр. по 30 куб. снтм., одно верхка на $1\frac{1}{2}$ ниже crista ossis ileum въ болѣзненную точку, другое въ сѣдалищный нервъ на уровнѣ середины бедра. 25-го марта.—Интенсивность болей ослабѣваетъ съ каждымъ впрыскиваніемъ. 10-е и 11-е впр. въ томъ же мѣстѣ. 28-го марта.—Симптомъ Lasègue'a выраженъ слабо; самъ больной не сразу находитъ болевья точки. 12-е и 13-е впр.—30 марта.—Всѣ движенія свободны; ходитъ, не ощущая почти никакихъ болей; симптомъ Lasègue'a не выраженъ; имѣются нѣкоторыя неприятныя ощущенія въ нижней $\frac{1}{3}$ голени и въ стоцѣ; 14-е и 15-е впр.—1-го апрѣля.—Чувствуетъ себя поправившимся совѣмъ и окрѣпшимъ, принимаетъ для пробы безнаказанно всѣ позы и положенія, вызывавшія раньше рѣзкія боли, болей нѣтъ; 16-е и 17-е впр.—4-го апрѣля выписался здоровымъ. 27-го апрѣля отъ Е. получены свѣдѣнія, что онъ работаетъ прекрасно, чувствуетъ себя хорошо. Рѣзкихъ колебаній t^0 послѣ впрыскиваній не наблюдалось, наибольшее повышение достигло лишь $37^0,7$. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ впрыскиваній Е. чувствовалъ себя здоровымъ, возврата болей не наступало.

V. Ф. С., 56 л., крестьянинъ Сызранской губ., занимается хлѣбопашествомъ, въ больницу поступилъ 22 января 1910 года.

Заболѣлъ въ началѣ октября 1909 г. послѣ паденія съ телѣги, при чемъ онъ ударился лѣвымъ бокомъ; тогда же появились боли по задней сторонѣ лѣвой ноги; боли постепенно усиливались, несмотря на усиленное лѣчение домашними средствами; онъ лишился возможности работать, почти не могъ ходить; 1 января ему были поставлены мушвы, послѣ чего боли стали слабѣе.

24 янв.—Общее питаніе С. ниже средняго; умѣренный склерозъ сосудовъ; ходитъ почти не можетъ, передвигается опираясь на костыль, при чемъ лѣвая нога согнута въ колѣнѣ, на нее не ступаетъ; сидѣть не можетъ, лежать на спинѣ и на лѣвомъ боку трудно—ломить ногу; колѣнные и ахилловы рефлексы равномѣрны; наклоненіе туловища впередъ въ стоячемъ положеніи усиливаетъ боли; ложась на животъ, сначала съ трудомъ принимаетъ положеніе à la vache,

затѣмъ медленно опускается, подложивъ подъ себя подушки. Симптомъ Lasègue'a; болѣзненность при давленіи по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва и въ области ягодицы.—*Ischias sinistra*.—С. получилъ 10 впр. солевого раствора по 30 куб. смтм. каждое. 1-е впр.; острая боль до подколѣнной ямки и ниже. 26-го янв.—Хотя и отрицаетъ улучшение самочувствія, но можетъ идти, прихрамывая, безъ костыля; боли въ ягодицѣ и бедрѣ ослабѣли, держатся въ нижней $\frac{1}{3}$ бедра и въ голени до пятки. 2-е впр.—28-го янв.—Вскорѣ послѣ вприскиванія былъ небольшой жаръ и ознобъ, болей сильныхъ не отмѣчаетъ; боли держатся только ниже подколѣнной впадины; лежитъ и ходитъ свободнѣе, на животъ ложится тоже свободнѣе. 3-е впр.—31-го янв.—Къ вечеру боли въ голени, но по наложеніи согрѣвающего компресса вскорѣ успокоились; въ бедрѣ болей нѣтъ; при лежаніи съ вытянутой лѣвой ногой болей не развивается. 4-е впр.—2-го февраля.—Боли держатся въ икроножной области до пятки. 5-е впр.—4-го февр.—Боли значительно меньше, активныя движенія лѣвой ногой свободны; при давленіи по ходу сѣдалищнаго нерва болѣзненности нѣтъ; боли держатся въ голени и въ пяткѣ. 6-е впр.—7-го февр.—Въ день вприскиванія вечеромъ былъ жаръ и знобъ, а также ломота въ голени и въ пяткѣ, но слабая; ходитъ свободно. 7-е впр.—9-го февр.—Согрѣвающей компрессъ на икроножную область; жара и зноба послѣ вприскиванія не было; присоединенъ массажъ икроножной области и бедра. 8-е впр.—11-го февр.—Незначительныя боли только въ пяткѣ; ходитъ и двигаетъ ногой свободно, но держитъ ногу слегка согнутою въ колѣнѣ—„жилу тянетъ“. 9-е впр.—14-го февр.—Чувствуетъ себя хорошо: можетъ ходить, сидѣть и лежать съ вытянутою конечностью свободно; ничтожныя боли. 10-е впр.—19-го февр.—Болей нѣтъ; болѣзненность сѣдалищнаго нерва къ давленію почти отсутствуетъ; выписался по собственному желанію, заявивъ, что чувствуетъ себя здоровымъ. Впрыскиванія вызывали небольшое повышение t° , ни разу не превысившее 38° ; наибольшія повышенія $37^{\circ},9$; $37^{\circ},6$; $37^{\circ},8$; $37^{\circ},7$ (V).

VI. В. П., 47 л., чернорабочій; крестьянинъ Мамадышскаго уѣзда; въ больницу поступилъ 19-го февраля 1910 года.

Заболѣлъ въ октябрѣ 1909 года, постепенно; работалъ въ холодную, дождливую погоду, во время работы потѣлъ, лежалъ и сидѣлъ на сырой землѣ; часто въ пьяномъ видѣ спалъ на сырой землѣ; развились боли и ломота по задней сторонѣ правой ноги; сначала боли держались только въ верхней части бедра, а потомъ постепенно распространились внизъ до самой пятки; „мозжить“ и ломить, главнымъ образомъ, во время лежанья и сидѣнья, а при ходьбѣ какъ будто легче, хотя едва переступаетъ отъ боли.

Общее питаніе ослаблено. Ходить прихрамывая; стоять, перемѣщая тяжесть тѣла на лѣвую ногу, правая согнута въ колѣнѣ; давленіе по ходу праваго сѣдалищнаго нерва болѣзненно. Симптомъ Lasègue'a. Колѣнные и ахилловы рефлексы равномѣрны.—Ischias dextra.—Больному сдѣлано 10 впр. солевого раствора, изъ нихъ 9 впр. по 30 куб. снтм. и 1 впр. въ 60 куб. снтм. 21-го февр.—1 впр., сопутствующіе симптомы показали, что игла попала въ нервъ.—23-го февр.—Можетъ лежать; обѣ ночи могъ спать, хотя мало; боли не достигали прежней силы, только „колетъ, какъ иглами“. 2-е впр.—25-го февр.—Въ день впрыскиванія къ вечеру жаръ и знобъ; боли сосредоточиваются гл. обр. въ голени, въ бедрѣ слабѣе; ночь спалъ, хотя мало; на другой день боли слабѣе; двигаетъ ногой свободнѣе. 3-е впр.—28 февр.—Ночью въ день впрыскиванія ощущеніе жара въ ногѣ, гл. обр., въ икроножной области и въ пяткѣ; боли не такъ интенсивны, какъ раньше; по ночамъ спитъ мало, часто просыпается отъ „мозженія“ въ ногѣ. 4-е впр. раствора, подогрѣтаго до 37°,5С.—2-го марта.—Послѣ впр. были стрѣляющія боли по всей ногѣ отъ ягодицы до пятки; продолжались часовъ до 5 дня, затѣмъ успокоились; ночью спалъ лучше и дольше; ночью въ день впр. былъ небольшой жаръ и знобъ; ходитъ свободнѣе. 5-е впр.—4-го марта.—Въ день впр. слабыя боли; ночью спалъ спокойнѣе и дольше; вторую ночь провелъ значительно спокойнѣе; стрѣляющія боли появились лишь подъ утро, но не были интенсивны и часты. 6-е впр. Назначенъ массажъ икроножной области и согрѣвающей компрессъ на ту же область.—7-го марта.—Боль послѣ впрыскиванія держалась недолго; ночь провелъ довольно снокойно, спалъ до 4 час. утра, въ 4 ч. появились слабыя боли, локализирующіяся въ области голеностопаго сочлененія. 7-е впр.—9-го марта.—

Ночами спитъ хорошо, боли не тревожатъ; днемъ боли продолжаютъ непрерывно, но онѣ очень слабы; 8-е впр.—11-го марта.—Болей почти нѣтъ; ходитъ свободно; легкія боли въ нижней $\frac{1}{3}$ голени; симптомъ Lasègue'a еще получается; ночи проводитъ спокойно. 9-е и 10-е впр.—одно нѣсколько выше ягодичной складки, а другое нѣсколько ниже *crista ossis il.*, соответственно болѣзненнымъ точкамъ.—14-го марта.—Ни зноба, ни жара послѣ впрыскиваній не было; ночи проводитъ совершенно спокойно. 11-е впр.—16-го марта.—Болей при давленіи по ходу *n. ischiadici* и его развѣтвленій нѣтъ, за исключеніемъ чувствительности къ давленію въ нижнихъ частяхъ икроножной области; ходитъ совершенно свободно; симптомъ Lasègue'a не получается; чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Выписался. Въ день 2 го впр. t° поднялась до $38^{\circ},2$ (VI), послѣ дальнѣйшихъ впрыскиваній наблюдались небольшія колебанія t° , до $37^{\circ},1$, $37^{\circ},2$, $37^{\circ},3$, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ t° послѣ впрыскиванія и совсѣмъ не повышалась.

VII. А. Ч., 48 л., крестьянинъ Спасскаго уѣзда, по профессіи котельщикъ; въ больницу поступилъ 11-го апрѣля 1910 года.

Злоупотреблялъ спиртными напитками; часто напивался до пьяна, валялся на землѣ, засыпалъ на землѣ, часто простуживался; помнитъ, что однажды при паденіи сильно зашибъ правую ягодичную область, послѣ чего однако нога болѣла недолго; считаетъ себя больнымъ съ начала декабря 1909 года.

Болѣзненность правой ягодичной области по направленію въ поясницѣ, по ходу *n. ischiadici* по задней сторонѣ бедра и съ наружной стороны правой голени; въ области бедра боли не сильныя, онѣ усиливались при ходьбѣ и работѣ, не давали больному сидѣть, ночью исчезали.

Status praesens. Больной средняго роста, хорошо сложенъ и упитанъ; кожная чувствительность, мышечное чувство, слизистые, кожные и сухожильные рефлексы въ предѣлахъ нормы; органы чувствъ также въ предѣлахъ нормы; при давленіи по ходу праваго сѣдалищнаго нерва ниже ягодичной складки чувствительность, большая чувствительность при дав-

леніи на ягодичную область; симптомъ Lasègue'a; боли при ходьбѣ и при пояскомъ сгибаніи рѣзко усиливаются.

Впрыскиванія производились больному 12 разъ, при чемъ только два раза введено было по 30 куб. снтм. солевого раствора, всѣ остальные разы впрыскивалось по 60 куб. снтм. въ два приѣма.—*Ischias chronica dextra.*

10 апрѣля.—1-е впр. (30 куб. снтм.) въ болѣзненную точку въ области правой ягодицы; боли остались безъ перемѣны, особенно съ наружной стороны голени. 13-го апр.—2-е и 3-е впр. (30 X 2) въ область ягодицы рядомъ съ первымъ и въ п. *ischiadicus* подѣ ягодичной складкой; ночью жаловался на сильную болѣзненность, особенно съ наружной стороны голени. 15-го апр.—4-е и 5-е впр. (30 X 2) въ область ягодицы и по ходу сѣдалищнаго нерва; къ вечеру жаръ и знобъ, сильныя боли въ области нижняго впрыскиванія, стрѣляющія по ходу сѣдалищнаго нерва и наружной сторонѣ голени; боли продолжались всю ночь и стихли утромъ; давленіе на п. *ischiadicus* подѣ ягодичной складкой болѣзненно, также болѣзненно давленіе на область ягодицы выше мѣста впрыскиванія. 17-го апр.—6-е впр. (30 куб. снтм.); ночью боли съ наружной стороны голени, скоро утихшія. 20-го апр.—7-е и 8-е впр. (30 X 2) въ область ягодицы на 3 пальца отъ крестца и по ходу сѣдалищнаго нерва, очень болѣзненное, съ рѣзкой отдачей боли подѣ колѣно и въ пятку. 22-го апр.—Боли въ голени слабѣе, также и въ области ягодицы; временами боли по наружной сторонѣ ягодицы и бедра; 9-е и 10-е впр. (30 X 2) въ область ягодицы и по ходу сѣдалищнаго нерва; боли по ходу нерва до подколенной впадины. 20-го апр.—11-е и 12-е впр. (30 X 2); боли съ наружной стороны голени слабѣе; ходить свободнѣе; симптомъ Lasègue'a едва выраженъ; въ ягодичной и бедренной области болѣе нѣтъ; при давленіи на п. *ischiadicus* тупая болѣзненность. 27-го апр.—13-е и 14-е впр. (30 X 2) въ прежнія области; жалуется на сильную боль съ наружной стороны голени. 29-го апр.—15-е и 16-е впр. (30 X 2) въ прежнія области; вечеромъ болѣе нѣтъ; 30-го жалуется на боли въ голени только при ходьбѣ; при спокойномъ положеніи ихъ нѣтъ; давленіе на п. *ischiadicus* безболѣзненно. 2-го мая.—17-е и 18-е впр. (30 X 2) въ прежнія области; анодная гальванизація п. *regonei*. 4-го мая.—19-е и 20-е впр. (30 X 2) въ область бедра и голени

подъ головкой *fibulae* въ область п. *peronei* и *tibialis*; 5-го при покойномъ положеніи болей нѣтъ, при ходьбѣ лишь тупая боль. 6-го мая.—21-е и 22-е впр. (30 X 2) въ ягодицу и въ область голени; болей нѣтъ ни въ ягодицѣ, ни въ бедрѣ, лишь слабая боль въ голени при ходьбѣ. 9-го мая выписался совершенно безъ болей.—Согревающие компрессы, примѣнявшіеся въ теченіе нѣсколькихъ дней на область голени еще до впрыскиваній въ икроножную область, благоприятнаго вліянія на боли не оказали. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ каждаго впрыскиванія наступалъ жаръ и знобъ, t° послѣ впр. 15 го апр. повысилась до $39^{\circ},6$ (VII), далѣе она не превышаетъ $38^{\circ},5$, повышеніемъ t° сопровождалось почти каждое впрыскиваніе, но каждое послѣдующее впрыскиваніе сопровождалось все меньшимъ и меньшимъ повышеніемъ t° ($39^{\circ},6$; 38° ; $38^{\circ},5$; $38^{\circ},4$; $38^{\circ},4$; $37^{\circ},8$; $37^{\circ},6$; $37^{\circ},1$; $37^{\circ},6$; $37^{\circ},8$), но несмотря на многочисленность впрыскиваній, ни разу дѣло не обошлось безъ повышенія t° , хотя бы и незначительнаго.

Слѣдующіе три больныхъ хотя и пользовались амбулаторнымъ лѣченіемъ, но послѣ каждаго впрыскиванія солевого раствора оставались въ больницѣ до часа и долѣе; кромѣ того, t° ихъ измѣрялась два раза въ день въ теченіе всего времени лѣченія.

VIII. И. Л., 33 г., студ. университета; началъ лѣчиться со 2-го мая 1910 г. Боленъ съ іюля 1909 года, когда впервые появились боли по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва; передъ этимъ купался въ холодную погоду и сильно прозябъ; острыхъ болей не было, боли ноющего характера; успокаиваются при покойномъ положеніи въ постели, усиливаются при вставаніи съ мѣста и при ходьбѣ; по ночамъ болей не бываетъ. Страдалъ верхушечнымъ процессомъ, въ настоящее время затихшимъ.

Состояніе общаго питанія удовлетворительное; колѣнные и ахилловы рефлексы равномерно живые; симптомъ Lasègue'a; чувствительность лѣваго сѣдалищнаго нерва къ давленію; прихрамываетъ при ходьбѣ. Общее повышеніе нервной возбудимости.—*Ischias sinistra*.

Въ виду бывшаго верхушечнаго процесса, прежде чѣмъ приступить къ впрыскиваніямъ солевого раствора, больной

былъ подвергнутъ изслѣдованію спеціалиста по внутреннимъ болѣзнямъ, который призналъ его состояніе удовлетворительнымъ и разрѣшилъ производить впрыскиванія, несмотря на возможные при этомъ повышенія t° . Первые 7 впр. были сдѣланы по 30 куб. снтм. солевого раствора каждое, послѣднія 4 по 60 куб. снт.

2-го мая.—1-е впрыскиваніе въ сѣдалищный нервъ подъ ягодичной складкой; боли распространяются подъ колѣно и въ паховую область, держались почти сутки; вечеромъ жаръ и знобъ. 4-го мая.—2-е впр. по ходу сѣдалищнаго нерва; боли по ходу нерва и въ паховую область. 6-го мая.—3-е впр. ниже по ходу нерва; боли распространяются въ подколенную впадину и съ передней стороны бедра; при покойномъ положеніи боли уменьшаются, при движеніи усиливаются. 9-го мая.—4-е впр. Боли по ходу сѣдалищнаго нерва. 11-го мая.—5-е впр. Боли по ходу нерва при движеніяхъ, въ покойномъ положеніи болей нѣтъ. 13-го мая.—6-е впр. Боли, по словамъ больного, замѣтно меньше; ходитъ свободнѣе, большія разстоянія; можетъ послѣ ходьбы сѣсть и, посидѣвъ, встать безъ боли. 16-го мая.—7-е впр. Проходитъ безъ затрудненія большія разстоянія. 18-го мая.—8-е впр. Въ виду жалобъ на боли въ икроножной области, назначенъ массажъ голени. 20-го мая.—9-е впр. Усилились боли въ верхнемъ отдѣлѣ сѣдалищнаго нерва. 23-го мая.—10-е впр. Жалуются на утомляемость при ходьбѣ и на усиленіе болей. 25-го мая.—Боли продолжаютъ. 27-го мая.—11-е впр. Ночью ознобъ и сильный потъ; острия боли по ходу нерва, при движеніи затихаютъ. 30-го мая.—Послѣднія впрыскиванія не облегчали болей. Въ виду того, что послѣднее впрыскиваніе вызвало новый подъемъ t° ($37^{\circ},8$), впрыскиванія прекращены. Первые впрыскиванія сопровождались довольно высокими подъемами t° , достигавшими $38^{\circ},6$ (VIII), послѣ 4-го впр. подъемы t° лишь незначительно превышали норму.

IX. Ф. Д., 30 л., официантъ; лѣчится солевыми впрыскиваніями началъ амбулаторно со 2-го мая 1910 года.

Болезнь съ декабря 1909 года; начались острия боли по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва, усиливавшіяся большею частью по ночамъ; днемъ боли затихали, въ февраль 1910 г. боли обострились; въ мартѣ пролежалъ 25 дней въ больницѣ

по другому поводу, но одновременно пользовался отъ болѣй различными внутренними средствами; выпи́сался безъ замѣтнаго улучшенія со стороны болѣй. Въ настоящее время острыхъ болѣй нѣтъ, онѣ усиливаются при перемѣнѣ положенія, при ходьбѣ; особенно усиливаются ночью, когда больному по роду его занятій приходится усиленно двигаться и ходить. До заболѣванія злоупотреблялъ спиртными напитками; подвергался дѣйствию сквозняковъ.

Больной средняго роста, слабago тѣлосложенія и питанія; на задней сторонѣ лѣваго бедра ближе къ колѣнному суставу сильное развитіе венъ въ видѣ варикозныхъ узловъ; вены сильно развиты и выше, къ ягодицѣ; чувствительность при давленіи по ходу сѣдалищнаго нерва, также рядъ чувствительныхъ точекъ въ области ягодицы; симптомъ Lasègue'a; колѣнные и ахилловы рефлексы равномѣрны.—*Ischias sinistra.*

Со 2-го по 30-е мая больному было сдѣлано 13 впрыскиваній солевого раствора по 30 куб. снтм., лишь 10-е впр. содержало 60 куб. снтм. раствора.

2-го мая.—1-е впр. въ сѣдалищный нервъ подъ ягодичной складкой; вечеромъ знобило, сильныя боли въ ягодичной области. 4-го мая.—2-е впр. въ нервъ выше предшествующаго; вечеромъ знобило. 6-го мая.—3-е впр. еще нѣсколько выше; вечеромъ знобъ, сильныя боли по ходу *n. ischiadici* и въ области ягодицы. 9-го мая.—4-е впр. въ верхнемъ отдѣлѣ ягодицы соотвѣтственно болевой точкѣ. 11-го мая.—5-е впр. въ ягодичную область; боли въ ягодичной области; по ходу нерва болѣе нѣтъ. 13-го мая.—6-е впр. въ ягодицу снару́жи отъ предыдущаго. Ходить свободнѣе, боли слабѣе. 16-го мая.—7-е впр. возлѣ прежняго. 18-го мая.—8-е впр. рядомъ съ прежнимъ; боли держатся въ ягодицѣ, хотя замѣтно слабѣе. 20-го мая.—9-е впр. Жалуются на легкія боли въ ягодицѣ, поясницѣ и по передней поверхности бедра до колѣна; боли при движеніяхъ; въ общемъ, испытываетъ большое облегченіе по сравненію прежнимъ. 23-го мая.—10-е впр. (60 куб. снтм.) въ ягодицу; чувствуетъ себя гораздо лучше. 25-го мая.—11-е впр. Болѣе въ ногѣ и ягодицѣ нѣтъ, ходитъ свободно; жалуются на боли въ крестцѣ; по роду службы долженъ проводить большую часть времени на ногахъ — дѣлаетъ это свободно. 27-го мая.—12-е впр. Слабыя боли около крестца; чувствительности по ходу сѣдалищнаго нерва нѣтъ.

30-го мая.—15-е впр. по ходу нерва ниже ягодичной складки. Осталась только незначительная боль возлѣ крестца, не мѣшавшая больному успѣшно исполнять его службу. Повышенія t° наблюдались послѣ первыхъ выпрыскиваній ($38^{\circ},6$ и $38^{\circ},5$), дальнѣйшія колебанія t° были невелики, кромѣ повышеній 16-го, 23-го и 25-го мая ($37^{\circ},8$; $37^{\circ},8$ и $38^{\circ},7$) (IX).

Достигнутый результатъ сохранился, лишь въ октябрѣ больной снова явился на приемъ съ просьбой произвести ему нѣсколько выпрыскиваній возлѣ крестца, что и было исполнено съ хорошимъ успѣхомъ, въ смыслѣ уменьшенія болей.

Х. С. А., 37 л., служитель при аптекѣ; лѣчиться началъ съ 18-го мая 1910 года. Заболѣлъ около 4-хъ мѣс. т. наз.; думаетъ, что простудился, сидя около окна, изъ котораго дуло; по крайней мѣрѣ, вскорѣ послѣ этого начала разбалчиваться поясница; боли постепенно усиливались и спускались все ниже и ниже; въ настоящее время болить вся лѣвая нога; въ лежачемъ положеніи боли затихаютъ, сосредоточиваясь въ поясницѣ, усиливаются при движеніяхъ. Много, но безуспѣшно лѣчился салициловыми и іодистыми препаратами; принялъ 13 соленыхъ ваннъ, также мало облегчившихъ его состояніе. До болѣзни пилъ много водки, послѣ заболѣванія совершенно прекратилъ употребленіе спиртныхъ напитковъ.

Состояніе общаго тѣлосложенія и питанія А. представляется удовлетворительнымъ. Давленіе по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва болѣзненно, особенно при давленіи на уровнѣ ягодичы, ближе къ мѣсту выхода нерва. Боли усиливаются при движеніяхъ, при ходьбѣ прихрамываетъ. Симптомъ Lasègue'a. Колѣнные и ахилловы рефлексы равномерно повышены.—*Ischias sinistra*. Больному было сдѣлано 6 впр. солевого раствора, изъ нихъ 4 впр. по 30 куб. снтм. и 2 по 60 куб. снтм.

18-го мая.—1 впр. (30 снтм.) въ сѣдалищный нервъ на уровнѣ ягодичной складки. 20-го мая. Послѣ 1-го впр. болей въ бедрѣ совсѣмъ не чувствовалъ, остались сильныя боли въ поясницѣ и агодицѣ. 2-е впр. (60 снтм.) ниже перваго. 23-го мая. Болей по ходу нерва нѣтъ совсѣмъ, жалуется на боли въ крестцѣ и въ верхней части ягодичы. 3-е впр. (60 снтм.) въ болѣзненную точку въ верхней части ягодичы.

25-го мая.—Боли держатся упорно въ крестцѣ, больше нигдѣ болей нѣтъ; ходить свободно, но еще съ нѣкоторымъ затрудненіемъ встаетъ со стула. 4-е впр. (30 снтм.) въ ягодичную область.—27-го мая.—Болей въ крестцѣ почти нѣтъ, незначительныя боли отдають въ лѣвый пахъ; ходить свободно, можетъ безболѣзненно нагибаться и вставать со стула; давленіе по ходу сѣдалищнаго нерва неболѣзненно. 5-е впр. въ верхнюю часть ягодицы (30 снтм.).—30-го мая.—Самочувствіе больного хорошее; сдѣлано 6-е впр. (30 снтм.) въ область ягодицы.—Повышенія t° наблюдались послѣ 2-го впр. ($37^{\circ},8$), послѣ 4-го ($38^{\circ},5$) и послѣ 5-го ($37^{\circ},6$) (X).

Въ октябрѣ 1910 года А. пришелъ въ амбулаторію съ просьбой сдѣлать ему нѣсколько впрыскиваній въ правый сѣдалищный нервъ, по поводу невралгическихъ болей, начавшихся недѣли 3—4 т. наз. Предпринятое лѣченіе сопровождалось прежнимъ успѣхомъ.

Изъ приведенныхъ нами наблюденій вытекаетъ, что лѣченіе невритовъ сѣдалищнаго нерва паренхиматозными впрыскиваніями охлажденнаго солевого раствора со волами иглы шприца въ нервъ можетъ сопровождаться *весьма значительнымъ успѣхомъ*. Мы привели рядъ случаевъ сравнительно давнихъ заболѣваній, продолжительностью отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ, часть ихъ можетъ быть отнесена къ хроническимъ; по симптомамъ, обнаруженнымъ больными, дѣло шло не о припадочныхъ боляхъ, характеризующихъ невралгію, а о стойкихъ невритическихъ пораженіяхъ; въ случаѣ V причиною болѣзни явилась травма, въ остальныхъ случаяхъ причины заболѣванія были частью смѣшанныя, частью одиночныя, какъ напр., поднятіе тяжести и простудная инфекция (сл. I), алкоголизмъ и простуда (сл. X) или одна простуда. Большинство нашихъ больныхъ до обращенія къ намъ и до лѣченія солевыми впрыскиваніями испробовали различные способы лѣченія безъ существеннаго успѣха; правда, наши больные не пробовали лѣченія, напр., шотландскими душами или грязями, но эти способы не вездѣ примѣнимы и не всѣмъ

доступны, а больные наши принадлежали въ числу людей неимущихъ.

Принимая во вниманіе тяжесть и продолжительность болѣзни въ нашихъ случаяхъ до начала лѣченія солевыми впрыскиваніями и что, несмотря на это, изъ десяти приведенныхъ случаевъ въ четырехъ (сл. I, II, VIII и IX) наступило существенное улучшение, а въ шести выздоровленіе (сл. III, IV, V, VI, VII и X), мы и считаемъ себя вправѣ заключить, что наше лѣченіе сопровождалось весьма значительнымъ успѣхомъ.

Намъ могутъ замѣтить, что мы впрыскивали нашимъ больнымъ слишкомъ малыя дозы солевого раствора, всего отъ 15—60 куб. снтм. за одинъ пріемъ; б. м., если бы мы впрыскивали большія дозы (100—150 куб. снтм.), мы бы получили лучшіе результаты? по крайней мѣрѣ, можно было ограничиться меньшимъ числомъ впрыскиваній?

Мы оговорились съ самаго начала, что рѣшили дѣйствовать съ осторожностью, и не раскаялись въ этомъ: уже у II больного послѣ впрыскиванія *только 20 куб. снтм.* солевого раствора мы наблюдали такія повышенія t° (II) со знобами, что естественно должны были даже пріостановить лѣченіе, тѣмъ болѣе, что въ то время еще не было заявленій въ литературѣ о повышеніяхъ t° , развивающихся вслѣдъ за впрыскиваніями солевого раствора при лѣченіи невритовъ сѣдалищнаго нерва; кромѣ того, благопріятные лѣчебные результаты, которыхъ мы достигали, впрыскивая больнымъ отъ 30—60 куб. снтм. солевого раствора *pro dosi*, не приводили насъ въ необходимости увеличивать дозу; въ дальнѣйшихъ наблюденіяхъ, о которыхъ будетъ упомянуто ниже, мы впрыскивали до 100 куб. снтм. *pro dosi*, но такое увеличеніе вводимаго количества солевого раствора *не показало намъ сколько-нибудь существенныхъ преимуществъ введенія большихъ количествъ раствора.*

Если обратимъ вниманіе на теченіе болѣзни у нашихъ больныхъ подѣ влияніемъ примѣнявшагося нами лѣченія, то увидимъ, что въ общемъ оно отличается большимъ сходствомъ. Обыкновенно боли, возникавшія при самой процедурѣ впрыскиванія, стихали тотчасъ вслѣдъ за его окончаніемъ, и нерѣдко больной сразу чувствовалъ себя нѣсколько лучше; чаще же боли не стихали сразу надолго, а черезъ небольшое время послѣ впрыскиванія ($1/2$ —1 ч.) наступало обостреніе болей, продолжавшееся иногда всю ночь; замѣтное облегченіе отмѣчалось больными уже на слѣдующій день послѣ 1-го впр., въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ наступленіе замѣтнаго улучшенія нѣсколько затягивалось, приходилось сдѣлать 2—3 впр., чтобы улучшеніе стало очевиднымъ; почти какъ общее правило, начало лѣченія сопровождалось быстрымъ успѣхомъ; боли въ бедрѣ утихали, больные начинали хорошо спать по ночамъ, свободнѣе ходить; дальнѣйшее улучшеніе симптомовъ развивалось уже значительно медленнѣе, нерѣдко приходилось производить рядъ впрыскиваній безъ сколько-нибудь существеннаго улучшенія, которое въ концѣ концовъ всетаки наступало послѣ 10—12—15-ти впр.; одному больному (IV) пришлось провести два курса лѣченія.

Послѣ того, какъ затихали острия боли въ бедрѣ, обыкновенно больные начинали жаловаться на обостреніе болей въ икроножной области; часто эти боли характеризовались, какъ „жгучія, нестерпимыя“. Повидимому, эти боли являлись, какъ *результатъ обостренія процесса* подѣ влияніемъ лѣченія, наблюдавшійся и на уровнѣ бедра послѣ 1—2 впрыскиваній; въ дистальныхъ вѣтвяхъ сѣдалищнаго нерва, конечно, такое обостреніе развивалось позднѣе; отчасти эта мучительность болей въ икроножной области, на которыя въ началѣ лѣченія больные не жаловались, объясняется тѣмъ, что послѣ прекращенія или значительнаго уменьшенія болей на уровнѣ бедра все вниманіе больныхъ привлекалось указанными бо-

лями, въ результатѣ чего получалось невольное преувеличеніе ихъ силы.

Такъ какъ боли въ икроножной области тяжело переносились больными и продолжались довольно долго (въ нѣкоторыхъ случаяхъ по недѣлѣ и долѣе), то для облегченія самочувствія больныхъ и ради ускоренія лѣченія мы назначали согрѣвающие компрессы на икроножную область и массажъ ея; въ большинствѣ случаевъ такое лѣченіе при продолженіи впрыскиваній давало желаемый результатъ очень быстро (боли прекращались въ нѣсколько дней); между тѣмъ, массажъ и компрессы, примѣнявшіеся у нѣкоторыхъ изъ тѣхъ же больныхъ до начала лѣченія солевымъ растворомъ, сколько-нибудь существеннаго улучшенія имъ не приносили. Такое комбинированное лѣченіе долго не давало благопріятнаго результата въ сл. VII; тогда мы рѣшились впрыснуть солевой растворъ въ икроножную область: въ боковомъ положеніи больного игла шприца была введена позади и подъ головкой fibulae въ направленіи хода n. tibialis на глубину 4—5 снтм.; было впрыснуто 15 куб. снтм. солевого раствора, затѣмъ игла была извлечена снтм. на 4, и снова было впрыснуто 15 куб. снтм. раствора; имѣлось въ виду подѣйствовать на оба нерва; результатъ получился очень хорошій—боли быстро прекратились; конечно, въ этомъ случаѣ отнюдь не преслѣдовалась цѣль задѣть нервъ иглой, напротивъ, насколько позволяло знакомство съ топографіей этой области голени, мы избѣгали раненія нервовъ, которое при ихъ относительно небольшой толщинѣ могло повлечь за собою хотя бы временное нарушеніе ихъ двигательной функціи. Къ этому способу мы прибѣгли только въ одномъ случаѣ VII.

Для полного излѣченія больныхъ намъ приходилось примѣнять длинный рядъ впрыскиваній; это обусловливается тѣмъ, что мы имѣли дѣло съ хрониками и тѣмъ, что мы стремились достигнуть по возможности полного излѣченія больныхъ; если бы мы стремились принести нашимъ больнымъ только

болѣе или менѣе существенное облегченіе, мы могли бы, конечно, ограничиться меньшимъ количествомъ впрыскиваній. Не лишено, по нашему мнѣнію, значенія и то обстоятельство, что большинство нашихъ больныхъ пользовалось стаціонарнымъ лѣченіемъ въ больницѣ: мы могли вслѣдствіе этого производить всестороннее наблюденіе больныхъ въ теченіе продолжительнаго времени и, въ случаѣ надобности, повторять впрыскиванія до тѣхъ поръ, пока это оказывалось необходимымъ. Амбулаторные больные легко ускользаютъ изъ-подъ наблюденія, и поэтому амбулаторный клиническій матеріалъ менѣе благопріятенъ для выводовъ о терапевтическомъ значеніи того или иного средства; больной, особенно малоимущій, вынужденный много работать, часто не столько лѣчится, сколько подлѣживается; посѣтивъ амбулаторію 2—3 раза и получивъ облегченіе, онъ перестаетъ лѣчиться за немнѣніемъ для этого времени; принимая во вниманіе изложенныя соображенія, мы не можемъ отрѣшиться отъ мысли, что заявленія въ литературѣ относительно лѣчебнаго эффекта впрыскиваній холоднаго солевого раствора при ischias'ѣ нѣсколько преувеличены, по крайней мѣрѣ въ той части, гдѣ эти заявленія касаются хроническихъ случаевъ болѣзни.

Одно изъ существенно важныхъ условій успѣшнаго лѣченія невритовъ съдалищнаго нерва заключается въ постельномъ покоѣ; пребываніе въ постели очень важно для хроническихъ заболѣваній, въ которыхъ, какъ мы видѣли, вскорѣ послѣ впрыскиванія солевого раствора развивается обостреніе болей; оно весьма желательно и вслѣдствіе побочных обстоятельствъ, сопровождающихъ впрыскиваніе солевого раствора, а именно зноба, жара, повышенія t° , о чемъ мы будемъ говорить немного ниже. Преимущественно амбулаторное примѣненіе лѣченія впрыскиваніями солевого раствора послужило причиною, что послѣднее осложненіе (повышеніе t°) не было достаточно отмѣчено въ литературѣ.

Несмотря на то, что часто выздоровленіе достигалось у нашихъ больныхъ лишь весьма постепенно, несмотря на то, что самое впрыскиваніе представлялось весьма болѣзненнымъ, а вскорѣ послѣ впрыскиванія развивались жаръ и ознобъ, нерѣдко сильно беспокоившіе больного, благопріятный результатъ лѣченія солевыми впрыскиваніями былъ настолько очевиденъ для самихъ больныхъ, что больные сами просили о повтореніи впрыскиваній и ни одинъ больной не прервалъ лѣченія прежде, чѣмъ мы заявляли ему, что впрыскиваній сдѣлано достаточно; ни одинъ больной не уклонялся отъ лѣченія, и даже амбулаторные больные аккуратно являлись для впрыскиваній.

Важно выяснитъ, насколько благопріятные результаты, достигавшіеся впрыскиваніями солевого раствора, оказываются прочными и стойкими. Къ сожалѣнію, намъ удалось прослѣдить дальнѣйшую судьбу лишь части нашихъ больныхъ: у I больного черезъ годъ по окончаніи лѣченія боли нѣсколько усилились, но не до прежней степени, такъ что онъ можетъ ходить, прихрамывая и опираясь на палку; при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что жизнь больного протекаетъ при мало благопріятной для его здоровья обстановкѣ; свѣдѣнія о III больномъ черезъ 3 мѣс. по окончаніи лѣченія были вполне хорошими; IV больной черезъ 9 мѣс. послѣ впрыскиваній продолжалъ хорошо и исправно работать, не жалуясь на боли; IX больной явился черезъ 5 мѣс. съ жалобами на боль возлѣ крестца, боли же по ходу сѣдалищнаго нерва у него не возобновлялись; нѣсколько впрыскиваній въ болѣзненную точку успокоили эту ноющую, не острую боль; X больной тоже явился черезъ 5 мѣс. съ жалобами на появленіе ноющихъ болей въ другой ногѣ, по ходу сѣдалищнаго нерва; ему было сдѣлано 3 впрыскиванія, освободившихъ его отъ болей; съ лѣвой же стороны боли у него пока не возобновлялись.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ заключить, что результаты нашего лѣченія отличались хорошей прочностью, такъ что тѣхъ

больныхъ, которые благодаря лѣченію освобождались отъ мучительныхъ болей и вновь становились трудоспособными, можно было съ полнымъ правомъ считать излѣчившимися.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію того явленія, которое осложняло впрыскиванія солевого раствора и было нами отмѣчено еще до появленія вышецитированной работы *Wiener'a*. Изъ этой работы видно, что авторъ около года занимается лѣченіемъ впрыскиваніями солевого раствора въ частной практикѣ, въ медицинской клиникѣ въ Прагѣ и въ еврейской больницѣ; приведя въ своей работѣ краткую исторію вопроса, авторъ описываетъ технику впрыскиваній, не отличающуюся отъ техники, примѣнявшейся другими авторами. *Wiener* обращаетъ вниманіе, что черезъ 3—5 час. послѣ впрыскиванія у больныхъ развивается потрясающій ознобъ, лихорадка, достигающая $39^{\circ},5$ и продолжающаяся 3—4 часа; парѣстезіи усиливаются до болей; на второй день лихорадки нѣтъ, развѣ незначительное повышение t° ; только одинъ разъ авторъ наблюдалъ лихорадку послѣ впрыскиванія 25 куб. снтм. солевого раствора; ни возрастъ больныхъ, ни состояніе ихъ питанія не находится, повидимому, въ причинной связи съ лихорадкой; привычка не наступаетъ, такъ какъ повышение t° наблюдается послѣ повторныхъ впрыскиваній.

Что можемъ мы прибавить къ приведенному описанію *Wiener'a* на основаніи анализа нашихъ случаевъ?

Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить, что почти послѣ каждаго впрыскиванія наши больные испытывали субъективное ощущеніе зноба и жара, объективно выражавшееся очень часто повышеніемъ t° ; эти явленія обычно развивались черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія (3—5—7) и затихали къ слѣдующему дню, хотя нерѣдко небольшія колебанія t° наблюдались еще и на другой день.

Въ сл. I впрыскивали по 15 куб. снтм. солевого раствора *pro dosi*, но, несмотря на всю ничтожность такой дозы, уже замѣтна нѣкоторая наклонность t° кривой къ повышенію,

особенно послѣ 4-го и 5-го впр.; правда, повышение незначительно, но и доза невелика. Субъективное ощущение озноба всетаки наблюдалось у больного. Въ сл. II мы впрыскивали всего по 20 куб. снтм. pro dosi и уже послѣ 2-го впр. наблюдали рѣзко выраженный подъемъ t° ($38^{\circ},9$); во всѣхъ остальныхъ случаяхъ мы впрыскивали не менѣе 30 куб. снтм. pro dosi и до 60 и уже при 30 снтм. наблюдали рѣзкія повышения t° съ довольно мучительными субъективными явлениями; поэтому мы не можемъ согласиться съ *Wiener*'омъ, отмѣчающимъ повышение t° послѣ впрыскиванія большихъ дозъ (100—150 куб. снтм.) солевого раствора и обращающимъ вниманіе, что только одинъ разъ ему пришлось наблюдать повышение t° послѣ впрыскиванія 25 куб. снтм. раствора. Такое несовпаденіе результатовъ, наблюдавшихся *Wiener*'омъ, съ нашими находитъ себѣ объясненіе отчасти въ томъ, что *Wiener*, какъ видно изъ его работы, вообще пользовался большими дозами солевого раствора и лишь рѣдко примѣнялъ малія дозы, отчасти же и главнымъ образомъ это мнимое противорѣчіе находитъ себѣ вполнѣ удовлетворительное объясненіе въ слѣдующемъ явленіи, отразившемся въ нашихъ t° кривыхъ; изъ кривыхъ только въ трехъ (V, VIII, IX) повышение t° отмѣчено послѣ 1-го впр.; въ трехъ же случаяхъ отчетливое повышение t° наступило послѣ 2-го впр. (II, VI, X), въ двухъ оно развилось лишь послѣ 3-го впр. (III, VII) и въ двухъ случаяхъ наблюдались только ничтожныя колебанія t° въ сторону повышения (I, IV). Отмѣченное только-что явленіе удовлетворительно объясняетъ, почему *Wiener*, б. ч. довольствовавшійся однимъ впрыскиваніемъ и вообще производившій не болѣе трехъ впрыскиваній одному больному, отмѣтилъ повышение t° послѣ впрыскиванія 25 снтм. только одинъ разъ. Весьма возможно, что послѣ впрыскиванія 100 и болѣе куб. снтм. t° повышается уже съ перваго раза, по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ; намъ же при нашихъ сравнительно небольшихъ дозахъ пришлось на-

блюдают картину, напоминающую кумулятивное дѣйствіе лѣкарственнаго вещества. Доза въ 60 куб. снтм. тоже не сразу давала ясное повышение t^0 (VII). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ получалось ясное нарастаніе повышеній t^0 по мѣрѣ повторенія впрыскиваній (I, II, III, VI); иногда наблюдается какъ бы парадоксальное явленіе, заключающееся въ томъ, что t^0 , не повысившаяся или слегка повысившаяся послѣ впрыскиванія 60 куб. снтм., гораздо рѣзче повышается послѣ слѣдующаго впрыскиванія 30-ти снтм. (IX—10-е и 11-е впр., X); въ такихъ случаяхъ снова приходитъ въ голову мысль о кумулятивномъ дѣйствіи солевого раствора. Вообще же получается впечатлѣніе, что сколько-нибудь строгой пропорціональности между количествомъ впрыскиваемого раствора и степенью повышенія t^0 установить не удастся; если t^0 послѣ впрыскиванія 30 снтм. повышается до $38^0,5$, то нельзя ожидать навѣрное, что послѣ впрыскиванія 60 снтм. она поднимется непременно выше—этого можетъ и не случиться.

Температура, подымавшаяся послѣ впрыскиванія, не всегда приходитъ къ нормѣ уже къ слѣдующему дню; изученіе t^0 кривыхъ показываетъ, что часто, особенно послѣ болѣе значительныхъ подъемовъ, нормальный ходъ t^0 кривой устанавливается лишь въ теченіе 1—2-хъ и долѣе дней. Примѣры: ходъ кривой во II сл. послѣ 4-го и 6-го впр.; сл. III, впр. 4-е; сл. V, впр. 6-е; сл. VI, 2-е впр.; сл. VIII, впр. 3-е, сл. IX, впр. 1-е и 2-е; сл. X, впр. 3-е. Иногда наблюдается, что послѣ высокаго подъема t^0 какъ бы критически падаетъ нѣсколько ниже нормы, свойственной данному больному, и уже затѣмъ выравнивается: сл. II, впр. 6-е; сл. VII, впр. 7-е.

Wiener отмѣчаетъ въ своей работѣ, что привычки къ солевому раствору не наступаетъ, такъ какъ повышение t^0 развивается и при повторныхъ впрыскиваніяхъ. Выводъ *Wiener*'а не совсѣмъ точенъ: такъ какъ онъ повторялъ впрыскиванія одному и тому же больному не болѣе 3-хъ разъ, то ему слѣдовало бы сдѣлать выводъ, что привычка къ солевымъ

впрыскиваніямъ не развивается быстро; кромѣ того, слѣдовало бы принять во вниманіе время, протекавшее между повторными впрыскиваніями,—если оно было довольно велико, то организмъ могъ успѣвать освобождаться отъ привыканія къ впрыскиванію и на повторное впрыскиваніе реагировать новымъ повышеніемъ t^0 ; если принять во вниманіе наше наблюденіе, что при первыхъ впрыскиваніяхъ отмѣчается какъ бы кумулирующее дѣйствіе солевого раствора, то 2-е и 3-е повышенія t^0 въ наблюденіяхъ *Wiener'a* могли оказаться выше 1-го.

Обратимся къ разсмотрѣнію нашихъ кривыхъ: въ сл. II большой слишкомъ легко реагировалъ на впрыскиваніе всего 20 куб. снтм. солевого раствора; самочувствіе его при ознобахъ было настолько тяжелымъ, что мы стѣснялись продолжать ему регулярныя впрыскиванія; въ этомъ случаѣ дѣйствительно какъ бы не замѣчается развитія привычки, и впрыскиванія, возобновленныя послѣ 2-хъ недѣльнаго перерыва, снова вызываютъ повышенія t^0 , заставившія прекратить ихъ, несмотря на существенную пользу отъ нихъ, отмѣчавшуюся самимъ больнымъ. Разсмотрѣніе ряда кривыхъ убѣждаетъ однако, что привыканіе къ солевому раствору фактически происходитъ: это видно изъ того, что t^0 , повышенія которой послѣ впрыскиваній достигли взвѣснаго maximum'a, съ каждымъ новымъ впрыскиваніемъ повышается все меньше и меньше; въ однихъ случаяхъ это привыканіе развивается очень быстро, въ другихъ медленно; хорошими примѣрами, изъ которыхъ видно, какъ наступаетъ быстрое и медленное привыканіе къ солевому раствору, могутъ служить кривыя III, VI, VIII, IX; примѣромъ очень медленнаго привыканія представляется кривая сл. VII, въ которой даже послѣднее впрыскиваніе отразилось небольшимъ повышеніемъ t^0 .

Иначе какъ привыканіемъ трудно объяснить, почему при прочихъ равныхъ условіяхъ дальнѣйшія впрыскиванія солевого раствора, произведенныя послѣ нѣсколькихъ впрыскива-

ній, вызвавшихъ повышение t^0 , перестаютъ вызывать его; въ этомъ мы не можемъ согласиться съ *Wiener*'омъ, не наблюдавшимъ привыканія къ впрыскиваніямъ; разсмотрѣніе кривой сл. V заставляетъ думать, что приобретаемое въ солевому раствору привыканіе сохраняется не надолго, по крайней мѣрѣ, при возобновленіи впрыскиваній черезъ 2 недѣли мы снова встрѣтили у больного живую температурную реакцію. Наблюдаемое привыканіе нерѣдко оказывается довольно непрочнымъ; это выражается тѣмъ, что у больного, который уже пересталъ реагировать на впрыскиванія повышеніемъ t^0 , вдругъ снова наблюдается повышение t^0 послѣ впрыскиванія, не отличающагося отъ предшествующаго ни въ качественомъ, ни въ количественномъ отношеніи. См. сл. IV, небольшое повышение послѣ 8-го впр.; сл. V—повышенія t^0 послѣ 6-го и 10-го впр.; сл. IX—повышеніе t^0 послѣ 7-го впр., послѣ 10-го и 11-го; особенно поучительно повышеніе t^0 до $38^0,8$ послѣ 11-го впр. въ 30 куб. снтм., между тѣмъ какъ 10-е впр. въ 60 снтм. вызвало повышеніе t^0 лишь до $37^0,8$; въ сл. X впр. 4-е въ 30 снтм. вызвало повышеніе t^0 до $38^0,5$, между тѣмъ какъ 3-е впр. въ 60 снтм. совершенно не вызвало повышенія t^0 .

Обратимся къ выясненію вопроса о томъ, что именно является причиной повышенія t^0 , въ чемъ заключается вліяніе солевого раствора на организмъ, что послѣдній отвѣчаетъ на впрыскиваніе его повышеніемъ t^0 ?

Этимъ вопросомъ, конечно, поинтересовался и *Wiener*; вотъ, что онъ сообщаетъ въ своей работѣ: у кроликовъ послѣ впрыскиванія физиологическаго раствора t^0 повышается до $39^0,4$. Послѣ подкожнаго введенія человеку 100 куб. снтм. физиологическаго раствора t^0 тоже повышалась; это повышеніе наблюдалъ уже *Kurzweley*; *Bum* указывалъ, что оно объясняется несоблюденіемъ требованій асептики, но такое объясненіе неосновательно, такъ какъ при впрыскиваніи принимались всѣ необходимыя мѣры; *Lange* тоже исключаетъ

инфекцію въ разсматриваемыхъ случаяхъ повышенія t° , такъ какъ повышение t° является правиломъ, инфекціонная t° имѣетъ другой типъ, да и рана, являющаяся источникомъ инфекции, иного вида. Можно было бы думать о резорпціонной лихорадкѣ, но производившіяся вдуванія воздуха (*Sochaszewski*) лихорадки не вызывали; *Lange* считаетъ солевую лихорадку рефлекторной, реактивной; можно было бы предположить, что лихорадка обусловливается низкой t° впрыскиваемой жидкости, но она развивается и при примѣненіи солевого раствора, нагрѣтаго до 37° (*Raimist*). По мнѣнію *Wiener*'а, всѣ приведенныя объясненія невѣрны—причина повышеній t° лежитъ въ самомъ солевомъ растворѣ; это явленіе еще не было извѣстно для взрослыхъ, но дѣтскіе врачи знакомы съ нимъ уже давно: грудныя дѣти послѣ подкожнаго введенія 25 куб. снтм. физиологическаго раствора лихорадятъ съ повышеніемъ t° до $39^{\circ},5$ въ 60% случаевъ: обыкновенно черезъ 4—6 час. послѣ впрыскиванія у нихъ наступаетъ потрясающій ознобъ, черезъ 2—3 часа t° приходитъ къ нормѣ (*F. L. Meyer* и *H. Rietschell*); введеніе 1:100 раствора *per os* (*Meyer* и *Finckelstein*) уже вызываетъ лихорадку; даже совершенно здоровыя дѣти реагируютъ лихорадкой на 3:100 растворъ. *Brugsch* наблюдалъ повышенія t° до 39° послѣ интравенозныхъ впрыскиваній физиологическаго раствора. *Meyer* наблюдалъ при солевой лихорадкѣ лейкоцитозъ, а въ двухъ случаяхъ *Wiener*'а число лейкоцитовъ возросло съ 16000—18000; также наблюдалась полиурія. *F. L. Meyer* предполагаетъ, что солевая лихорадка явленіе центральнаго происхожденія; вмѣстѣ съ *Rietschell*'емъ онъ придаетъ значеніе въ ея происхожденіи развивающимся осмотическимъ процессамъ. *Fürbringer* изслѣдовалъ микроскопически ткани младенца, которому за нѣсколько часовъ до смерти было сдѣлано впрыскиваніе солевого раствора, и обнаружилъ невоспалительный мѣстный отекъ.

Кромѣ наблюденій только что перечисленныхъ авторовъ, которыхъ цитируетъ *Wiener*, повышение t° послѣ введенія въ

организмъ фізіологическаго солевого раствора въ недавнее время было отмѣчено *Васильевой*; ея наблюденіе представляетъ для насъ интересъ особенно потому, что у нея дѣло шло о *внутривенныхъ* вливаніяхъ солевого раствора холернымъ больнымъ, между тѣмъ какъ намъ приходилось наблюдать лишь вліяніе паренхиматозныхъ и отчасти подкожныхъ впрыскиваній.

Переходя къ описанію фізіологическаго дѣйствія внутривенныхъ вливаній, *Васильева* говоритъ, что она не можетъ не признать ихъ непосредственнаго и быстрого вліянія на пульсъ и общее состояніе больного: уже по поступленіи въ вену 1 литра у большинства больныхъ пульсъ дѣлался ясно ощутимымъ, синюха исчезала, дыханіе становилось ровнѣе и рѣже, голосъ громче и звучнѣе; но обыкновенно въ концѣ вливанія 2-го или 3-го литра наступалъ потрясающій ознобъ, послѣ котораго t° повышалась до 38° — 39° ; уже тогда больной начиналъ чувствовать себя хуже, а по прошествіи часа, много 2-хъ, пульсъ снова исчезалъ, и возвращалось прежнее состояніе ¹⁾.

Изъ наблюденій *Васильевой* видно, что при введеніи большихъ количествъ фізіологическаго раствора непосредственно въ кровь t° повышается быстро, почти на глазахъ, и это повышеніе, какъ и въ нашихъ наблюденіяхъ, сопровождается потрясающимъ ознобомъ.

Когда нашими наблюденіями были отмѣчены повышенія t° послѣ впрыскиванія солевого раствора (сл. II), у насъ прежде всего мелькнула мысль о томъ, что какая-либо инфекция могла попасть съ иглой шприца; однако шприцы и иглы каждый разъ тщательно обеззараживались, слѣдъ отъ произведеннаго ввола иглы не обнаруживалъ никакихъ призна-

¹⁾ *М. А. Васильева*. Къ вопросу о внутривенныхъ вливаніяхъ фізіологическаго раствора поваренной соли ($7^{\circ}/_{\text{оо}}$) при лѣченіи холерныхъ больныхъ.—Русскій Врачъ. 1910. № 3.

зовъ воспалительной реакціи, давленіе на область вкола и впрыскиванія не представлялось болѣзненнымъ или чувствительнымъ; наконецъ, 2—3—4 часа послѣ впрыскиванія—периодъ времени совершенно недостаточный для обнаруженія температурной реакціи на зараженіе, да и паденіе t^0 черезъ нѣсколько часовъ послѣ повышенія при нормальномъ ея ходѣ или почти нормальномъ уже на слѣдующій день говоритъ безусловно противъ допущенія внесенія инфекціи шприцемъ, какъ причины повышенія t^0 ; противъ приведеннаго допущенія говоритъ и большое постоянство явленія,—такъ какъ внесеніе инфекціи при соблюденіи извѣстныхъ мѣръ предосторожности явленіе не частое, до извѣстной степени случайное, но ни въ какомъ случаѣ непостоянное. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что причина повышенія t^0 послѣ солевыхъ впрыскиваній лежитъ не въ инфицированіи организма вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ оплошностей техники впрыскиваній, а ее нужно искать въ отношеніи солевого раствора къ организму человѣка.

Впрыскивавшійся солевой растворъ предварительно охлаждался до 0^0 , слѣд., имѣлъ ледяную t^0 ; не является ли эта низкая t^0 причиной наблюдавшихся повышеній t^0 ? Чтобы выяснитъ это, мы нѣсколько разъ впрыскивали больнымъ солевой растворъ, подогрѣтый до $37^0,5$; знобъ и повышеніе t^0 наблюдались и въ этихъ случаяхъ; тоже отмѣчаетъ и *Wiener*. Ясно, что причина повышенія t^0 лежитъ не въ низкой t^0 , а въ самыхъ свойствахъ солевого раствора.

То обстоятельство, что при впрыскиваніяхъ ранился сѣдалищный нервъ, также не имѣетъ причинной связи съ повышеніемъ t^0 , равно какъ и паренхиматозный характеръ впрыскиваній, такъ какъ подкожныя впрыскиванія солевого раствора, произведенныя въ нѣсколькихъ случаяхъ частью нами, частью по нашей просьбѣ д-ромъ *И. Д. Баклушинскимъ*, также имѣли слѣдствіемъ повышеніе t^0 .

Попробуемъ выяснитъ, почему впрыскиванія даже небольшихъ дозъ фізіологическаго раствора хлористаго натрія

вызываютъ повышение t^0 . Принято думать, что фізіологическій растворъ повареной соли относится индифферентно къ мышечному веществу, даже дѣйствуя на него нѣсколько дней сряду (*Kölliker, O. Nasse*)¹⁾; *Wiener* обращаетъ между тѣмъ вниманіе, что *Biedermann* доказалъ, что растворъ NaCl не безразличенъ для мускулатуры животныхъ, что онъ оказываетъ раздражающее вліяніе на мускулатуру лягушки; установлено и его раздражающее вліяніе на нервныя окончанія; отсюда *Wiener* заключилъ, что повышение t^0 обусловливается ядовитымъ дѣйствіемъ іонъ Na; *F. L. Meyer* по *Wiener*'у держится мнѣнія, что солевая лихорадка центрального происхожденія, при чемъ онъ примыкаетъ къ взгляду *Rietschell*'я, придающаго значеніе развивающимся послѣ введенія солевого раствора осмотическимъ процессамъ.

Если для выясненія этиологіи лихорадочныхъ состояній мы обратимся къ руководствамъ общей патологіи, то въ руководствѣ *Подвысоцкаго* встрѣтимъ слѣдующіе взгляды на причины возникновенія лихорадки: будучи, въ противоположность воспаленію, не мѣстной реакціей отдѣльной части тѣла, но общей реакціей всего организма на какой-либо вредный агентъ, лихорадка можетъ, естественно, возникнуть лишь въ томъ случаѣ, если производящая ее вредность проникаетъ въ общую систему кровообращенія и при ея посредствѣ подѣйствуетъ на центральную нервную систему..... Для того, чтобы какое-либо лихорадку производящее вещество, проникши въ кровь, могло путемъ воздѣйствія на центральную нервную систему вызвать такое сильное общее разстройство тепловой экономіи, оно должно быть ничѣмъ инымъ, какъ только какимъ-либо сильно-дѣйствующимъ ядомъ—токсиномъ, ибо только такимъ ядамъ присуща способность вызывать общія раз-

¹⁾ *L. Landois*. Учебникъ фізіологіи человѣка.—Перев. съ 8-го нѣм. изд. подъ ред. В. Я. Данилевскаго. Второе изд. Харьковъ. 1894. Стр. 694.

стройства организма посредствомъ дѣйствія на нервную систему. Ясно поэтому, что каковы бы ни были въ частности причины отдѣльныхъ лихорадочныхъ заболѣваній, всѣ онѣ имѣютъ между собою то общее, что сводятся къ ядамъ, которые разстраиваютъ теплорегуляцію организма, обуславливая какъ задержку тепла кожею, такъ и усиленіе производства тепла въ тѣлѣ. Всѣ лихорадочныя заболѣванія имѣютъ поэтому интоксикаціонное происхожденіе, другими словами, всѣ лихорадки являются болѣзнями отъ отравленія. Далѣе, *Подвысоцкій* приводитъ, въ качествѣ примѣровъ асептической лихорадки, повышеніе t° , наступающее послѣ введенія въ кровь большихъ количествъ дистиллированной воды, послѣ переливанія крови, послѣ вливанія растворовъ гемоглобина и послѣ впрыскиванія въ кровь ферментовъ и объясняетъ это повышеніе тѣмъ, что вещества эти разрушаютъ извѣстную часть форменныхъ элементовъ крови и этимъ переводятъ въ растворимое состояніе содержавшіяся въ клѣточной протоплазмѣ фебригенныя вещества, или тѣмъ, что они непосредственно раздражаютъ теплорегулирующую область ¹⁾. Существованіе амикробныхъ или асептическихъ лихорадокъ подтверждается авторомъ и въ послѣднемъ изданіи его руководства, гдѣ также подробно разсматриваются условія ихъ возникновенія.

Принимая во вниманіе сказанное, мы можемъ легко объяснить наблюдавшуюся нами солевую лихорадку, разъ мы отнесемъ растворъ повареной соли къ веществамъ, которыя, подобно дистиллированной водѣ, раствору гемоглобина и др., поступая въ кровь, приводятъ къ развитію раздражающаго вліянія на теплорегулирующую область; судя по вышецитированному наблюденію *Meyer'a* о появленіи въ связи съ солевыми впрыскиваніями лейкоцитоза, при чемъ въ двухъ случаяхъ

¹⁾ В. В. Подвысоцкій. Основы общей патологій. Т. II. С.-Петербургъ Изд. К. Л. Риккера. 1894. Стр. 62 и далѣе, см. также изд. 4-е, СПБ. 1905. Стр. 855—885—900.

число лейкоцитовъ возросло до 16000—18000, надо думать, что раздражающее вліяніе солевого раствора на теплорегулирующую область происходитъ черезъ посредство освобождающихся фебригенныхъ веществъ, хотя, конечно, у насъ нѣтъ достаточнаго основанія исключить и непосредственное раздражающее дѣйствіе солевого раствора на теплорегулирующую область.

Wiener задумался надъ вопросомъ о томъ, какъ избѣгнуть повышеній t^0 , осложняющихъ впрыскиванія солевого раствора. Онъ воспользовался наблюденіемъ *Biedermann'a*, что растворъ NaCl , являясь безразличнымъ для мускулатуры животныхъ, оказываетъ на мышечную ткань раздражающее вліяніе въ противоположность Ca , угнетающему мышечную ткань; *Carshaw*, *Locke* и др. авторы установили, что NaCl и CaCl^2 оказываютъ противоположное вліяніе на нервные окончанія, являясь антагонистами. Справедливость требуетъ замѣтить, что прибавленіе незначительныхъ количествъ хлористаго или фосфорнокислаго кальція къ раствору NaCl рекомендовалъ *Rieger* (см. *Landois*, l. c.). *Wiener* воспользовался указаннымъ свойствомъ CaCl^2 и, принявъ, что повышение t^0 обусловливается ядовитымъ дѣйствіемъ іонъ Na , примѣнилъ, по примѣру *Meyer'a* и *Rietschell'я* для грудныхъ младенцевъ, растворъ NaCl 6,0, CaCl^2 0,75—1000,0, выкинувъ лишь 0,1 KCl , въ виду того, что указанные авторы всетаки наблюдали лихорадку въ 40°/о уменьшенную, а въ 20°/о довольно значительную; по словамъ *Wiener'a*, со времени примѣненія имъ указаннаго раствора лихорадки и реактивныя боли у больныхъ послѣ впрыскиваній почти исчезли, если и бываютъ, то гораздо слабѣе.

Основываясь на заявленіи *Wiener'a*, мы начали примѣнять въ дальнѣйшихъ случаяхъ *ischias'a*, находившихся подъ нашимъ наблюденіемъ, растворъ повареной соли съ прибавленіемъ CaCl^2 , какъ это рекомендовалъ *Wiener*, а именно: NaCl 6,0, CaCl^2 0,75—1000,0. Правда, вліяніе впрыскиванія

новаго раствора пока мы наблюдали всего у 8 больныхъ, при чемъ относительно двухъ свѣдѣнія были сообщены намъ д-ромъ *И. Д. Баклушинскимъ*, начавшимъ дѣлать впрыскиванія этого раствора по нашему совѣту.

Въ первомъ случаѣ дѣло шло о больномъ VIII, которому было сдѣлано одно впрыскиваніе новаго раствора, повысившее его t° до 40° .

Во второмъ случаѣ дѣло шло о давнемъ, хроническомъ заболѣваніи сѣдалищнаго нерва у человѣка среднихъ лѣтъ, повара,—профессія, заключающая въ себѣ достаточно условій для заболѣванія ischias и для поддержанія этого заболѣванія. Боли сильно мучили больного, не давая ему спать по ночамъ. Нѣсколько произведенныхъ ему впрыскиваній въ сѣдалищный нервъ (по 30 куб. снтм.) значительно облегчили его состояніе, но до полного выздоровленія лѣченіе было доведено съ трудомъ, потому что t° больного послѣ впрыскиваній повышалась съ тяжелыми субъективными ощущеніями зноба и жара.

Третій случай относится къ больному Д. (IX), который въ октябрѣ 1910 г. явился съ просьбой сдѣлать ему нѣсколько впрыскиваній въ виду возобновившихся легкихъ болей въ верхнихъ отдѣлахъ сѣдалищнаго нерва. 10-го и 14-го октября ему были сдѣланы 2 впрыскиванія по 30 снтм.; уже послѣ перваго впрыскиванія боли рѣзко уменьшились, а послѣ второго больной прекратилъ лѣченіе; въ день перваго впр. t° повысилась до $37^{\circ},9$, на слѣдующій день она равнялась $36^{\circ},6—36^{\circ},4$.

Четвертый случай относится къ больному А. (X), явившемуся въ октябрѣ 1910 г. съ жалобами на боли по ходу праваго сѣдалищнаго нерва (въ апрѣлѣ и маѣ онъ лѣчился отъ лѣвосторонняго пораженія); ему были сдѣланы впрыскиванія 10-го (60 куб. снтм.), 12-го (60 снтм.), 14-го (60 снтм.), 17-го (90 снтм.) и 21-го (60 снтм.) октября; боли совершенно прекратились; повышеній t° не наблюдалось; maximum повышения t° ($36^{\circ},9$) отмѣченъ 17-го окт. послѣ впрыскиванія 90 куб. снтм. Весной t° послѣ впрыскиваній доходила у А. до $38^{\circ},5$.

Пятый случай относится къ женщинѣ среднѣхъ лѣтъ, страдавшей лѣвостороннимъ *ischias* въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ; впрыскиванія раствора въ съдалищный нервъ были произведены ей 14-го, 17-го и 20-го сентября въ количествѣ 30—30—60 куб. снтм.; результатъ впрыскиваній хорошій—боли прошли; t° послѣ перваго впр. поднялась до $37^{\circ},2$, послѣ втораго— $37^{\circ},6$ и послѣ третьяго— $37^{\circ},8$, при чемъ больная жаловалась на познабливаніе и головную боль

Случай шестой касается 30-ти лѣтней крестьянки Ф. Ж., прѣхавшей изъ Мензелинскаго уѣзда ради лѣченія ноги, не дававшей ей покоя. 17-го сентября 1910 г. Ж. поступила въ Губернскую земскую больницу.

Лѣтъ 6 т. наз. Ж., видимо, простудилась и лихорадила довольно продолжительное время; тогда же появились боли въ правой ногѣ, распространявшіяся по задней сторонѣ ея отъ ягодицы подъ колѣно и до пятки; черезъ нѣкоторое время боли затихли, но во время наступившей беременности снова усилились; съ тѣхъ поръ онѣ временами то загихали, то усиливались, не прекращаясь совсѣмъ въ теченіе послѣднихъ 2-хъ лѣтъ; въ настоящее время беременна около 2-хъ мѣсяцевъ, а боли усилились до такой степени, что не оставляютъ ее ни на минуту, а часто (много разъ въ день) развиваются приступы такихъ жестокихъ болей, что онѣ распространяются на правый бокъ и даже отдають въ лицо и въ голову.

Въ общемъ здоровая, крѣпкая, хорошо упитанная женщина, при изслѣдованіи обращаетъ вниманіе рѣзко выраженная чувствительность и даже болѣзненность при давленіи на съдалищный нервъ по его ходу съ уровня ягодицы; симптомъ *Lasègue'a*; боли мѣшаютъ ходить, сидѣть, спать. *Ischias chronica dextra*.

17-го сент. 1-е впр. 30 снтм. ($\text{NaCl} + \text{CaCl}^2$). 19-го сент. сильныя боли на уровнѣ ягодицы; надавливаніе по ходу нерва сильно болѣзненно; 2-е впр. 60 куб. снтм. 21-го сент. Боли по ходу нерва по-прежнему; обратила вниманіе, что боли приступами, схватками, стали рѣже; сильнѣе всего боли въ ягодичной области; соотвѣтственно этому уровню и слѣдано 3-е впр. 60 снтм. раствора. 23-го сент. Схватки рѣже; боли при давленіи на нервъ слабѣе, особенная чувствительность при давленіи на уровнѣ ягодичной складки и выше, 4-е впр. 60 куб. снтм. 26-го сент.; *idem*. 5-е впр. 100 снтм.

27-го сент. Схватки рѣже и слабѣе; давленіе на нервъ ниже ягодичной складки мало болѣзненно. 28-го сент. 6-е впр. 100 куб. снтм. выше ягодичной складки, соотвѣтственно локализаціи болей. 30-го сент. Боли исключительно на уровнѣ ягодицы, сила ихъ незначительна по сравненію съ прежними болями; давленіе на сѣдалищный нервъ мало болѣзненно, съ уровня середины бедра совсѣмъ безболѣзненно. 7-е впр. 60 снтм. соотвѣтственно уровню болей. 2-го октября. Болей почти нѣтъ. 3-го окт. больная выписалась значительно поправившеюся, довольная полученными результатами лѣченія; на предложеніе остаться въ больницѣ еще на нѣкоторое время до окончательнаго исчезновенія болей она не согласилась въ виду того, что ожидавшееся раннее закрытіе навигаціи могло затруднить ея возвращеніе домой.

Послѣ впрыскиваній у Ж. наблюдались только очень небольшія повышенія t° , привлекавшія вниманіе главнымъ образомъ вслѣдствіе того, что фактъ повышенія t° послѣ солевыхъ впрыскиваній былъ нами установленъ. Maximum повышенія t° послѣ 1-го впр. $37^{\circ},7$, послѣ другихъ впрыскиваній t° частью не повышалась, повышенія же не превышали $37^{\circ},5 - 37^{\circ},3$.

Случай седьмой касается молодой, 30-ти лѣтъ, физически крѣпкой и хорошо упитанной женщины, обратившейся за помощью въ амбулаторію по нервнымъ болѣзнямъ въ Губернской Земской больницѣ 31 октября 1910 года. Боли въ правой ногѣ, продолжавшіяся уже около 5 мѣсяцевъ и развившіяся послѣ простуды, измучили больную, не давая ей спать по ночамъ, а днемъ препятствуя занятіямъ по хозяйству; боли отдавали въ правый бокъ и даже въ голову. При изслѣдованіи обнаружено—*ischias dextra* съ отчетливой болѣзненностью при давленіи по ходу праваго сѣдалищнаго нерва.

31-го окт. слѣлано 1-е впр. 100 куб. снтм. раствора въ сѣдалищный нервъ немного выше ягодичной складки. 4-го ноября. Сколько-нибудь существеннаго облегченія отъ впрыскиванія больная не получила. 2-е впр. 100 куб. снтм. 7-го ноября. Боли нѣсколько слабѣе. 3-е впр. 60 куб. снтм. 14-го ноября. Всю недѣлю чувствовала себя хорошо, лишь послѣдніе два дня боли возстановились, хотя и въ болѣе слабой степени, чѣмъ раньше. 4-е впр. 60 снтм. 18-го ноября. Были лишь слабыя боли. 5-е впр. 60 снтм. Далѣе больной было слѣлано еще нѣсколько впрыскиваній до полнаго прекращенія болей.

Послѣ 2-го впр. больная около 5—6 час. вечера жаловалась на сильный жаръ и знобъ, t° повысилась до $39^{\circ},5$; слѣдующія впрыскиванія сколько-нибудь значительными повышеніями t° не сопровождались.

Въ восьмомъ сл. боли при *lumbago chr.* у человѣка среднихъ лѣтъ, К., уступили 5-ти впр. по 60 снтм., при чемъ t° послѣ первыхъ двухъ впр. поднималась до $37^{\circ},8$, съ небольшимъ знобомъ.

Сопоставляя температурную реакцію на впрыскиванія физиологическаго раствора NaCl съ прибавленіемъ CaCl^2 въ послѣднихъ шести случаяхъ съ той температурной реакціей, которая наблюдалась на впрыскиваніе физиологическаго раствора безъ прибавленія CaCl^2 въ первыхъ десяти случаяхъ, мы получаемъ впечатлѣніе, что прибавленіе CaCl^2 нѣсколько смягчаетъ температурную реакцію; дѣйствительно, высокіе подъемы t° получаются нѣсколько рѣже, а кромѣ того, какъ это наблюдалось въ сл. шестомъ, организмъ, видимо, быстрѣе осваивается съ этимъ растворомъ, и повторныя его впрыскиванія рѣже сопровождаются повышеніями t° ; правда, случай первый стоитъ какъ бы особнякомъ. На основаніи наблюдавшихся восьми случаевъ мы говоримъ лишь о получившемся у насъ болѣе благопріятномъ впечатлѣніи въ смыслѣ температурной реакціи при впрыскиваніи физиологическаго раствора съ прибавленіемъ CaCl^2 , но отнюдь не дѣлаемъ окончательныхъ выводовъ; но къ заявленію *Wiener*'а о томъ, что лихорадки и реактивныя боли въ его наблюденіяхъ почти исчезли со времени примѣненія имъ указаннаго раствора, а если и бываютъ, то гораздо слабѣе, мы на основаніи своего опыта примкнуть не можемъ; надо думать, что у *Wiener*'а былъ исключительно счастливый подборъ больныхъ, въ смыслѣ отсутствія температурной реакціи на впрыскиванія, нашъ же опытъ позволяетъ намъ говорить лишь о нѣкоторомъ ослабленіи температурной реакціи при пользованіи смѣшаннымъ растворомъ.

Мы попробовали въ пяти слѣдующихъ случаяхъ примѣнить впрыскиванія *Locke*'овской жидкости ($\text{NaCl} - 0,9\%$),

CaCl^2 —0,024%, KCl —0,02%, NaHCO^2 —0,02%, винограднаго сахара—0,1%). Терапевтический эффектъ былъ очень хорошей, несмотря на тяжесть и давность заболѣваній. Въ одномъ случаѣ послѣ перваго впрыскиванія (60 снтм.) t° поднялась до $38^{\circ},6$, еще въ одномъ случаѣ она достигла 38° , во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ, несмотря на многократныя повторныя впрыскиванія, t° оставалась въ предѣлахъ нормы. У больного VIII, лѣчившагося снова въ январѣ и февралѣ 1911 г., только одинъ разъ t° поднялась до $37^{\circ},6$, тогда какъ при лѣченіи впрыскиваніями раствора NaCl повышенія t° достигали $38^{\circ},6$, а съ прибавленіемъ CaCl^2 t° поднялась почти до 40° . Получилось впечатлѣніе, что предпочтительнѣе всего пользоваться *Locke*'овской жидкостью.

Остановимся еще на вопросѣ о томъ, какіе факторы при описанномъ лѣченіи невралгій и невритовъ въ частности сѣдалищнаго нерва оказываютъ столь благотворное вліяніе на теченіе болѣзни, что даже въ застарѣлыхъ, хроническихъ случаяхъ, раньше не поддававшихся нерѣдко упорному лѣченію, получается весьма благопріятный результатъ.

Wiener обращаетъ вниманіе, что большинство авторовъ высказываетъ предположеніе, что причиною благотворнаго вліянія впрыскиваній физиологическаго раствора ClNa на невриты сѣдалищнаго нерва и др. является механическое дѣйствіе впрыскиваемого раствора, а также раствореніе (*Lösung*) сращеній и спаекъ, возникающихъ вслѣдствіе воспаленія въ больномъ нервѣ. Самъ авторъ убѣжденъ, что болѣе существенное значеніе для излѣченія имѣютъ развивающіяся подъ вліяніемъ впрыскиванія измѣненія кровообращенія и лимфообращенія, а также усиленіе обмѣна веществъ въ больномъ нервѣ.

Нильсенъ, работу котораго мы также уже цитировали выше, высказывается о способѣ лѣчебнаго дѣйствія солевыхъ впрыскиваній такимъ образомъ: м. б. имѣетъ значеніе механическое сдавливаніе, содѣйствующее разсасыванію воспалительнаго эксудата; м. б. нейролизъ, т. е., освобожденіе нерва

посредствомъ разрыва жидкостью мелкихъ воспалительныхъ перемычекъ. Авторъ полагаетъ, что нѣкоторое значеніе имѣтъ и низкая t° впрыскиваемой жидкости; внезапное сильное охлажденіе нервныхъ волоконъ вызываетъ временную анестезію, а послѣдовательная гиперемія содѣйствуетъ усиленному обмѣну веществъ въ пораженномъ нервѣ.

Перечислимъ по порядку всѣ факторы, влияющіе на нервъ при разсматриваемомъ нами способѣ лѣченія и разберемъ, какое они могутъ имѣть вліяніе на больной нервъ.

Прежде всего нервъ пронзается иглой, онъ *ранится*; далѣе, изъ отверстія у острія иглы *вытекаетъ* подъ *извѣстнымъ давленіемъ* большое количество (въ нашихъ опытахъ отъ 15—20—30—100 куб. снтм.) *охлажденнаго* до 0° солевого раствора, слѣдовательно, нервъ можетъ *травматизироваться* еще болѣе давленіемъ вытекающей жидкости, онъ подвергается ея охлаждающему вліянію и *механическому давленію* большаго или меньшаго количества окружающей его жидкости; въ большинствѣ случаевъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія развиваются жаръ и знобъ, сопровождающіеся болѣе или менѣе значительнымъ *повышеніемъ* t° .

Воспаленный нервъ представляется гиперемированнымъ, эксудативные процессы усилены, возможно допустить развитіе утолщеній, спаиванія эпи-периневральныхъ и эндоневральныхъ пластинокъ, раздраженіе самыхъ нервныхъ волоконъ, б. м. даже перерожденіе нѣкоторыхъ изъ нихъ; тяжелые случаи невритовъ, сопровождающіеся дегенеративными мышечными атрофіями и расстройствами различныхъ видовъ кожной чувствительности мы здѣсь не принимаемъ во вниманіе. Нервъ ранится, т. е., ему наносится рѣзкое раздраженіе, усиливающееся еще вслѣдствіе впрыскиванія жидкости подъ давленіемъ, при чемъ эта жидкость не только окружаетъ нервъ, но проникаетъ, особенно благодаря раненію нерва, въ самый нервъ; такимъ образомъ, раздраженіе должно бы усиливаться еще болѣе, но здѣсь примѣшивается факторъ низкой t° , вызывающій суженіе сосудовъ, и извѣстное механическое давленіе на нервъ

со стороны окружающей его жидкости; сильная боль во время впрыскиванія и въ первые моменты послѣ него понятна—она вызывается низкой t^0 жидкости, подобно тому какъ возникаетъ рѣзкая ноющая зубная боль, если взять въ ротъ ледяной воды; но очень быстро боль въ нервѣ утихаетъ, и больной перестаетъ на нее жаловаться,—очевидно, развивается пониженіе чувствительности воспаленнаго нерва; что при этомъ имѣетъ значеніе низкая t^0 жидкости, видно изъ того, что въ нѣсколькихъ случаяхъ, когда мы пробовали впрыскивать подогрѣтый растворъ поваренной соли, такого болеутоляющаго эффекта не получалось. Дальше, пока не всосется окружающими тканями все количество введеннаго раствора, часть его попадаетъ въ нервъ, развиваются осмотическіе и диффузные процессы между солевымъ растворомъ и эксудативной жидкостью черезъ оболочки нерва (epi-perineurium), частью растворъ проникаетъ въ нервъ черезъ поврежденное иглой и м. б. еще болѣе травмированное давленіемъ впрыснутой жидкости мѣсто: въ результатѣ наступаетъ измѣненіе питанія нерва, его кровообращенія, онъ промывается физиологическимъ растворомъ.

Всѣ указаные факторы далеко не безразличны для нерва, въ концѣ концовъ они вызываютъ довольно сильное раздраженіе нерва, что приводитъ часто къ обостренію болей черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія; боли продолжаются различное время, иногда даже нѣсколько дней, затѣмъ постепенно стихаютъ; нерѣдко и послѣдующія впрыскиванія сопровождаются обостреніемъ болей, но обычно уже не такимъ сильнымъ, какъ послѣ первыхъ впрыскиваній. *Hilf-senz* и *Wiener* упоминаютъ допущеніе различными авторами возможности растворенія физиологическимъ растворомъ срощеній, образовавшихся въ нервѣ вслѣдствіе воспалительнаго процесса; они и сами присоединяются къ этому предположенію; мы съ своей стороны также не видимъ основаній отрицать эту возможность, но допускаемъ ее лишь предположительно и, конечно, не по отношенію къ прочнымъ, органи-

зовавшимся спайкамъ. Надо думать, что холодныя солевыя впрыскиванія, вызывая въ хроническихъ, затяжныхъ случаяхъ, обостреніе процесса, способствуютъ тѣмъ самымъ его болѣе полному и благопріятному разрѣшенію. Можно напомнить здѣсь до извѣстной степени лѣченіе сѣдалищныхъ невритовъ шотландскими душами, когда рѣзкими повторными смѣнами душей изъ холодной и почти горячей воды достигаютъ излѣченія болѣзни, вызывая сначала обостреніе процесса, принимающаго затѣмъ благопріятное теченіе.

Кромѣ всего сказаннаго, не слѣдуетъ оставлять безъ вниманія и наблюдаемаго послѣ впрыскиваній болѣе или менѣе значительнаго повышенія t^0 , до сихъ поръ почти не отмѣченнаго въ литературѣ. Эти повышенія t^0 , усиливая обмѣнъ веществъ въ организмѣ, остаются безразличными и для большого нерва; благопріятное ихъ вліяніе на болѣзненный процессъ также слѣдуетъ учитывать.

Въ настоящей работѣ мы рассмотрѣли вліяніе лѣченія впрыскиваніями холоднаго солевого раствора на рядъ затяжныхъ случаевъ невритовъ сѣдалищнаго нерва, наблюдавшихся нами, преимущественно, стаціонарно; мы прослѣдили этихъ больныхъ въ большинствѣ случаевъ до выздоровленія, о нѣкоторыхъ изъ нихъ имѣли свѣдѣнія черезъ значительныя промежутки времени послѣ лѣченія; мы наблюдали теченіе болѣзни подъ вліяніемъ лѣченія и его результаты. Теперь дѣлаемъ заключительные выводы ихъ нашихъ наблюденій.

1) Лѣченіе невралгій и невритовъ сѣдалищнаго нерва (ischias) впрыскиваніями охлажденнаго солевого раствора (NaCl) является цѣннымъ методомъ, дающимъ очень хорошій результатъ даже при заболѣваніяхъ, продолжающихся по нѣсколько лѣтъ.

2) Успѣшный результатъ получился въ нашихъ случаяхъ при заболѣваніяхъ различнаго происхожденія, вызванныхъ простудной инфекціей, алкогольной интоксикаціей и травмой.

3) Способъ даетъ нерѣдко хорошіе результаты тамъ, гдѣ другіе способы мало помогаютъ.

4) Способъ дешевый и не требующій сложной обстановки, въ противоположность такимъ способамъ, какъ лѣченіе грязевыми и рапными ваннами, шотландскими душами; въ тому же слѣдуетъ прибавить, что грязелѣченіе имѣетъ не мало противопоказаній къ своему примѣненію и оставляетъ нѣкоторыя нежелательныя послѣдствія.

5) Для успѣшнаго лѣченія количество впрыскиваемого раствора можетъ быть ограничено 50—60 куб. сѣм. *pro dosi*; отъ количества въ 100 сѣм. мы не наблюдали лучшихъ результатовъ.

6) Черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія боли часто обостряются; эти обостренія наблюдаются и послѣ повторныхъ впрыскиваній; часто послѣ затиханія болей на уровнѣ бедра обнаруживаются сильныя боли въ икроножной области.

7) Обостреніе болей иногда быстро проходитъ подѣ вліяніемъ согрѣвающихъ компрессовъ и массажа, которые до того не оказывали сколько-нибудь замѣтнаго вліянія.

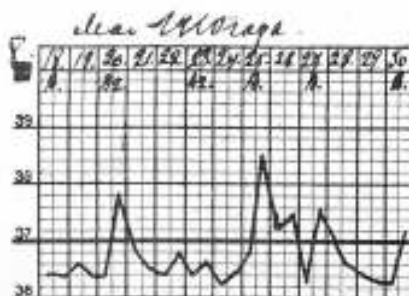
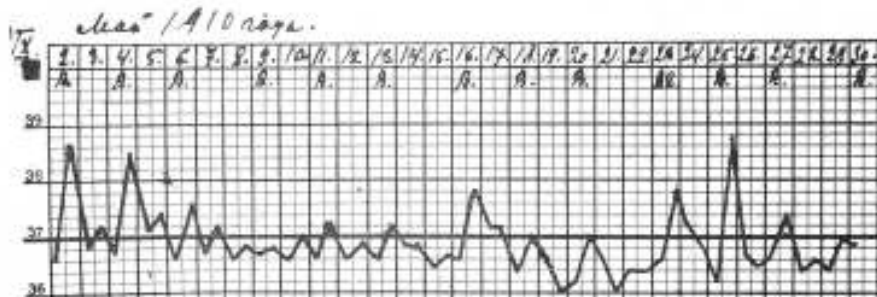
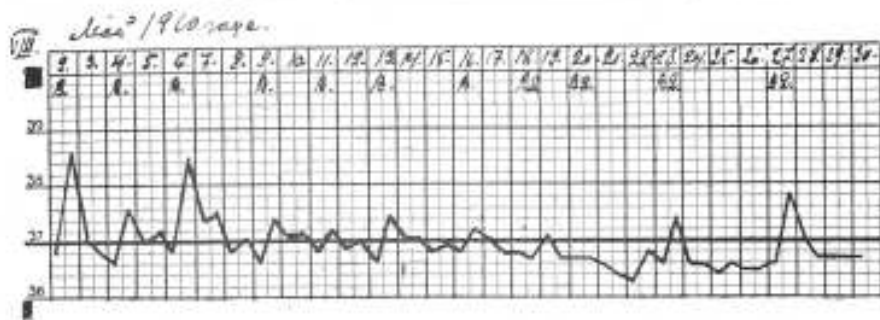
8) Можно производить впрыскиванія не только по ходу сѣдалищнаго нерва, а также соотвѣтственно болевымъ точкамъ ягодичной области вообще (*n. n. glutaei, n. n. cutanei femoris posteriores*).

9) Въ хроническихъ случаяхъ, составлявшихъ, преимущественно, нашъ матеріалъ, приходится, какъ показало наблюдение стационарныхъ больныхъ, примѣнять для полнаго успѣха лѣченія рядъ впрыскиваній до 10—15—20 и болѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ. Острые случаи не являются противопоказаніемъ для впрыскиваній, но въ нихъ слѣдуетъ раньше испробовать другіе способы лѣченія.

10) На основаніи своего матеріала мы не можемъ подтвердить случаевъ излѣченія хроническихъ заболѣваній послѣ 1—2 впрыскиваній.

11) Достигаемые лѣченіемъ результаты являются прочными, но рецидивы, конечно, не исключаются.

12) Обычно черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія больные испытываютъ жаръ и знобъ, сопровождающіеся



повышеніемъ t° ; наблюдаются значительныя (до 39°) повышенія t° даже послѣ впрыскиванія 20 куб. снтм.; иногда t° повышается и послѣ повторныхъ впрыскиваній; привыканіе къ впрыскиваніямъ, въ смыслѣ отсутствія повышеній t° , наступаетъ не всегда; повышенная t° держится нѣсколько часовъ, но колебанія ея нерѣдко замѣтны еще на слѣдующій день. Maximum наблюдававшася нами повышенія t° — $39^{\circ},6$.

13) Связать степень температурной реакціи съ опредѣленной конституціей больныхъ намъ не удалась.

14) Повышеніе t° обусловливается вліяніемъ хлористаго натрія, какъ такового, черезъ кровь на центральную нервную систему.

15) Лѣченіе солевыми впрыскиваніями предпочтительнѣе проводить на стационарныхъ больныхъ.

16) При пользованіи для впрыскиваній растворами ClNa съ прибавленіемъ CaCl^2 (по *Wiener*'у) получается впечатлѣніе, что температурная реакція нѣсколько смягчается, но повышенія t° далеко не исключаются и при этомъ составѣ впрыскиваемого раствора. Еще лучшее впечатлѣніе получается при пользованіи жидкостью *Locke*'а.

17) Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ повышеніе t° вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ условій нежелательно, какъ напр., при туберкулезѣ, разстройствѣ компенсаціи сердечной дѣятельности, рѣзко выраженномъ артеріосклерозѣ и др., лѣченіе впрыскиваніями солевыхъ растворовъ тоже противопоказано.

18) Благопріятное дѣйствіе солевыхъ впрыскиваній на теченіе хроническихъ невритовъ съдалищнаго нерва обусловливается вліяніемъ температуры и состава примѣняемыхъ растворовъ и самымъ способомъ примѣненія; развивающіеся осмотическіе процессы несомнѣнно имѣютъ при этомъ важное значеніе; на обостреніе хроническаго процесса и б. м. на развивающіяся подъ вліяніемъ впрыскиваній повышенія t° слѣдуетъ смотрѣть, какъ на факторы, благопріятствующіе успѣху лѣченія.

Матеріалы по вопросу объ умственномъ утомленіи учащихся.

Студ. В. Н. ПЛАКСИНА.

Въ 1907 году въ Казанскомъ Коммерческомъ училищѣ преподавателями во главѣ съ директоромъ *А. И. Немировскимъ* были поставлены опыты, имѣвшіе цѣлью выяснитъ психическую утомляемость учащихся въ теченіе недѣли. По предложенію проф. *В. П. Осипова* былъ примѣненъ способъ, изложенный въ „инструкціи въ производствѣ школьнаго психологическаго опыта № 1“, выработанной *А. П. Нечаевымъ* при участіи членовъ Русскаго Общества нормальной и патологической психологіи¹⁾.

Обработка полученнаго матеріала была произведена мною по предложенію проф. *В. П. Осипова*, тѣмъ болѣе охотно, что она предшествовала другому болѣе широкому изслѣдованію, произведенному мною по его же предложенію въ томъ же училищѣ; результаты ихъ, методику и сводку предшествовавшихъ работъ по этому вопросу я рассчитываю сообщить впослѣдствіи; результаты, полученные при обработкѣ матеріала, собраннаго въ 1907 г., я и сообщаю въ настоящей работѣ. Это будетъ тѣмъ болѣе умѣстно, что указанная работа и по идеѣ и по методикѣ выполненія непосредственно предшествовала моимъ изслѣдованіямъ.

¹⁾ *А. П. Нечаевъ*. Труды по экспериментальной патологической психологіи. Вып. II. С.-Петербургъ. 1902 г.

Прямой задачей какъ первой, такъ и вторыхъ было *опредѣлить наличность умственного утомленія, если такое имѣется, при нормальныхъ недѣльныхъ занятіяхъ учащихся и выяснить психическое содержаніе этого реагента, т. е. выяснить какимъ образомъ онъ вліяетъ на психическій тонусъ испытуемыхъ.*

Ислѣдованія были произведены въ Казанскомъ коммерческомъ училищѣ въ понедѣльникъ, среду и субботу, 10, 12 и 15 декабря 1907 г. на первыхъ и пятыхъ урокахъ. Испытаніямъ подверглись 103 ученика пяти классовъ отъ приг. до IV въ возрастахъ отъ 9 до 17 лѣтъ включительно; распредѣленіе испытуемыхъ по возрастамъ было таково:

Табл. № 1.

9	10	11	12	13	14	15	16	17
3	12	20	26	11	15	8	5	3

Пользовались методомъ контрольной работы: испытуемымъ предлагалась однородная, непродолжительная работа, количество и качество которой для каждаго изъ нихъ опредѣляли наличный потенціалъ его работдѣтельности и психическое состояніе.

Въ каждомъ изъ опытовъ испытуемымъ диктовались 12 двузначныхъ цифръ и 12 трехсложныхъ словъ, которыя они должны были воспроизвести на память. Слова были даны различнаго содержанія: связанныя съ зрительными образами, напр., *карандашъ, колесо, озеро*;—слуховыми—напр., *мычанье, журчанье*; вкусовыми и обонятельными, — напр., — *вонючій, прокислый*; термическими, мускульными и осязательными, — напр., — *морозный, щекотка, шершавый*; слова, выражающія чувства, стремленія:—*пулливость, сердечный*; слова отвлеченнаго характера, — *пространство, простота*.

Всего давалось такимъ образомъ шесть группъ различнаго содержанія по 2 слова въ каждой группѣ.

Послѣ пятого урока во все дни экспериментовъ давались тѣ же цифры, слова, что и на первыхъ урокахъ, только въ иномъ порядкѣ. Этимъ имѣлось въ виду опредѣлить также способность учениковъ къ запоминанію въ различные дни недѣли. Предъ началомъ опытовъ испытваемымъ внушалось серьезное отношеніе къ нимъ по возможности въ однихъ и тѣхъ же выраженіяхъ, объяснялось, что экспериментъ не имѣетъ никакого отношенія къ повѣркѣ ихъ школьныхъ знаній. Затѣмъ раздавались листки бумаги, на которыхъ каждый испытваемый долженъ былъ прежде всего записать свое имя и фамилія, число лѣтъ и мѣсяцевъ. Послѣ записи испытваемымъ говорилось:

„теперь положите Ваши карандаши и слушайте, я буду говорить Вамъ разныя числа, а вы ихъ постарайтесь запомнить. Когда я скажу вамъ—пишите, возьмите ваши карандаши, и напишите тѣ числа, какія запомните. Можете писать въ какомъ угодно порядкѣ. Постарайтесь запомнить побольше, но если кто не сможетъ, не бѣда, главное, пусть каждый пишетъ самъ, безъ помощи другого, что ему припомнится. Теперь полное молчаніе. Никакихъ вопросовъ предлагать нельзя. Начинаю!“ Послѣ этого диктовался одинъ изъ слѣдующихъ (сообразно съ днемъ) рядовъ чиселъ.

Таб. № 2.

1 урокъ.	Понед.	57	96	81	37	72	23	68	41	39	27	52	36
	Среда.	41	29	38	93	56	82	36	24	73	48	65	57
	Субб.	53	69	21	48	97	71	36	52	26	82	39	43
5 урокъ.	Понед.	72	23	68	41	39	27	52	36	57	96	81	37
	Среда.	82	36	24	73	48	65	57	41	29	38	93	56
	Субб.	71	36	52	26	82	39	43	53	69	21	48	97

Читается громко, внятно, монотонно, не выдѣляя голо-
сомъ ни одного изъ чиселъ ряда.

Во время испытанія экспериментаторъ держитъ въ одной
рукѣ бумажку съ числами, въ другой секундомѣръ, или, за
неимѣніемъ его, карманные часы съ секундной стрѣлкой. Каж-
дое число читается черезъ 5 сек. послѣ предшествовавшаго.
Первое число произносится спустя 5" послѣ „начинаю“ и
черезъ 5" послѣ послѣдняго числа говорится; „пишите“. Вся-
кіе вопросы со стороны истытуемыхъ, если таковыя бывали,
предупреждались мимикой или жестомъ экспериментатора.

Спустя двѣ минуты послѣ слова „пишите“ учащимся
предлагалось положить карандаши и экспериментаторъ
говорилъ:

„Теперь я буду вамъ читать разныя слова, а вы поста-
райтесь ихъ запомнить, когда я скажу „пишите“—постарай-
тесь написать по памяти,—кто что вспомнить. Молчанье! На-
чинаю“!

Затѣмъ прочитывался одинъ изъ данныхъ рядовъ словъ:

Таб. № 3.

Понедѣльникъ.		Среда		Суббота.	
1 урокъ.	5 урокъ.	1 урокъ.	5 урокъ.	1 урокъ.	5 урокъ.
холодный	дѣйствіе	горячій	возможнос.	морозный	правдивос.
пахучій	шершавый	душистый	теплота	горчица	щекотка
сердечный	прокислый	отважный	соленый	обида	протухлый
коляска	веселость	ножницы	пугливост.	озеро	радостный
музыка	пуговка	ворчанье	карандашъ	хлопанье	колесо
дѣйствіе	мычанье	возможное	журчанье	правдивос.	гудѣнье
шершавый	прямота	теплота	пространс.	щекотка	простота
прокислый	холодный	соленый	горячій	протухлый	морозный
веселость	пахучій	пугливост.	душистый	радостный	горчица
пуговка	сердечный	карандашъ	отважный	колесо	обида
мычанье	коляска	журчанье	ножницы	гудѣнье	озеро
прямота	музыка	пространс.	ворчанье	простота	хлопанье

При производствѣ этого опыта соблюдались аналогичныя первому правила. Затѣмъ листки были отобраны и полученный такимъ образомъ матеріалъ подвергся обработкѣ и изученію, результаты котораго и составляютъ предметъ настоящей статьи.

При анализѣ этихъ результатовъ я стремился опредѣлить, существуетъ ли психическое утомленіе въ учебномъ заведеніи, какъ цѣломъ, и каково его вліяніе на учащихся вообще,—это съ одной стороны,—и разрѣшить тѣ же проблемы примѣнительно къ возрастамъ.

Дѣленіе на классы я ставилъ на второй планъ, исходя изъ того соображенія, что классъ есть явленіе до извѣстной степени, искусственное, элементы котораго не имѣютъ тѣсной органической связи.

Могутъ, конечно, возразить, что каждый изъ классовъ—опредѣленный контингентъ лицъ, связанныхъ между собой однородностью гигиеническихъ условій, связанныхъ и общностью интересовъ, предметовъ и границъ занятій и т. под., такъ, что классъ не есть комплексъ разрозненныхъ единицъ, а комплексная единица, обладающая опредѣленной, специфической физиономіей. Все это такъ. Но вѣдь намъ важно установить наличность вліянія на учащихся психическаго утомленія, какъ явленія сопутствующаго умственной работѣ вообще, а не занятіямъ отдѣльными предметами знанія;—да и цѣнность выводовъ изъ какихъ бы то ни было наблюденій находится въ прямой зависимости отъ широты области, ихъ приложенія. Группируя учащихся по классамъ, я индивидуализирую наблюденія и создаю условія, благодаря которымъ исчезаетъ возможность приложить полученные выводы къ группѣ не находящейся въ подобныхъ условіяхъ; при наличности же группировки по возрастамъ, физическому развитію и т. п. минуются, всѣ указанные неудобства, растворяются всѣ индивидуальныя различія, кромѣ тѣхъ, которыя лѣжатъ въ основѣ классифик. исчезаютъ случайные агенты, вліяніемъ которыхъ и

создается опредѣленность классной физиономіи. Обратимся сначала къ первому вопросу, къ разрѣшенію поставленной задачи примѣнительно ко всему учебному заведенію, при чемъ примемъ во вниманіе только данныя опытовъ на 1-хъ урокахъ, т. е. эксперименты повторные, пятихъ уроковъ дали расплывчатая, иногда даже противорѣчивыя показанія.

Исслѣдованіе памяти цифръ и словъ даетъ слѣдующее:

процентное отношеніе количества воспроизведенныхъ къ количеству данныхъ для памяти цифръ.

Таб. № 4.

	Понедѣльн.	Среда.	Суббота
1-не уроки	42,33	41,25	41,25
5-не уроки	50,92	47	47,83

ДЛЯ ПАМЯТИ СЛОВЪ:

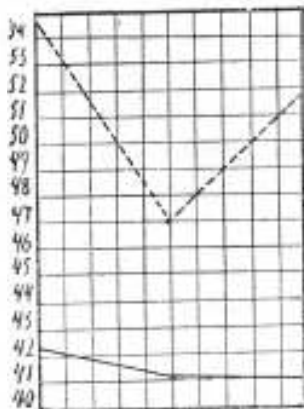
Таб. № 5.

	Понедѣльн.	Среда.	Суббота.
1-не уроки	54,66	47,07	51,96
5-не уроки	67,39	62,96	64,05

Этимъ числамъ соотвѣтствуетъ слѣдующая кривая тб. I, въ за ординанту принято $\%$ отношеніе количества воспро-

изведенныхъ къ количеству данныхъ, а за абсциссу—день опытовъ.

I.



— измѣненія % отношенія количества воспроизведенныхъ цифръ и словъ къ количеству данныхъ.

Характеръ кривыхъ даетъ намъ возможность отмѣтить упадокъ памяти къ концу недѣли, при чемъ наименьшій потенціалъ памяти словъ приходится на среду.

Самое распределеніе воспроизведенныхъ словъ по группамъ было неравномѣрно.

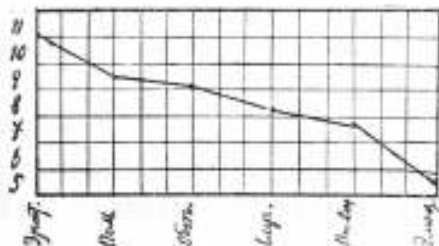
Беря средне-арифметическое % отношенія числа воспроизведенныхъ къ числу данныхъ получаемъ:

Таб. № 6.

Зрит.	Осязат.	Обонят.	Слух.	Отвл.	Эмоц.
11	9,4	9,14	8,25	7,79	5,57

Изображая полученные числа графически и принимая за ординату % отношеніе, а за абсциссу—группы, получаемъ кривую, характеръ которой указываетъ, что больше всего зафиксировано словъ изъ области зрительныхъ представлений, затѣмъ осязательныхъ, обонятельныхъ, слуховыхъ и наконецъ отвлеченныхъ и эмоціональныхъ.

II.



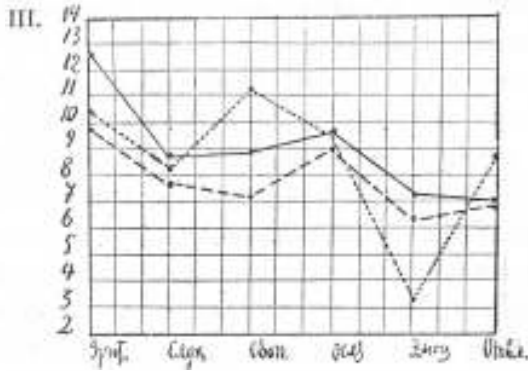
Въ связи съ рѣзкимъ ухудшеніемъ памяти словъ въ среду находится и упадокъ силы ассоціативныхъ процессовъ. Въ самомъ дѣлѣ, крѣпость запоминанія зависитъ отъ количества и качества ассоціативныхъ нитей, проводимыхъ между воспринимаемымъ объектомъ и тѣмъ, что Гербартъ называлъ „апперципирующей массой“, т. е. наличнымъ запасомъ представленій и понятій, съ которыми мы оперируемъ; и коль скоро ухудшаются ассоціативные процессы, т. е., значеніе слова,—а мы видѣли, что всѣ слова можно разбить на 6 неравномѣрно запоминавшихся группъ различнаго содержанія,—такъ, значеніе слова перестаетъ оказывать присущее ему вліяніе на его закрѣпленіе,—общее количество и разность между максимальнымъ и минимальнымъ количествомъ запоминанія, приходящимся на каждую изъ группъ, уменьшается: слова воспринимаются не по смыслу, а какъ сочетаніе звуковъ. И наоборотъ,—уменьшеніе рѣзкости колебаній въ воспроизведеніи является показателемъ паденія интенсивности ассоціативныхъ процессовъ.

Слѣдующія цифры и соотвѣтствующія имъ кривыя оправдываютъ эти апріорныя соображенія.

Таб № 7.

№ урока.	Дни.	Зрит.	Слух.	Обон.	Осяз.	Эмоц.	Отвл.
На I-ыхъ урокахъ.	Понед.	12,7	8,84	8,96	9,71	7,13	7,1
	Среда.	9,89	7,8	7,19	9	6,25	6,93
	Суббота.	10,43	8,12	11,28	9,49	3,31	9,84
На V-ыхъ урокахъ.	Понед.	14,46	11,77	11,1	12,27	7,75	10,26
	Среда.	14,54	12,05	8,76	10,84	8,66	7,99
	Суббота.	13,19	10,2	11,86	11,56	7,52	8,31

Мы видимъ, что разность между количествомъ воспроизведенныхъ словъ, связанныхъ съ зрительными образами и эмоціональными, какъ максимальной и минимальной величины воспроизведенія, въ среду, день съ наименьшимъ коэффициентомъ памяти словъ, съ 5,5 падаетъ до 3, откуда мы и заключаемъ а томъ, что самое воспроизведеніе становится ме-



— % отношение количества воспроизведенныхъ словъ въ понедельникъ
 — въ среду
 — въ субботу.

нѣе осмысленнымъ, и ассоціативные процессы, лежащіе въ основѣ памяти, ухудшаются. На ряду съ паденіемъ способности запоминанія и обезсмысливанія этого феномена и въ обратномъ къ нему отношеніи находится возрастаніе иллюзорной дѣятельности сознанія испытуемыхъ, дѣятельности, стоящей въ полной зависимости отъ состоянія вниманія.

Выражая количество лишнихъ записанн. какъ въ опытахъ съ цифрами, такъ и въ опытахъ съ памятью словъ въ %, получаемъ:

Количество иллюзий въ опыт. съ памятью цифр.

Таб. № 8.

Ур. дн.	Понед.	Среда.	Субб.
на I у.	15,92	18,67	22
на V у.	10,75	16,33	16,92

а для памяти словъ:

Таб. № 9.

Ур. дн.	Понед.	Среда.	Субб.
на I у.	19,06	26,65	17,68
на V у.	10,5	23,75	25,59

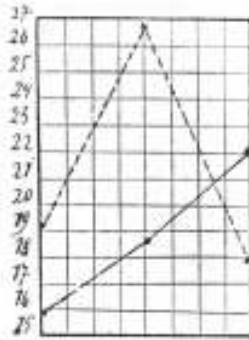
Эти показанія даютъ намъ возможность заключить о наличности упадка напряженности вниманія прогрессирующаго—на основаніи данныхъ опытовъ съ памятью цифръ—въ продолженіе всей недѣли и рѣзкаго въ среду—на основаніи опытовъ съ памятью словъ.

При анализѣ ошибокъ, дѣлаемыхъ испытуемыми при воспроизведеніи IV. дававшихся словъ невольно бросается въ глаза рѣзкое ихъ раздѣленіе на 2 группы.

Съ одной стороны замѣна однихъ словъ другими, совершенно иного корня—напр. *молчанье* вм. *мычанье*; *тельга*, *каре́та* вм. *коляска*; *боязливость* вм. *тугловость*; *движеніе*, *сцена* вм. *дѣйствіе* и т. д.—это группа грубыхъ ошибокъ; съ другой стороны—ассимиляція воспринимаемыхъ впечатлѣній, т. е., приведеніе даваемыхъ словъ отбрасываніемъ ихъ приставокъ и окончаній къ виду наиболѣе удобному для закрѣпленія данному индивиду.

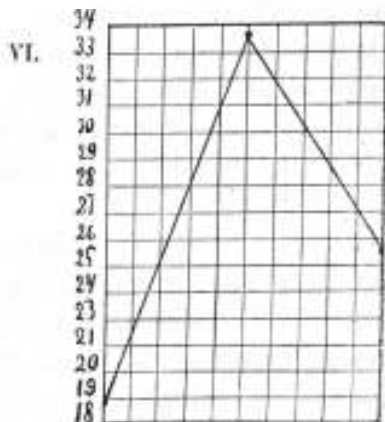
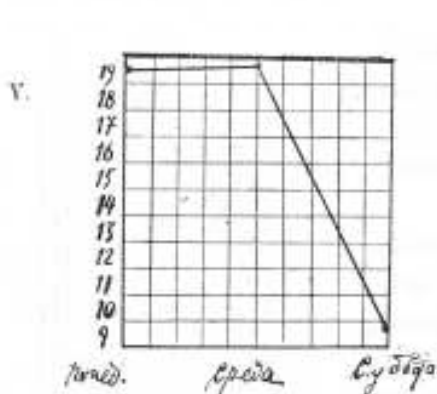
Но нужно замѣтить, что ошибки перваго рола связаны съ даваемымъ словомъ тѣмъ или инымъ видомъ ассоціацій (по смежности, сходству). Принимая же во вниманіе упадокъ силы ассоціативныхъ процессовъ подъ вліяніемъ утомленія, мы должны ожидать по мѣрѣ работы уменьшенія числа иллюзій, для появленія которыхъ необходимы психическіе процессы высшаго порядка.

Такъ оно и есть: количество ошибокъ перваго рода съ 19,49 (въ пон.) и 19,57 (въ среду) падаютъ къ концу недѣли до 9,91 (суб.) (соотвѣтственныя цифры опытовъ на 5-ыхъ урокахъ 10,06, 25,17, 18,45).



- % отношеніе количества лишнихъ цифръ къ количеству записи.
- % отношеніе количества лишнихъ словъ къ количеству записи.

Наоборотъ, возрастаетъ число ошибокъ второго рода, ошибокъ, не требующихъ напряженной работы сознанія, съ 18,62% (понед), до 33,72 (среда) и до 25,45 (суббота). (Цифры опытовъ V-ыхъ уроковъ: 10,92; 22,33; 32,72).



Паденіе напряженности вниманія отражается на результатахъ работы не только наличиемъ иллюзій памяти, но и самымъ характеромъ воспроизведенія. Аргіогі нужно допустить, что съ прогрессивнымъ упадкомъ напряженности вниманія будутъ воспроизводиться преимущественно послѣднія впечатлѣнія какъ наиболѣе свѣжія, не успѣвшія еще ассимилироваться, слиться съ „апперципирующей массой, и при воспроизведеніи не требующія большого напряженія. Дѣля диктовавшіяся цифры на 2 равныя части и разбираясь въ числѣ воспроизведенныхъ первой и второй половины ряда, мы получаемъ числа

для I половины:

Таб. № 10.

Ур. дн.	Понед.	Среда.	Субб.
I урок.	49,02	46,57	42,02
V урок.	48,65	41,32	43,78

и для II половины:

Таб. № 11.

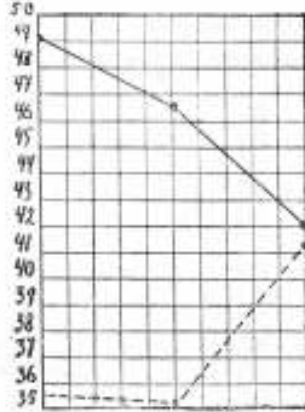
Ур. дн.	Понед.	Среда.	Субб.
I урок.	35,56	35,38	41,19
V урок.	52,97	50,86	49,56

Числа, указывающія на упадокъ вниманія, проявляющійся въ прогрессивномъ пониженіи количества воспроизведенныхъ цифръ первой половины даннаго ряда и повышеніи—второй.

Всѣ эти данныя позволяютъ намъ отмѣтить несомнѣнное ухудшеніе работы, какъ съ качественной, такъ и съ количественной стороны,—ухудшеніе, которое можетъ быть объяснено только наличностью утомленія.

Со стороны психическаго содержанія утомленіе можетъ быть охарактеризовано, какъ агентъ угнетающій память, вниманіе и обезсмысливающій процессъ воспроизведенія; при этомъ вниманіе и механическая память ухудшается прогрессивно въ продолженіе всей недѣли, а процессы, въ основѣ которыхъ лежитъ ассоціативная способность, даютъ худшій показателъ—въ среду—такъ, напр., дѣло обстоитъ съ памятью словъ.

VII.



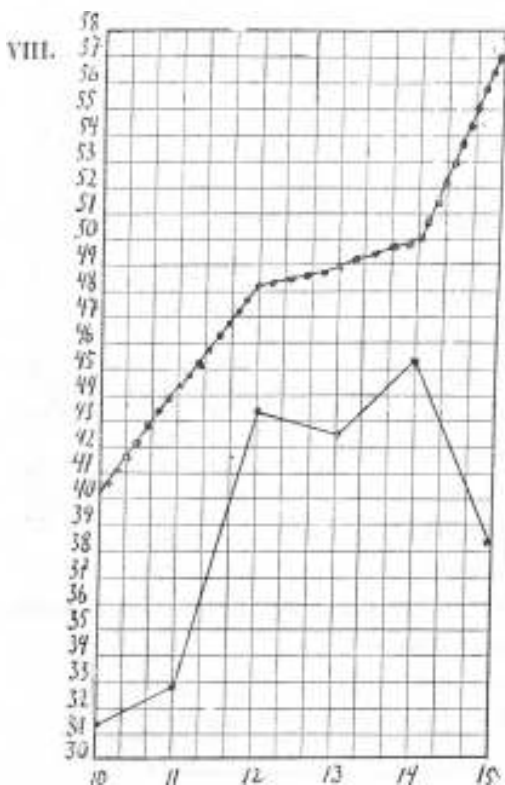
— % отношеніе количества воспроизведенныхъ I половине ряда къ даннымъ цифръ.

— % отношеніе количества воспроизведенныхъ II половине ряда къ даннымъ словъ.

Таб. № 12.

		10-ти лѣтъ	11-ти лѣтъ	12-ти лѣтъ	13-ти лѣтъ	14-ти лѣтъ	15-ти лѣтъ
I-ые уроки.	Пам. цифръ	31,33	32,83	43,14	42,42	45,3	38,2
	Пам. словъ	40,02	44,4	48,2	48,92	50	57,75
V-ые уроки.	Пам. цифръ	36,86	39,64	49,08	46,25	52,75	49,31
	Пам. словъ	51,39	57,74	61,26	63,9	62,31	73,36

Обратимся теперь къ опредѣленію умственнаго утомленія учащихся различныхъ возрастовъ, при этомъ группы учениковъ 9, 16 и 17 лѣтъ, въ виду ихъ малочисленности, не будемъ принимать во вниманіе. Исслѣдованія памяти цифръ и словъ, дають слѣдующія цифры, (см. табл. 12) въ соотвѣтствіи съ которыми находится кривая VIII, указывающая на то, что количе-



воличество данныхъ въ опытахъ съ памятью цифръ и словъ, выражается въ слѣдующихъ цифрахъ.

ство запоминаемыхъ съ возрастомъ увеличивается. Чѣмъ старше испытуемые, тѣмъ выше потенциальныя запоминанія. Но опыты съ цифрами показываютъ, что это увеличеніе неравномерно: возрасты 13 и 15 лѣтъ являются возрастными, дающими отрицательныя показанія, что съ особенной ясностью оказывается въ послѣдней (15 лѣтнихъ) группѣ.

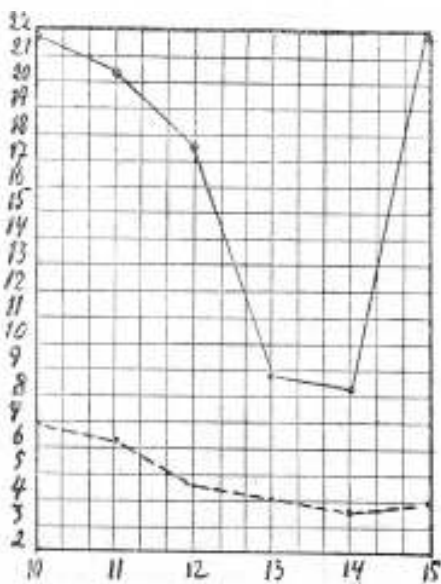
Обращаясь къ иллюзорной дѣятельности сознанія испытуемыхъ, мы получаемъ тотъ же эффектъ: % отношеніе количества лишнихъ къ

Таб. № 13.

		10-ти лѣтъ	11-ти лѣтъ	12-ти лѣтъ	13-ти лѣтъ	14-ти лѣтъ	15-ти лѣтъ
I-ые уроки.	Пам. цифръ	21,82	20,44	17,53	8,81	8,14	22
	Пам. словъ	6,92	639	4,5	4	3,53	382
V-ые уроки.	Пам. цифръ	727	—	—	—	—	—
	Пам. словъ	—	—	—	—	—	—

Изображая эти данныя графически, мы получаемъ характеръ кривыхъ А и В, позволяющій заключить объ ихъ упадкѣ количества иллюзий соответственно возрасту и подъемъ ихъ у испытуемыхъ 15 лѣтъ.

Итакъ, мы можемъ отмѣтить задержку въ психической дѣятельности—въ некоторую, не особенно рѣзко сказывающуюся въ возрастѣ 13 лѣтъ и особенно явственную въ возрастѣ 15 лѣтъ, отражающую главнымъ образомъ на процессахъ, требующихъ большого напряженія вниманія, о чемъ мы заключаемъ на основаніи пониженія количества запоминаемыхъ цифръ и повышенія числа иллюзій.



А — колебанія % отношения количества воспроизведенныхъ ошибокъ по количеству данныхъ въ опытахъ съ памятью цифръ.

В — съ памятью словъ.

Можно ли констатировать наличность утомленія въ различныхъ возрастахъ? Какая изъ группъ наиболѣе поддается вліянію этого реагента?

Анализъ данныхъ опытовъ съ памятью цифръ и словъ даетъ характеръ колебаній числа удержанныхъ,—для памяти цифръ:

Таб. № 14.

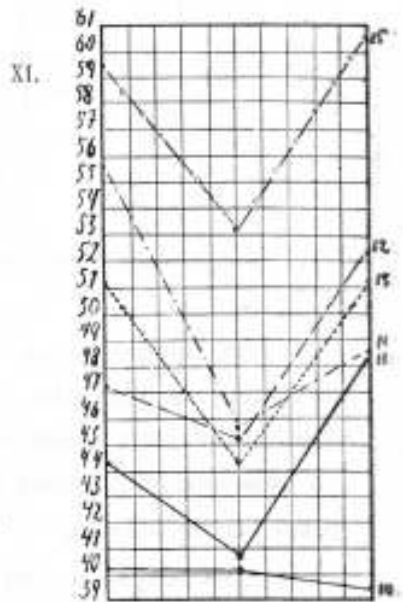
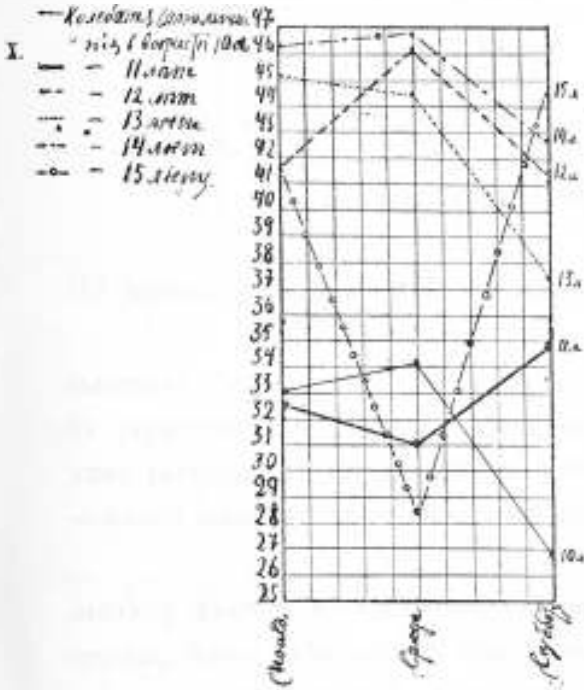
	Дни.	10 лѣтъ	11 лѣтъ	12 лѣтъ	13 лѣтъ	14 лѣтъ	15 лѣтъ
I-ые уроки.	Понед.	33	32,58	41,83	45,17	46,25	41,67
	Среда	34,08	31	46,08	44,58	46,83	28,5
	Субб.	26,92	34,92	41,5	37,5	42,83	44,42
V-ые уроки.	Понед.	42,08	42	47,92	54,92	62,5	56,25
	Среда	34,42	37,75	50	41,42	43,33	46,5
	Субб.	34,08	39,17	49,33	42,42	52,42	45,17

для памяти словъ.

Таб. № 15.

	Дни.	10 лѣтъ	11 лѣтъ	12 лѣтъ	13 лѣтъ	14 лѣтъ	15 лѣтъ
На 1 урокахъ.	Понед.	40,29	44,27	47,09	51,17	55,63	59,42
	Среда	40,21	40,84	45,19	44,35	45,64	53,2
	Субб.	39,55	48,09	52,33	51,24	48,74	60,63
На 5 урокахъ.	Понед.	52,17	59,75	61,93	67,09	69,76	79,15
	Среда	53,43	55,59	62,09	59,5	56,41	66,92
	Субб.	48,56	57,85	59,76	65,01	60,75	74,01

Передавая графически этотъ характеръ колебаній, получаемъ кривыя X (соотв. числамъ таб. 14) и XI (соотв. числамъ таб. 14 и 15).



Что же касается количества ошибокъ—лишнихъ цифръ и словъ, то онѣ распредѣлялись по возрастамъ;—число иллюзий памяти цифръ:

Таб. № 16.

Дни.	10 лѣтъ	11 лѣтъ	12 лѣтъ	13 лѣтъ	14 лѣтъ	15 лѣтъ
Понед.	15,17	15,67	15,33	7	6,83	24,33
Среда	24,25	22,83	18,17	9	8,67	16,67
Суб.	26,05	22,83	19,08	10,42	8,92	25

ПАМЯТИ СЛОВЪ.

Таб. № 17.

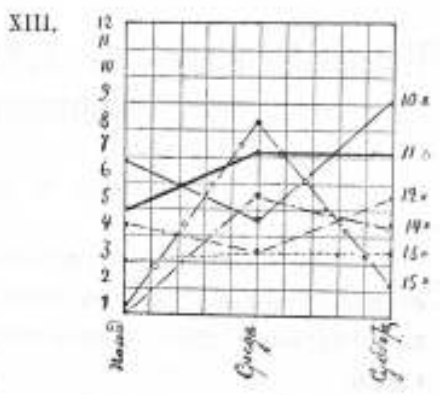
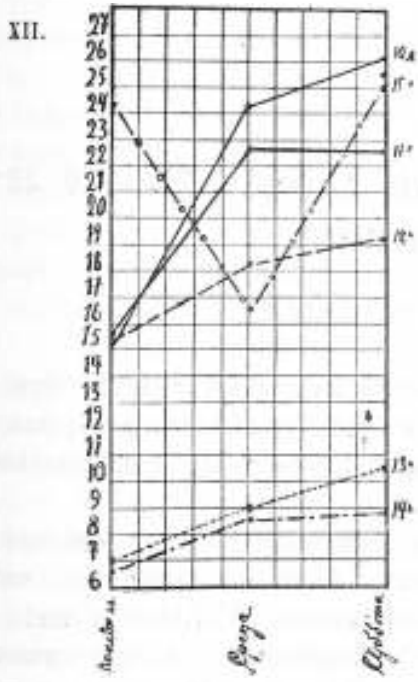
Дни.	10	11	12	13	14	15
Понед.	6,91	5	4,5	3	0,58	1,04
Среда	48,6	7,09	3,5	4,5	5,55	8,38
Субб.	9	7,08	5,5	4,5	4,45	2,08

Въ соотвѣтствіи съ этими числами находятся кривыя XII и XIII.

Изъ приведенныхъ данныхъ съ несомнѣнной ясностью вытекаетъ наличность утомленія у всѣхъ испытуемыхъ; но оно неодинаково сказывается въ различныхъ возрастахъ, какъ на точности выполненія работы, такъ и на времени наибольшаго своего вліянія.

Одни возрасты сильнѣй утомляются въ началѣ работы, въ началѣ недѣли и наименьшій потенциалъ своей работодѣтельности даютъ въ среду—такъ дѣло обстоитъ съ испытуемыми, напр., 11 лѣтъ, другіе даютъ въ началѣ подъемъ, а затѣмъ уже, къ концу недѣли, упадокъ—испытуемые 10 лѣтъ,—наконецъ, на третьихъ утомленіе сказывается въ прогрессивномъ упадкѣ работодѣтельности—испытуемые 13 лѣтъ,—силнѣе всего утомленіе сказывается на группѣ пятнадцатилѣтнихъ, что находится въ полномъ соотвѣтствіи съ введеннымъ раньше общимъ пониженіемъ ихъ психическаго tonus'a сравнительно съ tonus'омъ испытуемыхъ другихъ возрастовъ.

Итакъ, резюмируя все сказанное, мы должны отмѣтить наличие утомленія, какъ агента депрессивно дѣйствующаго



на различныя стороны психики работающаго, послѣ недѣли занятій у учащихся всѣхъ возрастовъ, подвергавшихся указаннымъ изслѣдованіямъ.

Нервный шовъ съ точки зрѣнія ученія о заживленіи нерва.

Прив.-доц. П. М. КРАСИНА.

Тема, которой я касаюсь въ настоящей статьѣ, представляетъ выдающійся научный и практический интересъ, такъ какъ нервный шовъ тѣсно связанъ съ ученіемъ о заживленіи нерва.

Съ теоретической стороны выясненіе до сихъ спорнаго вопроса о заживленіи нерва важно въ томъ отношеніи, что оно опредѣляетъ судьбу теоріи нейроновъ *Waldeyer*'а, имѣющей столь важное значеніе въ неврологіи. Далѣе, ясное представленіе о процессѣ заживленія нерва дастъ ключъ къ пониманію смысла и значенія нервнаго шва, операція неотложной въ случаѣ раненія нерва, обязательной для всякаго практическаго врача.

Въ практическомъ отношеніи правильное толкованіе процесса заживленія нерва обусловитъ и цѣлесообразный образъ дѣйствія хирурга при операціяхъ надъ нимъ; тѣмъ болѣе, что въ настоящее время показанія къ сшиванію нервовъ значительно расширены, и техника нервнаго шва значительно усовершенствована. Такъ, нервный шовъ практикуется не только на периферическихъ нервахъ, но и на нервныхъ корешкахъ, напр., на корешкахъ *plexus brachialis*. Нервный шовъ применяется не только при раненіи нерва, но и при сдавленіи

его опухолями, рубцами, и, особенно, при хирургическомъ лѣченіи параличей различнаго происхоженія.

Въ виду того, что за послѣдніе годы клиника и лабораторія доставили много новыхъ данныхъ въ ученіе, какъ о нервномъ швѣ, такъ и о заживленіи нерва, мнѣ представляется совершенно умѣстнымъ и своевременнымъ коснуться той области хирургіи периферическихъ нервныхъ стволовъ, гдѣ операція нервнаго шва составляетъ основу хирургическаго пособія. Однако, [прежде всего необходимо обратиться къ прошлому нервнаго шва и ученія о заживленіи нерва, такъ какъ только при сравненіи можно правильно оцѣнить современное состояніе ученія о нервномъ швѣ.

Идея нервнаго шва возникла въ глубокой древности. Извѣстно, что *Avicenna* совѣтовалъ наложеніе шва на поврежденный нервъ. Подобные совѣты давали и другіе выдающіеся ученые древности, напр., *Galen*, *Guillome de Saliceto*, *Guy de Chauliac* и особенно *Guido*. Однако, не хирургъ, а фیزیологъ *Arnetann* былъ первымъ, примѣнившимъ шовъ на животномъ, хотя и безъ успѣха.

Въ 1828 году *Flourens* произвелъ полное перекрестное сшиваніе нервовъ плечевого сплетенія у пѣтуха и получилъ блестящій функціональный результатъ. Цѣлый рядъ авторовъ, среди которыхъ, особенно, *Philippeau* и *Vulpian*, подтвердили наблюденіе *Flourens*'а, и вопросъ о перекрестномъ сшиваніи теперь стоитъ на прочной экспериментальной основѣ.

Что касается наблюденій надъ процессомъ заживленія нерва у человѣка, то необходимо отмѣтить *Larey*'я, такъ какъ онъ первый замѣтилъ срастаніе нервовъ на ампутаціонной культѣ. *Wurtz* первый наложилъ шовъ на человѣческій нервъ, но этотъ случай остался неизвѣстнымъ. Извѣстенъ случай французскаго хирурга *Bodens*'а, окончившійся, впрочемъ, смертельно.

Въ шестидесятихъ годахъ прошлаго столѣтія французскіе хирурги *Nélaton* и *Lougier* впервые съ успѣхомъ про-

извели сшиваніе нерва, и съ тѣхъ поръ операція эта широко распространилась во Франціи и дала хорошіе результаты въ рукахъ корифеевъ французской хирургіи *Verneuil*'я, *Dupuytren*'а, *Richet*, *Létiévant*'а. Въ Германію эта операція проникла позднѣе, а именно, въ 1871 году *Hüter* произвелъ сшиваніе нерва. Позднѣе сшиваніе нерва стало практиковаться и въ другихъ странахъ, а у насъ въ Россіи эта операція введена, главнымъ образомъ, *Склифасовскимъ*.

Результаты сшиванія нервовъ весьма благопріятны.

Такъ, по новѣйшей статистикѣ, напр., *Снижарнаго*, *Kramer*'а *Spitzzy*, успѣхъ нервнаго шва отмѣчается въ 71, 7⁰/₀ сл., въ 80,8⁰/₀ и даже въ 90⁰/₀ (*Spitzzy*).

Въ настоящее время никто не сомнѣвается, что въ основѣ шва лежитъ способность нерва возрождаться. Однако, начиная съ конца XVIII столѣтія и до сихъ поръ вопросъ о механизмѣ заживленія нерва, отдѣленнаго отъ своего центра, служить предметомъ спора между представителями различныхъ научныхъ доктринъ.

Обращаясь къ далекому прошлому, мы узнаемъ, что первый, указавшій на анатомическую регенерацію нерва у животнаго былъ англійскій анатомъ *Cruikshank*. Въ дальнѣйшемъ развитіи ученія о нервномъ заживленіи необходимо отмѣтить, главнымъ образомъ, заслуги *Nasse* и *Waller*'а. *Nasse*, какъ извѣстно, открылъ явленія дегенераціи периферическаго отрѣзка, а *Waller* установилъ общеизвѣстные законы о де-и регенераціи нерва, отдѣленнаго отъ своего центра.

Оставляя въ странѣ забытыя теоріи, напр., *Schiff*'а о неизмѣняемости осевыхъ цилиндровъ послѣ поврежденія и ограниченіи процессовъ де-и регенераціи одной только мякотной оболочкой, далѣе—взгляды метафизическаго характера, *Stilling*'а и *Dubruel*'я, химическую теорію *Neumann*'а, а также возрѣнія *Королева* о происхожденіи нервныхъ волоконъ изъ особыхъ периферическихъ нервныхъ клѣтсокъ, уче-

ніе *Virchow*'а о возникновеніи нервныхъ волоконъ изъ клѣтокъ соединительной ткани, гипотезу о первичномъ заживленіи нервовъ, т. называемую *prima intentio nervorum*, взгляды *Glück*'а и *Wolberg*'а, я перейду къ современнымъ теоріямъ механизма заживленія нервовъ. Всѣ вышеупомянутые взгляды ученыхъ осуждены наукой.

Въ настоящее время господствуютъ два воззрѣнія, а именно, одно — защищаетъ школа централистовъ; другое — центропериферисты. Послѣдователи теоріи *Waller*'а, централисты или моногенисты (*Ranvier*, *Богословскій*, *Генз*, *Гуддендорфъ*, *Billroth*, *Vanlair*, *Notthafft*, *Kölster*, *Stroebe*, *Ziegler*, *Finotti*, *Purpura*, *Münzer*, *Lugaro*, *Langley* и *Anderson*, *Haliburton*, *Mott*, *Левинъ*, *Ramon y Cajal*, *Perroncito*, *Mariresco*, *Medea*, *Fischer*, *Пожарискій*, *Красинъ*, *Цыткинъ*), опираясь на теорію нейроновъ *Waldeyer*'а и эмбриологическія данныя *His*'а, *Ramón y Cajal*'а и *Lenhossék*'а, представляютъ процессъ заживленія нерва, какъ проростаніе старыхъ концовъ осевыхъ цилиндровъ центрального отрѣзка въ периферическій. Другая школа ученыхъ — центропериферисты или полигенисты — во главѣ со страсбургскимъ физиологомъ *Bethe* отстаиваетъ теорію *Lent*'а о возрожденіи нервныхъ волоконъ изъ клѣтокъ оболочки Швана и часть авторовъ допускаетъ даже самовозрожденіе (ауторегенерацію) периферического отрѣзка, совершенно отдѣленнаго отъ своего центра. Эта школа насчитываетъ въ своихъ рядахъ многочисленныхъ сторонниковъ ученія *Lent*'а. Цѣлый рядъ авторовъ (*Bruch*, *Lent*, *Philippson* и *Vulpian*, *Hertz*, *Benecke*, *Korybutt-Daszkiowicz*, *Aufrecht*, *Leegaard*, *S. Sirena*, *Cattani*, *Frankl v. Hochwart*, *Soyka*, *Büngner*, *Galeotti* и *Levi*, *P. Ziegler*, *Kennedy*, *Wieting*, *Marchand*, *Bethe*, *Ballance* и *Stewart*, *Fleming*, *Henriksen*, *Durante*, *Schütte*, *Lemke*, *Razzaboni*, *Tonarelli*, *D. Barfurth*, *Howell* и *Huber*, *Ламинскій*, *Raimann*, *Modena*, *Head* и *Ham*, *Kohn*, *Marguliès*, *O. Schültze*, *Besta*, *Введен-*

ский) защищаютъ и доказываютъ возможность возникновенія юныхъ нервовъ изъ клѣтокъ неврилеммы.

Изъ отечественныхъ хирурговъ въ защиту теоріи центрo-периферистовъ выступаетъ проф. *Введенскій* въ статьѣ „Заживленіе нервовъ послѣ поврежденія по даннымъ клиники и эксперимента“ (Хирургія. Т. XXIV. № 143. ноябрь 1908). Сущность воззрѣнія современныхъ центрo-периферистовъ сводится къ тому, что молодыя нервныя волокна развиваются послѣ поврежденія нерва въ обоихъ отрѣзкахъ одновременно изъ клѣтокъ Швана и при отсутствіи связи съ центральной нервной системой, при чемъ при такихъ условіяхъ возродившіяся нервныя волокна имѣютъ эмбриональный типъ. При связи съ центромъ юныя нервныя волокна возрождаются вполнѣ. Центрo-периферисты опираются на эмбриологическія данныя *Kohn'a* и *O. Schültze*.

Занимаясь вопросомъ гистогенеза поврежденныхъ нервовъ болѣе двухъ лѣтъ, я получилъ неопровержимыя данныя въ пользу ученія централистовъ, работая съ помощью самыхъ точныхъ методовъ окраски осевыхъ цилиндровъ. При опытахъ я примѣнялъ дифференціальныя окраски осевыхъ цилиндровъ метиленовой синью *in vivo* по *Ehrlich'у* и серебромъ по способу *Ramón y Cajal'я*, занимаясь подъ руководствомъ проф. *Д. А. Тимовеева*. Желая провѣрить съ фізіологической стороны извѣстные опыты *Bethe* съ ауторегенераціей нерва, отдѣленнаго отъ своего центра, я повторилъ эксперименты *Bethe* въ фізіологической лабораторіи проф. *Н. А. Миславскаго* и убѣдился въ томъ, что ауторегенераціи не существуетъ. Вообще, со времени появленія работъ по этому вопросу, принадлежащихъ *Ramón y Cajal'ю*, *Perroncito*, *Lugaro*, *Münzer'у*, *Marinesco*, *Tello*, *Пожарискому*, а также и на основаніи собственныхъ наблюденій, изложенныхъ въ диссертациі (Къ ученію о регенераціи периферическихъ нервовъ послѣ поврежденія ихъ. Казань 1907), я считаю

теорію *Bethe* окончательно опровергнутой, несмотря на то, что до сихъ поръ *Bethe* отстаиваетъ свои взгляды и находитъ себѣ защитниковъ. Оставляя въ сторонѣ критику возрѣнія полигенистовъ, я опишу кратко процессъ заживленія нерва согласно собственнымъ наблюденіямъ, имѣя въ виду, гл. обр., возрожденіе осевого цилиндра. Послѣ нарушенія связи периферическаго нерва съ центромъ сразу и одновременно на всемъ протяженіи периферическаго отрѣзка и на ограниченномъ участіи центральнаго развивается дегенерация нервныхъ волоконъ, состоящая въ фрагментаціи осевыхъ цилиндровъ и распаденіи мякоти. Регенерация начинается черезъ 24 часа и первыми ея признаками являются гипертрофія центральныхъ концовъ осевыхъ цилиндровъ, поврежденных дегенеративнымъ процессомъ, и фибриллизация—разволокненіе ихъ съ отхожденіемъ свободныхъ, голыхъ отпрысковъ, въ видѣ нитей, снабженныхъ на своихъ концахъ колбами роста (*cône de croissance*). Въ слѣдующіе дни молодые побѣги наводняютъ мѣсто перерыва нерва и врастаютъ въ периферическій отрѣзокъ, преимущественно, пролагая себѣ путь внутри старыхъ Швановыхъ оболочекъ, не распадающихся послѣ поврежденія нерва, среди глыбокъ міэлина и кусковъ осевого цилиндра. Юные нервы часто даютъ вѣтви ретрограднаго хода и образуютъ сложныя сплетенія, особенно, въ рубцѣ, такъ наз. клубковидныя или спиралевидныя сплетенія. Характерными чертами регенерации являются: множественность юныхъ побѣговъ отъ одного стараго, отхожденіе ихъ часто отъ выше лежащихъ перехватовъ *Ranvier*, дихотомическое дѣленіе, особенно, въ рубцѣ, вѣтви ретрограднаго хода, сплетенія, какъ внутри Швановыхъ гильзъ, такъ, преимущественно, въ рубцѣ и, наконецъ, морфологическое разнообразіе колбъ роста. Послѣднее обстоятельство говоритъ въ пользу взгляда *Ramón y Cajal*'я, считающаго произростаніе юнаго осевого цилиндра за родъ амeboиднаго движенія осевцилиндрическаго вещества, скопляющагося на концахъ

ростущихъ нервныхъ нитей и затѣмъ вытягивающагося впередъ въ видѣ тонкаго осевого цилиндра. Въ этомъ движеніи осевоцилиндрическаго вещества, по мѣрѣ накопленія его на концѣ растущаго осевого цилиндра, и кроется механизмъ регенераціи нерва.

Гистологическія наблюденія позволяютъ подмѣтить идентичность въ строеніи колѣбъ роста съ осевымъ цилиндромъ, причемъ ядерной оболочки, признаваемой *Sajal'*ямъ, колѣбы роста не имѣютъ. Перехваты *Ranvier* появляются на 7 день на центральныхъ частяхъ осевого цилиндра, постепенно vznikая вмѣстѣ съ ростомъ нервного волокна отъ центра къ периферіи.

Міелиновая оболочка появляется всегда на центральныхъ, ясно уже отграниченныхъ перетяжками *Ranvier*, частяхъ осевого цилиндра, при чемъ появленіе міелина на крайнихъ дистальныхъ частяхъ иногда происходитъ въ видѣ прерывистыхъ наслоеній или капель.

Клѣтки Швана въ регенераціи нервного волокна никакого участія не принимаютъ. Эти элементы, размножаясь въ изобиліи въ обоихъ отрѣзкахъ, играютъ роль фагоцитовъ.

Противъ возрожденія юныхъ осевыхъ цилиндровъ изъ клѣтокъ Швана говоритъ, особенно ясно, тотъ фактъ, что процессъ возрожденія наблюдается много раньше каріомитотического дѣленія Швановыхъ клѣтокъ. Такъ, черезъ 48 часовъ послѣ перетягиванія нерва лигатурой масса юныхъ нервовъ съ терминальными утолщеніями видѣруется въ мѣсто раздавливанія нерва и начало периферическаго отрѣзка.

Первыя рѣдкія митозы въ клѣткахъ Швана наблюдаются только на 3 день, и аспе каріомитотического дѣленія—на 7—8 дни, т. е., тогда, когда масса юныхъ нервовъ далеко вростаеъ въ область периферическаго отрѣзка, показывая на своихъ центральныхъ частяхъ уже ясно выраженные перетяжки *Ranvier*. Итакъ, регенерація нерва происходитъ въ смыслѣ *Vanlair'*а, т. е., путемъ невротизаціи перифериче-

скаго отрѣзка юными нервами изъ центральнаго. Взгляды полигенистовъ надо считать неправильными. Клѣтки Швана по мнѣнію *R. y Cajal*'я и *Marinesco* играютъ не только фагоцитарную роль; но, кромѣ того, онѣ служатъ проводниками для растущихъ нервныхъ волоконъ, вырабатывая особое, такъ наз. хемиотаксическое вещество.

Явленія хемиотаксиса при регенераціи нерва подробно изучалъ *Forssmann* и благодаря его изслѣдованіямъ стало извѣстнымъ, почему периферическій отрѣзокъ не играетъ совершенно пассивной роли, какъ раньше думалъ *Vanlair*. Оказывается, по опытамъ *Forssmann*'а, что распадающаяся мозговая субстанція периферическаго отрѣзка имѣетъ аттрагирующее вліяніе на ростъ молодыхъ нервныхъ волоконъ, направляя ихъ внутрь оболочекъ Швана и тѣмъ обезпечивая имъ достиженіе периферіи. Образование терминальных аппаратовъ совершается за счетъ юныхъ проростающихъ нервныхъ волоконъ, какъ я неоднократно наблюдалъ на плоскостныхъ препаратахъ изъ кожного покрова ушей бѣлыхъ крысъ и мышей, слѣдя непрерывно за юными волокнами отъ центральнаго отрѣзка, черезъ рубецъ и до периферіи, гдѣ юный осевой цилиндръ принималъ участіе въ образованіи нерваго частоккола, описаннаго проф. *К. А. Арнштейномъ*, вокругъ волосяной луковицы. Подобную эволюцію колбы роста въ двигательную пластинку мышечнаго волокна подробно описываетъ *Tello*.

Повончивъ съ гистологической стороны вопроса, имѣющей огромное значеніе для пониманія нерваго шва, я позволю себѣ еще указать на интересныя недавнія сравнительно данныя централистовъ-физиологовъ, полученныя при опытахъ съ сшиваніемъ, особенно, разнородныхъ нервовъ. Я, разумѣю опыты *Langley*'я, *Равы*, проф. *Н. А. Миславскаго* и его учениковъ *Левина* и *Цыткина*, автора только что появившейся диссертациі („Къ вопросу о сшиваніи периферическихъ нервовъ и заднихъ корешковъ спиннаго мозга. Казань 1910).

Опыты указанныхъ авторовъ показали, что между двигательными, чувствительными и секреторными нервами нѣтъ никакой разницы; они являются только проводниками. Функція нерва, завися отъ центральной клѣтки, непостоянна; т. е. она обуславливается тѣмъ периферическимъ аппаратомъ, въ который вросаетъ осевой цилиндръ еще въ эмбриональной жизни зародыша. Если перемѣстить осевой цилиндръ на другой новый путь, то центральная клѣтка начнетъ функционировать такъ, какъ потребуетъ новая периферическая связь. Кромѣ того, указанные авторы, хотя и подмѣчали фактъ проростанія новыми нервными волокнами периферическаго отрѣзка при соединеніи двигательнаго нерва съ чувствительнымъ, но физиологической регенераціи не наблюдали (*Цыткинъ*).

Наблюденія физиологовъ-централистовъ несомнѣнно имѣютъ значеніе и для клиники.

Итакъ, съ точки зрѣнія новѣйшихъ данныхъ эксперимента выясняется значеніе нервнаго шва, а именно, сшиваніе нервныхъ концовъ облегчаетъ проростаніе нервныхъ волоконъ изъ центрального отрѣзка въ периферическій съ одной стороны, потому что между плотно сдвинутыми поперечниками нерва не можетъ образоваться обширной рубцовой мозоли (главнаго тормоза для регенераціи); съ другой стороны, периферическій отрѣзокъ можетъ свободно оказывать свое аттраирующее вліяніе, направляя юные нервы внутрь Швановыхъ оболочекъ.

Далѣе, изъ наблюденій лабораторіи вытекаетъ важное практическое правило—щадить центральный отрѣзокъ и бережно съ нимъ обращаться, помня, что онъ—исходный пунктъ возрожденія нерва. Наконецъ, при операціяхъ анастомоза, особенно, при лѣченіи параличей, необходимо сшивать двигательные нервы съ двигательными или со смѣшанными.

Положивъ въ основу данныя эксперимента, я, прежде чѣмъ разсмотрѣть съ точки зрѣнія хирурга-централиста различные способы сшиванія нерва, примѣняемые въ клиникѣ,

замѣчу, что необходимо отличать первичный шовъ отъ вторичнаго, когда съ момента раненія пришло много времени и образовалась между концами нерва плотная рубцовая мозоль.

Способы шиванія нервовъ удобнѣе для обзорѣнія разбить на нѣсколько группъ

ПЕРВАЯ ГРУППА.

Основные или простые швы.

а) прямой или непосредственный шовъ, т. е. проникающій черезъ самое вещество нерва (способъ *Nélaton'a*).

б) Непрямой, косвенный или посредственный шовъ, т. е. соединяющій оболочку нерва или кѣтъчатку (периневральный и параневральный) способъ *Bodens-Hüter'a*.

в) Комбинированный (соединеніе первыхъ двухъ) способъ *Tillmanns'a*.

ВТОРАЯ ГРУППА.

Основные швы, соединенные съ добавочными оперативными приемами при расхожденіи концовъ или дефектахъ нерва.

а) Шовъ, соединенный съ форсированнымъ сгибаніемъ члена.

б) Шовъ, дополненный наложеніемъ подтягивающихъ нитей (*Entspannungsnaht Mikulicz'a*).

в) Шовъ, соединенный съ вытяженіемъ концовъ нерва по *Max-Schüller'у*.

д) Шовъ *Brunns'a* въ двухъ модификаціяхъ для вторичнаго шва.

е) Шовъ съ резекціей кости по длинѣ по *Löbcker'у*.

ТРЕТЬЯ ГРУППА.

Типическіе анастомозы, а именно, имплантациа, т. е., соединеніе швомъ одного нерва или части его съ сосѣднимъ стволомъ другого нормального.

1) Периферическая имплантациа.

а) Полная периферическая прививка, если цѣлый периферическій отрѣзокъ соединяется съ сосѣднимъ нервнымъ стволомъ.

б) Частичная периферическая прививка, если, напр., только часть парализованнаго нерва съ периферическимъ основаніемъ пришивается къ рядамъ лежащему неповрежденному нерву.

2) Центральная прививка.

а) Центральная полная прививка, если цѣлый центральный отрѣзокъ неповрежденнаго нерва вшивается въ стволъ парализованнаго.

б) Центральная частичная прививка, если только центральный лоскутъ, т. е., лоскутъ съ центральнымъ основаніемъ отъ жизнеспособнаго нерва пришивается къ парализованному.

ЧЕТВЕРТАЯ ГРУППА.

Перекрестное шиваніе, т. е. соединеніе цѣлаго центрального отрѣзка съ цѣлымъ периферическимъ другого нерва.

ПЯТАЯ ГРУППА.

Атипическіе анастомозы, т. е., напр., сочетаніе имплантациа съ перекрестнымъ шиваніемъ и другого рода.

ШЕСТАЯ ГРУППА.

Аутопластика, т. е., сшиваніе нервныхъ доскутовъ, вырвоенныхъ изъ отрѣзковъ одного и того же нерва (способы *Brenner'a* и *Letiévant'a*).

СЕДЬМАЯ ГРУППА.

Гетеропластика, т. е., пересадка между концами нерва инородныхъ тѣлъ.

а) Трансплантація нерва животного.

б) Трубочатый шовъ (тубулизація), вставленіе между концами нерва разсасывающихся трубокъ изъ кости, *magnesium*, желатины; а также вставленіе кусковъ артерій и вень животныхъ.

в) Шовъ „*a distance*“ по *Assaki*, т. е., вставленіе въ дефектъ нерва пучка кетгутовыхъ нитей.

Главнѣйшими типами шва являются, разумѣется, основные. Наиболѣе идеальнымъ швомъ, какъ мнѣ приходилось неоднократно убѣждаться при своихъ опытахъ надъ животными, надо признать косвенный или непрямой шовъ, т. е. при немъ не разрушается иглой нервное вещество центрального отрѣзка, и явленія дегенерациі въ послѣднемъ выражены въ такихъ случаяхъ всегда слабѣе, чѣмъ при прямомъ соединеніи. Кромѣ того, прямое сшиваніе, при которомъ часто лучше удается приладить плоскости разрѣза нерва, особенно, шелкомъ ведетъ за собой образованіе болѣе объемистой мозоли между концами нерва. Исходя изъ собственныхъ наблюденій, я всецѣло присоединяюсь къ мнѣнію старыхъ авторовъ, напр., *Eulenbourg'u*, *Landois*, *Влаславскому Гену*, *Vogt'u*, считающихъ наиболѣе идеальнымъ шовъ косвенный, т. е. по названнымъ авторамъ при такомъ соединеніи нерва и регенерація его идетъ быстрѣе.

Что касается шиванія тонкихъ нервовъ, то здѣсь мыслимъ только параневротическій шовъ. Не вдаваясь въ излишнія подробности, я позволю себѣ сдѣлать рядъ краткихъ замѣчаній по поводу остальныхъ оперативныхъ способовъ шиванія нерва, рассматривая ихъ съ точки зрѣнія хирурга-централиста. Такъ, при швѣ, соединенномъ съ форсированнымъ сгибаніемъ члена, приходится примѣнять, гл. обр., прямой шовъ, а это обстоятельство умаляетъ достоинство способа по выше изложеннымъ мотивамъ.

Кромѣ того, форсированное продолжительное сгибаніе, напр., нижней конечности, можетъ повести къ контрактурѣ ея. Подтягивающіе швы *Mikulicz'a*, облегчая, несомнѣнно, сближеніе отрѣзковъ нерва, проходятъ черезъ нервное вещество и, стало быть, травмируютъ нервы. Вытяженіе по *Max-Schüller'u*—приемъ, допускающій ограниченное примѣненіе, т. е. максимумъ вытяженія=5 сант. Способъ *Brunns'a* въ двухъ модификаціяхъ для вторичнаго шва—ничто иное, какъ прямое соединеніе концовъ нерва; оригинально только освѣженіе концовъ. Кромѣ того, во 2-ой модификаціи не изсѣкается рубцовая ткань между отрѣзками. Шовъ съ резекціей кости по длинѣ—приемъ исключительный. На практикѣ всѣ эти способы возможно замѣнить иногда другими, изложенными въ 3—7-ой группахъ, т. е., примѣнить имплантацию, аутоили гетеропластику.

Я позволю себѣ остановиться нѣсколько долѣе на операціяхъ анастомоза въ виду ихъ особеннаго практическаго интереса. Операціи эти практикуются часто при хирургическомъ лѣченіи параличей различныхъ нервовъ на шеѣ, верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ.

Идея пришиванія парализованнаго нерва къ сосѣднему здоровому принадлежитъ *Letiévant'u*, французскому хирургу. *Désprés* первый съ успѣхомъ вшилъ парализованный n. medianus въ щель n. ulnaris.

Послѣ того, какъ *Manasse* доказалъ рядомъ опытовъ на собакахъ, что послѣ сшиванія периферическаго отрѣзка личнаго нерва съ добавочнымъ (n. accessorius) функція перваго значительно улучшается, клиника въ настоящее время располагаетъ значительнымъ числомъ случаевъ болѣе или менѣе удачныхъ сшиваній n. facialis съ n. accessorius и n. hypoglossus.

Поводомъ къ операціи служатъ параличи личнаго нерва, особенно, послѣопераціонные. Послѣ этой операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ асимметрія лица исчезаетъ вслѣдствіе восстановления тонуса личныхъ мышцъ. Къ сожалѣнію, развиваются, такъ наз. содружественныя движенія, т. е., при соединеніи личнаго нерва съ добавочнымъ при желаніи больного привести въ движеніе личные мышцы, онъ долженъ двигать сначала лопаткой или плечомъ или наоборотъ при движеніи плеча появляются мимическія движенія. Такое же явленіе наблюдается и при срощеніи съ подъязычнымъ нервомъ, т. е. больной долженъ двигать языкомъ, чтобы вызвать мимическую. Это обстоятельство бываетъ тягостнымъ для больныхъ, хотя съ теченіемъ времени содружественныя движенія исчезаютъ. Общимъ недостаткомъ этой операціи является атрофія мышцъ, нервы которыхъ перерѣзаны. Однако, парезы языка при перерѣзкѣ подъязычнаго нерва, составляя тяжелое явленіе, наблюдаются временно.

Параличи и парезы грудино-ключично-сосковой мышцы и трапецевидной при анастомозѣ съ n. accessorius не имѣютъ особеннаго значенія, т. е. движенія головы не измѣняются. При параличахъ верхней конечности типа *Duchenne-Erb*'а (такъ наз. родовой параличъ), наблюдающихся у маленькихъ дѣтей и обязанныхъ своимъ происхожденіемъ разрыву плечевого сплетенія во время трудныхъ родовъ, *Kennedy* предложилъ изсѣкать рубцово измѣненную часть сплетенія и образовывать анастомозъ. Такъ, въ 5 случаяхъ *Kennedy* удалось излѣчить такой параличъ оперативнымъ путемъ послѣ

изсѣченія мѣста соединенія 5 и 6-го первикальныхъ нервовъ и соединенія ихъ съ *n. suprascapularis*, съ вѣтвью для *n. axillaris* и со стволемъ, соединяющимся съ остальными шейными нервами. Такой же успѣхъ получили еще *Ritter*, *Campbell*, *Taylor* и *Harris*.

При анастомозахъ на верхней конечности легко доступны всѣ нервы, лежащіе въ подмышечной впадинѣ, локтевомъ сгибѣ. На нижней конечности анастомозы производятся прежде всего при параличахъ *m. quadriceps*. Обыкновенно *n. cruralis* пришивается къ *n. ischiadicus* или къ *n. obturatorius*; на голени чаще *n. tibialis* соединяется съ *n. peroneus* при параличахъ послѣдняго;

Изъ этихъ краткихъ указаній видно, насколько важное значеніе имѣетъ въ настоящее время операція нервного шва. Успѣхъ нервного шва, мнѣ кажется, можно объяснить только тѣмъ, что оперативные способы правильно обоснованы теоретически. Не надо забывать, что творцамъ операціи анастомоза былъ хирургъ-централистъ *Letiévant*.

Обращаясь теперь къ аутопластикѣ, т. е., выкраиванію лоскутовъ изъ нервныхъ отрѣзковъ, съ перегибомъ ихъ на 180° въ дефектъ съ цѣлью сближенія концовъ нерва, надо замѣтить, что этотъ способъ имѣетъ лишь то значеніе, что между сегментами нерва создается мостикъ изъ распадающейся мозговой субстанции, служащій проводникомъ для новыхъ нервныхъ волоконъ центрального отрѣзка.

Новѣйшая техника нервного шва обогатилась новыми способами соединенія нервовъ, я подразумеваю методы тубулизации. Уже давно было извѣстно, что, во 1-хъ, при пересадкѣ нерва его волокна разрушаются, и оболочки Швана заполняются вновь проростающими изъ центра нервными волокнами; во 2-хъ, пересаженный кусокъ, защищаетъ юные нервы отъ вліянія сосѣдней, разрастающейся кѣтчатки, предохраняя ихъ отъ сдавливанія рубцовой тканью.

Исходя изъ этихъ наблюденій уже давно централистъ *Vanlair* предложилъ свой трубчатый шовъ, т. е., вкладываніе концовъ нерва въ декальцинированный костный дренажъ—костную трубку.

Paug рекомендуетъ съ той же цѣлью расщепляющіяся трубки изъ *magnesium*, *Lotheisen*—расщепляющіяся, уплотненныя въ формалинѣ, стерилизованныя трубки изъ желативы и наконецъ *Foramitti* сравнительно недавно предложилъ для трубчатого шва стерильные куски артеріи и венъ, взятые отъ животныхъ. Куски артерій и венъ различнаго калибра примѣняются или только что взятые отъ животныхъ, или они примѣняются въ консервированномъ видѣ. Способъ уплотненія и стерилизаціи очень простъ и заключается въ томъ, что куски артеріи и венъ на 48 часовъ помѣщаются въ 5% растворъ формалина; затѣмъ въ теченіи 24 обезживаются и 20 минутъ кипятятся, надѣтыя на стеклянные палочки, а затѣмъ сохраняются въ 95% спиртѣ.

Опыты на животныхъ, продѣланные *Foramitti* показали проростаніе просвѣта трубокъ новыми нервными волокнами и присутствіе нѣжной, незначительной соединительно тканной спайки между *intima* артеріи или венъ и *perineurium*,—фактъ большой практической важности, т. к. онъ позволяетъ надѣется, что больному съ трубчатымъ швомъ легче избѣгать послѣдовательнаго шва или неврוליза, чѣмъ субъекту при обычномъ шиваніи.

Клиника уже отмѣтила цѣлесообразность способа *Foramitti* (случай *Auffenber*'а, *Ramsauer*'а, *Taylor*'а, *Снижарнаго Hashimoto*).

На основаніи экспериментальныхъ и клиническихъ данныхъ необходимыми обстоятельствами удачи шва является цѣлый рядъ условій, а именно, строгая асептика, тщательная остановка крови, соприкосновеніе абсолютно свободныхъ отъ соединительной ткани концовъ нерва, незначительное отслаиваніе влѣтчатки около нервного ствола, т. к. въ ней содержат-

ся питающіе нервъ кровеносные сосуды, точное прилаживаніе поверхностей нервныхъ отрѣзковъ лучше, гдѣ это возможно, косвеннымъ швомъ. Наконецъ, важно изолировать мѣсто сшиванія нерва отъ окружающей кѣтчатки, примѣняя соединеніе нервного шва съ тубулизацией или обертывая сшитое мѣсто специально для этой цѣли выкроеннымъ лоскутомъ изъ близъ лежащаго мускула. Въ послѣоперационномъ періодѣ необходимо, какъ можно раньше, производить массажъ и электризацию, какъ мѣста сшиванія, такъ и всей территоріи парализованнаго нерва.

Въ заключеніе я позволю себѣ вкратцѣ резюмировать все вышесказанное.

1) Глава общей хирургіи, трактующая о раненіи периферическихъ нервовъ и ихъ заживленіи, должна быть кореннымъ образомъ переработана согласно послѣднимъ даннымъ эксперимента и клиники въ духѣ теоріи регенерации *Waller'a*.

2) Наиболеѣ цѣлесообразными и плодотворными способами сшиванія нервовъ являются тѣ, которые обоснованы на теоретическихъ воззрѣніяхъ централистовъ.

3) Наиболеѣ идеальнымъ, но не всегда примѣнимымъ на практикѣ, надо признать косвенный шовъ.

4) Трубочатый шовъ по *Foramitti* является наиболеѣ рациональнымъ въ ряду подобныхъ ^{его} ему способовъ.

Источники. *Левинъ.* Къ ученію о перекрестномъ сшиваніи нервовъ. Диссертация. Казань. 1903. *Красинъ.* Къ ученію о регенерации периферическихъ нервовъ послѣ поврежденія ихъ. Диссертация. Казань. 1907. *Цыткинъ.* Къ вопросу о сшиваніи периферическихъ нервовъ и заднихъ корешковъ спинного мозга. Диссертация. Казань. 1910. Тоже въ Неврологическомъ Вѣстникѣ. Казань. Т. XVII. 1910. *Введенскій.* Заживленіе нервовъ послѣ ихъ поврежденія по даннымъ клиники и эксперимента. Хирургія. Т. XXIV.

Ноябрь. 1908. *Воложайкинъ*. О невролизѣ и нервномъ анастомозѣ. Труды госп. хир. клиники проф. С. П. Федорова. 1907. Т. II. *Спизарный*. О нервномъ швѣ. Хирургическая лѣтопись. Т. IV. 1894. *Спизарный*. Къ вопросу о нервной пластикѣ при параличахъ лицевого нерва. Русскій Врачъ. 1908., стр. 833. *Генз*: О нервномъ швѣ. Врачъ. Т. I. 1880., стр. 358, 373. *Tillmanns* Руководство общей хирургіи. 1910. *Lexer*. Учебникъ общей хирургіи. 1910. *Duplay et Reclus*. Traité de chirurgie. Т. II. *Emile Forgue et Paul Reclus*. Курсъ хирургической терапіи. Т. II. 1902. *Etzold*. Über Nervennaht. Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 62, 1902. *Foramitti*. Zur Technik der Nervennaht. Archiv. f. Klin. Chir. Bd. 73. 1904. *Hashimoto und Tokuoka*. Über die Schussverletzung peripherer Nerven und ihre Behandlung. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 84. 1907. *Kramer*. Zur Neurolise und Nervennaht. Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 28. 1900. *Lotheisen*. Zur Technik der Nerven und Sehnennaht. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 64. 1901. *Spitzzy*. Nervenregeneration in der chirurgischen Praxis. Wiener Klin. WS. S. 1494. 1907. *Spitzzy*. Zur Frage der Behandlung von Lähmungen mittels Nervenplastik. Münchener Med. WS. S. 1423. № 27. 1908. *Amzy Janu*. Die chirurgische Behandlung der Facialislähmung (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. CII. S. 375) по реф. Centralbl. f. Chir. № 8. 1910. *Porges*. Naht des Nervus medianus ein Jahr nach der Verletzung. (Wiener Klin. WS. 1909. № 30) по реф. Centralbl. f. chir. № 7. 1910. *Krause*. Operationen am Rückenmark und am den peripherer Nerven (Zeitschr. f. arztliche Fortbildung 1909. Nr. 7 u. 8) по реф. Centralbl. f. Chir. № 33. 1909. *Allessandrini*. Contributa sperimentale ed istologico allo studio delle anastomosi nervose (Policlinico, Sez. Chir. XVI. 4) по реф. Centralbl. f. Chir. № 25. 1909. *Bardenheuer*. Mitteilungen aus dem Gebiete der Nerven Chirurgie et cetera (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. XCVI. S. 24) по реф. Centralbl. f. Chir. № 17. 1909. *Mühsam*. Beitrag Zur Kenntnis der Nervenlähmungen nach Oberarmverletzungen (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. XCV) по реф. Centralbl. f. Chir. № 14. 1909.

Военно-психіатрическое дѣло въ австро-венгерской, германской и французской арміяхъ.

Д-ра А. В. СОБОЛЕВСКАГО.

I.

Военно-психіатрическое дѣло въ австро-венгерской арміи.

Для душевно-больныхъ австро-венгерской арміи имѣется нѣсколько психіатрическихъ отдѣленій при военныхъ госпиталяхъ и, сверхъ того, отдѣльное психіатрическое заведеніе въ Nagyszombat (Türnau тожь)¹⁾.

Заболѣвшіе воинскіе чины отправляются въ ближайшій госпиталь согласно слѣдующему росписанію:

Корпуса	№№ госпиталей	Города
1	15	Краковъ
2	1	Вѣна
3	7	Грацъ
4	16	Будапешть
5	1	Вѣна
6	16	Будапешть
7	21	Темесвиръ
8	11	Прага
9	11	Прага
10	3	Шеммыслъ

¹⁾ Предлагаемыя ниже свѣдѣнія заимствованы изъ руководства завѣдующаго психіатрическимъ отдѣленіемъ вѣнскаго военного госпиталя д-ра *Drastich'a* («Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte». 1909 г.), но изложены въ другомъ порядкѣ.

Корпуса	№№ госпиталей	Города
11	14	Львовъ
12	21	Темесвиръ
13	23	Аграмъ
14	10	Инсбрукъ
15	25	Сараево
Военный округъ Zara	23	Аграмъ.

Немедленно, по отправленіи душевно-больного въ госпиталь, врачъ (Truppenarzt) обязанъ представить туда же предварительныя свѣдѣнія о заболѣвшемъ. Въ свою очередь госпиталь запрашиваетъ подлежащія власти на мѣстѣ родины поступившаго больного, обнаруживалъ ли послѣдній признаки душевной болѣзни до пріема на службу или нѣтъ. Это важно потому, что на призрѣніе военнаго вѣдомства имѣютъ право только тѣ изъ нижнихъ чиновъ, которые заболѣли на дѣйствительной службѣ или состоятъ на попеченіи инвалидовныхъ домовъ военнаго вѣдомства.

О каждомъ испытуемомъ въ душевномъ состояніи и душевно-больномъ ведется въ госпиталѣ дневникъ наблюденія (Beobachtungs-journal), который содержитъ:

- a) введене, гдѣ обозначаются общія свѣдѣнія о поступившемъ, надлежащій приказъ начальства и цѣль наблюденія;
- b) анамнезъ;
- c) записи наблюденія, производимыя ежедневно или за краткіе промежутки времени;
- d) указаніе дня, когда закончено наблюденіе.

Послѣ окончанія наблюденія военный госпиталь составляетъ врачебное свидѣтельство и мнѣніе, въ которомъ, кромѣ общихъ свѣдѣній и анамнеза, содержатся выводы произведеннаго наблюденія въ краткихъ словахъ, но съ указаніемъ существенныхъ признаковъ, діагноза и заключеніе о томъ, подлежитъ ли больной (офицерскаго званія—Gagist) увольненію на срокъ 3—6 мѣсяцевъ или представленію въ комиссію,

или переводу въ душевную больницу, или инвалидный домъ, или, наконецъ, увольненію отъ службы.

Такъ какъ въ каждомъ сомнительномъ случаѣ очень рѣдко бываетъ возможнымъ опредѣлить, излѣчимъ ли или неизлѣчимъ душевно-больной, то необходимо повторное освидѣтельствованіе больного послѣ двухгодичнаго промежутка для окончательнаго сужденія о негодности его ко всякой военной службѣ. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ душевной болѣзни слѣдуетъ ставить лишь опредѣленіе: „къ дѣйствительной службѣ не годенъ“. (см. приказъ по военному вѣдомству отъ 30 марта 1907 г.).

Этотъ приказъ находится въ соотвѣтствіи съ правилами о приѣмѣ на военную службу. Въ старомъ изданіи 1889 г. подъ лит. *C*. (недостатки, препятствующіе несенію службы въ дѣйствительныхъ войскахъ—*Waffendienste*) была обозначена „рѣзко выраженная задержка умственнаго развитія“, между тѣмъ подъ лит. *D* (недостатки, препятствующіе несенію всякой службы) внесены были „всѣ душевныя болѣзни“. Въ 1906 г. изданы новыя правила, въ которыхъ подъ лит. *C*. на ряду съ „рѣзкой задержкой умственнаго развитія“ приведены „всѣ перенесенныя или протекающія излѣчимыя душевныя болѣзни“, а подъ лит. *D* включены „всѣ неизлѣчимыя душевныя болѣзни“.

По точному смыслу прежнихъ правилъ, замѣчаетъ д-ръ *Drastich*, способность къ службѣ послѣ перенесеннаго помѣшательства, когда не осталось никакихъ видимыхъ послѣдствій, не ограничивалась и только временно прекращалась въ случаѣ излѣчимаго психоза, тогда какъ по новымъ правиламъ всякій перенесшій душевную болѣзнь, не способенъ къ дѣйствительной службѣ (*zum Waffendienste*); онъ остается однако годнымъ въ ополченіе (*landsturmpflichtig*), если душевная болѣзнь излѣчима; если же душевная болѣзнь неизлѣчима, что опредѣляется въ два срока (*Terminen*) во избѣжаніе случай-

ной ошибки, то признается полная негодность ко всякой военной службѣ“.

Къ этому *Drastich* прибавляетъ, что признаніе негодности по причинѣ перенесенной до приѣма на военную службу душевной болѣзни возможно только въ томъ случаѣ,—во избѣжаніе злоупотребленія,—когда имѣются неопровержимыя доказательства о дѣйствительно бывшемъ заболѣваніи.

Медицинское свидѣтельство на душевно-больного офицерскаго званія, подлежащаго помѣщенію въ спеціальную лечебницу представляется военнымъ госпиталемъ начальству военнаго округа (*Militärterritorial Kommando*), откуда послѣ утвержденія начальникомъ медицинской части (*Sanitätschef*) немедленно отсылается въ военное министерство съ отмѣткой „снѣшно“. Затѣмъ военный госпиталь получаетъ изъ министерства служебную записку съ указаніемъ, въ какое именно лечебное заведеніе назначается душевно-больной *гагистъ* (*Gagist*). Ссылаясь на эту служебную записку, военный госпиталь посылаетъ копію медицинскаго свидѣтельства въ указанное заведеніе и проситъ послѣднее увѣдомить по телеграфу, можетъ ли быть принятъ немедленно больной. Въ особо исключительныхъ случаяхъ разрѣшается военному госпиталю сноситься съ военнымъ министромъ по телеграфу относительно перевода душевно-больного гагиста въ спеціальное лечебное заведеніе.

Если подлежитъ переводу въ заведеніе для душевно-больныхъ нижній чинъ, то въ медицинскому свидѣтельству прилагается приѣмный актъ (*Erhebungsakt*) и копія съ алфавитнаго списка (*Hauptgrundbuchsblatt*). Сверхъ того, свидѣтельство должно содержать мнѣніе наблюдавшихъ больного врачей, развилась ли у него душевная болѣзнь на дѣйствительной службѣ или нѣтъ; если вопросъ не можетъ быть разрѣшенъ опредѣленно, то это обстоятельство должно быть отмѣчено въ свидѣтельствѣ. Всѣ бумаги представляются въ управленіе начальника военнаго округа и тамъ подробно разсма-

триваются представителемъ интенданства.

Если нижній чинъ представляется къ переводу въ отдѣленіе для душевно больныхъ въ Nagyszombat, то интендантъ удостовѣряется въ правѣ больного на казенное призрѣніе, передаетъ свидѣтельство на утвержденіе начальника медицинской части, затѣмъ извѣщаетъ отдѣленіе (Nagyszombat) о предстоящей передачѣ ему больного и съ возвращеніемъ всей переписки въ военный госпиталь поручаетъ послѣдному немедленно отправить больного въ Nagyszombat и донести объ этомъ военно-окружное управленіе.

Если нижній чинъ подлежитъ переводу въ гражданское для душевно-больныхъ заведеніе, когда удостовѣрено, что болѣзнь развилась еще до приѣма на военную службу, то вмѣстѣ съ приемнымъ актомъ и копіей алфавитнаго списка врачебное свидѣтельство представляется начальнику военного округа въ двухъ экземплярахъ. Послѣ повѣрки корпуснымъ интендантомъ бумаги передаются на утвержденіе начальнику медицинской части и затѣмъ члену присутствія по воинской повинности (dem Heereserganzungsreferenten) для возбужденія вопроса относительно общественнаго призрѣнія больного. Начальникъ военного округа обращается къ подлежащимъ властямъ прихода (Sandes), къ которому больной приписанъ, съ просьбой, по возможности, скорѣе указать то лечебное заведеніе, въ которое можетъ быть отправленъ душевно-больной. Послѣ полученія опредѣленнаго отвѣта военному госпиталю поручается передать больного съ надлежащими документами въ указанное заведеніе.

Для сопровожденія душевно-больного гагиста назначается врачъ и два служителя (Sanitätssoldaten или Blessiertentgänger); душевно-больной нижняго званія сопровождается двумя надежными солдатами, опытными въ санитарной службѣ и соотвѣтственно подготовленными врачомъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда можно ожидать у больного приступовъ возбужденія *Drastisch* совѣтуетъ сопровождающимъ

взять съ собой смирительную рубашку (*Zwangsjacke*), которую,—слѣдуетъ прибавить *Drastich*, теперь уже запрещается употреблять при госпитальномъ уходѣ. Кромѣ того, *Drastich* совѣтуетъ прибѣгать въ пути къ подкожному впрыскиванію *Hyoscin'a* (0,02: 10,0), или смѣси *Hyoscin'a* съ 2% растворомъ морфія, какъ надежному успокоительному средству: „спустя нѣсколько минутъ больной успокаивается и погружается въ сонъ“.

Такъ какъ единственное заведеніе для военныхъ душевно-больныхъ въ *Nagyszombat* предназначается теперь лишь для нижнихъ чиновъ, то душевно-больные офицерскаго званія (*Gagist-ы*) помѣщаются въ земскія или частныя заведенія. Военное вѣдомство вступило въ соглашеніе съ цѣлымъ рядомъ подобныхъ учрежденій, чтобы извѣстное число мѣстъ въ нихъ было предоставлено душевно-больнымъ офицерскаго званія и чтобы послѣдніе принимались, въ случаѣ нужды, за опредѣленную плату.

Къ началу 1903 года въ различныхъ заведеніяхъ (въ томъ числѣ и въ отдѣленіи *Nagyszombat*) состояло 146 душевно-больныхъ офицерскаго званія. Какъ въ *Nagyszombat'ѣ*, такъ и въ гражданскихъ заведеніяхъ эти *гагисты* получаютъ слѣдующую имъ пенсію. Генералы, адмиралы, штабъ и оберъ-офицеры, военные и морскіе священники и чиновники содержатся по 1-ому, кадеты—по 2-ому и не имѣющіе чиновъ *гагисты* (военно-служащіе, не принадлежащіе къ нижнимъ чинамъ)—по 3-му классу существующей въ психіатрическихъ заведеніяхъ расцѣпки. Плата за содержаніе и издержки по отправленію въ заведеніе покрываются пенсіей и доходами съ могущаго быть частнаго имущества больного. Если этихъ источниковъ не хватаетъ, то перерасходъ беретъ на себя казна. Сверхъ того, въ томъ случаѣ, когда для приобрѣтенія одежды и бѣлья, а также для другихъ мелкихъ потребностей недостаточно пенсіи и дохода съ имущества больного, то на каждаго находящагося въ психіатрическомъ заведеніи *гагиста*

производится ежегодный денежный отпускъ, который равняется для содержащихся по 1-му классу гагистовъ—80, для содержащихся по 2-му—60 и для 3-го класса—40 гульденамъ.

Что касается душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ, подлежащихъ отправленію въ Nygoszombat, то въ случаѣ отсутствія тамъ свободныхъ мѣстъ, военное начальство извѣщаетъ объ этомъ общину, къ которой приписанъ больной, и проситъ о принятіи его въ мѣстное лечебное заведеніе, гдѣ больной и содержится на казенный счетъ, пока не освободится для него мѣсто въ Nagyszombat'ѣ. Въ случаѣ отказа со стороны общины или отсутствія свободнымъ мѣстъ въ данномъ лечебномъ заведеніи, испрашивается указаніе военнаго министра.

Каждый душевно-больной можетъ быть взятъ родными на домашнее попеченіе, если вѣтъ законныхъ къ тому препятствій. При этомъ родные даютъ росписку въ томъ, что обезпечать больному необходимый уходъ и надзоръ за нимъ, а мѣстныя власти удостовѣряютъ, что берущій на поруки въ состояніи выполнить взятая на себя обязательства. О выдачѣ больного на поруки извѣщаются соотвѣтственная часть войска, мѣстныя гражданскія власти и начальникъ военнаго округа.

Относительно передачи душевно-больного воинскаго чина въ психіатрическое заведеніе существуетъ важное правило, что роднымъ и опекуну предоставляется помѣстить больного въ то или другое лечебное заведеніе по своему выбору, но съ тѣмъ условіемъ, чтобъ они приняли на себя расходы, которые превышаютъ назначенное больному содержаніе. Кромѣ того, родственникамъ призрѣваемыхъ въ Nagyszombat'ѣ больныхъ, если послѣдніе будутъ отданы на домашнее попеченіе, принадлежить во всякое время право, въ случаѣ ухудшенія болѣзни, помѣстить ихъ въ ближайшее военно-лечебное заведеніе, которое безъ вторичнаго наблюденія отправляетъ доставленныхъ родными больныхъ въ Nagyszombat со своими провожатыми.

Если окажется, что душевно-больные нижніе чины, переданные на домашнее попеченіе, признаются въ отношеніи

возстановленія гражданской правоспособности не вполнѣ безнадежными, то имъ сперва назначается временная пенсія, а именно: или на то время, пока они состоятъ подъ опекой вслѣдствіе признаннаго у нихъ судебнымъ порядкомъ сумасшествія—однако, по крайней мѣрѣ, на одинъ годъ,—или на определенное вышей инстанціей время.

Что касается офицерскихъ чиновъ, то въ случаѣ ихъ заболѣванія душевнымъ недугомъ, къ нимъ назначается ближайшимъ начальствомъ товарищъ по службѣ, который исполняетъ обязанности опекуна впредь до назначенія судебнымъ порядкомъ постоянного опекуна. Для этого одновременно съ передачей душевно-больного гагиста въ лечебное заведеніе подлежащій военный начальникъ возбуждаетъ ходатайство о назначеніи судебной опеки. Съ этой цѣлью военное начальство распоряжается, чтобъ начальникъ больного представилъ выписку изъ послужного списка съ указаніемъ имущественнаго и семейнаго положенія больного, а также его послѣдняго мѣстожителства. По истеченіи 6-ти мѣсяцевъ душевной болѣзни и по полученіи отъ начальника военного округа донесенія, что назначеніе опекуна состоялось, военный министръ дѣлаетъ распоряженіе объ увольненіи душевно-больного гагиста въ отставку съ пенсіей.

Если душевно-больной гагистъ выданъ подъ росписку на домашнее попеченіе и не использовалъ еще 6-ти мѣсячнаго отпуска, то срокъ послѣдняго можетъ быть согласно ходатайству увеличенъ. Также въ томъ случаѣ, когда родные берутъ душевно-больного гагиста на поруки подъ росписку и на свой счетъ помѣщаютъ его въ какое-нибудь гражданское лечебное заведеніе, дозволяется ходатайствовать объ увольненіи въ отпускъ на наиболѣе продолжительный срокъ до 9-ти мѣсяцевъ. Если еще не послѣдовало окончательнаго назначенія опеки, а неспособность къ службѣ гагиста продолжается шестой мѣсяцъ, то больной увольняется въ безсрочный отпускъ съ должнымъ обезпеченіемъ (пенсіей).

По поступленіи въ психіатрическое заведеніе душевно-больного гагиста, слѣдующее послѣднему жалованіе—согласно закона о военномъ призрѣніи отъ 1875 г.,—привлекается съ 1-го числа ближайшаго мѣсяца къ покрытію платы за содержаніе въ данномъ учрежденіи. Изъ жалованья могутъ вычитаться лишь казенные долги; вычеты же въ пользу офицерскаго собранія, бібліотеки, заемнаго капитала и пр. могутъ производиться лишь при томъ условіи, если послѣ покрытія изъ жалованія платы за содержаніе въ заведеніи, которая составляетъ около 3000—3240 кропъ въ годъ, получается нѣкоторый остатокъ.

Семейства помѣщенныхъ въ гражданскія заведенія или отдѣленіе въ Nagyszombat душевно-больныхъ гагистовъ получаютъ остатокъ отъ причитающагося послѣднимъ денежнаго довольствія (Geldbezügen) по уплатѣ за ихъ содержаніе въ заведеніи. Если ничего не остается, то семьи имѣютъ право на пособіе въ томъ размѣрѣ, которое имъ полагалось бы послѣ смерти главы семьи—въ видѣ пенсіи. Если остатокъ имѣется, но не достигаетъ вышеуказаннаго размѣра (пенсіи), то семейства получаютъ соотвѣтствующую прибавку изъ казны, при чемъ семьи имѣютъ безусловное право на квартирные деньги

Для семействъ душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ еще не опредѣлено пенсіи. Однако, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ семья унтеръ-офицера назначается военнымъ министромъ пособіе въ размѣрѣ слѣдующаго ей въ случаѣ смерти главы семьи законнаго обезпеченія за счетъ военнаго вѣдомства.

Сверхъ того, слѣдуетъ отмѣтить, что согласно высочайшаго приказа Австрійскаго Императора отъ 18 іюня 1813 г., душевно-больныя вдовы и сироты офицеровъ, если онѣ бѣдны и не имѣютъ никакой поддержки, помѣщаются въ гражданскія для душевно-больныхъ заведенія на казенный счетъ, а приказомъ отъ 20-го января 1885 г. установлены правила содержанія упомянутыхъ лицъ. Относительно заболѣвшихъ и

переданныхъ въ гражданскія для душевно-больныхъ заведенія вдовъ и сиротъ нижнихъ чиновъ, которые получаютъ законное обезпеченіе изъ казны, военное вѣдомство не беретъ на себя никакихъ обязательствъ; но, если нѣтъ состоятельныхъ родныхъ, обязанныхъ по закону содержать упомянутыхъ лицъ, то къ нимъ можетъ быть примѣненъ законъ 3 дек. 1863 г. о казенномъ содержаніи душевно-больныхъ.

Что касается недостаточности умственнаго развитія и способности къ воинскому обученію, то вопросъ этотъ чаще всего рѣшается военными начальниками по обсужденіи всѣхъ обстоятельствъ совмѣстно съ врачами части, особенно если имѣются предварительныя свѣдѣнія, доставленныя съ мѣста родины свидѣтельствуемаго. Отправленіе послѣдняго въ лечебное заведеніе необходимо, какъ правило, лишь при подозрѣліи притворства или въ судебныхъ случаяхъ.

Что касается судебно-психіатрической экспертизы, то изъ назначаемыхъ въ качествѣ экспертовъ для дачи психіатрическаго мнѣнія предъ гарнизоннымъ судомъ врачей, по крайней мѣрѣ одинъ изъ нихъ долженъ быть опытнымъ въ психіатріи. Если въ мѣстѣ засѣданія суда нѣтъ военнаго врача психіатра, то въ важныхъ случаяхъ такой врачъ командировается въ судъ изъ другого гарнизона. Въ случаѣ нужды психіатрическое наблюденіе подсудимаго можетъ быть поручено мѣстному госпиталю, если въ немъ имѣется психіатръ.

Для полученія званія психіатра военные врачи, согласно выраженному желанію, прикомандировываются на годъ къ психіатрической клиникѣ Вѣнскаго Университета, послѣ чего занимаютъ еще годъ въ психіатрическомъ отдѣленіи вѣнскаго военнаго госпиталя № 1 и затѣмъ получаютъ соотвѣтствующія мѣста въ провинціальныхъ госпиталяхъ. Никакими преимуществами сравнительно съ товарищами другихъ спеціальностей военные психіатры не пользуются.

Что касается классификація душевныхъ болѣзней, то военнымъ психіатрамъ приходится руководится номенклатурой,

установленной еще въ 1897 г. и обязательной для нихъ настолько, что въ уставѣ прямо говорится: „anderweitige Benennungen sind zu vermeiden“. Ниже приводится эта классификація полностью:

- I. Angeborene Geistesstörung. Прирожденное помѣшательство.
 1. Angeborener Blödsinn (Idiotie).
 2. Angeborener Schwachsinn (Imbezillität).
- II. Erworbene Geistesstörung. Приобрѣтенное помѣшательство.
 - a) Einfache Geistesstörung.
 1. Selbstanklagewahn (Melancholie).
 2. Tollheit (Manie).
 3. Verwirrtheit. Allgemeiner Wahnsinn (Amentia).
 4. Primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn (Paranoja).
 5. Periodische Geistesstörung (Psychosis periodica).
 6. Erworbener Blödsinn (Dementia).
 - b) Komplizierte Geistesstörung.
 1. Paralytische Geistesstörung (Paralysis progressiva).
 2. Epileptische Geistesstörung (Psychosis ex epilepsia).
 3. Hysterische Geistesstörung (Psychosis hysterica).
 4. Neurasthenische Geistesstörung (Psychosis e neurasthenia).
 5. Geistesstörung mit Herderkrankung (Psychosis e cerebropathia circumscripta).
 6. Geistesstörung mit Pellagra (Psychosis e Pellagra).
 - c) Toxische Geistesstörung. Психозы отравленія.
 1. Alkoholismus.
 2. Andere Intokixationspsychosen (morphinismus, kokainismus, Chloralismus etc).

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что количество душевно-больныхъ въ австро-венгерской арміи за послѣдніе годы колеблется въ предѣлахъ $0,5^{00}/_{00}$ — $1,0^{00}/_{00}$.

Перехожу къ описанію психиатрическихъ отдѣленій, которыя мнѣ удалось осмотрѣть.

I. Самое большое отдѣленіе помѣщается въ Вѣнскомъ гарнизонномъ госпиталѣ № 1 (Garnizonspital № 1), который расположенъ почти рядомъ съ университетскими клиниками и выходитъ въ переулокъ (van Swietengasse № 11). Зданіе госпиталя—старой постройки, содержитъ 600 мѣстъ, изъ которыхъ на психіатрическое приходится 50: для офицерскихъ чиновъ—20, для нижнихъ чиновъ—25 и сверхъ того, 5 изоляторовъ. Психіатрическое отдѣленіе находится въ первомъ этажѣ, устроено по коридорной системѣ, при чемъ сначала расположена канцелярія съ кабинетомъ врачей, далѣе одиночныя комнаты для спокойныхъ больныхъ офицерскаго званія, послѣ чего коридоръ поворачиваетъ подъ прямымъ угломъ вправо и затѣмъ слѣдуютъ палаты для безпокойныхъ больныхъ (офицеровъ и нижнихъ чиновъ), изоляторы и, наконецъ, общія палаты для спокойныхъ нижнихъ чиновъ. Въ концѣ довольно широкаго коридора дверь ведетъ въ проходныя ворота, гдѣ помѣщается военный караулъ, такъ какъ по другую сторону воротъ находится арестантское отдѣленіе. Въ послѣднемъ, между прочимъ, помѣщаются тѣ изъ подсудимыхъ, которые присланы на испытаніе для опредѣленія ихъ душевнаго состоянія во время совершенія преступленія и которые не обнаруживаютъ въ настоящее время признаковъ душевнаго расстройства. Въ противномъ случаѣ испытуемые переводятся въ изоляторы.

Освѣщается отдѣленіе газобалильными горѣлками, при чемъ рожки помѣщаются въ небольшомъ окошкѣ надъ дверями. Отопленіе совершается при помощи чугунныхъ печекъ, вставленныхъ въ закрытыхъ нишахъ (въ углу палатъ), при чемъ топка производится каменнымъ углемъ со стороны коридора, а теплый воздухъ проникаетъ въ палаты съвозъ большія отверстія вверху стѣны. Со стороны коридора печвыя помѣщенія (ниши) закрыты наглухо дверцами. Окна съ внутренними рѣшетками, стекла обыкновенныя, за исключеніемъ изоляторовъ, гдѣ толстыя стекла вставлены въ оконныя рамы,

расположенныя высоко надъ поломъ. Во всѣхъ дверяхъ имѣются наблюдательныя окошечки; ручки дверей опущены внизъ, такъ что не могутъ служить для прикрѣпленія петли. Полъ почти повсюду паркетный.

Въ палатахъ, (а также изоляторахъ), кромѣ обыкновенныхъ кроватей, стоятъ еще излюбленныя во всѣхъ австрійскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ особыя кровати, т. н. Gitterbetten, напоминающія собой дѣтскія кровати съ веревочными сѣтками по бокамъ, при чемъ сверху тоже натянута сѣтѣа. Эта своеобразная кровать настолько велика, что больной можетъ въ ней даже стоять. Въ общемъ получается непріятное впечатлѣніе, которое нѣсколько сглаживается, когда боковыя сѣтки опускаются. Въ случаѣ же безпокойства больного боковыя сѣтки прикрѣпляются наверху при помощи особаго приспособленія или даже запираются на замокъ.

Въ одномъ изоляторѣ поставленъ какъ бы внутренній футляръ изъ гуттаперчевыхъ матрасовъ, которыми покрытъ даже полъ. Здѣсь валялась куча древесныхъ стружекъ для неопрятныхъ и голыхъ больныхъ. Впрочемъ, по словамъ завѣдующаго отдѣленіемъ, этотъ мягкій изоляторъ остается безъ употребленія.

Больные носятъ форменное платье; никакими работами не занимаются; развлеченіемъ служатъ нѣкоторыя игры и чтение; особаго помѣщенія для дневного пребыванія не имѣется; пища принимается въ палатахъ за общими столами. Въ хорошую погоду больные гуляютъ въ прилежащихъ къ отдѣленію саду съ чахлой растительностью.

Для ухода за душевно-больными при отдѣленіи состоятъ 15 служителей изъ солдатъ дѣйствительной службы съ унтеръ-офицеромъ во главѣ. Всѣ служителя проходятъ въ теченіе полугода небольшой курсъ по уходу за больными, а затѣмъ лучшіе изъ нихъ постепенно достигаютъ званіе унтеръ-офицера, связаннаго съ нѣкоторыми фельдшерскими обязанностями. Впрочемъ, для частей войскъ подготавливаются особые

фельдшера, соотвѣтствующіе нашимъ ротнымъ. Классныхъ фельдшеровъ въ иностранныхъ арміяхъ не имѣется вовсе.

Служителя психіатрическихъ отдѣленій получаютъ пищу наравнѣ съ прочими служителями. Они отбываютъ дневальство въ четыре смѣны по 6 ч. каждая. Для надзора за дневальными въ отдѣленіи имѣются контрольные часы. Для наставленія служителямъ д-ръ *Drastich* составилъ слѣдующія правила:

1. Служитель отдѣленія не только ухаживаетъ за больными, но и надзираетъ за ними; онъ наблюдаетъ, чѣмъ они занимаются и особенно слѣдитъ, чтобы они не только другимъ, но и себѣ чего-нибудь не сдѣлали.

2. Безпокойнымъ и возбужденнымъ больнымъ онъ самъ разрѣзываетъ мясо и даетъ имъ для ѣды только ложку. Надзиратель (*Aufsichtsunteroffizier*) указываетъ служителю больныхъ, которымъ можно давать вилку и ножикъ, а также тѣхъ, около которыхъ онъ долженъ находиться во время ѣды.

3. Обычно только оконная фрома должна оставаться открытой, тогда какъ нижняя часть окна открывается лишь во время уборки комнаты для провѣтриванія. Въ случаѣ нужды, надзиратель указываетъ служителю палату, гдѣ, въ видѣ исключенія, должна быть открытой также и нижняя часть окна.

4. Служитель не долженъ относить на почту никакого письма, которое даетъ ему больной, но обязанъ каждое письмо передавать надзирателю.

5. Когда служитель сопровождаетъ больного въ саду, то долженъ не спускать съ него глазъ и въ особенности слѣдитъ, чтобы онъ не передалъ кому-нибудь письма.

6. Лицъ, которыя приходятъ навѣстить больныхъ, служитель допускаетъ лишь по предъявленіи ему установленнаго билета за подписью завѣдующаго отдѣленіемъ или его замѣстителя.

7. Во время дневальства — безъ различія днемъ и ночью — служитель наблюдаетъ за больными, часто прохаживаясь взадъ и впередъ мимо палатъ по коридору. Ни подъ какимъ предлогомъ онъ не смѣетъ гдѣ-нибудь сидѣть и такимъ образомъ оставлять безъ надзора больныхъ.

8. Во время ночного дежурства служитель дѣлаетъ отмѣтки въ контрольных часахъ каждые полчаса и, сверхъ того, въ особенности слѣдитъ за тѣмъ, чтобы ни одинъ больной не покрывалъ головы одѣяломъ. Голова больного должна быть всегда видна.

9. Если ночью служитель замѣтитъ, что кровать больного пуста, то онъ долженъ тотчасъ посмотрѣть, гдѣ находится больной. Если послѣдній расхаживаетъ по комнатѣ и ведетъ себя спокойно, то служитель не долженъ ему препятствовать въ этомъ; однако, служитель обязанъ имѣть за этимъ больнымъ усиленный надзоръ.

10. Если ночью служителю придется долгое время находиться около одного больного, то другой дневальный тотчасъ будитъ надзирателя или другого служителя.

11. При всякой опасности служитель, особенно если онъ подвергается нападенію со стороны больного, прежде всего долженъ дать тревожный сигналъ (Alarm signal) и затѣмъ, если возможно, разбудить надзирателя¹⁾.

Для надзирателя въ частности дается слѣдующее наставленіе:

1. Надзиратель не только самъ исполняетъ установленныя правила, но также строго слѣдитъ за точнымъ исполненіемъ ихъ подчиненными ему служителями.

2. Онъ первый отвѣчаетъ за точное исполненіе вышеуказанныхъ правилъ и за порядокъ въ отдѣленіи.

3. Каждый новаго служителя онъ наставляетъ въ этихъ правилахъ и, сверхъ того, неоднократно провѣряетъ познанія (обучаетъ) всѣхъ служителей.

4. Надзиратель, по приказанію завѣдующихъ отдѣленіемъ, назначаетъ дневальныхъ.

5. Онъ держитъ подъ замкомъ находящіеся въ отдѣленіи медикаменты и выдаетъ ихъ, по приказанію завѣдующаго

¹⁾ Изъ отдѣленія проведенъ электрическій звонокъ въ пріемный покой. Какъ только,—посредствомъ рѣзкаго звонка,—раздается этотъ сигналъ, дежурный врачъ, который имѣетъ при себѣ ключъ отъ психіатрическаго отдѣленія, немедленно является туда въ сопровожденіи надлежащаго количества служителей.

отдѣленіемъ или его замѣстителя. Онъ прячетъ столовый приборъ тотчасъ послѣ чистки.

6. Онъ многократно удостовѣряется, что больнымъ не доставлены деньги или тавіе предметы, которыми они могутъ причинить вредъ себѣ или окружающимъ.

7. Онъ ведетъ книгу наблюденія, въ которую вносятся важнѣйшія происшествія съ нѣкоторыми больными въ теченіе сутокъ.

8. Наконецъ, онъ переписываетъ форменную одежду и другія вещи прибывающихъ больныхъ, при выпискѣ которыхъ изъ отдѣленія онъ наблюдаетъ за правильной выдачей одежды и вещей.

Здѣсь же можно привести слѣдующее объявленіе (Ariso), вѣвѣщенное снаружи входныхъ дверей:

Входъ въ отдѣленіе разрѣшается лишь по предъявленіи пропускныхъ билетовъ, выданныхъ завѣдующимъ отдѣленіемъ или его замѣстителемъ.

При входѣ въ отдѣленіе посѣтители отдають оружіе, палки, зонтики и т. п.

Передача съѣстныхъ припасовъ разрѣшается лишь съ вѣдома врача. Спиртные напитки не должны приноситься ни подъ какимъ предлогомъ. Шнурки и другія перевязочныя средства должны сниматься съ пакетовъ при входѣ въ отдѣленіе.

Вещи могутъ быть доставляемы больнымъ лишь съ вѣдома врача.

Больные не могутъ держать при себѣ не только денегъ, но и драгоцѣнныхъ вещей, а равно не могутъ получать таковыхъ отъ родныхъ.

Письмо на имя больного или полученное отъ него для передачи должно быть во всякомъ случаѣ отдано служительскому персоналу или врачу.

О всѣхъ могущихъ встрѣтиться недоразумѣніяхъ съ служительскимъ персоналомъ или другихъ затрудненіяхъ непре-

мѣнно и немедленно доводится до свѣдѣнія завѣдующаго отдѣленіемъ или его замѣстителя.

Нарушеніе этихъ правилъ влечетъ за собой безусловное лишеніе пропускныхъ билетовъ.

Врачебный персоналъ психіатрическаго отдѣленія Вѣнскаго госпиталя состоитъ изъ завѣдующаго отдѣленіемъ, двухъ его помощниковъ и 2—3 прикомандированныхъ изъ военныхъ частей молодыхъ врачей. Послѣдніе несутъ дежурство по госпиталю въ общей очереди съ своими товарищами другихъ спеціальностей и ведутъ дневники наблюденія.

Эти дневники, по принятому въ отдѣленіи обычаю, имѣютъ форму листа. На первой страницѣ обозначены рубрики всѣхъ необходимыхъ свѣдѣній, какъ-то: имя, фамилія, часть войска, чинъ, званіе, возрастъ, вѣроисповѣданіе, мѣсто родины, адресъ родственниковъ, причины заболѣванія, наслѣдственность, равнѣ перенесенныя болѣзни, особенно душевныя, представленные документы и, наконецъ, діагнозъ. На второй страницѣ помѣщаются анамнезъ и *status praesens somaticus*. Далѣе вшиваются листы для дневника, а на послѣдней страницѣ излагаются мнѣніе и заключеніе наблюдавшихъ больного врачей.

Всѣмъ исторіямъ болѣзней ведется нумерація: офицерскихъ чиновъ арабскими цифрами, нижнихъ чиновъ—римскими; затѣмъ составляется указатель исторіямъ, а по окончаніи года обѣ группы исторій болѣзней съ указателями складываются вмѣстѣ въ одинъ портфель и въ такомъ видѣ хранятся въ отдѣленіи. Сверхъ того, обо всѣхъ больныхъ ведется особая книга, въ которой отмѣчаются слѣдующія рубрики: часть войска, чинъ, званіе, имя, фамилія, время прибытія, время выписки, діагнозъ, возрастъ, вѣроисповѣданіе, причина болѣзни, наслѣдственное отягощеніе, ближайшая судьба больного, примѣчаніе и текущій №.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что надъ психіатрическимъ отдѣленіемъ помѣщаются нервно-больные, которые находятся подъ наблюденіемъ врачебнаго персонала психіатрическаго отдѣленія. Среди нервно больныхъ преобладаютъ присланные на испытаніе по падучей болѣзни. Для эпилептиковъ поставлены низкія кровати, и въ ихъ палатѣ имѣется электрическій звонокъ, при помощи котораго дневальный даетъ знать дежурному врачу въ случаѣ припадка.

II. Психіатрическое отдѣленіе гарнизоннаго госпиталя № 16 въ Будапештѣ помѣщается въ двухъ-этажномъ павильонѣ вмѣстѣ съ первыми больными. Коридоры дѣлятся пополамъ высокой желѣзной рѣшетчатой дверью, обитой съ обѣихъ сторонъ проволочной сѣткой. Для нервно-больныхъ отведено 65 мѣстъ, для душевно больныхъ—25, въ томъ числѣ 7 офицерскихъ мѣстъ. При павильонѣ разбитъ небольшой садикъ. На психіатрической половинѣ верхній этажъ занимаютъ болѣе спокойные больные, а внизу размѣщаются безпокойные. Въ спокойномъ отдѣленіи днемъ больные находятся въ столовой комнатѣ. Безпокойное отдѣленіе состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ комнатъ съ Gitterbetten и одного изолятора, гдѣ на полу, покрытомъ линолеумомъ, лежитъ матрасъ. Рядомъ съ изоляторомъ устроенъ небольшой ватер-клозетъ; въ стѣнѣ изолятора пробито небольшое окошечко для наблюденія за больнымъ. Во всѣхъ отдѣленіяхъ—уборныя съ ванной. Отопление центральное, освѣщеніе газокалильное, при чемъ рожки помѣщаются въ окошечкахъ надъ дверями. Овна расположены высоко, особенно въ изоляторѣ, гдѣ нижній край отстоитъ отъ пола на высотѣ одной сажени. Снаружи оконъ устроены желѣзныя рѣшетки, затянутыя проволочной сѣткой; въ дверяхъ имѣются наблюдательныя окошечки; ручки дверей опущены внизъ.

Въ сосѣднемъ павильонѣ помѣщается арестантское отдѣленіе, въ которомъ одна палата предназначена для испытуе-

мыхъ въ душевномъ отношеніи арестантовъ и подсудимыхъ; при нихъ находится постоянно одинъ служитель, который тутъ же и спитъ, но въ коридорѣ ходятъ часовые съ примкнутыми къ ружью штыками.

Врачей-психіатровъ—два; въ ихъ вѣдѣніи состоятъ и нервно-больные. Служителей отъ 7 до 15 чел. съ двумя надзирателями во главѣ.

III. Военный госпиталь № 11-й расположенъ въ центрѣ г. Праги. Большое каменное зданіе въ два этажа устроено по коридорной системѣ. Нервно и душевно-больные помѣщаются во 2-мъ этажѣ, при чемъ спокойные и несостоящіе подъ судомъ и слѣдствіемъ душевно-больные находятся вмѣстѣ съ нервными въ общихъ палатахъ, на нѣсколько кроватей каждая; двери, выходящія въ коридоръ, не запираются на замокъ. Только 6—7 больныхъ удалены въ особое отдѣленіе въ концѣ коридора, состоящее изъ одной большой комнаты, въ которую выходятъ два изолятора съ высоко-приподнятыми окнами и скошенными подоконниками. Въ этомъ отдѣленіи имѣются двѣ Gitterbetten, но боковыя сѣтки ихъ, въ отличіе отъ вѣнскихъ кроватей, могутъ быть опущены наполовину, что еще больше дѣлаетъ ихъ похожими на дѣтскія кровати. Это „психіатрическое“ отдѣленіе (см. планъ) имѣетъ особыхъ служителей и постоянно находится подъ замкомъ. Во всемъ отдѣленіи и коридорѣ окна снабжены наружными рѣшетками; стекла обыкновенныя. Больные гуляютъ въ обще-госпитальномъ саду, расположенномъ внутри госпитальныхъ зданій, подъ присмотромъ служителей. Во время моего посѣщенія душевно-больныхъ было 30, нервно-больныхъ 12 чел. Всѣмъ нервно-психическимъ отдѣленіемъ завѣдуетъ одинъ врачъ психіатръ, который сообщилъ мнѣ, что въ ближайшемъ будущемъ предполагается построить въ предѣлахъ госпиталя особое отдѣленіе на 50 душевно-больныхъ.

Что касается душевно-больныхъ офицерскаго званія, то спокойные изъ нихъ помѣщаются въ обыкновенной палатѣ офицерскаго отдѣленія, а для безпокойныхъ приспособлена одна палата этого отдѣленія: къ окну придѣлана рѣшетка, а въ нѣсколькихъ шагахъ отъ двери поставлена деревянная перегородка, не доходящая до потолка; въ перегородкѣ устроена одностворчатая дверь. Нужно имѣть въ виду, что душевно-больные офицерскаго званія вообще не задерживаются въ австрійскихъ госпиталяхъ, а при первой возможности переводятся въ спеціальныя психіатрическія заведенія.

IV. Краковскій военный госпиталь № 15 занимаетъ каменное зданіе старинной постройки, но уже готовъ вчернѣ новый госпиталь, гдѣ будетъ устроено особое психіатрическое отдѣленіе. Въ настоящее же время послѣднее имѣетъ весьма неприглядный видъ: расположенное въ концѣ коридора на 4-мъ этажѣ это отдѣленіе состоитъ изъ двухъ небольшихъ комнатъ, на три койки каждая, служительской и одного изолятора, въ которомъ $\frac{2}{3}$ комнаты отгорожены частоволомъ изъ толстыхъ брусевъ. За этой перегородкой стоитъ неизмѣнная Gitterbett; свѣтъ проникаетъ сюда сквозь щели частокола изъ остальной части комнаты, освѣщенной окномъ: въ этой же части стоитъ чугунная печь; въ перегородкѣ имѣется дверь тоже изъ брусевъ и запирается желѣзнымъ засовомъ (см. планъ).

Между оконными рамами устроены толстыя рѣшетки; окна небольшихъ размѣровъ, стекла обыкновенныя. Потолки низкіе, полы—деревянные; отопленіе во всѣхъ комнатахъ совершается при помощи чугунныхъ печей; освѣщеніе—керосиновыми лампами. Я засталъ шесть спокойныхъ больныхъ. Отдѣленіемъ завѣдуетъ спеціалистъ, который незадолго до моего посѣщенія былъ командированъ сопровождать душевно-больного офицера въ Вѣну, за отсутствіемъ офицерскихъ мѣстъ для такого рода больныхъ въ Краковскомъ госпиталѣ.

V. Инсбрукскій военный госпиталь № 10 помѣщается въ трехъ-этажномъ каменномъ зданіи старой постройки съ деревянными лѣстницами и устроены по коридорной системѣ. Госпиталь давно не подвергался ремонту и производитъ впечатлѣніе запущенной богадѣльни. Въ хирургическомъ отдѣленіи операціонная комната мало соотвѣтствуетъ своему назначенію. Для арестованныхъ нижнихъ чиновъ отведена во 2-мъ этажѣ большая палата, разгороженная поперекъ двумя толстыми рѣшетками, въ узкомъ промежуткѣ между которыми расхаживаетъ часовой, а больные находятся по обѣ стороны за рѣшетками; на окнахъ—тоже рѣшетки. Состоящіе подъ арестомъ офицерскіе чины помѣщаются этажемъ выше въ большой комнатѣ, которая отдѣляется лишь коридоромъ отъ психіатрическаго „отдѣленія“.

Послѣднее, впрочемъ, состоитъ всего изъ одной комнаты для двухъ больныхъ и служительской. Первая имѣетъ семь шаговъ въ длину и 6 шаговъ въ ширину; какъ гласитъ надпись на косякѣ двери, объемъ комнаты равняется 51,4 куб. метр. Снаружи окна простая рѣшетка; рама одиночная съ обыкновенными стеклами; внутри окна устроены деревянные ставни, запираемыя на влючъ, подоконникъ широкій. Полъ деревянный, некрашенный; дверь одиночная съ небольшимъ окошечкомъ для наблюденія; надъ дверью прорублено окошко для керосиновой лампы. Отопленіе производится при помощи чугунной печки, поставленной въ углубленіи (нишѣ) служительской комнаты, откуда теплый воздухъ проходитъ въ больнымъ чрезъ отверстія въ стѣнѣ (см. планъ).

Въ комнатѣ стояли двѣ пустыхъ Gitterbetten, такъ какъ больныхъ въ то время не было. Зато подъ арестомъ содержался какой-то прапорщикъ, который весело распѣвалъ въ своей палатѣ, а въ коридорѣ расхаживалъ вооруженный часовой. Отхожее мѣсто, общее для душевно-больныхъ и арестованныхъ, выходитъ въ коридоръ.

Описанное „отдѣленіе“ служить для временнаго помѣщенія душевно-больныхъ офицерскихъ и нижнихъ чиновъ и находится въ завѣдываніи врача спеціалиста, который наблюдаетъ также и нервно-больныхъ, размѣщенныхъ въ палатахъ внутренняго отдѣленія.

Недалеко отъ стараго госпиталя строится и почти готовъ вчернѣ новый госпиталь, который состоитъ изъ нѣсколькихъ павильоновъ, расположенныхъ по кругу: для хирургическихъ и венерическихъ больныхъ, для внутреннихъ, заразныхъ, административный корпусъ, кухня, прачешная паровая и, наконецъ, „депо“, гдѣ будутъ заготавливаться и храниться на случай войны перевязочныя средства, инструменты, медикаменты и пр. для всего тирольскаго округа. Новый госпиталь рассчитывается на 206 мѣстъ (старый—178 м.), въ томъ числѣ 16—для офицерскихъ чиновъ; на каждаго больного приходится до 40 куб. метр.

Душевно-больные будутъ помѣщаться вмѣстѣ съ арестантами въ одномъ павильонѣ, который будетъ окруженъ высокой каменной стѣной. Для арестантовъ отводится нижній этажъ, для душевно-больныхъ—верхній. Здѣсь (см. планъ) въ одномъ концѣ устраивается помѣщеніе для офицерскихъ чиновъ: большая палата для спокойныхъ больныхъ и небольшой изоляторъ. Дверь послѣдняго выходитъ въ ванную комнату, такъ какъ предполагается примѣнять продолжительныя ванны. Въ другомъ концѣ павильона расположена большая палата на нѣсколько нижнихъ чиновъ и рядомъ съ этой палатой помѣщается ванная комната съ тремя ваннами. Въ широкой коридоръ выходятъ нѣсколько небольшихъ комнатъ: двѣ ванны, ватерклозеты и 2—3 изолятора. Ближайшія подробности внутренняго устройства еще не выяснены, и рамы не вставлены въ окна, но весь полъ уже бетонированъ и будетъ покрытъ въ палатахъ линолеумомъ, а въ коридорахъ—метлахскими плитками; въ ваннахъ комнатахъ стѣны выложены изразцами. Освѣщеніе устраивается электрическое,

отопление—посредствомъ чугунныхъ вѣчей, помѣщенныхъ въ закрытыхъ нишахъ. Весь павильонъ расчитанъ на 30 больныхъ (арестантовъ и душевно-больныхъ). Окончаніе постройки госпиталя предполагается весной 1910 г.

Остальные психіатрическія отдѣленія при военныхъ госпиталяхъ расчитаны каждое на нѣсколько человекъ и, по наведеннымъ мной справкамъ (у д-ра Drastich'a и др.), отличаются неблагоустройствомъ подобно вышеописаннымъ, почему я и не считалъ нужнымъ ихъ посѣщать¹⁾. Зато любопытнымъ и своеобразнымъ учрежденіемъ представляется военное лечебное для душевно-больныхъ заведеніе въ небольшомъ городѣ *Nagyszombat* (Türnau—тожь), находящемся въ четырехчасовомъ разстояніи отъ Вѣны по желѣзной дорогѣ.

VI. Это заведеніе содержитъ 160 мѣстъ; во время моего посѣщенія тамъ состояло 22 офицера и 135 нижнихъ чиновъ. Служителей—66 человекъ и двѣ вольнонаемныхъ вухарки; надзирателей—5. Завѣдуетъ отдѣленіемъ врачъ-психіатръ, въ помощь которому прикомандировывается еще врачъ изъ частей войскъ. Завѣдующій имѣетъ при отдѣленіи квартиру въ 5 комнатъ.

Въ *Nagyszombat* присылаются душевно-больные изъ всѣхъ частей австро-венгерской арміи и остаются въ отдѣленіи либо до выздоровленія, либо до выдачи на поруки роднымъ. Однако, есть больные, которые содержатся здѣсь по нѣсколькѣ лѣтъ, даже десятковъ лѣтъ; самый старый больной поступилъ въ 1863 г.; нѣсколько больныхъ пользуются пріютомъ въ те-

¹⁾ Считаю нужнымъ упомянуть, что моя попытка осмотрѣть психіатрическое отдѣленіе военного госпиталя во Львовѣ окончилась неудачей. Дѣло въ томъ, что русское посольство въ Вѣнѣ, по предъавленіи мной открытаго листа, выдало мнѣ отъ своего имени тоже «открытый листъ» вмѣсто того, чтобы исходатайствовать мнѣ разрѣшеніе отъ военного вѣдомства. По счастью, вездѣ меня допускали къ осмотру отдѣленій, не требуя разрѣшенія, но во Львовѣ я получилъ рѣшительный отказъ.

ченіе 20—30 лѣтъ; еще больше больныхъ, пребываніе которыхъ въ отдѣленіи продолжается около 10—15 лѣтъ.

Больные одѣты въ особо установленную для нихъ военную форму (головной уборъ—кепи краснаго цвѣта), тогда какъ въ психіатрическихъ отдѣленіяхъ военныхъ госпиталей спокойные больные носятъ форму своей части. При встрѣчѣ съ начальствомъ и врачами больные охотно отдають честь и вообще ведутъ себя вѣжливо и послушно, чѣмъ въ значительной мѣрѣ отличаются отъ нашихъ пациентовъ. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что и въ гражданскихъ лечебныхъ для душевно-больныхъ заведеніяхъ больные держатъ себя гораздо споконѣе, чѣмъ у насъ. Такое же впечатлѣніе выносятъ и земскіе врачи-психіатры, съ которыми мнѣ приходилось встрѣчаться за границей.

По мѣрѣ возможности больные Nagyszombat привлекаются къ хозяйственнымъ работамъ, а около 30 человекъ работаютъ внѣ заведенія: на лѣсопильномъ и кирпичномъ заводахъ, а также въ фольваркѣ ближняго помѣщика. Благодаря любезности завѣдующаго отдѣленіемъ д-ра *Scharf'a* я имѣлъ возможность видѣть больныхъ во время ихъ полевыхъ работъ у помѣщика. Ихъ 10 человекъ, живутъ они въ особомъ помѣщеніи съ двумя служителями, которые сопровождаютъ больныхъ на работахъ въ полѣ, сами принимаютъ участіе въ работахъ и имѣютъ ближайшій надзоръ за больными въ остальное время. При посѣщеніяхъ „колоніи“ врачомъ, служителя докладываютъ ему о состояніи больныхъ. Помѣщикъ, повидимому, доволенъ работой больныхъ. Заработная плата идетъ въ пользу больныхъ, которые получаютъ возможность удовлетворять свои мелкія потребности, въ родѣ куренія и т. п. Въ случаѣ ухудшенія болѣзни немедленно больной переводится въ отдѣленіе.

Что касается устройства самого отдѣленія, то оно занимаетъ двухъ-этажное каменное зданіе стариннаго монастыря, расположеннаго на небольшомъ холмѣ и построеннаго по

коридорной системѣ. Въ коридорѣ, выложенный каменными плитами, выходятъ низкія одностворчатыя двери небольшихъ келій и болѣе обширныхъ помѣщеній подъ сводами. Полъ въ палатахъ—дубовый паркетъ; окна небольшихъ размѣровъ, стекла обыкновенныя, между рамами помѣщаются рѣшетки за исключеніемъ наблюдательной палаты, гдѣ рѣшетокъ на окнахъ нѣтъ, зато въ желѣзный переплетъ оконныхъ рамъ вставлены толстыя стекла. Рядомъ съ этой палатой помѣщается ванная комната съ 8-ю ваннами, изъ которыхъ три предназначаются для продолжительнаго въ нихъ пребыванія больныхъ; здѣсь же устроены души и небольшой бассейнъ. Вода накачивается при помощи электромотора, тогда какъ для другихъ нуждъ доставляется ручнымъ способомъ въ ведрахъ.

Освѣщеніе повсюду электрическое, для чего въ отдѣльномъ зданіи на дворѣ поставлена динамо-машина; лампочки помѣщаются либо надъ дверями, либо снаружи оконъ, либо въ простѣнкахъ между сосѣдними одиночными комнатами, либо подъ потолкомъ въ общихъ палатахъ. Отопленіе совершается при помощи чугунныхъ печекъ, огороженныхъ проволочной сѣткой.

Офицерское отдѣленіе состоитъ изъ ряда отдѣльныхъ комнатъ съ довольно приличной обстановкой. Кромѣ того, имѣется особое „казино“ изъ трехъ комнатъ, гдѣ больные офицеры обѣдаютъ вмѣстѣ съ врачомъ, играютъ на бильярдѣ, читаютъ книги и пр. Нижніе чины собираются въ другомъ „казино“, гдѣ тоже есть бильярдъ и библіотека. По воскресеньямъ больные сходятся въ капеллѣ, слушаютъ богослуженіе; иногда здѣсь же устраиваются развлеченія для больныхъ, концерты и т. п., при чемъ оркестръ состоитъ изъ больныхъ и служителей. Въ хорошую погоду больные проводятъ большую часть времени въ небольшихъ садахъ: офицеры отдѣльно отъ нижнихъ чиновъ.

Въ офицерскомъ саду больными разбиты цвѣтники и парники, а въ другомъ саду на солнечной сторонѣ устроена крытая веранда со стеклянными дверями для слабыхъ больныхъ, преимущественно туберкулезныхъ, которые содержатся здѣсь въ постеляхъ почти круглый годъ; въ холодное время затапливаются чугунныя печи, а на ночь закрываются двери. Кстати сказать, въ наблюдательной палатѣ тоже примѣняется постельное содержаніе больныхъ, при чемъ существующія въ отдѣленіи Gitterbetten остаются почти безъ употребленія.

Нужно упомянуть еще о приѣмномъ покоѣ, гдѣ имѣется столъ для перевязокъ и т. п.; въ шкафу хранятся зубныя щипцы и пр., а также необходимые для первоначальной помощи инструменты, перевязочныя средства, зонды и т. п. Завѣдующій отдѣленіемъ собирался, кромѣ того, устроить комнату для изслѣдованія глазъ и ушей. Рядомъ съ приѣмнымъ покоемъ находятся комната для свиданій съ больными и кабинетъ врача.

Служителя помѣщаются группами въ особыхъ комнатахъ, разбросанныхъ по всему зданію, а въ комнату дежурнаго надзирателя отовсюду проведены электрическіе звонки. Для поддержанія бдительности ночныхъ дневальныхъ имъ выдается кофе для питья.



II.

Военно-психіатрическое дѣло въ германской арміи.

Въ германской арміи существуютъ лишь четыре психіатрическихъ отдѣленія при военныхъ госпиталяхъ—въ Дрезденѣ, Познани (Posen), Мюнхенѣ и Страссбургѣ. Первое изъ нихъ открыто около 10 лѣтъ назадъ, послѣднее—лишь въ текущемъ году (1909 г.). Кромѣ того, военное вѣдомство предполагаетъ въ ближайшемъ будущемъ построить еще отдѣленіе на 40 мѣстъ въ Берлинѣ, остановка лишь за деньгами. Во-

обще военные врачи германской арміи сознають необходимость психіатрическихъ отдѣленій въ военныхъ госпиталяхъ, какъ это видно, напримѣръ, изъ брошюры д-ра *Stier'a*, которой состоитъ врачемъ при Академіи ¹⁾.

Упомянутая брошюра начинается съ указанія на все увеличивающееся число душевно-больныхъ въ германской арміи (*deutsche Armee*): въ 1880/81—0,32⁰⁰/₀₀, въ 84/85 г.—0,33⁰⁰/₀₀, въ 89—90 г.—0,35⁰⁰/₀₀, въ 97/98 г.—0,52⁰⁰/₀₀. „Эти цифры, говоритъ авторъ, представятъ совершенно въ другомъ освѣщеніи, если къ № 41 носологической таблицы прибавить еще такія нервныя болѣзни, какъ истерія, эпилепсія, неврастениа и пр., которыя часто сопровождаются душевными расстройствами. Такъ, въ отчетѣ 1897/98 г. къ 268 душевно-больнымъ слѣдуетъ прибавить 408 случаевъ падучей болѣзни, 149 случаевъ истеріи, 62 алкогольныхъ отравленій, 201 неврастеникъ и 163 случая прочихъ нервныхъ болѣзней. Сюда же нужно присоединить самоубійства особенно по неизвѣстной причинѣ“

Дѣятельность военнаго врача, по справедливому замѣчанію *Stier'a*, должна быть направлена: во 1-хъ къ приему здоровыхъ и вполне годныхъ новобранцевъ, во 2-хъ—къ поддержанію здоровья войска и въ 3-хъ—къ леченію или своевременному увольненію заболѣвшихъ солдатъ. Всѣ авторы, писавшіе о душевно-больныхъ въ войскахъ, съ большимъ единодушіемъ приходятъ къ выводу, что большая часть заболѣвшихъ солдатъ страдали душевнымъ расстройствомъ еще до приема на военную службу или носили въ себѣ предрасположеніе къ указаннымъ болѣзнямъ, такъ что военная служба является лишь толчкомъ для обнаруженія заболѣванія. Вотъ почему самымъ дѣйствительнымъ средствомъ борьбы съ психозами въ войскахъ было бы полное, по возможности, устра-

¹⁾ *Stier*. Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. 1902.

неніе всѣхъ такихъ новобранцевъ еще до вліянія на нихъ военной службы.

На основаніи литературныхъ указаній ¹⁾ и своихъ наблюденій *Stier* предлагаетъ слѣдующія мѣры:

I. Во избѣжаніе поступленія въ войска предрасположенныхъ къ душевнымъ заболѣваніямъ новобранцевъ, слѣдуетъ имѣть въ виду:

1) предшествующее помѣщеніе призывного въ заведеніе для душевно-больныхъ.

2) посѣщеніе призывнымъ школы для отсталыхъ дѣтей.

3) наличіе въ большомъ количествѣ признаковъ физическаго вырожденія, а также наслѣдственнаго отягощенія, что указываетъ на сомнительную служеспособность.

У кандидатовъ въ офицеры (*Offizieraspiranten*) наслѣдственное отягощеніе и признаки вырожденія всегда должны обращать на себя вниманіе и въ большей степени имѣютъ рѣшающее значеніе, чѣмъ у нижнихъ чиновъ.

II. Во избѣжаніе развитія душевныхъ заболѣваній у состоящихъ на службѣ нижнихъ чиновъ:

4) всѣ тѣ, которые оказываются слишкомъ непонятливыми при обученіи, подлежатъ увольненію въ возможно большемъ количествѣ;

5) борьба противъ алкоголизма и послѣдствій сифилиса должна вестись энергично, при чемъ сифилитики подлежатъ отправленію для леченія на минеральныя воды.

III. Психіатрическая помощь заболѣвшимъ:

6) въ каждомъ лазаретѣ необходимо устроить помѣщеніе для временнаго пребыванія возбужденныхъ душевно-больныхъ;

7) всѣ несомнѣнно душевно-больные подлежатъ возможно скорѣйшему отправленію въ спеціальныя заведенія;

¹⁾ *Stier* въ концѣ своей брошюры приводитъ литературный перечень 170-ти авторовъ, среди которыхъ встрѣчаются: *Бехтеревъ, Борисовъ, Викторовскій, Горшковъ, Колесниковъ, Мержеевскій, Озерецковскій, Пастернацкій, Рождественскій.*

8) для наблюденія сомнительныхъ и судебныхъ случаевъ въ наибольшемъ лазаретѣ каждаго военного корпуса должно быть устроено особое отдѣленіе подъ завѣдываніемъ спеціально образованнаго военного врача;

9) для содержанія душевно больныхъ офицеровъ и унтеръ-офицеровъ необходимо выстроить одно или два военно-лечебныхъ заведеній;

10) въ программу повторительныхъ для усовершенствованія военныхъ врачей курсовъ необходимо включить психіатрію.

Военное вѣдомство прусской арміи тоже обратило вниманіе на возрастаніе душевно-больныхъ среди военно-служащихъ и поручило обсудить этотъ вопросъ въ Ученомъ Комитетѣ (Wissenschaftliche Senat) при Академіи Императора Вильгельма. Слѣдствіемъ обсужденія явилось изданіе брошюры ¹⁾ содержаніе которой представляетъ значительный интересъ, почему слѣдуетъ на ней остановиться подробнѣе.

Начинается брошюра указаніемъ на „малое“ число военно-служащихъ (Heeresangehörigen), которые по существующимъ правиламъ увольняются отъ военной службы вслѣдствіе наличной или перенесенной душевной болѣзни, а также вслѣдствіе такой степени умственной ограниченности, которая препятствуетъ воинскому обученію и прохожденію военной службы. Это число—въ 20-ти лѣтній промежутокъ времени отъ 1882 г. по 1902 г.—составляетъ въ среднемъ для каждаго пятилѣтія pro mille: 1882/87 г.—0,58⁰⁰/₀₀, 1887/92 г.—0,58⁰⁰/₀₀, 1892/97 г.—0,76⁰⁰/₀₀, 1897/02 г.—0,92⁰⁰/₀₀.

¹⁾ «Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medizinal-Abteilung der Königlich Preussischen Kriegsministeriums. Heft 30. Ueber die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen. Beratungsergebnisse aus der Sitzung des Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen am 17 Februar 1905».

Въ эти числа входятъ:

1) уволенные неспособными, относительно которыхъ доказано развитие душевныхъ разстройствъ у нихъ подъ вліяніемъ военной службы: 1882/87 г.г.— $0,03^{00}/_{00}$, 1887/92 г.г.— $0,03^{00}/_{00}$, 1892/97 г.г.— $0,05^{00}/_{00}$, 1897/02 г.г.— $0,07^{00}/_{00}$.

2) уволенные, которые при приѣмѣ на службу не обнаруживали признаковъ душевной болѣзни, развившейся у нихъ не вслѣдствіе вліянія военной службы: 1882/87 г.г.— $0,12^{00}/_{00}$, 1887/92 г.г.— $0,11^{00}/_{00}$, 1892/97 г.г.— $0,14^{00}/_{00}$, 1897/02 г.г.— $0,14^{00}/_{00}$.

3) уволенные, у которыхъ болѣзненное душевное состояніе существовало еще до приѣма на военную службу: 1882/87 г.г.— $0,43^{00}/_{00}$, 1887/92 г.г.— $0,44^{00}/_{00}$, 1892/97 г.г.— $0,57^{00}/_{00}$, 1897/02 г.г.— $0,71^{00}/_{00}$.

На основаніи вышеизложеннаго слѣдуетъ признать, что увеличеніе числа душевно-больныхъ въ прусской арміи зависитъ, главнымъ образомъ, отъ увольненія такихъ людей, у которыхъ душевное разстройство, повлекшее за собой увольненіе отъ службы, существовало уже до ихъ приѣма въ войска.

Это явленіе, очевидно, стоитъ въ тѣснѣйшей связи съ наблюдаемымъ увеличеніемъ числа душевно-больныхъ и слабоумныхъ въ гражданскомъ населеніи. Кромѣ того въ войска поступаетъ значительное число тѣхъ умственно ограниченныхъ людей, которые, находясь на границѣ душевнаго здоровья, въ своихъ повседневныхъ занятіяхъ ничего особеннаго не обнаруживаютъ и лишь на военной службѣ, въ виду ея своеобразныхъ требованій, оказываются негодными вслѣдствіе своей неуравновѣшенности или умственной недостаточности. Временами наступающее у нихъ помраченіе разсудка, которое, быть можетъ, извѣстно ближайшимъ родственникамъ, но держится послѣдними въ тайнѣ отъ окружающихъ, обнаруживается впервые лишь на военной службѣ.

Тоже самое относится къ тѣмъ лицамъ, ненадежнымъ въ умственномъ отношеніи вслѣдствіе наслѣдственнаго отягощенія, раннихъ жизненныхъ неудачъ и т. п., которыя для

окончательнаго выясненія ихъ болѣзненнаго состоянія нуждаются въ подробномъ наблюдении въ психіатрическихъ заведеніяхъ, но по своему поведенію въ гражданской жизни не даютъ достаточныхъ поводовъ къ помѣщенію въ указанныя заведенія. Остаеся упомянуть еще о тѣхъ лицахъ, которыя выписываются изъ психіатрическихъ лечебницъ послѣ перенесенной душевной болѣзни и, по возможности, умалчиваютъ о своемъ заболѣваніи въ видахъ полученія или сохраненія мѣста на частной службѣ.

Для опредѣленія подобныхъ болѣзненныхъ состояній, съ цѣлью выяснить негодность призываемыхъ (новобранцевъ) или уволить состоящихъ уже на службѣ, имѣется цѣлый рядъ законныхъ указаній и предписаній которыя влючены въ уставъ о правилахъ годности къ военной службѣ. Хотя эти узаконенія обезпечиваютъ правильное распознаваніе душевнаго состоянія у призываемыхъ и состоящихъ на службѣ, но въ виду возрастанія числа душевно-больныхъ, неуравновѣшенныхъ и умственно ограниченныхъ лицъ, а также трудно распознаваемыхъ случаевъ, военное вѣдомство (Heeresverwaltung), озабочиваясь относительно примѣненія всѣхъ тѣхъ средствъ, которыя могли бы служить для опредѣленія подобныхъ болѣзненныхъ состояній не только у призываемыхъ во время набора, но и вскорѣ послѣ приѣма ихъ на службу, поручило Ученому Комитету при Академіи Императора Вильгельма выработать соответствующее наставленіе для военныхъ врачей. Въ засѣданіи Комитета отъ 17 февраля 1905 г. были представлены доклады корпуснымъ врачомъ *Stricker*’омъ и проф. *Ziehen*’омъ, на основаніи которыхъ, главнымъ образомъ, и была составлена вышеприведенная брошюра.

Первая глава этой брошюры посвящена вопросу о предупредительныхъ мѣрахъ противъ поступленія въ войска душевно больныхъ и слабоумныхъ. Вопросъ этотъ былъ поднятъ впервые въ 1871 г. д-ромъ *Koster*’омъ; съ тѣхъ поръ литература предмета обогатилась большимъ количествомъ работъ,

особенно въ послѣднія два десятилѣтїя (см. литературный перечень въ вышеуказанной брошюрѣ д-ра *Stier'a*).

Узаконеніе воинскаго устава (*Heerordnung*—Н. О.) отъ 1875 г., согласно которому перенесенная или существующая душевная болѣзнь обусловливала неспособность ко всякаго рода военной службѣ, перешло дословно въ Н. О. отъ 1888 г. и 1894 г.; въ новомъ изданіи Н. О. отъ 1904 г. условіемъ полной негодности къ службѣ являются „перенесенная или еще существующая душевная болѣзнь, а также умственная ограниченность такой степени, которая препятствуетъ обученію и выполненію обязанности военной службы“.

Согласно существующимъ законамъ, на душевно-больныхъ, подлежащихъ призыву, представляются ко времени набора медицинскія свидѣтельства, удостовѣренныя надлежащими властями. Предъявленіе свидѣтельствъ молодыми людьми, которые до 20-ти лѣтняго возраста перенесли душевное заболѣваніе, точно не предусмотрено закономъ, но согласуется съ его смысломъ и во множествѣ случаевъ такія свидѣтельства представляются, при чемъ принимаются въ расчетъ при опредѣленіи годности къ службѣ. Кромѣ того, директора казенныхъ исправительныхъ и лечебныхъ заведеній обязаны уведомлять военныя власти о доставленныхъ въ эти заведенія мужчинахъ въ возрастѣ 20—45 лѣтъ, особенно о страдающихъ эпилепсіей и душевными болѣзнями.

Тѣмъ не менѣе опытъ учитъ, что постоянно принимается на военную службу большое количество юношей, которые страдали раньше душевной болѣзнью. Это происходитъ отчасти потому, что родные скрываютъ бывшую болѣзнь въ надеждѣ, что избалованнымъ юношамъ пойдетъ на пользу военная дисциплина. Особенно часто приходится встрѣчаться съ подобнымъ отношеніемъ родныхъ при поступленіи на службу вольноопредѣляющихся.

Гораздо труднѣе браковка призывныхъ „съ такой степенью умственной ограниченности, которая препятствуетъ

обученію и несенію военной службы“. Здѣсь нужно упомянуть, что согласно приказу (отъ 8 іюня 1898 года) Ersatzbeholden III Instanz всѣ обстоятельства, которыя могутъ повліять на окончательное о призывномъ рѣшеніе Ober-Ersatzkommission, должны быть доведены гражданскими властями до свѣдѣнія присутствія по воинской повинности (Ersatzkommission; сюда въ особенности относятся „доказательства умственной ограниченности и эпилепсіи“.

Далѣе имѣютъ значеніе посѣщенія призывнымъ школы для отсталыхъ дѣтей, наслѣдственное отягощеніе, занятіе и судимость призывного. Врачъ присутствія по воинской повинности опредѣляетъ признаки вырожденія и производитъ психологическое изслѣдованіе умственныхъ способностей призывныхъ.

Однако, нужно имѣть въ виду, что „существуетъ много людей—въ большихъ городахъ такъ же, какъ и въ деревнѣ,—которыя не могутъ правильно назвать А, В, С; познанія въ новой исторіи относительно войнъ, выдающихся государственныхъ дѣятелей, очереднаго порядка царствующихъ особъ и т. п., а также познанія въ географіи даже Германіи у многихъ душевно-здоровыхъ отсутствуютъ. Свѣдѣнія о разницѣ между различными политическими партіями, вѣроисповѣданіями (напр., католическимъ и протестантскимъ) или даже между государственными учрежденіями (Reichstag и Landtag) очень часто равняются нулю. Объясненіе этому надо искать въ томъ, что, съ одной стороны, посѣщеніе школы еще часто бываетъ неправильнымъ, а съ другой стороны, часто даже нормальныхъ способностей мальчики изъ лѣности или вслѣдствіе неблагоприятныхъ школьныхъ условій ни чему не учатся; наконецъ,—въ томъ, что большая часть школьныхъ знаній не имѣетъ примѣненія въ повседневной жизни и потому очень скоро исчезаютъ изъ памяти“.

Кромѣ того, не слѣдуетъ психологическое изслѣдованіе ставить въ зависимость отъ доброй воли изслѣдуемаго; иначе

каждый симулянтъ простымъ „я не знаю“ или любымъ ложнымъ отвѣтомъ могъ бы освободиться отъ несенія службы. Въ большинствѣ случаевъ надежное распознаваніе, а также исключеніе симуляціи можетъ быть достигнуто лишь путемъ продолжительнаго наблюденія при надлежащихъ условіяхъ.

Въ общемъ слѣдуетъ прійти къ заключенію, что условія, въ которыхъ происходитъ наборъ, даютъ возможность браковать лишь въ очевидныхъ случаяхъ, а именно, главнымъ образомъ, на основаніи доставленныхъ предварительныхъ (анамнестическихъ) свѣдѣній и, напротивъ того, очень мало способствуютъ психологическому изслѣдованію умственныхъ способностей въ сомнительныхъ случаяхъ.

Вторая глава брошюры—наставленія посвящается распознаванію болѣзненныхъ душевныхъ состояній у новобранцевъ (Rekruten—молодыхъ солдатъ), при чемъ выдвигается на первый планъ способъ психологическаго изслѣдованія: „насколько скудны результаты этого изслѣдованія во время набора и насколько психологическое изслѣдованіе здѣсь малоцѣнно, настолько плодотворно и полно значенія оно у новобранцевъ, которыхъ полковой врачъ осматриваетъ по прибытіи ихъ въ часть при совсѣмъ другихъ условіяхъ, чѣмъ во время набора“.

Полковому врачу (Turpenarzt) необходимо знаніе психіатріи и прохожденіе военно-санитарной службы въ теченіе многихъ лѣтъ даетъ ему возможность пріобрѣсти основательныя познанія въ этой области медицинскихъ наукъ. Уже въ началѣ 70-хъ годовъ минувшаго столѣтія были установлены на 7-омъ семестрѣ Академіи Императора Вильгельма занятія по психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ въ *Charité*. Сверхъ того, въ настоящее время къ психіатрической клиникѣ постоянно прикомандировываются четыре молодыхъ врача (Unterärzte) на различные сроки. Нѣсколько младшихъ врачей (Ober und Stabsärzte) получаютъ дальнѣйшее психіатрическое образованіе въ казенныхъ и частныхъ лечебныхъ для душевно-боль-

ныхъ заведеніяхъ. Положено начало ко введенію психіатріи въ курсы для усовершенствованія военныхъ врачей. Кромѣ того, многіе военные врачи сдаютъ экзаменъ на званіе уѣзднаго врача и тѣмъ пріобрѣтаютъ умѣнье опредѣлять болѣзненное душевное состояніе. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ гарнизонахъ предполагается устроить помѣщенія для нервно и душевно больныхъ подъ завѣдываніемъ специально образованныхъ военныхъ врачей, которымъ будетъ предоставлена возможность не только совершенствоваться самимъ въ избранной ими специальности, но и руководить занятіями прикомандированныхъ къ лазарету врачей, чтобы своевременно и въ надлежащей мѣрѣ удовлетворялись обширныя требованія въ психіатрическомъ образованіи полковыхъ врачей.

Такимъ образомъ, молодымъ врачамъ предоставлена достаточная возможность пріобрѣсти необходимыя ^{знанія} познанія въ психіатріи. Остается только использовать пріобрѣтенныя свѣдѣнія для своевременнаго распознаванія душевно-больныхъ среди воинскихъ чиновъ. Что это дѣйствительно такъ и происходитъ, можетъ служить доказательствомъ кривая (№ I), изъ которой видно, что число уволенныхъ вслѣдствіе душевной болѣзни солдатъ достигаетъ наибольшей высоты въ первый мѣсяць послѣ пріема на службу новобранцевъ, а затѣмъ круто падаетъ.

Движеніе душевныхъ болѣзней по мѣсяцамъ (въ абсолютныхъ числахъ съ 1/x 1884 г. по 30/ix 1902 г. ¹⁾).

Статистика учитъ, что среди новобранцевъ встрѣчаются наичаще слѣдующія формы душевнаго заболѣванія:

¹⁾ Эта кривая, помѣщенная въ приложеніи къ брошюрѣ, сопровождается, между прочимъ, слѣдующимъ объясненіемъ: «новобранцы прибываютъ въ ноябрѣ, что обусловливаетъ первый подъемъ кривой благодаря появленію новобранцевъ, которые уже до пріема на службу страдали душевной болѣзню; второй же подъемъ кривой (май—іюнь) объясняется съ

а) врожденное слабоуміе въ различныхъ степеняхъ развитія (Idiotie, Imbizillität и Debilität);

б) приобрѣтенное эпилептическое слабоуміе (dementia epileptica);

с) т. н. dementia graecoх или heberphrenia.

Сверхъ того, попадаются трудныя для распознаванія наследственные психопатическія или истерическія психопатическія состоянія (конституціи). Бѣглый обзоръ литературы показываетъ, что эти психопатіи встрѣчаются довольно часто¹⁾.

Указанныя душевныя заболѣванія часто обнаруживаются у новобранцевъ лишь впервые на военной службѣ или впервые послѣ ихъ приѣма выступаютъ тяжелыя проявленія болѣзни.

Полковой врачъ уже изъ анамнестическихъ данныхъ получаетъ указаніе, на какихъ новобранцевъ слѣдуетъ ему обратить особое вниманіе. Нѣкоторые изъ нихъ принимаются на службу вопреки предварительнымъ свѣдѣніямъ. Эти лица подлежатъ изслѣдованію въ первую очередь, при чемъ слѣдуетъ обратить вниманіе на уклоненія въ формѣ черепа и другіе признаки физическаго вырожденія. Нерѣдко уже изъ бесѣды съ новобранцемъ можно вывести подозрѣніе о его душевной болѣзни. Равнымъ образомъ, т. н. „письменное испытаніе“ („проба письмомъ“—Schreibprüfung), какъ оно установлено § 12 воинскаго устава (Н. О.), очень часто оказывается достаточнымъ, чтобъ возбудить подозрѣнія о душевной болѣзни или слабоуміи изслѣдуемаго. Въ такомъ случаѣ необходимо произвести въ томъ направленіи подробное изслѣдованіе, а также навести справки на родинѣ такого новобранца.

большой вѣроятностью тѣмъ, что повышенныя служебныя требованія этого военно-образовательнаго времени разбудили дремлющіе психозы.

¹⁾ По словамъ д-ра *Stier'a*, среди офицеровъ преобладаетъ прогрессивный параличъ (см. его брошюру).

Что касается мѣста для подобнаго изслѣдованія, то, пожалуй, всѣхъ новобранцевъ съ подозрительнымъ анамнезомъ можно бы отправлять на испытаніе въ ближайшій лазаретъ, но, какъ общее правило, это было бы нецѣлесообразно въ виду того, что, благодаря помѣщенію въ лазаретъ, у здоровыхъ, но наследственно отягощенныхъ лицъ, могутъ быть вызваны болѣзненные представленія. Зато, при оставленіи въ казармахъ, подобныя лица подвергаются опасности наказаній насмѣшкамъ товарищей и т. п. вслѣдствіе своего иной разъ своеобразнаго поведенія.

Особенно важно выработать опредѣленный способъ психологическаго изслѣдованія. Въ этомъ отношеніи еще очень многого не достаетъ. Нецѣлесообразные вопросы еще часто играютъ главную или даже единственную роль въ протоколахъ такихъ изслѣдованій. Сверхъ того, многіе учебники едва касаются методики изслѣдованій. Поэтому въ приложеніи къ брошюрѣ приведено большое количество „цѣлесообразныхъ“ вопросовъ для опредѣленія возможныхъ умственныхъ недостатковъ. Ради удобства изложенія эта схема изслѣдованія умственныхъ способностей приводится мной теперь же и при томъ полностью.

Схема изслѣдованія умственныхъ способностей.

1. Когда, гдѣ вы родились? Сколько вамъ лѣтъ?
2. Сколько обитателей, приблизительно, въ мѣстѣ вашего жительства (Ihr Wohnort)?
3. На какой рѣкѣ, у какой горы, близъ какого большого города находится мѣсто вашего жительства?
4. Съ какихъ поръ стали вы солдатомъ?
5. Какъ называется вашъ полкъ?
6. Пробуютъ, вѣрно ли различаются изслѣдуемымъ обыкновенные цвѣта.
7. Сколько стоитъ булка? (трамвайный билетъ, моргъ земли и т. п.).

8. Сколько классовъ на желѣзной дорогѣ? Который изъ нихъ самый дешевый?

9. Какимъ путемъ ѣдутъ въ Америку?

10. Изъ чего дѣлается хлѣбъ? Изъ чего добывается мука?

11. Когда листья становятся желтыми? Когда бываетъ жатва? Когда бываетъ Рождество Христово?

12. Сколько дней содержится въ недѣлѣ, мѣсяцѣ, году, високосномъ году? Перечислите дни, недѣли и мѣсяцы.

13. Сколько ножекъ у майскаго жука?

14. Сколько пфениговъ содержитъ талеръ, $\frac{1}{2}$ талера?

15. Если вы купите въ лавкѣ товару на 1,67 марки и дадите одинъ талеръ, то сколько сдачи вамъ слѣдуетъ получить?

16. Какого цвѣта десяти-пфениговая монета, 5-ти пфениговая?

17. Если число, которое я задумалъ, помножить на 3, то получится 9; какое число я задумалъ? и т. п.

18. Какая разница между 10-ти пфениговой монетой и маркой? между деревомъ и кустомъ? между рѣбой и прудомъ? между корзиной и ящикомъ? между ошибкой и ложью? и т. д.

19. Укажите мнѣ примѣръ благодарности, ненависти? Что противоположно храбрости?

20. Предложить рассказать простую и короткую исторію, которая бы, напр., должна изобразить неблагодарность.

21. Предложить повторить три, четыре пять и больше чиселъ въ томъ же порядкѣ, въ какомъ они были раньше передъ тѣмъ произнесены.

22. Попробовать, можетъ ли испытуемый повторить заданный, быть можетъ, 5 минутъ назадъ вопросъ № 15.

23. Спросить, кого изъ начальниковъ и товарищей испытуемый знаетъ по имени? о чемъ онъ съ ними разговаривалъ нѣсколько дней назадъ?

24. Предложить перечислить дни недѣли и мѣсяцы въ обратномъ порядкѣ.

25. Показываютъ картину (рисунокъ) простого содержания и предлагаютъ списать ее и объяснить, что изображено на картинѣ.

26. Читаютъ короткіе рассказы простого содержания, предлагаютъ передать содержаніе ихъ своими словами и опредѣляютъ, вѣрно ли изслѣдуемый усвоилъ сущность рассказа.

Примѣръ I. Въ одномъ амстердамскомъ лазаретѣ больному матросу нужно было отнять (отрѣзать) ногу. Врачъ приступилъ къ операціи. И матросъ въ теченіе всей операціи спокойно курилъ свю трубку, не издавая ни малѣйшаго крика боли, хотя онъ время отъ времени стискивалъ зубы, но никакого звука не вырывалось изъ его усть. Врачъ удивлялся рѣдкому мужеству и во время наложенія повязки хватилъ матроса за его геройское поведеніе. Вдругъ больной громко вскрикнулъ.... Врачъ укололъ его при перевязкѣ! „Какъ“ сказалъ изумленный врачъ, „вы теперь кричите отъ булавочнаго укола, вы, который раньше такъ хорошо перенесли цѣлую операцію!“ „Операцію—да“,—возразилъ матросъ,—„но, видите ли, господинъ докторъ, этотъ уколъ уже не относится къ операціи“.

Примѣръ II. Фридрихъ Великій зналъ въ лицо всѣхъ солдатъ своей гвардіи. Какъ только онъ замѣчалъ новаго, еще неизвѣстнаго ему солдата, онъ обыкновенно задавалъ ему два слѣдующихъ вопроса: „сколько ему лѣтъ“? и „давно ли онъ уже служитъ“? Однажды онъ задалъ эти вопросы новобранцу, который еще не зналъ нѣмецкаго языка. Солдатъ заучилъ наизусть отвѣты въ томъ порядкѣ, въ какомъ обыкновенно спрашивалъ король. Къ несчастью, на этотъ разъ король началъ со второго вопроса: „давно ли онъ уже служитъ“? „21 годъ“ отвѣчалъ новобранецъ. „Сколько же ему лѣтъ“? спросилъ затѣмъ удивленный король. „Одинъ годъ“ отвѣчалъ на это новобранецъ¹⁾.

27. Способъ пропусковъ (Ebbinghaussche Methode). Изъ простаго разсказа выпущены въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отдѣльные слоги и слова, при чемъ пропуски обозначены черточками. Изслѣдуемому предлагается пополнить недостающія слова и слоги сообразно смыслу. При этомъ управленіи дѣло заключается не столько въ томъ, чтобы каждый пропускъ былъ возстановленъ совершенно правильно, сколько скорѣе въ томъ, чтобы испытуемый пополнилъ пропуски въ общемъ соотвѣтственно смыслу.

Примѣръ. Es war—mal ein Sold,—der hat dem Kön—lange J—treu ged;—als ab—der Kr—zu Ende war, und der

¹⁾ Оба разсказа взяты авторами брошюры изъ диссертациі *Wulf'e* (Der Intelligenzdefekt bei chronischem Alkoholismus. Berlin. 1905).

S,—der vielen Wun—wegen, die—empf—h,—weiter deinen Kop,—sprach der K—zu ihm.... .

28. Способъ составленія (Masselonsche Methode). Изслѣдуемый долженъ изъ трехъ названныхъ ему словъ составить цѣлое предложеніе.

Примѣръ ¹⁾. Охотникъ, заяцъ, поле. Солдатъ, ружье, рука. Вода, гора, долина Солнце, окно, комната. Птица, дерево, гнѣздо. Женщина, молоко, масло. Судья, воръ, тюрьма и т. д.

Примѣчаніе. Необходимо всѣ вопросы предлагать въ возможно легкопонятной формѣ, предоставлять изслѣдуемому достаточное время для отвѣтовъ и дословно записывать вопросы и отвѣты.

По этой схемѣ военные врачи могли бы вести изслѣдованія новобранцевъ, соблюдая, конечно, необходимую индивидуализацію. Приведенные въ схемѣ вопросы составлены съ большимъ трудомъ въ теченіе многихъ лѣтъ, при чемъ отъ преобладающаго большинства здоровыхъ людей получаютъ вѣрные отвѣты на эти вопросы, тогда какъ даже въ легкой степени слабоумные, но большей части, даютъ невѣрные отвѣты или вовсе не даютъ отвѣтовъ. При этомъ, однако же, необходимо, что бы вопросы приспособлялись къ житейскому обыходу изслѣдуемаго. Поэтому горожанину нельзя задавать вопросъ о времени сѣнокоса или жителю заброшеннаго въ горы селенія—относительно порядковъ на желѣзной дорогѣ.

Кромѣ того, при оцѣнкѣ отдѣльных отвѣтовъ необходимы нѣкоторыя дополнительные испытанія. Такъ, напр., отвѣтъ, что 5-ти пфениговая монета—краснаго цвѣта, съ большой вѣроятностью указываетъ на слабоуміе, тогда какъ отвѣтъ, что эта монета—голубая, не можетъ быть оцѣненъ подобнымъ образомъ, ибо, какъ показываетъ опытъ, зеленый и голубой цвѣтъ многими здоровыми людьми смѣшиваются въ памяти, и дѣйствительно нѣкоторые вполне душевно-здоровые люди

¹⁾ Оба примѣра взяты тоже изъ вышеуказанной диссертациі Wulfa

воспроизводить въ своей памяти 5-ти пфениговую монету въ голубомъ цвѣтѣ.

Равнымъ образомъ при простомъ изслѣдованіи способности различать цвѣта военный врачъ, разумѣется, долженъ знать, что постоянное и закономерное смѣшиваніе цвѣтовъ при такъ называемой слѣпотѣ на цвѣта (дальтонизмъ) ничего общаго съ слабоуміемъ не имѣетъ; что, напротивъ, беспорядочное смѣшиваніе цвѣтовъ и пробѣлы въ ряду цвѣтовыхъ ощущеній, которые обнаруживаются въ границахъ сѣраго, коричневаго, голубого и зеленаго цвѣтовъ, почти патогномичны для высшихъ степеней врожденнаго слабоумія.

Точно такъ же, при изслѣдованіи способности повторять рядъ чиселъ, нужно имѣть въ виду, что нѣкоторые здоровые люди уже при повтореніи 7 чиселъ тоже дѣлаютъ ошибки, именно перестановки. Очень цѣлесообразно эту пробу видоизмѣнить такимъ образомъ, что сначала даютъ простой примѣръ изъ таблицы умноженія, затѣмъ предлагаютъ повторять два или три шестизначныхъ числа, послѣ чего провѣряютъ, сохранился ли, между тѣмъ, въ памяти изслѣдуемаго примѣръ изъ таблицы умноженія.

При перечисленіи мѣсяцевъ въ обратномъ порядкѣ ошибки встрѣчаются и у здоровыхъ; смѣшиванье іюня съ іюлемъ—тоже наблюдается у нихъ. Для пробы № 25 нужно выбирать картинки опредѣленнаго содержанія: напр., изображенія вѣнчанія свадьбы, похоронъ, ярмарки и т. п.

Вопросы не должны предлагаться точно по схемѣ, а отвѣты не должны оцѣниваться чисто статистическимъ образомъ. Такъ же нельзя придавать значеніе ошибочнымъ отвѣтамъ на нѣкоторые вопросы, тогда какъ несомѣнно слабоумные иногда даютъ правильные отвѣты на легкія вопросы. На 100 здоровыхъ, какъ правило, находится нѣсколько человекъ, которые ошибаются при нѣкоторыхъ вопросахъ. Такимъ образомъ, выводъ дѣлается лишь на основаніи совокупной оцѣнки данныхъ изслѣдованія.

Добытыя указаннымъ изслѣдованіемъ данныя дополняются затѣмъ путемъ продолжительнаго наблюденія надъ ежедневнымъ времяпрепровожденіемъ изслѣдуемаго, какъ на службѣ, такъ и внѣ ея. Наконецъ, собранныя при помощи изслѣдованія и наблюденія данныя подвергаются оцѣнкѣ съ точки зрѣнія возможности притворства. Въ этомъ отношеніи надежнымъ средствомъ является продолженіе срока наблюденія до двухъ и больше недѣль.

Душевная болѣзнь и, въ частности, также слабоуміе сравнительно легко могутъ быть поддѣланы въ случаѣ однократнаго изслѣдованія, но притворное изображеніе душевной болѣзни или слабоумія въ продолженіе цѣлыхъ недѣль, при многочисленныхъ изслѣдованіяхъ, почти никогда не удается, и притворщики не выдерживаютъ своей роли до конца. Однако, прежде всего слѣдуетъ подчеркнуть то обстоятельство, что продолжительное полное притворство душевной болѣзни встрѣчается крайне рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ дальнѣйшее наблюденіе доказываетъ, что на ряду съ явнымъ притворствомъ существуютъ также признаки дѣйствительной болѣзни. Насколько часто можетъ быть преувеличиванье болѣзненнаго состоянія (*Aggravation*), а также примѣсь притворства, настолько рѣдко бываетъ полное притворство (*Simulation*). Нерѣдко и преувеличиванье, и притворство представляютъ собой болѣзненное явленіе.

Въ виду чрезвычайной трудности распознаванія при подозрѣніи о притворствѣ, а также принимая во вниманіе тяжелыя послѣдствія для заподозрѣннаго при необоснованномъ предположеніи притворства, крайне важно, чтобы въ каждомъ подозрительномъ случаѣ приглашался еще болѣе опытный психіатръ и чтобы, такимъ образомъ, военно-медицинская опытность полкового врача могла быть дополнена спеціально-научными познаніями психіатра.

Чтобы освѣтить трудность подобныхъ случаевъ, достаточно указать на описанный *Ganser*'омъ симптомъ т. н. „*Vor-*

beircden“, который также наблюдается у молодых новобранцев. Подозрѣніе о притворствѣ тѣмъ скорѣе приходитъ на умъ, чѣмъ сравнительно правильнѣе подобныя больныя ведутъ себя въ остальное время—въ изслѣдованіи. Въ дальнѣйшемъ, однако, становится очевиднымъ, что „*Vorbeireden*“ представляетъ собой патологическую симуляцію при чемъ иногда развивается тяжелое неизлечимое душевное заболѣваніе.

При подобномъ положеніи дѣла, для рѣшенія вопроса о полной симуляціи или примѣси таковой необходимы спеціальныя психіатрическія познанія, каковыми обладаютъ лишь нѣкоторые военные врачи. Во вниманіе къ этой трудности распознаванія и тяжелымъ послѣдствіямъ, быть можетъ, неправильнаго осужденія, уже приказомъ по военно-медицинскому вѣдомству отъ 29 января 1890 г. предписывается, чтобы о каждомъ случаѣ симуляціи, который подлежитъ суду, полковой врачъ посылалъ подробный отчетъ съ копіями всѣхъ сюда относящихся свѣдѣній и свидѣтельствъ корпусному врачу, который направляетъ всю переписку въ главное Военно-Санитарное Управление (*Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums*). А для того, чтобы корпусный врачъ могъ оказать содѣйствіе въ случаяхъ, которые возбуждаютъ подозрѣніе объ искусственной болѣзни, еще до начала судебного процесса о симуляціи требуется, согласно предписанію отъ 28 февраля 1893 г. по медицинской части, доводить до свѣдѣнія корпуснаго врача о каждомъ случаѣ подозрѣнія притворства до отдачи подозрѣваемаго солдата подъ судъ.

Послѣ же учиненія судебного производства о симуляціи прокуроръ военнаго суда приглашаетъ для окончательнаго рѣшенія экспертовъ по своему выбору, при чемъ можетъ потребовать, какъ заключеніе военныхъ врачей на основаніи продолжительнаго наблюденія подсудимаго въ гарнизонномъ лазаретѣ, такъ и мнѣніе гражданскихъ врачей о подсудимомъ на основаніи произведеннаго ими наблюденія въ психіатрическомъ заведеніи.

Итакъ полковой врачъ въ теченіе первой недѣли по прибытіи въ полкъ новобранцевъ распознаетъ безъ посторонней помощи болъшую часть душевно-больныхъ изъ нихъ и соотвѣтственно этому даетъ ему заключеніе. Только нѣкоторые сомнительные случаи, именно пограничныя между душевной болѣзью и душевнымъ здоровьемъ состоянія у наслѣдственно-отягощенныхъ и всѣ подозрительные на притворство случаи требуютъ приглашенія спеціально-образованнаго военнаго врача для совмѣстнаго наблюденія и заключенія о пригодности даннаго новобранца къ военной службѣ.

Третья глава излагаемой брошюры касается вопроса о раннемъ распознаваніи слабоумія и душевной болѣзни въ теченіе военной службы. Послѣ своевременнаго удаленія душевно-больныхъ и слабоумныхъ новобранцевъ всегда еще остаются молодые солдаты, которые въ отношеніи душевнаго здоровья, хотя и не надежны, но за отсутствіемъ достаточныхъ основаній къ ихъ увольненію, подлежатъ отбыванію воинской повинности. Это—люди съ низкимъ уровнемъ умственнаго развитія и всѣ тѣ, которые происходятъ изъ наслѣдственно-отягощенныхъ семей или обнаруживаютъ много признаковъ физическаго вырожденія, или въ юности многократно приходили въ столкновеніе съ уголовнымъ закономъ.

Такъ какъ представить къ увольненію отъ военной службы всѣхъ этихъ новобранцевъ нѣтъ достаточныхъ поводовъ, то является крайне необходимымъ, чтобы полковой врачъ обратилъ на этихъ молодыхъ солдатъ свое особенное вниманіе. Дѣятельную помощь врачъ долженъ найти у офицеровъ, фельдфебеля, капраловъ и старшихъ по командѣ (учителей новобранцевъ, дядекъ), которые съ самого начала служебныхъ занятій должны быть предупреждены врачомъ, на какихъ именно молодыхъ солдатъ имъ необходимо обратить особенное вниманіе. Въ этомъ отношеніи представляется важнымъ отмѣчать: неуклюжесть, непоротливость или, напротивъ, безпокойную подвижность, недостаточную понятливость при обученіи, лег-

кую раздражительность, неосновательную обидчивость, странное изменение голоса, безпричинныя вспышки гнѣва, непонятное равнодушіе къ исполненію служебныхъ обязанностей, склонность къ уединенію, чрезмѣрную тоску по родинѣ, неосновательныя, повидимому, жалобы на болѣзнь и т. п.

На обязанности врача лежитъ разъяснить офицерамъ и унтеръ-офицерамъ, что изменение, напр., голоса и характера, какъ и всѣ вообще явленія, которыя товарищамъ и начальникамъ кажутся только странными, подлежатъ вѣдѣнію врача. почему всѣ ближайшіе начальники новобранцевъ должны доводить до его свѣдѣнія о всѣхъ выдающихся явленіяхъ, которыя подмѣчены товарищами даннаго новобранца, дабы путемъ повторныхъ изслѣдованій врачъ могъ убѣдиться въ справедливости сдѣланныхъ ему заявленій.

Равнымъ образомъ является важнымъ общее наставленіе офицерамъ, что при служебныхъ проступкахъ, кромѣ объективной сущности дѣла, всегда должны быть ближе изслѣдованы субъективныя условія. Душевное расстройство уже рано ведетъ къ совершенію какого-нибудь служебнаго проступка и даже поверхностное изслѣдованіе субъективной сущности дѣла немедленно откроетъ существованіе душевной болѣзни. Простого вопроса: „какъ вамъ пришло въ голову?“ бываетъ достаточнымъ иногда для этого открытія. Нерѣдко налагаются многократныя взысканія за небрежное исполненіе служебныхъ обязанностей и т. п. безъ должнаго вниманія на личность самого виновника проступка. Подозрѣніе о душевной болѣзни очень часто приходитъ слишкомъ поздно. Зато неузнаніе или непризнаніе у воинскихъ чиновъ душевнаго заболѣванія вслѣдствіе поврежденій головы или при острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ (исключеніямъ).

Д-ръ *Schultz* предлагаетъ при отправленіи въ рабочія отдѣленія и военныя тюрьмы требовать свидѣтельства врача части о душевномъ здоровьѣ даннаго солдата, что служебнымъ

уставомъ до сихъ поръ не предусмотрено, но противъ чего въ принципѣ нельзя возражать. Для своевременнаго (ранняго) распознаванія душевныхъ заболѣваній, развившихся во время отбыванія наказанія въ рабочихъ домахъ и тюрьмахъ военнаго вѣдомства почти вездѣ имѣются военные врачи, которые получили специальное образованіе или находились въ продолжительныхъ прикомандированіяхъ къ психіатрическимъ клиникамъ. Насколько это важно, видно, между прочимъ, изъ того, что въ годовомъ отчетѣ 1901/02 г. поступленіе душевно больныхъ составляетъ для пѣхотныхъ частей $0,61^{00}/_{000}$, а среди заключенныхъ $16,4^{00}/_{000}$.

Серьезное вниманіе должно быть обращено на попытки къ самоубійству и на своевременное предупрежденіе ихъ. Никогда тотъ человекъ, который надагалъ на себя руки или только обнаружилъ стремленіе къ самоубійству, не долженъ оставаться въ части войскъ, если даже онъ не причинилъ себѣ тѣлеснаго поврежденія. Онъ подлежитъ отправленію въ лазаретъ на испытаніе и специальное заключеніе о немъ врачей.

Въ концѣ брошюры еще разъ, и при томъ курсивомъ, отмѣчается, что для своевременнаго распознаванія душевнобольныхъ и душевно-неуравновѣшенныхъ воинскихъ чиновъ (новобранцевъ, молодыхъ солдатъ и старослужащихъ) военные врачи обладаютъ достаточными познаніями въ психіатрическихъ вопросахъ основной важности. Дальнѣйшее расширеніе прикомандировокъ молодыхъ врачей къ психіатрическимъ клиникамъ, включеніе психіатріи, какъ учебнаго предмета, въ программу курсовъ для усовершенствованія врачей, использованіе специально-образованныхъ военныхъ врачей для чтенія лекцій и руководства занятіями прикомандированныхъ къ военнымъ лазаретамъ врачей, привлеченіе военныхъ психіатровъ къ разрѣшенію вопросовъ о годности къ службѣ и вмѣняемости—все это находится на пути къ дальнѣйшему развитію.

Главное же условіе для уменьшенія числа душевно-больныхъ въ войскахъ заключается, несомнѣнно, въ основательномъ изслѣдованіи новобранцевъ непосредственно по прибытіи ихъ на службу и подробномъ выясненіи всѣхъ обстоятельствъ предшествующей жизни, если они важны для опредѣленія душевнаго состоянія; для наблюденія же въ части войскъ за солдатами особенно важно содѣйствіе офицеровъ и унтеръ-офицеровъ.

Въ заключеніе изложенныхъ въ брошюрѣ соображеній приводятся слѣдующія указанія въ видахъ ранняго распознаванія душевно-больныхъ и слабоумныхъ:

А. Во время набора имѣютъ значеніе.

1. Свѣдѣнія о пребываніи до призыва въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, слабоумныхъ и эпилептиковъ, а также свѣдѣнія о прежнихъ душевныхъ заболѣваніяхъ;

2. Свѣдѣнія о посѣщеніяхъ призывнымъ школь для малоспособныхъ дѣтей;

3. Свѣдѣнія о занятіяхъ и судимости призывного;

4. Распросы въ подходящихъ случаяхъ присутствующихъ при наборѣ одноприхожаниновъ (односельчанъ и т. п.) относительно замѣченнаго ими, быть можетъ, страннаго поведенія призывного.

В. По прибытіи въ часть войска.

По прибытіи въ часть новобранцевъ врачъ удостовѣряетъ, кромѣ тѣлесной ихъ пригодности къ военной службѣ, такъ же въ ихъ душевномъ здоровьи:

1. Въ этомъ отношеніи подлежатъ особенному вниманію тѣ изъ новобранцевъ:

а) которые уже во время набора давали поводъ къ соотвѣтственной отмѣткѣ (см. А. 1 и 2);

б) которые многократно подвергаются наказанію;

с) которые обнаруживаютъ многочисленные признаки тѣлеснаго вырожденія иотягощены тяжелой наслѣдственностью;

d) которые оказываются необыкновенно умственно-ограниченными людьми.

2. При всякихъ подозрѣніяхъ наводятся справки на родинѣ.

3. Для испытанія подозрѣваемыхъ въ умственномъ отношеніи новобранцевъ можетъ служить образцомъ вышеприведенная схема.

4. Если подозрѣніе о притворствѣ оказывается основательнымъ, то необходимо наблюдение съ участіемъ психіатра.

5. Отправленіе подозрѣваемыхъ новобранцевъ въ лазаретъ вообще только тогда показано, когда они рѣзко выдаются своимъ поведеніемъ.

С. Въ теченіе службы.

1. Полковой врачъ посвящаетъ продолжительное наблюдение тѣмъ нижнимъ чинамъ:

a) которыеотягощены тяжелойнаслѣдственностью, представляютъ многочисленные признаки вырожденія и многократно подвергаются наказаніямъ;

b) которые подвергались тяжелымъ ушибамъ головы;

c) которые слишкомъ часто и, повидимому, безъ достаточнаго основанія сказываются больными.

2. Врачъ прилагаетъ старанія къ тому, чтобы строевые начальники, особенно обучающіе новобранцевъ офицеры и унтеръ офицеры слѣдили за поведеніемъ указанныхъ имъ людей—на службѣ и внѣ ея.

3. Строевые (военные) начальники получаютъ со стороны врача указанія въ томъ смыслѣ, что большая неловкость при тѣлесныхъ движеніяхъ, неповоротливость, неуклюжесть и т. п., а также трудная обучаемость могутъ зависѣть отъ болѣзненныхъ состояній и что посему важно обращать вниманіе врача на подобныхъ людей, а равнымъ образомъ на умственно-ограниченныхъ и отличающихся страннымъ своимъ поведеніемъ.

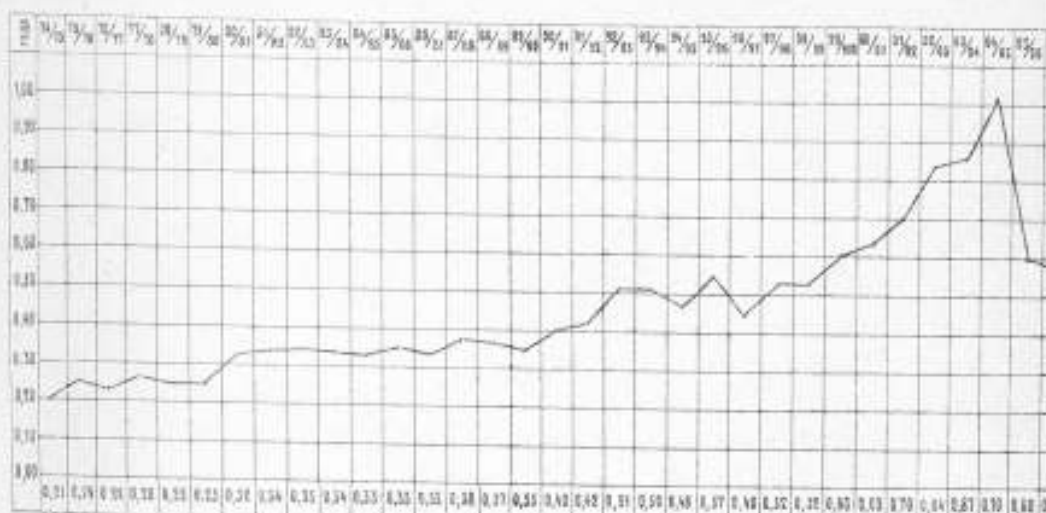
4. Наблюденіе въ лазаретѣ всегда необходимо по отношенію къ тѣмъ солдатамъ, которые покушались на самоубійство.

5. Въ особенности требуется изслѣдованіе душевнаго здоровья передъ отправленіемъ осужденаго солдата въ военную тюрьму или рабочее отдѣленіе; вопросъ о сомнительномъ душевномъ состояніи долженъ быть рѣшенъ раньше на основаніи существующихъ законоположеній

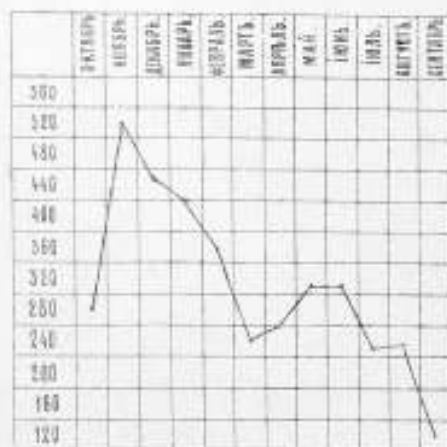
Въ приложеніи къ брошюрѣ помѣщена, между прочимъ, кривая движенія (въ ‰) душевныхъ заболѣваній въ прусской арміи съ 1874/75 г. по 1902/03 г. На кривой № II эти свѣдѣнія доведены до 1906/07 г.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Кривая I.



Кривая II.



Изъ Стрекаловской больницы въ Москвѣ.

Къ клиникѣ „epilepsiae gastricae“.

Д-ра мед. А. А. СУХОВА.

Среди разнообразныхъ формъ эпилептического діатеза выдѣляется клиническая группа случаевъ эпилепсіи, которую часть авторовъ называетъ *epilepsia gastrica*.

Генезъ и даже этиологія этой группы туманенъ и только клиническая картина эпилепсіи заставляетъ согласиться на временное выдѣленіе этихъ случаевъ въ группу *epilepsia gastrica*.

Эту группу часть авторовъ (проф. П. И. Ковалевскій, *Géliueau*, *Ferguson* и др.) относятъ къ рефлекторной эпилепсіи, другая склонна объяснять и эти случаи, какъ интоксикаціонную эпилепсію.

Считаясь съ многообразностью клиническихъ группъ эпилепсіи, можно видѣть одно общее явленіе—наличность у эпилептиковъ особаго „эпилептического діатеза“, объясняющаго припадочныя явленія, развивающіяся на почвѣ таковаго предрасположенія въ зависимости отъ самыхъ разнородныхъ этиологическихъ моментовъ и объясняемыхъ, по генезу, самымъ различнымъ образомъ: отсюда теорія многихъ формъ: интоксикаціонныхъ и, въ частности, аутоинтоксикаціонной эпилепсій; рефлекторная, совершенно не допускаемая другими авторами (напр., проф. В. А. Муратовымъ); симптоматическая; вазомоторная; въ числу послѣдней могутъ быть отнесены многіе случаи рефлекторной эпилепсіи; можно, по клинической

группировкѣ, выдѣлить еще рядъ отдѣльныхъ формъ эпилепсіи.

Среди путей выясненія генеза и этиологіи эпилепсіи имѣетъ значеніе клинической анализъ случаевъ эпилепсіи, по своей картинѣ относимыхъ къ той или другой группѣ.

Наблюдая въ стационарныхъ условіяхъ эпилептического отдѣленія Стрелаловской больницы одинъ такой случай эпилепсіи, по картинѣ могущій быть относимымъ къ группѣ *epilepsia gastrica*, привожу это наблюденіе.

Еврейская дѣвушка, 18 лѣтъ по профессіи домашняя учительница, принята въ Стрелаловскую больницу по поводу страданія припадочной болѣзью, связанной съ „желудочными непорядками“. Въ больницу провела 2 мѣсяца: съ 1 октября 1910 г. по 4 декабря; № исторіи болѣзни: 168.

Anamnesis: Со стороны наследственности констатируется: *припадочная болѣзнь у племянника* со стороны матери. Отцу за 50 лѣтъ, физически здоровъ; но страдаетъ общей нервностью. Матери, около 50-ти лѣтъ, нервная. Больная 5-ая изъ 10 дѣтей; изъ нихъ: живы—6; остальные умерли отъ разныхъ инфекцій; изъ живыхъ: *старшій братъ* (2-ой) страдалъ *припадками* (подергиваніе глазъ съ потерей сознанія; такихъ припадковъ было у него нѣсколько); одна изъ сестеръ—медица. Больная родилась въ срокъ, здоровой; кормила ее сама мать; развивалась правильно. Росла ровно; всегда была наклонна къ полнотѣ. Психически: росла и развивалась ровно; ученіе давалось довольно легко, отличалась усидчивостью; въ то же время давала уроки; окончила гимназію съ золотой медалью; всегда отличалась ровнымъ характеромъ; рѣдко отъ ясныхъ причинныхъ моментовъ бывали наплывы тоскливости и плача, но не рѣзко выраженныхъ и нестойкихъ, регулы начались съ 13 лѣтъ; начались и шли съ характеромъ дисменорреи: больная *virgo*. Травматизма, интоксикаціи, инвазій и особенныхъ инфекцій (сифилиса, малярии и т. д.) не констатировано.

Года 3 назадъ стала падать въ питаніи; характеръ началъ замѣтно измѣняться: развивалось упрямство, являлись при-

ступы нервозности, чаще всего съ характеромъ раздражительности; стала нѣсколько падать память.

Вскорѣ начались припадки: среди ночного сна стали будить припадки позыва на мочу, Затѣмъ, съ 1906 года присоединились припадки и днемъ. Первый такого характера случился въ классѣ: сама больная ничего не помнитъ, какъ и отъ чего случился припадокъ и что происходило съ ней въ это время. По разсказу: неожиданно во время писанія на доскѣ, безъ всякой видимой причины больная вдругъ повернулась къ классу и вдругъ, закричавъ что-то, побѣжала изъ класса. Слѣдующій припадокъ былъ уже дома, того же типа и безъ причины. Затѣмъ, припадки стали повторяться: бывали и днемъ, и ночью; бывали и среди сна; всегда того же типа; бывали на улицѣ; разъ былъ такой припадокъ, что отдала кому то свою сумку. Стали замѣчать связь припадковъ съ запорами, иногда съ регулами. Запоры, къ которымъ больная вообще была склонна, стали усиливаться. Припадки, по разсказу, носили характеръ психическихъ эквивалентовъ: отвѣчаетъ во время припадковъ на вопросы, поступаетъ цѣлесообразно, но ничего не помнитъ про время припадка, иногда же только частично припоминаетъ нѣкоторые поступки. Во время припадковъ кричитъ страшнымъ голосомъ, взывая о помощи; судорогъ, инконтиненцій и др. не бывало. Послѣ припадка оставалась слабость, разбитость и сонливость. Иногда во время припадка обнаруживаетъ стремленіе бѣжать, б. ч., въ клозетъ, видимо, въ виду позыва на мочу или послабленія; часто бѣжитъ проглотить воды.

Со времени припадковъ: страдала головными болями, б. ч., послѣ припадковъ; сердцебиеніями во время припадковъ; стала ухудшаться аппетитъ, усилились запоры; одно время при началѣ заболѣванія отмѣчались явленія фурункулеза.

Больная всегда страдала явленіями вазомоторнаго нейроза: приливы и отливы къ головѣ, потливость рукъ и ногъ и т. д.

Status praesens въ больницѣ: средняго роста и сложенія. Питаніе удовлетворительное температура тѣла колебалась между: 36,4—36,8 утромъ; 36,6—37 вечеромъ. Костный скелетъ не представляетъ уклоненій отъ средней нормы; позвоночникъ нормаленъ; черепъ нормальной формы и размѣровъ, относится къ долихоцефалическимъ. Со стороны кожныхъ по-

крововъ и видимыхъ слизистыхъ слѣдуетъ отмѣтить: нѣсколько анэмическую окраску и атоничность. Лимфатическій аппаратъ, щитовидная железа и вообще железистый аппаратъ не представляютъ отклоненій отъ средней нормы.

Со стороны нервной системы: всѣ виды чувствительности и мышечное чувство всюду нормальны: атаксіи нигдѣ нѣтъ; органы чувствъ—нормальны черепные нервы—нормальны. Двигательная сфера: движенія во всѣхъ суставахъ нормальнаго объема и характера, активныя нормальной для больной силы; больная правша; всѣ сложныя движенія нормальны; мускулатура вообще развита плохо, но не представляетъ нигдѣ атрофіи или похуданія. Рефлекторная сфера: кожные рефлексы нѣсколько атоничны; сухожильные всюду живые, но равномерно на обѣихъ сторонахъ; слизистые—нормальны.

Вазомоторная сфера: отмѣчается рѣзкая парѣтически—дермографическая реакція; потливость оконечностей рукъ и ногъ. болѣзненность *plexus solaris*; возбудимость сердечной дѣятельности до степени тахигардіи; пульсъ колебался между: 68—80 (при обычномъ самочувствіи и покоѣ) до 93—120 (психическое волненіе).

Дыхательная кривая шла: 14—24.

Дегенеративныхъ и трофическихъ чертъ не констатируется.

Внутренніе органы: изслѣдованіе спеціалиста внутренней патологии (пр.-доц. А. П. Лангового) обнаружило только слѣдующее: со стороны желудка, кромѣ чувствительности слененія, ничего ненормальнаго нѣтъ. Боли въ области желудка, на которыя жалуется больная, повидимому, только первое проявленіе припадка. Почки и другіе внутренніе органы—нормальны; въ мочѣ не обнаружено уклоненій отъ нормы; изслѣдованіе на глисты (анализъ экскрементовъ сдѣланъ д-ромъ мед. В. М. Данчаковой 4 дек. 1910 г. за № 2,820) не обнаружило ихъ присутствія, испражненія не содержатъ также и члениковъ глиствъ). Спеціальное изслѣдованіе гинеколога (пр.-доц. Л. Н. Варнекъ) обнаружило: больная *virgo*; поскольку можно было обслѣдовать, констатировано, что *genitalia* не представляютъ уклоненій отъ средней нормы.

Психическая сфера: за время пребыванія въ больницѣ, больная обнаруживала слѣдующія черты: настроеніе ровное, нѣсколько вялое; характеръ довольно мягкій, хотя проявляла

нѣкоторое упрямство; большую часть времени усидчиво читаетъ, съ неохотой отрываясь отъ книги; повидимому, не любитъ общества, хотя не обнаруживаетъ дикости или нелюдимости; уживчива съ другими, капризовъ или колебаній настроенія не обнаруживала; не отмѣчалось и ипохондричности. Интеллектуальная сфера: довольно богато развита, выборъ книгъ съ преобладаніемъ иностранныхъ классиковъ; рѣзкой утомляемости не обнаруживала; память: легко вспоминаетъ давнее, съ большимъ трудомъ ближнее, довольно туго запоминаетъ только-что читанное; разсѣяна. Волевая сфера: нѣкоторое упрямство. Нравственная: взгляды и нравственность средней дѣвушки—гимназистки, не уклоняются отъ нормы; религіозности, видимо, особенной не обнаруживаетъ.

Припадочныя явленія за время пребыванія въ больницѣ (въ извлеченіяхъ изъ дневника больной—регистраціоннаго листа): 2 октября: отправленіе кишечника задержано; метеоризмъ; рѣзкая болѣзненность въ области перехода поперечной кишки въ нисходящую; настроеніе духа пало и угнетенное. 3-го октября: болѣзненность въ указанной области усиливается, 4-го охватила и область верхушки сердца, хотя кишечникъ очистился и настроеніе нѣсколько улучшилось; 5-го октября: больная съ сестрой-медичкой гуляла; вдругъ случился припадокъ: сама больная совершенно не помнитъ, что съ ней было; смутно помнитъ только, что внезапно и очень сильно схваткообразно заболѣло въ области желудка, позывало на низъ и на мочу, что какъ будто кто-то ее удерживалъ. По словамъ сестры: больная вдругъ закричала, „что это я ничего не вижу, что написано“ и побѣжала впередъ; припадокъ скоро пошелъ, больная имѣла силы удержать мочу; придя домой произвольно выпустила большое количество мочи и газовъ. Послѣ припадка боли совершенно прошли, возстановилось хорошее самочувствіе: отмѣчено опять задержанное отправленіе кишечника; спала хорошо. 5-го, въ полдень, вскорѣ послѣ обѣда, среди хорошаго самочувствія сдѣлался припадокъ: вдругъ рѣзко закричала, призывая фельдшерницу, при чемъ оказалось, что она крѣпко держала дверь, какъ бы боясь впустить въ комнату другихъ; можно было понять, что больная чувствуетъ сильную жажду; тотчасъ же—позывъ на мочу, при чемъ выпустила 200 в. с. мочи, одновременно отошли газы: во время припадка отмѣчено: приливъ къ лицу, учащенный, слабоватый

пульсъ, (94) температура послѣ него 36,7; сознание испугнутое, но сохраненное; рефлексы зрачковъ нормальны; припадокъ длился 1—2 минуты, послѣ чего больная уснула; моча, выдѣленная во время припадка, по обследованіи не обнаружила отклоненій отъ обычнаго ея качества. 6-го: среди дневного сна: замѣчено затрудненное замедленное дыханіе, больная проснулась съ позывами на мочу и газы; въ тотъ же день чрезъ 4 часа послѣ описаннаго припадка снова повторился такой же, послѣ чего пало настроеніе духа. 8-го, 9-го, 10-го, 11-го октября у больной отмѣчены явленія: разлитыхъ болей въ животѣ, частый поносъ, температура до 39,1, обложенность языка и вообще явленія остраго энтерита; но припадковъ не было. 12-го, съ утиханіемъ явленій энтерита, отмѣчены: 3 легкихъ припадковъ и 1 большій. 14-го: снова устанавливается запоръ и болѣзненность угла между поперечной и нисходящей кишкой и подложки. 17-го при такомъ самочувствіи ночью среди сна припадокъ: затрудненное дыханіе, клокотаніе въ груди, больная проснулась, руками растирала себѣ грудь и шею; приливъ къ лицу, тошноты не замѣчено; длится 1—1½ мин. Затѣмъ установился періодъ сравнительнаго затишья, съ небольшими припадками. 21-го появились регулы: совпали съ небольшимъ припадкомъ и продолжались до 28 октября. Съ 9-го ноября до 24 отмѣченъ періодъ фурункулеза; за это время припадковъ отмѣчено сравнительно мало; изъ нихъ, большой констатированъ 17-го ноября. 28-го ноября зарегистрированъ, хотя и малый припадокъ, но со слѣдующими явленіями: среди дневного сна, обычнаго типа „легкій“ припадокъ: начался тѣмъ, что больную разбудила острая боль, („какъ электрическій токъ“) отъ желудка къ горлу; затѣмъ позывъ на мочу; длится крайне малое количество времени; во время припадка констатировано: угасаніе зрачковыхъ рефлексовъ и вялость сухожильныхъ. 30-аго ноября днемъ обычный большой припадокъ: внезапно острая боль въ подложечной области, „какъ бы прошелъ токъ отъ желудка до горла и по спинѣ, къ горлу подступилъ клубокъ“, усиленное отдѣленіе слюны; больная, хотя и не теряетъ сознание, но оно оглушено, издаетъ стонущіе звуки, дѣлаетъ безпокойныя движенія; въ концѣ—позывы на мочу и отхожденіе газовъ; во время припадка—вялость всѣхъ

рефлексовъ, пульсъ 90, слабъ, дыханіе 20, лицо ціанотично—пятнистое; длительность 2 минуты.

По отношенію къ діетѣ, отмѣчено, что не наблюдалось зависимости припадочныхъ явленій отъ той или другой группы пищевыхъ средствъ; констатировано только, что смѣшанная средняя питательная діета и правильный пищевой режимъ лучше переносились больной и соотвѣтственно этому дѣйствовали на больную.

Относительно лѣченія: гигиено-профилактическій режимъ и физическое лѣченіе стояли на первомъ планѣ, при чемъ имѣя въ виду воздѣйствіе на общую атонію и на вазомоторы больной, переносилось такое лѣченіе очень хорошо. Относительно лекарственнаго, приходится констатировать слѣдующее: іодистое и іодо-бромистое, видимо, вызывали явленія диспепсіи, не оказывая вліянія на припадочныя явленія; какъ будто, порядочное дѣйствіе оказывало выщелачивающее лѣченіе (щелочные источники и т. п.) и отвлекающее (мушка и т. п.). Но высказаться точно о лѣченіи, въ смыслъ того или другого вліянія его на страданіе больной, понятно, нельзя въ виду только 2-хъ мѣсячнаго пребыванія больной въ больницѣ, этого времени могло быть достаточно только, чтобы діагносцировать страданіе.

Данный случай наводитъ на слѣдующіе выводы: 1) у больной наблюдаются припадочныя явленія съ характеромъ психическихъ эквивалентовъ, чаще въ формѣ малой психической эпилепсіи; 2) при этомъ, отмѣчаются ауральныя явленія, имѣющія какъ будто связь съ желудочно-кишечнымъ трактомъ: вѣчто, сочетанное или напоминающее *globus hystericus* и симптомы острой нейралгіи *plexus solaris*; 3) но, при этомъ никакихъ уклоненій со стороны строенія внутреннихъ органовъ и, въ частности, желудочно-кишечнаго тракта не обнаружено ни въ между припадочномъ состояніи; ни во время—припадочнаго 4) со стороны нервной системы отмѣчены: отсут-

ствіе эпилептической физической или психической дегенерации; рѣзкія явленія вазомоторнаго нейроза; предъ и во время припадка констатирована рѣзкая болѣзненность plexus solaris съ усиленіемъ вазомоторныхъ явленій и съ затуханіемъ нейралгическихъ болей въ послѣ—и-между—припадочномъ состояніяхъ.

Описанный случай, можно трактовать, какъ рефлекторную эпилепсію: приступы нейралгіи plex. sol. съ рефлекторной психической эпилепсіей. За это говоритъ вся клиническая картина, при отсутствіи данныхъ со стороны обѣихъ и внутреннихъ органовъ за эту же рефлекторную натуру страданія говоритъ и отсутствіе въ данномъ случаѣ эпилептической дегенерации, что, сравнительно, скоро является при „генуинной“ (интоксикаціонной и др.) эпилепсіи.

РЕФЕРАТЫ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ.

К Brodmann. Ученіе о сравнительной локализациі въ корѣ большого мозга, представленное на основаніи строенія клѣтокъ. Vergleichende Localisationslehre der Gehirnrinde in ihren Principien dargestellt auf Grund des Zellenbaues. Leipzig (I. A. Barth) 1909. S. 324 mit 150 Abbildungen i. Text.

Даннымъ трудомъ авторъ знакомитъ ученаго читателя съ плодами своей восьмилѣтней работы.

Конечной цѣлью трудовъ автора было основаніе сравнительной органологіи поверхности большого мозга какою ее признавалъ *Th. Meynert*, т. е. обоснованною на анатомическихъ признакахъ. Въ методологическомъ вступленіи, авторъ высказываетъ положеніе; что изъ тѣхъ анатомическихъ элементовъ, о которыхъ идетъ вопросъ, только корковое поле можетъ быть разсматриваемо, какъ принципъ гистологическаго расчлененія коры, а отнюдь не отдѣльные клѣточки, ни отдѣльные волокнистые слои. Между прочимъ *Brodmann* шлетъ по адресу недостаточно разработанной техники упрекъ, обвиняя ее въ томъ, что свѣдѣнія, которыми мы обладаемъ о локализациі, не двинулись впередъ путемъ элементарной или стратиграфической локализациі. Основанная авторомъ топографическая локализациа стремится кору большого мозга раздѣлить на структурныя поля, изъ которыхъ каждое поле представляло бы объемно отграниченный участокъ поверхности полушарія съ особою, ему только свойственною и отличною отъ другихъ участковъ структурою. Эти структурныя участки авторъ наименовалъ *Areae anatomicae*.

Основой для подобнаго расчлененія коры является поперечный срѣзъ ея, въ особенности же изученіе наслоеній, отличающихся значительныя различія областей.

Книгу свою авторъ раздѣлил на три отдѣла.

Первая часть посвящена изслѣдованію клѣточныхъ наслоеній поперечнаго срѣза мозговой коры и ея модификаціямъ

въ ряду млекопитающихъ: именно *сравнительной кортек-
стектоники*.

Вторая часть рассматриваетъ распределе́ние полей на поверхности полушарій у различныхъ млекопитающихъ на основаніи цитоархитектоническихъ различій: сравнительная топографическая локализаци́я коры. Въ третьей, синтетической части, авторъ даетъ опытъ морфологической, физиологической и патологической корковой органологии. Въ первомъ отдѣлѣ авторъ затрагиваетъ вопросы: 1) целлюлярное основное наслоеніе коры; 2) областныя варіаціи въ цитоархитектоникѣ у различныхъ животныхъ.

Касаясь бьющихъ въ глаза противорѣчій въ вопросѣ о числѣ слоевъ въ корѣ человѣка (по даннымъ авторовъ оно колеблется отъ 5 до 9; для другихъ млекопитающихъ даже отъ 3 до 10!) авторъ справедливо относитъ эти разногласія къ незнанію условій фило- и онтогенетическаго развитія равню какъ и сравнительно-анатомическихъ взаимоотношеній. Въ противоположность *Ramon y Cajal* и *Rela Haller* авторъ многіе годы отстаиваетъ положеніе, что въ ряду всѣхъ млекопитающихъ именно шестислойная тектоника есть примитивная, родословная форма наслоеній коры мозга и что эта шестислойность выступаетъ во всѣхъ отрѣзкахъ либо какъ постоянная, либо какъ переходная онтогенетическая стадія эмбриона; она замѣчается даже въ такихъ областяхъ коры, гдѣ она во вполнѣ развитомъ мозгу совершенно исчезаетъ. Всѣ, до сихъ поръ извѣстныя образованія (Formationen) коры головного мозга млекопитающихъ можно свести на шестислойный тектоническій основной типъ за единственнымъ исключеніемъ извѣстныхъ рудиментарныхъ участковъ коры (Rhinencephalon), которые въ объемномъ отношеніи сильно развиты у макросматиковъ; далѣе, гравичація непосредственно съ (Baklen) перекладивой передняя половина и спленіальная корка. Какъ гомогенетическія образованія, авторъ обозначаетъ всѣ корковые участки, которые можно непосредственно произвести отъ шестислойнаго основного типа и въ которыхъ шестислойность является либо постоянной, либо по крайней мѣрѣ обнаруживающейся въ эмбриональной стадіи индивида. У высшихъ млекопитающихъ гомогенетическія образованія занимаютъ почти всю кору большого мозга.

Млекопитающих, у которых до сих пор не удалось доказать шестислойность в эмбриональной стадии, авторъ обозначаетъ какъ гетерогенетическія образования (Formtionen).

Свое положеніе о шестислойномъ основномъ типѣ, авторъ базируетъ на фило и онтогенетическихъ, и на сравнительно анатомическихъ данныхъ, опираясь на *Haeckel'*евскій основной биогенетическій законъ, неопѣнимое значеніе котораго подтверждается изслѣдованіями *Brodmann'a*.

У человѣка только въ концѣ 5-го мѣсяца группируются эмбриональные нейробласти коры путемъ параллельно поверхности расположенныхъ сплоченій, образующихъ слои такимъ образомъ, что сначала дифференцируются болѣе поздне 5-ый и 6 ой слои: первый болѣе свѣтлый и болѣе бѣдный клѣточными элементами, второй, какъ богатая клѣточными элементами полоса.

По истеченіи 6-го мѣсяца, шестислойность вполне сформирована: у человѣка, гетерогенетическія образования (Formtionen) котораго въ высшей степени рудиментарны, шестислойность занимаетъ почти весь корковый покровъ (Rindmantel), а именно: свободную поверхность, какъ и основаніе образующихся бороздъ. Читатель получитъ наглядную картину дифференцировки коры большого мозга, у 6—8 мѣсячнаго человѣческаго эмбриона, если представить кору большого мозга въ разрѣзѣ слоистой, на подобіе луковицы. Каждый изъ этихъ слоевъ состоитъ въ свою очередь изъ попеременно чередующихся плотноклѣточныхъ и разсѣянно-клѣточныхъ тектоническихъ основныхъ слоевъ.

I. Lamina zonalis.

II. Lamina granularis externa.

III. Lamina pyramidalis.

IV. Lamina granularis interna.

V. Lamina ganglionaris.

VI. Lamina multiformis 5.

Не на всѣхъ мѣстахъ поверхности полушарій, шестислойная фаза развивается въ одно и то же время, и не на всѣхъ мѣстахъ она продолжается одно и то же время: нѣкоторые участки отличаются весьма ускореннымъ развитіемъ; опережаютъ, слѣдовательно, въ развитіи остальные корковые участки. (То же самое авторъ доказалъ въ фибриллогеніи). Мѣстами шестислойная стадія въ процессѣ дифферен-

цировки представляется временно такъ сплоченной, что съ трудомъ наличность ея удается доказать (онтогенетическая акцеллерація *Haeckel*). Быть можетъ, сюда относится и такая кора, которая авторомъ обозначается какъ гетерогенетическая; но весьма возможно, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ крайней онтогенетической акцеллераціей (*Acceleration*), которая ведетъ къ полному подавленію характерныхъ образовательныхъ формъ даннаго органа. (*Bildungsformen*) въ теченіе его развитія. Подобныя гетерогенетическія образованія представляютъ случаи дефектныхъ гомологій въ смыслѣ *Gegenbauer*'а. Процессы преобразованія, ведущіе къ увеличенному или къ уменьшенному числу слоевъ наступаютъ у человѣка лишь въ началѣ 7-го мѣсяца. Въ сущности, различаютъ два различныхъ процесса, распространение которыхъ у человѣка, какъ и у другихъ изслѣдованныхъ животныхъ, удается рѣзко разграничить: 1) процессъ, ведущій къ уменьшенію числа слоевъ, регрессъ отдѣльныхъ слоевъ; 2) одностороннее разростаніе отдѣльныхъ слоевъ путемъ дѣленія или расщепленія основныхъ слоевъ, приводящей къ увеличенію числа слоевъ. Къ первому процессу авторъ относитъ агранулярные типы коры (потеря внутреннихъ ядеръ въ теченіе процесса созрѣванія), преимущественно „двигательную“ кору авторовъ, (*Riesenpyramidentypus*); ко второму „зрительную“ кору авторовъ (*Calcarinatypus*). Такіе же дифференцирующие принципы автору удалось указать, кромѣ человѣка, на мозгахъ хищниковъ и двуутробокъ. Въ дальнѣйшемъ, авторъ становится на сравительно-анатомическую точку зрѣнія. Пользуясь сравнительно-анатомическимъ методомъ, *Brodmann* окончательно выясняетъ столь неясный до сихъ поръ вопросъ о числѣ слоевъ въ мозговой корѣ у нѣкоторыхъ отрядовъ животныхъ. Изслѣдованія *Ramon y Cajal*'а и *Haller*'а мозга ¹⁾. *Monotremata* и *Marsupialia*, *Chiroptera* и *Rodentia* ¹⁾ говорятъ о болѣе простомъ устройствѣ коры ихъ мозга и о меньшемъ количествѣ въ ней слоевъ. Изслѣдованія *Brodmann*'а вполне опровергаютъ данныя названныхъ авторовъ: въ мозгу названныхъ группъ выраженъ тотъ же шестислойный, основной принципъ, свойственный и мозгу высшихъ млекопитающихъ. Конечно, въ ряду предковъ должны были находиться прими-

¹⁾ Однопроходныя, сумчатые, рукокрылые, грызуны.

тивныя состоянія архитектоники мозговой коры, такъ напр., такая архитектоника мозга, въ основѣ которой лежалъ бы трехъ,—двухъ—и однослойный принципъ; но среди изслѣдованныхъ авторомъ и его предшественниками животныхъ не находится такихъ, мозгъ которыхъ остановился бы на организаціонной ступени организаціи этихъ гипотетическихъ предковъ. Данныя же, говорящія о меньшемъ числѣ слоевъ въ корѣ мозга, не говорятъ ничего о болѣе древнемъ филогенетическомъ состояніи его; они—говорятъ о вторичномъ преобразованіи; выводъ этотъ вполне ясенъ изъ недостаточно изслѣдованной *Ramon y Cajal*'емъ и *Haller*'омъ онтогеніи спорной корковой области, слѣдовательно, мы сталкиваемся съ типичной имитаторной гомологіей въ смыслѣ *Fürbringer*'а именно: гетеротипическія области (*Arlae*) имитаторно гомологичны стадіи, пройденной въ филогеніи гипотетической трехслойной коры и дефективно гомологичны по отношенію къ шестислойному типу.

На такихъ именно вторичныхъ преобразованіяхъ основывается, какъ увидимъ, дальнѣйшая дифференцировка структуры коры и нѣтъ сомнѣній, что корковые типы съ отсутствующей шестислойностью, именно такъ наз. агранулярныя формы, (*Formationen*), свойственныя высшимъ млекопитающимъ, встрѣчаются не менѣе часто и отвѣчаютъ формамъ высшаго порядка. (*Primata et Prosimii*). Вслѣдствіе регресса внутренняго ядернаго слоя—формы эти не обладаютъ въ сформировавшемся состояніи шестислойностью; онѣ агранулярны.

На большомъ количествѣ примѣровъ, взятыхъ изъ ряда млекопитающихъ, авторъ подробно излагаетъ общіе законы измѣнчивости клѣтотнаго построения коры большого мозга. Эта измѣнчивость основывается съ одной стороны на слияніи отдѣльныхъ первичныхъ слоевъ, съ другой стороны—на отщепленіи и на дифференцировкѣ первичныхъ слоевъ изъ основнаго или элементарнаго слоя, въ третьихъ, на незначительныхъ измѣненіяхъ ширины слоевъ, на количествѣ клѣтокъ, на ихъ величинѣ и ихъ формѣ. Сравнительное изслѣдованіе отдѣльныхъ слоевъ показываетъ, что одни изъ основныхъ слоевъ весьма постоянны и неизмѣнчивы, другіе же весьма непостоянны и измѣнчивы. Слои, измѣняющіеся у человека лишь незначительно въ областномъ отношеніи (*regionäre Variabilität*) въ большинствѣ случаевъ измѣняются въ

такомъ же отношеніи и у другихъ млекопитающихъ; слои, подвергающіеся у человѣка значительнымъ мѣстнымъ преобразованиямъ, обнаруживаютъ большую измѣнчивость и въ ряду млекопитающихъ

Наиболѣе постоянные слои суть: *Lamina zonalis* и *Lamina multiformis*; слѣдовательно I-ой и VI слой основного типа. Они на лицо у всѣхъ млекопитающихъ и находятся также въ обортивно развитыхъ образованияхъ *Gyri cinguli* и коры Аммонова рога; измѣненіе ихъ клѣточного строенія колеблется въ болѣе узкихъ границахъ, — чѣмъ клѣточное строеніе всѣхъ прочихъ основныхъ слоевъ. Самыми непостоянными слоями слѣдуетъ признать *Lamina granularis externa* и *Lamina granularis interna*, т. е., II и IV слой основного типа — ядерные слои Meynert'a. Они обнаруживаютъ столь значительную сравнительно-анатомическую измѣнчивость въ ихъ примитивномъ тектоническомъ характерѣ (исчезновеніе и удвоеніе слоевъ), что съ большимъ трудомъ удается узнать ихъ связь съ основной формой.

Дифференцирующія преобразования, ведущія къ образованію множественности структурныхъ тканевыхъ участковъ, слѣдовательно, къ образованію цѣлаго комплекса органовъ изъ первичной, однородной массы, совершаются съ ограниченіемъ мѣста; на линіи ихъ прикосновенія рѣзко выдѣляется черта между двумя различными структурными образованиями.

Въ пространственномъ отношеніи происходятъ тектоническія измѣнчивости въ поперечникѣ коры лишь постепенно, такъ что рѣзкихъ границъ не существуетъ.

Ни одинъ изъ вышеприведенныхъ факторовъ измѣнчивости слоистаго строенія коры большого мозга, не можетъ самъ по себѣ быть импульсомъ для образованія новыхъ структурныхъ формъ. Всегда такихъ факторовъ нѣсколько налицо. Вѣское значеніе имѣетъ тотъ общій законъ, вытекающій изъ работъ автора: „въ томъ мѣстѣ коры большого мозга, гдѣ отмѣчаются индивидуальныя формы клѣтокъ, тамъ всегда модифицируется извѣстнымъ образомъ и тектоника слоистости коркового поперечника и наоборотъ, гдѣ измѣняется общая тектоническая картина коры, тамъ всегда удается обнаружить измѣненія въ морфологическомъ гистологическомъ соотношеніи отдѣльныхъ клѣточныхъ элементовъ“.

Въ третьей главѣ книги, авторъ касается особенностей целлулярной тектоники, присущей мозговой корѣ отдѣльныхъ млекопитающихъ. Независимо отъ свойственнаго всѣмъ основнаго генетическаго плана и законовъ по которымъ совершается дальнѣйшее развитіе, особенности эти придаютъ строенію мозга каждой группы животныхъ вполне опредѣленный характеръ. Различныя измѣнчивости формы состоятъ, во первыхъ: въ измѣнчивости структуры, въ картинѣ поперечника всей корковой поверхности; во вторыхъ, въ специфическихъ преобразованіяхъ отдѣльныхъ слоевъ у извѣстныхъ животныхъ; въ третьихъ въ своеобразной тектоникѣ отдѣльныхъ корковыхъ полей у извѣстнаго рода или вида.

Въ относительной ширинѣ коры не существуетъ законности, идущей параллельно ступени, занимаемой даннымъ животнымъ въ систематикѣ. По даннымъ автора, средняя ширина коры какого-либо даннаго мозга зависитъ до извѣстной степени, скорѣе отъ величины тѣла самаго животнаго, чѣмъ отъ объема и вѣса его мозга и отъ занимаемаго имъ мѣста въ зоогеніи.

Изъ двухъ видовъ одного и того же семейства или одного и того же разряда, тотъ изъ нихъ обладаетъ абсолютно меньшей шириной коры, который обладаетъ меньшимъ объемомъ мозга и который есть наименьшая форма среди вида.

Но такъ какъ суженіе коры не пропорціонально уменьшенію вѣса мозга, resp. объема всего тѣла, то и меньшія животныя обладаютъ относительно болѣе широкой мозговой корой. Данныя эти оправдываютъ заключеніе что въ отношеніяхъ мозговой массы къ ширинѣ коры мозга вопросъ идетъ объ извѣстныхъ наружныхъ факторахъ, исключая совершенно болѣе глубокое филогенетическое ихъ значеніе. Но о томъ, что кора высшихъ животныхъ уже чѣмъ кора низшихъ (*Käs*) не можетъ быть и рѣчи. Гораздо запутаннѣе отношенія величины клѣтокъ коры принадлежащихъ къ различнымъ родамъ животныхъ. Между величиной корковыхъ клѣтокъ не удастся установить никакаго отношенія. Единственныя изъ клѣтокъ, которыя всегда поддаются опредѣленію, это гигантскія клѣтки *Beetz*'а, благодаря своей гомологичности. Лишь въ общихъ чертахъ можно высказать мнѣніе, что среди приматовъ—только семейство ¹⁾. *Naralidae*, затѣмъ рукокрылыя и грызуны

¹⁾ Семейство маленькихъ южно-американскихъ обезьянъ—(игрунговія).

обладают корковыми элементами весьма малаго размѣра.

Съ другой стороны отличаются всѣ остальные приматы прозимии, плотоядныя и копытныя настоящими гигантскими клѣтками расположенными въ центрѣ отграниченнаго участка. Относительно теоріи, касающихся абсолютной величины клѣтокъ *Betz'a* и ихъ соматическихъ отношеній, авторъ говоритъ, что ни одна изъ теорій не отвѣчаетъ истинѣ. Одинъ изъ намъ еще не извѣстныхъ факторовъ (т. е. его величина) кроется по всей вѣроятности, въ специфически индифферентномъ числѣ интракорткальныхъ плазматическихъ анастомозахъ данныхъ клѣтокъ, выражаясь физиологически факторъ этотъ кроется въ тонкости моторныхъ координацій и ассоціацій какъ и въ двигательной энергіи, каторую эти элементы возбуждаютъ. Авторъ держится понятія *Fürbringer'a*, что дѣйствующимъ началомъ является не отдѣльный принципъ, а извѣстный комплексъ принциповъ морфологической и физиологической природы: величина тѣла животнаго, объемъ мускуловъ, и т. д.

Не иначе обстоитъ вопросъ о специфическомъ количествѣ клѣтокъ. Различія, существующія между гомологичными корковыми типами филогенетически отдаленнѣйшихъ видовъ меньше, нежели различія, находимыя въ наиболѣе дифференцированныхъ корковыхъ типахъ одного и того же вида. Если исключить тѣ типы, гомологичность которыхъ не вполне опредѣлена, то и тогда въ количествѣ клѣтокъ (*Zellenreichtum*) не подмѣчается никакой закономерности, а потому попытка дѣлать заключеніе о степени организаціи мозга на основаніи большей или меньшей густоты въ расположеніи клѣтокъ (*Zelldichte*) авторъ считаетъ неудачной. И въ данномъ случаѣ,—наиболѣе выдающуюся роль, какъ образовательнаго фактора, играетъ дифференцировка задачъ, функцій даннаго иннерваціоннаго участка на ряду съ распространеніемъ иннерваціонной области, съ размѣромъ движенія (*Bewegungsumfang*) величиной тѣла въ особенности же главная роль состоитъ въ количествѣ интрацеребральныхъ проводныхъ соединеніяхъ. Отдѣльные основные слои подвергаются въ ряду млекопитающихъ большой измѣнчивости. Что касается специальной тектоники отдѣльныхъ формъ коры, въ особенности гетерогенетическихъ формъ ея, то у большинства млекопитающихъ возможно установить специфическіе признаки для отдѣльныхъ

семействъ. Плотоядные, въ особенности нѣкоторыя семейства кошечъ *Felidae* и семейство медвѣдей *ursidae* обладаютъ весьма специфическимъ развитіемъ гигантскаго пирамидальнаго типа (*Riesenpyramidentypus*). Такое же развитіе представляетъ гигантскій пирамидный типъ у человѣка и большихъ полуобезьянъ—*Lemur et Indris*. Съ другой стороны, полуобезьяны обладаютъ имъ лишь свойственнымъ зачаткомъ *calcarinatypus*, который служитъ признакомъ мозга обезьянъ. Между полуобезьянами встрѣчаются семейства, какъ *Sebus*, у которыхъ типъ этотъ является, какъ результатъ дифференцировки въ одностороннемъ направленіи. Своеобразное преобразование *Calcarinatypus*, отличающееся отъ типа другихъ отрядовъ, встрѣчается и у плотоядныхъ, и у копытныхъ.

У многихъ высшихъ обезьянъ и полуобезьянъ *Tyrus praerarietalis* является подобнымъ образомъ дифференціально развитымъ. Кроликъ, въ меньшей степени мелкіе грызуны, далѣе плотоядные рукокрылыя *Macrochiropterae* изъ плотоядныхъ куница (*Mustela*), изъ которыхъ, насколько они изслѣдованы, свинья (*Sus*), косуля (*Capra*), оленьки (*Tragulus*), обладаютъ чрезвычайно характерной дифференцировкой *Regio retrólimbica*. У сумчатыхъ кенгуру *Macropus* и *Phalangista* клетулярное строеніе коры вообще, какъ и строеніе отдѣльныхъ ея тектоническихъ типовъ, тоже представляетъ особенности, отличныя отъ строенія коры другихъ подотрядовъ сумчатыхъ. Однопроходнымъ, эхиднамъ (*Echidna*), тоже свойственно своеобразное строеніе коры.

Во второмъ отдѣлѣ своей книги авторъ даетъ основы сравнительнаго расчлененія поверхности коры большого мозга на поля, базируя это расчлененіе на вышеприведенныхъ принципахъ. (*Landkartentapographie*) вмѣстѣ съ тѣмъ авторъ составляетъ топографическія карты локализаций мозга различныхъ группъ млекопитающихъ, какъ-то: человѣка, высшихъ обезьянъ, полуобезьянъ, грызуновъ и ежа. Кромѣ того, авторъ даетъ наглядную картину соответствій и различій этихъ расчлененій. Является слѣдующій вопросъ: существуетъ ли соответствіе или сходство въ топографическомъ расчлененіи поверхности коры различныхъ отрядовъ млекопитающихъ, другими словами—подчиняется ли расчлененіе поверхности коры на соответствующія другъ другу участки извѣстному общему

закону или же слѣдуетъ признать особый топографическій принципъ расчлененія для каждаго вида. Въ чемъ состоятъ эти соотвѣтствія и уклоненія полевого расчлененія коры различныхъ видовъ. Существуютъ ли постоянныя и непостоянныя поля и какъ измѣняются первыя въ своей формѣ, величинѣ, мѣстоположенію у отдѣльныхъ родовъ и видовъ.

Данныя изслѣдованій показали, что въ принципѣ у всѣхъ изслѣдованныхъ животныхъ, существуетъ значительное соотвѣтствіе въ отношеніи топографической локализациі коры, но что, не смотря на это сходство въ основныхъ чертахъ, у родственныхъ видовъ встрѣчаются значительныя уклоненія въ расчлененіи корковой поверхности. Такимъ путемъ мы доходимъ до распознаванія постоянныхъ и непостоянныхъ признаковъ цитоархитектонической топографіи коры въ рядѣ млекопитающихъ.

Принципъ въ различной степени выраженной сегментациі есть основная черта полевого расчлененія коры большого мозга во всѣхъ отрядахъ млекопитающихъ. Поверхность коры распадается на большое количество отграниченныхъ структурныхъ зонъ, слѣдующихъ другъ за другомъ въ орально-каудальномъ направленіи, что однако не указываетъ на болѣе тѣсное родство съ метамерными сегментами спинного мозга, у лисэнцефальныхъ животныхъ это сегментальное расчлененіе мозга выступаетъ со схематической ясностью; у гиранцефальныхъ расчлененіе это менѣе вырисовывается вслѣдствіе крайней дифференцировки отдѣльныхъ областей, отщепленія подразрядныхъ полей и т. д., Сходное дѣйствіе оказываетъ обратное развитіе отдѣльныхъ корковыхъ областей или же ихъ остановка на весьма низкой ступени развитія.

Что касается главныхъ областей коры, которыя удается прослѣдить черезъ всѣ ступени млекопитающихъ, то слѣдуетъ отмѣтить самое существенное: прецентральная главная область, отличающаяся отсутствіемъ внутренняго ядернаго слоя и большой шириной коры, обнимающая *area gigantopyramidalis area frontalis agranularis*, развита въ ряду млекопитающихъ такимъ образомъ, что наибольшее развитіе она достигаетъ у человѣка; это развитіе, однако, относительно; въ сравненіи со всей корковой поверхностью человѣческаго мозга она всетаки наименѣе развита.

Если прослѣдить животныхъ по нисходящей зоологической лѣстницѣ, то увидимъ, что размѣры этой корковой области увеличиваются, а не уменьшаются, хотя для этого явления еще не найдена закономѣрность его объясняющая.

Менѣе постоянна гранулярная, фронтальная, главная область. Существованіе ея совершенно нельзя доказать у животныхъ, находящихся на примитивныхъ ступеняхъ организациі: насѣкомоядныхъ, мелкія рукокрылыя (*Microchiroptera*), грызуны, (*Rodentia*). Прецентральная главная область занимаетъ и здѣсь заднюю часть фронтальныхъ допастей. Но все же и эта область есть одна изъ наиболѣе измѣчивыхъ корковыхъ областей. У человѣка она занимаетъ наибольшую часть лобной части мозга. Она раздѣлена на 9 отличающихся другъ отъ друга полей. У низко организованныхъ обезьянъ фронтальная гранулярная главная область сильно редуцирована. У нихъ она размѣрами не превосходитъ прецентральную область, гдѣ только 4—5 полей дифференцирована. У лемуридовъ она меньше прецентральной коры и расчленена лишь на три области. Еще меньше протяженіе фронтальной коры ¹⁾ у *Cercoleptes caudivalvus*; здѣсь она состоитъ изъ одной единственной области. Схожія отношенія существуютъ у копытныхъ и ластоногихъ. Въ лобномъ мозгу (*Stirnhirn*) прочихъ млекопитающихъ, исключая нѣкоторыхъ сумчатыхъ и ехидну, нѣтъ и слѣда гранулярнаго образованія. Слѣдовательно, размѣры и дифференцировка гранулярно построенной лобной части мозга уменьшаются по мѣрѣ нисхожденія внизъ по зоологической лѣстницѣ, начиная отъ человѣка.

Обратное отношеніе въ участіи всей коры, какъ и во фронтальной корѣ представляетъ моторная, агранулярная, прецентральная кора (поле 4 + 6) у наивыше организованныхъ млекопитающихъ, особенно у человѣка; участіе это гораздо меньше, нежели у нисшихъ приматовъ. У полуобезьянъ, обезьянъ и у человѣка центры, болѣе высокаго значенія, пріобрѣтали постепенно въ количественномъ отношеніи перевѣсъ надъ центрами, стоящими въ тѣснѣйшихъ отношеніяхъ

¹⁾ Цѣпкохвостый медвѣдь, живущій въ Америкѣ и составляющій, по мнѣнію многихъ изслѣдователей, переходную форму къ виверамъ

съ двигательными функциями. Данные эти отвѣчаютъ клиническимъ и сравнительно-физиологическимъ наблюденіямъ.

У мелкихъ грызуновъ, у насѣкомоядныхъ и рукокрылыхъ постцентральная и паріетальная главная области почти совершенно слились; у *Cercoleptes*, полуобезьяны, обезьяны и у человека обѣ эти области рѣзко отграничены другъ отъ друга. Въ паріетальной главной области въ свою очередь замѣтно нѣсколько различныхъ *areae*. Но во всемъ ряду млекопитающихъ граничить сзади, съ агранулярной *regio praesentralis*, безъ постепеннаго перехода, постцентральная область, отличающаяся ясно и плотно построеннымъ ядернымъ слоемъ. Въ этомъ то и найденъ вѣскій и постоянный признакъ областного расчлененія коры.

Наиболѣе постоянной является несомнѣнно образованіе островной главной области. Она характеризуется сформированіемъ особеннаго нижняго клѣточного слоя *claustrum*, отдѣлившагося отъ *Lamina multiformis*. *Claustrum* налицо во всѣхъ изслѣдованныхъ мозгахъ. Его распространеніе и положеніе колеблется въ значительныхъ предѣлахъ, о которыхъ я говорить не буду. Что касается отношенія прочихъ главныхъ областей и постоянства отдѣльныхъ полей, то отсылаю читателя къ оригиналу. Слѣдуетъ указать лишь на то, что къ абсолютно постояннымъ полямъ по большей части присоединяются такіе типы, наслоенія которыхъ перетерпѣли специфическое измѣненіе въ основномъ ихъ типѣ. Рѣчь идетъ, слѣдовательно, о гетеротипическихъ и гетерогенетическихъ образованіяхъ автора.

Въ заключительной главѣ своей книги авторъ разсматриваетъ разновидности полевого расчлененія коры. Слѣдуетъ отмѣтить несомнѣнное доказательство кортикальныхъ новопріобрѣтеній, какъ регрессивныхъ преобразованій, слѣдовательно, катапластическихъ корковыхъ органовъ (*Haackel*).

Третья часть книги есть часть синтетическая; въ ней авторъ удачно даетъ основы для морфологической, физиологической и патологической органологіи коры.

Существеннымъ образомъ работамъ автора мы обязаны познаніемъ того, что кора большого мозга представляетъ систему органовъ, въ которой гистологическая специфичность такъ разработана, какъ едва ли въ какой-либо другой системѣ

органовъ и по числу продуктовъ дифференцировки, и по рѣзкости ихъ разграниченія.

На данныхъ, что у всѣхъ млекопитающихъ неизмѣнно встрѣчаются на опредѣленныхъ точкахъ поверхности полушарій и вполне опредѣленные, съ характерной структурой, слоистыя образованія, зиждется учение о гомологіи коры большого мозга. Мы различаемъ гомогенетическую и гетерогенетическую кору. Первая представляетъ картину шестислойнаго тектогенетическаго основнаго типа, который она удерживаетъ или въ теченіе всей жизни (гомотипическія области), или же только за періодъ развитія. Последняя уклоняется съ самаго ранняго періода эмбриональнаго развитія. Шестислойный основный типъ никогда не удается обнаружить.

Здесь относится *Cortex primitivus*—(*Bulbus olfactorius*, *tuberculum olfactorium*, *substantia perforata anterior* и *Nucleus amygdalae*), отличающійся несравнимою съ остальной корой слоистостью; далѣе—*Cortex rudimentarius*, въ которой замѣтно начало извѣстныхъ слоевъ, межъ тѣмъ какъ единичные основныя слои филогенетически болѣе молодой гомогенетической коры (I и IV) являются лишь рудиментарно развитыми (*Hippocampus*, *Fascia dentata*, *subiculum*, *Indusium griseum*, *Septum pellucidum*, и *Area praeterterminalis*); наконецъ, третья—которую, однако, не слѣдуетъ смѣшивать съ гомогенетической *Area striata*, наиболѣе прогрессивная гетерогенетическая дифференцировка *Cortex striatus*, обнаруживающая въ большинствѣ случаевъ I, V и VI основныя слои гомогенетической коры и достигшая путемъ вторичной дальнѣйшей дифференцировки значительнаго развитія, а путемъ отщепленія подслоевъ (*Unterschichten*) гораздо большаго расчлененія, чѣмъ нѣкоторыя гомогенетическія формации. Типичныя *Cortex striati* суть *Area entorhinalis*, *perirhinalis*, *praepyrgiformis*, *praesubicularis*, *retrosubicularis* и по всей вѣроятности, *Area ectosplenialis*.

Изъ всего изложеннаго вытекаетъ, что гетерогенетическая кора почти исключительно принадлежит *Rhinencephalon* или *Archipallium* морфологовъ, а гомогенетическая принадлежитъ *Neopallium*.

Принципъ дувургентнаго развитія гомологичныхъ частей обуславливаетъ рѣзко выраженный характеръ специальной тектоники извѣстныхъ корковыхъ областей по которымъ можно

безошибочно опредѣлить извѣстныя группы животныхъ. Далѣе авторъ приводитъ случаи специальныхъ гомологій (*Gegenbauer*) знакомящихъ со сравнительной органологіей коры. Согласно *Gegenbauer*'у онъ дѣлаетъ различіе между полной и неполной гомологіей. Примѣромъ первой служитъ *Regio hippocampi* почти во всемъ роду млекопитающихъ. Примѣры неполной гомологіи, какъ дефективной, такъ и аугментативной, читатель найдетъ въ VI главѣ книги, посвященной *Loufocys* о существенныхъ различіяхъ полевого расчлененія коры. Также найдутся примѣры въ корѣ и для имитаторной гомологіи (*Fürbringer*).

Обсуждая проблему образованія органовъ, авторъ приходитъ къ заключенію: слоистая кора дифференцируется изъ однороднаго, всѣмъ млекопитающимъ свойственнаго зачатка примитивной неслойной корковой пластинки. Въ ней происходятъ путемъ мѣстныхъ, неоднородныхъ процессовъ дифференцированія, многочисленныя и широкозахватывающія структурныя модификаціи. Наконецъ, появляется обособленіе тканевыхъ комплексовъ, которые хорошо отграничены другъ отъ друга, обладаютъ однородной структурой и снабжены соответственной функціей, слѣдовательно совершенно соответствуютъ понятію органа.

Кора большого мозга представляетъ собою комплексъ органовъ. Итакъ, *Brodmann*'у удалось доказать общій всѣмъ млекопитающимъ тектогенетическій шестислойный корковый типъ шестислойной первичной коры, что говоритъ ясно объ общемъ происхожденіи, по крайней мѣрѣ неопалліальной *Gesamtcortex* и о монофилетическомъ происхожденіи всѣхъ млекопитающихъ.

Что касается человѣка, то результаты ученія о локализациі требуютъ ограниченія даже самимъ *Haackel*'емъ не для всѣхъ органовъ привимаемаго питекометрическаго положенія. Конечно, человѣческую кору надо производить отъ общаго корня съ остальными млекопитающими; и, отрѣшаясь отъ другихъ корковыхъ ланныхъ, изслѣдованія мозга оранго утанга и сравненіе строенія его слоевъ со строеніемъ молодого человѣческаго мозга показали автору со всей очевидностью, что человѣкъ, въ тектоникѣ своей коры, какъ и въ топографическомъ расчлененіи полей, стоитъ ближе къ обезьянамъ, специально къ антроподамъ, чѣмъ къ какому-либо другому мле-

копитающему. Но какъ въ развитіи поверхностей, въ массѣ всего органа, во внутренней структурѣ и въ расчлененіи находятся различія, которыя ставятъ человѣка въ особое положеніе. Поверхность всего коркового ареала чрезвычайно превосходитъ у человѣка такую же поверхность высшихъ антропоидовъ. Также по новѣйшимъ, совершенно точнымъ измѣреніямъ *Henneberg*'а поверхности человѣческой коры (110000 mm^2) по *Henneberg*'у, по измѣреніямъ *Wagner*'а въ 1864 году между 187000 и 291000 mm^2), кора оранга (*Wagner*: 50000 mm^2), кора *Macacus* (*Wagner*: 30000 mm^2), относятся другъ къ другу какъ $11:5:3$, слѣдовательно, существенно иначе, чѣмъ это требуется питекометрическимъ положеніемъ. Еще неблагоприятнѣе долженъ быть результатъ сравнительнаго измѣренія корковой поверхности для ученія Гексли въ томъ случаѣ, если употребленіе очень точной *Henneberg*'овской техники изслѣдованія должно показать относительно мозга оранга и *Macacus*, что также и для нихъ *Wagner*'овскія числа должны быть приблизительно удвоены. Еще болѣе отношеніе между человѣкомъ, антропоидами и церконитазидами измѣняется неблагоприятно для питекометрическаго положенія, если сравнивать всю корковую массу, топографическое расчлененіе коры, а также и внутреннее тончайшее строеніе на поперечныхъ срѣзахъ. Въ числѣ цитоархитектоническихъ полей, напр., орангъ приближается поразительнымъ образомъ къ нисшимъ гиренцефальнымъ обезьянамъ. По отношенію къ нимъ орангъ отличается въ весьма слабой степени, между тѣмъ какъ человѣческой мозгъ обнаруживаетъ почти двойное число (50) хорошо ограниченныхъ ареаловъ.

Антропологически имѣютъ значеніе изслѣдованія автора надъ *Nerago* и готтентатами, по которымъ нисшія рассы, (кромѣ названныхъ—египтяне, яванцы) предсавляютъ въ *Area striata*, локализаторныя отношенія, которыя существенно отличаются отъ европейскаго мозга, поэтому, конечно, эти мозги ставятся въ болѣшую близость къ антропоидному мозгу (орангъ).

Обѣ заключительныя главы книги касаются локализаціи и гистопатологіи и опыта физиологической корковой органологіи. Для значительнаго числа гистопатологическихъ вопросовъ коры большого мозга, локализація представляетъ самое

надежное основаніе, какъ напр., показываютъ многіе случаи Huntington'овской хорей. При этомъ хроническомъ наслѣдственномъ заболѣваніи обнаруживается чрезвычайное развитіе именно внутренняго зернистаго слоя, напоминающее молодыя стадіи коры, богатая мелкими нейробластообразными гранулярными элементами, что можетъ быть объяснено только какъ *vitium primae formationis* или какъ задержка въ развитіи всей коры большого мозга. Именно на этомъ основаніи должно въ будущемъ требовать, чтобы при изученіи патологическихъ измѣненій постоянно дѣлалось сравненіе съ нормальнымъ строеніемъ абсолютно идентичныхъ мѣстъ коры, по показанію автора, анатомическую и физиологическую локализацию слѣдуетъ объединить. Даже въ спеціальной локализациі отдѣльныхъ центровъ возможно согласованіе. Физиологическіе взгляды должны подвергнуться корректурѣ со стороны неоспоримыхъ анатомическихъ фактовъ, при этомъ, для большинства корковыхъ областей, расчлененныхъ на гистологически обособленные органы, совершенно отсутствуютъ физиологическіе опыты надъ локализацией. Здѣсь представляется для физиологіи широкое поле изслѣдованія, если она изберетъ планомъ работы новыя анатомическія свѣдѣнія по локализациі.

О. І. Никифорова.

Ф И З И О Л О Г И Я.

С. Михайловъ. Къ вопросу о развитіи двигательныхъ центровъ коры головного мозга новорожденныхъ. Врач. Вѣстникъ № 6—7, 1910 г.

На основаніи своихъ опытовъ на щенкахъ и морскихъ свинкахъ авторъ дѣлаетъ выводы: 1) Мозговая кора новорожденныхъ щенковъ въ первые же часы по роженіи оказывается возбудимою электрическимъ токомъ, при чемъ возбуждается лишь небольшое число двигательныхъ центровъ. 2) Необходимая сила тока по мѣрѣ роста животнаго постепенно уменьшается, при чемъ центры въ послѣдующіе дни доразвиваются и число ихъ постепенно увеличивается. 3) Отличіе новорожденныхъ отъ взрослыхъ животныхъ того же вида въ отношеніи двигательныхъ центровъ, кромѣ ихъ численнаго недоразвитія, заключается въ томъ, что 1) у новорожденныхъ щенковъ не удается вызвать клоническихъ и тоническихъ

судорогъ, 2) при раздраженіи отдѣльныхъ точекъ получается общій двигательный эффектъ, тогда какъ у взрослыхъ при тѣхъ же условіяхъ вызываются болѣе частыя, дифференцированные и отдѣльныя движенія.

Баклушинскій.

НЕРВНЫЯ БОЛѢЗНИ.

Прив.-доц. Преображенскій. Объ остромъ энцефалитѣ. Мед. обозр. 1910, № 21.

Въ современныхъ работахъ или совсѣмъ не упоминается о существованіи острого (негеморрагическаго) энцефалита, или о немъ упоминается вскользь, какъ о чѣмъ-то малоизвѣстномъ, сомнительномъ, а иногда какъ о вторичномъ процессѣ при различнаго рода воспаленіяхъ мягкой оболочки. Автору удалось прослѣдить четыре случая такого энцефалита, наличие котораго доказывается имъ макро и микроскопическими изслѣдованіями *post mortem*. Онъ подробно описываетъ какъ симптоматологію заболѣванія, такъ и патологическія измѣненія въ корѣ головного мозга при немъ.

Баклушинскій.

К. М. Танашевъ. Парадоксальныя движенія верхняго вѣка при параличѣ глазодвигательнаго нерва (симптомъ Pseudo-Graefe). Труды и проток. Имп. Кавк. общ. апрѣль—октябрь 1910.

Симптомъ Graefe заключается въ томъ, что вѣко опускается неудовлетворительно при опусканіи взора, иногда даже наблюдается при этомъ судорожное, продолжающееся моментъ, движеніе кверху, при поднятіи же взора, поднимается преувеличенно энергично. При параличѣ *n. oculomotorii* наблюдается такое явленіе, что вѣко пораженнаго глаза 1) не слѣдуетъ за движеніемъ глаза внизъ или 2) дѣлаетъ при этомъ движеніе какъ разъ противоположное ожидаемому. Это явленіе носитъ названіе феномена Pseudo-Graefe. Авторъ демонстрируетъ случай паралича *n. oculomotorii* при цѣлости *n. trochlearis* и *abducentis*. Здѣсь симптомъ Pseudo-Graefe особенно ясенъ при взглядѣ налѣво (*m. rect. int.*), внизъ (*m. rect. int. + obliq. sup.*), налѣво внизъ *rect. int. et obliq. sup.*): *ptosis* при указанныхъ положеніяхъ глаза исчезалъ совершенно безъ помощи *m. frontalis*. Это явленіе авторъ объясняетъ тѣмъ, что при процессѣ выздоровливанія, при регенерациі нерва, нервныя волокна, такъ сказать, ошибаются дорогой и попадаютъ не къ своему мускулу (въ данномъ случаѣ *rect. inf. и rect. inter.*), а къ другому (*m. levator.*—въ данномъ случаѣ).

И. Баклушинскій.

Пирадовъ. Къ вопросу о современномъ ученіи о Вазедовой болѣзни и ея леченіи. Труды и проток. И. Кавказ. м. общ. февраль—апрѣль 1910 г.

Изложивъ вкратцѣ исторію ученія о происхожденіи, сущности и леченіи morb. Basedowі, авторъ на основаніи литературныхъ данныхъ и собственнаго опыта приходитъ въ выводъ, что сущность болѣзни заключается въ гиперсекреціи железы (гипертиреоидизаціи) и леченіе ея должно сводиться въ нейтрализаціи избытка секрета. На этомъ основана серотерапія Базедовой болѣзни. Здѣсь рекомендуется Antithyreoidin (сыворотка тиреоидектонированныхъ барановъ) и молоко козъ, у которыхъ предварительно вырѣзана железа. Послѣдній методъ леченія употребляется авторомъ, который очень доволенъ имъ.

И. Баклушинскій.

П С И Х И А Т Р І Я.

V. Kafka. Полинуклеозъ церебро-спинальной жидкости при прогрессивномъ параличѣ. Ueber die Polynucleose im cerebrospinalis bei der progressiven Paralyse. Zeitschr. für die gesamt. Neurol. u. Psych. Bd. I, S. 468, 1910.

Авторомъ было произведено болѣе 450 изслѣдованій цереброспинальной жидкости у прогрессивныхъ паралитиковъ; полученные имъ результаты онъ резюмируетъ въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) Нерѣдко при прогрессивномъ параличѣ наблюдаются періодическія повышенія и пониженія содержанія многоядерныхъ лейкоцитовъ въ цереброспинальной жидкости, при чемъ число послѣднихъ можетъ достигнуть значительной величины, не являясь, однако, ни предвѣстникомъ, ни слѣдствіемъ какихъ-либо обострѣній заболѣванія, какъ то инсульта, состоянія возбужденія и повышение температуры. Увеличенія числа многоядерныхъ лейкоцитовъ въ цереброспинальной жидкости не идетъ параллельно съ нерѣдко наблюдающимися при этомъ заболѣваніи усиленіи полинуклеоза крови. 2) Наблюдавшееся нѣкоторыми авторами появленіе полинуклеоза послѣ инсультовъ вѣроятнѣе всего нужно считать случайнымъ совпаденіемъ. 3) Причину появленія многоядерныхъ лейкоцитовъ въ liquor cerebrospinalis нужно искать въ мѣстномъ процессѣ—въ обостреніи хроническаго менингита, захватывающаго нижніе участки спинного мозга.

В. Лихницкій.

ХИРУРГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Прив.-доц. Л. М. Пуссенъ. Оперативное лечение травматической афазии. Хирург. архивъ кн. IV-я, 1910 г.

Описаны два случая травматической афазии, при которых операция дала хорошие результаты. Одинъ—на почвѣ огнестрѣльной раны безъ поврежденія кости: здѣсь афазія обуславливалась кистой, давившей на центръ Вроса; другой обуславливался раздробленіемъ кости съ внѣдреніемъ осколковъ. Въ первомъ была одна только афазія, безъ осложненія со стороны другихъ центровъ, во второмъ—полная афазія и слабость правой руки и ноги. На основаніи своихъ случаевъ, а также на основаніи литературы по этому вопросу авторъ приходитъ къ заключенію, что 1) оперативное лечение травматической афазии показано въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ травмы не наблюдается быстро возстановленія рѣчи; 2) операция не должна ограничиваться только удаленіемъ костныхъ осколковъ; необходимо вскрывать твердую оболочку, такъ какъ часто при цѣлости ея наблюдаются измѣненія мягкой оболочки и вещества; 3) операция показана при афазии и въ случаяхъ, гдѣ кость не повреждена, такъ какъ въ этихъ случаяхъ можетъ образоваться травматическая киста, вызывающая афазію.

И. Баклушинскій.

ТЕРАПИЯ.

М. Д. Лионъ. Специфическое лечение падучей болѣзни. Врач. Газ. 1910 г. № 49.

Авторъ рекомендуетъ при лечении падучей болѣзни—подкожное примѣненіе церебринъ въ сочетаніи съ подкожнымъ же введеніемъ мышьяка (Natr. cacodyl). Примѣняя это средство на 100 больныхъ, онъ во всѣхъ случаяхъ получилъ блестящіе результаты леченія: „припадки какъ бы они ни были тяжелы и часты, какъ бы давно они ни существовали, прекращались обыкновенно въ 1-ю же недѣлю леченія, рѣже—черезъ 2—3 недѣли, а послѣ 2—4 мѣсячнаго леченія они болѣе не возвращались въ теченіи по крайней мѣрѣ 2 лѣтъ“. Какихъ-нибудь опасныхъ и даже сколько-нибудь вредныхъ побочныхъ дѣйствій этого средства авторъ не наблюдалъ. Бромъ употреблялся только у больныхъ, привыкшихъ къ нему въ небольшой дозѣ (1—2 гр.) и притомъ только въ первое время леченія. Кромѣ того—исключается надобность въ спеціальной „эпилептической“ діетѣ, т. е. въ исключеніи изъ пищи соли и мяса.

И. Баклушинскій.

ФИЗИО-ТЕРАПІЯ.

С. А. Вруштейнъ. Свѣтолѣченіе при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ.—Русск. Врачъ 1910, №№ 48, 49.

Свѣтъ, какъ солнечный, такъ и электрическій, рекомендуется авторомъ, какъ дѣйствительное средство при леченіи многихъ нервныхъ заболѣваній. Мѣстное примѣненіе свѣта (синяго) лампочекъ накаливанія и особенно сильнаго дугового свѣта даетъ чрезвычайно утѣшительные результаты при леченіи нейралгій. Особеннаго вниманія здѣсь заслуживаетъ свѣтъ, получаемый въ лампахъ проф. *Kromayer'a* и д-ра *Nagelschmidt'a*. Солнечныя и общія электрическія ванны показаны при общихъ неврозахъ, какъ напр., при истеріи, нейрастеніи и т. п. Въ практикѣ психіатрическихъ больницъ находятъ себѣ примѣненіе отдѣльные цвѣта, напр., цвѣтовое освѣщеніе дѣлой комваты. Впрочемъ, вліяніе цвѣтового освѣщенія на теченіе психическихъ заболѣваній еще нуждается въ провѣркѣ и дальнѣйшемъ изученіи.

И. Баклушинскій.

Проф. Ланинскій. Значеніе гипереміи въ леченіи параличей нейритическаго происхожденія.—Русск. Врачъ 1910, № 48.

Авторомъ приводятся шесть исторій больныхъ съ параличами нейритическаго происхожденія хроническаго характера, гдѣ примѣнялось раньше общепринятое леченіе, недавшее никакого результата. Этиологія пользованныхъ авторомъ случаевъ самая разнообразная: отравленіе мышьякомъ, злоупотребленіе алкоголемъ, дифтерія и др. Всѣ они уступили однако способу леченія, имѣвшему цѣлью вызвать гиперемію поврежденной области. Въ этомъ отношеніи особенно благотворнымъ оказывается гидравлическій массажъ, который вызываетъ расширеніе не только поверхностныхъ, но и глубокихъ сосудовъ и, между прочимъ, сосудовъ въ мышцахъ пораженной конечности и кровеносныхъ путей сосудисто-нервныхъ путей. Это обстоятельство очень благоприятно для регенераціи нерва. Другіе приемы леченія—паръ, свѣтъ, горячій воздухъ, дѣйствіе синусоидальныхъ ваннъ играютъ второстепенную роль, вызывая гиперемію кожи и поднимая дѣятельность ея железистаго аппарата, особенно потовыхъ железъ, вслѣдствіе чего организмъ освобождался отъ различныхъ токсиновъ, нарушающихъ общее питаніе и тормозящихъ возрожденіе нервныхъ волоконъ.

И. Баклушинскій.

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

— 3-го марта 1911 г. Общее засѣданіе Государственной Думы разрѣшило кредитъ на постройку психіатрической клиники на 50 кроватей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

— При Психо-Неврологическомъ Институтѣ въ Петербургѣ учреждена психіатрическая секція.

— Члены Парижскаго медико-психологическаго Общества Н. Н. Баженовъ, В. К. Ротъ и В. П. Сербскій получили отъ этого общества письмо съ выраженіемъ сочувствія по поводу оставленія ими Московскаго Университета. Въ письмѣ заключается также просьба передать сочувствіе всѣмъ другимъ профессорамъ и преподавателямъ, уволеннымъ или подавшимъ въ отставку (Врач. Газ. № 9).

— Въ Москвѣ городской контроль закончилъ слѣдствіе о дѣйствіяхъ ординатора городского патронажа Алексѣевской психіатрической больницы Н. А. Зандера. На послѣдняго была принесена жалоба, что онъ при помѣщеніи душевно-больныхъ въ городскія больницы предварительно заставляетъ родственниковъ больного помѣщать ихъ въ его больницу за опредѣленную плату (Врач. Газ. № 2).

— Уходящій со службы въ Могилевской психіатрической больницѣ, врачъ Викторъ пожертвовалъ громадную бібліотеку въ 8 тысячъ томовъ народному Университету имени Шанявскаго.

— Съ 26-го и по 31 декабря 1910 г. состоялся 1-ый всероссійскій съѣздъ по экспериментальной педагогикѣ. Съѣздъ принялъ слѣдующія резолюціи. 1) Признать желательнымъ введеніе въ низшихъ школахъ рисованія и лепки, какъ средства физическаго и нравственнаго развитія учащихся. 2) Признать желательнымъ экспериментальное изслѣдованіе педагогическихъ проблемъ, какъ средства собиранія фактическаго матеріала для реформы школы. 3) Признать желательнымъ серьезную психологическую подготовку учителей учебныхъ заведеній всѣхъ типовъ. 4) Признать необходимымъ организацію вспомогательныхъ школъ для отстающихъ дѣтей. 5) Съѣздъ обращаетъ вниманіе на необходимость болѣе правильной постановки физическаго развитія дѣтей съ тѣмъ, чтобы физическое воспитаніе въ школахъ поруча-

лось лицамъ съ общей спеціальной педагогической подготовкой. 6) Въ виду назрѣвшей потребности реформъ нашей школы съѣздъ призналъ необходимымъ 1) предоставить руководителямъ частныхъ школъ широкую свободу въ организациі учебнаго плана и 2) организовать экспериментальныя школы въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ имѣются подходящія для этого условія. Слѣдующій съѣздъ назначенъ въ Москвѣ въ 1912 году. (Рѣчь 3-го января 1911 г.).

— По распоряженію полиціи въ Ригѣ противоалкогольному обществу «Заря», воспрещено устройство лекцій объ алкоголѣ (Врач. Газ. № 1).

— Въ срединѣ декабря 1910 г. исполнилось 10 л. существованія городского патронажа для душевно-больныхъ въ Москвѣ, въ деревнѣ Бѣляевой, за Калужской заставой. Въ этой деревнѣ въ 15 крестьянскихъ избахъ помѣщено 70 душевно-больныхъ. Душевно-больные пожелали принять участіе въ празднествѣ юбилея и поднесли опекающимъ ихъ крестьянамъ адресъ въ красивой рамкѣ съ виньеткой, самими же выполненной. Опекунамъ-крестьянкамъ они поднесли отрѣзы матеріи на платья (Врач. Газ. № 1).

— Московской губернской земской управой получено отъ губернатора предложеніе немедленно помѣстить въ земскую психиатрическую лечебницу десять душевно-больныхъ арестантовъ, право которыхъ на пользованіе земскимъ презрѣніемъ оспаривалось и оспаривается губернской управой. Такое предложеніе слѣдано было управѣ недѣли 2—3 тому назадъ, но управа не исполнила его (Врач. Газ. № 1).

— Ананьевская земская управа созвала чрезвычайное собраніе для выработки мѣръ противъ эпидеміи кликушества, распространившейся въ селѣ Перовѣ, Балтскаго уѣзда. Въ уѣздѣ уже около 150 больныхъ, одержимыхъ кликушествомъ Кишиневскій епископъ принялъ мѣры противъ недопущенія паломничества изъ крестьянъ въ мѣстный монастырь, въ которомъ проживаетъ монахъ, своимъ изступленіемъ дѣйствующій весьма пагубно на психику крестьянъ, особенно женщинъ.

— Херсонская губ. земская управа нашла необходимымъ принять болѣе дѣйствительныя мѣры противъ распространенія въ населеніи губерніи эпидеміи кликушества и возбудила передъ губернаторомъ ходатайство о разрѣшеніи созыва особаго совѣщанія по этому вопросу. По предложеніямъ управы, въ совѣтъ совѣщанія должны войти представители администраціи, духовенства, земства и врачей психиатровъ не только Херсонской, но и смѣжныхъ съ нею губ. Такимъ образомъ явится возможность

выработать мѣры борьбы съ кликушествомъ, которыя дѣйствительно гарантировали-бы уничтоженіе въ зародышѣ столь печальное явленіе, какъ эпидеміи кликушества (Врач. Газ. № 9).

— Въ Москвѣ открытъ противоалкогольный музей, организованный кружкомъ дѣятелей по борьбѣ со школьнымъ алкоголизмомъ (Врач. Газ. № 2).

— Ярморочнымъ Комитетомъ попечительства о народной трезвости открытъ на нижегородской ярмаркѣ въ собственномъ зданіи постоянный «Музей» по борьбѣ съ пьянствомъ. Въ немъ на ряду съ наглядными пособиями, иллюстрирующими вредъ употребленія спиртныхъ напитковъ, собрана литература по борьбѣ съ пьянствомъ и свѣдѣнія о дѣятельности провинціальныхъ учреждений по борьбѣ съ пьянствомъ. Комитетъ обращается съ почтеннѣйшей просьбой сообщить свѣдѣнія о дѣятельности Общества, (отчеты, изданія, списокъ учреждений, фотографіи и т. п.) и, въ крайнемъ случаѣ, о числѣ членовъ Общества и о характерѣ его дѣятельности. Всѣ эти свѣдѣнія будутъ экспонированы въ Музей (Врач. Газ. № 10).

— Въ Вологдѣ, въ психіатрической колоніи Губернскаго Земства, какъ выяснилось на земскомъ собраніи, крайне неудовлетворительны условія содержанія больныхъ: больные вслѣдствіе переполненія колоніи спятъ вповалку на полу и даже въ коридорѣ. Воздухъ въ палатахъ очень плохъ. Врачей мало (Русск. Врачъ № 2).

— Общество содѣйствія успѣхамъ опытныхъ наукъ имени Х. С. Леденцова въ Москвѣ увѣдомило Институтъ экспериментальной медицины о пожертвованіи 50000 р. на устройство въ Институтѣ и оборудованіе лабораторіи для изученія нормальной дѣятельности высшаго отдѣла центральной нервной системы у высшихъ животныхъ. Лабораторія согласно желанію жертвователя, должна быть построена и оборудована по указаніямъ и подъ общимъ руководствомъ проф. И. П. Павлова и предназначается для работъ и изслѣдованій, производимыхъ И. П. Павловымъ и его сотрудниками по выбору или согласію (Русскій Врачъ № 5)

— Въ Москвѣ, во время минувшихъ праздниковъ отмѣчено 10 смертныхъ случаевъ отъ злоупотребленія алкоголемъ, а въ Петербургѣ за одинъ день такихъ случаевъ было 4 (Русск. Врачъ № 1).

— Группа гласныхъ—обновленцевъ предполагаетъ возбудить вопросъ о закрытіи больницы Николая Чудотворца, въ виду

крайне неудовлетворительнаго ея состоянія. Вопросъ о размѣщеніяхъ большихъ этой больницы значительно осложняется тѣмъ, что комиссія по постройкѣ больницы имени Петра I пропустила уже всѣ сроки сооруженія шести временныхъ бараконъ (Рѣчь 28-го декабря 1910 г.).

— 27-го декабря скончался отъ трупнаго зараженія крови ординаторъ больницы Николая Чудотворца врачъ Іосифъ Лазаревичъ Генкинъ, за нѣсколько дней до смерти вскрывавшій трупъ умершаго въ больницу (Рѣчь 28-го декабря 1910 г.).



Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколъ VI засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 21 октября 1910 г.

Присутствовали: профф.: Л. О. Даркшевичъ В. П. Осиповъ д-ра: В. И. Левчаткинъ, В. Н. Осипова, В. П. Первушинъ, І. А., Веселигскій, П. С. Скуридинъ, Н. А. Донсковъ, А. С. Шоломовичъ, гости, д-ра: Воскресенскій, Баклушинскій, Лапухинъ, Архангельская, Яхонтовъ, Енохинъ, Лопатинъ, Протопоповъ, Эмдинъ и нѣск. десятковъ студентовъ медиковъ.

1. Посѣтитель д-ръ В. Д. Лапухинъ, демонстрировалъ больного съ chorea chronica progressiva (изъ клиники нервн. болѣзней).

П Р Е Н І Я.

Проф. В. П. Осиповъ. Демонстрированный случай чрезвычайно интересенъ въ виду рѣдкости этого заболѣванія; особенно заслуживаетъ вниманія ясно выраженное слабоуміе больного, указывающее на органическую природу заболѣванія: больной учился, имѣлъ извѣстныя приобретенныя знанія, отъ всего этого имѣются лишь отрывки, слѣды; ясно, что болѣзнь повлекла за собой обратное развитіе умственныхъ способностей, давъ рѣзкое слабоуміе; что касается дифференціального діагноза, надо замѣтить, что эйфорія, довольно характерная для прогр. паралича, можетъ наблюдаться при другихъ душевныхъ заболѣваніяхъ и дифференціально-діагностическимъ признакомъ въ данномъ случаѣ служить не можетъ.

В. И. Левчаткинъ. Чрезвычайно трудно выдѣленіе описываемаго Вами заболѣванія въ отдѣльную нозологическую форму: ни одна его особенность не даетъ для этого оснований.

Интересно, когда появились признаки психического расстройства, и не является ли поражаніе психики результатомъ того, что расстройство движеній просто мѣшаетъ ему мыслить.

В. Д. Лапухинъ. Психическое расстройство появилось, по-видимому, послѣ появленія произвольныхъ движеній; что касается особой формы, то при обычной хорѣ ни слабоумія, ни такого длительного теченія не бываетъ.

П. С. Скуридинъ интересуется этиологіей заболѣванія.

В. Д. Лапухинъ. Указывается нерѣдко эндокардитъ и цѣлый рядъ различныхъ другихъ факторовъ.

В. П. Первущинъ (ауторефератъ). Я хотѣлъ бы сказать нѣсколько словъ по поводу возбужденнаго В. И. Левчаткинымъ вопроса относительно выдѣленія chorea chronica, въ качествѣ самостоятельнаго процесса, противопологаемаго такъ наз. chorea minor. Если по внѣшнему проявленію судорогъ трудно, а порой и нельзя отличить другъ отъ друга оба упомянутыя заболѣванія, то они достаточно рельефно дифференцируются по ихъ теченію, другимъ сопутствующимъ явленіямъ, гистологич. состояніямъ головного мозга и т. д. Chorea minor—острая инфекціонная болѣзнь, протекающая циклически, склонная къ рецидивамъ, у молодыхъ субъектовъ, глав. обр. въ дѣтскомъ возрастѣ, изрѣдка въ комбинаціи съ острымъ пораженіемъ экдокардія и суставовъ и т. д. Chorea chronica,—болѣзнь нарастающая медленно, почти неудержимо, поражающая лицъ взрослыхъ, пожилыхъ, б. ч. наследственная, сопровождающаяся дефектами со стороны психики и имѣющая въ основѣ своей измѣненія со стороны головного мозга, гл. обр. въ предѣлахъ двигательной области коры. Въ виду своеобразности клинической картины и т. д. это заболѣваніе и выдѣляется въ настоящее время.

Предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ: Еще недавно свѣдѣнія наши о хорѣ были недостаточны и крайне сбивчивы. Бросалось въ глаза одно: частота этой болѣзни у дѣтей и сравнительная рѣдкость въ зрѣломъ, а тѣмъ болѣе старческомъ возрастѣ; но каковъ патогенезъ этой болѣзни, оставалось не яснымъ; невыясненнымъ оставалось и то, одна и та же ли болѣзнь хорей, встрѣчающаяся у лицъ различнаго возраста?

Теперь не подлежитъ никакому сомнѣнію, что существуютъ двѣ особыя формы хорей: chorea minor и chorea progressiva. Первая форма—болѣзнь дѣтскаго возраста, вторая—страданіе взрослыхъ; первая форма—инфекціонное заболѣваніе, вторая—особый видъ наследственнаго страданія, сопровождающагося развитіемъ

деменцій, хотя въ рѣдкихъ случаяхъ, въ видѣ исключенія можетъ отсутствовать какъ наслѣдственность, такъ и дементность.

Насколько мало данныхъ за то, что при chorea minor имѣются стойкія измѣненія въ нервной системѣ, настолько же можно считать доказаннымъ, что chorea progressiva—страданіе органическое съ опредѣленнымъ анатомическимъ субстратомъ.

Въ заключеніе Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересную демонстрацію.

2. Д. членъ Д-ръ В. П. Первушинъ демонстрируетъ больного, оперированнаго докторомъ Б. П. Енохинымъ по случаю Кожевниковской эпилепсiи.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ I. А. Веселитскій: Интересъ данного случая въ томъ, что мы пользуясь имъ, можемъ дополнить наши свѣдѣнія о локализациі функций, если бы могли опредѣлить, какаѣ именно часть была удалена: попала ли часть задней извилины; здѣсь разстроена болевая, тактильная и отчасти термическая чувствительность, а обычно отмѣчается пораженіе стереогноза и мышечнаго чувства, которое въ данномъ случаѣ цѣло. Также необычно и выступленіе на первый планъ явленій чувствительныхъ, а не двигательныхъ; не соотвѣтствуетъ общепринятымъ и границы разстройства чувствительности.

В. И. Левчаткинъ: Какъ смотрите Вы на параличъ движенія? Въ общемъ, повидимому, у б. наступило улучшеніе.

В. П. Первушинъ В. И. Левчаткину (ауторефератъ). На основаніи установившагося status'a у больного можно говорить о значительномъ улучшеніи послѣ операціи: припадки несравненно рѣже и слабѣе; status epilepticus больше не повторялся, общее состояніе улучшилось, явленія двигательнаго раздраженія—слабѣе и преобладаютъ теперь въ иныхъ пунктахъ сравнительно съ прежнимъ. Зато возникли субъективныя ощущенія, которыхъ раньше не было—парестезія центрального происхожденія (чув. холода въ рукѣ и т. д.). Судя по всему положительные результаты много разъ перевѣшиваютъ эти отрицательныя данныя.

Что касается до появившагося паралича мускулатуры периферическихъ отдѣловъ руки, то его всецѣло слѣдуетъ поставить въ связь съ удаленіемъ при операціи соотвѣствующихъ группъ клѣтокъ двигат. области мозговой коры.

Проф. В. П. Осиповъ. Обыкновенно припадки возобновляются позже, чѣмъ у этого больного, даже въ случаяхъ менѣе удачныхъ. Исслѣдовано ли было вещество мозга, удаленное при операціи?

В. П. Первушинъ. Бактеріологически—да. (отрицат. результатъ).

Проф. В. П. Осиповъ. Опредѣлить точно эпилептогенный поясъ—весьма не легко и обычный результатъ операціи мало утѣшительнъ; я полагалъ бы рacionales систематическое бромистое лѣченіе.

В. П. Первушинъ. Общіе итоги операцій, произведенныхъ у больныхъ нашей клиники, дѣйствительно не вполне утѣшительны. Бромъ примѣняется, но конечно, ни устранить, ни предупредить припадковъ бромомъ не удается, нашему больному онъ примѣнялся и будетъ примѣняться.

Предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ. Мое вниманіе останавливаютъ на себѣ своеобразныя субъективныя ощущенія въ области лѣвой руки и сердца. Этихъ ощущеній раньше—до операціи—больной не отмѣчалъ у себя.

На эти ощущенія я склоненъ смотрѣть какъ на результатъ распространенія болѣзненного процесса по корѣ мозга за предѣлы тѣхъ фокусовъ, которые были удалены во время операціи; видѣть въ нихъ послѣдствія хирургическаго вмѣшательства я не считаю возможнымъ.

Операція въ моихъ глазахъ дала положительныя результаты: у больного нѣтъ болѣе тѣхъ тяжелыхъ припадковъ, изъ которыхъ складывался настоящій status epilepticus, и въ то же время сила руки настолько достаточна, что больной можетъ пахать.

Что касается отсутствія разстройствъ мышечнаго чувства и чувства стереогностическаго въ предѣлахъ больной руки, то его скорѣе всего нужно объяснить тѣмъ, что въ мѣстѣ операціи кора мозга не ранена во всю свою толщю вплоть до подлежащаго бѣлаго вещества.

Въ заключеніе предсѣдатель благодаритъ В. П. Первушина за сдѣланную демонстрацію.

3. Посѣтитель Д-ръ И. Д. Баклушинскій демонстрировалъ мозги, консервированные по способу Kaiserling'a (изъ психофизиологической лабораторіи проф. В. П. Осипова).

П Р Е Н І Я.

Проф. В. П. Осиповъ. Цѣлью демонстраціи является показать, что этотъ способъ даетъ намъ возможность предъявить учащимся старые мозги, сохранившіеся въ томъ видѣ, въ какомъ мы ихъ получили при аутопсіи. Наша модификація дешевле предложенной проф. Мельниковымъ-Разведенковымъ и Kaiserling'омъ:

вмѣсто 5 рублей съ лишнимъ, консервированіе мозга стоитъ намъ 2 р. 30 коп.; смѣна жидкости нужна больше чѣмъ черезъ 7 мѣсяцевъ. По послѣднимъ свѣдѣніямъ возможны микроскопическія изслѣдованія этимъ способомъ консервированнаго мозга; можно послѣ этого сохранять мозги и сухими по способу Шора.

Д-ръ Яхонтовъ упоминаетъ о способѣ Настюкова, описанномъ въ Р. Врачъ № 16. 1908 г. который, повидимому дешевле и даетъ хорошіе результаты.

Въ закрытой части засѣданія предложены въ дѣйствіи члены Общества д-ръ Иванъ Дмитріевичъ Баклушинскій (проф. Осиповъ и Даркшевичъ и д-ръ Н. А. Донсковъ) и д-ръ В. Д. Лапухинъ (проф. Даркшевичъ, Осиповъ и И. А. Веселитскій).

Постановлено: подвергнуть ихъ баллотировкѣ въ ближайшемъ Засѣданіи Общества.

Обсуждались мѣры къ помѣщенію въ иностранной печати свѣдѣній о дѣятельности Общества; проф. В. П. Осиповъ выполнение принялъ на себя.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь А. Шоломовичъ.

Протоколь VIII-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 30-го ноября 1910 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ; д-ра Первушинъ, Ѡаворскій, Веселитскій, Клячкинъ, Левчаткинъ, Донсковъ, Ципкинъ, Головинъ, Эмдинъ, Протопоповъ, Лапухинъ, Скуридинъ, Архангельская, Семилейская, Лопатинъ, Николаевскій и др., студентовъ чловѣкъ 40.

1. Дѣйствительный членъ А. В. Ѡаворскій произнесъ рѣчь, посвященную памяти проф. F. Raymond'a.

Предсѣдатель предлагаетъ почтить память проф. Raymond'a вставаніемъ.

Всѣ поднимаются съ своихъ мѣстъ.

Предсѣдатель: Недавно невропатологія понесла еще утрату въ лицѣ Берлинскаго профессора Leyden'a. Даетъ краткую характеристику заслугъ Leyden'a передъ невропатологіей, вспоминаетъ о немъ съ благодарностью, предлагаетъ почтить память его вставаніемъ, что присутствующими въ засѣданіи и исполняется.

Слово предоставляется д-ру Первушину.

2. Дѣйствительный членъ д-ръ В. П. Первушинъ: Случай остраго восходящаго паралича Landry (съ демонстраціей больного изъ клиники нервныхъ болѣзней).

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Клячкинъ проводитъ аналогію между параличемъ Landry и болѣзью *ber-ber*. Отмѣчаетъ благоприятное теченіе.

Д-ръ Веселитскій. Коснусь клинической стороны. Нельзя не согласиться съ докладчикомъ, что мы имѣемъ передъ собой болѣзненную форму, которую описалъ Landry, на основаніи ясно обрисованной клинической картины заболѣванія. На лицо спинальное заболѣваніе, бульбарное заболѣваніе. При поступленіи больного въ клинику мы склонны были отрицать всякое участіе периферическихъ нервныхъ стволовъ, считая это остро протекающимъ полиоміелитомъ. Не касаясь того, что обнаружено до моего изслѣдованія, я остановлюсь на данныхъ, которыя мнѣ удалось получить при изслѣдованіи больного. У больного были ясные параличи периферическаго типа, были субъективныя расстройства чувствительности, объективно—болѣзненность мягкихъ частей и нервныхъ стволовъ. На основаніи этихъ данныхъ, данный случай относится къ типу полиневритовъ. Распространеніе параличей не противорѣчитъ. Напримѣръ, эго наблюдается при дифтеритическихъ параличахъ, при *ber-ber*. Эта область можетъ задѣваться полиневритомъ. Нельзя, конечно, исключить пораженія вѣттокъ, но точка положенія болѣзненнаго процесса, главнымъ образомъ,—периферическіе нервные стволы.

Д-ръ Первушинъ вноситъ поправку, что при поступленіи въ клинику не было болей, болѣзненности, анестезій,—это явствуетъ и изъ разспросовъ матери больного. У мальчика боли и болѣзненность появилась на 3-й день послѣ поступленія въ клинику. Въ прошломъ, было трудно двигаться въ суставѣ тазобедренномъ. Затѣмъ имѣется отмѣтка: въ остальныхъ суставахъ—движеніе близко къ нормѣ. Учитывая эти данныя, я предполагалъ, что здѣсь имѣется полиневритъ—какъ вставочное обстоятельство, а главное—полиоміелитъ.

Д-ръ Веселитскій. Объективное изслѣдованіе чувствительности было очень затруднительно. Я прибѣгнулъ къ изслѣдованію электрокожной чувствительности. Амбулаторно расстройство чувствительности легко просматрѣть; большое значеніе имѣетъ клиническое изслѣдованіе.

Предсѣдатель Я видѣлъ больного за 6 дней до поступленія въ клинику: мой діагнозъ былъ такой: своеобразный случай по-

ліоміэліта: у него было поражено движеніе въ тазобедренномъ суставѣ при сохранности движеній въ периферическиххъ суставахъ.

Д-ръ Өаворскій. Вы ставите діагнозъ интерстиціального поліоміэліта?

Д-ръ Первушинъ. Нѣтъ, паренхиматознаго.

Д-ръ Өаворскій. Я бы считалъ, что здѣсь форма интерстиціальн. съ точки зрѣнія теоретической: если бы мы имѣли разрушеніе клѣтокъ,—дѣло бы шло о паренхиматозномъ поліоміэлитѣ. Я не знаю, чѣмъ руководился при своей классификаціи Преображенскій, на котораго Вы опираетесь.

Д-ръ Первушинъ. Преображенскій употребляетъ этотъ терминъ условно.

Д-ръ Өаворскій. Этимъ вноситъ путаницу: съ точки зрѣнія обще-патологической такая терминологія неправильна.

Д-ръ Первушинъ. Возможно нарушеніе питанія клѣтокъ безъ иныхъ измѣненій.

Д-ръ Өаворскій. Это не будетъ воспаленіе. Я не возражаю Вамъ, а не соглашаюсь съ терминологіей Преображенскаго, на котораго Вы опираетесь.

Проф. Осиповъ отмѣчаетъ важность бактериологическаго изслѣдованія церебро-спинальной жидкости.

Д-ръ Клячкинъ. Найдень опредѣленный видъ микроорганизма, специфич. для паралича Landry.

Предсѣдатель. Случай интересенъ въ 2-хъ направленіяхъ: практическомъ и научномъ. Съ практической точки зрѣнія случаи паралича Landry представляютъ интересъ по своей рѣдкости, а случай, кончающійся выздоровленіемъ, какъ данный случай—встрѣчается очень рѣдко. Съ теоретической точки зрѣнія интересъ даннаго случая въ томъ, что онъ выясняетъ недостаточность нашей номенклатуры. Мы прежде говорили, что есть заболѣванія органическія и функціональныя. Теперь мы должны говорить: динамическія и деструктивныя. Здѣсь дѣло идетъ не только о пораженіи волоконъ, но и переднихъ роговъ. Присоединясь къ А. В. Өаворскому, что здѣсь нельзя говорить о поліоміэлитѣ. Необходимо выработать новую терминологію, т. к. другого слова подходящаго нѣтъ. Пораженія клѣтокъ динамическаго характера должны теперь діагноспироваться. Благодарить докладчика.

3. Дѣйствительный членъ А. В. Өаворскій: Демонстрація на больныхъ рефлексъ Р. Marie.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Веселитскій. Съ легкой руки парижскаго невропатолога Babinsky'аго и другіе невропатологи не хотятъ отстать, при-

чемъ, какъ на достоинство своего рефлекса, указываютъ, что этотъ рефлексъ встрѣчается и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рефлекса Babinsky'аго получить нельзя. Этихъ рефлексовъ мы имѣемъ цѣлый рядъ. И, повидимому, этимъ дѣло не окончится. Все это обиліе рефлексовъ импонируетъ своимъ количествомъ. Но, относительно того, почему въ однихъ случаяхъ получается, въ другихъ случаяхъ нѣтъ,—остается неизвѣстнымъ. Относительно рефлекса P. Marie я бы думалъ, что его нельзя, собственно, назвать рефлексомъ. Этотъ феноменъ получается, когда производится пассивное движеніе. Это—«Mitbewegung» нѣмецкихъ авторовъ.

Д-ръ Левчаткинъ. Практическое значеніе данного рефлекса каково? Тамъ, гдѣ мы имѣемъ и по другимъ симптомамъ, что эти субъекты—кандидаты ad patres, что можетъ намъ дать этотъ рефлексъ. Былъ ли онъ испытанъ у здоровыхъ людей.

Проф. Осиповъ. Одна изъ ошибокъ авторовъ,—придавать рефлексамъ специфическое значеніе. Появленіе новыхъ рефлексовъ можно только привѣтствовать. Одинъ рефлексъ взаимно дополняетъ другой. Одни рефлексы періостальные, другіе мышечные, кожные и т. д. Слабая сторона рефлекса та, что онъ недостаточно изученъ съ точки зрѣнія генеза. Что касается названія,—пожалуй, правильнѣе назвать феноменомъ. Изученіе рефлексовъ имѣетъ значеніе и потому, что мы сравнительно недавно узнали, какое значеніе имѣетъ рефлексъ въ вопросахъ психической жизни. Какъ новому рефлексу, я придаю значеніе рефлексу P. Marie.

Проф. Даркшевичъ. Я раздѣляю до извѣстной степени то чувство смущенія, когда я прочитываю о новомъ рефлексѣ. Но, всѣ эти явленія должны быть изучаемы какъ явленія въ природѣ, только не слѣдуетъ спѣшить съ заключеніями. Публикуютъ авторы свои рефлексы какъ можно скорѣе ради пріоритета. То, что рефлексу Babinsky'аго очень посчастливилось,—можно объяснить его громаднымъ клиническимъ опытомъ. Разъ мы знаемъ нѣсколько двигательныхъ путей, должно задать вопросъ, о пораженіи какихъ путей свидѣлствуетъ наличность этого рефлекса. Если такъ относиться,—появленіе новыхъ рефлексовъ можно только привѣтствовать.

Д-ръ Веселитскій. Я, собственно, излагая свои замѣчанія, говорилъ главнымъ образомъ противъ поспѣшности, недостаточной обработанности, съ какой публикуются эти рефлексы, а не противъ количества.

Д-ръ Фаворскій. Я не сторонникъ, а напротивъ, демонстрирую потому, что это исходитъ отъ опытнаго клинициста P. Marie. Marie оговаривается, что этотъ рефлексъ былъ демонстрированъ съ цѣлью помочь ему въ его изысканіяхъ. Я безусловно присое-

днинаюсь къ той точкѣ зрѣнія, что нужно изучать эти рефлексъ. Какъ-нибудь удастся, быть можетъ связать наличность рефлекса съ поврежденіемъ опредѣленнаго пути. Настаиваю на томъ, что это—рефлексъ, но рефлексъ сложный. Практическое значеніе: медицина двигается изъ отдѣльныхъ этаповъ; если даннаго больного постигнетъ exitus letalis, удастся изъ данныхъ вскрытія дѣлать заключенія. Наблюдается этотъ рефлексъ при пораженіи церебро-спинальной оси.

Проф. Осиповъ. Если сравнивать этотъ рефлексъ съ рефлексомъ Babinsky'аго, бросается въ глаза существенная разница: тамъ мы проводимъ штрихъ опредѣленной силы; здѣсь Вы сгибаете пальцы медленно съ опредѣленной силой, производите сложный актъ, получаете сложныя движенія.

Д-ръ Веселитскій. Здѣсь имѣется компонентъ движенія пассивнаго кромѣ раздраженія чувствительности.

Д-ръ Левчаткинъ. Р. Magie производилъ ли рефлексъ на здоровыхъ.

Д-ръ Фаворскій. Производилъ.

Проф. Даркшевичъ приходитъ къ заключенію, что это все же по существу рефлексъ: послѣ нанесенія сложнаго насилія получается сложное движеніе. Интересно то, что этотъ рефлексъ не всегда совпадаетъ съ рефлексомъ Babinsky'аго. Или этотъ рефлексъ раньше исчезаетъ, или служитъ выраженіемъ другого патолого-анатомическаго субстрата. Считаетъ рефлексъ заслуживающимъ вниманія и изученія на больныхъ.

Считаю своимъ долгомъ благодарить докладчика.

Д-ръ Фаворскій. Я считалъ своимъ долгомъ демонстрировать этотъ рефлексъ, такъ какъ я видѣлъ его изъ рукъ самого автора.

Докладъ проф. Осипова: «Къ вопросу о леченіи сѣдалищныхъ невралгій солевыми впрыскиваніями»—отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

Секретаремъ Ворошиловымъ прочтены протоколы засѣданій 19 мая и 27 октября 1910 года; первый изъ нихъ утвержденъ, подпись же 2-го изъ нихъ отложена до исправленія преній.

Произведена боллотировка въ дѣйствительные члены Общества д-ровъ И. Д. Баклушинскаго и В. Д. Лапухина, оба избраны единогласно.

Слушали: 1) Отношеніе Канцеляріи Императорской Публичной Библіотеки отъ 9 іюня за № 902 о высылкѣ Неврологическаго Вѣстника т. 12-ый, вып. 1-2 (1904 г.)

Постановлено: исполнить.

2) Отношеніе Комитета Пермской Городской Общественной бібліотеки о высылкѣ ему «Неврологическаго Вѣстника». Постановлено: отклонить.

3) Винницкаго уѣзднаго предводителя дворянства о сборѣ пожертвованій для увѣковѣченія памяти Н. И. Пирогова.

Постановлено: пожертвовать отъ имени О-ва на постройку лечебницы имени И. П. Пирогова въ г. Виницѣ, Подольской губ.—3 рубля.

4) Бюллетени ялтинской погоды.

5) Общество Санаторіи для врачей въ Крыму.

6) Редакціи изданія адресной и справочной книги «Газетный міръ».

7) Товарищества «Саламандра» предложеніе устроить синематографъ—электро-театръ.

8) Сообщение Организационнаго Комитета 2-го Губернскаго съѣзда врачей въ г. Астрахани.

По предложенію предсѣдателя О-ва ассигновано 8 рублей на покрытіе расходовъ по изготовленію портрета Н. И. Пирогова по поводу соединеннаго торжественнаго засѣданія 13 ноября Общества врачей, О-ва невропатологовъ и психіатровъ и О-ва естествоиспытателей. Для рѣшенія вопроса о судьбѣ этого портрета, приобрѣтеннаго на средства О-ва врачей и О-ва невропатологовъ и психіатровъ было постановлено: просить проф. В. П. Осипова войти въ качествѣ делегата въ особую комиссію, избранную по этому поводу отъ Общества врачей.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь Ворошиловъ.

Протоколъ IX-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 17 декабря 1910 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Миславскій, проф. Осиповъ, д-ра: Первушинъ, Фаворскій, Горяевъ, Вишневскій, Веселитскій, Головинъ, Жилинъ, Эмдинъ, Лапухинъ, Николаевскій, Донсковъ Н. А., Донсковъ В. А., Клячкинъ, Баклушинскій, Бѣлицкій, Поповъ, Чебоксаровъ, Шоломовичъ и человекъ 20 студентовъ.

1. Дѣйствительный членъ В. П. Осиповъ: «Къ вопросу о леченіи сѣдалищныхъ невралгій солевыми впрыскиваніями».

П Р Е Н І Я .

Проф. Миславскій. Сколько я понялъ, дѣло идетъ о томъ, чтобы ввести растворъ изотоническій и охлажденный до 0°. Цѣль—устранить боль, устранить и причину. Дѣйствию сводится къ дѣйствию температуры, дѣйствию осмотическихъ токовъ. Почему бы не взять Локковскій растворъ, или еще болѣе изотоническій, растворъ для человѣка (а не для кролика). Если исходить изъ того, что цѣль—взять индифферентный растворъ, изотоническій, понятно, что явленія, которыя наблюдаются, зависятъ во 1) отъ дѣйствія низкой температуры и 2) отъ механическихъ влiяній. Если бы послѣдующее дѣйствіе въ видѣ озноба и повышенія температуры наблюдалось тотчасъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ, его нужно было бы разсматривать какъ рефлексъ на сосуды кожи и мышечныя. Но, такъ какъ ознобъ и повышение температуры наступали черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія, нужно думать, что это послѣдующее дѣйствіе связалось съ явленіями всасыванія раствора и съ нимъ вмѣстѣ продуктовъ, могущихъ вызвать повышение температуры. Относительно дѣйствія хлористаго натрія на мышцы нужно замѣтить, что болѣе высокія концентрации не вызываютъ сокращеніе мышцъ, сильное же разведеніе сильнѣе дѣйствуетъ. Я не думаю, чтобы дѣло сводилось къ этому при послѣднихъ явленіяхъ послѣ впрыскиванія.

Проф. Осиповъ. Повышеніе температуры произвело на меня впечатлѣніе. Когда я ознакомился съ работою Wiener'a, я обрадовался, думалъ, что можно впрыскивать, не получая повышенія температуры,—оказалось, что все равно повышеніе температуры происходитъ. Мы имѣли въ виду примѣнить Локковскій растворъ, но не успѣли пока еще. Относительно причины, вызывающей повышение температуры, я предполагаю явленія выщелачиванія и всасыванія фибригенныхъ веществъ.

Д-ръ Первушинъ. Описываемымъ методомъ нервная клиника также интересуется и примѣняетъ его уже болѣе 2-хъ лѣтъ, но лишь въ случаяхъ первичнаго, самостоятельнаго воспаленія сѣдалишнаго нерва,—съ характеромъ неврита или невралгій. 17 октября 1908 года мной впервые было примѣнено впрыскиваніе раствора хлористаго натрія въ одномъ тяжеломъ случаѣ neuritis n. ischiadici, демонстрированномъ въ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ 30 января 1909 года; лично я охотно имъ пользуюсь и въ клиникѣ, и внѣ ея. Итоги нашихъ наблюденій еще не подведены, но общее количество случаевъ, нами использованныхъ, довольно значительно,—не менѣе 40. Оно, слѣдовательно, нѣсколько больше, чѣмъ у В. П. Осипова. Существенная разница та между нашими и его случаями, что за исключеніемъ 2 больныхъ,

стаціонарныхъ, всѣ остальные наши больные пользовались амбулаторно. В. П. находился такимъ образомъ въ болѣе благоприятныхъ условіяхъ, изолируя своихъ больныхъ отъ всякихъ постороннихъ вліяній и имѣя возможность прослѣдить на стаціонарномъ матеріалѣ за всѣми деталями вліянія этого, новаго сравнительно, метода на теченіе болѣзни. Несмотря на это, дѣлаемые имъ выводы и обобщенія въ общемъ совпадаютъ вполне и съ результатами нашихъ наблюденій. У своихъ больныхъ мы пользуемся физиологическимъ растворомъ поваренной соли (*Sol. natrii chlorat.* 0,9%) при 0,5° С, вводя за каждый разъ отъ 20 до 40 с. ст. и лишь изрѣдка до 50 с. ст. раствора; мѣстомъ инъекцій служить въ большинствѣ случаевъ, также, какъ и у докладчика, верхній отдѣлъ нерва, лежащій между *tuber ischii* и *trochanter major*; но, изрѣдка мы производили инъекціи и ниже—по ходу нерва, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ процессъ шелъ съ периферіи или гдѣ было ясно, что страдалъ и периферическій отдѣлъ нерва. Однако, мы избѣгали дѣлать инъекціи въ самое вещество нерва и старались производить ихъ въ его непосредственную окружность, въ окружающую его клетчатку, не желая производить травматизма нерва, вслѣдъ зачѣмъ могло слѣдовать поврежденіе его волоконъ, сосудовъ и т. д., и вполне удовлетворяясь терапевтическимъ эффектомъ практикуемаго нами приема. Мы также, правда непостоянно, могли наблюдать у нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ черезъ нѣсколько часовъ по введеніи солевого раствора ознобъ и повышеніе температуры (въ одномъ случаѣ до 39°) на нѣсколько часовъ безъ всякихъ дальнѣйшихъ послѣдствій и осложненій. Вначалѣ это обстоятельство сильно смутило и обезкуражило меня, но затѣмъ, не видя никакихъ мѣстныхъ или общихъ осложненій, мы относились къ этой «солевой лихорадкѣ» уже болѣе покойно. Что касается до количества инъекцій, то лишь въ рѣдкихъ случаяхъ—острыхъ и не очень тяжелыхъ, оно было небольшимъ (2—4); въ большинствѣ же приходилось ихъ дѣлать больше (5—8 и выше), въ одномъ лишь случаѣ ихъ слѣдано было 23. Приемъ примѣнялся къ случаямъ самымъ разнообразнымъ: острымъ, подострымъ, хроническимъ,—послѣдніе преобладали. Что касается терапевтическаго эффекта и исхода заболѣваній, то тутъ необходимо установить нѣсколько категорій: въ случаяхъ однихъ эффектъ былъ полный—исчезновеніе всѣхъ симптомовъ заболѣванія (случаи не особенно тяжелые и незатяжные); въ другихъ улучшение симптомовъ, значительное облегченіе болей и т. д.; при этомъ иногда въ силу длительности теченія и нетерпѣнію больныхъ приходилось послѣ нѣсколькихъ инъекцій *NaCl* прибѣгать и къ дополнительнымъ мѣрамъ (ванны, электризація, массажъ, внутреннія средствъ, при возможности и грязи), что затемняло эффектъ.

Лишь въ двухъ случаяхъ эффекта положительнаго не получилось, и то, повидимому, потому, что тутъ ischias былъ, вѣроятно, первичнаго происхожденія, а это—существенно вліяетъ на терапію.

Въ виду столь благопріятныхъ результатовъ, получаемыхъ нами при терапіи впрыскиваніями раствора хлористаго натрія неврита сѣдалищнаго нерва въ разныхъ стадіяхъ его и при различной длительности его теченія, мы относимся съ большой симпатіей къ этому приему, какъ простому, удобопримѣняемому вездѣ, нехлопотливому, дешевому, и въ тоже время практически полезному и дѣйствительному. Къ сожалѣнію въ текущемъ полугодіи мы не могли осуществить своего намѣренія,—поставить шире наблюденія въ данномъ отношеніи, такъ какъ количество больныхъ съ ischias'омъ у насъ было почему—то невелико. Мысль Н. А. Миславскаго о примѣненіи для инъекцій Локковской жидкости мнѣ лично также симпатична и мы попытаемся ее осуществить, дабы сдѣлать данный приемъ лечебный наиболѣе индифферентнымъ.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что сообщеніе В. П. Осипова цѣнно въ томъ отношеніи, что на разнородномъ матеріалѣ въ условіяхъ больничной обстановки проведенъ систематически терапевтическій приемъ, сравнительно еще новый, давшій хорошіе результаты.

Примѣненіе впрыскиваній фізіологическаго раствора поваренной соли, по моему мнѣнію, на слѣдуетъ ограничивать рамками лишь одного ischias'a: по моимъ личнымъ наблюденіямъ, не говоря уже о полезности ихъ при другихъ невралгіяхъ и невритахъ, они полезны и при міозигахъ, какъ напр. поясничныхъ мышцъ, дельтовидной, копудиновой и др., при чемъ впрыскиваніе производится въ толщу мышцы. Нѣсколько разъ благопріятный результатъ я видѣлъ и при подострыхъ артритяхъ «ревматическаго» происхожденія, производя инъекціи въ области сустава. Повидимому, этого вопроса въ литературѣ еще не касаются.

Проф. Осиповъ. Мнѣ пріятно, что наблюденія, которыя производились совершенно независимо, привели къ однимъ ятѣмъ же результатамъ. Количество впрыскиваемой жидкости въ извѣстныхъ предѣлахъ, по моимъ наблюденіямъ, не вліяетъ существенно на степень повышенія температуры. Мнѣ интересно, не наблюдалось ли случаевъ, гдѣ отъ 2-хъ впрыскиваній получалось выздоровленіе.

Д-ръ Ворошиловъ. Одинъ такой случай мы имѣли возможность наблюдать въ прошломъ году. Одна дѣвушка, лѣтъ 20, страдающая, сколько помнитъ себя, невралгіей сѣдалищнаго нерва, получила 2 инъекціи фізіологическаго раствора поваренной соли въ области ягодицы между *tuber ischii* и *trochanter major*, каждый

разъ по 40 куб. сант. Уже послѣ перваго впрыскиванія она почувствовала значительное облегченіе субъективныхъ болевыхъ ощущеній, мѣстная болѣзненность при давленіи стала значительно меньше, степень анестезіи стала замѣтно слабѣе. Послѣ второй инъекціи, произведенной черезъ 3 дня послѣ первой, съ больной былъ ознобъ и жаръ, сильная слабость, больная принуждена была дня 2 провести въ постели; черезъ 2 дня болѣе больная уже не ощущала, а когда спустя еще 2 дня больная явилась показаться въ клинику,—оказалось, что нѣтъ и мѣстной болѣзненности и симптома Lasègue'a и чувствительность возстановилась до нормы. Такъ какъ больная страдала еще morbo Basedowii и пользовалась леченіемъ въ клиникѣ амбулаторно, то мы имѣли возможность наблюдать больную около 8 мѣсяцевъ, при чемъ возврата сѣдалищной невралгіи не послѣдовало.

Д-ръ Клячкинъ. Относительно количества впрыскиваемой жидкости въ литературѣ существуютъ наблюденія, которыя указываютъ, что, повидимому, вся суть въ количествѣ жидкости; терапевтическій эффектъ объясняется механической теоріей дѣйствія. Отъ впрыскиванія срашенія уничтожаются, что явствуетъ изъ опытовъ впрыскиванія окрашенной жидкости. Примѣнялось и хирургическое вмѣшательство. Достоинство метода впрыскиванія солевого раствора заключается въ быстротѣ эффекта, когда выздоровленія можно добиться 1—3 впрыскиваніями. Если же рѣчь идетъ о продолжительномъ леченіи повторными впрыскиваніями,—достоинство метода значительно умалается.

Проф. Осиповъ. Я не хочу защищаться, такъ какъ возраженіе сдѣлано не мнѣ, а приведены только литературныя данныя. Даже и съ точки зрѣнія механическаго дѣйствія нѣтъ нужды въ большихъ количествахъ впрыскиваемой жидкости.

Д-ръ Первушинъ. При прочихъ равныхъ условіяхъ преимущества разсматриваемаго приѣма заключаются въ его простотѣ, дешевизнѣ, удобопримѣнности вездѣ и всюду. Не вездѣ вѣдь существуютъ водо-электролечебницы, и къ тому же не всякій можетъ ихъ услугами пользоваться. Конечно, этотъ методъ не можетъ конкурировать съ грязевымъ или лиманнымъ леченіемъ; но послѣднее не вездѣ допустимо и примѣнимо. Что касается до введенія очень большихъ количествъ жидкости въ нервъ для разрыва перемычекъ, то тутъ скорѣе, пожалуй, порвутся нервныя волокна, чѣмъ эти перемычки.

Д-ръ Шоломовичъ. Какимъ количествомъ пользовались авторы, получая быстрый эффектъ.

Проф. Осиповъ. 100 куб. сант.

Проф. Даркшевичъ. Вы исключаете леченіе острыхъ слу-
чаевъ?

Проф. Осиповъ. При леченіи острыхъ случаевъ нѣтъ надобности прибѣгать сразу къ описываемому методу. Не слѣдуетъ начинать съ этого средства. Есть случаи легкіе, есть случаи тяжелые; въ легкіхъ случаяхъ одно внутреннее леченіе можетъ оказать пользу. При примѣненіи солевыхъ впрыскиваній всетаки нервъ травмируется.

Проф. Даркшевичъ. По моимъ впечатлѣніямъ острые случаи прекрасно поддаются леченію впрыскиваніями солевого раствора, сравнивать нельзя съ обычными способами, представляющими очень сложную процедуру, тогда какъ впрыскиванія солевого раствора очень просто. Поэтому, это очень дешево. Что касается внутренняго леченія, то по моему мнѣнію, леченіе аспириномъ только затягиваетъ заболѣваніе.

Проф. Осиповъ. Каждый дѣлаетъ выводы на основаніи своего матеріала. Такъ какъ способъ оказался не вполне индифферентнымъ на хроническихъ больныхъ, я и вывожу свое заключеніе. Правда, острые случаи не противопоставляютъ примѣненія солевыхъ впрыскиваній, но я не считалъ бы его нужнымъ примѣнять во всѣхъ случаяхъ.

Проф. Даркшевичъ. На основаніи наблюденій нашей клиники, я бы считалъ это всетаки палліативомъ. Основнымъ леченіемъ всетаки является леченіе грязевыми ваннами.

Проф. Осиповъ. Обыкновенно рекомендуется пользоваться грязевыми ваннами въ теченіе 2-хъ сезоновъ по крайней мѣрѣ. Приходится посылать и большее количество разъ; слѣдовательно, и грязелеченіе не даетъ того уже стойкаго эффекта.

Д-ръ Первушинъ. Разсматриваемый приемъ оказывается не только хорошимъ палліативомъ, но иногда и безусловно цѣлебнымъ, излечивающимъ средствомъ. Онъ разумѣется не можетъ конкурировать съ леченіемъ на грязяхъ и лиманахъ, необходимымъ при тяжелыхъ и упорныхъ страданіяхъ, но и приемъ эффектъ терапевтическій и по нашимъ наблюденіямъ бываетъ стойкъ и длителенъ: въ одномъ тяжеломъ случаѣ выздоровленіе длится уже около 1½ лѣтъ, въ другомъ—уже нѣсколько мѣсяцевъ. Къ тому же иногда и при лиманномъ леченіи бывають рецидивы. Литературныя работы, относящіяся къ примѣненію NaCl, по большей части даютъ слишкомъ краткія свѣдѣнія о клинической картинѣ и теченіи подвергавшихся терапіи случаевъ; трудно дѣлать по нимъ окончательныя заключенія.

Д-ръ Шоломовичъ. Наблюденія В. П. Осипова и В. П. Первушина указываютъ на хорошій эффектъ при примѣненіи большого количества повторныхъ впрыскиваній; въ литературѣ хорошій эффектъ отмѣчается при незначительнымъ числѣ и боль-

шихъ количествахъ впрыскиваемой жидкости. Не дѣлалось ли докладчикомъ опытовъ въ этомъ направленіи.

Проф. Осиповъ. Мы дѣлали такіе опыты: черезъ недѣлю, 2 раза въ недѣлю, еще чаще. Оказалось 100 куб. сант. неза-чѣмъ, достаточно 50-ти.

Д-ръ Донсковъ В. А. Судя по тому, что отъ малыхъ дозъ, примѣняемыхъ часто, получается хорошій эффектъ, пожалуй, было бы целесообразно дѣлать впрыскиванія солевого раствора 2 раза въ день, кубиковъ по 5 за каждый разъ.

Проф. Осиповъ. Каждый разъ вы прокалываете нервъ; 2 раза въ день немножко уже и часто.

Д-ръ Клячкинъ. Всякіе ли случаи сѣдалишной невралгіи вы брали.

Проф. Осиповъ. Только случаи чистые, первичные.

Проф. Даркшевичъ. Вопросъ разработанъ у насъ довольно полно. Средство несомнѣнно имѣетъ терапевтическій эффектъ, простое и при томъ дешевое. Докладъ В. П. вноситъ много существенно новаго, обращаетъ вниманіе на температурныя колебанія, бывающія послѣ инъекціи. Н. А. Миславскій вноситъ совѣтъ измѣнить технику въ томъ смыслѣ, чтобы вводить изотоническій растворъ. Изъ сегодняшняго засѣданія остается невыясненнымъ, что предпочтительнѣе: вкалывать ли въ нервъ или въ окружность нерва. Впрыскиваніе солевого раствора примѣнимо и при миозитахъ. Послѣ сегодняшняго засѣданія можно считать этотъ вопросъ разработаннымъ довольно полно. Отъ имени Общества благодарить докладчика.

2. Дѣйствительный членъ А. В. Фаворскій: Процессы разрушенія въ спинномъ мозгу при сухоткѣ спинного мозга (съ демонстраціей рисунковъ и микроскопическихъ препаратовъ).

Пренія по этому докладу, докладъ д-ра Н. А. Донскова «Къ вопросу о пульсѣ у душевно-больныхъ», чтеніе протокола засѣданія 30 ноября 1910 года и текущія дѣла общества отложены за позднимъ временемъ до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель Л. Д а р к ш е в и ч ъ .

Секретарь В. В о р о ш и л о в ъ .

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

- 1) Ученыя записки Императорскаго Казанскаго Уннверситета за 1910 г.
 - 2) Ученыя записки Императорскаго Юрьевскаго Университета за 1910 г.
 - 3) Варшавскія Университетскія Извѣстія за 1910 г.
 - 4) Университетскія Извѣстія. Кіевъ за 1910 г.
 - 5) Записки Императорскаго Харьковскаго Университета за 1910 г.
 - 6) Вѣстникъ офталмологіи за 1910 г.
 - 7) Казанскій медицинскій журналъ за 1910 г.
 - 8) Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней за 1910 г.
 - 9) Врачебно-санитарная хроника Саратовской губерніи за 1910 г.
 - 10) Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова за 1910 г.
 - 11) Обзорѣніе психіатріи за 1910 г.
 - 12) Психотерапія за 1910 г.
 - 13) Современная психіатрія за 1910 г.
 - 14) Врачебная газета за 1910 г.
 - 15) Пьеръ Жане. Неврозы.
 - 16) Акад. В. М. Бехтеревъ. Общая діагностика болѣзней нервной системы.
 - 17) Д-ръ М. А. Захарченко. Сосудистыя заболѣванія мозгового ствола. Вып. I. 1911 г.
 - 18) Матеріалы по санитарноуу изслѣдованію Тепляковскаго прихода, Саратовскаго уѣзда.
 - 19) Вѣстникъ бальнеологіи, климатологіи и фізіотерапіи за 1910 г.
-

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 207.

В. Д. Лапухинъ, демонстрировалъ больного съ chorea chronica progressiva (изъ клиники первн. болѣзней). *В. П. Первушинъ* демонстрировалъ больного, оперированнаго д-ромъ Б. П. Енохинымъ по случаю Кожевниковской эпилепсiи. *И. Д. Баклушинскій* демонстрировалъ мозги, консервированные по способу Kaiserling'a (изъ психо-физиологической лабораторiи проф. В. П. Осипова). *А. В. Таворскій* произнесъ рѣчь, посвященную памяти проф. F. Raymond'a. *В. П. Первушинъ*. Случай остраго восходящаго паралича Landry (съ демонстраціей больного изъ клиники нервныхъ болѣзней). *А. В. Таворскій*. Демонстрація на больныхъ рефлекса P. Marie. *В. П. Осиповъ*. «Къ вопросу о леченіи сѣдалищныхъ невралгій солевыми вырѣсвиваніями».

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическiй Вѣстникъ 223.

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 цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной фізіологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіяся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ психо-фізіологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми расчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по приему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ *редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Миславскаго (Казань), проф. В. М. 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 председателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ 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, 1909, 1910 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.